

INAIL

**INFORTUNI
E MALATTIE PROFESSIONALI**
Metodologia operativa 2.0

Pubblicazione realizzata da**INAIL**

Sovrintendenza Sanitaria Centrale

Autori

Adriano Ossicini

Collaborazioni

Sovrintendenza Sanitaria Centrale Inail: DM I Bruno Algeri, DM I Umberto Andreini, DM I Luciano Bindi, DM I Luigi Calandriello, DM I Antonio Di Palma, DM I Andrea Di Giacobbe, DM II Mario Gallo, DM II Angela Goggiamani, DM I Emanuela Lenzi, DM II Mariano Innocenzi, DM I Anna Rita Iugoli, DM I Andrea Mele, DM I Antonella Miccio, DM I Silvia Naldini, DM I Dario Orsini, DM I Patrizio Rossi, DM I Ennio Savino

Sede Inail di Pescara: DM I Anna Rita Pecoraro

Ospedale Sandro Pertini di Roma, Unità Psichiatrica: DM Carlo Maci

Ospedale Santo Spirito di Roma, Direttore sostituto UOC di Neurologia: Fabio Rossi Espagnet

edizione ottobre 2014

contatti**INAIL** - Sovrintendenza Sanitaria Centrale

p.le Giulio Pastore, 6 | 00144 Roma

sovrintendenzamedica@inail.it

www.inail.it

© 1998 INAIL

© 2014 INAIL

ISBN 978-88-7484-415-9

La pubblicazione viene distribuita gratuitamente e ne è quindi vietata la vendita nonché la riproduzione con qualsiasi mezzo. È consentita solo la citazione con l'indicazione della fonte.

Gli Autori hanno la piena responsabilità di quanto espresso nei propri scritti contenuti nella pubblicazione.

Tipolitografia INAIL - Milano, finito di stampare nel mese di ottobre 2014

“La società è tenuta a provvedere alla sussistenza di tutti i suoi membri, sia procurando loro il lavoro sia garantendo i mezzi di assistenza a coloro che non possono ancora o non possono più”.

Mozione Robespierre 24 aprile 1793

“Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale, i lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria”.

Carta Costituzionale italiana - 22 dicembre 1947

PREFAZIONE alla presente edizione

Negli ultimi 50 anni si sono susseguite numerose riforme legislative che hanno condotto a un'evoluzione dell'attività sanitaria dell'Inail e richiesto necessariamente la progettazione di un nuovo modello sanitario.

Per dare pienezza operativa alla *mission* in favore degli infortunati e dei tecnopatici l'Inail ha, dunque, rimodulato la propria struttura sanitaria, al passo con i tempi, per potenziarla e per fornire prestazioni sempre più efficaci a vantaggio dei lavoratori. Il nuovo modello sanitario vuole declinare un rapporto più funzionale con tutti gli attori che operano nella sanità perché sia realizzata appieno la tutela integrata dell'infortunato.

L'accordo-quadro del febbraio 2012 tra Stato, Regioni e Province autonome, per definire le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria da parte dell'Inail, attribuisce all'Istituto, all'interno del sistema sanitario nazionale, un ruolo di spicco per l'assistenza agli infortunati e tecnopatici, garantendone la presa in carico per il completo reinserimento nella vita socio-lavorativa.

In quest'ottica di evoluzione normativa e di trasformazione organizzativa dell'Ente, ben si colloca questa pubblicazione che, oltre a essere uno strumento operativo completo e aggiornato per i medici dell'Istituto, offre anche ai non addetti ai lavori l'opportunità di leggere la storia dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e l'Inail dagli albori a oggi, in una società 2.0.

Giuseppe Lucibello

PRESENTAZIONE alla presente edizione

Allorché, nel giugno 2013, mi venne affidata la reggenza della Sovrintendenza Sanitaria Centrale ebbi la certezza che un'idea ambiziosa, che - come responsabile del settore Aggiornamento Professionale - da diverso tempo occupava i miei pensieri, poteva essere portata a termine: quella di realizzare una o più pubblicazioni in merito all'evoluzione dell'attività sanitaria dell'Istituto degli ultimi cinquant'anni, quasi quaranta vissuti dall'interno, alla luce delle mutevoli normative trascorse dal D.P.R. 1124/1965, attraverso la riforma sanitaria L. 833/1978 e i D.lgs. 626/1996 e 81/2008 e s.m.i. e prese di posizione giurisprudenziali.

Tutto ciò solo recentemente. L. n. 122/2010, ha trovato una completa sintesi affidando all'Istituto la *governance* di quello che è stato poi chiamato il "Polo salute e sicurezza sul lavoro", denominazione in cui si palesano incontrovertibilmente tutte le attività sanitarie dell'Istituto.

Dopo una serie di riflessioni personali convocai i responsabili di diversi settori della SSC e proposi loro di realizzare tre pubblicazioni: un'unica pubblicazione, infatti, seppur in apparenza più congeniale, non avrebbe potuto cogliere, non afferrandole compiutamente, le varie sfaccettature delle complesse attività sanitarie del nostro Istituto.

Optai, pertanto, per tre diversi lavori: uno dedicato all'attività "curativa/riabilitativa", uno all'attività di tipo "prevenzionale" e, infine, uno dedicato all'evoluzione dell'attività "medico legale", da sempre esclusiva competenza dell'Inail; partendo in questo caso da una pubblicazione del 1998 dal titolo "Metodologia operativa", edita in occasione del centenario della prima legge sulle assicurazioni dal titolo "Infortuni e Malattia professionali-Metodologia operativa"

La pubblicazione che qui presento è quella che riguarda proprio quest'ultimo prodotto. A detta pubblicazione si doveva obbligatoriamente mettere mano in considerazione, non solo della riforma sul danno biologico del 2000, ma anche in ordine ai non pochi riferimenti dottrinari intervenuti in oltre tre lustri; quest'ultima pubblicazione non poteva quindi che avere il titolo di "Infortuni e Malattia professionali- Metodologia operativa 2.0".

Il testo ha mantenuto integralmente la struttura precedente con sei capitoli principali più gli allegati; si è ritenuto di non modificare la struttura in quanto le esigenze di allora - che erano quelle di "*...fornire a chi legge un approccio sintetico, snello, certamente non esaustivo, ma chiaro e concreto, con immediati risvolti operativi...*" e di sviluppare "*... un discorso soprattutto di metodo, e quindi sulla "metodologia" da applicare in sede assicurativa Inail, sia sul riconoscimento dell'an sia sul quantum.*" - sono rimaste invariate, ma diversamente da allora ho ritenuto di coinvolgere l'intera struttura in quanto i tre lustri passati dalla precedente edizione non potevano essere passati invano e la padronanza della materia è ormai patrimonio comune di tutti i Dirigenti Medici dell'Istituto.

Di ogni capitolo mi assumo integralmente la responsabilità di quanto scritto, ma sono contento di averla condivisa, in diverse parti, con più "mani" anche se sarebbe più corretto dire con più "teste".

Nella presentazione di allora, 1998, citavo i seminari di aggiornamento come stimolo alla pubblicazione. E che dire oggi - dopo quindici anni in cui i seminari sono proseguiti senza soluzione

di continuità sulle tematiche più varie e il nostro Istituto è diventato, anche grazie alla volontà dei sanitari fatta propria dai Vertici, Provider ECM (unico ente pubblico a fregiarsi di questo onere ed onore nel panorama italiano) - se non che su quel solco già delineato si è proseguito e che questa nuova pubblicazione non è altro che il frutto che abbiamo colto.

Voglio ringraziare tutti i validi collaboratori che mi hanno aiutato nel difficile compito e in questa bella fatica, facendomi terminare nel migliore dei modi un'attività dentro l'Istituto di quasi quarant'anni.

A loro tutti un sentito e sincero GRAZIE, come un GRAZIE va a tutti colleghi Dirigenti Medici che ogni giorno si spendono sul campo per la tutela del cittadino-lavoratore, sperando che questo contributo sia loro di aiuto nel proseguire il cammino.

Adriano Ossicini

*"Magari toccasse a me
sciogliere i nodi dentro di te"*
Anonimo

PREFAZIONE all'edizione 1998

Il lavoro effettuato dai medici della Sovrintendenza Medica Generale e coordinato dal Dott. Ossicini risponde all'esigenza di fornire ai medici dell'Istituto uno strumento operativo completo e aggiornato. In precedenza, altra iniziativa risalente al 1989, curata dalla Divisione per la Medicina Legale degli Infortuni, pur valida nel suo genere, risultava limitata ad aspetti squisitamente tecnici e riguardava esclusivamente il campo infortunistico.

L'ambito delle malattie professionali, di grande interesse dottrinario e medico legale, oggetto di profonda, recente trasformazione per l'introduzione della tutela mista e per la revisione delle tabelle di legge avvenuta nel 1994, attendeva da tempo una trattazione aggiornata e completa non solo per consentire un corretto approccio dal punto di vista procedurale, ma anche soprattutto per quanto riguarda la valutazione di danni specialistici, primo fra tutti quello dell'apparato respiratorio.

Il succedersi di nuove norme, l'evoluzione della giurisprudenza, i pronunciamenti della Corte Costituzionale, le nuove disposizioni emanate dall'Istituto hanno reso necessaria una trattazione della materia che coniugasse opportunamente la normativa aggiornata e i comportamenti pratici.

L'obiettivo che la Sovrintendenza Medica Generale si è prefisso di raggiungere appare pienamente centrato dagli autori e si ritiene che l'opera possa essere utilizzata non solo dai medici dell'Istituto ma, anche, dai molti operatori esterni (medici di patronato, C.T.U.)

Le numerose convenzioni stipulate dall'Inail con le Scuole di Specializzazione Universitarie in Medicina Legale e in Medicina del Lavoro consentiranno ai docenti dell'Istituto di utilizzare il manuale quale libro di testo nell'insegnamento della materia concernente la medicina legale degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

Giuseppe Cimaglia

Presentazione all'edizione 1998

Allorché nel novembre 1997 proposi al Sovrintendente Medico Generale, che subito accettò, una pubblicazione sulla materia dell'Inail in occasione del centenario 1898/1998 della legge sugli infortuni sul lavoro compresi, senza ombra di dubbio, che era giunto il momento che la c.d. "scuola medico-legale Inail" avesse un riscontro nei fatti; "scuola Inail" auspicata da delibere del C.d.A. Era ormai tempo che una "monografia" gestita in toto da medici dipendenti dall'Inail avesse luce e la pubblicazione degli "Atti del Convegno Nazionale di Medicina Legale - Cagliari 16-18 ottobre 1996" dei Dirigenti Medici Inail, con apporti tutti interni, era stato solo il primo segnale di questa svolta e di una definitiva consacrazione della Scuola Inail.

Il problema, che ci ponemmo insieme, non era certamente quello di individuare soggetti che potessero partecipare al progetto - eravamo sicuri che avremmo avuto solo l'imbarazzo della scelta - ma che taglio dare alla pubblicazione.

Il primo, ma certamente non l'unico problema, era quindi quello di verificare in quale misura "sconvolgere" i manuali correnti; unica certezza era quella che non si sentiva alcun bisogno di un ulteriore trattato sulla materia assicurativa Inail.

Molte volte è più importante sapere quello che non è necessario fare!

Decidemmo allora di indirizzare il lavoro verso una pubblicazione che potesse tornare utile non solo e non tanto ai cultori - in senso lato - della materia ma, primariamente, agli operatori in prima linea e cioè ai medici di ruolo dell'Ente; tale indirizzo è stato seguito e perseguito.

Pertanto tale "guida" si distacca completamente da similari pubblicazioni sia per le finalità sia per il taglio sia per i contenuti.

La finalità è quella di fornire a chi legge un approccio sintetico, snello, certamente non esaustivo, ma chiaro e concreto, con immediati risvolti operativi.

Il taglio e i contenuti diversi, come detto dalla trattatistica ufficiale, in quanto si è voluto sviluppare un discorso soprattutto di metodo, e quindi sulla "metodologia" da applicare in sede assicurativa Inail, sia sul riconoscimento dell'**an** che sul **quantum**.

Tentativo ambizioso - che sicuramente dovrà essere affinato - di spiegare come si deve "fare" e come si deve "operare" nella nostra particolare disciplina la medicina assicurativa Inail che deve saper coniugare la medicina legale con la medicina del lavoro.

Come dicevamo il tutto scaturiva dalla necessità di offrire organicamente qualcosa che, in pratica, di fatto era già nelle cose in contributi isolati, sporadici o settoriali o pubblicazioni di medici Inail.

Non possiamo non sottolineare il salto di qualità degli ultimi anni allorché con seminari di aggiornamento obbligatori "autogestiti" per il personale medico prima presso il Centro di formazione del personale di "Villa Tornabuoni Lemmi" di Firenze negli anni 1994-95 sui "Protocolli diagnostici e valutativi", poi nel 1996 Milano e Napoli conclusisi con il Convegno di Cagliari già citato e, successivamente, nell'auditorium della nuova sede centrale Inail di p.le Pastore nel 1997-98 su tematiche di particolare interesse in medicina legale e del lavoro, tutti i medici hanno preso coscienza del ruolo che devono avere nell'azienda Inail, E, infine, il Convegno di Taormina che chiude il biennio di aggiornamento 1997-98, non è che un ulteriore significativo passaggio di questa nuova cultura "aziendale".

Ringrazio il S.M.G. che mi ha dato carta bianca anche nello scegliere i collaboratori, e la mia scelta su poche persone, oltre che basata sulla validità degli stessi, è dovuta al fatto che era necessario collaborare strettamente e fattivamente, senza dispersioni di risorse e di tempo; in pochi mesi si doveva giungere al prodotto finale.

Tutti avrebbero potuto partecipare al gruppo di lavoro con uguale valenza e professionalità di chi ha partecipato direttamente in quanto la preparazione medico-legale, oggi, di tutti i medici dell'Inail non viene più messa in discussione da alcuno.

Ringrazio i colleghi - M.C. Casale, A. Feragnoli, M. Gabrielli, M. Gallo, M. Innocenzi, del gruppo di lavoro - che mi hanno sopportato in questi mesi di strettissima collaborazione e mi auguro che l'esperienza vissuta torni utile a loro, come sicuramente lo è stata per me, per conoscere ancora più approfonditamente la materia che troppo volte si crede di "padroneggiare" - non si finisce mai di imparare - e per conoscere ancora meglio l'Ente per cui lavoriamo, tutti insieme, da diversi lustri e per far conoscere agli altri come in tale Ente è opportuno lavorare.

Ringrazio i colleghi della Direzione Centrale Prestazione ed in particolare il Dr. Maci che, pazientemente, hanno ricontrollato la parte normativa per adeguarla alle ultime disposizioni.

Se tale lavoro susciterà anche solo interesse e curiosità - le critiche ovviamente saranno le benvenute e non potranno, insieme ai suggerimenti, che tornare utili - già avrò assolto a un suo preciso compito che era ed è quello di lanciare un messaggio nuovo all'esterno.

I medici dell'Inail da soli sono in grado di gestire la particolare materia e hanno bisogno di confronto alla pari con il mondo esterno - accademico e non accademico - e non di un falso raffronto in cui da una parte vi è la "dottrina" e dall'altra chi a tale "dottrina" si adatta come semplice esecutore.

Si è ritenuto di suddividere il tutto in sei capitoli principali.

Nel primo (Parte Generale) si sono volute dare alcune indicazioni generali sulle note storiche, sulla struttura sanitaria e sulle prestazioni che l'Inail offre; si ritiene che tale parte non poteva essere ignorata.

Nel secondo (Evento infortunio) si tratta la fattispecie nelle diverse sfaccettature, riferimenti normativi, denuncia e regolarità dell'evento, nozione malattia infortunio, modulario Inail e circolari che interessano la parte sanitaria operativa,

Nel terzo (Metodologia valutativa del danno Inail) si è voluto indicare la criteriologia su cui si basa la valutazione del danno in sede Inail.

Sappiamo che da tempo si dice che il T.U. deve essere riformato, e concordiamo, e rimaniamo in attesa, ma riteniamo che anche il "nuovo T.U." non potrà disconoscere la criteriologia operativa che si è andata consolidando negli ultimi trenta anni.

Nel quarto (Temi specifici) si sono trattate, come dice lo stesso titolo, quelle problematiche particolari di grande rilevanza con, infine, le Sentenze delle Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione più significative che hanno dato, indirettamente, un indirizzo "normativo" alla materia Inail.

Nel quinto (Evento malattia professionale) si è evidenziata la procedura operativa nel riconoscimento della particolare fattispecie alla luce anche delle note sentenze della Corte Costituzionale che hanno, di fatto, introdotto il cosiddetto "sistema misto" nella legislazione italiana.

Nel sesto, ed ultimo (Metodologia della valutazione del danno specialistico,) si è sentita l'esigenza, per particolari situazioni, di dare delle linee guida su come operare, in considerazione che, come tutti gli operatori condividono, una carenza tabellare non può permettere una anarchia assoluta.

Adriano Ossicini

Indice

Prefazione alla presente edizione	V
Presentazione alla presente edizione	VI
Prefazione all'edizione 1998	IX
Presentazione all'edizione 1998	X
Capitolo 1	
Parte Generale	
Evoluzione storica dell'assicurazione infortuni e malattie professionali	1
L'assicurazione infortuni dal 1883 ad oggi: principali tappe della storia dell'Inail	11
La Struttura sanitaria: Nuovo Modello Sanitario Inail	15
Prestazioni Inail. Sanitarie ed economiche	21
Capitolo 2	
Evento infortunio	
Riferimenti normativi	41
Denuncia d'infortunio	44
Regolarità dell'evento infortunistico	47
Nozione malattia-infortunio	50
Modulistica Inail	53
Circolari di interesse sanitario 1965-2014	58
Capitolo 3	
Criteri di valutazione del danno biologico nel D.lgs. 38/2000 e nel D.M. 25.7.2000	
Tutela del danno biologico: art. 13 D.lgs. 38/2000	63
Formule matematiche in uso	70
Confronto dall'attitudine al lavoro del T.U. 1124/65 al danno biologico del D.lgs. 38/2000	72
Criteri di valutazione del danno per riduzione dell'attitudine al lavoro, artt. 78-83 del T.U. 1124/1965	75
Capitolo 4	
Tematiche particolari	
Istituto della revisione	81
Aggravamento della malattia professionale con variazione <i>in peius</i>	91
Recidiva e ricaduta	95
Rettifica per errore, ex art. 9 D.lgs. 38/2000 ed ex art. 55, comma 5, della L. 88/1989	98
Assegno di assistenza personale continuativa	101
Contenzioso amministrativo e giudiziario	105
Il referto medico	113
Assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico	119

Capitolo 5

Evento malattia professionale

La malattia professionale	123
Tutele speciali: silicosi e asbestosi	142
Silice/Cancro quale possibile posizione?	144
L'assicurazione obbligatoria dei medici e dei tecnici di radiologia medica contro le malattie e le lesioni da raggi X e da sostanze radioattive	150

Capitolo 6

Criteriologia della valutazione del danno specialistico

Le menomazioni dell'apparato respiratorio: criteriologia e valutazione medico-legale	159
Le menomazioni dell'apparato visivo: criteriologia e valutazione medico-legale	173
Le menomazioni dell'apparato cutaneo: criteriologia e valutazione medico-legale	184
Le menomazioni dell'apparato neurologico e psichico: criteriologia e valutazione medico-legale	199
Le menomazioni dell'apparato ORL: criteriologia e valutazione medico-legale	235

Allegati

All. 1 Protocollo d'intesa Inail/Patronati	249
All. 2 Sentenze della Corte Costituzionale	265
Sentenze della Corte di Cassazione	280
All. 3 L'infortunio in itinere	289
All. 4 D.M. 21.7.2008 Nuova tabella delle M.P. ai fini assicurativi	293
All. 5 D.M. 10.6.2014 Nuova tabella delle M.P. ai fini prevenzionali	317
All. 6 Danno biologico permanente. Tabella delle menomazioni	377

Bibliografia

417

Capitolo 1. Parte Generale

Evoluzione storica dell'assicurazione infortuni e malattie professionali (Rischio professionale e tutela assicurativa)¹

L'art. 38 della Carta Costituzionale prevede che:

“Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria.

Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato.

L'assistenza privata è libera.”

Il primo comma dell'articolo 38 garantisce la protezione sociale, sotto forma di assistenza, a tutti i cittadini, indistintamente, che non siano in grado di provvedere al proprio sostentamento. Questa forma di tutela garantisce i mezzi necessari per vivere al cittadino che sia divenuto, o sia sempre stato, inabile al lavoro, anche se non abbia mai prestato attività lavorativa.

Il secondo comma dell'articolo 38, invece, prevede la tutela dei lavoratori, ai quali sono garantiti non semplicemente i mezzi necessari per vivere, ma i mezzi adeguati alle loro esigenze di vita.

Si tratta, in questo caso, di una tutela di natura previdenziale, rafforzata rispetto a quella assistenziale, garantita dal primo comma.

Così come il secondo comma individua un'area più ristretta e più forte di tutela rispetto al primo comma in ragione della qualità di lavoratore del cittadino che viene a trovarsi in stato di bisogno, allo stesso modo, nell'ambito del medesimo secondo comma, è separatamente definita un'area di tutela differenziata in ragione della causa lavorativa dello stato di bisogno.

La distinzione emerge dall'elemento letterale: l'esplicito riferimento agli infortuni sul lavoro (in tale contesto ricomprensivo ovviamente le malattie professionali) non può avere altra ragione che quella di individuare una diversa gradualità della tutela per gli eventi dannosi di origine lavorativa.

Dalla carta costituzionale si evince che il lavoro è valore primario (art. 1); come tale deve essere tutelato in tutte le sue forme e manifestazioni (art. 35); la tutela deve riguardare in primo luogo la salute nei luoghi di lavoro (art. 32); in caso di infortunio, di malattia, di invalidità devono essere apprestati mezzi adeguati di vita (art. 38); a tali compiti deve provvedere lo Stato con istituti o organismi pubblici (art. 38); l'onere relativo è a carico dell'attività economica, giacché questa non può svolgersi in modo da ledere la sicurezza del lavoro o in modo contrario all'utilità sociale (art. 41).

L'art. 38 prevede e garantisce, nei primi due commi, livelli di tutela diversi per le prestazioni previdenziali rispetto a quelle assistenziali, livelli che di norma sono superiori nel primo caso. Tutto ciò in quanto le prestazioni (assistenziali) sono espressione tipica del puro legame della solidarietà generale, tendendo quindi a consentire alla “Persona” di raggiungere il *bisogno minimo vitale*, affermando il primo comma del suddetto art. 38 Cost. che il cittadino ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale nel caso in cui sia inabile al lavoro o sprovvisto dei *mezzi necessari* per vivere. Le prestazioni (previdenziali), invece, essendo legate ad una solidarietà di gruppo e ad una

¹ A cura di A. Ossicini

mutualità obbligatoria, perseguono l'obiettivo di garantire *mezzi adeguati* alle esigenze di vita del lavoratore.

L'assetto della tutela prefigurato dall'articolo 38 è stato efficacemente rappresentato e riassunto dalla Corte Costituzionale laddove ha affermato che *".. l'assicurazione, nei limiti di cui sopra, è parte integrante del sistema generale di sicurezza sociale previsto dall'art. 38 della Costituzione, disposizione che, come questa Corte ha già avuto occasione di rilevare, configura due modelli strutturalmente e qualitativamente distinti: l'uno fondato sulla solidarietà collettiva, garantisce ai cittadini, ove alcuni eventi si accompagnino accertate situazioni di bisogno, i mezzi necessari per vivere; l'altro, suscettibile di essere realizzato mediante gli strumenti mutualistico-assicurativi, attribuisce ai lavoratori, prescindendo da uno stato di bisogno, la diversa e più elevata garanzia del diritto a mezzi adeguati alle loro esigenze di vita"* (cfr., in tal senso, sent. n. 17/1995; in senso conforme, precedentemente sent. n.312/1986).

L'Inail e il monopolio

La questione del monopolio dell'Inail, nella gestione della assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, è stata per molto tempo oggetto di dibattito.

Alla fine del secolo scorso, l'Autorità garante della concorrenza e del mercato non aveva escluso la possibilità di introdurre la libera iniziativa economica e la concorrenza anche nel settore della assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali sul ritenuto presupposto che l'attività assicurativa contro gli infortuni sul lavoro costituisse una attività economica esercitabile, quindi, anche da imprese private .

A tale prospettiva non si uniformò governo che, per il tramite del Ministero del lavoro e poi della Commissione parlamentare per il controllo sulla attività degli Enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale, espresse l'orientamento che il monopolio dell'Inail non era in contrasto con il diritto alla concorrenza in quanto diretto a garantire mezzi adeguati alle esigenze di vita come previsto dall'articolo 38 della Costituzione. L'attività dell'Ente non poteva essere, quindi, equiparata ad una attività assicurativa in quanto non volta a risarcire il danno subito dal lavoratore infortunato o tecnopatico, ma ad erogare un indennizzo non commisurato al danno risarcibile.

Sempre in quegli anni vennero raccolte le firme per presentare un referendum in materia di *abolizione del monopolio dell'Inail*, con il quale si chiedeva ai cittadini di esprimersi in merito alla liberalizzazione del mercato delle agenzie per la sicurezza sul lavoro; il referendum, però, non superò il vaglio di ammissibilità.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 42 del 7 febbraio 2000, dichiarò, infatti, inammissibile il referendum popolare per l'abrogazione del monopolio dell'Inail, affermando che il principio di automaticità delle prestazioni, **"non è di per sé compatibile con un regime nel quale la copertura assicurativa venga affidata alla libera contrattazione fra singoli datori di lavoro e compagnie private operanti in regime di concorrenza"** e che **"l'utile di impresa è un fattore estraneo alle assicurazioni sociali"**.

Sulla questione si pronunciò, sempre in quegli anni, anche la Corte di Giustizia Europea, alla quale il giudice rimettente aveva chiesto di valutare e decidere se la gestione della assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionale costituisse una attività imprenditoriale e, come tale, dovesse essere soggetta alle norme comunitarie sulla concorrenza.

La Corte di Giustizia Europea, anch'essa chiamata a pronunciarsi sulla compatibilità del monopolio dell'Inail con le norme comunitarie in materia di concorrenza, si pronunciò con la sentenza n. C218/00 del 22.5.2002 con la quale venne affermata la compatibilità del regime Inail con i principi del Trattato riguardanti la libertà di concorrenza, dovendosi ritenere che detto Ente non svolga attività d'impresa.

In particolare nella parte motiva così si legge *“La nozione di impresa, ai sensi degli artt. 85 e 86 del Trattato (divenuti artt. 81 CE e 82 CE), non comprende un ente incaricato dalla legge della gestione di un regime di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, quando l'importo delle prestazioni e quello dei contributi sono soggetti al controllo dello Stato e l'iscrizione obbligatoria che caratterizza un siffatto regime assicurativo è indispensabile per l'equilibrio finanziario di questo e per l'attuazione del principio di solidarietà, il quale implica che le prestazioni erogate all'assicurato non sono proporzionate ai contributi da questo versa. Un tale ente adempie una funzione di carattere esclusivamente sociale. Ne consegue che la sua attività non è un'attività economica ai sensi del diritto della concorrenza.”*

Nel frattempo era stato emanato il Decreto legislativo 23 febbraio 2000 n. 38 recante *“Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali a norma dell'articolo 55 comma 1 della legge delega 17 maggio 1999 n.144”*, che riconfermava, di fatto, l'intento dello Stato italiano di continuare a riconoscere all'Inail il monopolio nella gestione della suddetta assicurazione.

In merito alla problematica *“Monopolio Inail”* a fine paragrafo, a pag. 9, è riportata la parte finale della relazione tenuta dal Prof. De Felice all'Accademia Nazionale dei Lincei in data 9 gennaio 2014 su *“L'assicurazione contro i rischi sul lavoro, tra storia e innovazione”*.

L'Inail e i suoi albori

L'assicurazione infortuni/malattie professionali è nata nel 1898.

Nel 1998, in occasione del centenario della prima legge di assicurazione contro gli infortuni, era stata pubblicata la prima edizione del manuale che ora si riscrive, in una edizione completamente rinnovata alla luce delle modifiche normative, assai significative, degli ultimi tre lustri (1998/2013).

L'attuale situazione normativa non è stata altro che l'approdo di una lenta evoluzione di un processo storico-culturale che ha iniziato ad assumere l'aspetto ed il contenuto odierno verso la fine dell'ottocento; risale infatti al 1898, con la Legge n.80 del 17 marzo, la prima disposizione in materia intitolata *“Disposizioni riguardanti l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni per le industrie più pericolose”*; successivamente vi fu l'emanazione del primo *“Testo unico di legge per gli infortuni degli operai sul lavoro”*, risalente al R.D. n.51 del 31 gennaio 1904.

L'evoluzione storica dell'assicurazione infortuni è andata di pari passo, con una evoluzione generale della *“socialità”* dell'uomo ed è emblematica di un percorso che ha riguardato tutta l'Europa. Ci riferiamo al processo evolutivo della sicurezza sociale dal modello fondato su forme di assicurazione di tipo privatistico a quello fondato sulla solidarietà sociale o, come nel caso della tutela antinfortunistica, sulla solidarietà anche tra le imprese.

Come detto, la prima legge sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro risale alla fine dell'ottocento ed i percorsi legislativi e le più diverse vicende storiche che hanno influenzato detta evoluzione per arrivare sino ai giorni nostri sono note; non è inutile però rammentare che si

è partiti molto prima del 1898 allorché, durante la rivoluzione francese con la "Mozione Robespierre" (24 aprile 1793), e cioè oltre duecento anni fa, veniva solennemente dichiarato: *"La società è tenuta a provvedere alla sussistenza di tutti i suoi membri, sia procurando loro il lavoro, sia garantendo i mezzi di assistenza a coloro che non possono ancora o non possono più lavorare"*.

Come non segnalare ancora che successivamente, per oltre venti anni successivi al 1898, quasi nulla è accaduto sino ad arrivare al D.L. n. 1450 del 1917; altra stasi di oltre dieci anni per arrivare al R.D. n. 928 del 1929 che a sua volta impiegò un lustro per avere validità, essendo entrato in vigore solo dal 1 gennaio 1934.

L'assicurazione pubblica, denominata come Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (I.N.F.A.I.L.) nasce con il Regio Decreto 23 marzo 1933 n. 264, dall'unificazione della Cassa nazionale infortuni e delle Casse private di assicurazione, la **F** venne eliminata con la caduta del fascismo nel 1945.

Successivamente alla costituzione del nuovo "Ente", si arrivò alla Legge n. 1765 del 17.8.1935 che disegnò il primo testo unico con l'introduzione dei principi cardine che determinano il carattere pubblicistico dell'assicurazione infortuni e malattie professionali: la *"costituzione automatica del rapporto assicurativo, l'automaticità delle prestazioni, l'erogazione di prestazioni sanitarie, la revisione delle rendite e una nuova disciplina nell'assistenza ai grandi invalidi"*; fece seguito il R.D. 15.12.1936 n. 2276, il regolamento approvato con R.D. del 25.1.1937 n. 200 e susseguenti leggi e decreti sino ad arrivare al "nuovo" T.U. del 30.6.1965 n. 1124 che ormai attende da oltre trenta anni di essere "aggiornato" anche alla luce dei numerosi provvedimenti emanati sulla prevenzione.

L'Inail e il polo sicurezza e salute e il nuovo modello sanitario

Non abbiamo, appositamente, elencato tutte le norme che si sono succedute nell'arco temporale di un trentennio - periodo tra la prima revisione del T.U. del 1904 e quello attualmente in vigore.

Da una parte, le modifiche intervenute hanno riguardato solo specifiche tematiche, e dall'altra riteniamo che la vera "rivoluzione" sia intervenuta negli ultimi venticinque anni tra il 1988 ed oggi, dapprima con l'emissione della storica pronuncia della Corte Costituzionale n. 179 del febbraio 1988, (che ha introdotto il sistema misto nella tutela delle "malattie professionali"), poi con i D.lgs. 626/194 e 242/1996, poi con il D.lgs. 38/2000 che ha introdotto il danno biologico ed i successivi decreti, sempre sulla sicurezza D.lgs. 81/2008 e L.106/2009 (affidando all'Ente un ruolo preminente nella prevenzione), ed infine con la L. 122/2010 con cui l'Inail ha assorbito le funzioni dell'ISPESL (Istituto superiore prevenzione e sicurezza sul lavoro) e dell'Ipsema (Istituto di previdenza per il settore marittimo), accrescendo ulteriormente le proprie competenze istituzionali.

Si deve, infine, segnalare l'Accordo quadro tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ed Inail per la definizione delle modalità di erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria da parte dell'Inail del febbraio 2012, che dà attuazione a quanto previsto dal D.lgs. 106/2009, integrativo del Testo Unico 81/08, che attribuisce all'Inail un ruolo all'interno del Sistema sanitario nazionale quale ente depositario di funzioni di assistenza rivolte agli infortunati ed infine l'approvazione del **Nuovo Modello Sanitario Inail** che dovrà assicurare l'attuazione di un sistema integrato con il **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** in grado di realizzare l'effettività della tutela per gli infortunati e i tecnopatici, in un contesto del **Polo Salute e Sicurezza sul lavoro** al fine di garantire la **presa in carico dell'infortunato/tecnopatico** assicurando mezzi adeguati alle esigenze di vita come statuito dal secondo comma dell'art. 38 della Costituzione

Le variazioni intervenute nei cinquant'anni trascorsi tra il 1935 e il 1988, come detto, poco o nulla hanno modificato dei caratteri essenziali della normativa di riferimento, mentre quanto successo negli ultimi venticinque anni ha completamente ridisegnato l'attività dell'Inail.

La grande innovazione è quella collegata all'ampliamento della tutela a tutte le "malattie" causate dal lavoro, che scaturisce dalla sentenza n. 179 del 1988 della Corte Costituzionale citata.

Altra novità significativa è determinata dall'indennizzabilità del danno biologico ad opera del D. lgs. 38/2000 e non più soltanto dalla perdita della capacità lavorativa come previsto dalla normativa del testo unico.

L'Inail. Il rischio professionale e la tutela assicurativa

Nel testo del 1998 venivano fatte alcune considerazioni sul futuro dell'ENTE, sia in merito al cosiddetto "rischio professionale", sia in merito al sistema di "tutela" legato alla forma "assicurativa", che integralmente riportiamo di seguito ***".. la tutela privilegiata dei rischi da lavoro realisticamente continuerà ad essere nel prossimo futuro un presidio ancora validamente operante e dotato di autonomia istituzionale..." "...l'attuale "sistema" potrebbe essere superato ma, solo e soltanto, a nostro avviso, allorché a livello "politico" la salute venga considerata come un valore/obiettivo da perseguire ad ogni costo, solo in questo caso saremmo disposti ad accettare il 'rischio' del cambiamento del sistema assicurativo in un sistema di tutela globale indifferenziato.."***

Queste riflessioni non solo non sono state smentite né dalle successive norme legislative, né dalle posizioni giurisprudenziali, a livello Italiano - Corte Costituzionale e Corte di Cassazione ed estero - Corte di Giustizia Europea, I.L.O. (International Labour Organization) - ma anzi sono state assai rafforzate e condividiamo quanto asserito in una pubblicazione del 2012² in cui si affermava che la paventata privatizzazione assicurativa Inail era antistorica in relazione alla terziarizzazione del sistema nel suo complesso, in quanto ***"..il problema ha assunto connotati particolari, nel senso che, diversamente dal passato le sorti Inail da un lato, dell'assicurazione infortuni, dall'altro, non vanno più di pari passo, intrecciate e condizionantesi fra loro – l' "endiadi" del titolo - ma tendono a differenziarsi nella misura in cui l'Inail non è o non è più il gestore della sola assicurazione.."*** in quanto ormai, pare, che il legislatore, per il nuovo welfare, abbia fatto la sua scelta puntando inequivocabilmente solo su detto ENTE per la "sicurezza globale".

L'Inail è, dunque, oggi l'unico ente in grado di operare a tutto campo per la tutela della salute negli ambienti di lavoro, fornendo assicurazione e indennizzo; prevenzione e ricerca scientifica; interventi di cura, riabilitazione e reinserimento ai lavoratori infortunati e servizi di controllo e consulenza, certificazione e verifica alle imprese.

² Acconcia P. - Privatizzazione Inail e riforma dell'assicurazione infortuni – Riv.Infort., e M.P. vol. 2/20112; 331-352

Attualità e divenire del rischio professionale³

Rischio Professionale

Per una più esatta delimitazione dell'area di problematicità è necessario precisare che la locuzione "rischio professionale", ai fini della tutela antinfortunistica, può essere presa in considerazione in due diverse accezioni. La prima che attiene alla riconducibilità del danno alla causa lavorativa e alla tutela rafforzata garantita agli infortunati. Su questo primo aspetto non è dato margine di discussione, a Costituzione vigente, considerato l'assetto inequivocabilmente definito dall'articolo 38.

In una seconda accezione la locuzione "rischio professionale" è associata al modello assicurativo ed è intesa nel senso di selettività dei rischi e dei soggetti tutelati.

Non riteniamo necessario ripercorrere l'exkursus delle posizioni assunte, nel tempo, sia dalla giurisprudenza che dalla dottrina, relativamente alla validità del principio del rischio professionale, inteso nella seconda accezione, posizioni a volte divergenti se non inconciliabili ma è opportuno fotografare il presente, guardando al futuro, cercando di capire se nel medio termine sia auspicabile o meno, per il lavoratore il mantenimento del c.d. rischio professionale alla luce del fatto che ci si sta spingendo, sempre più, verso il concetto di "sicurezza sociale" in senso globale.

Non siamo certo noi a sostenerlo, non avendone l'autorevolezza, ma interpreti autorevoli del dettame Costituzionale e della legislazione che vi ha dato attuazione.

Per esempio il PICCININNO così affermava: *"Per l'ordinamento italiano, la scelta è già stata operata dalla giurisprudenza costituzionale ribadendo le ragioni che lasciano preferire il sistema assicurativo; ragioni individuate in una tutela differenziata e più favorevole del lavoratore siccome più conforme al disposto dell'art. 38 della carta costituzionale"*. (Corte Costituzionale Sent.n. 356/91 e n. 462/89) ed il GRECO: *"Nel precetto dell'art. 38, secondo comma, può dirsi insito l'elemento del rischio, nel senso che la specifica tutela costituzionale dei lavoratori non si estende a qualsiasi situazione di bisogno, ma è limitata a quelle oggettivamente provocate da determinati eventi."*

Tutto ciò non comporta alcuna violazione giacché, come dice la stessa Corte Costituzionale (Sent.n.462/89), *"ben possono soccorrere altre forme assicurative, quali assicurazioni contro le malattie o l'invalidità, pure prescritte dalla medesima norma costituzionale"*, in mancanza del requisito professionale così come delineato.

Il principio del "rischio professionale", a detta di autorevoli autori, "ha superato brillantemente il secolo di vita e permette, a noi di affermare che - nonostante difetti che non nascondiamo siano presenti, si vedano le numerose e diverse sentenze in materia - l'attuale normativa è sicuramente un miglioramento delle soluzioni offerte dal diritto comune, ed una soluzione tuttora "adeguata" alle aspettative del lavoratore.

Crediamo che la tutela privilegiata dei rischi da lavoro realisticamente continuerà ad essere nel prossimo futuro un presidio ancora validamente operante e dotato di autonomia istituzionale, autonomia che si sostanzia in definitiva, come abbiamo visto, nel valore fondamentale riconosciuto al lavoro dalla nostra Carta Costituzionale.

A tal proposito, nel 1998 un alto dirigente Inail affermava: *"La più recente giurisprudenza, sia costituzionale che di legittimità, si è espressa per una conferma e valorizzazione di tale specificità nei confronti dei rischi determinati dal lavoro, specificità che significa garanzia di protezione"*

³ Atti Convegno SISMLA 1995 di A. Ossicini

differenziata e di risposte specializzate in un settore che per le sue caratteristiche deve vedere l'Inail come baluardo contro orientamenti che, se assecondati, potrebbero risolversi in una dequalificazione della tutela".

Tutela Assicurativa

Il problema, semmai, non è valutare l'opportunità di mantenere o meno la tutela differenziata, o l'estensione dell'area della tutela professionale su cui tutti ormai concordano, massimo ampliamento possibile compatibilmente con i fini sopra riportati (*si vedano in proposito sia le numerose risoluzioni del Consiglio dei Ministri delle Comunità Economica Europea, sia le Direttive che i Pareri dello stesso Consiglio, sia il DDL di Delega al Governo per il Nuovo Testo Unico, che quanto auspicato dalla Commissione di Studio istituita dall'Inail per il nuovo Testo Unico di cui riportiamo solo poche righe esemplificative per far comprendere in quale direzione si muove l'Istituto e che ci aiutano a renderci conto di quanto può e deve essere fatto:" ..si ravvede la necessità di procedere speditamente all'ampliamento della tutela assicurativa e di adeguare la normativa vigente alle pronunce della Corte costituzionale e della Corte di cassazione.... nella nuova formulazione legislativa l'esposizione al rischio deve costituire l'unico presupposto per la tutela"), ma se la "formula assicurativa" sia ancora valida oggi.*

Il problema non è quindi legato al mantenimento del "rischio professionale" , ma alla fedeltà al modello assicurativo.

Alcuni esplicitamente, tra cui è da annoverare il Persiani, pur fortemente critici verso il sistema assicurativo, sostengono che *"...molte delle limitazioni che ancora impediscono una integrale realizzazione della tutela del rischio professionale trovano la loro ragion d'essere, o meglio la loro giustificazione, nella mantenuta fedeltà al modello assicurativo ma da qui a estendere indiscriminatamente a tutti i lavoratori la tutela previdenziale professionale e di prevedere prestazioni per qualsiasi evento connesso allo svolgimento del lavoro, ve ne passa. in considerazione che una estensione indiscriminata della tutela previdenziale professionale finirebbe per svalutare la specificità e quindi l'effettività.*

L'abbandono del sistema assicurativo se da una parte può consentire un allargamento della sfera soggettiva di applicazione non può prescindere dall'essenziale rilievo della professionalità del rischio. Il problema quindi appare quello della definizione degli eventi protetti."

"In tal modo anche la tutela del rischio professionale, risulterebbe al pari di altre, inequivocabilmente finalizzata al perseguimento di pur specifici interessi pubblici attinenti non già, com'è con il tradizionale meccanismo assicurativo , strumento di cui si avvale, ma anche alla realizzazione di una tutela effettiva."

Nonostante i limiti che attualmente caratterizzano la tutela dei "rischi professionali" - limiti però non legati, secondo noi, alla formula assicurativa - non crediamo che si possano risolvere, vista la situazione economica, superando detto sistema assicurativo anzi, crediamo che, certamente si aggraverebbero.

Non possiamo non tenere presente l'ammonimento dell'Alibrandi che in un suo scritto si domandava: *"La garanzia previdenziale è un valore o un costo?"*, concludendo che *la risposta da dare non era aut/aut ma, un et/et perché la garanzia previdenziale è sì un costo ma che esprime un profondo valore sociale, o meglio "un costo giustificato, doveroso e costituzionale"* o non ricordare un nostro modesto contributo dal titolo *"Art. 38 obiettivo da perseguire o costo da sopportare?"* in cui concludevamo che ormai era giunta l'ora che i Politici si esprimessero, senza infingimenti, su quale posizione ritenessero corretta.

Sono passati anni da tali interrogativi e da parte politica la risposta non è stata certamente confortante.

Lo stato sociale (Welfare state = stato del benessere/stato assistenziale) non sembrerebbe un investimento (obiettivo) e su questa linea i provvedimenti di carattere previdenziale, assistenziale e di politica sanitaria sono stati ovviamente conseguenti.

Di fronte a tale atteggiamento è difficile non restare quantomeno dubbiosi, se non sconcertati, su quanto potrebbe accadere a seguito di una diversa gestione della "tutela assicurativa del rischio professionale".

È notorio che la discrezionalità del legislatore, per quanto riguarda le scelte di politica economica sociale, è stata più volte confermata, anche dalla giurisprudenza costituzionale ma non si può non osservare che, almeno come tendenza generale, la precettività della Costituzione in materia di previdenza sociale dovrebbe riflettersi, ancor prima che nelle singole scelte legislative, nella predisposizione dei mezzi finanziari, la cui entità dovrebbe corrispondere agli impegni propri di uno stato che è debitore di sicurezza sociale.

Come sostenuto da autorevole dottrina *"la determinazione degli oneri corrispondenti alle forme previdenziali (ed assistenziali) ha di per sé una funzione strumentale di fronte alle corrispondenti obbligazioni pubbliche. Non viceversa: che altrimenti la **determinazione di tali oneri anziché essere condizionata a questi impegni, condiziona la loro osservanza**".*

A tutto ciò va aggiunto che dovrebbero essere valutati gli inconvenienti, anche, dell'abolizione indiscriminata di ogni limite soggettivo ed oggettivo ed il relativo accollo alla produzione degli oneri corrispondenti che molto difficilmente potrebbero essere sopportati se non trasferendoli almeno in parte, ad un finanziamento pubblico che finirebbe per aggravare, ulteriormente, il peso della previdenza sul bilancio dello stato.

Gli oneri della previdenza sociale sono considerati, come è noto, nell'ambito della politica economica (legge 88/89) ed in detta logica è implicita una comparazione dei differenti oneri, ma essa NON dovrebbe mai, a nostro avviso, prescindere dai valori ad essi corrispondenti.

L'attuale "sistema" potrebbe essere superato ma solo e soltanto, a nostro avviso, allorché a livello "politico" la salute venga considerata come un valore/obiettivo da perseguire ad ogni costo, solo in questo caso saremmo disposti ad accettare il "rischio" del cambiamento del sistema assicurativo in un sistema di tutela globale indifferenziato.

I problemi collegati alla verifica dello stato sociale sono molto più complessi di quelli che potrebbero sembrare a prima vista e i nuovi equilibri (anche economico-sociali) sarà opportuno cercarli lungo la via dell'esperienza ormai centenaria acquisita.

Non crediamo al "nuovo" come bastevole in sé, senza che siano specificati nei dettagli i contenuti, quasi che le "procedure" fossero in grado di sostituire le sostanze ed originare le idee.

Per questo riteniamo che l'abbandonare, allo stato attuale, "la formula assicurativa" sia una fuga in avanti di cui non saremmo in grado di valutare le conseguenze e che non possiamo permetterci ed è per questo che riteniamo tuttora valida la formula "assicurativa" che sino ad oggi ha garantito al cittadino-lavoratore, senza alcuno scompenso, quanto la Costituzione ha espressamente previsto.

Adriano Ossicini

L'assicurazione contro i rischi sul lavoro, tra storia e innovazione⁴

Richiami storici e osservazioni tecniche per il dibattito politico sull'“assicurazione obbligatoria di Stato”

Il dibattito sulla scelta tra “assicurazione obbligatoria di Stato” – com'è oggi in Italia quella contro gli infortuni e le malattie professionali – e “assicurazione privata” si è svolto (anche in Italia) sin dagli ultimi decenni dell'ottocento; ha andamento “carsico”: le ri-emersioni, anche recenti, ripropongono comunque antiche posizioni e persistenti ambiguità, si trascurano troppo spesso premesse e conseguenze tecniche.

La critica all'“assicurazione obbligatoria di Stato” – Si può dare per scontato che l'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali debba essere “obbligatoria”. Anche Einaudi, dopo aver scritto che “l'organizzazione statale dei più svariati rami di assicurazione sociale è [...] un ideale che si muove entro una bassura: l'esistenza di masse umane le quali hanno bisogno di essere costrette alla previdenza, alla organizzazione alla solidarietà”⁵, nel paragrafo 39 delle *Lezioni di politica sociale* – dedicato proprio a “l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro” – arriva alla conclusione che “poiché gli uomini non sono né perfetti né previdenti, giova che l'assicurazione sia obbligatoria”⁶.

La critica al fatto che sia “di Stato” si incentra sul problema della “commisurazione del premio al rischio”.

Come riferimento (storico e di contesto) si può citare Antonio Salandra, che nel criticare *Lo stato assicuratore*, nel 1881 scriveva: “i premi si commisurano ai rischi. Se di fatto il premio è il corrispettivo della *susceptio periculi* [...] esso deve crescere e diminuire in ragion diretta del rischio. Tutto il magistero delle tariffe sta nel classificare, sopra i dati approssimativi forniti dall'esperienza, i rischi secondo la gravità loro, e nel proporzarvi i premi”: “nelle tariffe il fine morale, o educativo, non ha a che vedere. [...] Non possono essere subordinate a un fine, perché sono conseguenze di un calcolo, mutabili solo quando gli elementi del calcolo mutino. Il contributo dell'assicurato dev'essere proporzionato alla probabilità che il pericolo diventi danno. Se non è, l'assicurazione non può sussistere. È questione di matematica e di logica, non di sentimento o di morale.”⁷36.

Sul calcolo del premio – In linea di principio, nella determinazione del premio (individuale) commisurato all'assicurazione di una rendita da infortunio entrano diverse componenti: la probabilità del sinistro (che attiva la rendita), il livello della prestazione economica, la probabilità di durata in vita dell'assicurato, la struttura per scadenza dei tassi di interesse, e quello che in Solvency II è definito “risk margin” (il caricamento per il rischio necessario a compensare l'avversione al rischio dell'assicuratore).

La stima di queste basi di calcolo non è agevole; in particolare è critica l'elicitazione della probabilità del sinistro (considerato che sono da valutare anche sinistri “rari” e i sinistri “in itinere”): se non si dispone di una vasta e appropriata base di dati e di adeguati “giudizi esperti” si è in una condizione (che il *report* della Banca mondiale definiva) di 12 “*deep uncertainty*”. Anche nell'assicurazione privata – in questi casi – si ricorre a aggregazioni per “classe di rischio”; e vengono in soccorso i principî di mutualità (passaggio di risorse finanziarie – provenienti dai premi – tra assicurati appartenenti alla stessa classe di rischio) e solidarietà (trasferimento di fondi tra le diverse classi di rischio).

Il calcolo dei premi “nell'assicurazione di Stato” – com'è quella dell'Inail – valuta il rischio per via indiretta: si basa (sostanzialmente) su dati contabili retrospettivi (degli “oneri per prestazioni economiche e sanitarie” fornite dall'Inail), riferiti a ciascuna “voce di lavorazione” cui sono associati gruppi di lavoratori; è prescritta la revisione periodica del premio, per garantirne l'allineamento agli oneri; sono previsti incentivi (riduzione del premio per singola “impresa”) in funzione dell'andamento infortunistico osservato e dell'adozione – da parte dell'impresa – di protocolli di prevenzione. Il grande vantaggio tecnico dell'assicurazione “di Stato” è nella disponibilità di dati sull'intero universo nazionale: è garanzia – in linea di principio – di “massima adeguatezza possibile” della valutazione. L'adeguatezza ovviamente è condizionata dalla significatività (nel tempo) delle “voci di lavorazione”, e dall'appropriatezza dell'attribuzione dei gruppi di lavoratori alla “voce”. È questa la leva che qualifica il *pricing*. Il collegamento tra premio e andamento infortunistico – con la logica del *bonus malus* – è il mezzo che spinge l'impresa all'autotutela della sicurezza (che quindi non è prerogativa – come spesso si afferma – soltanto dell'assicurazione privata).

⁴ *Accademia Nazionale dei Lincei* - Conferenza del Prof. Massimo De Felice 9 gennaio 2014

⁵ Einaudi, L., *Gli ideali di un economista*, Quaderni della Voce raccolti da Giuseppe Prezzolini, Firenze, Pubblicazione della Soc. An. Ed. “La Voce”, Quaderno 50-51, 1921, pagina 137

⁶ Einaudi, L., *Lezioni di politica sociale*, Torino, Einaudi, 2002(1949), pagina 66.

⁷ Salandra, A., *Un caso di socialismo di stato. Lo stato assicuratore*, Nuova antologia, LVII(1881), pagina 463.

Questioni sulla riserva – Nelle assicurazioni private la riserva tecnica (come definita nell’articolo 76 della Direttiva Solvency II) “corrisponde all’importo attuale che le imprese di assicurazione [...] dovrebbero pagare se dovessero trasferire immediatamente le loro obbligazioni di assicurazione [...] ad un’altra impresa di assicurazione”. La riserva che è appostata nel bilancio dell’Inail non rappresenta il valore attuale complessivo delle prestazioni in rendita (obbligazioni, o meglio: obblighi) dovute ai lavoratori infortunati. La riserva misura il valore della “rendita base” (valore iniziale); gli adeguamenti – per aggravamento, e/o indicizzazione economica – sono coperti “a ripartizione”, ricorrendo a una quota di premi incassati nell’anno (è il sistema tecnico-finanziario cosiddetto “a capitalizzazione attenuata”). Le proposte di passaggio da assicurazione “di Stato” a assicurazione “privata” dovrebbero considerare il problema della gestione delle rendite in-essere, e l’impossibilità di trasferimento degli obblighi corrispondenti tramite la riserva.

Qualche altro aspetto – Altri aspetti (caratteristici dell’assicurazione pubblica) pongono allo schema privatistico questioni tecniche non facili da risolvere. Come gestire la cosiddetta “automaticità delle prestazioni” (per cui i lavoratori infortunati hanno diritto alle prestazioni anche in caso di mancata dichiarazione dell’attività lavorativa o di mancato pagamento dei premi da parte del datore di lavoro)⁸; come gestire gli effetti del ritardo di insorgenza delle malattie (attribuibili a attività lavorative svolte lontano nel tempo) e il riconoscimento con effetto retroattivo di “nuove” malattie professionali; come risolvere i problemi tipici di un’assicurazione privata obbligatoria (come gestire l’effetto di “*adverse selection*”, che porta a escludere dall’assicurazione le imprese “più rischiose”).

L’importanza per l’assicurazione delle attività non-assicurative – C’è poi da valutare l’effetto di efficienza che può derivare (ai processi di assicurazione) da attività non-assicurative assolte dall’assicurazione di Stato (com’è organizzata in Italia). La verifica di impianti e macchinari, la ricerca, le azioni di formazione alimentano conoscenze e cultura tecnica utili per gestire l’attribuzione dei gruppi di lavoratori alle classi di rischio, e – potenzialmente – per controllare l’adeguatezza delle “voci di lavorazione”. La gestione dei processi di riabilitazione ha effetto sui tempi di recupero: se ben realizzata è una leva per ridurre i costi da inabilità. E sono tutte azioni svolte su un volume di casi massimo, che copre la quasi totalità dei lavoratori italiani⁹.

Certo il livello di efficienza che si può raggiungere dipende dall’interazione delle esperienze tra ruoli professionali, che per essere proficua va coordinata con processi organizzativi efficaci; ma ciò non toglie pregio alla potenzialità.

L’auspicio di Keynes – Nella *Fine del laissez-faire* Keynes scriveva: “Credo che in molti casi la dimensione ideale per l’unità di controllo e di organizzazione è in un punto intermedio tra l’individuo e lo Stato moderno. Io opino perciò che il progresso sta nello sviluppo e nel riconoscimento di enti semiautonomi entro lo Stato – enti il cui criterio di azione entro il proprio campo sia unicamente il bene pubblico come essi lo concepiscono, e dalle cui deliberazioni siano esclusi motivi di vantaggio privato [...] – enti che nel corso ordinario degli affari siano di massima autonomi entro le proprie prescritte limitazioni, ma siano soggetti in estrema istanza alla sovranità della democrazia quale è espressa attraverso il parlamento”³⁹.

Alle poche considerazioni tecniche svolte in margine al dibattito sulla scelta tra “assicurazione obbligatoria di Stato” e “assicurazione privata” è utile aggiungere questa opinione illustre.

Massimo De Felice

⁸ L’automaticità delle prestazioni, l’iscrizione obbligatoria e l’assenza di scopo di lucro sono caratteristiche giudicate “difficilmente conciliabili con la nozione di impresa nel senso di cui alle norme comunitarie in materia di concorrenza” nella sentenza della Corte di Giustizia delle Comunità Europee, decisione del 22 gennaio 2002 in C-218/2000 (CISAL v Inail). 13

⁹ Sono esclusi, in particolare, agenti di commercio, giornalisti, personale di volo, vigili del fuoco, personale delle forze di polizia e delle forze armate.

L'assicurazione infortuni dal 1883 ad oggi: principali tappe della storia dell'Inail

1883

Nasce la *“Cassa Nazionale di assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro”*, **Legge 1473/1883**, organismo di previdenza a livello individuale e facoltativo. Il collegamento strettissimo tra attività imprenditoriale e rischio lavorativo (cosiddetto ‘rischio professionale’) comporta un crescente consenso verso le polizze (nel 1894 si contano oltre 3.200 polizze e 130.000 lavoratori assicurati). Si accende il dibattito parlamentare sulla necessità di un sistema di tutele al passo con l'avanzamento del processo di industrializzazione del Paese.

1898

Viene promulgata la prima **Legge 80/1898** in materia di infortuni sul lavoro nell'industria che prevede l'obbligo di assicurazione con la libera scelta dell'Ente assicuratore. La legge 80 rappresenta la conclusione di un lungo e tormentato dibattito parlamentare, scientifico e culturale e dà l'avvio ad un sistema di sicurezza sociale i cui cardini (solidarietà, obbligatorietà, intervento economico di sostegno) si mostrano validi ancora oggi.

Viene emanato anche il primo Regolamento generale di prevenzione.

1904

Viene emanato il primo **Testo Unico di Legge con Regio Decreto 51/1904** di riordino delle norme di prevenzione e assicurazione contro gli infortuni sul lavoro che estende i benefici assicurativi a comparti industriali prima non tutelati e stabilisce le modalità di assicurazione contro gli infortuni, i poteri degli ispettori del lavoro, le indennità per le inabilità temporanee e permanenti, per le lesioni subite e per la morte del lavoratore.

1912

Con la **Legge 1361/1912**, dopo circa un decennio di sperimentazione, viene istituito il corpo degli ispettori dell'industria e del lavoro, con funzioni obbligatorie (di vigilanza sull'applicazione delle leggi del lavoro e di studio dei problemi operai) e facoltative (di prevenzione e risoluzione pacifica dei conflitti di lavoro, quando invitati dalle parti).

1919

L'obbligatorietà dell'assicurazione viene estesa al settore agricolo, **Decreto Legge 1450/1917** entrato in vigore nel maggio 1919; in virtù di accordi internazionali, viene costituito l'Ilo (Organizzazione internazionale del lavoro), agenzia delle Nazioni Unite deputata all'attuazione della legislazione sociale nei diversi paesi membri.

1929

Con **Regio Decreto 928/1929** vengono tutelate le malattie professionali in industria; la norma entrava, però, in vigore solo cinque anni dopo, nel 1934.

1933

La Cassa Nazionale Infortuni assume, con **Regio Decreto 264/1933**, la denominazione di INFAIL - Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - con il compito di gestire l'assicurazione nel settore industria in regime di esclusività; la F verrà caducata al termine della guerra diventando Inail.

1934

L'Inail assume la gestione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali nell'industria e vengono riconosciute 6 malattie (tecnopatie).

1935

Sono unificate le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Sono introdotti l'istituto della rendita e l'automatismo delle prestazioni. Nuovo T.U. emanato con la **Legge 1765/1935**

1943

L'Inail assume, anche, la gestione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro in agricoltura. Sono riconosciute la silicosi e l'asbestosi quali malattie professionali nell'industria.

1952

Il numero delle malattie professionali indennizzate nell'industria viene portato a 10 con la **Legge 1967/1952**.

1958

L'Inail, con la **Legge 93/1958** assume la gestione dell'assicurazione contro le malattie professionali in agricoltura e contro quelle dei medici causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive.

1965

Viene emanato il **Testo Unico con D.P.R. 1124/1965** che opera il coordinamento delle norme concernenti l'intero sistema dell'assicurazione e introduce importanti innovazioni quali l'estensione della tutela agli artigiani, ad altri lavoratori autonomi e, sul piano delle prestazioni, la previsione di quote integrative della rendita per i familiari a carico del lavoratore che ha subito un infortunio o è affetto da malattia professionale (tecnopatico).

1975

Con **Decreto Ministeriale 482/1975** il numero complessivo delle malattie professionali passa a 72 e con la **Legge 780/1975** vengono apportate modifiche alle norme su silicosi ed asbestosi.

1978

Viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale con la **Legge 833/1978**. Sono trasferiti alle Regioni i servizi e le strutture sanitarie, ad esclusione dell'attività medicolegale che continua ad essere svolta dall'Inail attraverso il proprio personale sanitario.

1988

La Corte Costituzionale stabilisce l'estensione della tutela a qualunque altra malattia della quale sia dimostrata l'origine lavorativa (**sentenza n. 179 del 1988**).

1994

Entra in vigore il **D.lgs. 626/94** (rafforzato dal successivo **D.lgs. 242/1996**) che recepisce alcune direttive europee e promuove una nuova "cultura della sicurezza". In tale modo si dà vita ad un modello di gestione degli adempimenti previsti dalla legge, fondato sui principi della sicurezza globale, della prevenzione, della programmazione e soprattutto della partecipazione dei lavoratori

alla gestione dei rischi e alla organizzazione del lavoro. La tutela della salute diventa “un bene primario oggetto di un diritto fondamentale della persona”.

1994

Il **D.P.R. 336/1994** contiene l’aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali per industria e agricoltura.

1999

La **Legge 493/1999** introduce l’obbligo assicurativo anche per le “casalinghe” (uomo o donna, tra i 18 e i 65 anni) che svolgano in via non occasionale, gratuitamente e senza vincolo di subordinazione, lavoro finalizzato alle cure della propria famiglia e dell’ambiente in cui si dimora.

2000

Viene varata la riforma dell’Inail (**D. lgs. 38/2000**) la cui *mission* si evolve verso un vero e proprio patto per la sicurezza tra l’Istituto, i datori di lavoro ed i lavoratori. L’assicurazione è estesa anche ai dirigenti art. 4, ai lavoratori parasubordinati art. 5, e agli sportivi professionisti art. 6, e a lavoratori italiani operanti nei Paesi extracomunitari art. 7.

La tutela delle prestazioni è estesa al **danno biologico permanente** (menomazione dell’integrità psico-fisica) art. 13 e definita la tutela per l’infortunio in itinere (percorso casa-lavoro-casa) art. 12, ridisegnato l’ambito della rettifica per errore art. 9 ed infine per le Malattie Professionali, ai sensi dell’art. 10, costituita una commissione scientifica per l’elaborazione e la revisione periodica dell’elenco delle malattie di cui all’articolo 139 (finalità preventive) e delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 (finalità assicurative).

2004

Viene aggiornato, con **Decreto Ministeriale 27 aprile 2004**, l’elenco delle malattie professionali per le quali è obbligatoria la denuncia/segnalazione da parte di qualsiasi medico che ne venga a conoscenza. L’elenco è costituito da tre liste relative alle malattie la cui origine lavorativa è: di elevata probabilità (lista I); di limitata probabilità (lista II) o solo possibile (lista III).

2007

Viene affidata al Governo la delega (**Legge 123/2007, art. 1**) per l’emanazione di un Testo Unico che operi il riassetto e la riforma della tutela della salute e sicurezza sul lavoro (disposizioni preesistenti e successive al D.lgs. 626/1994), nel pieno rispetto delle direttive comunitarie e dell’equilibrio delle competenze tra Stato e Regioni garantendo, al contempo, l’uniformità della tutela sull’intero territorio nazionale.

2008

Viene aggiornato, con **Decreto Ministeriale 14 gennaio 2008**, l’elenco delle malattie professionali per le quali è obbligatoria la denuncia/segnalazione; con **Decreto Ministeriale 9 aprile 2008** invece aggiornato l’elenco delle malattie professionali assicurate.

2008-2009

Viene emanato il nuovo testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (**D.lgs. 81/2008**, in attuazione dell’art. 1 della Legge delega 123/2007, integrato e corretto dal successivo **D.lgs. 106/2009**). Tra le principali novità contenute nel testo, varato grazie all’iniziativa congiunta dei ministeri del Lavoro e della previdenza sociale e della Salute e il coinvolgimento delle parti sociali si segnalano: l’ampliamento del campo di applicazione a tutti i

lavoratori che si inseriscano in un ambiente di lavoro e finanche ai lavoratori autonomi; il rafforzamento delle prerogative delle rappresentanze in azienda e la creazione di un rappresentante di sito produttivo, nelle realtà particolarmente complesse e pericolose (ad esempio, i porti); la rivisitazione e il coordinamento delle attività di vigilanza; il finanziamento delle azioni promozionali private e pubbliche, con particolare riguardo alle piccole e medie imprese, tra le quali l'inserimento nei programmi scolastici e universitari della materia della salute e sicurezza sul lavoro; la revisione del sistema delle sanzioni; l'eliminazione o la semplificazione degli obblighi burocratico-formali. Viene creato anche un sistema informativo, pubblico (Sistema Informatico Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro - Sinp) per la condivisione e la circolazione di notizie sugli infortuni, sulle ispezioni e sulle attività in materia di salute e sicurezza sul lavoro, aggiornato con **Decreto Ministeriale 10 giugno 2014** l'elenco delle malattie professionali per le quali è obbligatoria la denuncia/segnalazione in vigore dal gennaio 2010.

2010

L'Inail acquisisce per legge le funzioni dell'ISPESL (Istituto superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro) e dell'Ipsema (Istituto di Previdenza per il Settore marittimo).

Il legislatore, per ottimizzare le risorse ed evitare duplicazioni di attività, dà vita ad un soggetto di natura esclusiva tra gli organismi centrali, il **Polo della salute e sicurezza**, realizzando così il ciclo di tutela integrata e globale del lavoratore e di sostegno alle imprese sul fronte della sicurezza.

L'Inail oggi è un unico ente di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro in grado di fornire assicurazione e prevenzione; cura, indennizzo, riabilitazione e reinserimento; ricerca scientifica, controllo e consulenza; tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro, compresi quelli marittimi; prestazioni previdenziali per i settori marittimo e della navigazione aerea.

2012

Accordo quadro tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la definizione delle **modalità di erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria da parte dell'Inail**, dà attuazione a quanto previsto dal D.lgs. 106/09, integrativo del Testo Unico 81/08, che attribuisce all'Inail un ruolo all'interno del Sistema sanitario nazionale quale ente depositario di funzioni di assistenza rivolte agli infortunati.

Nel dettaglio indica i settori nei quali le Regioni e l'Inail possono collaborare stabilmente; definisce le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie da parte dell'Inail; garantisce la piena integrazione di queste con le tutele offerte dal SSN; stabilisce la possibilità che l'Inail sancisca *accordi con le Regioni* per erogare prestazioni ulteriori rispetto a quelle garantite dal SSN, avvalendosi a tal fine di servizi pubblici o privati.

2013

Nuovo Modello Sanitario Inail - Determina del Presidente n. 22 del 17 gennaio 2013 - che deve assicurare l'attuazione di un sistema integrato con il **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** in grado di realizzare l'effettività della tutela per gli infortunati e i tecnopatici, ottimizzando le risorse disponibili.

Il SSN ha quale obiettivo la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, il **Polo Salute e Sicurezza sul lavoro** riconosce come precipua finalità quella di garantire la **presa in carico dell'infortunato/tecnopatico** assicurando mezzi adeguati alle esigenze di vita; in tale ottica utile implementazione è l'intesa raggiunta in **Conferenza Stato-Regioni** per le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

2014

La Sovrintendenza Medica Generale modifica la propria denominazione in Sovrintendenza Sanitaria Centrale a significare il governo di tutta l'attività sanitaria.

La Struttura sanitaria: Nuovo Modello Sanitario¹⁰

L'evoluzione dell'organizzazione sanitaria all'interno dell'Inail è andata di pari passo con la normativa "giuridica" di riferimento; in particolare le strutture centrali della Direzione Generale negli ultimi tre lustri hanno modificato il loro modo di essere adeguandosi alle nuove normative; contestualmente le strutture sanitarie, nel loro svilupparsi, sono rimaste suddivise in tre livelli che rappresentano Centro (Struttura di 1° Livello) , Regione (Struttura di 2° Livello) e Sedi (Struttura di 3° Livello).

Sino al 1985, epoca della Delibera attuativa dell'art. 13 della L.222/84, i medici erano inquadrati come "professionali" e quindi come consulenti e nel settore sanitario della Direzione Generale, vi erano tre Consulenze: la Consulenza Organizzazione Attività Sanitarie, la Consulenza Medicina Legale per gli Infortuni e la Consulenza Medicina Legale per le Malattie Professionali ciascuna con un Coordinatore e suddivisa in settori; successivamente, con l'equiparazione normativa e giuridica ai medici del SSN, giusta attuazione dell'art. 13 sopra citato (Delibera C.d.A. n. 280 del 7.10.1985 che ha delineato, anche all'interno dell'Istituto la figura di Assistente, Aiuto e Primario), le Consulenze si sono trasformate in Divisioni con diversi settori ed ogni Divisione aveva un primario preposto alla Divisione. Infine, con l'applicazione del D.lgs.517/93 giusta delibera 699/97 e la variazione dello status in Dirigenti di I e II livello, si è ritenuto più opportuno unificare le tre Divisioni in una Sovrintendenza Medica Generale (Unica) con un Dirigente Medico di II liv. responsabile (o Sovrintendente Medico Generale) e otto settori con, ciascuno, un Dirigente Medico di II livello, responsabile di settore.

La nascita del "Polo salute e sicurezza sul lavoro", a seguito della incorporazione nell'Inail dell'istituto di previdenza per il settore marittimo (Ipsema) e dell'istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (Ispesl), ha richiesto la progettazione di un Nuovo Modello Sanitario. Infatti, con lettera del Direttore Generale del 18 gennaio 2011, veniva costituito un "apposito tavolo tecnico coordinato dal Sovrintendente Medico Generale", che ha visto la partecipazione delle strutture centrali, dell'ISPESL e dell'Ipsema, nonché dei dirigenti medici provenienti dalle varie aree geografiche e dei rappresentanti di tutte le professioni sanitarie non mediche operanti all'interno dell'Istituto. Il nuovo assetto sanitario proposto in questo modello coinvolge tutte le figure sanitarie che svolgono la propria attività all'interno dell'Inail e prevede alcune nuove figure sanitarie (es. referente medico per la prevenzione, esperto territoriale protesi, tecnico ortopedico territoriale, terapeuta occupazionale, *risk manager*). Con l'approvazione del Nuovo Modello Sanitario, a seguito della determina del Presidente n. 22 del 17 gennaio 2013, l'organizzazione della struttura Sanitaria dell'Inail prevede attualmente l'articolazione in tre diverse tipologie di unità, operanti una a livello centrale e le altre due a livello territoriale. La prima, definita come Sovrintendenza Sanitaria Centrale (S.S.C.), per sottolineare il *"cambiamento culturale che valorizza tutte le professioni sanitarie, ponendo su uno stesso piano tutti gli operatori sanitari, in una sinergia di azione tesa all'ottimizzazione dei servizi resi all'utenza"*, e rispetto alla SMG vede rafforzata la sua **autonomia gestionale** e di **governo di tutte le attività sanitarie**, e

¹⁰ A cura di M. Gallo; E. Savino

deve essere in grado di assicurare i richiamati standard di qualità, omogeneità ed economicità del sistema; è diretta da un dirigente medico di II livello, denominato Sovrintendente Sanitario Centrale, è referente per le altre strutture centrali della materia sanitaria e gestisce le Politiche Sanitarie dell'Istituto.

La S.S.C., nell'ottica del presente Modello Sanitario, è ora organizzata in cinque settori; si riportano di seguito i cinque settori con le specifiche attività svolte:

Settore 1 - Programmazione, Organizzazione e Risk Management

- pianificazione delle attività sanitarie nell'ambito delle linee di indirizzo formulate dagli Organi dell'Istituto
- programmazione e controllo dell'andamento produttivo delle Unità territoriali territoriali in materia sanitaria, in coordinamento con le Strutture centrali competenti
- progettazione di strumenti di valutazione ed elaborazione di parametri per la dotazione di risorse umane, strumentali ed ambientali in riferimento al modello sanitario organizzativo e funzionale vigente
- informatizzazione delle attività sanitarie
- ottimizzazione dei servizi sanitari ai fini del sistema qualità
- gestione del rischio nelle attività sanitarie istituzionali

Settore 2 - Medicina Legale assicurativo-previdenziale

- elaborazione ed emanazione di indirizzi e linee guida in materia di infortuni, malattie professionali e speciali tutele, anche in relazione all'evoluzione normativa e giurisprudenziale
- verifica della applicazione delle linee di indirizzo nello specifico ambito istituzionale
- formulazione di pareri medico-legali su problematiche complesse ed emergenti di natura assicurativo-previdenziale
- attività medico-legale per il personale dell'Istituto
- rapporti con Enti ed Istituzioni nazionali ed internazionali nelle materie di competenza del settore

Settore 3 - Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro, Ricerca

- studio dei dati statistico-epidemiologici finalizzato a iniziative preventive collaborazione con Enti ed Istituzioni esterni per la elaborazione e la realizzazione di progetti di prevenzione mediante l'utilizzo delle banche dati Inail, dei flussi informativi Inail - Regioni e del SINP
- management della sorveglianza sanitaria
- individuazione e divulgazione di linee guida e buone prassi in materia di prevenzione sanitaria
- collaborazione alla formazione e informazione in materia prevenzionale
- partecipazione a Commissioni e progetti inerenti la prevenzione sanitaria
- elaborazione, progettazione, pianificazione e coordinamento delle attività di ricerca funzionali agli specifici compiti istituzionali.

Settore 4 - Prestazioni Sanitarie Curative, Riabilitative e Protesiche

- pianificazione, organizzazione e sviluppo delle attività riabilitative (di sede e dei Centri di eccellenza)
- elaborazione di indirizzi operativi e tecnici anche in materia di accreditamento delle strutture (Accordo Quadro Stato-Regioni)
- assistenza alle strutture territoriali

- monitoraggio delle unità territoriali in tema di Prime Cure, FKT, LIA (farmaci e dispositivi tecnici/riabilitativi)
- elaborazione di criteri per le attività di riabilitazione e per la prescrizione di dispositivi tecnici (protesi, ortesi e ausili) finalizzati al massimo recupero possibile dell'autonomia e delle risorse psicofisiche
- orientamento e consulenza alle attività di reinserimento familiare, sociale e lavorativo secondo il modello biopsicosociale.

Settore 5 - **Studi, Formazione e Aggiornamento professionale**

- elaborazione, progettazione, pianificazione e coordinamento delle attività formative e di aggiornamento, funzionali allo sviluppo professionale, manageriale e relazionale di tutto il personale sanitario
- collaborazione, convenzionamento e relazioni istituzionali con Organismi interni ed esterni (Enti, Università, Società Scientifiche, Provider ECM, etc.)
- coordinamento delle collaborazioni con organismi nazionali e internazionali

In ogni settore, la cui responsabilità è affidata a dirigenti medici di II livello, operano dirigenti medici di I livello.

Altre strutture sanitarie centrali, afferenti però alla Direzione Centrale Riabilitazione e Protési, sono:

- *Area sanitaria del Centro Protési di Vigorso di Budrio* – competente allo svolgimento delle attività fisioterapiche di riabilitazione e addestramento all'uso della protési e di quelle di degenza, è affidata alla responsabilità di un dirigente medico di II livello; fanno capo al direttore sanitario del Centro Protési di Budrio anche le attività sanitarie svolte nelle filiali (Roma e Lamezia);
- *Area sanitaria del Centro Riabilitazione di Volterra* – competente allo svolgimento delle attività fisioterapiche e di riabilitazione, è affidata alla responsabilità di un dirigente medico di II livello – fisiatra.

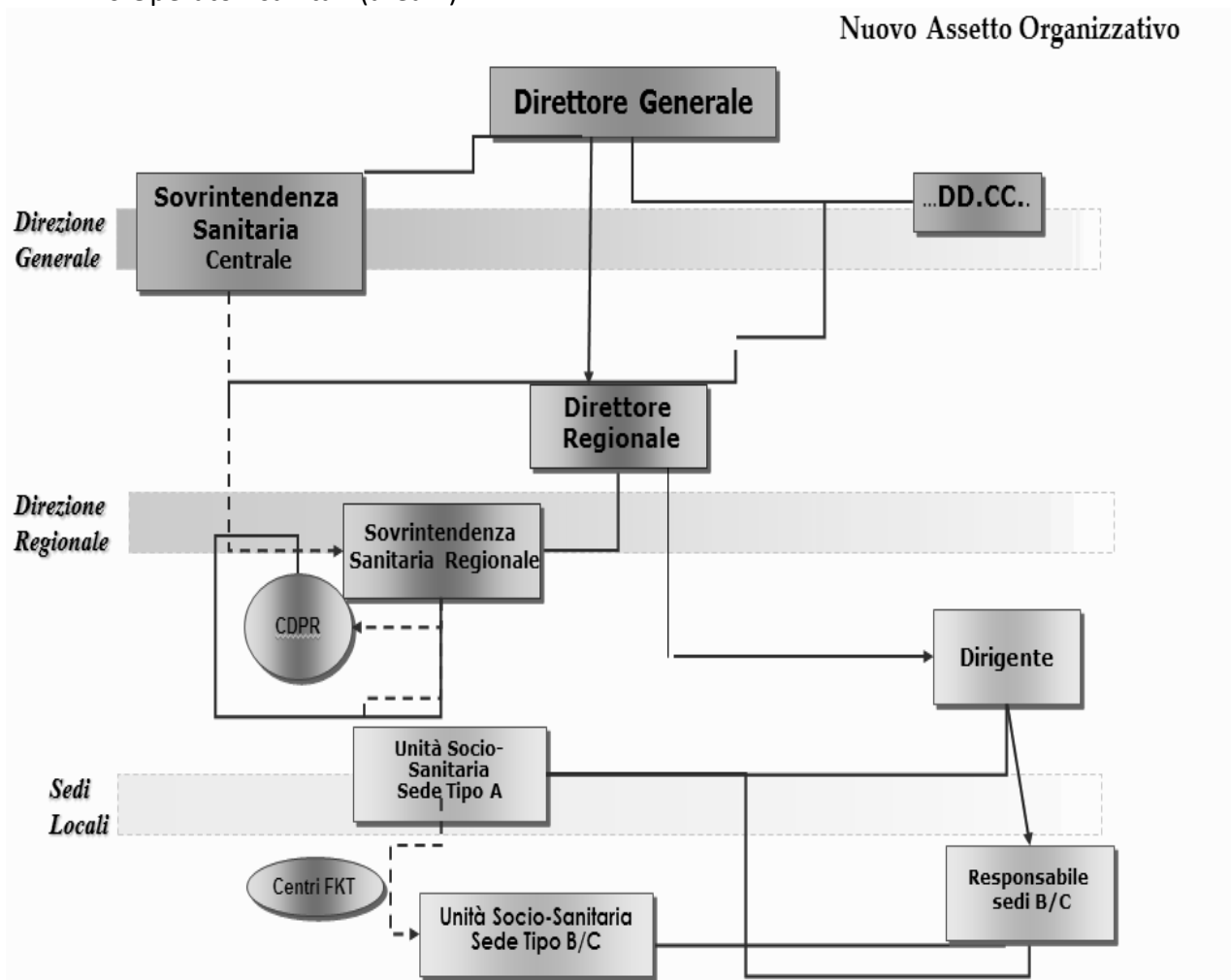
A livello territoriale vi sono 18 Sovrintendenze Sanitarie Regionali (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna,) competenti per le omonime regioni, e Sovrintendenze Sanitarie per la sede Regionale di Aosta, la provincia di Trento e la provincia di Bolzano. La responsabilità delle Sovrintendenze Sanitarie Regionali è affidata a dirigenti medici di II livello. Al momento in dieci regioni sono in funzione i Centri Diagnostici Polispecialistici (Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Puglia, Campania, Calabria, Sicilia).

Infine sul territorio sono operanti oltre 220 sedi, di cui in circa 130 sono state attivate le "prime cure" ed 11 ambulatori di fisiochinesiterapia.

Complessivamente presso tutte le strutture sanitarie Inail prestano la propria opera professionale oltre 1000 medici specialisti ambulatoriali tra tempo indeterminato e tempo determinato, svolgendo a livello territoriale attività curativa presso gli ambulatori prime cure e coadiuvando l'attività medico legale dei dirigenti medici. Il nuovo modello organizzativo di recente approvato con determina del Presidente 2 agosto 2013 n° 196 che, visto l'articolo 1, comma 111, della Legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità), il quale dispone che "...per l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail) si procede alla riduzione della dotazione organica del personale non dirigenziale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b), del citato decreto-legge n. 95 del 2012, con esclusione delle professionalità sanitarie..." prevede:

- 108 Dirigenti Medici di II° livello
- 454 Dirigenti Medici di I livello
- 713 Infermieri (P.O. 1° e 2° livello e area C)
- 116 Tecnici sanitari di radiologia medica

- 91 Fisioterapisti (P.O. 1° e 2° livello e area C)
- 16 Operatori sanitari (area B)



Allegato

NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO

Il nuovo Modello Sanitario individua quali suoi essenziali presupposti operativi l'ambito di attività e l'impianto organizzativo, nonché le figure sanitarie necessarie per la sua concreta realizzazione. In merito a queste ultime va rimarcato che contribuiscono all'erogazione dei servizi sanitari **tutti gli operatori** che a vario titolo sono coinvolti nel disegno di Prevenzione e Sicurezza, di Diagnostica e Cura, di Riabilitazione e Reinserimento, di Protesizzazione e di Medicina Legale nonché di Formazione e Aggiornamento. D'altronde la nuova declinazione della Struttura Centrale, ovvero della **Sovrintendenza Sanitaria Centrale (S.S.C.)** in luogo della Sovrintendenza Medica Generale, vuole essere espressione anche formale del cambiamento culturale che valorizza tutte le figure professionali sanitarie, ponendo su di uno stesso piano tutti gli operatori sanitari, in una sinergia di azione tesa all'ottimizzazione dei servizi resi all'utenza. L'impianto organizzativo prevede l'individuazione di una Struttura centrale, **la SSC, polifunzionale e multidivisionale, costituita da 5 Settori**, corrispondenti ciascuno ad **Unità Operativa Complessa**, ed una funzione di staff. Ogni settore ha specifiche attribuzioni per materia (dettagliate nelle pagine successive). A livello territoriale le **Sovrintendenze Sanitarie Regionali (S.S.R.)** attuano e replicano le funzioni della S.S.C. e costituiscono anch'esse **unità complesse** di tipo operativo; sono dotate di un organico proprio e comprendono **Unità Operative Semplici (U.O.S.)**. Allo stato, alcune SSR comprendono anche i **C.D.P.R.**

L'Unità Operativa Complessa territoriale Inail potrà sostanzarsi in diverse tipologie: 1) attuale qualificazione di **sede A** ovvero di livello dirigenziale. 2) **struttura di livello non dirigenziale** ma provinciale o comunque con portafoglio rilevante, eventualmente anche articolata in più strutture territoriali e presenti una diversa articolazione funzionale (più unità operative semplici) altrimenti denominata **Sede Specifica**. L'ipotesi di cui al punto 2 potrà sostanzarsi per elementi qualificanti quali:

- le necessità clinico-indennitarie (elevata valenza scientifico-professionale e/o di impatto sociale)

- la responsabilità della struttura sanitaria
- l'articolazione territoriale (elevata valenza assicurativa)
- i carichi di lavoro
- esigenza di rispetto del programma assistenziale
- finalità strategiche dell'Istituto.

La direzione delle U.O.C. (Settori) della S.S.C. , delle S.S.R e delle Unità Operative Complesse territoriali è affidata ad un **dirigente medico di II livello (DM2)**, nel rispetto della tipologia delle prestazioni rese, che potrà riconoscere titoli diversificati di accesso alle strutture (medico fisiatra per le strutture ove è espressamente richiesta tale specializzazione). Il DM2, a prescindere dalla sua disciplina di appartenenza, deve possedere nel suo bagaglio formativo **competenze in tema di gestione e organizzazione** al fine di favorire anche l'integrazione delle diverse figure professionali che operano all'interno dell'Istituto.

Le **Unità Operative Complesse**, accomunate da esigenze operative omogenee, vedono tutte la convergenza di competenze, oneri ed esperienza in tema di **Prevenzione, Cura, Riabilitazione, Reinserimento e Indennizzo**. Le **Unità Operative Semplici** che costituiscono con il loro raggruppamento U.O.C. sono comunque affidate ai **dirigenti medici di I livello con incarico di B1**. Alla stessa figura sono affidati **specifici incarichi presso la S.S.R.** (Es.: Referente Prevenzione; Responsabile CDPR) . Sono confermate le posizioni di B1 attualmente assegnate alle U.O.C. che insistono nella S.S.C., nelle S.S.R., nelle attuali sedi di tipo A nonché in quelle di tipo B aggregate alle unità operative complesse di tipo A.

Nella declinazione delle funzioni il personale medico ha trovato dettagliate specifiche, per la parte innovativa, nelle sezioni di riferimento. Peraltro, gli impegni assunti dall'Istituto per la realizzazione del nuovo patto sociale non possono prescindere dall'adeguamento, in termini quantitativi, oltre che delle figure sanitarie già espresse, anche dei dirigenti medici. Nell'ambito delle attività di collaborazione sanitaria, **l'infermiere** svolge un ruolo peculiare. Con riferimento alle proposte del presente Modello Sanitario conosce un ulteriore impulso nella generale previsione delle **funzioni organizzative, gestionali, assistenziali, relazionali, di accoglienza, didattico/educative e di prevenzione**. Tali funzioni sono modulate in ragione della posizione organizzativa ricoperta, del livello centrale o territoriali ove si opera, ed in base agli specifici compiti tradizionali ed innovativi richiamati nel presente Modello. Tra questi, sia pure ricadenti in una successiva fase attuativa, possono essere indicati i **compiti di specifica assistenza domiciliare** che peculiari fattispecie di patologie richiedono.

Per quanto riguarda il **Tecnico Sanitario di Radiologia Medica**, tale figura professionale è impegnata essenzialmente in tre segmenti di attività. Il primo attiene all'**accoglienza/informazione** degli assicurati, il secondo prevalentemente indirizzato a fornire le **prestazioni radiologiche** con i connessi adempimenti tecnici di registrazione, predisposizione, esecuzione ed eventuale effettuazione di ricerche su casistica radiografica precedente. Da ultimo dette attività comprendono la **gestione della documentazione** sanitaria radiografica, nonché la responsabilità relativa all'assistenza e al buon funzionamento delle apparecchiature, alle procedure di smaltimento dei rifiuti speciali e alla eventuale elaborazione di statistiche sanitarie specifiche. Il complesso delle attività, essenzialmente omogenee su tutto il territorio, annovera una serie di altri compiti e funzioni ben definite. Il NMS valorizza anche la figura del **Tecnico Ortopedico**, il quale addestra il disabile all'uso delle protesi e delle ortesi applicate, svolgendo anche assistenza tecnica per la fornitura, la sostituzione e la riparazione dei presidi. Egli collabora con altre figure professionali al trattamento multidisciplinare previsto nel piano di riabilitazione ed è responsabile dell'organizzazione, pianificazione e qualità degli atti professionali svolti nell'ambito delle proprie mansioni.

Per quanto riguarda la figura del **Fisioterapista**, al momento presente presso il Centro Protesi di Vigorso di Budrio, il Centro di Riabilitazione Motoria di Volterra, nonché presso gli undici Centri di FKT territoriali, in ragione della complessità e della numerosità delle funzioni svolte le stesse sono state dettagliatamente esplicitate.. Nel nuovo Modello Sanitario, supportando la più aggiornata pratica clinica di terapia occupazionale e le più recenti conoscenze, è stata prevista la figura del **Terapista occupazionale**. Peraltro l'interesse e l'impegno della terapia praticata è complementare alla visione della salute espressa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In termini generali le attività di terapeuta occupazionale, richiamate dal presente Modello, sono indirizzate verso "impegno di inclusione" evitando le discriminazioni che le patologie e le menomazioni anche professionali determinano.

L'attività medico specialistica completa l'azione diagnostico-terapeutica dell'Istituto. È svolta da medici specialisti ambulatoriali che operano presso le strutture territoriali nell'ambito delle branche richiamate nella sezione "Diagnosi e Cura". I loro compiti sono disciplinati dall'Accordo sottoscritto il 30 luglio 2010 tra Inail/SUMAI, nel testo integrato con le modifiche di cui al verbale d'intesa del 7 marzo 2011.

Inail: “Col nuovo modello la sanità al centro delle politiche dell’Istituto”¹¹

“Un riassetto che testimonia il grande processo di modernizzazione in atto, un passaggio determinante per dare pienezza operativa al Polo salute e sicurezza e per dotare l’Inail di una “macchina organizzativa” che, con grande flessibilità, sappia potenziare al massimo le proprie risorse e fornire prestazioni sempre più efficaci a vantaggio dei lavoratori e delle aziende.

Il direttore generale, Giuseppe Lucibello, esprime grande soddisfazione per il nuovo modello sanitario dell’Istituto: “Questo riassetto rappresenta un tassello importante di un più ampio processo di modernizzazione oggi in corso – afferma – e che, entro breve, troverà un definitivo compimento nel nuovo modello organizzativo generale”.

Il modello sanitario riconosce con pienezza la significatività di una funzione all’interno della quale viene sviluppato, nel modo più autentico, il ciclo della tutela integrata del lavoratore infortunato.

“Grazie a quest’intervento la sanità è stata posta con giusto diritto al centro delle politiche dell’Inail – continua Lucibello – Del resto, la sua peculiarità è stata riconosciuta in primis dal governo che, grazie a un apposito emendamento nella legge di stabilità, ha sottratto le professionalità che agiscono in quest’ambito dell’Istituto – unico caso nella pubblica amministrazione italiana – dai tagli lineari d’organico richiesti dalla spending review”.

Dalla prevenzione al reinserimento professionale (coinvolgendo le “macroaree” di diagnosi e cura, protesica, riabilitazione, medicina legale e formazione), il nuovo modello – analizza Lucibello – “troverà piena declinazione in un rapporto più attivo e funzionale con tutti gli attori operanti nella sanità secondo canoni di interistituzionalità, interdisciplinarietà, collaborazione e dialogo”. “Il riassetto che abbiamo messo a punto è stato progettato ponendo come suo naturale presupposto l’Accordo quadro della conferenza Stato/Regioni – continua – i cui contenuti sono ora pienamente recepiti dall’Inail in una struttura organizzativa in grado di tradurli in politiche di intervento sempre più attente e vicine all’infortunato e al tecnopatico”.

Giuseppe Lucibello

¹¹ *Inail: “Col nuovo modello la sanità al centro delle politiche dell’Istituto”* salastampa.Inail.it/internet/salastampa;.../08/feb/2013 - Il Direttore Generale, Giuseppe Lucibello, esprime grande soddisfazione per il **nuovo modello sanitario** dell’Istituto.

Prestazioni Inail. Sanitarie ed economiche¹²

Il diritto dell'Assicurato alle prestazioni erogate dall'Inail si configura come vero e proprio diritto soggettivo che si fonda sull'esistenza del rapporto assicurativo e si concretizza con il verificarsi delle condizioni previste dalla legge e soggette alla particolare tutela previdenziale.

L'Inail garantisce ai lavoratori, attraverso l'assicurazione, un sistema 'globale e integrato' di tutele, che parte dagli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro, alle prestazioni economiche e sanitarie, alle cure, alla riabilitazione e al reinserimento nella vita sociale e lavorativa.

L'assicurazione è obbligatoria per tutti i datori di lavoro che impiegano lavoratori dipendenti e/o parasubordinati nelle attività che la legge italiana riconosce come rischiose.

Nell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali vige il principio della automaticità delle prestazioni, per cui lo specifico diritto che ne consegue prescinde dal versamento dei contributi da parte del datore di lavoro.

Al principio dell'automaticità delle prestazioni fanno eccezione:

- alcune tipologie di lavoratori autonomi (quali ad esempio gli artigiani e coltivatori diretti): l'art. 59, comma 19, della legge n. 449/97 dispone che, a decorrere dal 1° gennaio 1998, l'obbligo di erogare le prestazioni anche in caso di mancata ottemperanza, totale o parziale, all'obbligo contributivo, non trova applicazione nei confronti dei lavoratori autonomi non in regola con il versamento dei premi dovuti. Si tratta, tuttavia, di una mera attenuazione del principio di automaticità che, per tale categoria di lavoratori, si risolve non già nella perdita del diritto alle prestazioni, bensì nella sua sospensione fino all'assolvimento dell'obbligo contributivo. La sospensione dell'indennizzo, peraltro, non si applica in caso di decesso del lavoratore, dal momento che il diritto alla rendita compete ai superstiti iure proprio e, pertanto, non può essere pregiudicato dal comportamento omissivo del lavoratore deceduto.
- le/i casalinghe/i che subiscono un infortunio in ambito domestico ma, al momento dell'evento lesivo non sono iscritte/i all'assicurazione, non hanno diritto alle prestazioni.

Il diritto alle prestazioni può essere esercitato soltanto nei confronti dell'Istituto Assicuratore sia in sede amministrativa sia in sede giudiziaria. In particolare, l'art. 67 T.U. 1124/65 precisa come gli "Assicurati hanno diritto alle prestazioni da parte dell'Istituto Assicuratore anche nel caso in cui il datore di lavoro non abbia adempiuto agli obblighi stabiliti ..".

Analogamente, il lavoratore ha diritto alle prestazioni assicurative anche nel caso in cui il Datore di Lavoro non abbia denunciato l'infortunio all'Inail, così come stabilito dall'art. 53 T.U. La normativa vigente ammette peraltro la possibilità per l'Istituto di applicare al datore di lavoro inadempiente le previste sanzioni.

A garanzia dell'effettivo diritto della prestazione Inail, la normativa vigente ha considerato lo stesso diritto "incedibile, impignorabile, insequestrabile" (art. 110 T.U.).

¹² A cura di M. Innocenzi; A. Di Giacobbe

L'evoluzione delle norme di tutela

Dal 1965, anno in cui è stato emanato il "Testo Unico sull'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" tuttora vigente, ad oggi il complesso delle prestazioni erogate dall'Inail è stato oggetto di progressive modifiche, nel senso di una sempre più ampia tutela nei confronti del lavoratore.

Il **decreto legislativo n. 38 del 2000** ha ridefinito il ruolo complessivo dell'Istituto e comportato profonde innovazioni ponendo al centro del sistema il **danno alla persona** del lavoratore, in quanto lesione del diritto fondamentale alla integrità psico-fisica.

L'articolo 13 del decreto legislativo n. 38 del 2000 ha radicalmente modificato la disciplina delle prestazioni di natura economica erogate dall'Inail per l'indennizzo di postumi permanenti derivati da infortunio sul lavoro o da malattia professionale.

Il decreto legislativo 38/2000 ha altresì introdotto la tutela dell'**infortunio in itinere** - avvenuto durante il percorso dal luogo di abitazione al luogo di lavoro e viceversa - in precedenza tutelato, in mancanza di specifica normativa, solo a seguito di interpretazioni giurisprudenziali, in forza delle quali la copertura assicurativa, tradizionalmente riservata agli eventi lesivi causati da rischi specifici del lavoro, è stata estesa ad una attività estranea a quella lavorativa, pur essendo funzionale a quest'ultima.

La giurisprudenza ha sempre affermato che, affinché si verifichi l'estensione della copertura assicurativa, occorre che il comportamento del lavoratore sia giustificato da un'esigenza funzionale alla prestazione lavorativa, tale da legarla indissolubilmente all'attività di locomozione, posto che il suddetto infortunio merita tutela nei limiti in cui l'assicurato non abbia aggravato, per suoi particolari motivi o esigenze personali, i rischi propri della condotta extralavorativa connessa alla prestazione per ragioni di tempo e di luogo, interrompendo così il collegamento che giustifica la copertura assicurativa.

Il principio giurisprudenziale sopra riportato è stato fedelmente declinato nel testo dell'articolo 12 del D.lgs. n. 38/2000, espressamente dedicato alla disciplina del predetto infortunio in itinere

La nuova disciplina indennitaria si applica agli infortuni verificatisi e alle malattie professionali denunciate a **decorrere dal 9 agosto 2000**, data di entrata in vigore delle nuove disposizioni. L'obbligo assicurativo è stato inoltre esteso ai **lavoratori parasubordinati, ai dirigenti e agli sportivi professionisti.**

Per quanto riguarda le malattie professionali, il D.M. del 9 aprile 2008 contiene le **nuove tabelle delle malattie professionali** nell'industria e nell'agricoltura, formulate ai fini assicurativi. Nel 2010 è **stato inoltre aggiornato l'elenco**, previsto a fini prevenzionali, delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate per le quali è obbligatoria la denuncia da parte del medico ai sensi dell'art. 139 del T.U. 1124/1965.

Prestazioni economiche

L'Inail tutela i lavoratori che subiscono un infortunio sul lavoro o contraggono una malattia professionale mediante l'erogazione di prestazioni economiche, sanitarie e integrative. In particolare, l'Inail provvede all'erogazione delle seguenti prestazioni economiche:

- l'indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta
- l'indennizzo per la menomazione dell'integrità psicofisica (danno biologico)
- la rendita diretta per inabilità permanente
- l'integrazione della rendita diretta
- le prestazioni per gli infortuni in ambito domestico
- la rendita di passaggio per silicosi e asbestosi
- la rendita ai superstiti
- il beneficio una tantum ai superstiti di infortuni mortali
- l'assegno funerario
- l'assegno per assistenza personale continuativa
- lo speciale assegno continuativo mensile
- prestazione economica aggiuntiva fondo amianto

e delle seguenti prestazioni integrative, dette anche assistenziali:

- l'assegno di incollocabilità
- l'erogazione integrativa di fine anno
- il brevetto e distintivo d'onore

Per il **Settore navigazione** erano inoltre previste le seguenti prestazioni economiche, erogate dall'Ipsema per conto dell'Inps:

- l'indennità per temporanea inidoneità alla navigazione
- l'indennità di maternità e congedi per il personale navigante
- l'indennità per inabilità temporanea assoluta da malattia complementare
- l'indennità per inabilità temporanea assoluta da malattia fondamentale
- l'indennità contrattuali a personale in continuità di rapporto di lavoro
- l'indennità contrattuale in caso di morte o invalidità permanente

che, a seguito della soppressione dell'Ipsema e conseguente incorporazione di quest'ultimo all'Inail ad opera della legge n. 122/2010, erano state dapprima attribuite all'Inail. Recentemente, poi, con la L. 99/2013 la competenza ad erogare dette prestazioni è stata definitivamente attribuita all'Inps. Rimane attribuita alla competenza dell'Inail esclusivamente l'erogazione dell'indennità per temporanea inidoneità alla navigazione, qualora detta indennità sia conseguente ad infortunio sul lavoro o malattia professionale.

Indennità temporanea

L'indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta è erogata quando l'inabilità sia tale da impedire totalmente al soggetto di svolgere la propria attività lavorativa.

L'indennità viene erogata a decorrere dal quarto giorno successivo al verificarsi dell'infortunio ovvero alla manifestazione della malattia professionale ed è corrisposta per tutta la durata della

inabilità; essa assolve alla funzione di integrare la capacità di guadagno del lavoratore, venuta meno a causa della temporanea perdita dell'attitudine al lavoro, sicché deve essere commisurata alla retribuzione effettivamente percepita nei quindici giorni precedenti l'evento lesivo.

Rendita per inabilità permanente

L'articolo 74 T.U. dispone che, qualora dall'infortunio o dalla malattia professionale residuino postumi permanenti di grado pari o superiore all'11%, sia corrisposta, con effetto dal giorno successivo a quello della cessazione dell'inabilità temporanea assoluta, una rendita di inabilità rapportata al grado dell'inabilità stessa e ragguagliata alla retribuzione effettivamente percepita nell'anno precedente, nel rispetto del minimale e del massimale di legge.

Durata: per tutta la vita a condizione che:

- nell'arco di tempo in cui è possibile che si verifichi una revisione, il grado di inabilità riconosciuto non scenda sotto l'11%
- la rendita non venga capitalizzata.

Indennizzo per la menomazione dell'integrità psicofisica

L'articolo 13 del decreto legislativo 38/2000 ha radicalmente modificato la disciplina delle prestazioni di natura economica erogate dall'Inail per l'indennizzo di postumi permanenti derivati da infortunio sul lavoro o da malattia professionale.

È, invece, rimasta immutata la disciplina dell'indennità per inabilità temporanea assoluta al lavoro, sia quanto alla misura dell'indennità stessa che quanto al parametro di valutazione, che è riferito alla capacità lavorativa specifica del soggetto leso, dal momento che la prestazione è riconosciuta in relazione al periodo per il quale l'infortunato è nella impossibilità di svolgere il proprio lavoro.

Del pari invariata è rimasta la disciplina della rendita ai superstiti.

Che l'art. 13 del D.lgs. 38/2000 detti disposizioni per l'indennizzo dei danni di carattere permanente che sostituiscono integralmente quelle fino ad allora vigenti è reso evidente dal disposto del secondo comma dell'articolo stesso, laddove è detto che le prestazioni di cui all'articolo 13 sono erogate "in luogo" della prestazione di cui all'art. 66, primo comma, n.2 del T.U. 1124 del 1965 (rendita da inabilità permanente).

Il legislatore, con l'art. 13 del D.lgs. 38/2000, ha operato un bipartizione dei gradi di menomazione: le menomazioni di grado compreso tra il 6% e il 15% sono indennizzate in capitale, mentre quelle di grado pari o superiore al 16% sono indennizzate in rendita.

Per l'indennizzo in capitale, peraltro, è stato dettato un peculiare regime, che tiene conto della natura della tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

L'erogazione dell'indennizzo in capitale, infatti, non ha la funzione di definitiva liquidazione dell'evento lesivo, dal momento che il lavoratore, ai sensi del comma 4 dell'art. 13, in caso di aggravamento conseguente all'infortunio sul lavoro o alla malattia professionale, entro dieci anni

dalla data dell'infortunio o quindici dalla data di denuncia della malattia professionale, ha diritto a richiedere il riconoscimento del maggior capitale dovuto, se la menomazione si è aggravata senza raggiungere un grado pari o superiore al 16%, o la costituzione della rendita, laddove la menomazione abbia raggiunto o superato il predetto grado.

Al pari dell'indennizzo in capitale, anche la rendita di cui alla lettera a) del comma 2 dell'art. 13 è finalizzata esclusivamente all'indennizzo del danno biologico.

Le conseguenze patrimoniali della menomazione sono, infatti, indennizzate esclusivamente dall'ulteriore quota di rendita di cui alla successiva lettera b), che appunto prevede che "le menomazioni di grado pari o superiore al 16% danno diritto all'erogazione di un'ulteriore quota di rendita per l'indennizzo delle conseguenze delle stesse..". Per la valutazione dell'incidenza della menomazione dell'integrità psico-fisica sull'attività lavorativa del soggetto leso l'art. 13 del D.lgs. 38/2000 ha introdotto la tabella dei coefficienti, che costituisce uno strumento attraverso il quale è possibile pervenire ad una maggiore personalizzazione dell'indennizzo, in attuazione anche dell'espresso auspicio della Corte Costituzionale che, con la sentenza n. 350/97, aveva richiamato il legislatore ordinario ad una "più dettagliata individuazione delle diverse categorie delle attività lavorative".

Punti di riferimento per l'applicazione dei coefficienti sono la valutazione del pregiudizio che dalla menomazione deriva allo svolgimento dell'attività svolta o al complesso delle altre attività adeguate al patrimonio bio-attitudinale-professionale del lavoratore infortunato, l'efficacia degli interventi riabilitativi, di supporto e di sostegno", e la "ricollocabilità dell'assicurato".

In relazione a questi punti di riferimento è stata costruita una griglia di corrispondenza tra gravità della menomazione e sua incidenza sulla attività lavorativa.

Per una migliore personalizzazione dell'indennizzo è, peraltro, possibile, sia in sede di prima valutazione dei postumi sia in sede di revisione, attribuire o confermare il coefficiente previsto per una fascia di grado superiore, in considerazione delle specificità del singolo caso.

La tabella dei coefficienti costituisce, quindi, anche elemento di raccordo tra il momento indennitario e la funzione di recupero e di sostegno, finalizzata alla riduzione dell'handicap.

Più in generale, si può affermare che il sopra descritto meccanismo sposta l'attenzione del sistema di tutela dalla invalidità astrattamente considerata all'handicap che concretamente la menomazione produce a carico del soggetto leso.

Il riscatto della rendita per il lavoratore agricolo

Il lavoratore agricolo titolare di rendita:

- con un grado di inabilità permanente dal 16 al 20%, accertato alla scadenza dei termini per la revisione, può richiedere la liquidazione in capitale della rendita dovuta;
- con un grado di inabilità permanente pari o superiore al 50%, trascorsi almeno due anni dalla liquidazione della rendita, a specifiche condizioni e per investimenti miglioramenti della propria attività, può richiedere il riscatto della rendita stessa, per intero se i postumi siano da ritenersi non suscettibili di modificazioni ed in misura non superiore alla metà nell'ipotesi opposta.

Prestazioni per infortuni in ambito domestico

Se dall'infortunio domestico derivi un'inabilità al lavoro, valutata in base alle tabelle allegate al Testo Unico, pari o superiore al 27% per gli infortuni occorsi a partire dal 1° gennaio 2007 o al 33% per quelli occorsi fino al 31 dicembre 2006, viene corrisposta all'assicurato una rendita, liquidata sulla base della retribuzione minima convenzionale stabilita per le rendite del settore industria. Non è soggetta a revisione e a tassazione IRPEF. La rendita decorre dal primo giorno successivo a quello di avvenuta guarigione clinica. A partire dal 17 maggio 2006, nel caso in cui dall'infortunio derivi, direttamente o indirettamente, la morte dell'assicurato, viene corrisposta una rendita a ciascuno dei superstiti aventi diritto, calcolata con le stesse modalità e percentuali stabilite per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro. La somma totale delle rendite erogate ai superstiti non può superare l'intero importo della retribuzione minima convenzionale stabilita per le rendite del settore industriale. Per gli eventi mortali è, inoltre, corrisposto l'assegno funerario. A tale tematica è dedicato specifico capitolo

Rendita di passaggio per silicosi e asbestosi

È una prestazione di durata annuale, non soggetta a tassazione Irpef, di cui sono beneficiari solo i lavoratori affetti da silicosi o asbestosi i quali vengono così incentivati ad abbandonare l'attività rischiosa e a trovare un'altra lavorazione che non li esponga allo specifico rischio. I **requisiti** per aver diritto alla prestazione sono:

- riconoscimento di silicosi o asbestosi causate da lavorazioni a rischio
- abbandono della lavorazione nociva per evitare l'aggravamento della malattia
- un grado di inabilità permanente compreso tra l'1% e l'80%, valutato in base alle tabelle allegate al Testo Unico, per le malattie denunciate fino al 31 dicembre 2006
- un grado di menomazione dell'integrità psicofisica non superiore al 60%, secondo le tabelle del decreto ministeriale del 12 luglio 2000, per le malattie denunciate dal 1° gennaio 2007.

Decorrenza: Dalla data di effettivo abbandono della lavorazione nociva.

Rendita ai superstiti

Se l'infortunio o la malattia professionale hanno per conseguenza la morte, i superstiti del lavoratore deceduto hanno diritto alla rendita prevista dall'art. 85 T.U.

La prestazione spetta ai superstiti, *iure proprio* e non *iure successionis*, nella misura ed alle condizioni previste dal suddetto articolo 85.

La rendita a superstiti è ragguagliata, sempre nei limiti del minimale e del massimale, al 100% della retribuzione percepita in vita dal lavoratore deceduto e viene riconosciuta nelle misure di seguito indicate:

- il 50% al coniuge superstite - anche separato ed a prescindere dalla esistenza di un assegno di mantenimento - fino alla morte od a nuovo matrimonio;
- il 20% a ciascun figlio, legittimo, naturale, adottivo, fino al diciottesimo anno di età; per gli studenti il diritto si protrae per tutta la durata del corso di studi e, comunque, non oltre il 21° o

26° anno di età, se viventi a carico; per i figli inabili la rendita viene corrisposta anche oltre i predetti limiti di età, finché dura l'inabilità; il 40% al figlio orfano di entrambi i genitori;

– in mancanza delle prime due categorie di superstiti sopra indicate, il 20% a ciascun ascendente vivente a carico e a ciascun fratello o sorella convivente e vivente a carico del lavoratore deceduto.

In presenza di pluralità di aventi diritto, la somma delle rendite spettanti non può superare l'importo dell'intera retribuzione, sicché, in caso di superamento di detto importo, le rispettive quote vengono proporzionalmente ridotte.

Beneficio *una tantum* ai superstiti di infortuni mortali

La Finanziaria 2007 ha istituito uno specifico Fondo presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con lo scopo di fornire un adeguato supporto ai familiari dei lavoratori - assicurati e non, ai sensi del Testo Unico - vittime di gravi infortuni sul lavoro. I compiti di erogazione delle prestazioni del Fondo sono attribuiti all'Inail previo trasferimento delle necessarie risorse finanziarie da parte del ministero.

Il decreto del 19 novembre 2008, in fase di prima applicazione, ha limitato le prestazioni del Fondo ai soli familiari dei lavoratori deceduti per infortuni sul lavoro verificatisi dal 1° gennaio 2007. Sono esclusi gli infortuni avvenuti antecedentemente al 1° gennaio 2007 con decesso del lavoratore successivo a detta data e le malattie professionali.

Hanno diritto alle prestazioni:

- il coniuge
- i figli legittimi, naturali, riconosciuti o riconoscibili, adottivi, fino al diciottesimo anno di età; i figli fino a 21 anni, se studenti di scuola media superiore o professionale, a carico e senza un lavoro retribuito; i figli fino a 26 anni, se studenti universitari, a carico e senza un lavoro retribuito; i figli maggiorenni inabili al lavoro

In mancanza di coniugi o figli:

- i genitori, se a carico del lavoratore deceduto
- i fratelli e le sorelle, se conviventi e a carico del lavoratore deceduto

La prestazione *una tantum* è fissata annualmente con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e varia a seconda del numero dei componenti del nucleo familiare superstite e delle risorse disponibili del Fondo. Possono beneficiare della prestazione anche i lavoratori non assicurati dall'Inail, come ad esempio i militari, i vigili del fuoco, le forze di polizia, i liberi professionisti, etc. Sono compresi, inoltre, i superstiti dei soggetti tutelati ai sensi dell'assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico (Legge 493/99).

Per i superstiti di lavoratori soggetti alla tutela assicurativa obbligatoria ai sensi del Testo Unico 1124/65 e della Legge 493/99 è previsto unitamente alla prestazione *una tantum* anche un'anticipazione della rendita ai superstiti pari a tre mensilità della rendita annua, calcolata sul minimale di legge per la liquidazione delle rendite. I benefici in questione non sono soggetti a tassazione.

Assegno funerario

L'assegno funerario spetta ai superstiti di lavoratori deceduti a causa di infortunio sul lavoro o malattia professionale oppure, in mancanza di superstiti, a chiunque dimostri di aver sostenuto le spese funerarie presentando presso la sede Inail competente le relative ricevute. L'assegno viene rivalutato annualmente, a decorrere dal 1° luglio, con apposito decreto ministeriale, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

Non è soggetto a tassazione IRPEF.

Assegno per assistenza personale continuativa

Lo speciale assegno, previsto dall'art. 76 del T.U. ad integrazione della rendita, spetta all'infortunato o tecnopatologico nei casi di invalidità conseguente a menomazioni elencate nella tabella allegata 3 al T.U., nei quali sia indispensabile un'assistenza personale continuativa.

Non è soggetto a tassazione IRPEF. Non è cumulabile con altri assegni di accompagnamento e viene sospeso durante i periodi di ricovero. I requisiti per aver diritto alla prestazione sono:

Per eventi fino al 31 dicembre 2006:

- inabilità permanente assoluta del 100% valutata in base alle tabelle allegate al testo unico 1124/65
- necessità di assistenza personale continuativa a causa di una delle condizioni patologiche riportate nella tabella, allegata 3, del Testo Unico 1124/1965.

Per eventi a decorrere dal 1° gennaio 2007:

- necessità di assistenza personale continuativa a causa di una delle condizioni patologiche riportate nella predetta tabella allegata al Testo Unico.

Decorre dalla data di decorrenza della rendita; oppure dal primo giorno del mese successivo alla richiesta del titolare di rendita per ottenere il riconoscimento dell'Assistenza Personale Continuativa o per la revisione del danno permanente; oppure dal primo giorno del mese successivo all'invito da parte dell'Inail a sottoporsi a visita per la revisione del danno permanente. Durata: finché permane la necessità di assistenza personale continuativa.

L'assegno viene pagato mensilmente e rivalutato annualmente a decorrere dal 1° luglio, con apposito decreto ministeriale, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

Speciale assegno continuativo mensile

Lo speciale assegno continuativo mensile ai superstiti è una prestazione corrisposta al coniuge e ai figli del titolare di rendita deceduto per cause non dipendenti da infortunio sul lavoro o da malattia professionale.

Non è soggetto a tassazione IRPEF.

Può essere richiesto se al titolare di rendita deceduto sia stato riconosciuto:

- un grado di inabilità permanente non inferiore al 65%, valutato in base alle tabelle allegate al testo unico, per eventi occorsi fino al 31 dicembre 2006

- un grado di menomazione dell'integrità psicofisica - danno biologico non inferiore al 48%, valutato in base alle tabelle di cui al decreto ministeriale 12 luglio 2000, per eventi occorsi dal 1° gennaio 2007. Inoltre, perché sia concesso, i superstiti non devono percepire rendite, prestazioni economiche previdenziali o altri redditi (escluso il reddito della casa di abitazione) di importo pari o superiore a quello dell'assegno speciale.

Per ottenere l'assegno è necessario presentare richiesta all'Inail entro 180 giorni dalla data del ricevimento della comunicazione, con la quale l'Istituto avverte i superstiti della facoltà di proporre domanda per la concessione dello speciale assegno mensile.

L'Inail, se ricorrono le particolari condizioni economiche, corrisponde direttamente l'assegno, nel caso in cui sia stata respinta la richiesta di rendita ai superstiti.

Prestazione economica aggiuntiva fondo amianto

È una prestazione economica per il sostegno dei lavoratori affetti da una patologia asbesto-correlata o dei loro superstiti, erogata dal "Fondo per le vittime dell'amianto" istituito dalla legge Finanziaria 2008 presso l'Inail.

Con successivo decreto interministeriale, un apposito Regolamento ha disciplinato l'organizzazione e il finanziamento del Fondo, nonché le modalità di erogazione del beneficio. I beneficiari del Fondo sono i lavoratori titolari di rendita diretta, anche unificata, ai quali sia stata riconosciuta, dall'Inail e dall'ex Ipsema, una patologia asbesto-correlata per esposizione all'amianto e alla fibra fiberfrax, nonché i loro familiari titolari di rendita a superstiti. Il diritto al beneficio decorre dal 1° gennaio 2008 e la prestazione aggiuntiva è applicata alle rendite percepite da detta data. Il beneficio consiste in una prestazione economica aggiuntiva alla rendita percepita, calcolata sulla base di una misura percentuale definita con decreto interministeriale.

Per l'accesso al beneficio non deve essere presentata alcuna istanza, in quanto il beneficio si configura come una prestazione aggiuntiva alla rendita percepita, che ne costituisce il presupposto.

La prestazione è erogata d'ufficio dall'Inail, previo trasferimento dei finanziamenti da parte dello Stato e la riscossione dell'addizionale dovuta dalle imprese, nelle misure percentuali della rendita percepita definite con decreto e/o con determina del Presidente.

L'importo della prestazione è calcolato applicando alla rendita percepita per le competenze dell'anno la misura percentuale definita con decreto interministeriale, per il primo acconto ed il conguaglio, o con determina del Presidente dell'Inail, per il secondo acconto.

PRESTAZIONI INTEGRATIVE

Assegno di incollocabilità

La prestazione spetta agli invalidi del lavoro di età non superiore ai 65 anni, per i quali non sia applicabile il beneficio dell'assunzione obbligatoria.

È inoltre richiesto:

- un grado di inabilità, non inferiore al 34% riconosciuto dall'Inail, secondo le tabelle allegate al Testo Unico, per infortuni verificatisi, nonché per malattie professionali denunciate, fino al 31 dicembre 2006
- un grado di menomazione dell'integrità psicofisica-danno biologico superiore al 20% riconosciuto secondo le tabelle allegate all'articolo 13 del decreto legislativo 38/2000, per infortuni verificatisi, nonché per malattie professionali denunciate, a decorrere dal 1° gennaio 2007. Non è soggetta a tassazione IRPEF.

Decorrenza: un mese dopo la presentazione della richiesta.

Durata: fino al compimento dei 65 anni, salvo che nel frattempo non intervengano variazioni nella condizione di incollocabilità.

L'assegno viene pagato mensilmente insieme alla rendita ed è rivalutato annualmente a decorrere dal 1° luglio, con apposito decreto ministeriale, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

Per Ottenere l'assegno è necessario inoltrare la richiesta alla Sede Inail di appartenenza. La domanda dovrà contenere, oltre ai dati anagrafici, la descrizione dell'inabilità lavorativa ed extralavorativa, se esistente, e la fotocopia del documento di identità.

Nel caso di invalidità extralavorativa riconosciuta dovrà essere presentata la relativa certificazione a supporto della richiesta.

Accertati i requisiti amministrativi, il Centro medico legale della Sede verificherà, con apposita visita medica dell'assicurato, la sussistenza dei requisiti sanitari previsti dalla normativa.

Erogazione integrativa di fine anno

Ai grandi invalidi del lavoro il cui reddito personale non superi i limiti annualmente stabiliti dall'Istituto, è riconosciuta una prestazione economica, legata allo stato di bisogno, il cui importo varia a seconda che l'interessato sia titolare o meno di "assegno per assistenza personale continuativa". Compete anche una somma per figli di età non superiore ai 12 anni.

Sono considerati grandi invalidi del lavoro i lavoratori a cui è stata riconosciuta dall'Inail:

- un'inabilità di grado compreso tra l'80% e il 100%, secondo le tabelle allegate al Testo Unico, per gli infortuni verificatisi, nonché per le malattie professionali denunciate, fino al 31 dicembre 2006;
- una menomazione dell'integrità psicofisica di grado compreso tra il 60% e il 100%, secondo le tabelle allegate al decreto legislativo 38/2000, per gli infortuni verificatisi, nonché per le malattie professionali denunciate, dal 1° gennaio 2007.

Nei mesi di novembre e dicembre di ogni anno l'Inail comunica con lettera a tutti i Grandi Invalidi l'importo della erogazione integrativa e i limiti di reddito stabiliti.

Brevetto e distintivo d'onore

È una prestazione speciale di riconoscimento di alto valore morale e sociale di carattere onorifico ed economico.

Requisiti per avere diritto alla prestazione:

- essere Grande Invalido o Mutilato del lavoro
- avere la cittadinanza italiana
- non avere condanne penali di durata complessiva superiore a due anni.

La prestazione consiste in un brevetto e un distintivo di:

- Grande Invalido
 - in caso di inabilità compresa tra l'80% ed il 100% valutata in base alle tabelle allegate al Testo Unico

- in caso di menomazione dell'integrità psicofisica-danno biologico, dovuta a infortuni sul lavoro verificatisi dal 1° gennaio 2007 o malattie professionali denunciate a decorrere dalla stessa data, il grado deve essere compreso tra il 60% e il 100% secondo le tabelle di cui al decreto ministeriale del 12 luglio 2000
- Mutilato del Lavoro
- in caso di inabilità compresa tra il 50% ed il 79% valutata in base alle tabelle allegate al Testo Unico
 - in caso di menomazione dell'indennità psicofisica-danno biologico, dovuta a infortuni sul lavoro verificatisi dal 1° gennaio 2007 o malattie professionali denunciate a decorrere dalla stessa data, il grado deve essere compreso tra il 35% e il 59% secondo le tabelle del decreto ministeriale del 12 luglio 2000.

Inoltre, è erogata una somma in denaro differente a seconda che si tratti di Grande invalido o Mutilato del lavoro.

In caso di Mutilato del Lavoro, il lavoratore invalido deve presentare alla Sede dell'Inail di appartenenza la seguente documentazione:

- domanda in cui dichiara di non aver ricevuto in precedenza la prestazione
- certificato di cittadinanza italiana o autocertificazione sostitutiva
- certificato penale di data non inferiore a tre mesi (per i nati dopo il 1920 il certificato può essere richiesto presso il luogo di residenza; per gli altri presso il luogo di nascita).

In caso di Grande Invalido, la Sede Inail acquisisce direttamente il certificato di cittadinanza italiana e, previo consenso del lavoratore invalido, il certificato penale.

In caso di morte del titolare della prestazione, i superstiti conviventi possono presentare domanda per ottenere:

- il distintivo per il solo il coniuge;
- la prestazione economica per:
 - il coniuge;
 - in mancanza del coniuge, i figli;
 - in mancanza del coniuge e dei figli, i genitori;
 - in mancanza del coniuge, dei figli e dei genitori, i fratelli e le sorelle.

LAVORO MARITTIMO

Il lavoro marittimo è un ambito molto particolare che richiede una specifica attenzione ed una specifica tutela. La Medicina Marittima, branca della scienza medica che si pone a cavallo della medicina del lavoro, della medicina tropicale, della medicina dei viaggi, segue le tematiche connesse alla sicurezza e alle condizioni di lavoro dei marittimi e dei passeggeri.

Tutela assicurativa.

La tutela assicurativa del lavoratore marittimo, già assistito precedentemente dall'Ipsema, con la legge 122 del 2010 è stata attribuita all'Inail che ne ha acquisito le competenze. *L'Inail, dunque, per effetto della predetta successione, esercita l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali per gli addetti alla navigazione marittima ed alla pesca marittima.*

Per il Settore navigazione è rimasta di competenza dell'Inail la seguente prestazione economica:

Indennità per temporanea inidoneità alla navigazione

Questa prestazione è destinata a quei lavoratori che, clinicamente guariti, non risultano ancora idonei alla navigazione. L'indennità è finalizzata a tutelare il marittimo che, pur guarito clinicamente, non sia in grado di riprendere il servizio sulle navi.

Hanno diritto a questa prestazione i marittimi che, al termine di un periodo di assistenza indennizzata per inabilità temporanea al lavoro da infortunio, dopo essere stati sottoposti a visita da parte della Commissione medica permanente di I grado (costituita presso ciascuna Capitaneria di porto), vengano dichiarati temporaneamente non idonei agli specifici servizi della navigazione.

L'indennità viene corrisposta dal rilascio del primo certificato della Commissione di I grado fino alla dichiarazione di idoneità alla navigazione, per la durata massima di un anno dalla prima dichiarazione da parte della Commissione.

Per ottenere l'indennità, l'assistito deve inviare alla sede compartimentale Inail, settore navigazione, (da cui ha ricevuto l'indennità giornaliera per la temporanea inabilità al lavoro) apposita domanda corredata dal verbale della Commissione medica permanente di primo grado. La domanda deve essere inviata entro 48 ore dalla data dell'effettivo rilascio o della ricezione per posta del verbale stesso.

PRESTAZIONI PER I LAVORATORI MIGRANTI

Il fenomeno della mobilità extranazionale dei lavoratori ha portato all'adozione in campo internazionale di strumenti legislativi capaci di coordinare e armonizzare le singole normative nazionali, per affermare i diritti di sicurezza sociale dei lavoratori ed evitare che il lavorare all'estero possa pregiudicare l'esercizio dei propri diritti. Un principio che trova espressione già nell'articolo 35 della Costituzione dove si afferma che "La Repubblica (... promuove e favorisce gli accordi e le organizzazioni internazionali intese ad affermare e regolare i diritti del lavoro. Riconosce la libertà di emigrazione, salvo gli obblighi stabiliti dalla legge nell'interesse generale, e tutela il lavoro italiano all'estero".

La normativa internazionale di sicurezza sociale, quindi, attua il coordinamento delle legislazioni interne degli Stati contraenti senza incidere sulla libertà degli Stati stessi di determinare la propria legislazione di sicurezza sociale.

Le tutele e, quindi, le prestazioni per i lavoratori migranti che subiscono infortuni sul lavoro o sono affetti da malattia professionale sono stati estesi secondo un principio di bidirezionalità. I regolamenti e le leggi promossi dall'Unione Europea e gli accordi siglati con alcuni Paesi extraeuropei hanno portato infatti all'estensione delle garanzie sia ai lavoratori italiani che per motivi di lavoro si trasferiscono all'estero sia ai lavoratori stranieri che si trovano a vivere una situazione analoga nel nostro Paese. Per i lavoratori extracomunitari o per gli italiani che si recano a lavorare in Paesi con i quali non è stata siglata una convenzione, invece, vige l'obbligatorietà dell'assicurazione.

La tutela del lavoratore nell'Unione Europea e in ambito extracomunitario per i Paesi con cui sono state stipulate convenzioni di sicurezza sociale, si basa su:

- parità di trattamento (il lavoratore migrante ha gli stessi diritti e gli stessi doveri del lavoratore-cittadino dello Stato dove svolge l'attività lavorativa)

- territorialità della legislazione (al lavoratore migrante si applica la legislazione di sicurezza sociale del Paese dove viene effettivamente svolto il lavoro, *lex loci laboris*)
- esportabilità delle prestazioni (le prestazioni non sono ridotte, sospese o soppresse per il fatto che il lavoratore migrante trasferisce la sua residenza in un altro Stato)
- totalizzazione dei periodi (i periodi di occupazione, assicurazione o residenza svolti dal lavoratore in due o più Stati possono essere cumulati)

Il lavoratore trasferito o assunto per essere impiegato all'estero in un Paese Extraeuropeo non convenzionato sarà obbligatoriamente assicurato come garantito dalla legge 398/1987 al fine di ricevere un trattamento previdenziale, assicurativo e sanitario non inferiore a quello previsto se l'attività lavorativa venisse svolta sul territorio nazionale.

GESTIONE PER CONTO DELLO STATO

In forza del decreto ministeriale 10 ottobre 1985, i dipendenti delle amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, che rientrano nelle previsioni normative degli articoli 1 e 4 del Testo Unico 1124/1965, sono tutelati contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali con lo speciale sistema della "gestione per conto dello Stato" attuato presso l'Inail.

Lo speciale sistema si applica altresì ai medici esposti all'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive che prestano la loro attività alle dipendenze dello Stato come docenti, assistenti universitari, ecc.

Non sono soggetti alla gestione per conto dello Stato i dipendenti statali rientranti nel campo di applicazione del titolo II del Testo Unico (agricoltura), per i quali è previsto il pagamento dei contributi tramite Inps.

PRESTAZIONI SANITARIE, RIABILITATIVE E PROTESICHE

Gli infortunati e i lavoratori affetti da una malattia professionale hanno diritto a ricevere tutte le cure necessarie per la guarigione e per il recupero della capacità lavorativa, *rectius* dell'integrità psicofisica, a seguito della riforma introdotta dal D.lgs. n. 38/2000.

In particolare, l'Inail provvede all'erogazione delle seguenti prestazioni sanitarie:

- le cure ambulatoriali presso le sedi Inail
- la fornitura di protesi e ausili
- le cure idrofangotermali e soggiorni climatici

Cure ambulatoriali.

Per "prime cure ambulatoriali" si intendono le prestazioni di cure mediche e chirurgiche, diagnostiche e strumentali praticabili a livello ambulatoriale, di cui gli infortunati sul lavoro e i colpiti da malattia professionale necessitano, durante il periodo della inabilità temporanea assoluta, che segue l'infortunio o l'insorgenza della malattia professionale, dopo la dimissione, il Pronto Soccorso Ospedaliero o dopo la prima visita presso altro centro medico. Le tipologie delle prestazioni, sia di cura sia di diagnostica, disponibili presso ciascuna Unità Territoriale sono quelle definite nella convenzione regionale.

È possibile accedere agli ambulatori delle sedi Inail per prestazioni specialistiche di: Ortopedia, Chirurgia, Otorinolaringoiatria, Oculistica, Neurologia, Dermatologia, Radiologia, Ecografia, Vaccinazione e sieroprofilassi antitetanica.

In alcuni capoluoghi di regioni, presso i centri Polidiagnostici Regionali Inail è possibile usufruire di accertamenti diagnostici strumentali di II livello tra cui ArtroScan e Risonanza Magnetica Nucleare, accessibili dietro prescrizione dell'Unità Territoriale.

Cure Termali.

Il medico dell'Inail può prescrivere le cure termali, qualora esse siano efficaci a ridurre l'inabilità ed entro i termini revisionali, agli infortunati sul lavoro e tecnopatici titolari di rendita o liquidati in capitale per le patologie previste dalla legge. Le cure sono a carico del Sistema Sanitario Regionale mentre l'Inail rimborsa il solo soggiorno.

Cure in Convenzione.

L'Inail può indirizzare i propri assicurati sulla base del giudizio del responsabile medico della sede Inail interessata, che ne ravvisi la necessità in relazione alla tipologia dell'intervento, in piena libertà di scelta e nel rispetto delle vigenti convenzioni con il Sistema Sanitario Nazionale, presso l'Istituto di cura Hesperia Hospital di Modena, per l'effettuazione delle prestazioni sanitarie in regime ospedaliero, ambulatoriale e Day Hospital, relative allo studio diagnostico, al trattamento medico, chirurgico e riabilitativo delle patologie elettive e post traumatiche della mano e dell'arto superiore nonché al trattamento medico, chirurgico e riabilitativo dei protesizzati della mano e dell'arto superiore.

Dispositivi tecnici curativi.

Le Unità Territoriali dell'Inail erogano o rimborsano - nel periodo di inabilità assoluta - dispositivi tecnici utilizzati a finalità curativa. I dispositivi concessi dall'Inail, previsti in uno specifico elenco, sono quelli necessari al recupero dell'integrità psico-fisica degli assistiti. Tali presidi – compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili – vengono concessi allo scopo di assicurare più elevati livelli di tutela.

Rimborso delle cure necessarie al recupero dell'integrità psicofisica.

L'Inail rimborsa le specialità farmaceutiche o i preparati per uso topico utilizzati in chirurgia, ortopedia, oculistica, dermatologia, neurologia e psichiatria, individuati in un apposito elenco, che siano necessari per il trattamento delle conseguenze degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

RIABILITAZIONE, PROTESI E REINSERIMENTO

L'Inail fornisce ai lavoratori infortunati e/o affetti da malattia professionale un sistema di tutela globale e integrato, che prevede l'erogazione di prestazioni non solo finalizzate all'indennizzo del danno, ma anche sanitarie e riabilitative, per la valorizzazione delle capacità residue e per la piena integrazione della persona con disabilità in ambito familiare, sociale e lavorativo.

La funzione riabilitativa svolta dall'Inail è fondata sul concetto di "presa in carico" del lavoratore

assicurato dopo l'evento lesivo e impegna gli operatori a prendere in considerazione la persona con disabilità nella sua specificità e complessità (ambiente, vita lavorativa, vita di relazione), al fine di individuare una gamma di servizi differenziati e personalizzati. La "presa in carico" è l'attività privilegiata svolta dall'équipe multidisciplinare dell'Inail nei confronti della persona infortunata e/o affetta da malattia professionale nella quale è possibile racchiudere l'insieme degli interventi di assistenza protesica, riabilitativa e di reinserimento nella vita di relazione che l'équipe stessa mette in atto nel corso della predisposizione, della realizzazione e del monitoraggio del progetto riabilitativo personalizzato.

La finalità di tale progetto è quella di definire gli obiettivi a medio e lungo termine ed individuare gli interventi da porre in essere che prevedono il coinvolgimento del lavoratore e/o dei suoi familiari nella proposta e nella conseguente realizzazione di iniziative ed attività di tipo sanitario, sociale, amministrativo e di reinserimento al lavoro nonché l'integrazione con eventuali progetti terapeutico-riabilitativi elaborati da altri enti. Le équipe multidisciplinari sono presenti presso le sedi, le direzioni regionali e la direzione generale dell'Inail e sono composte da un nucleo base costituito dal dirigente medico, dall'assistente sociale e dal responsabile amministrativo. In relazione alla complessità e particolarità del caso trattato l'équipe può fruire dell'apporto di altre professionalità interne all'Inail. (consulente tecnico per l'edilizia, formatore, informatico, ecc.).

Nelle équipe vengono, quindi, espresse sinergicamente le conoscenze tecnico-professionali dei singoli componenti ai fini della presa in carico degli infortunati e/o affetti da malattia professionale che abbiano riportato menomazioni dell'integrità psico-fisica tali da rendere necessari interventi mirati a valorizzare al massimo le capacità funzionali residue ed al reinserimento della persona nel contesto sociale e lavorativo.

Compito dell'équipe è dunque quello di fornire al lavoratore infortunato o affetto da malattia professionale interventi integrati di tipo sanitario, riabilitativo, amministrativo e sociale che pongano il lavoratore al centro di un sistema di prestazioni/servizi volto ad offrire risposte ad esigenze specifiche sulla base di un progetto personalizzato.

I lavoratori infortunati o affetti da malattia professionale possono venire a trovarsi, infatti, in situazioni di particolare disagio, oltre che in relazione alla intrinseca gravità delle lesioni riportate o della malattia professionale contratta, anche per l'insorgere o l'acuirsi di problemi di varia natura (familiari, lavorativi, socio-ambientali).

Gli interventi concordati collegialmente in équipe concorrono, pertanto, a realizzare un progetto riabilitativo individualizzato che deve tenere conto in maniera complessiva sia del nuovo profilo funzionale dell'infortunato, risultante dalla valutazione delle menomazioni, delle capacità funzionali e delle abilità residue, sia dei suoi bisogni/aspettative e delle criticità emerse nella situazione post-infortunio.

Cure riabilitative.

Nell'ambito della convenzione sottoscritta con il Sistema Sanitario Regionale l'Inail eroga, presso alcune sedi, prestazioni ambulatoriali di riabilitazione fisiochinesi terapeutiche. L'obiettivo è quello di garantire al lavoratore infortunato una risposta rapida ed efficiente ai problemi connessi alla disabilità temporanea conseguente a un evento tutelato.

Possono usufruire di queste prestazioni gli infortunati sul lavoro e tecnopatici, successivamente all'evento, dopo aver ricevuto la prestazione del pronto soccorso o dopo la dimissione ospedaliera e per il periodo necessario durante la inabilità temporanea assoluta.

In ambito Inail le cure riabilitative includono:

- prestazioni specialistiche fisiatriche, eseguibili a livello ambulatoriale, finalizzate a migliorare le condizioni psico-fisiche della persona
- prestazioni riabilitative nelle sedi ambulatoriali dove si effettuano tali prestazioni
- prestazioni riabilitative presso il centro di riabilitazione motoria Inail di Volterra e il Centro Protesi Vigorso di Budrio.

Le prestazioni riabilitative vengono erogate negli 11 ambulatori di fisiochinesiterapia dislocati sul territorio nonché presso il Centro di Riabilitazione Motoria di Volterra e presso il Centro Protesi di Vigorso di Budrio. La possibilità per gli infortunati sul lavoro di usufruire, in tempi brevi, di prestazioni di riabilitazione motoria e di fisiochinesiterapia è finalizzata a:

- ridurre la durata dell'inabilità temporanea assoluta al lavoro e l'entità dei danni invalidanti
- facilitare il recupero dell'integrità psico-fisica del lavoratore infortunato per un suo più rapido reinserimento nel contesto socio-lavorativo
- rendere possibile un accertamento precoce degli eventuali postumi permanenti.

Durante il periodo di inabilità temporanea assoluta al lavoro, i lavoratori infortunati o affetti da malattia professionale possono usufruire dell'assistenza riabilitativa:

- dopo aver ricevuto la prestazione presso il pronto soccorso
- dopo la dimissione ospedaliera, in caso di ricovero

Recupero dell'autonomia e promozione della qualità della vita.

L'erogazione da parte dell'Inail dei dispositivi tecnici, degli ausili, dei sistemi tecnologici ed informativi e degli interventi di sostegno per il reinserimento nella vita di relazione è finalizzata al massimo recupero possibile dell'autonomia e valorizzazione delle risorse psico-fisiche, alla promozione della qualità della vita, all'accessibilità ed alla facilitazione del reinserimento nell'ambito familiare, sociale e lavorativo.

L'Inail promuove, inoltre, interventi di sostegno sociale e psicologico a favore dei familiari conviventi degli assicurati e di quelli superstiti dei lavoratori deceduti per cause lavorative. Il "Regolamento per l'erogazione agli invalidi del lavoro di dispositivi tecnici e di interventi di sostegno per il reinserimento nella vita di relazione" rappresenta uno strumento di fondamentale importanza per la presa in carico del lavoratore infortunato e/o affetto da malattia professionale

A seguito della profonda revisione del testo è stata ulteriormente migliorata l'erogazione di prestazioni e servizi in relazione alla fornitura di protesi, ausili ed altri dispositivi tecnici.

Tipologie dei dispositivi.

L'Inail eroga dispositivi tecnici, ausili, sistemi tecnologici ed informativi ed interventi di sostegno per il reinserimento nella vita di relazione al fine di ottenere il massimo recupero possibile

dell'autonomia, la valorizzazione delle risorse psico-fisiche, il miglioramento della qualità della vita, l'accessibilità e la facilitazione del reinserimento nell'ambito familiare, sociale e lavorativo. I dispositivi forniti dall'Inail includono:

- Dispositivi tecnici compresi nel Nomenclatore Tariffario nazionale
- Altri dispositivi tecnici non compresi nel Nomenclatore Tariffario nazionale (cosiddetti "extratariffari")
- Altri dispositivi non personalizzati, accessori, prestazioni e servizi particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa nonché a consentire il reinserimento nella vita di relazione (es: ausili informatici, domotici, servizi di informazione e consulenza, adattamenti per veicoli, abbattimento barriere architettoniche).

I dispositivi tecnici prevedono anche procedure di manutenzione, riparazione e rinnovo. La fornitura del dispositivo tecnico avviene:

- su proposta, prescrizione e successivo collaudo del Dirigente Medico Inail in occasione di visita medica
- su richiesta dell'interessato all'Unità Territoriale Inail, con parere positivo degli uffici amministrativi e del Dirigente Medico che provvederà alla prescrizione e al collaudo
- su iniziativa dell'equipe multidisciplinare della Sede territoriale.

I dispositivi possono essere forniti, previa autorizzazione degli uffici amministrativi della Sede territoriale, da:

- Centro Protesi di Vigorso di Budrio (Bologna) sua filiale di Roma e Punti cliente (Milano, Roma e Bari)
- Aziende iscritte presso il Ministero della Salute (solo per i dispositivi su misura) e/o soggetti autorizzati all'immissione in commercio, alla distribuzione o alla vendita ai sensi della normativa vigente.

Le attività per il reinserimento nella vita di relazione.

È stata inoltre introdotta la possibilità di realizzare nei confronti dei lavoratori infortunati e/o affetti da malattia professionale e dei loro familiari interventi finalizzati al reinserimento nella vita di relazione usufruendo del servizio sociale che opera all'Inail. Tra i destinatari di tali interventi sono stati ricompresi anche i familiari superstiti dei lavoratori deceduti per cause lavorative. Il diritto alle prestazioni è stato ampliato agli assistiti ex Ipsema a seguito dell'incorporazione del predetto Istituto in Inail con il trasferimento delle relative funzioni. Gli assistenti sociali che operano nell'Inail supportano ed orientano gli infortunati ed affetti da malattia professionale che vivono situazioni di difficoltà di reinserimento nel proprio ambiente di vita e nel sistema socio-lavorativo a causa delle conseguenze fisiche, psicologiche e relazionali provocate dall'evento lesivo.

Nelle Sedi Inail l'assistente sociale svolge attività:

- di accoglienza e segretariato sociale: fornisce informazioni sulle prestazioni erogate dall'Inail a infortunati e/o affetti da malattia professionale e loro familiari, nonché a

familiari di lavoratori deceduti per cause lavorative e li orienta sui diritti, la legislazione, le agevolazioni esistenti o sui servizi, gli enti e gli organismi presenti sul territorio;

- di "presa in carico" di infortunati e/o affetti da malattia professionale che presentino difficoltà di elaborazione dell'evento infortunistico, di recupero dell'autonomia e delle potenzialità residue, di reinserimento nella vita di relazione e sociale, sulla base di una valutazione della situazione personale, familiare e socio-ambientale;
- in équipe multidisciplinare: nell'ambito del progetto riabilitativo individualizzato approfondisce la situazione personale, familiare e socio-ambientale dell'infortunato e/o affetto da malattia professionale contribuendo ad identificare ed attuare gli interventi riabilitativi e di reinserimento più idonei per il suo completo reintegro nell'ambiente sociale e lavorativo;
- in sinergia con le risorse del territorio: collabora con enti ed organismi del territorio per individuare ed attivare interventi di integrazione rispetto alle prestazioni garantite dall'Inail.

Gli interventi di sostegno per il reinserimento nella vita di relazione hanno l'obiettivo di contribuire alla realizzazione delle condizioni necessarie per il reinserimento nella vita familiare, sociale e lavorativa degli assicurati, soprattutto nei casi di grave disabilità acquisita, attraverso il potenziamento delle abilità sociali e dell'autonomia della persona.

Gli interventi sono finalizzati al miglioramento della qualità della vita, all'accessibilità e alla partecipazione attiva della persona all'interno del suo contesto familiare, sociale e lavorativo. Tali interventi sono rivolti sia alla persona con disabilità infortunata che ai suoi familiari, nonché, nel caso di infortunio mortale, ai superstiti del lavoratore.

L'Inail prevede anche la fornitura di dispositivi ed ausili per la pratica di attività sportive sia agonistiche che non agonistiche e motorie.

Collocamento mirato.

Hanno diritto al collocamento mirato gli invalidi del lavoro con invalidità superiore al 33% accertata dall'Inail. Per la valutazione e le verifiche delle residue capacità lavorative derivate da infortunio sul lavoro e malattia professionale, ai fini dell'accertamento delle condizioni di disabilità è ritenuto sufficiente la certificazione rilasciata dall'Inail.

I lavoratori con un'invalidità riconosciuta dall'Inail superiore al 33% (per infortuni avvenuti prima del 25 luglio 2000) o superiore al 20% (per infortuni avvenuti dopo il 25 luglio 2000) ai fini dell'iscrizione alle liste del collocamento mirato (legge 68/99) possono rivolgersi alle équipe multidisciplinari dell'Inail per la diagnosi funzionale e la valutazione delle abilità residue. Durante l'accertamento, l'équipe multidisciplinare valuta la capacità globale attuale e potenziale, il tipo di attività lavorativa che il soggetto può svolgere ed eventuali interventi di accompagnamento per una tempestiva ed efficace ripresa dell'attività lavorativa.

La valutazione delle abilità residue viene abbinata, se occorre, a un programma riabilitativo che nell'ambito di un progetto personalizzato permette di sviluppare al meglio le capacità e potenzialità utili per un proficuo reinserimento lavorativo. La valutazione delle abilità residue costituisce dunque non un punto di arrivo o un provvedimento a sè ma un importante punto di partenza su cui impostare interventi, quali i progetti di reinserimento lavorativo, volti al miglioramento dello stato delle persone che presentano limitazioni nelle attività e nella

partecipazione. l'Inail infatti eroga interventi a supporto delle opportunità occupazionali dell'assicurato, quali ad esempio l'orientamento, la consulenza, il bilancio di competenze, con lo scopo di sviluppare un adeguato profilo lavorativo e al contempo raccordarsi con il sistema economico e la rete dei servizi territoriali.

Su tale tematica *“cure, riabilitazione e protesi”* si rimanda alla specifica monografia Inail dal titolo *“L'evoluzione della tutela sanitaria Inail dalla cura al reinserimento”*.

Capitolo 2. Evento infortunio

Riferimenti normativi¹⁰

Il legislatore ordinario, nel 1963, delegò il Governo a emanare un nuovo testo unico dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, che compendiasse tutte le disposizioni regolanti la materia.

La delega fu attuata con il D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, con il quale fu promulgato il nuovo Testo Unico il cui impianto, peraltro, sostanzialmente riprodusse quello del Regio Decreto n. 1765 del 1935 da cui il Testo Unico deriva.

Successivamente al T.U., in data 23 febbraio 2000, è stato approvato il D.lgs. 38/2000, in attuazione dell'art. 55 della L. 144/99, pubblicato sulla G.U. del 1° marzo 2000 ed il conseguente decreto ministeriale "attuativo" di cui all'art.13, comma 3 (*Tabelle delle menomazioni, tabella indennizzo danno biologico, tabella dei coefficienti*), pubblicato sul S.O. n.119 della G.U. n.172 del 25 luglio 2000.

Per quanto riguarda le principali norme, una menzione particolare meritano:

- 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).
- Legge n. 68 del 17 marzo 1975 (Modifica alla legge 20 febbraio 1958, n. 93, e successive modifiche, sulla assicurazione obbligatoria dei medici contro le malattie e le lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive - GU n. 87 del 2-4-1975).
- Legge n. 780 del 27 dicembre 1975 (Norme concernenti la silicosi e l'asbestosi nonché la rivalutazione degli assegni continuativi mensili agli invalidi liquidati in capitale - GU n. 19 del 22-1-1976).
- Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale).
- Legge n. 88 del 9 marzo 1989 (Ristrutturazione dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale e dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - GU n. 60 del 13-3-1989, S.O. n. 1).
- Legge n. 257 del 27 marzo 1992 (Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto - GU n. 87 del 13-4-1992, S.O. n. 64).
- Decreto Legislativo n. 479 del 30 giugno 1994 (Attuazione della delega conferita dall'art. 1, comma 32, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, in materia di riordino e soppressione di enti pubblici di previdenza e assistenza - GU n. 178 del 1-8-1994).
- D.P.R. n. 367 del 24 settembre 1997 (Regolamento concernente norme per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro).
- Legge n. 493 del 3 dicembre 1999 (Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici - GU n. 303 del 28-12-1999).
- Decreto legislativo n. 38 del 23 febbraio 2000 (Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge n. 144 del 17 maggio 1999 - GU n. 50 del 1-3-2000).
- Legge n. 244 del 24 dicembre 2007, art. 1, commi 241-246 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - GU n. 300 del 28-12-2007, S.O. n. 285) che ha istituito presso l'Inail il Fondo per le vittime dell'amianto.

¹⁰ A cura di M.Gallo, E.Savino

- Decreto Interministeriale del 9 aprile 2008 (Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura - GU n. 169 del 21-7-2008).
- Decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, artt. 8-9-10 e 11. Testo coordinato con il Decreto legislativo n. 106 del 3 agosto 2009, (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro - GU n. 101 del 3-4-2008, S.O. n. 108).
- Legge n. 122 del 30 luglio 2010, art. 7 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge n. 78 del 31 maggio 2010, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica - GU n. 176 del 30-7-2010, S.O. n. 174), che attribuisce all'Inail le funzioni svolte in passato da parte dell'ISPESL e dell'IPSEMA.
- Legge n. 183 del 4 novembre 2010, artt. 4 e 5 (Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro - GU n. 262 del 9-11-2010, S.O. n. 243).
- Decreto Interministeriale n. 30 del 12 gennaio 2011 (Regolamento concernente il Fondo per le vittime dell'amianto ai sensi dell'articolo 1, commi 241-246, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 – GU n. 72 del 29-3-2011).
- Legge n. 214 del 22 dicembre 2011 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201, recante disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici - GU n. 300 del 27-12-2011, S.O. n. 276), che prevede l'abrogazione degli istituti relativi all'accertamento della dipendenza dell'infermità da causa di servizio, del rimborso delle spese di degenza per causa di servizio, dell'equo indennizzo e della pensione privilegiata, ed il passaggio all'Inail dell'intera materia degli infortuni e delle malattie professionali sul lavoro dei dipendenti pubblici, fatta eccezione per il comparto sicurezza, difesa, vigili del fuoco e soccorso pubblico.
- Legge n. 99 del 9 agosto 2013 di conversione del decreto legge 28 giugno 2013, n. 76 (Primi interventi urgenti per la promozione dell'occupazione, in particolare giovanile, della coesione sociale, nonché in materia di Imposta sul valore aggiunto (IVA) e altre misure finanziarie urgenti - G.U. 22-08-2013).
- Decreto Ministeriale del 10 giugno 2014 (Approvazione dell'aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del T.U. approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 – GU n. 212 del 12-09-2014).

Articolazione essenziale del Testo Unico

Esso si suddivide in un titolo primo riguardante il settore dell'industria, in un titolo secondo relativo al settore dell'agricoltura, in un titolo terzo concernente i regimi speciali e in un titolo quarto che comprende le tabelle dell'inabilità permanente e quelle delle malattie professionali.

La nostra esposizione atterrà esclusivamente al titolo riguardante l'industria, salvo il riferimento agli altri titoli quando ciò si renderà necessario per ragioni di chiarezza espositiva.

Il titolo I, relativo all'assicurazione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali nel settore dell'Industria, comprende 10 Capi:

- I Attività protette (art. 1)
- II Oggetto dell'assicurazione (artt. 2 e 3)
- III Persone assicurate (artt. 4 - 8)
- IV Datori di lavoro (artt. 9 - 65)

- V Prestazioni (artt. 66 - 125)
- VI Gli istituti assicuratori (artt. 126 - 130)
- VII Disposizioni speciali per le malattie professionali (artt. 131-139)
- VIII Disposizioni speciali per la silicosi e l'asbestosi (artt. 140 - 177)
- IX Assistenza ai grandi invalidi (artt. 178 - 189)
- X Disposizioni generali, transitorie e finali

Punti di interesse medico-legale sono:

- a) Le attività protette (Capo I, art. 1)
L'art. 1, relativo alle attività protette, fissa i criteri generali dai quali deriva l'obbligatorietà dell'assicurazione infortunistica; detta, cioè, le condizioni ed i limiti entro i quali si realizza il primo presupposto della tutela assicurativa e cioè l'ambito delle lavorazioni protette.
- b) Le persone assicurate (Capo III, art. 4)
Costituiscono il secondo presupposto della tutela assicurativa.
- c) La definizione di infortunio e di malattia professionale (Capo II, artt. 2 e 3).

Articolazione essenziale del D.lgs. 38/2000

Esso è articolato in 6 Capi.

- I Disposizioni in materia di premi dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (Inail)
- II Disposizioni in materia di prestazioni
- III Disposizioni in materia di semplificazione e snellimento delle procedure
- IV Disposizioni in materia di riordinamento dei compiti e della gestione del Casellario centrale infortuni
- V Interventi per il miglioramento delle misure di prevenzione
- VI Primi interventi di riordino dell'assicurazione infortuni in agricoltura

Punti di interesse medico-legale sono:

- a) Capo I, artt. 4, 5 e 6.
I predetti articoli hanno esteso la tutela assicurativa obbligatoria anche ai lavoratori dell'area dirigenziale (art. 4), ai lavoratori parasubordinati (art. 5) e agli sportivi professionisti (art. 6).
- b) Capo II, art. 10.
Ha istituito una Commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco delle malattie di cui all'articolo 139 e delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 del Testo Unico.
- c) Capo II, art. 12.
Ha aggiunto un ultimo comma all'articolo 2 T.U. recante l'espressa disciplina del predetto infortunio in itinere.
- d) Capo II, artt. 13 e 13 bis.
Viene introdotto, ai fini della tutela dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, il danno biologico inteso come lesione all'integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico legale, della persona.

L'indennizzo viene erogato in capitale tra il 6 % ed il 15% ed in rendita dal 16%, nella misura indicata dall'apposita "tabella indennizzo danno biologico".

Per le percentuali superiori al 15%, un'altra quota di rendita è erogata in relazione alla retribuzione dell'assicurato ed al coefficiente previsto dalla "tabella dei coefficienti".

Le lesioni dell'integrità psicofisica sono valutate mediante un'apposita "tabella delle menomazioni".

DENUNCIA D'INFORTUNIO¹¹

Settore industriale

Il datore di lavoro, a norma dell'articolo 53 del T.U. 1124/65, è tenuto a denunciare all'Istituto assicuratore gli infortuni da cui siano colpiti i dipendenti prestatori d'opera, e che siano prognosticati non guaribili entro tre giorni, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità.

La denuncia dell'infortunio deve essere fatta con le modalità di cui all'articolo 13 del T.U. entro due giorni da quello in cui il datore di lavoro ne ha avuto notizia e deve essere corredata da certificato medico.

Lo stesso termine (due giorni) decorre per l'obbligo di invio della denuncia da parte di qualsiasi datore del datore di lavoro (art. 56 del T.U.), all'Autorità di Pubblica Sicurezza almeno fino a quando non entreranno in piena attuazione i dettami di cui all'art. 32, comma 6, della L. 98/2013.¹²

In un'ottica di semplificazione degli adempimenti che riguardano la Pubblica Amministrazione, infatti, a decorrere dal 1° gennaio 2014, è previsto che l'Inail: *"..trasmetta telematicamente, mediante il Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro, alle Autorità di Pubblica sicurezza, alle Aziende Sanitarie Locali, alle autorità portuali, marittime e consolari, alle direzioni territoriali del lavoro e ai corrispondenti uffici della Regione siciliana e delle province autonome di Trento e di Bolzano competenti per territorio i dati relativi alle denunce di infortuni sul lavoro mortali e di quelli con prognosi superiore a trenta giorni"*.

Con circolare n. 22 del 2.4.98 l'Inail ha fornito chiarimenti interpretativi sugli obblighi del datore di lavoro precisando che il termine di due giorni decorre dalla data dell'adempimento sanitario.

Se si tratta d'infortunio che abbia prodotto la morte o per il quale sia preveduto il pericolo di morte ovvero un'inabilità assoluta al lavoro superiore ai trenta giorni la denuncia va inviata entro 24 ore con telegrafo o fax. La valutazione in merito all'effettivo "pericolo di morte" deve essere

¹¹ A cura di AR Iugoli

¹² Al testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali di cui al d.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) l'articolo 54 è abrogato a decorrere dal centottantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del decreto di cui all'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81;

b) all'articolo 56:

1) il primo comma è sostituito dal seguente: «A decorrere dal 1° gennaio 2014, l'Inail trasmette telematicamente, mediante il Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro, alle autorità di pubblica sicurezza, alle aziende sanitarie locali, alle autorità portuali, marittime e consolari, alle direzioni territoriali del lavoro e ai corrispondenti uffici della Regione siciliana e delle province autonome di Trento e di Bolzano competenti per territorio i dati relativi alle denunce di infortuni sul lavoro mortali e di quelli con prognosi superiore a trenta giorni»;

2) al secondo comma, l'alinnea è sostituito dal seguente: «Nel più breve tempo possibile, e in ogni caso entro quattro giorni dalla presa visione, mediante accesso alla banca dati Inail, dei dati relativi alle denunce di infortuni di cui al primo comma, la direzione territoriale del lavoro – settore ispezione del lavoro procede, su richiesta del lavoratore infortunato, di un superstite o dell'Inail, ad un'inchiesta al fine di accertare:»;

3) dopo il quarto comma è aggiunto il seguente: «Agli adempimenti di cui al presente articolo si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.».

sempre confermata dall'area medico-legale prima di procedere alla contestazione di eventuale illecito amministrativo.

Qualora l'inabilità per un infortunio prognosticato guaribile entro tre giorni si prolunghi al quarto, il termine per la denuncia decorre da quest'ultimo giorno.

L'infortunato può comunque presentare autonoma denuncia in caso di omissione della stessa da parte del datore di lavoro.

Da un punto di vista operativo la denuncia d'infortunio e il certificato medico devono indicare:

- il nome e cognome ed il codice fiscale, l'età, la residenza e l'occupazione della persona rimasta lesa;
- lo stato di quest'ultima, le conseguenze probabili dell'infortunio e il tempo in cui sarà possibile conoscere l'esito definitivo;
- la ditta, la ragione o denominazione sociale del datore di lavoro;
- il luogo, il giorno e l'ora in cui è avvenuto l'infortunio;
- la natura e la causa accertata o presunta dell'infortunio e le circostanze nelle quali esso si è verificato anche con riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e prevenzione; eventuali deficienze di misure di igiene e prevenzione;
- il nome e cognome e l'indirizzo degli eventuali testimoni dell'infortunio.

Nella descrizione delle cause denunciate assumono importanza la natura e la precisa sede della lesione e le eventuali alterazioni preesistenti. Il DM 15 luglio 2005¹³ ha modificato in parte l'art. 53 del T.U. prevedendo che il datore di lavoro che effettui la denuncia di infortunio per via telematica sia esonerato dall'obbligo di inviare il certificato medico, salvo che l'Inail non ne faccia espressa richiesta qualora tale certificato non sia stato direttamente inviato all'Istituto dal lavoratore o dal medico certificatore. La circolare n. 34 del 27 giugno 2013 ha stabilito modalità di invio telematico della denuncia di infortunio (e di malattia professionale) per le imprese (industriali ed agricole) e per le amministrazioni statali destinatarie della speciale forma di tutela contro gli infortuni e le MP in gestione per conto dello Stato.

Si ricorda a tale proposito che l'art. 18, lettera r), del D.lgs. 81/2008 e s.m.i. prevede l'obbligo per tutti i datori di lavoro di "comunicare in via telematica all'Inail nonché per loro tramite al SINP (Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro), entro 48 dalla ricezione del certificato medico, a fini statistici, informativi, i dati e le informazioni sul lavoro che comportino l'assenza dal lavoro per almeno un giorno escluso quello dell'evento

Per gli addetti alla navigazione marittima ed alla pesca marittima la denuncia deve essere fatta dal comandante della nave o del galleggiante sulla quale è avvenuto l'infortunio o in caso di loro impedimento dall'armatore alla sede Inail - Sede compartimentale del settore navigazione competente per territorio e all'Autorità Portuale o consolare competente.

La denuncia deve contenere:

- cognome e nome dell'infortunato, residenza, dati anagrafici, codice fiscale, qualifica, numero di matricola, compartimento di iscrizione, data e luogo di imbarco;
- nome della nave con indicazione del compartimento marittimo di iscrizione e numero del certificato assicurativo;

¹³ Il decreto ministeriale del 15 luglio 2005 ha approvato la delibera del Consiglio di Amministrazione n. 50 dell'8 novembre 2004 - integrativa della delibera commissariale n. 168 del 7 aprile 2004 - che ha modificato l'art. 53, comma 1, del Testo Unico n. 1124/1965, nel senso sopra specificato.

- nominativo e ragione sociale dell'armatore con relativo numero di conto giorno e ora di infortunio;
- cause e circostanze dello stesso anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e prevenzione;
- natura e sede della lesione;
- generalità ed indirizzo di eventuali testimoni;
- rapporto delle cause denunciate ed eventuali alterazioni preesistenti.

La denuncia va segnalata sul Registro di bordo e inviata alla capitaneria di porto competente insieme al certificato medico. Dopo l'accertamento medico il marittimo infortunato dovrà sbarcare e sarà preso in carico dall'Istituto.

L'Autorità di Pubblica Sicurezza qualora il lavoratore, in conseguenza di un infortunio grave, sia deceduto od abbia sofferto lesioni tali da doversene prevedere la morte o prognosi superiore a trenta giorni e si tratti di lavoro soggetto all'obbligo dell'assicurazione, appena ricevuta la denuncia, deve inviare un esemplare della denuncia alla direzione provinciale del lavoro – settore ispezione del lavoro nella cui circoscrizione è avvenuto l'infortunio¹⁴. Nel più breve tempo possibile e in ogni caso entro quattro giorni dal ricevimento della denuncia la direzione provinciale del lavoro procede qualora lo ritenga necessario ovvero ne sia richiesto dal lavoratore o dai superstiti o dall'Inail ad un'inchiesta sul luogo dell'infortunio (art. 56 T.U.) stilando entro 10 giorni dalla data del ricevimento della denuncia un processo verbale su apposita modulistica. Ove si configurino ipotesi di reato il processo verbale deve essere trasmesso alla Procura della Repubblica Circondariale per territorio.

È previsto in caso di morte in conseguenza di infortunio, su istanza motivata dell'Istituto assicuratore o degli aventi diritto, che il Magistrato adito, ove ritenga fondata la domanda, disponga che sia effettuata un'autopsia con la maggiore tempestività. Le parti interessate possono delegare un medico di fiducia per assistervi (art. 63 del T.U.).

Settore Agricolo

L'infortunio sul lavoro in agricoltura è definito in analogia a quello considerato per l'industria nell'art. 210 del T.U. Per i lavoratori agricoli subordinati a tempo indeterminato valgono ai fini della denuncia le stesse disposizioni dell'industria.

L'art. 25, primo comma, del D.lgs. 38/2000 ha parzialmente modificato l'art. 238 del T.U. 1124/65 nella parte in cui si stabilisce che l'obbligo di denuncia degli infortuni agricoli è posto a carico del datore di lavoro per gli operai agricoli a tempo determinato e a carico del nucleo di appartenenza dell'infortunato per i lavoratori agricoli autonomi. Per quanto riguarda specificamente i coltivatori diretti, la tutela, si estende anche ad attività manuali diverse da quelle strettamente agricole purché si tratti di lavorazioni connesse, complementari od accessorie all'attività principale; connessione che si realizza quando si tratti di lavorazioni eseguite nell'interesse e per conto dell'azienda agricola, per un migliore utilizzo dei suoi beni, rientrando così nel suo normale ciclo produttivo.

¹⁴ A riguardo si segnala che il D.L. vo n.51/1998 "Norme in materia di istituzione del giudice unico di primo grado" ha previsto che le attività di inchiesta amministrativa in precedenza di competenza del Pretore venissero attribuite alle direzioni provinciali del lavoro –servizio ispezione a partire dal 2 giugno 1999.

Gli ambiti principali di tutela infortunistica peculiari del lavoro agricolo, dipendente o autonomo, ulteriori rispetto al lavoro sui campi, sono:

- a) infortuni occorsi nello svolgimento di attività connesse;
- b) infortuni avvenuti sul luogo di lavoro durante le pause lavorative e/o con modalità di rischio ulteriori create dal lavoratore stesso e giustificate dalle disagiate condizioni lavorative agricole;
- c) infortuni avvenuti nell'ambito domestico, in atti legati funzionalmente al lavoro agricolo.

A mente del DM lavoro e previdenza sociale del 29 maggio 2001, il datore di lavoro agricolo deve, nel termine di due giorni dalla data di acquisizione del certificato medico, dare notizia all'Autorità di Pubblica Sicurezza di ogni infortunio sul lavoro che abbia per conseguenza la morte o l'inabilità al lavoro per più di tre giorni. La denuncia deve essere fatta all'Autorità di Pubblica Sicurezza del comune in cui è avvenuto l'infortunio. Nel caso di infortunio sul lavoro del lavoratore agricolo autonomo, ove questi si trovi nell'impossibilità di provvedere alla prescritta denuncia d'infortunio, *il sanitario che abbia per primo constatato le conseguenze dell'infortunio* è obbligato a darne notizia, entro ventiquattro ore, all'Autorità di Pubblica Sicurezza se l'infortunio è seguito da morte o da lesioni tali da doverne prevedere la morte o da una inabilità assoluta al lavoro superiore ai trenta giorni.

Settore Marittimo

L'infortunio sul lavoro nel settore marittimo fa riferimento alla normativa di cui al D.P.R. 1124/1965, con la sola eccezione che l'inabilità temporanea assoluta decorre dalla data di sbarco e non dalla data dell'accadimento dell'evento a bordo.

Sia nel settore industriale sia in quello agricolo, gli ufficiali sanitari e i medici non possono rifiutarsi di prestare i primi soccorsi agli infortunati sul lavoro, né omettere la stesura dei relativi certificati medici (art. 97 e art. 237 del T.U.).

REGOLARITÀ DELL'EVENTO INFORTUNISTICO¹⁵

Nozione di infortunio sul lavoro

La definizione giuridica, ai sensi del T.U. 1124/65, del concetto di "infortunio sul lavoro" è desumibile dall'art. 2 che lo definisce come **"...quell'evento avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni"**.

La figura giuridica dell'infortunio sul lavoro risulta, quindi, costituita da tre elementi fondamentali che corrispondono a:

- **involontarietà**
- **causa violenta**
- **occasione di lavoro**

Involontarietà

Si intende "involontario" quell'evento accidentale e fortuito pregiudizievole per l'integrità psico-fisica dell'assicurato; l'eventuale colpa nell'evento dello stesso assicurato, colpa collegata ad azioni di negligenza, imperizia e imprudenza, non esclude il riconoscimento come infortunio sul lavoro.

¹⁵ A cura di AR Iugoli, A.Ossicini

Al contrario l'aver simulato un infortunio o l'averne dolosamente aggravato le conseguenze fa perdere il diritto ad ogni prestazione, ferme rimanendo le pene stabilite dalla legge per avere *provocato l'infortunio laddove si intravede il "dolo", ovvero la volontarietà dell'evento esclude l'esistenza dell'infortunio (art. 65).*

Il riconoscimento di un evento come infortunio lavorativo non viene esclusa neanche in caso di dolo o per colpa di terze persone purché sempre sia presente la finalità di lavoro.

Dietro l'involontarietà si cela anche l'imprevedibilità e l'abnormità in relazione al normale andamento del lavoro.

L'incontro della causa violenta con l'organismo umano è il momento "sostanziale" dell'infortunio lavorativo.

Causa violenta

Dottrina ormai consolidata ha definito la causa violenta come "**...quell'antecedente causale dannoso ed esteriore che agisce sull'organismo umano con rapidità di azione...**", rapidità di azione che deve intendersi come una azione concentrata nel tempo. La giurisprudenza della Corte di Cassazione richiede, perché si abbia infortunio, che esso derivi da una causa esterna che agisca con azione rapida ed intensa o in un brevissimo arco temporale o in una minima misura temporale desumendo la necessità di concentrazione dall'aggettivo violenta che specifica la causa dell'infortunio sul lavoro. (Cass.14119/2006)

È proprio sulla modalità di azione della causa che si fonda sostanzialmente la diversità tra il concetto di infortunio e quello di malattia professionale, in quanto in quest'ultimo caso l'azione è diluita nel tempo; merita altresì segnalare che nell'evento infortunio, come vedremo in seguito, il "lavoro" è occasione, mentre nel secondo caso, tecnopatia, esso è causa.

Riguardo ai caratteri della "violenza", essa si riferisce alla sostanza e non alla forma, né si riferisce alle conseguenze che possono essere non gravi; *in concreto le caratteristiche della "violenza" non sono da ricollegare agli esiti della stessa.*

Tutti i tipi di *energia* sono da prendere in esame e quindi può trattarsi di energia meccanica, termica, elettrica, elettromagnetica ed infine, ma non ultima, quella chimica.

In considerazione del fatto che oramai la dottrina, sulla base del concetto di equivalenza tra causa virulenta e causa violenta, considera anche le cause microbiche come cause di evento infortunio e che questa posizione non è cambiata neanche alla luce dell'apertura della lista di malattie professionali - cosiddetto sistema misto, in seguito alle note sentenze della Corte Costituzionale del 1988 n.178, n.179 e n.206 – anche tale fattispecie risulta inquadrata tra gli eventi infortuni.

Occasione di lavoro

Le caratteristiche dell'occasione del lavoro sono oltre la "finalità di lavoro" anche il "rischio"; cioè il lavoro è la condizione che consente alla causa lesiva di incontrare l'organismo umano, e il rischio, inteso come rischio specifico, è quello a cui sono soggetti esclusivamente o prevalentemente alcuni individui per ragione del loro lavoro. Rientra 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 lavoratori.

Su tale definizione (rischio generico, rischio generico aggravato e rischio specifico) vi è un'ampia trattatistica in materia. Si ritiene sufficiente riportare quello che sosteneva il Carnelutti nel 1913,

concetto che tutti ormai danno per assodato ma che è importante ribadire con le parole espresse da tale illustre maestro quasi un secolo addietro.

Il rischio generico veniva definito come *"..quel rischio che, indipendentemente nella sua esistenza come nella sua quantità dalle condizioni peculiari dell'industria che grava sull'operaio, come su ogni altro uomo nell'identico modo.."* e lo specifico e generico aggravato nella seguente maniera: *"..è quello che, derivando la sua esistenza o la sua quantità dalle condizioni peculiari dell'industria, grava esclusivamente su coloro che vengono in contatto con l'industria medesima, o su questi in misura maggiore che sugli altri uomini"*.

Vale la pena sottolineare che il concetto di occasione di lavoro è profondamente mutato negli ultimi decenni: inizialmente era, infatti, ritenuta sussistente soltanto quando si configurasse come espressione del rischio professionale, inteso come rischio tipico della lavorazione in ragione della quale il soggetto fosse persona assicurabile.

Tale interpretazione è stata progressivamente superata dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione, fino a giungere all'affermazione del principio secondo il quale sono indennizzabili gli infortuni comunque causati dal lavoro, inteso nella sua più ampia accezione.

Nozione di inabilità temporanea e permanente, assoluta e parziale

L'art. 68 stabilisce che per **"inabilità {temporanea} assoluta"** deve intendersi *"..quella che impedisce totalmente e di fatto di attendere al lavoro.."*; mentre l'art. 74 stabilisce che per **"inabilità permanente assoluta"** si deve intendere la conseguenza dell'infortunio che *"... tolga completamente e per tutta la vita l'attitudine al lavoro.."*; e per **"inabilità permanente parziale"** l'inabilità che *"..diminuisca in parte, ma essenzialmente e per tutta la vita, l'attitudine al lavoro.."*.

Allorché si parla di inabilità temporanea assoluta ci si deve riferire alla capacità lavorativa specifica, cioè alla capacità di attendere da parte dell'assicurato alla lavorazione svolta di fatto (*Sent.n.350/1997 della Corte Costituzionale "...l'inabilità temporanea è riferita all'attività specificatamente svolta.."*) mentre, allorché ci si riferisce alla inabilità permanente, sia assoluta che relativa, il riferimento, come è facilmente desumibile dal testo di legge, è all'attitudine al lavoro, intesa come validità al lavoro proficuo, riferita ad un **"qualunque lavoro manuale medio"** (*Sent. Cassaz. n.804/1998 in nota*) e non alla c.d. capacità attitudinale – ossia come riferimento al lavoro confacente alle attitudini dell'assicurato, né alla c.d. "capacità specifica" di cui all'inabilità assoluta.

Il concetto di **"inabilità temporanea assoluta"** è oggetto di discussione che va avanti da oltre cento anni, e la formulazione attuale dell'art. 68 si ritrova nella stessa identica formulazione nell'art. 23 del R.D. n. 1765 del 1935¹⁶ e, sostanzialmente, nel regolamento esecutivo di cui al R.D. n. 414/1904, in applicazione dell'art.39 del R.D. n. 51/1904, Testo Unico di legge per gli infortuni, nonché nel regolamento esecutivo di cui al R.D. n. 51/1904, in applicazione dell'art.27 del R.D. n. 80/1898.

Si condivide, pertanto, l'affermazione: **"Si è discusso, in dottrina, se l'inabilità temporanea assoluta corrisponda ad uno stato di incapacità lavorativa generica o specifica. In realtà, sotto il profilo medico-legale, il periodo di incapacità temporanea assoluta corrisponde alla durata della malattia, della convalescenza e della eventuale riabilitazione funzionale; l'indennizzo spettante per questo periodo è riferito al salario dell'operaio percepito nel lavoro specifico svolto negli ultimi**

¹⁶ La formula legislativa ricalca quella di cui all'art. 23 del previgente R.D. 17 agosto 1935, n. 1765: «A decorrere dal quarto giorno successivo a quello in cui è avvenuto l'infortunio e fino a quando dura la inabilità assoluta che impedisca totalmente e di fatto all'infortunato di attendere al lavoro è corrisposta all'infortunato stesso una indennità giornaliera nella misura di due terzi del salario giornaliero calcolato secondo le disposizioni degli articoli da 39 a 42».

quindici giorni prima dell'infortunio»¹⁷. È opportuno altresì ricordare che il termine "permanente" non va inteso in senso assoluto come immodificabile, ma va riferito ad una menomazione priva di evolutività in tempi brevi in considerazione che, peraltro, un'interpretazione rigorosamente letterale non avrebbe... una sufficiente giustificazione dal punto di vista medico-legale e la permanenza dell'inabilità richiesta per la corresponsione della rendita, ha un suo significato e valore in quanto si contrappone alla 'precarietà' dell'inabilità che dà diritto all'indennità per inabilità temporanea".

Nozione malattia-infortunio¹⁸

L'assimilazione del **concetto di causa virulenta a quello di causa violenta** è ormai un caposaldo della medicina legale italiana e della tutela Inail relativamente alle malattie infettive causate dall'esposizione lavorativa.

L'articolo 2 del T.U. 1124/1965, nel declinare l'oggetto dell'assicurazione riguardo all'evento infortunistico lavorativo, specifica che: *"L'assicurazione comprende tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni. **Agli effetti del presente decreto, è considerata infortunio sul lavoro l'infezione carbonchiosa.** Non è invece compreso tra i casi di infortunio sul lavoro l'evento dannoso derivante da infezione malarica, il quale è regolato da disposizioni speciali"¹⁹* consentendo, di fatto, di ammettere a tutela anche altre forme di malattie infettive e parassitarie *sub specie juris* di infortunio sul lavoro (permane a tutt'oggi, per la sola anchilostomiasi, l'inquadramento quale malattia professionale - vedi anche ultimo aggiornamento delle tabelle, in G.U. Serie Generale n. 169 del 21.7.2008²⁰ - già previsto con il R.D. 13 maggio 1929 n. 928 nel quale veniva inserita tra le sei malattie professionali, all'epoca tabellate, per le quali valeva la presunzione legale di origine).

Nei casi di malattia/infortunio, la causa violenta/virulenta non va identificata con il traumatismo iniziale (ferita, puntura d'ago ecc.) bensì con la tossicità/virulenza dei germi che a causa dello stesso sono penetrati nell'organismo, tenendo presente, comunque, che l'evento contagioso può verificarsi anche in assenza di un meccanismo lesivo iniziale, laddove l'ingresso dei microorganismi nell'uomo avviene attraverso l'apparato respiratorio e digerente con i normali atti del respiro o della ingestione.

Di fatto, in tali fattispecie, si tratta di una diagnosi medico-legale *ex post*, possibile cioè solo nel momento in cui si rende palese la manifestazione clinica conseguente al presunto momento infettante.

Come ulteriore dato storico si deve ricordare che, all'indomani della sentenza della Corte Costituzionale n.179/1988, (introduzione del cosiddetto "sistema misto" con possibilità di riconoscere come professionali anche malattie non previste nella tabella allegata al T.U.), si prospettò inizialmente anche la possibilità di tutelare le malattie infettive e parassitarie come malattie professionali non tabellate. L'orientamento di inquadrare tali fattispecie come infortunio venne altresì ribadito da specifiche sentenze della Corte di Cassazione (n. 8058/1991 e

¹⁷ ANTONIOTTI F., GALASSO F., *Medicina legale e assicurativa degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali*, SEU, Roma, 1989, pag. 24.

¹⁸ **A cura di L. Calandriello, S. Naldini, D. Orsini**

¹⁹ A seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 226 del 4-6-1987, che "dichiara la illegittimità costituzionale dell'art. 2 del D.P.R. 30-6-1965, n. 1124, nella parte in cui non comprende tra i casi di infortunio sul lavoro, l'evento dannoso derivante da infezione malarica, regolato da disposizioni speciali", anche l'infezione malarica rientra nella tutela infortunistica delle malattie-infortunio. L'iniziale esclusione prevista nel T.U. era dovuta al fatto che in quegli anni (primi decenni del '900), in molte zone del paese vi era un rischio diffuso di contrarre la malaria, comune per tutta la popolazione, non solo per i lavoratori (rischio generico).

²⁰ Voce 85 della tabella per l'industria (lavori di scavo e di bonifica in terreni irrigui e argillosi. Manutenzione degli impianti fognari e di depurazione delle acque di scarico). Voce 24 della tabella per l'agricoltura (raccolta del riso, della canna da zucchero).

n. 3090/1992) che richiamavano il concetto del giusto ricorso al “Principio della Presunzione semplice d’origine”. Tale procedimento presuntivo sull’origine lavorativa della malattia andava applicato sia “... in merito alla natura infettante di un evento lesivo indicato come occasione e fonte di contagio” sia “... sull’accadimento dell’evento stesso... in presenza di gravi, precisi e convergenti elementi”.

L’Inail, con la lettera del 1 luglio 1993 indirizzata a tutte le unità periferiche, riguardante le *“Modalità di trattazione dei casi di epatite virale a trasmissione parenterale e di AIDS”*, anche sulla base delle suddette pronunce, fornì indicazioni conclusive sull’argomento ribadendo che *“... deve essere considerata causa violenta di infortunio sul lavoro anche l’azione di fattori microbici e virali che, penetrando nell’organismo umano, ne determinino l’alterazione dell’equilibrio anatomico-fisiologico, sempreché tale azione - pur se i suoi effetti si manifestino dopo un certo tempo - sia in rapporto con lo svolgimento dell’attività lavorativa. La mancata dimostrazione dell’episodio specifico di penetrazione nell’organismo del fattore patogeno non può ritenersi preclusiva della ammissione alla tutela, essendo giustificato ritenere raggiunta la prova dell’avvenuto contagio per motivi professionali quando, anche attraverso presunzioni, si giunga a stabilire che l’evento infettante si è verificato in relazione con l’attività lavorativa. Perché si abbia una presunzione giuridicamente valida non occorre che i fatti su cui essa si fonda siano tali da far apparire l’esistenza del fatto ignoto come l’unica conseguenza possibile del fatto noto, bastando che il primo possa essere desunto dal secondo come conseguenza ragionevole possibile e verosimile secondo un criterio di normalità (cosiddetta “presunzione semplice”) ... quando possano ritenersi ricorrenti quelle circostanze “gravi, precise e concordanti” che, in base all’art. 2729 c.c., configurano la presunzione semplice ... “.*

Tali indicazioni venivano ribadite nella circolare n. 74 del 1995 con la quale si puntualizzava che *“... tutte le malattie infettive e parassitarie devono continuare ad essere trattate come infortuni sul lavoro (salvo, ovviamente, l’anchilostomiasi). Si coglie l’occasione per precisare - in relazione a specifici interrogativi formulati da alcune Unità periferiche - **che tra le malattie in esame deve considerarsi rientrante anche la patologia tubercolare**, per la quale la sussistenza della speciale assicurazione obbligatoria gestita dall’INPS non è preclusiva dell’eventuale tutela Inail; i due regimi assicurativi, infatti, devono considerarsi coesistenti, **con competenza esclusiva ed inderogabile dell’Inail in caso di tubercolosi di comprovata origine professionale**. È necessario, peraltro, che i casi di tubercolosi riconosciuti di origine professionale, e conseguentemente ammessi alle prestazioni Inail, siano tempestivamente segnalati alla locale Sede INPS”.*

Inoltre, avuto riguardo dell’importanza di una corretta gestione di tali patologie non solo ai fini assicurativi ma anche per le rilevazioni statistico-epidemiologiche, nella stessa circolare si richiamava l’attenzione sull’importanza di un loro corretto inquadramento nosologico e a tal fine veniva precisato che era: *“... ritenuto opportuno revisionare il Settore I del vigente codice nosologico degli infortuni (Codice E), per apportarvi le modifiche rese necessarie dall’emergenza di nuove malattie infettive e dagli sviluppi delle conoscenze mediche ... omissis ...*

L’aggiornamento del Settore I del Codice E viene allegato alla presente circolare (allegati n. 1 per l’elenco numerico e n. 2 per quello alfabetico) ... si dispone che:

- *l’area sanitaria identifichi, e annoti nell’apposito riquadro della sottocopertina mod. 11 SS, il codice nosologico della patologia, utilizzando il nuovo Settore I del Codice E;*
- *l’operatore amministrativo, attenendosi scrupolosamente alle indicazioni mediche, digiti il codice nosologico nel campo COD”.*

Il documento è antecedente all’informatizzazione dell’area medica, iniziata alla fine degli anni ’90, e le attività mediche, le relazioni/prestazioni medico-legali, con le relative codifiche venivano effettuate su apposita modulistica cartacea, con successivo inserimento dei dati di rilievo da parte dell’operatore amministrativo nella procedura informatica istituzionale infortuni/rendite.

Il nuovo modello Inail (4 bis-Prest) di denuncia/comunicazione di infortunio, adempimento al quale è tenuto il datore di lavoro nei confronti dell'Inail in caso di infortunio sul lavoro, prevede espressamente alla pag. 3 (sezione "Descrizione dell'Infortunio") la voce MALATTIA INFORTUNIO, con allegate istruzioni che di seguito si riportano:

MALATTIA INFORTUNIO

Consiste in un processo morboso conseguente alla penetrazione nell'organismo umano di germi patogeni. La caratteristica principale di questo tipo di patologie è che, dal punto di vista assicurativo, esse vengono giuridicamente qualificate come infortuni sul lavoro in quanto la causa virulenta viene assimilata alla causa violenta. La tutela assicurativa delle patologie in questione come infortuni sul lavoro consente all'Inail di erogare le prestazioni di legge già nella fase del contagio, se noto, che determini, anche per motivi profilattici, l'astensione temporanea dal lavoro. Tuttavia, se l'episodio che ha determinato il contagio non sia percepito o non possa essere provato dal lavoratore, si può presumere che lo stesso si sia verificato in considerazione delle mansioni e di ogni altro indizio che deponga in tal senso. Ciò premesso, si specifica che, nell'ipotesi in cui la malattia infortunio determini astensione dal lavoro per un periodo superiore a tre giorni oltre quello dell'evento, il datore di lavoro dovrà effettuare, come per tutti gli altri casi di infortunio, la denuncia all'Istituto assicuratore. Nell'ipotesi in cui, invece, non vi sia astensione dal lavoro o questa sia inferiore al periodo sopra indicato, pur non ricorrendo l'obbligo di inoltrare la denuncia a fini assicurativi all'Istituto, sarà opportuno che il datore di lavoro provveda comunque a tale adempimento al fine di consentire all'Istituto di ottenere tutte le informazioni necessarie all'erogazione tempestiva delle prestazioni previste per tali fattispecie (profilassi, eventuali vaccinazioni). Ne consegue che, in tutti i casi in cui il datore di lavoro opterà per la denuncia di malattia infortunio compilando l'apposito campo, l'Istituto provvederà alla trattazione dell'evento infortunistico secondo le consuete modalità.

ESEMPI DI MALATTIE - INFORTUNIO:

- epatite virale contratta, ad esempio, dal personale sanitario (Cass. 13.03.1992, n.3090);
- echinococchi da cui possono essere contagiati i lavoratori a contatto con pelli fresche ad esempio nelle attività di macellazione (Trib. Firenze, sent. 21.09.1994);
- tetano, al quale sono esposti in modo particolare i lavoratori che debbono maneggiare arnesi in ferro o che abbiano contatti con il letame;
- brucellosi alla quale sono esposti in modo particolare i lavoratori addetti alla mungitura degli ovini e dei bovini.

MODULISTICA Inail²¹

L'Inail ha predisposto una specifica modulistica, amministrativa e sanitaria, da utilizzare da parte degli utenti interni ed esterni all'Istituto. In tale contesto rientrano sia i modelli per l'effettuazione delle denunce di infortunio e di malattie professionali sia quelli per il rilascio delle certificazioni mediche da redigere nei predetti ambiti.

Dal 1° luglio 2013, in attuazione del D.C.P.M. 22 luglio 2011, le imprese costituite in forma societaria e individuale e le pubbliche amministrazioni in regime ordinario di assicurazione con l'Istituto devono inviare all'Inail la denuncia/comunicazione d'infortunio e le denunce di malattia professionale esclusivamente per via telematica, collegandosi al sito ufficiale dell'Inail, www.inail.it, selezionando preliminarmente l'opzione "Servizi online" e proseguendo poi nella navigazione così come proposto dal sito (si segnalano al riguardo le indicazioni fornite dall'Inail con la Circolare 34/2013²²)

Prima di entrare nel merito della modulistica sanitaria corre l'obbligo di ricordare che il certificato medico è un'attestazione scritta, di natura tecnica, di fatti riscontrati dal medico nell'esercizio professionale, avente rilevanza giuridica, destinato ad accertare la verità su dati obiettivi da rilasciare nell'interesse di una persona, di un Ente o di autorità che ne faccia espressa richiesta.

La norma penale (artt. 476 e seguenti), in tale ambito, fa rientrare il reato di falsità documentale che può configurarsi come **falsità materiale**, nel caso in cui un documento venga redatto da persona diversa da quella cui compete oppure nel caso in cui il documento contenga modifiche apportate dopo la sua definitiva stesura, o come falso ideologico, nel caso di attestazione di fatti non corrispondenti al vero. Si sottolinea come il medico dell'Inail ed i medici dipendenti e/o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, nell'esercizio delle loro funzioni, siano pubblici ufficiali e come le certificazioni mediche che redigono costituiscano un "atto pubblico". *Procedendo nell'analisi della modulistica sanitaria si evidenzia come la stessa vada preliminarmente distinta tra quella ad uso interno e quella ad uso delle figure professionali esterne all'Istituto, per la redazione delle certificazioni a favore degli assicurati presso l'Inail.*

UTENZA INTERNA

Dal 2000 l'attività sanitaria Inail è svolta avvalendosi di una procedura informatica (Cartella Clinica Web) espressamente dedicata alla registrazione di tutte le attività svolte presso i Centri Medici dell'Istituto presenti sul territorio²³. Nell'ambito della procedura sono state previste, tra l'altro, specifiche *form* da utilizzare per l'attestazione dello stato di inabilità temporanea assoluta al lavoro dell'assicurato, in caso di infortunio e/o di malattia professionale, e per la formulazione di valutazioni medico-legali specifiche (accertamento postumi, revisione ecc.).

UTENZA ESTERNA

La certificazione dei professionisti esterni all'Inail può pervenire alle sedi per via telematica o con modalità tradizionali: posta ordinaria, posta elettronica, posta elettronica certificata nonché consegna manuale.

La prima tipologia di invio è utilizzata attualmente dai sanitari che operano presso le strutture sanitarie pubbliche e dai medici di famiglia, previa autenticazione presso l'Inail, utilizzando una specifica procedura di compilazione ed inoltre predisposta dall'Istituto.

Nella seconda fattispecie, la modulistica da utilizzare, in formato cartaceo, è scaricabile dal Portale web dell'Istituto, selezionando l'opzione Modulistica e poi scegliendo la voce di interesse (Infortunio sul lavoro o Malattia professionale) all'interno della quale è presente il modello del certificato in pdf.

²¹ A cura di L. Bindi, A. Miccio, S. Naldini, D. Orsini

²² Circolare Inail 34/2013 "Utilizzo esclusivo dei servizi telematici dell'Inail per le comunicazioni con le imprese - programma di informatizzazione delle comunicazioni con le imprese ai sensi dell'art. 2, comma 3, del d.p.c.m. 22 luglio 2011. Servizi per i quali è prevista l'adozione esclusiva delle modalità telematiche a decorrere dal 1° luglio 2013. Denuncia/comunicazione di infortunio e di malattia professionale. Altri servizi indicati nel programma di informatizzazione."

²³ Centri medico-legali, ambulatori Prime cure, Centri Diagnostici Polispecialistici Regionali, Centri FKT ecc.

MODELLI DI DENUNCIA DI INFORTUNIO E MALATTIA PROFESSIONALE

MODELLO 4/bis - Prest: DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO valido per tutte le gestioni

Modello da utilizzare da parte del datore di lavoro in caso di infortuni sul lavoro dei lavoratori dipendenti o assimilati soggetti all'obbligo assicurativo, e che siano prognosticati non guaribili entro tre giorni escluso quello dell'evento, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità. L'invio della denuncia/comunicazione consente, per gli infortuni con la predetta prognosi, di assolvere contemporaneamente sia all'obbligo previsto a fini assicurativi dall'art. 53, D.P.R. n. 1124/1965, che all'obbligo previsto a fini statistico/informativi dall'art. 18, comma 1, lettera r, D.lgs. 81/2008.

MODELLO 101 - Prest: DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE valido per tutte le gestioni

Modello da compilarsi a cura del datore di lavoro con inoltro alla Sede Inail competente entro 5 giorni dalla data in cui lo stesso ha ricevuto il certificato medico riferito alla malattia diagnosticata e per la quale sia stata ipotizzata una etiologia professionale.

MODELLO 101/bis - Prest: DENUNCIA DI SILICOSI E ASBESTOSI

Modello da utilizzare da parte del datore di lavoro nel caso di soggetti addetti alle lavorazioni per le quali è prevista l'assicurazione contro la silicosi e l'asbestosi (allegato n. 8 al T.U., emanato con D.P.R. 1124/1965).

MODELLO 500 - Prest: A/B DOMANDA EROGAZIONE RENDITA PER INFORTUNI DOMESTICI

Il modello prevede due sezioni, una da compilare a cura dell'assicurato e una a cura del medico, e deve essere utilizzato nei casi di infortuni occorsi in ambito domestico (legge n.493/1999, come modificata dalla legge 296/2006, comma 1257).

MODELLI DI CERTIFICAZIONE SANITARIA DI INFORTUNIO E MALATTIA PROFESSIONALE

MODELLO 1/SS: CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

Valido per tutte le Gestioni

(utilizzabile come primo, continuativo, definitivo e per riammissione in temporanea)

Il modello deve pervenire all'Inail e al datore di lavoro. I lavoratori agricoli autonomi e gli artigiani, in quanto datori di lavoro, sono tenuti ad inoltrare direttamente il certificato all'Inail corredato da apposita denuncia.

Viene redatto generalmente dai medici che operano presso le strutture sanitarie pubbliche (Pronto Soccorso Ospedaliero) o dal medico di famiglia per attestare uno stato di inabilità temporanea assoluta al lavoro, o la sua cessazione, conseguente ad un infortunio lavorativo.

Il modulo è composto da due pagine. La prima, predisposta in tre copie (A per l'Assicurato, B per l'Inail e C per il Datore di lavoro), nella quale il sanitario oltre a specificare la tipologia di certificato (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) deve inserire i dati anagrafici dell'assicurato, i dati identificativi del datore di lavoro, le cause e circostanze dell'evento la diagnosi e la prognosi. La seconda, predisposta due copie (A per l'Assicurato e B per l'Inail), nella quale devono essere riportati dati relativi all'obiettività, gli accertamenti praticati, alla sussistenza di eventuali preesistenze sia lavorative che extra lavorative, ed altri elementi di carattere clinico che possono essere di rilievo nella trattazione del caso.

Contiene dati sensibili riferiti allo stato di salute del soggetto per i quali si applicano le disposizioni legislative in tema di "privacy".

Il modulo è stato predisposto in versione tipografica, per l'inoltro per le vie tradizionali, e informatica, per l'inoltro per via telematica.

MODELLO 5SS (*): CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE**Valido per tutte le Gestioni**

(utilizzabile come primo, continuativo, definitivo e per riammissione in temporanea) da inviare all'Inail e al Datore di lavoro.

Con nota congiunta - prot. 5893 del 5 agosto 2014 - la Direzione Centrale Prestazioni Economiche e la Sovrintendenza Sanitaria Centrale hanno informato le unità centrali e territoriali dell'Istituto in merito alla predisposizione del nuovo certificato di malattia professionale ai fini della richiesta di riconoscimento delle prestazioni assicurative, adeguato anche alle specificità del settore navigazione.

La **copia A-per l'Inail** e la **copia B-per l'assicurato** del Mod. 5SS bis si articolano su tre pagine, contenenti:

- *la prima*: i dati anagrafici dell'assicurato e del medico certificatore, la diagnosi e le informazioni sull'attività lavorativa e sull'agente/esposizione/rischio che presumibilmente hanno causato la malattia e i dati anagrafici del medico certificatore;
- *la seconda*: l'anamnesi patologica/sanitaria dell'assicurato;
- *la terza*: i dati identificativi del datore di lavoro attuale o ultimo e l'anamnesi lavorativa, la cui compilazione è a cura dell'assicurato.

La **copia C** del Mod. 5SS bis, da consegnare al **datore di lavoro**, si articola su due pagine e contiene le stesse informazioni delle precedenti copie a esclusione dei dati sensibili riferibili all'anamnesi patologica/sanitaria dell'assicurato e di quelli relativi al datore di lavoro per il quale il lavoratore svolgeva l'attività che ha presumibilmente causato la malattia.

Inoltre, sono state inserite le legende di supporto alla compilazione della certificazione medica.

Nel nuovo certificato di malattia professionale le informazioni mediche necessarie ai fini della richiesta di riconoscimento delle prestazioni assicurative sono integrate con quelle utili ai fini del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero a esso correlate (RNMP), istituito presso l'Inail ai sensi del D.lgs. n. 38/2000, art. 10, comma 5. L'invio del predetto certificato all'Inail non esonera il medico certificatore dall'obbligo di inoltro della denuncia/segnalazione ex artt. 139 T.U. e 10 D.lgs. n. 38/2000 alle competenti Direzioni Territoriali e/o alle Aziende Sanitarie Locali.

Si rappresenta, infine, che il modulo 5SS bis è reso disponibile sul portale dell'Istituto in formato compilabile.

MODELLO 92 bis SS: DENUNCIA/SEGNALAZIONE DI MALATTIA ai sensi dell'art. 139 T.U. e s.m.i.

Modello predisposto per l'effettuazione della denuncia/segnalazione a fini epidemiologici e prevenzionali, come previsto dall'art. 139 del T.U. 1124/1965²⁴, delle malattie correlabili al lavoro presenti in un apposito Decreto Ministeriale²⁵, da inoltrare alla Direzione Territoriale del Lavoro²⁶, alla ASL e al Registro Nazionale delle Malattie Professionali istituito presso la banca dati Inail, in accordo con l'art.10 del Decreto Legislativo n. 38 del 2000.

²⁴ Art. 139 del T.U.1124/65: "... 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. I contravventori alle disposizioni dei commi precedenti sono puniti con l'arresto fino a tre mesi o con l'amnistia da lire se la contravvenzione è stata commessa dal medico di fabbrica previsto all'art. 33 del Presidente della Repubblica 19.marzo 1956, n.303, contenente norme generali per l'igiene del lavoro, la pena è l'arresto da due a quattro mesi o dell'ammenda".

²⁵ Ultimo aggiornamento delle Tabelle è contenuto nel D.M. del 10.06.2014 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 12 settembre 2014.

²⁶ La DTL nasce con il DPR n. 144/2011, per modifica della denominazione e parziale accorpamento delle DPL, ossia Direzioni Provinciali del Lavoro.

**PRINCIPALE MODULISTICA - PROCEDURA INFORMATICA INAL CARTELLA CLINICA WEB
MODELLO 1/BIS SS: CERTIFICATO MEDICO D'INFORTUNIO E MALATTIA PROFESSIONALE**

Viene utilizzato dai dirigenti medici Inail e dai medici specialisti ambulatoriali che operano presso l'Istituto, nei casi di infortunio o di malattia professionale, per l'attestazione o la cessazione di uno stato di inabilità temporanea assoluta.

MODELLO VERBALE COLLEGIALE

Viene utilizzato dai dirigenti medici dell'Istituto nell'effettuazione di visita collegiale nel corso della trattazione di un incarico di opposizione.

Modello REFERTO MEDICO ART. 365 C.P.

Viene utilizzato nei casi in cui ricorrano le circostanze espressamente previste all'art. 365 del Codice Penale. Il referto è l'atto obbligatorio con cui ogni esercente una professione sanitaria comunica all'autorità giudiziaria quei casi in cui ha prestato la propria assistenza od opera e che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio.

MODELLO EX ART. 139 T.U. (DENUNCIA/SEGNALAZIONE)

Viene compilato, in accordo con quanto espressamente previsto all'art. 139 del T.U. 1124/1965²⁷, nei casi di riconoscimento di malattie professionali.

MODELLO 22/SS - Ne esistono tre diverse tipologie:

a) Modello di relazione di accertamento provvisorio del danno biologico

Modello da utilizzare *“quando, per le condizioni della lesione, non sia ancora accertabile il grado di menomazione dell'integrità psicofisica e sia, comunque, presumibile che questa rientri nei limiti dell'indennizzo in capitale”* (art. 13, D.lgs. 38/2000).

Il modello prevede campi specifici relativamente alla natura e al decorso della lesione/malattia, l'esame obiettivo, le menomazioni, le eventuali preesistenze nonché il termine di scadenza della visita di accertamento definitivo²⁸. Nel modello è anche previsto il campo il cui inserire, ove ne ricorra l'opportunità, la percentuale di danno sulla scorta della quale può essere concesso l'acconto.

b) Modello di relazione di visita medica per accertamento della menomazione dell'integrità psicofisica

Il modello viene utilizzato per l'effettuazione della valutazione dei postumi conseguenti ad infortuni o a malattie professionali. Oltre ai campi sopra descritti sono previsti quelli relativi al *Grado di menomazione* derivante dall'infortunio, ad una eventuale preesistenza e alla valutazione complessiva. Si rappresenta che la procedura relativamente ai codici di menomazione, per tutti gli eventi occorsi dal 25 luglio 2000, propone per la selezione quelli della tabella del D.M. del 12 luglio 2000 relativi al danno biologico²⁹. Inoltre, il *format* propone di *default* il *coefficiente*³⁰,

²⁷ Art. 139 del T.U. 1124/65: “... 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. I contravventori alla disposizioni dei commi precedenti sono puniti con l'arresto fino a tre mesi o con l'amnistia da lirese la contravvenzione è stata commessa dal medico di fabbrica previsto all'art. 33 del Presidente della Repubblica 19.marzo 1956, n.303, contenente norme generali per l'igiene del lavoro, la pena è l'arresto da due a quattro mesi o dell'ammenda”.

²⁸ Art. 13 del D. lgs. 38/2000, comma 8: “Quando per le condizioni della lesione non sia ancora accertabile il grado di menomazione dell'integrità psicofisica e sia, comunque, presumibile che questa rientri nei limiti dell'indennizzo in capitale, l'istituto assicuratore può liquidare un indennizzo in capitale in misura provvisoria, dandone comunicazione all'interessato entro trenta giorni dalla data di ricevimento del certificato medico constatante la cessazione dell'inabilità temporanea assoluta, con riserva di procedere a liquidazione definitiva non prima di sei mesi e non oltre un anno dalla data di ricevimento del predetto certificato medico. In ogni caso, l'indennizzo definitivo non può essere inferiore a quello provvisoriamente liquidato”.

²⁹ Art.13 del D.lgs. 38/2000, *Danno biologico*: “...In attesa della definizione di carattere generale di danno biologico e dei criteri per la determinazione del relativo risarcimento, il presente articolo definisce, in via sperimentale, ai fini della tutela dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali il danno biologico come la lesione all'integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico legale, della persona. Le prestazioni per il ristoro del danno biologico sono determinate in misura indipendente dalla capacità di produzione del reddito del danneggiato ...”.

³⁰ Tabella dei coefficienti di cui al Decreto Ministeriale del 12 luglio 2000. Art. 13. Comma 23 “... 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

espressamente previsto per il *quantum* menomativo riconosciuto consentendo però all'utente di rimodularlo in funzione dell'effettiva incidenza dei postumi sulla capacità lavorativa dell'infortunato di produrre reddito. Nel modello vengono infine riportati i criteri valutativi adottati (formula scalare semplice o allargata, formula Gabrielli art. 79 del T.U.).

c) Modello di relazione di visita medica per l'accertamento dei postumi ai fini del riconoscimento degli istituti accessori

Il modello viene proposto dalla procedura per consentire la valutazione del grado di riduzione dell'attitudine lavorativa secondo le disposizioni del T.U. per poter definire il *quantum* menomativo ai fini dell'iscrizione nelle liste del collocamento, dell'erogazione dell'assegno di incollocabilità³¹ (a tal fine, con specifica nota congiunta della Direzione Centrale Prestazioni e della Sovrintendenza Medica Generale del 13.11.2002, è stato disposto che tutte le menomazioni valutate ai sensi della vigente normativa, art. 13 del D.lgs. 38/2000, con danno superiore al 20% devono essere stimate anche sulla base delle tabelle e dei criteri del T.U., nonché della concessione dell'A.P.C.).

MODELLO 23/SS

Modello utilizzato per la relazione di visita medica di revisione. Questo modello va sempre compilato in maniera dettagliata descrivendo i dati riferiti ai singoli infortuni e alle malattie professionali. Altro principio da rispettare è quello di procedere in revisione con gli stessi criteri valutativi messi in atto nel primo accertamento. La procedura propone per la selezione le scadenze revisionali previste dall'art. 83 del T.U. Il format prevede specifici campi per segnalare la *modificazione* del quadro rispetto alla precedente valutazione e le motivazioni dell'eventuale aggravamento.

MODELLO CURE TERMALI

Modello da utilizzare per esprimere parere in relazione alla domanda di concessione di cure idrofangotermaali e di soggiorni climatici formulata, su richiesta del medico curante, dall'infortunato o dal tecnopatico. Il modello prevede che il dirigente medico specifichi la tipologia di cure concesse, la differibilità o meno delle stesse, la necessità di un accompagnatore e la diagnosi.

La procedura prevede anche altri format specifici per:

- **RICHIESTA VISITE/ESAMI**
- **REFERTI SPECIALISTICI**
- **MODULO RADIOLOGICO PNEUMOCONIOSI** (classificazione ILO BIT)
- **RICHIESTA DOCUMENTAZIONE**
- **RICHIESTA INFORMAZIONI**
- **RICHIESTA FKT**
- **SCHEDA PER LA FORNITURA DI DISPOSITIVI TECNICI IN TEMPORANEA**

determinazione della percentuale di retribuzione da prendere in riferimento per l'indennizzo delle conseguenze patrimoniali, in relazione alla categoria di attività lavorativa di appartenenza dell'assicurato e alla ricollocabilità dello stesso. La retribuzione, determinata con le modalità 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, è liquidata con le modalità e i criteri di cui all'articolo 74 del testo unico ...".

³¹ D.M. n.137/1987

CIRCOLARI DI INTERESSE SANITARIO 1965-2014³²

ANNO	DOCUMENTO	OGGETTO
1965	Circolare n. 43 del 15 aprile 1965	Rendita di passaggio. Legge 12 febbraio 1965 n. 50.
1966	Circolare n. 125 del 5 dicembre 1966	Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali: D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124. Disciplina dell'istituto della rendita di passaggio.
1967	Circolare n. 8 del 26 gennaio 1967	Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali: D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124. Silicosi ed asbestosi. Abolizione del periodo massimo d'indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione nociva. Abbandono della lavorazione morbigena prima dell'entrata in vigore della legge 12 aprile 1943 n. 455.
	Circolare n. 89 dell'11 novembre 1967	Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali: D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124. Infortuni policroni.
1968	Circolare n. 54 del 30 maggio 1968	Sordità da rumore. Legge 17 febbraio 1968 n. 98. Periodo massimo d'indennizzabilità dalla cessazione dal lavoro.
	Circolare n. 92 del 31 agosto 1968	Assicurazione obbligatoria dei medici contro le malattie e le lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive. Legge 20 febbraio 1958 n. 9 e successive norme modificatrici e regolamentari.
1973	Circolare n. 34 del 31 marzo 1973	Visite mediche di revisione nei confronti di assicurati residenti all'estero.
	Circolare n. 107 del 1 dicembre 1973	Decreto ministeriale 18 aprile 1973 - Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.
	Circolare n. 111 del 12 dicembre 1973	Tabella delle malattie professionali nell'industria. Interpretazione della voce n. 38: Sordità da rumori.
1974	Circolare n. 88 del 13 dicembre 1974	Assistenza sanitaria per postumi da infortunio sul lavoro o da malattia professionale dopo la scadenza dei termini revisionali previsti per la rendita.
1975	Circolare n. 63 dell'11 agosto 1975	Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali - D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 - Procedimento revisionale.
	Circolare n. 87 del 18 ottobre 1975	D.P.R. del 9 giugno 1975 n. 482. Modificazioni e integrazioni alle tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura, allegati numeri 4 e 5 al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124.
	Circolare n. 98 del 9 dicembre 1975	Liquidazione in capitale delle rendite ai sensi dell'articolo 75 del T.U. approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124. Istituzione dei moduli 49/bis-I "Cessazione della rendita ai sensi dell'articolo 75 del T.U. con riduzione/aumento del grado di inabilità permanente" e 51/bis-I "Cessazione della rendita ai sensi dell'articolo 75 del T.U. con conferma del grado di inabilità permanente". Nuova edizione del modulo 86-I "Liquidazione del valore capitale dell'ulteriore rendita dovuta ai sensi dell'articolo 75 del T.U. 30 giugno 1965, n. 1124". Abolizione dei moduli 88-I "Prospetto di liquidazione di rendita in capitale e 89-I Accettazione liquidazione rendita in capitale".
1976	Circolare n. 15 dell'8 marzo 1976	Nuova tabella delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura - Codice A.
	Circolare n. 31 del 24 aprile 1976	D.P.R. del 9 giugno 1975, n. 482. Modificazioni e integrazioni alle tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura allegati numero 4 e 5 al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.
	Circolare n. 68 del 13 settembre 1976	Assistenza sanitaria per postumi da infortunio sul lavoro o da malattia Professionale dopo la scadenza dei termini revisionali previsti per la rendita.
	Circolare n. 72/39 T.U. del 23 ottobre 1976	Legge 27 dicembre 1975 n. 780. Norme concernenti la silicosi e l'asbestosi nonché la rivalutazione degli assegni continuativi mensili agli invalidi liquidati in capitale. Articoli 1, 2, 3, 4, 5.
	Circolare n. 80 del 20 novembre 1976	Tabella delle malattie professionali nell'Industria allegato n 4 al TU approvato con D.P.R. 30 giugno 1965 n 1124 come modificata dal DPR n. 482 1975. Interpretazione della voce n 44 ipoacusia e sordità da rumori.
1977	Circolare n. 1 del 1 gennaio 1977	D.P.R. 9 giugno 1975, n. 482. Modificazioni ed integrazioni alle tabelle delle malattie

³² A cura di A. Mele

		professionali nell'industria e nell'agricoltura, allegati n. 4 e 5 al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.
	Circolare n. 57 del 7 luglio 1977	Legge 27 luglio 1962, n. 1115: criteri di interpretazione e di pratica attuazione (silicosi contratta nelle miniere di carbone in Belgio).
	Circolare n. 95 del 30 novembre 1977	Sentenza della Corte costituzionale n. 93 del 24 maggio 1977 Malattie professionali percentuale minima indennizzabile.
1978	Circolare n. 36 del 30 giugno 1978	Visite mediche di revisione ed altri accertamenti medico legali nei confronti di assicurati residenti all'estero.
	Circolare n. 48 del 7 settembre 1978	Istituzione dei moduli: 22/ter-S.S. "Relazione di visita medica per accertamento postumi da bronco-pneumopatie"; 23/ter-S.S. "Relazione di visita medica per revisione bronco-pneumopatie"; 25/bis-S.S. "Referto su esame radiologico - Silicosi ed asbestosi".
1980	Circolare n. 45 del 5 novembre 1980	Rendita di passaggio. Prima e seconda concessione (articoli 150 e 151 T.U.). Istituzione del modulo 36-I "Copertina di rendita di passaggio" e del modulo 37-I "Protocollo delle domande di rendita di passaggio". Nuova edizione del modulo 38-I "Questionario per la concessione della rendita di passaggio".
1981	Circolare n. 37 del 27 agosto 1981	Sentenza della Corte Costituzionale n. 64 del 2 aprile 1981. Silicosi ed asbestosi: percentuale minima indennizzabile.
1983	Circolare n. 42 del 13 luglio 1983	Termini di revisione delle rendite. Sentenza della Corte di Cassazione n. 1905 del 27 marzo 1982.
	Circolare n. 51 del 1 settembre 1983	Istruttoria per casi di neoplasia di sospetta origine professionale.
1984	Circolare n. 41 del 31 maggio 1984	Disciplina delle assenze del personale: disposizioni in materia di cure idrotermali. Articolo 13 del D.L. 12 settembre 1983, n.463, convertito in legge n.638 dell'11 novembre 1983.
	Circolare n. 72 del 5 novembre 1984	Istruttoria per i casi di neoplasia di sospetta origine professionale.
1985	Circolare n. 48 dell'8 agosto 1985	Convenzione tra l'Inail e l'Inps per coordinare l'erogazione dell'indennità per inabilità temporanea assoluta da infortunio sul lavoro e da malattia professionale e della indennità di malattia.
	Circolare n. 55 del 13 settembre 1985	Assicurazione dei medici contro le malattie causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive. Modifiche alla circolare n. 20/1984.
1987	Circolare n. 66 del 19 ottobre 1987	Assicurazione medici radiologi: percentuale di inabilità minima indennizzabile. Sentenza della corte costituzionale n. 246.
1988	Circolare n. 7 del 15 febbraio 1988	Sentenza n. 226 del 4 giugno 1987 della Corte costituzionale. Dichiarazione d'illegittimità costituzionale dell'articolo 2 del Testo Unico approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 nella parte in cui esclude che l'infezione malarica possa costituire infortunio sul lavoro.
	Circolare n. 23 del 12 maggio 1988	Sentenza n. 179 del 10 febbraio 1988 e n. 206 dell'11 febbraio 1988 della Corte costituzionale. Modifiche del sistema di assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.
	Circolare n. 54 del 2 novembre 1988	Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dei lavoratori italiani operanti all'estero nei paesi extra comunitari. Sentenza della Corte costituzionale n. 369 del dicembre 1985. Legge 3 ottobre 1987, n. 398, di conversione, con modificazioni, del decreto legge 31 luglio 1987, n. 317.
	Circolare n. 65 del 24 novembre 1988	Sentenze nn. 179 e 206/1988 della Corte costituzionale. Modifiche del sistema di assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.
1989	Circolare n. 27 del 18 maggio 1989	Obbligo di referto del medico all'Autorità giudiziaria (articolo 365 c.p., articolo 4 c.p.p. e 590 c.p. modificato dall'articolo 92 legge n. 689/1981). Obbligo del medico di denuncia della malattia professionale (articolo 139 del Testo Unico approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124; D.M. 18 aprile 1973) all'Ispettorato del lavoro. Abrogazione circolare n. 107/1973. Istituzione del modulo 103-SS "Referto per l'Autorità giudiziaria". Nuova edizione del modulo 92/bis-I "Segnalazione di malattia professionale all'Ispettorato del lavoro".
	Circolare n. 56 del 10 ottobre 1989	Legge 9 marzo 1989, n. 88 "Ristrutturazione dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro". Articolo 55, V comma (L'articolo 55 prevede invece, oltre che l'annullamento di atti viziati da errori di diritto derivanti da una errata conoscenza dei fatti, che anche l'annullamento o la rettifica di atti basati su valutazioni tecniche per la cui formulazione l'Amministrazione abbia potuto disporre sin dall'inizio, di tutti gli elementi

		necessari, ma che ora risultano errate a seguito di un più fondato giudizio medico-legale).
1989	Circolare n. 62 del 31 ottobre 1989	Legge 9 marzo 1989, n. 88 "Ristrutturazione dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale e dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro". Articolo 55, V comma. (Ad integrazione della circolare n. 56/1989 a pagina 3, dopo il 3 ^a cpv, deve essere inserita la seguente frase: "Unico ostacolo di carattere preclusivo è quello derivante da sentenza passata in giudicato che abbia riconosciuto il diritto alle prestazioni nella misura di fatto erogata").
	Circolare n. 66 del 6 dicembre 1989	Regolamenti C.E.E. nn. 1408 del 1971 e 574 del 1972. Trattazione dei casi di infortunio sul lavoro e di malattia professionale in regime comunitario.
	Circolare n. 69 del 28 dicembre 1989	Sentenza della Corte Costituzionale n. 318 del 18 maggio, 6 giugno 1989. Parziale illegittimità costituzionale dell'art. 80 del T.U. approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni ed integrazioni.
1990	Circolare n. 3 dell'8 gennaio 1990	Trattazione dei casi di malattia professionale in regime comunitario. Art. 57 del regolamento C.E.E. n. 1408/71.
1991	Circolare n. 14 del 13 febbraio 1991	Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali degli "assistenti contrari". Sentenza della Corte Costituzionale n. 98 del 02 marzo 1990.
	Circolare n. 29 del 24 aprile 1991	Studio in tema di nozione di malattia professionale. Relazione della Commissione di esperti. Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 12/1991 (nozione; nesso causale; onere della prova; riferimento a possibili guide diagnostiche).
	Circolare n. 45 del 1 agosto 1991	Assegno per l'assistenza personale continuativa. Sentenza n. 216/1991 della Corte Costituzionale.
	Circolare n. 46 del 7 agosto 1991	Sentenza n. 31 1991 della Corte Costituzionale. Decorrenza della prescrizione ex articolo 112 Testo Unico approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, per le malattie professionali.
1992	Circolare n. 17 del 31 marzo 1992	Tabella valutativa unica per le otopatie professionali (tabella e criteri valutativi medico-legali).
	Circolare n. 35 del 16 luglio 1992	Sentenze nn. 179 e 206/1988 della Corte Costituzionale. Prima fase del decentramento della trattazione di pratiche di tecnopatie non tabellate (ipoacusie non tabellate; malattie da posture incongrue, microtraumi ripetuti, etc.: artrosi, sindrome del tunnel carpale, epicondilita, tendiniti e tenosinoviti, borsiti prerotulee, morbo di Dupuytren; patologie da strumenti vibranti non tabellate; allergopatie non tabellate; patologia infartuale; modalità di trattazione delle pratiche di M P non tabellate; nozione di malattia non tabellata).
	Circolare n. 55 dell'11 novembre 1992 con allegato protocollo per le presunzioni semplici in caso di epatite virale e AIDS	Sentenza n. 226 del 4 giugno 1987 della Corte Costituzionale. Decentramento decisionale (Eleno dei Paesi in cui esiste il rischio di malaria: precisazioni epidemiologiche in allegato n. 1)
1994	Circolare n. 18 del 24 maggio 1994	Sentenza della Corte Costituzionale n. 14 del 24 gennaio - 3 febbraio 1994 parziale illegittimità costituzionale dell'articolo 122 del testo unico approvato con DPR 30 giugno 1965 n. 1124 (L'Istituto assicuratore, nel caso di decesso dell'assicurato, avvertire i superstiti deve avvertire i superstiti della loro facoltà di proporre domanda per la rendita - Istruzioni operative).
	Circolare n. 19 dell'8 giugno 1994	D.P.R. n. 336 del 13 aprile 1994. Nuove tabelle delle malattie professionali in industria e in agricoltura (analisi della nuova tabella).
	Circolare n. 20 del 27 giugno 1994	DPR n. 336 del 13 aprile 1994 nuove tabelle delle malattie professionali in industria e in agricoltura errata corregge alla circolare n. 19/1994.
	Circolare n. 22 del 7 luglio 1994	Nuova tabella unica per le otopatie professionali (tabella e criteri valutativi medico-legali).
	Circolare n. 24 del 26 agosto 1994	Sentenza n. 3476/1994 della Corte di Cassazione e Sezioni Unite sul rischio ambientale. Riflessi sull'obbligo assicurativo e sulla tutela degli eventi professionali.
1995	Circolare n. 19 del 27 marzo 1995	Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali per i lavoratori dello spettacolo.
	Circolare n. 22 del 18 aprile 1995	Nuove tabelle delle malattie professionali in industria e in agricoltura (D.P.R. n. 336/1994) Codice A.
	Circolare n. 32 del 9 giugno 1995	Trattazione delle pratiche di infortunio e di malattia professionale riguardanti il personale dipendente dell'Istituto ed i loro familiari.

	Circolare n. 74 del 23 novembre 1995	Modalità di trattazione delle malattie infettive e parassitarie.
	Circolare n. 82 del 27 dicembre 1995	Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali del personale delle Ferrovie dello Stato S.p.A.
	Circolare n. 84 del 27 dicembre 1995	Malattia professionale accertata non coincidente con quella denunciata. Data di manifestazione.
1996	Circolare n. 13 del 15 febbraio 1996	Attuazione dell'articolo 9 del DPR n. 431990 concernente la copertura dei rischi di infortunio e di danneggiamento per il personale autorizzato all'uso del proprio mezzo di trasporto per ragioni di servizio.
	Circolare n. 23 del 27 marzo 1996	Nuova scheda diagnostica e valutativa delle ipoacusie professionali
	Circolare n. 28 dell'11 aprile 1996	Malattie che non determinano astensione dal lavoro o che si manifestano dopo l'abbandono della lavorazione morbigena. Decorrenza della prescrizione del diritto alla rendita ex articolo 112 del testo Unico n. 1124/1965.
	Circolare n. 71 del 30 ottobre 1996	Guida normativo-operativa per la revisione delle rendite.
1997	Circolare n. 80 del 30 settembre 1997	Sentenza n. 179/1988 della Corte Costituzionale. Nuove modalità di trattazione delle pratiche di tecnopatie non tabellate.
1998	Circolare n. 9 del 4 marzo 1998	Nuove modalità di trattazione delle pratiche di malattie professionali da radiazioni ionizzanti (Stabilisce il decentramento, con le stesse modalità di trattazione delle tecnopatie non tabellate).
1999	Circolare n. 47 del 10 giugno 1999	Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali per il personale artistico dipendente da formazioni liriche, concertistiche ed assimilate.
2000	Circolare n. 32 dell'11 aprile 2000	Assicurazione dei lavoratori subordinati.
	Circolare n. 57 del 4 agosto 2000	Decreto legislativo n. 38/2000. Art. 13. "Danno biologico".
	Circolare n. 81 del 27 dicembre 2000	Malattie da sovraccarico biomeccanico/posture incongrue e microtraumi ripetuti. Modalità di trattazione delle pratiche.
2001	Circolare n. 9 del 22 febbraio 2001	Assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico. Legge 3 dicembre 1999, n. 493 - DD.MM. 15 settembre 2000.
	Circolare n. 70 del 24 ottobre 2001	Malattie professionali non tabellate. Nuove modalità di trattazione.
2002	Circolare n. 48 del 3 luglio 2002	Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali degli sportivi professionisti dipendenti.
2003	Circolare n. 71 del 17 dicembre 2003	Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche.
2004	Circolare n. 25 del 15 aprile 2004	Malattie del rachide da sovraccarico biomeccanico. Modalità di trattazione delle pratiche (Infortuni sul lavoro e malattie professionali - nozione - malattie del rachide da sovraccarico biomeccanico - modalità di trattazione delle pratiche; quadro normativo riassuntivo).
	Circolare n. 90 del 29 dicembre 2004	Nuova disciplina in materia di benefici previdenziali per i lavoratori esposti all'amianto.
2005	Circolare n. 44 dell'11 ottobre 2005	Denuncia di infortunio per via telematica: modalità di acquisizione del certificato medico. Modifica dell'articolo 53 del Testo Unico approvata con Decreto Ministeriale del 15 luglio 2005.
2006	Circolare n. 29 del 14 giugno 2006	Assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico. Estensione dell'assicurazione ai casi di infortunio mortale.
2008	Circolare del 24 luglio 2008, n.47	Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura. D.M. 9 aprile 2008.
2013	Circolare n. 25 del 13 maggio 2013	Visite mediche di revisione e altri accertamenti medico-legali nei confronti di assicurati residenti all'estero. Aggiornamento delle modalità operative (richiamo precedenti circolari; Paesi UE, Paesi extraeuropei convenzionati e non convenzionati).
	Circolare n. 42 del 19 settembre 2013	Prescrizione del diritto alle prestazioni. Artt. 111 e 112 d.p.r. 1124/1965 e s.m.i. (istruzioni operative ed efficacia nel tempo).

	Circolare n. 52 del 23 ottobre 2013	Criteri per la trattazione dei casi di infortunio avvenuti in missione e in trasferta (occasione di lavoro e infortunio in itinere, evoluzione giurisprudenziale inquadramento dell'infortunio occorso in missione e in trasferta).
2014	Circolare n. 5 del 21 gennaio 2014 (con allegato 1 e 2)	Sentenza della Corte costituzionale 12 febbraio 2010, n.46. Articolo 137 d.p.r. n. 1124 del 30 giugno 1965. Esposizione a rischio patogeno dopo il quindicennio: nuova denuncia di malattia professionale.
	Circolare n. 30 del 5 giugno 2014 (con allegati n. 1 – 2 – 3 – 4 - 5)	Prestazioni sanitarie necessarie al miglioramento dello stato psico-fisico degli infortunati e dei tecnopatici. Estensione del diritto al rimborso dei farmaci.

Capitolo 3. Criteri di valutazione del danno biologico nel D.lgs. 38/2000 e nel D.M. 25.7.2000¹

La tutela del Danno biologico: art. 13, D.lgs. 38/2000

Il D.lgs. 38 del 23 febbraio 2000, attuativo della delega di cui all'articolo 55, comma 1, della Legge n. 144 del 17 maggio 1999 ha, con l'art. 13, ridisegnato l'oggetto della tutela Inail, fissando un nuovo sistema di indennizzo con il passaggio dalla valutazione della cosiddetta riduzione all'attitudine al lavoro a quella relativa alla menomazione dell'integrità psico-fisica intesa come "danno biologico".

Il decreto legislativo ha comportato una vera e propria svolta "concettuale" della modalità operativa con cui sino ad allora si attuava il sistema assicurativo Inail.

Il citato articolo prevede, infatti, che i danni conseguenti ad infortuni e malattie professionali *"verificatisi o denunciati successivamente all'entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3"* non rientrano più nel sistema dell'indennizzo di cui all'art. 66, punto 2, ma soggiacciono all'indennizzo previsto dalle disposizioni del decreto stesso, rappresentando perciò la data di entrata in vigore del D.M. 119, il criterio per l'applicabilità, come previsto dal comma 3 dell'articolo 13 del nuovo regime. La nuova disciplina risolve in maniera "gordiana" il prima e il dopo della diversa trattazione.

Giova ricordare che non è stato riscritto, né allora, né nei quasi tre lustri che sono passati da allora, il T.U. 1124/1965, come espressamente previsto dal comma 11 del citato art. 13 del D.lgs. 38/2000, secondo cui *"per quanto non previsto dalle presenti disposizioni si applica la normativa del testo unico, in quanto compatibile"*. Sarebbe stata forse auspicabile una nuova riscrittura del testo unico ma ciò non è avvenuto e la lettura interpretativa del D.P.R. 1124/1965, alla luce dei numerosi interventi, negli ultimi cinquanta anni, della giurisprudenza della Suprema Corte e della Consulta diventa sempre più un esercizio non facile dal punto di vista attuativo.

Per tutti gli eventi, infortuni e malattie professionali, *"verificatisi e denunciate"* dopo l'entrata in vigore del D.M. 25 luglio 2000, è obbligatorio utilizzare, per la valutazione del danno inteso come menomazione all'integrità psico-fisica (danno biologico), i criteri scaturenti sia dall'articolo 13 del D.lgs. 38/2000, che dall'annesso decreto ministeriale citato.

Al fine di procedere ad una trattazione sistematica della materia si riporta integralmente il testo del citato articolo 13.

Art. 13

(Danno biologico)

1. *"In attesa della definizione di carattere generale di danno biologico e dei criteri per la determinazione del relativo risarcimento, il presente articolo definisce, in via sperimentale, ai fini della tutela dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali il danno biologico come la lesione all'integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico legale, della persona. Le prestazioni per il ristoro del danno biologico sono determinate in misura indipendente dalla capacità di produzione del reddito del danneggiato.*
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*

¹ A cura di A. Ossicini

sociale, in luogo della prestazione di cui all'articolo 66, punto 2), del testo unico, eroga l'indennizzo previsto e regolato dalle seguenti disposizioni:

- a. *le menomazioni conseguenti alle lesioni dell'integrità 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 è erogato in capitale, dal 16 per cento è erogato in rendita, nella misura indicata nell'apposita "tabella indennizzo danno biologico". Per l'applicazione di tale tabella si fa riferimento all'età 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 alla 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 attività lavorativa di appartenenza dell'assicurato e alla ricollocabilità dello stesso. Per la determinazione della corrispondente quota di rendita, la retribuzione, determinata con le modalità e i criteri previsti dal testo unico, viene moltiplicata per il coefficiente di cui alla "tabella dei coefficienti" e per il grado percentuale di menomazione.*
3. *Le tabelle di cui alle lettere a) e b), i relativi criteri applicativi e i successivi adeguamenti sono approvati con decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, su delibera del consiglio di amministrazione dell'Inail. In sede di prima attuazione il decreto ministeriale è emanato entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo.*
 4. *Entro dieci anni dalla data dell'infortunio, o quindici anni se trattasi di malattia professionale, qualora le condizioni dell'assicurato, dichiarato guarito senza postumi d'invalidità permanente o con postumi che non raggiungono il minimo per l'indennizzabilità in capitale o per l'indennizzabilità in rendita, dovessero aggravarsi in conseguenza dell'infortunio o della malattia professionale in misura da raggiungere l'indennizzabilità in capitale o in rendita, l'assicurato stesso può chiedere all'Istituto assicuratore la liquidazione del capitale o della rendita, formulando la domanda nei modi e nei termini stabiliti per la revisione della rendita in caso di aggravamento. L'importo della rendita è decurtato dell'importo dell'eventuale indennizzo in capitale già corrisposto. La revisione dell'indennizzo in capitale, per aggravamento della menomazione sopravvenuto nei termini di cui sopra, può avvenire una sola volta. Per le malattie neoplastiche, per la silicosi e l'asbestosi e per le malattie infettive e parassitarie la domanda di aggravamento, ai fini della liquidazione della rendita, può essere presentata anche oltre i limiti temporali di cui sopra, con scadenze quinquennali dalla precedente revisione.*
 5. *Nel caso in cui l'assicurato, già colpito da uno o più eventi lesivi rientranti nella disciplina delle presenti disposizioni, subisca un nuovo evento lesivo si procede alla valutazione complessiva dei postumi ed alla liquidazione di un'unica rendita o dell'indennizzo in capitale corrispondente al grado complessivo della menomazione dell'integrità psicofisica. L'importo della nuova rendita o del nuovo indennizzo in capitale è decurtato dell'importo dell'eventuale indennizzo in capitale già corrisposto e non recuperato.*
 6. *Il grado di menomazione dell'integrità psicofisica causato da infortunio sul lavoro o malattia professionale, quando risulti aggravato da menomazioni preesistenti concorrenti derivanti da fatti estranei al lavoro o da infortuni o malattie professionali verificatisi o denunciate prima della data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3 e*

- non indennizzati in rendita, deve essere rapportato non all'integrità psicofisica completa, ma a quella ridotta per effetto delle preesistenti menomazioni, il rapporto è espresso da una frazione in cui il denominatore indica il grado d'integrità psicofisica preesistente e il numeratore la differenza tra questa ed il grado d'integrità psicofisica residuo dopo l'infortunio o la malattia professionale. Quando per le conseguenze degli infortuni o delle malattie professionali verificatisi o denunciate prima della data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3 l'assicurato percepisca una rendita o sia stato liquidato in capitale ai sensi del testo unico, il grado di menomazione conseguente al nuovo infortunio o alla nuova malattia professionale viene valutato senza tenere conto delle preesistenze. In tale caso, l'assicurato continuerà a percepire l'eventuale rendita corrisposta in conseguenza di infortuni o malattie professionali verificatisi o denunciate prima della data sopra indicata.*
- 7. La misura della rendita può essere riveduta, nei modi e nei termini di cui agli articoli 83, 137 e 146 del testo unico. La rendita può anche essere soppressa nel caso di recupero dell'integrità psicofisica nei limiti del minimo indennizzabile in rendita. In tale caso, qualora il grado di menomazione accertato sia compreso nel limite indennizzabile in capitale, viene corrisposto l'indennizzo in capitale calcolato con riferimento all'età dell'assicurato al momento della soppressione della rendita.*
 - 8. Quando per le condizioni della lesione non sia ancora accertabile il grado di menomazione dell'integrità psicofisica e sia, comunque, presumibile che questa rientri nei limiti dell'indennizzo in capitale, l'Istituto assicuratore può liquidare un indennizzo in capitale in misura provvisoria, dandone comunicazione all'interessato entro trenta giorni dalla data di ricevimento del certificato medico constatante la cessazione dell'inabilità temporanea assoluta, con riserva di procedere a liquidazione definitiva non prima di sei mesi e non oltre un anno dalla data di ricevimento del predetto certificato medico. In ogni caso l'indennizzo definitivo non può essere inferiore a quello provvisoriamente liquidato.*
 - 9. In caso di morte dell'assicurato, avvenuta prima che l'Istituto assicuratore abbia corrisposto l'indennizzo in capitale, è dovuto un indennizzo proporzionale al tempo trascorso tra la data della guarigione clinica e la morte.*
 - 10. Per l'applicazione dell'articolo 77 del testo unico si fa riferimento esclusivamente alla quota di rendita di cui al comma 2, lett. b).*
 - 11. Per quanto non previsto dalle presenti disposizioni, si applica la normativa del testo unico, in quanto compatibile.*
 - 12. All'onere derivante dalla prima applicazione del presente articolo(...) si fa fronte con un'addizionale sui premi e contributi assicurativi nella misura e con le modalità stabilite con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di cui al comma 3".*

Il nuovo indennizzo del danno biologico

Nel nuovo sistema di indennizzo, vi sono due soglie da prendere in considerazione e cioè il 6% ed il 16 %, a differenza di quanto prevedeva l'art. 74 del T.U. 1124/1965 ai sensi del quale può corrispondersi una rendita per inabilità permanente soltanto in caso di riduzione dell'attitudine al lavoro in misura superiore al 10%.

L'art. 13 del D.lgs. 38/2000 prevede, invece, che sotto la soglia del 6% non vi sia alcun indennizzo, in caso di menomazioni comprese nella fascia dal 6% al 16% viene erogato un indennizzo in capitale, mentre per quelle pari o superiori al 16% l'indennizzo viene erogato in rendita.

Appare utile ricordare che nella fascia 6-15% l'indennizzo, erogato, come detto, in capitale, risulta

basato su di una apposita “tabella indennizzo danno biologico” che prevede importi che, a parità di percentuale di menomazione, variano in riferimento all'età del soggetto assicurato ed al sesso. Per le menomazioni di grado pari o superiore al 16% la tabella non fa riferimento all'età o al sesso, dal momento che, in questo caso, l'indennizzo è erogato in forma di rendita. Le menomazioni di grado pari o superiore al 16%, come espressamente previsto dalla lettera b del comma 2, danno diritto, inoltre, all'erogazione di una ulteriore quota di rendita per l'indennizzo delle conseguenze patrimoniali delle stesse, commisurate al grado di menomazione ed ad altri fattori come specificheremo, in seguito, per completezza.

In sostanza, nella fascia di indennizzo tra il 6 ed il 15 sono state previste due tabelle “economiche” per l'indennizzo del danno biologico, una per gli uomini ed una per le donne, con una distinzione ulteriore in base all'età, quest'ultima divisa in fasce (All.1). In tali casi il valore del capitale connesso al "punto Inail", collegato al grado di menomazione, è fisso e facilmente desumibile. Invece nella fascia dal 16% in su la Tabella d'indennizzo dal danno biologico fa corrispondere ad ogni punto percentuale una rendita annua (All.2), che non è altro che il proseguimento del valore punto in capitale "attuarializzato" trattandosi di rendita, cui deve essere sommato il danno patrimoniale che si ottiene moltiplicando la retribuzione annua, entro i limiti del minimale e del massimale, per la percentuale di inabilità e, poi, per il coefficiente di cui alla "tabella dei coefficienti" (All.3), espressamente prevista dalla nuova normativa per calcolare l'ulteriore danno patrimoniale che deve essere indennizzato in aggiunta al danno biologico, tabelle riportate in allegato alla fine del capitolo.

La metodologia è espressamente prevista sia all'art. 13, comma 3, laddove si afferma che l'utilizzo delle tabelle delle menomazioni deve essere fatto con “..i criteri applicativi...approvati con decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale..”, sia con quelli direttamente previsti dai comma 5 e 6 dell'articolo 13, D.lgs. 38/2000.

Articolo 13, commi 5 e 6

Il quinto e il sesto comma del citato art. 13 prevedono che

“nel caso in cui l'assicurato, già colpito da uno o più eventi lesivi rientranti nella disciplina delle presenti disposizioni, subisca un nuovo evento lesivo si procede alla valutazione complessiva dei postumi ed alla liquidazione di un'unica rendita o dell'indennizzo in capitale corrispondente al grado complessivo della menomazione dell'integrità psicofisica. L'importo della nuova rendita o del nuovo indennizzo in capitale è decurtato dell'importo dell'eventuale indennizzo in capitale già corrisposto e non recuperato”, mentre ai sensi del successivo comma sesto *“il grado di menomazione dell'integrità psicofisica da infortunio sul lavoro o malattia professionale, quando risulti aggravato da menomazioni preesistenti concorrenti derivanti da fatti estranei al lavoro o da infortuni o malattie professionali verificatesi o denunciate prima della data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3 e non indennizzati in rendita deve esse rapportato non all'integrità psicofisica completa, ma a quella ridotta per effetto delle preesistenti menomazioni. Il rapporto è espresso da una frazione in cui il denominatore indica il grado d'integrità psicofisica preesistente ed il numeratore la differenza tra questa ed il grado d'integrità psicofisica residuo dopo l'infortunio o la malattia professionale.*

Quando per le conseguenze degli infortuni o delle malattie professionali verificatesi o denunciate prima dell'entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3 l'assicurato percepisca una rendita o sia stato liquidato in capitale ai sensi del testo unico, il grado di menomazione conseguente al nuovo infortunio o alla nuova malattia professionale viene valutato senza tenere

conto delle preesistenze. In tal caso, l'assicurato continuerà a percepire l'eventuale rendita corrisposta in conseguenza di infortuni o malattie professionali verificatesi o denunciati prima della data sopra indicata".

Orbene, il comma 5 ricalca in sostanza, esplicitandolo in maniera consona al nuovo tipo indennizzo, l'articolo 80 del Testo unico rispetto al quale nulla, in concreto, ha innovato, posto che l'unica differenza sostanziale, peraltro necessitata, è il riferimento per la costituzione della rendita, non più al "**...grado di riduzione dell'attitudine al lavoro causata dalle lesioni determinate dal precedente o dai precedenti infortuni e dal nuovo...**" ma "**...al grado complessivo della menomazione dell'integrità psicofisica..**" che residua all'assicurato dopo una "*..valutazione complessiva dei postumi*" tra gli esiti di "*.. uno o più eventi lesivi rientranti nella disciplina delle presenti disposizioni e da un nuovo evento lesivo..*".

Il comma 6, in pratica, ridisegna ed adegua l'art. 79 del T.U. alla nuova normativa utilizzando lo stesso identico meccanismo.

I primi due capoversi ricalcano sostanzialmente, con i relativi adattamenti, i primi due capoversi del suddetto articolo: nel precedente si affermava che "*Il grado di riduzione.... deve essere rapportato non all'attitudine al lavoro normale, ma a quella ridotta per effetto delle preesistenti inabilità*" mentre nel nuovo "*Il grado di menomazione dell'integrità psicofisicadeve essere rapportato non all'integrità psicofisica completa, ma a quella ridotta per effetto delle preesistenti menomazioni..*"; nella stessa maniera risulta variata la precedente formula "*il rapporto è espresso da una frazione in cui il denominatore indica il **grado di attitudine al lavoro preesistente** e il numeratore la differenza fra questo e il grado di attitudine residuo dopo infortunio*" nella nuova "*Il rapporto è espresso da una frazione in cui il denominatore indica il **grado d'integrità psicofisica preesistente** ed il numeratore la differenza tra questa ed il grado d'integrità psicofisica residuo dopo l'infortunio o la malattia professionale.*"

In pratica, la c.d. formula Gabrielli viene adattata alla nuova normativa ed è operante in un solo caso, a differenza della precedente in cui invece in caso di concomitanza di danno concorrente preesistente, veniva applicata nelle seguenti circostanze:

- a) preesistenza extralavorativa
- b) preesistenza di altra gestione
- c) preesistenza liquidata in capitale.

Ora viene confermata solo la prima fattispecie facendo rientrare anche gli esiti di menomazioni che seppur determinati da un precedente danno lavorativo non hanno determinato una rendita.

Per le altre due fattispecie, il terzo capoverso espressamente prevede che "*Quando per le conseguenze degli infortuni o delle malattie professionali verificatesi o denunciate prima dell'entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3 l'assicurato percepisca una rendita o sia stato liquidato in capitale ai sensi del testo unico, il grado di menomazione conseguente al nuovo infortunio o alla nuova malattia professionale viene valutato senza tenere conto delle preesistenze*".

Nell'esaminare insieme il terzo ed il quarto capoverso viene confermato quanto da noi segnalato in precedenza (*La data di entrata in vigore del D.M. taglia, in maniera gordiana, il sistema con un prima ed un dopo non intercambiabili come segnalato*) e che cioè tra il nuovo sistema ed il vecchio vi è una forte cesura ed affermiamo ciò per le seguenti riflessioni.

Infatti in detti capoversi viene segnalato che tra i due sistemi, qualora un evento rientrante nella nuova disciplina dia luogo ad un qualsiasi grado di menomazione a 0 a 100, in presenza di una precedente menomazione che abbia avuto un indennizzo economico di qualsiasi tipo (liquidato in

capitale o percezione di rendita) in base alla precedente normativa di queste preesistenze non se ne deve tenere conto in quanto l'assicurato percepirà, autonomamente, sia l'eventuale rendita, sia la rendita costituita con il nuovo sistema.

In concreto avverrà quanto è successo sino ad ora tra infortunio agricolo ed infortunio industriale e che cioè il soggetto poteva usufruire di due rendite distinte per le due gestioni.

Sostanziale differenza però, che non può essere applicata la formula Gabrielli che era presente in casi di danni concorrenti di diversa gestione ma che non è prevista, tra due danni concorrenti che soggiacciono ad una diversa normativa, prima e dopo la riforma.

Criteri Applicativi di cui al D.M. 119 del 25 luglio 2000

Veniamo ora ai criteri esplicitati e per poterli commentare è opportuno riportarli integralmente.

CRITERI APPLICATIVI

- 1) L'**elencazione delle menomazioni** segue una numerazione progressiva funzione dell'ordine alfabetico seguito per apparati / sensi / tessuti di riferimento. Nella specie: cardio-circolatorio, cicatrici e dermatie, digerente, emopoietico, endocrino, patologia erniaria, neoplasie, nervoso, osteoarticolare e muscolare, otorinolaringoiatrico, respiratorio, sessuale, visivo.
- 2) La **descrizione della menomazione** esplicitata nelle singole voci è riferibile al valore massimo indicato in tabella.
- 3) Nel caso di **danni composti**, vale a dire comprensivi di più menomazioni, la valutazione non potrà essere il risultato della somma delle singole menomazioni tabellate. In tali casi, infatti, si dovrà procedere a stima complessiva del danno con riferimento all'entità del pregiudizio effettivo dell'apparato e/o della funzione interessata dalle menomazioni.
- 4) In caso di **danni policroni professionali**, sia riferibili a menomazioni ricadute in franchigia, sia a menomazioni indennizzate con capitale o in rendita, il danno biologico permanente finale sarà sempre il risultato di una valutazione complessiva. La stessa sarà guidata dai criteri comunemente utilizzati nella valutazione di menomazioni coesistenti e concorrenti.
- 5) Per **menomazioni concorrenti** devono intendersi quelle che incidono su organi od apparati strettamente sinergici.
- 6) In caso di **abolizione di funzione di organo o di senso pari** (reni, occhi, ecc.), qualora la stessa ricada su soggetti portatori di preesistenza extralavorativa o lavorativa, incidente sullo stesso organo o senso, il danno biologico permanente sarà uguale all'abolizione bilaterale tabellata.
- 7) L'applicazione della **formula Gabrielli** nei casi previsti dalla normativa vigente è, invece, indicata qualora debbano valutarsi anche perdite parziali di organo o senso pari.
- 8) Nella valutazione del danno la **perdita funzionale** non è equiparata a quella anatomica. Quest'ultima assume, infatti, connotazione di maggiore gravità.

9) Nell'ambito della stima del danno, il computo dei **disturbi correlati**, a carattere locale, non può portare a valutazioni superiori a quelle previste per la perdita anatomica del segmento interessato.

10) **Ulteriori criteri** applicativi sono stati inseriti al termine dell'elencazione delle voci tabellari.

I criteri espressi sono stati numerati ma, è doveroso dirlo, nel decreto non è prevista tale esplicita numerazione; la riteniamo però necessaria per una migliore comprensione.

Dalla loro lettura si evidenzia che alcuni, il primo per esempio, sono solo indicativi di come è stata predisposta la tabella, mentre altri sono tout-court ben comprensibili ed altri ancora, invece, rivoluzionano la criteriologia medico-legale sino ad ora adottata nella metodologia valutativa; infine, l'ultimo rinvia a specifiche indicazioni, ben quindici, riportate in fondo alle tabelle.

I seguenti punti 6 e 7 prevedono che:

6. In caso di **abolizione di funzione di organo o di senso pari** (reni, occhi, ecc.), qualora la stessa ricada su soggetti portatori di preesistenza extralavorativa o lavorativa, incidente sullo stesso organo o senso, il danno biologico permanente *sarà uguale all'abolizione bilaterale tabellata*.

7. L'applicazione della **formula Gabrielli** nei casi previsti dalla normativa vigente è, invece, indicata qualora debbano valutarsi anche perdite parziali degli stessi organi o sensi.

Il punto 7. non fa che ribadire in maniera esplicita, anche per il futuro, la validità di tale formula ***nei casi previsti dalla normativa***, mentre il punto 6) in deroga a quanto previsto dall'articolo 13, comma 6, afferma tout-court che nelle situazioni ivi previste ***il danno biologico permanente sarà uguale all'abolizione bilaterale tabellata***; questa deroga, appositamente prevista per i casi specie si spiega semplicemente con il fatto che, altrimenti, in virtù di quanto espressamente previsto dal comma 6, dell'articolo 13, applicazione della Formula Gabrielli, non si poteva raggiungere mai l'abolizione assoluta bilaterale tabellata e questo in danno biologico non poteva accadere.

Un esempio per chiarire.

In base alla precedente normativa, nell'ipotesi in cui un "monocolo" per cause lavorative avesse perso il visus totale anche nell'altro occhio, in applicazione del comma 6 avrebbe usufruito di due rendite ma non della "cecità totale", e se anche si fosse applicata la F.G. non si sarebbe ugualmente pervenuti alla percentualizzazione del 85%. In questa maniera si è supplito a tale carenza sia per i danni extralavoro che per quelli lavorativi indennizzati con la precedente normativa; e questo varrà per tutti gli organi pari.

Da ricordare che, nel caso preso ad esempio, deve essere riconosciuto anche l'APC in considerazione che, in danno biologico, il riferimento per il riconoscimento della prestazione è solo alle voci elencate di cui all'allegato 3 del T.U., non valendo più il riferimento alla necessità della inabilità totale; come da comma 782 della Legge n. 269 del 27 dicembre 2006.

Una vera rivoluzione è intervenuta con il **punto 8** che sconvolge i presupposti su cui si basava la precedente valutazione del danno (attitudine al lavoro) ma che è consequenziale in relazione al diverso indennizzo.

Infatti, il secondo comma dell'art. 78 così recita: *"L'abolizione assoluta della funzionalità di arti o di organi o di parte di essi è equiparata alla perdita anatomica"* mentre il citato comma 8 prevede

che "Nella valutazione del danno la **perdita funzionale** non è equiparata a quella anatomica. Quest'ultima assume, infatti, connotazione di maggiore gravità".

Tale fondamentale differenza era dovuta in considerazione del diverso riferimento ai fini indennitari; nella precedente normativa all'*attitudine al lavoro* ed ora all'*integrità psico-fisica*, ed in siffatta maniera tale cambiamento è stato esplicitato compiutamente.

FORMULE MATEMATICHE IN USO

Come fatto presente nel commento agli articoli di legge sulla valutazione del danno sia, come un tempo, in termini di "attitudine al lavoro" (artt. 78, 79 e 80, T.U. n. 1124/1963), sia, come attualmente, in termini di "danno biologico" (art. 13 D.Lgs. 38/2000 e Criteri applicativi di cui al Decreto 12.7.2000), l'unica "formula matematica" specificatamente prevista è la cosiddetta "Formula Gabrielli".

FORMULA DI GABRIELLI²

C = Attitudine al lavoro preesistente

C1 = Attitudine globale dopo l'evento

$$D = \frac{C - C1}{C} \times 100$$

CALCOLO RIDUZIONISTICO A SCALARE (Formula di Balthazard - espressa in decimali)

IF = Invalidità finale

IP1 = Invalidità parziale relativa ad un danno

IP2 = Invalidità parziale relativa ad un danno

$$IF = IP1 + IP2 - (IP1 \times IP2)$$

CALCOLO RIDUZIONISTICO ALLARGATO

Emisomma tra la F.di Balthazard e la somma matematica

$$\frac{(IP1 + IP2) + (\text{Formula Balthazard})}{2}$$

L'esistenza anche di una tale formula è legata anche ad un notiziario Inail (n. 1/67) laddove si afferma che la formula a scalare "...non deve essere applicata con rigore matematico assoluto ma come un sistema di orientamento discrezionale per avere una indicazione dell'ordine di grandezza attorno al quale deve aggirarsi la valutazione del danno complessivo", ed ovviamente tale concetto seppur datato si attaglia bene alle due diverse valutazioni sia in campo attitudine al lavoro che in campo danno biologico.

² La formula, **detta impropriamente** del Gabrielli presentata al Congresso di Oculistica del 1920, risale in verità alla fine dell'ottocento ed a due studiosi tedeschi; nel 1894 l'oftalmologo e storico della medicina Hugo Magnus formulò un prima stesura che poi venne ripresa nel 1896 dal Groenouw 1896 con una enunciazione del tutto sovrapponibile a quella poi esplicitata dal Gabrielli cinque lustri dopo.
Ossicini A. - COLD CASE: Giuseppe Gabrielli e la formula $D = (C - C1)/C$ Rivista Infortuni e Mal.Prof. fasc. 2/2011 part. I - 569-994

CALCOLO PROPORZIONALISTICO PER LE DITA

Nel T.U.1124/65 (attitudine al lavoro) la perdita di tutte le dita della mano prevede rispettivamente una percentualizzazione di 65 a dx. e 55 a sin.; sommando invece le diverse voci per le singole dita la somma è rispettivamente di 75 a dx e 68 a sin. Nel D.lgs. 38/2000 la perdita di tutte le dita della mano prevede rispettivamente una percentualizzazione di 48 a dx. e del 41 sin. ; sommando invece le diverse voci per le singole dita la somma è rispettivamente di 52 a dx e 43 a sin. , ma come detto la somma aritmetica NON deve essere fatta, e allorchè vi è la perdita di 2 o più dita la somma delle valutazione delle dita considerate deve essere rapportata con la formula sotto riportata che esplicitiamo nelle due diverse gestioni

Esempi in caso di perdita di tre dita della mano dx. la formula è:

“attitudine al lavoro”

IP1 +IP2 + IP3	IF
-----	-----
75	65

“danno biologico”

IP1 +IP2 + IP3	IF
-----	-----
53	46

IP1 = Danno relativo alla perdita anatomica di un dito

IP2 = Danno relativo alla perdita anatomica di un dito

IP3 = Danno relativo alla perdita anatomica di un dito

IF = Invalidità finale

Confronto dall'attitudine al Lavoro del T.U. 1124/65 al Danno Biologico del D.Lvo n. 38/2000

TESTO UNICO

Prestazioni

Art. 66: Tra le prestazioni assicurative, al punto 2, è prevista la rendita per inabilità permanente.

Art. 74: l'inabilità permanente è la conseguenza di infortunio o malattia professionale che toglie o riduce l'attitudine al lavoro

Valutazione della rendita

Art. 74: la rendita di inabilità permanente è rapportata al grado di inabilità sulla base di specifiche aliquote della retribuzione.

La rendita è liquidata nei casi in cui la riduzione dell'attitudine al lavoro sia superiore al 10%, fino a tale grado la rendita non è corrisposta

Art. 78, comma 1

Nei casi di inabilità permanente previsti nella tabella allegato n. 1, l'attitudine al lavoro, agli effetti della liquidazione della rendita, s'intende ridotta nella misura percentuale indicata per ciascun caso.

Art. 78, comma 2

L'abolizione assoluta della funzionalità di arti o di organi o di parte di essi é equiparata alla loro perdita anatomica.

D.Lgs. 38/2000

Prestazioni

Art. 13, comma 2: "In caso di danno biologico... l'Inail nell'ambito del sistema di indennizzo e sostegno sociale, in luogo delle prestazioni di cui all'art. 66, punto 2) del testo unico, eroga l'indennizzo previsto e regolato dalle seguenti disposizioni"

Valutazione della rendita

Art. 13, 2° comma, punti a) e b): "le menomazioni conseguenti alle lesioni dell'integrità 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 è erogato in capitale, dal 16 per cento è erogato in rendita, nella misura indicata nell'apposita "tabella indennizzo danno biologico".

Le menomazioni di grado pari o superiori al 16% 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 alla apposita tabella dei coefficienti.

Art. 13, comma 2, punto a): "Le menomazioni conseguenti alle lesioni dell'integrità psicofisica sono valutate in base a specifica "tabella delle menomazioni" comprensiva degli aspetti dinamico relazionali".

Criteri applicativi del D.M. 25.7.2000

La descrizione della menomazione esplicitata nelle singole voci è riferibile al valore massimo indicato in tabella

Criteri applicativi del D.M. 25.7.2000

Nella valutazione del danno la **perdita funzionale** non è equiparata a quella anatomica. Quest'ultima assume, di norma, connotazione di maggiore gravità.

Art. 78, comma 3

Quando gli arti o gli organi o parte di essi abbiano perduto soltanto parzialmente la loro funzione, il grado di riduzione dell'attitudine al lavoro si determina sulla base della percentuale d'inabilità stabilita per la loro perdita totale, ed in proporzione del valore lavorativo della funzione perduta.

Art. 78, comma 4

In caso di perdita di più arti, o organi, o di più parti di essi, e qualora non si tratti di molteplicità espressamente contemplata nella tabella, il grado di riduzione dell'attitudine al lavoro deve essere determinato di volta in volta tenendo conto di quanto, in conseguenza dell'infortunio, e per effetto della coesistenza delle singole lesioni, è diminuita l'attitudine al lavoro.

Art. 79

Il grado di riduzione permanente dell'attitudine al lavoro causata da infortunio, quando risulti aggravato da inabilità preesistenti derivanti da fatti estranei al lavoro o da altri infortuni non contemplati dal presente titolo o liquidati in capitale ai sensi dell'art. 75, deve essere rapportato non all'attitudine al lavoro normale, ma a quella ridotta per effetto delle preesistenti inabilità. Il rapporto è espresso da una frazione in cui il denominatore indica il grado di attitudine al lavoro preesistente e il numeratore la differenza fra questo e il grado di attitudine residuo dopo l'infortunio

Criteri applicativi del D.M. 25.7.2000

Nel caso di **danni composti**, vale a dire comprensivi di più menomazioni, la valutazione non potrà essere il risultato della somma delle singole menomazioni tabellate. In tali casi, infatti, si dovrà procedere a stima complessiva del danno con riferimento all'entità del pregiudizio effettivo dell'apparato e/o della funzione interessata dalle menomazioni.

Art. 13, comma 6

Il grado di menomazione dell'integrità psicofisica da infortunio sul lavoro o malattia professionale, quando risulti aggravato da menomazioni preesistenti concorrenti derivanti da fatti estranei al lavoro o da infortuni o malattie professionali verificatesi o denunciate prima della data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3 e non indennizzati in rendita deve essere rapportato non all'integrità psicofisica completa, ma a quella ridotta per effetto delle preesistenti menomazioni. Il rapporto è espresso da una frazione in cui il denominatore indica il grado d'integrità psicofisica preesistente ed il numeratore la differenza tra questa ed il grado d'integrità psicofisica residuo dopo l'infortunio o la malattia professionale *omissis*

Criteri applicativi del D.M. 25.7.2000

Per **menomazioni concorrenti** devono intendersi quelle che incidono su organi od apparati strettamente sinergici.

In caso di **abolizione di funzione di organo o di senso pari** (reni, occhi, ecc.), qualora la stessa ricada su soggetti portatori di preesistenza extralavorativa o lavorativa, incidente sullo stesso organo o senso, il danno biologico permanente sarà uguale all'abolizione bilaterale tabellata.

L'applicazione della **formula Gabrielli** nei casi previsti dalla normativa vigente è, invece, indicata qualora debbano valutarsi anche perdite parziali di organo o senso pari.

Art. 80

Nel caso in cui il titolare di una rendita corrisposta a norma del presente titolo, sia colpito da nuovo infortunio con una rendita di inabilità si procede alla costituzione di una rendita in base al grado di riduzione complessiva dell'attitudine al lavoro causata dalle lesioni determinate dal precedente o dai precedenti infortuni e dal nuovo, valutate secondo le disposizioni dell'art. 78,.

Omissis

Art. 13, comma 5

Nel caso in cui l'assicurato, già colpito da uno o più eventi lesivi rientranti nella disciplina delle presenti disposizioni, subisca un nuovo evento lesivo si procede alla valutazione complessiva dei postumi ed alla liquidazione di un'unica rendita o dell'indennizzo in capitale corrispondente al grado complessivo della menomazione dell'integrità psicofisica.

Omissis

Criteri applicativi del D.M. 25.7.2000

In caso di danni policroni professionali, sia riferibili a menomazioni ricadute in franchigia sia a menomazioni indennizzate con capitale o in rendita, il danno biologico permanente finale sarà sempre il risultato di una valutazione complessiva.

La stessa sarà guidata dai criteri comunemente utilizzati nella valutazione di menomazioni coesistenti e concorrenti.

Criteria di valutazione del danno per riduzione dell'attitudine al lavoro, articoli 78-83 del T.U. 1124/1965

La valutazione del danno per riduzione della cosiddetta "attitudine al lavoro" rappresenta uno dei problemi più sentiti dalla medicina legale comportante non poche difficoltà inerenti la determinazione, nel caso concreto, dell'effettiva riduzione dell'attitudine lavorativa nella singola fattispecie.

Tali difficoltà sono, nel campo infortunistico, in parte superate grazie ad una tabella di riferimento di legge – anche se relativa solo ad alcune voci limitate e perlopiù a strutture scheletriche, frutto di studi, ricerche ed esperienze condotte con doverosa prudenza da parte di studiosi della materia, al fine di fornire almeno delle indicazioni di massima per non lasciare il campo alla più "pura" discrezionalità.

La tabella rappresenta infatti un valido strumento di lavoro ma, se non si conoscono correttamente le metodologie per l'approccio ad essa, rimane un insieme di numeri fissi che non permettono un'ampia valutazione.

Per questo si ritiene opportuno suggerire una metodologia operativa che scaturisce dagli articoli del T.U. relativi alla valutazione del danno supportata, tra l'altro, dalla interpretazione data, nel corso di oltre trenta anni, dalla giurisprudenza di legittimità.

Alla luce di ciò viene riportata nel prosieguo una "metodologia di valutazione" in base alle disposizioni del testo unico e nella parte dedicata ai temi particolari sono state riportate le sentenze della Cassazione che hanno permesso di "estrapolare" tale metodologia.

Commento agli articoli 78-83 del T.U. 1124/65³

Gli articoli dal 78 all'83 (Capitolo Prestazioni) del T.U. 1124/65 contengono le linee guida per la valutazione del danno in campo assicurativo Inail; essi sono perciò indispensabili al fine di applicare un metodo logico da seguire per inquadrare nella sua giusta dimensione il danno in campo infortunistico lavorativo.

Nella valutazione degli esiti permanenti, a seguito di evento tutelato in sede Inail, sia che si tratti di danno singolo, plurimo monocrono o plurimo policrono, è doveroso attenersi strettamente a quanto previsto dal D.P.R. 1124/65, in particolare dagli artt. 78-83.

Appare opportuno riproporre integralmente il testo.

Art. 78

Nei casi di inabilità permanente previsti nella tabella allegata n. 1, l'attitudine al lavoro, agli effetti della liquidazione della rendita, si intende ridotta nella misura percentuale indicata per ciascun caso.

L'abolizione assoluta della funzionalità di arti o di organi o di parte di essi è equiparata alla loro perdita anatomica.

Quando gli arti o gli organi o parte di essi abbiano perduto soltanto parzialmente la loro funzione, il grado di riduzione dell'attitudine al lavoro si determina sulla base della percentuale d'inabilità stabilita per la loro perdita totale, ed in proporzione del valore lavorativo della funzione perduta.

In caso di perdita di più arti od organi, o di più parti di essi, e qualora non si tratti di molteplicità espressamente contemplata nella tabella, il grado di riduzione dell'attitudine al lavoro deve essere determinato di volta in volta tenendo conto di quanto, in conseguenza dell'infortunio, e per effetto della coesistenza delle singole lesioni, è diminuita l'attitudine al lavoro.

³ F. Antoniotti – A. Ossicini Zacchia nel 1992

Art. 79

Il grado di riduzione permanente dell'attitudine al lavoro causata da infortunio, quando risulti aggravato da inabilità preesistenti derivanti da fatti estranei al lavoro o da altri infortuni non contemplati dal presente titolo o liquidati in capitale ai sensi dell'art. 75, deve essere rapportato non all'attitudine al lavoro normale, ma a quella ridotta per effetto delle preesistenti inabilità. Il rapporto è espresso da una frazione in cui il denominatore indica il grado di attitudine al lavoro preesistente e il numeratore la differenza fra questa e il grado di attitudine residuo dopo l'infortunio.

Art. 80

Nel caso in cui il titolare di una rendita, corrisposta a norma del presente titolo, sia colpito da nuovo infortunio indennizzabile con una rendita di inabilità, si procede alla costituzione di un'unica rendita in base al grado di riduzione complessiva dell'attitudine al lavoro causata dalle lesioni determinate dal precedente o dai precedenti infortuni e dal nuovo, valutate secondo le disposizioni dell'art. 78 (...).

omissis

Art. 81

Nel caso di infortunio indennizzabile con una rendita di inabilità permanente, nel quale si abbia concorso di inabilità determinato dalla preesistenza di una lesione invalidante che abbia dato luogo alla liquidazione di un'indennità per inabilità permanente da infortunio sul lavoro a norma del R.D. 31 gennaio 1904 n. 51, la rendita a seguito del nuovo infortunio è liquidata in base all'inabilità complessiva secondo le disposizioni dell'art. 80.

Art. 82

In caso di nuovo infortunio indennizzabile con una rendita di inabilità permanente, nel quale si abbia concorso fra quest'ultima inabilità e quella che ha dato luogo alla liquidazione di una rendita riscattata, si procede secondo il criterio stabilito dall'art. 80.

Art. 83

La misura della rendita d'inabilità può essere riveduta, su domanda del titolare della rendita o per disposizione dell'Istituto assicuratore, in caso di diminuzione o di aumento dell'attitudine al lavoro ed in genere in seguito a modificazione nelle condizioni fisiche del titolare della rendita, purché, quando si tratti di peggioramento, questo sia derivato dall'infortunio che ha dato luogo alla liquidazione della rendita. La rendita può anche essere soppressa nel caso di recupero dell'attitudine al lavoro nei limiti del minimo indennizzabile. Omissis

I primi tre commi dell'art. 78 dettano i principi fondamentali della valutazione medico-legale in sede Inail che così possiamo sintetizzare:

- a) se vi è un riferimento tabellare DEVE essere preso in considerazione quanto previsto in tabella;
- b) il danno funzionale totale (a carico di arti, o organi o di più parte di essi) è equiparato alla perdita anatomica;
- c) il danno funzionale parziale (a carico di arti, o organi o di più parte di essi) DEVE essere rapportato alla perdita totale in proporzione del valore lavorativo della funzione perduta.

A proposito del punto c) va subito rilevato che la terminologia "in proporzione del valore lavorativo della funzione perduta" viene interpretato troppo spesso in termini strettamente aritmetici, facendo un semplice calcolo tra il danno funzionale totale e quello parziale, riducendo così la valutazione a pura "matematica" e andando in senso decisamente contrario alla vera

finalità dell'erogazione della rendita che si esplicita in un "quid economico" per una ridotta attitudine al lavoro concreta e non ipotetica.

La stessa Corte di Cassazione, nella sentenza n. 616 del 1987 (Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, Sent. del 22.1.87, n. 616 - Pres. Onnis, Est. Morelli - P.M. Pandolfi - De Benedictis c. Inail Malattie Professionali - Inabilità derivante da perdita della funzionalità di un organo - Criteri) così si è espressa: "In tema di assicurazione obbligatoria, per infortuni sul lavoro e malattie professionali, la misura dell'inabilità lavorativa derivante dalla perdita parziale della funzionalità di un organo, ai sensi dell'art. 78 D.P.R. 1124/1965, si determina tenendo conto della percentuale legale prevista per la perdita totale della stessa funzione, ma non già con applicazione meccanica ed in proporzione meramente aritmetica della percentuale stessa, bensì valutando, alla luce di questa, l'effettivo valore lavorativo della funzione perduta."

Il concetto clinico che ne scaturisce appare ben chiaro e del tutto logico e strettamente attinente la fisiopatologia.

Tornando ai tre punti (a,b,c), il problema sorge allorché si debbano valutare danni multipli, sia monocroni sia policroni, o magari aggravati da preesistenze lavorative.

Una non superficiale lettura però dimostra che, anche a tali problematiche, è stata data soluzione proprio con il comma quattro dell'art. 78 del testo unico sopra riportato

Volutamente e giustamente il legislatore in detto comma non parla di differenza tra concorso e coesistenza di danno (coesistenza delle singole lesioni) in quanto le equipara rimandando la valutazione ad un giudizio globale così come non fa distinzione tra danni plurimi monocroni o policroni (fa riferimento infatti alla perdita di più arti, o organi, o di più parti di essi senza far riferimento al tempo in cui sono avvenuti); la distinzione, doverosa, tra concorso e coesistenza viene fatta dall'art. 79, solo riguardo ai danni plurimi policroni che non afferiscono alla stessa gestione o che sono in parte extralavorativi, o in parte liquidati in capitale.

Riguardo all'applicazione dell'art. 79, si deduce facilmente dal testo, come già accennato, che tre sono i casi in cui, a causa di aggravamento dovuto a preesistenze, si applica la formula Gabrielli:

- 1) preesistenza extralavorativa;
- 2) preesistenza da altra gestione;
- 3) preesistenze liquidate in capitale.

Anche se non esplicitato è chiaro che nel caso di applicazione della formula Gabrielli tra due danni di diversa gestione, la tabella a cui bisogna far riferimento, deve essere quella dell'ultimo infortunio, anche per il danno precedente per non incorrere in errori valutativi grossolani essendoci alcune differenze di punteggio tra le due tabelle (infortuni industriali e agricoli).

Infine, in detto comma IV dell'art. 78 tra l'altro si accenna anche come valutare i danni non tabellati, sia singoli sia multipli, laddove è scritto, che qualora non si tratti di molteplicità espressamente contemplata nella tabella, il grado di riduzione dell'attitudine al lavoro deve essere determinato di volta in volta tenendo conto di quanto, in conseguenza dell'infortunio e per effetto della coesistenza delle singole lesioni, è diminuita l'attitudine al lavoro.

Fissati i principi generali, vediamo come si collegano i diversi articoli e qual è l'iter da seguire o meglio la metodologia operativa da perseguire:

- a) nel danno singolo bisogna applicare l'art. 78;
- b) nel danno singolo con preesistenze extralavoro o equiparabili si deve applicare dapprima l'art. 78, poi vedere se vi è "aggravamento" dovuto a preesistenze e applicare, se dovuto, l'art. 79;
- c) nel danno plurimo monocrono senza preesistenze va sempre applicato integralmente l'art. 78;
- d) nel danno plurimo monocrono con preesistenza extralavorativa o equiparabile si valutano i

singoli danni secondo i primi tre commi dell'art. 78, si deve accertare se la preesistenza "aggrava" uno o più danni attuali e la si valuta ex art. 79; infine bisogna tornare all'art. 78 e valutare il tutto secondo il comma quattro;

e) nel danno plurimo policrono senza preesistenze extralavorative o equiparabili l'art. 80 rimanda correttamente all'art. 78, quindi il procedimento è analogo al punto c) già discusso;

f) nel danno plurimo policrono con preesistenze extralavorative o equiparabili il problema è analogo al punto d) e in tal guisa va eseguito;

In proposito è da rilevare, che mentre sul punto d) i medici legali sono concordi sull'iter da seguire, sul punto f) è doveroso segnalare che vi sono due orientamenti dottrinali.

Secondo una linea di pensiero, in caso di costituzione di un'unica rendita, a seguito di infortunio, qualora si tratti di inabilità lavorative concorrenti, afferenti la stessa gestione ed il danno relativo al primo infortunio sia stato già valutato con la formula Gabrielli, è necessario dapprima procedere ad una valutazione complessiva dei postumi lavorativi, ai sensi degli artt. 78 e 80, quindi si quantifica la preesistenza extralavorativa al momento storico dell'accertamento complessivo dei postumi e si applica, in conseguenza, ai sensi dell'art. 79, detta formula. Secondo, invece, un'altra corrente di pensiero, al procedimento di unificazione ex art. 80 si deve pervenire dopo che, attraverso la formula espressa dall'art. 79, sia correttamente individuato il grado di riduzione dell'attitudine dell'assicurato al lavoro causata dalle preesistenze extralavorative che vengono in considerazione agli effetti dell'art. 80, ma che risultano anche aggravate nel senso specifico dell'art. 79.

A nostro avviso, la seconda soluzione è più aderente al dettato legislativo che scaturisce dal D.P.R. 1124/65.

Infatti la prima ipotesi, che potrebbe essere condivisa soltanto laddove gli esiti di danni extralavorativi non abbiano subito un peggioramento tra un infortunio lavorativo e l'altro, porterebbe sicuramente ad una errata valutazione in riferimento al danno residuo dal primo infortunio e nel complesso allorché detti esiti siano "peggiorati" in quanto, con detta applicazione, verrebbero conteggiati, anche nel primo infortunio, gli aggravamenti extralavorativi susseguenti ad esso e da esso non dipendenti. Invero tutto ciò contrasta con l'affermazione che l'aggravamento da prendere in considerazione deve dipendere solo dall'infortunio.

Appare quindi logico dapprima valutare i danni ex art. 78, poi ex art. 79 separatamente ed infine complessivamente ex art. 80.

Tale orientamento è stato peraltro condiviso dalla Corte di Cassazione sin dal 1975 (sent. n. 787/75) e più volte nel corso degli anni dalla stessa confermato.

CORTE DI CASSAZIONE - Sezione Lavoro - 3.2.1989, n. 687 - Pres.Antoci - Est.Aliberti - P.M. Di Renzo - Inail c. Cani

Il sistema di valutazione dell'inabilità permanente complessiva, di cui all'art. 80 D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 risponde alle esigenze di unificazione delle rendite per inabilità omogenee, appartenenti cioè ad una stessa gestione assicurativa degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Se uno o più infortuni concorrano con preesistenti invalidità derivanti da infortuni disciplinati da una diversa gestione assicurativa o da fatti estranei al lavoro, al procedimento di unificazione si deve pervenire dopo che, attraverso la formula espressa dall'art. 79, sia matematicamente individuato il grado di riduzione della attitudine dell'assicurato al lavoro causata da quello o da quegli infortuni inabilitanti che vengono in considerazione agli effetti dell'art. 80, ma che risultano anche aggravati nel senso specifico di cui all'art. 79.

Approfondendo lo studio dell'art. 83, che tratta della revisione, ci si accorge che esso è in qualche modo il cardine della non facile metodologia.

Ad una superficiale lettura sembrerebbe che tale articolo sia completamente sganciato dagli altri rimandando semplicemente, anche se non espressamente, alla valutazione secondo i criteri sopra indicati per la visita di revisione; in realtà così non è in quanto oltre alle revisioni di legge secondo i tempi e i modi del comma VI e VII (una volta l'anno nei primi quattro anni della costituzione della rendita, e successivamente al 7° e al 10° anno) è prevista, all'art. 83, anche quella che possiamo chiamare revisione non cadenzata allorché vengono stabilite "rettifiche", oltre che nei momenti sopra detti anche ".. in genere in seguito a modificazioni nelle condizioni fisiche, ... purché, quando si tratti di peggioramento, questo sia derivato da infortunio" cioè revisioni al di fuori di quelle stabilite, come visto in precedenza, in maniera fissa dalla legge.

Ma esistono? e quali sono? Sono quelle previste, ed in parte accennate in precedenza, dall'art. 80, riguardante l'unificazione di due infortuni (policroni), perché appare lapalissiano che al momento della visita di accertamento dei postumi dopo il secondo infortunio, per il primo si tratta di revisione - ecco il raccordo dell'art. 83 con gli altri - ed anche se ovvio, questo concetto ha trovato ulteriore conferma nella sentenza della Corte Costituzionale n. 318 del 6 giugno 1989 con la quale (4) è stata dichiarata l'illegittimità parziale dell'art. 80 comma 1 del T.U. 1124/1965 ".. nella parte in cui non prevede che, qualora sopravvenga un ulteriore infortunio dopo il decorso di dieci anni dalla costituzione della rendita per un precedente infortunio, al lavoratore spetta una rendita non inferiore a quella già erogategli".

*CORTE COSTITUZIONALE Seduta 18.5-6.6 1989 n. 318 Pres.Saja - Red.Corasaniti - Canc.Minelli
Giudizio di legittimità costituzionale incidentale.*

Previdenza e assistenza - Infortuni sul lavoro - Costituzione di una rendita - Ulteriore infortunio successivo intervallato da oltre un decennio - Revisione in peius - Peggioramento dell'inabilità del plurinfortunato - Irrazionalità della norma - Illegittimità costituzionale parziale.

È costituzionalmente illegittimo - in riferimento all'art. 3 cost. - l'art. 80, comma 1, del T.U. 1124/1965, nella parte in cui non prevede, nel caso di sopravvenienza di un ulteriore infortunio dopo il decorso di dieci anni dalla costituzione della rendita per un infortunio precedente, che al lavoratore sia assicurata quanto meno una rendita uguale a quella già erogategli.

L'interpretazione letterale è quella secondo la quale al lavoratore deve essere garantita comunque "una rendita non inferiore a quella già erogategli" interpretazione fatta propria dallo stesso Istituto assicuratore con circolare del 28 dicembre 1989 che così recita: ".. fermo restando il riferimento del giudizio medico-legale all'obiettività in effetti riscontrata al momento che interessa, con conseguente valutazione globale dei postumi in concreto rilevati, ove tale valutazione esprima un grado di inabilità inferiore a quello della rendita pregressa consolidata, la rendita dovrà esser comunque liquidata, sulla base del grado di inabilità precedente a garanzia del lavoratore, di un indennizzo quanto meno uguale a quella già erogategli."

Capitolo 4. Tematiche particolari

Istituto della revisione¹

L'istituto della revisione, che riguarda il controllo degli esiti di un evento infortunistico (o di una malattia professionale), seppur presente sin dalla prima legge sugli infortuni n. 80 del 17 marzo 1898, all'art. 11, ribadito nel primo T.U. n. 51 del 31 gennaio 1904, all'art. 13, è stato introdotto, di fatto, con l'art. 25 del R.D. n. 1765 del 17 agosto 1935 e dall'art. 43 del Regolamento attuativo n. 200 del 25 gennaio 1937, entrato in vigore l'1 aprile del 1937.

L'istituto della revisione è stato espressamente previsto nel T.U. 1124/1965, all'art. 83, e confermato anche nel D.lgs. 38/2000 che all'art. 13, comma sette, recita testualmente: *“La misura della rendita può essere riveduta, nei modi e nei termini di cui agli articoli 83, 137 e 146 del testo unico....”*.

Gli artt. 11 della L. 80/1898 e 13 del R.D. 51/1904 disponevano che *“Nei termini di due anni dal giorno dell'infortunio l'operaio e gli Istituti di assicurazione avranno facoltà di chiedere la revisione del giudizio sulla natura dell'inabilità, qualora lo stato di fatto manifesti erroneo il primo giudizio o nelle condizioni fisiche dell'operaio siano intervenute modificazioni derivanti dall'infortunio”*, ed il procedimento poteva essere richiesto direttamente dall'assicurato all'Istituto assicuratore mentre l'Istituto assicuratore poteva richiederlo solo attraverso l'autorità giudiziaria competente².

Nel lontano 1898 fu adottato il principio generale secondo cui *“...il giudizio è definitivo finché una delle parti non richieda revisione...”* e dalla lettura della discussione parlamentare che precedette l'emanazione della legge si rileva che solo nella seduta del 23 maggio 1896, per la prima volta, l'On. Ferreo proponeva *“..l'aggiunta di un articolo nel quale si stabiliva il diritto di revisione qualora nelle condizioni fisiche dell'operaio siano intervenute modificazioni essenziali direttamente ed esclusivamente derivanti dall'infortunio,”* normato poi con la dizione *“modificazioni derivanti dall'infortunio”*³.

Con il T.U. 1765/1935 l'indennizzo non veniva più erogato in capitale ma in “rendita” e quindi, una previsione di controllo dello stato di salute del soggetto assai più ampia nel tempo diventava quasi obbligatoria.

La revisione del “danno”, come è noto, tende all'adeguamento, nel tempo, dell'indennizzo economico alla evoluzione del danno residuo al lavoratore dopo un infortunio o una tecnopatia riconosciuta, e come fatto presente *“...permette di soddisfare appieno il dettame Costituzionale (art. 38, secondo comma) in modo dinamico e non statico...”*⁴.

Il presupposto medico-legale della revisione è rappresentato, quindi, dal riconoscimento della possibilità di una evoluzione, migliorativa o peggiorativa, del danno residuo dopo l'evento.

L'art. 25 del R.D. 1765/1935, peraltro, statuiva che *“La misura della rendita di invalidità può essere riveduta...”*. La formulazione letterale della citata disposizione aveva indotto taluni interpreti a ritenere che l'istituto della revisione fosse applicabile soltanto qualora all'evento lesivo fossero conseguiti postumi indennizzati in rendita, rimanendo esclusa la possibilità “revisione” in caso di postumi permanenti inferiori al minimo indennizzabile.

¹ A cura di A. Miccio, A. Ossicini

² Art. 117 Regolamento esecutivo R.D. n. 141/1904 del R.D. n. 51/1904

³ L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro nell'industria e nell'agricoltura e contro le malattie professionali, Ediz. Cappelli Bo S. Diez 1940

⁴ Infortuni e Malattie professionali : metodologia operativa a cura di A.Ossicini, Ediz. Inail 1998

Sin dagli anni '50 dello scorso secolo però l'Alibrandi⁵, dando una lettura della norma costituzionalmente orientata, affermava in concreto che *"..anche la giurisprudenza, dopo iniziali incertezze e perplessità, è costante nel senso di ritenere che la locuzione "titolare di rendita" non vada inteso in senso letterale, limitata cioè alla persona che in atto gode della rendita ma vada riferita alla titolarità potenziale del diritto alla rendita"*.

La questione è stata definitivamente risolta con il comma 8 dell'art. 83, T.U. 1124/65, ai sensi del quale *"Entro dieci anni dalla data dell'infortunio o quindici se trattati malattia professionale, qualora le condizioni dell'assicurato **guarito senza postumi e con postumi che non raggiungono il minimo indennizzabile**...l'assicurato può chiedere...la liquidazione della rendita nei modi e nei termini stabiliti per la revisione della rendita in caso di aggravamento"*.

L'Inail, sin dal 1967, aveva usato una terminologia chiarificatrice nel notiziario n. 1⁶ al paragrafo sette sotto la dizione *"Revisione in caso di **costituzione di rendita negativa** (articolo 83 T.U., penultimo comma), ripresa nell'allegato alla circolare n. 71/1996 "Guida normativa operativa per la revisione della rendita" utilizzava il termine "costituzione negativa della rendita", per i casi in cui non fossero stati presenti affatto postumi o gli stessi non raggiungessero il minimo indennizzabile.*

L'espressione REVISIONE è riferita, correttamente, ad un procedimento ben preciso che, come scriveva l'Alibrandi *"..è connaturale al sistema di indennizzo in rendita, in quanto tende a garantire una corrispondenza fra il danno e l'indennizzo non solo all'atto della prima liquidazione ma anche in epoca successiva, entro un limite determinato dalla legge"*⁷ e consta di tre momenti operativi:

- termini per l'inoltro della domanda;
- l'accertamento medico-legale delle condizioni psicofisiche dell'assicurato riferito essenzialmente a danno residuo che è possibile "rivedere";
- conseguente provvedimento amministrativo di conferma, o di aumento, diminuzione ovvero di cessazione della misura della eventuale rendita già corrisposta.

Ovviamente dal punto di vista medico-legale è importante analizzare i primo e secondo per inquadrare, nella giusta maniera, i termini previsti dalla normativa per l'inoltro dell'istanza di revisione; inevitabilmente si tratterà anche dei termini prescrizionali ed evidenzieremo come nel tempo si è andata modificando la dottrina sia relativamente al primo punto – decorrenza della rendita – e quindi da quando può decorrere la domanda e la prescrizione dell'azione, e dall'altra quali sono i limiti temporali su che cosa "revisionare".

Revisione

L'art. 83, comma 1, dispone che *".. la misura della rendita di inabilità può essere riveduta su domanda del titolare della rendita o per disposizione dell'Istituto assicuratore in caso di diminuzione o di aumento dell'attitudine al lavoro e, in genere, a seguito di modificazioni nelle condizioni fisiche del titolare della rendita, purché, quando si tratti di peggioramento, questo sia derivato dall'infortunio che ha dato luogo alla liquidazione della rendita"* e, crediamo, che la chiarezza del capoverso non possa dare adito ad alcun dubbio interpretativo.

⁵ Alibrandi "Sulla titolarità del diritto a chiedere la revisione della rendita ai sensi dell'art. 25 della Legge infortuni" Riv. Inf. e M.P. 1954 – II, 299

⁶ Notiziario n. 1 del 4 luglio 1967 <http://normativo.inail.it/bdninternet/docs/not1967-1.htm>

⁷ Alibrandi - Infortuni sul lavoro e le malattie professionali – pag. 663, Ediz. Giuffrè 1988

Il concetto che non possono essere presi in considerazione aggravamenti non correlati eziologicamente all'evento che ha dato luogo alla rendita, è assolutamente pacifico, e la giurisprudenza della Cassazione è sempre stata univoca (Sent. n. 3924/80, Sent. n. 3159/81, Sent. n. 6679/83, Sent. n. 1620/86) e si è espressa in tal senso anche la Corte Costituzionale con ordinanza n. 906/88 affermando *"..invero, secondo l'indirizzo giurisprudenziale oramai costante, l'evoluzione del danno deve essere collegato al fatto lavorativo e le modificazioni devono essere l'effetto di fattori non estranei al processo causale aperto dall'evento lavorativo, mentre le cause sopravvenute, autonomamente efficienti a produrre danno, non possono essere valutate perché al di fuori del rischio assicurato"*.

La revisione si può concludere con una conferma o una variazione in più o meno di quanto a suo tempo valutato, in considerazione dei parametri obiettivati in sede revisionale, sia che si tratti di revisione attiva, cioè richiesta dall'Istituto, sia che si tratti di revisione passiva, richiesta dall'assicurato; e questo per il regime di uguaglianza come statuito, anche, dalla Corte di Cassazione che ha affermato *"..la richiesta dell'infortunato determina l'instaurazione di un procedimento globale di revisione che può concludersi anche con un giudizio finale di sopravvenuta riduzione o insussistenza dell'inabilità"* in considerazione che, altrimenti, sarebbe sufficiente una domanda da parte dell'assicurato con richiesta di presunto "aggravamento" per *"..bloccare un corretto procedimento globale di revisione"*. In concreto, una volta intrapreso il procedimento revisionale, come sopra specificato, l'esito dello stesso prescinderebbe dalle modalità originarie da cui ha avuto impulso.

Le diverse modalità operative - scadenze - della revisione degli infortuni art. 83, delle M.P. ex art. 137, e di silicosi ed asbestosi ex art. 146 del T.U. 1124/1965, hanno creato, alle volte, perplessità in relazione alla diversità di "scadenza" dei termini, ma la Corte Costituzionale⁸ più e più volte si è espressa sempre in maniera univoca (Sent. n. 228 del 17.6.1987) affermando che tale diversità non è in contrasto con l'art. 38, comma 2, della Costituzione.

Si può procedere, nell'ambito infortunistico, alla revisione entro un periodo massimo di dieci anni dalla data di costituzione della rendita, che solo con giurisprudenza consolidatasi nell'ultimo decennio è stata identificata come la data di "decorrenza della rendita" (si veda successivo paragrafo), decorso il quale deve intendersi, per presunzione assoluta, che i postumi siano immodificabili.

Nell'ambito del predetto periodo decennale, il grado di riduzione dell'attitudine al lavoro può essere revisionato, come recita l'art. 83, per la prima volta, dopo un anno dalla data dell'infortunio e almeno sei mesi dalla costituzione della rendita; successivamente potrà avvenire a cadenza annuale sino al quarto anno dalla citata costituzione; trascorso il quale, la revisione può aver luogo solo due volte, alla fine di un triennio (7° anno) e l'altra alla fine del triennio successivo (10° anno).

Data di costituzione della rendita

Sino al 2004 si era ritenuto, grazie anche a giurisprudenza costante, che per data di costituzione della rendita si doveva intendere la data di ricezione della comunicazione dell'Istituto dell'esito

⁸ Sent. 228/1987 *"..previsione di un simile termine (dieci anni n. d.r.) ai fini della sussistenza del diritto alla revisione della rendita, non costituisce il risultato di una scelta arbitraria o ingiustificata ma, risponde ad un bisogno di certezza dei rapporti giuridici ed ha riscontro in dati di rilievo sanitario statistico, secondo cui – nella maggioranza dei casi – entro tale decennio le condizioni dell'infortunato si stabilizzano e analogamente il"*

della visita all'assicurato e questo è stato per lungo tempo l'orientamento costante sia della dottrina, che della giurisprudenza.

In tal senso S. Diez⁹ nel 1959, Miraldi-Ferrari¹⁰ nel 1979, e lo stesso Alibrandi¹¹ anche nel suo manuale, più volte editato, ribadiva detto concetto.

Nel 2004/2005, la Corte di Cassazione, con quattro sentenze¹², mettendo fine a contrasti interpretativi manifestatisi al suo interno, stabiliva principi del tutto innovativi in materia di termini revisionali delle rendite in relazione al *dies a quo*.

L'Inail, con lettera della Direzione Centrale Prestazioni, Prot. n. 7396 bis, del 19 dicembre 2005, adeguandosi ai principi enunciati dalla Suprema Corte, segnalava che: *"...la data di inizio del periodo revisionale coincide con la data di decorrenza della rendita e non con la data di comunicazione formale del provvedimento di costituzione della rendita stessa al reddituario. A tale decisione i giudici di legittimità sono pervenuti principalmente sulla base della considerazione che, essendo l'atto formale di riconoscimento del diritto alla rendita legato alle contingenti e casuali vicende della sua formazione per via amministrativa o giudiziale, non può ad esso connettersi la decorrenza dei termini revisionali, in quanto ciò comporterebbe una restrizione o una dilatazione del periodo revisionale del tutto arbitraria ed ingiustificata, soprattutto con riguardo all'ultimo termine revisionale al quale è correlata la presunzione assoluta di immodificabilità dei postumi"* e che *"..la nuova interpretazione fornita dai giudici di legittimità alle norme del Testo Unico riguardanti "inizio e fine" del periodo revisionale delle rendite modificano profondamente le regole da sempre seguite dall'Istituto, e mai in precedenza messe in discussione dalla giurisprudenza"*. Tale principio veniva fatto decorrere solo dal gennaio 2006 ma, a seguito di ulteriori sentenze, con altra lettera del 7 aprile 2006, prot. 8265 bis, si precisò che *".....tale linea di condotta, tuttavia, non ha trovato conferma nella giurisprudenza di legittimità, che non ha ritenuto di riconoscere valenza ai diritti acquisiti. Nelle ulteriori, e più recenti, sentenze emanate sull'argomento, infatti, la Corte di Cassazione, pur riconoscendo che in passato esisteva un contrasto di orientamenti giurisprudenziali, ha esplicitamente affermato che i nuovi principi sono espressione di un indirizzo da ritenersi ormai consolidato e, quindi, devono essere applicati anche alle fattispecie sorte anteriormente al 1° gennaio 2006."*

Il nuovo termine ha generato - come inevitabile conseguenza - una riduzione dei tempi utili per disporre (revisione attiva), o per richiedere (revisione passiva) la revisione, per motivi facilmente intuibili: la data di decorrenza del diritto alla rendita è sempre antecedente alla data di comunicazione del provvedimento.

È stato osservato da alcuni autori¹³ che *"..tale restringimento sarà legato al tempo occorrente per la costituzione di rendita che potrà andare da un minimo tempo necessario successivo alla chiusura con postumi di un evento infortunistico con la comunicazione, sino ad anni per i casi più complessi di tecnopatia, o per riconoscimenti, per la prima volta, solo per via giudiziale; in quest'ultimo caso sino ad annullare di fatto la possibilità di effettuare una o più revisioni intermedie"* comunque, sempre, nella stragrande maggioranza dei casi *".. una riduzione dei tempi*

⁹ S. Diez *Infortunistica – Patologia traumatica e medicina legale* Ediz. Minerva Medica 1979

¹⁰ Miraldi – Ferrari – *Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali* Padova Ediz. Cedam 1979

¹¹ Alibrandi - *Infortuni sul lavoro e le malattie professionali* Ediz. Giuffrè 1988

¹² Sent.nn. 6831/04; 15872/04; 16056/04; 6932/05

¹³ Ossicini A., Miccio Modalità, criteriologia, validità della revisione ex art. 80 e art. 83 T.U. n. 1124/1965 alla luce dei recenti orientamenti giurisprudenziali - 1, 115 – 2007 Riv. Inf. E M.P.

utili per disporre (revisione attiva), o per richiedere (revisione passiva), l'adeguamento della prestazione alle mutate condizioni di salute del reddituario...".¹⁴

Il vantaggio, comunque, di questa "nuova" interpretazione, è quello di avere un termine unico della data di decorrenza della "costituzione della rendita" ricollegato alla chiusura dell'evento.

Era stato osservato, in precedenza, che in caso di chiusura del caso senza riconoscimento dell'indennizzo veniva utilizzato il termine "costituzione negativa della rendita"; questo termine torna utile per l'applicazione corretta anche del comma 8 dell'art. 83 T.U. 1124/65 che recita che *"..qualora le condizioni dell'assicurato **guarito senza postumi e con postumi che non raggiungono il minimo indennizzabile...l'assicurato può chiedere...la liquidazione della rendita nei modi e nei termini stabiliti per la revisione della rendita in caso di aggravamento"*** facendo quindi riferimento all'unico termine comune, tra le tre diverse situazioni - chiusura senza postumi, con postumi non indennizzabili e postumi indennizzabili - come fissato dalla Cassazione.

È altresì da notare che, mentre per il termine ultimo di revisione si fa sempre riferimento al periodo massimo fissato - dieci anni per gli infortuni, quindici per le malattie professionali - dalla costituzione della rendita, nel concetto sopra espresso e per i periodi intermedi, il riferimento è legato alla "revisione" precedente.

L'art. 83, comma 6, relativo all'evento infortunio recita *"..la prima revisione può essere richiesta o disposta solo dopo trascorso un anno dalla data dell'infortunio e almeno sei mesi da quella della costituzione della rendita.."*; l'art. 137, 6° comma, per le malattie professionali prevede che *"La prima revisione può essere richiesta o disposta dopo che siano trascorsi sei mesi dalla data di cessazione del periodo di inabilità temporanea, ovvero, qualora non sussista tale inabilità, dopo che sia trascorso un anno dalla data di **manifestazione** della malattia professionale.."* ed infine, l'art. 146, comma 4, per la silicosi/asbestosi prevede che *"..la prima revisione può aver luogo solo dopo che sia trascorso un anno dalla data della **manifestazione** della malattia o dopo almeno sei mesi da quella della costituzione della rendita.."*

Concetto di manifestazione della malattia professionale

Il concetto di "manifestazione della malattia professionale" viene compiutamente espresso per la prima volta nell'art. 135¹⁴ del T.U. 1124/65, il cui secondo comma è stato, poi, dichiarato incostituzionale e, in seguito, ribadito nella sentenza della Corte Costituzionale¹⁵ in cui si legge che: *"Effettivamente l'ulteriore presunzione juris et de jure che il comma secondo dell'art. 135 della legge impugnato dal giudice a quo pone ad esclusivo carico del lavoratore non è soltanto eccessiva ma è anche incompatibile con i principi di cui agli art. li 3 e 38 Cost. È sufficiente, infatti, considerare che essa comporta la perdita di ogni indennizzo qualora la denuncia sia presentata oltre il termine previsto dalla tabella All. 4 per ciascuna malattia professionale, per rendersi conto che il principio dell'art. 38 Cost. resta vanificato da un'inosservanza meramente formale"*.

Il concetto di "manifestazione di malattia professionale" viene espressamente richiamato dalla giurisprudenza in una serie di pronunce in materia di prescrizione.

¹⁴ Lettere della D.C:Prestazioni del 19.12.05, del 7.4.06, e del 29.09.06 e Lettera della DC.Prestazione ed S,M,G. del 7.2.07

¹⁵ Sent. della Corte Cost. n. 206 dell'11-2-1988 che dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 135, comma 2 del D.P.R. 30-6-1965, n. 1124 (G.U. n. 9 del 2-3-1988).

L'art. 112 del T.U. dispone che *“L'azione per conseguire le prestazioni di cui al presente titolo si prescrive nel termine di tre anni dal giorno dell'infortunio o da quello della manifestazione della malattia professionale”*.

La Corte Costituzionale (Sent. n. 116/1969, n. 129/1986, n. 544/1990), e la Corte di Cassazione, hanno ribadito più volte negli ultimi lustri (Sent. n. 6663/1996, n. 5653/1999, n. 23110/2004, n. 2002/2005), che il concetto di *“manifestazione della malattia professionale”* deve essere collegato alla ricorrenza di tre requisiti e cioè la *“..piena coscienza della malattia, il superamento della soglia indennizzabile, oltre che la consapevolezza della sua origine professionale”*. In altri termini, ai fini della decorrenza della prescrizione, non era sufficiente la mera consapevolezza di una malattia da parte del lavoratore, ma occorreva che quest'ultimo si trovasse nella situazione di apprezzare la gravità delle conseguenze sulla sua salute¹⁶, sino alla conoscenza del raggiungimento del minimo indennizzabile.

Recentemente, anche in campo civilistico è stato dato analogo indirizzo, con sentenza n. 583/2008 Cassazione Civile a Sez. Unite, in tema di responsabilità civile (extracontrattuale, alias aquiliana): anche in questo caso la prescrizione inizia a decorrere dal momento in cui sono soddisfatti tutti i parametri della *“conoscenza”*.

Si afferma, infatti, che *“...il termine di prescrizione del diritto al risarcimentoper fatto doloso o colposo di un terzo decorre, a norma degli art. 2935 e 2947, comma 1, c.c., non dal giorno in cui il terzo determina la modificazione che produce il danno altrui o dal momento in cui la malattia si manifesta all'esterno, ma dal momento in cui viene percepita o può essere percepita, quale danno ingiusto conseguente al comportamento doloso o colposo di un terzo, usando l'ordinaria oggettiva diligenza e tenuto conto della diffusione delle conoscenze scientifiche”*.¹⁷

È opportuno precisare che, per costante giurisprudenza della Corte di Cassazione, ai fini del decorso della prescrizione, non è richiesto che l'assicurato abbia conseguito la piena conoscenza degli elementi costitutivi del diritto sopra richiamati, essendo sufficiente la normale conoscibilità degli stessi, e che la consapevolezza dell'esistenza della malattia e della sua origine professionale si può ragionevolmente presumere sussistente alla data della domanda amministrativa (Cassazione civile, sez. lav., 10 dicembre 2004, n. 23110), ferma rimanendo la possibilità di provare che la conoscibilità risalga ad un momento precedente.

Limiti della revisione

Il problema, ovviamente, non riguarda le situazioni semplici, che per fortuna rappresentano la molteplicità dei casi, e cioè revisione di postumi conseguenti ad un unico evento, ma riguarda la rivisitazione di un danno in occasione dell'applicazione dell'art. 80, ovvero revisione di danni policroni.

Riguardo alla prima fattispecie, applicazione dell'art. 80, costituzione di rendita unica, fin dal lontano 1989 con Sentenza della Corte Costituzionale n. 318, venne stabilito che nella determinazione del grado complessivo di inabilità derivante dalla valutazione di più eventi dannosi, il medico, ovviamente doveva descrivere e valutare il danno obiettivo, con il limite dell'intangibilità della preesistente rendita se consolidata per decorrenza dell'ultimo termine revisionale prima della unificazione dei postumi - il c.d. *“limite esterno”* (Corte di Cassazione, a Sezioni Unite, n. 12023/90); cioè veniva comunque garantito il mantenimento della stessa *“rendita*

¹⁶ A. Ossicini D. Miscetti *“Contra non valentem agere non currit praescriptio ovvero il concetto di manifestazione di malattia professionale della corte costituzionale ai sensi dell'art. 112 del t.u. n. 1165”* (Atti LVIII Congresso SIMLII 1993)

¹⁷ A.Ossicini L.Isolani A.Miccio - *Contra non valentem agere non currit praescriptio: tutela integrale della persona* Atti 73° Congresso Nazionale SIMLII Roma 2011

economica”, anche in caso di miglioramento della situazione clinica che, in unione con il nuovo evento, portasse ad una valutazione inferiore rispetto alla precedente.¹⁸

In concreto il procedimento prevede che il termine ultimo di revisione della rendita unica è quello proprio della tipologia di eventi che concorrono alla costituzione della rendita stessa, quando tutti siano della stessa natura (e cioè 10 anni per l’evento infortunio e 15 quindici anni per evento malattia professionale).

Riguardo invece alla seconda fattispecie *“Termini per la revisione della rendita unica da eventi policroni”*, la Corte di Cassazione nel 2005, con le sentenze n. 6402 e 6403, ha affermato *“l’innovativo principio che la revisione è effettuabile nel rispetto dei termini propri di ciascuna componente della inabilità complessiva..”*¹⁹ e non come era stato fino ad allora attuato in caso di costituzione di rendita unica *“..i nuovi termini saranno regolati secondo il regime relativo alla natura dell’ultimo evento”*²⁰, salvaguardando comunque il periodo revisionale più lungo, nel caso che ad una malattia professionale seguisse un infortunio.

Come è noto, in occasione della costituzione della rendita unica (ex. art. 80) da più eventi inizia un nuovo periodo di revisionabilità dei postumi globalmente considerati.

La circolare n. 63 del 1975, dedicata ai termini della revisione delle rendite unificate per postumi da infortunio e malattia professionale (o viceversa) affermava: *“Si conferma in materia la disciplina contenuta nel notiziario n. 5 del 22 luglio 1972, fondata sul presupposto che fermo restando il principio che e l’ultimo evento lesivo il fatto giuridico che determina la nuova situazione di diritto per le prestazioni assicurative considerate rispetto al complesso delle lesioni multiple invalidanti deve comunque essere garantito il tempo pieno di rivedibilità di ciascuno dei singoli danni componenti il danno unico.*

Nell’ambito di tale normativa devono essere ricercati i criteri interpretativi da seguire per l’applicazione dei termini di revisione intermedi nell’ipotesi di malattia professionale seguita da infortunio distinguendo le seguenti fattispecie:

a) nel caso che il termine di revisione decennale per l’infortunio rientri nel più lungo termine quindicennale della tecnopatia si debbono osservare i termini annuali stabiliti per le malattie professionali ed in essi debbono ritenersi assorbiti, in quanto meno frequenti, quelli relativi all’infortunio;

b) nel caso che il termine finale di revisione per l’infortunio vada oltre l’arco della revisione per la malattia professionale allo scadere del termine quindicennale riprende pieno vigore la disciplina dei termini di revisione per gli infortuni. In caso contrario, si verrebbe infatti a creare un ingiustificato trattamento di privilegio a favore dell’infortunato titolare di rendita unificata rispetto a quello titolare della sola rendita di infortunio” e tale modalità era confermata anche, come già precisato con la circolare 71/96 in cui, allegata alla circolare stessa, vi era una *“Guida nomativo-operativa per le revisione delle rendite”*.

Le due sentenze invece hanno stabilito che la revisione è effettuabile *“..nel rispetto dei termini propri di **ciascuna componente della inabilità complessiva..”*** e non *“secondo il regime relativo **alla natura dell’ultimo evento”*** come era stato sino ad allora.

Appare chiaro che questa “rivoluzione” ha comportato una diversa e del tutto nuova modalità di revisionare il danno.²¹

Quando la rendita unica è costituita da inabilità che risultano soggette a diverso regime temporale, il termine ultimo di revisione va individuato in relazione al regime giuridico del consolidamento proprio della componente dell’inabilità complessiva di cui sia rilevata la variazione.

¹⁸ A. Ossicini G. Cimaglia “Art. 83 ed Art 80 Separati in casa?” Atti X Giornate di Medicina Legale 1990

¹⁹ Inail - Istruzione Operative Direzione Centrale Prestazioni Prot. n. 0009971 19 settembre 2006

²⁰ Allegato “1 “Guida nomativo-operativa per le revisione delle rendite” Circolare .n. 71/1996

²¹ Lettera D.C. Prestazioni n. 9971 del 19.9.2006 e Lettera della DC Prestazioni e S.M.G. n. 1042 del 7.2.2007

Il medico dell'Istituto deve sottoporre a visita l'assicurato e valutare globalmente i postumi di tutti gli eventi lesivi²² che hanno dato luogo alla costituzione della rendita medesima con l'unico limite operante che è il c.d. "limite esterno", riguardante l'intangibilità della preesistente rendita consolidatasi per decorrenza dell'ultimo termine revisionale prima della unificazione dei postumi; al contrario non sussiste, invece, alcun "limite interno".

Se il miglioramento o il peggioramento viene rilevato unicamente con riferimento ai postumi dell'evento per il quale sono già scaduti i termini revisionali, non si può procedere alla revisione, mancandone i presupposti; se invece, il miglioramento o il peggioramento dei postumi è relativo ad eventi soggetti a revisione, si potrà dar seguito alla diversa valutazione complessiva delle menomazioni - con possibilità di rivedere anche i postumi dell'evento di cui sono scaduti i termini revisionali- in quanto non esiste il c.d. "limite interno".

In un precedente lavoro del 2007²³ più dettagliatamente spiegavamo la novità e ad esso rimandiamo. Qui ci limitiamo a riproporre il concetto espresso in maniera dettagliata nella parte motiva delle sentenze delle Sezioni Unite " *.. la revisione deve essere operata cioè sulla rendita così unificata e non si può, in questa sede, procedere alla scomposizione: valutare cioè separatamente la inabilità conseguente a ciascuno dei due eventi lesivi; con la contraria interpretazione si finirebbe per annullare gli effetti dell'unificazione, che non varrebbe ai fini della revisione, perché non si potrebbe più procedere in quella sede alla valutazione complessiva ma si dovrebbe tornare a distinguere il grado di inabilità provocato dal primo infortunio (che sarebbe intangibile) e quello provocato dal secondo infortunio. L'intangibilità della misura dei postumi consolidati di uno degli infortuni impedirebbe necessariamente la possibilità di rivalutare il complessivo risultato inabilitante, stabilitosi nel tempo, in base ad un giudizio di sintesi, cioè avendo riguardo alla reciproca influenza delle inabilità derivanti dai due infortuni, e non resterebbe che valutare separatamente i postumi non consolidati dell'infortunio più recente e procedere poi alla semplice somma aritmetica delle due inabilità. **In tal modo però si verrebbe sostanzialmente ad escludere la revisione della rendita unica, il che non è affatto consentito dall'articolo 83 del TU, il quale, come già rilevato, in materia di revisione non opera alcuna discriminazione tra rendita singola e rendita unificata, ma consente in via generale l'accertamento delle variazioni della percentuale di inabilità che si verificano nel corso del decennio.***

Né appare condivisibile l'argomentazione del ricorrente secondo cui i postumi consolidati potrebbero essere ridotti più volte, ossia in caso di ulteriore costituzione di rendita unica e di revisione di quest'ultima, se si considera che la riduzione vale in sede di valutazione medico legale dell'inabilità complessiva, ma non opera poi sulla misura della rendita da erogare, che non potrà essere in alcun caso diminuita. Questo sistema risulta, invero, idoneo a garantire le aspettative del lavoratore, perché queste non riguardano la valutazione medico legale, ma la misura della rendita unificata che viene in concreto erogata; e poiché questa non può essere ridotta, a seguito di revisione, rispetto alla misura della rendita già consolidata, si assicura al titolare la sostanziale permanenza della prestazione che aveva già conseguito..."-

²² Corte di Cassazione S.U. n. 6402/2005". ha espressamente affermato il principio secondo cui, posto che la rendita unificata risulta parificata alla rendita per singolo evento lesivo, l'intangibilità della misura dei postumi stabilizzati del singolo evento impedirebbe necessariamente la possibilità di rivalutare il complessivo risultato inabilitante, stabilitosi nel tempo, in base ad un giudizio di sintesi."

²³ A.Ossicini A. Miccio Modalità, criteriologia, validità della Revisione ex. art. 80 e art. 83 del T.U. n. 1124/1965 alla luce dei recenti orientamenti giurisprudenziali Rivista . Infortuni ed M.P. Inail 2007 1-115-126

Tempi di Revisione di rendita unica ex art. 80 da eventi policroni

Riportiamo in tabella che cosa si può revisionare in caso di rendita unica ex. art. 80

DECORRENZA	RENDITA UNICA
	<i>REVISIONE</i>
Costituzione Rendita Anno 0	Infortunio + m.p. Tempi diversi di revisione per ciascuna componente
Anno 1	Tutti i postumi
Anno 2	Tutti i postumi
Anno 3	Tutti i postumi
Anno 4	Tutti i postumi
Anno 5	Solo MP *
Anno 6	Solo MP *
Anno 7	Tutti i postumi
Anno 8	Solo MP *
Anno 9	Solo MP *
Anno 10	Tutti i postumi
Anno 11	Solo MP *
Anno 12	Solo MP *
Anno 13	Solo MP *
Anno 14	Solo MP *
Anno 15	Solo MP *

Nota

Non è possibile revisionare i postumi del danno infortunistico al 5°, 6°, 8° e 9° anno, né oltre il decimo, dopo la **costituzione della rendita** in quanto NON sono previste le Revisioni ex. art. 83.

ATTENZIONE

Vi sono due importanti eccezioni:

- 1) È possibile revisionare i postumi del danno infortunistico allorché riscontrate le modificazioni in detti anni le stesse possono essere fatte risalire ad un termine "valido" di revisione ed il procedimento revisionale non sia stato effettuato.

Esempi: modifica accertata al sesto anno ma con "mutamento" avvenuto in base a dati documentati entro il quarto anno e non sia stata effettuata detta revisione.

- 2) Nei periodi sopracitati, allorché si evidenzia una modifica dei postumi da M.P. è possibile sempre anche riesaminare i postumi da infortunio.

In definitiva, i diversi punti controversi sono stati risolti nella seguente maniera:

Costituzione rendita: È la data di decorrenza della rendita e non la data di comunicazione formale del provvedimento di costituzione della rendita stessa al reddituario.

Manifestazione di malattia professionale (ai fini prescrizionali): Concetto legato alla sussistenza della normale conoscibilità, da parte dell'assicurato, dei seguenti elementi: a) esistenza della malattia; B) origine professionale della patologia; C) superamento della soglia indennizzabile.

Termini di revisionabilità di danni policroni unificati (infortuni e M.P.): la revisione è effettuabile nel rispetto dei termini propri di ciascuna componente della inabilità complessiva e il danno deve sempre essere valutato nella sua globalità.

Revisione in danno biologico Articolo 13, comma 4 e 7

Come segnalato, la tempistica per le modalità di revisione per tutti gli eventi - infortuni o malattie professionali, silicosi o asbestosi, è stata confermata integralmente dal comma 7 dell'articolo 13 che ha mantenuto le previsioni normative di cui al T.U.

Il comma citato, infatti, prevede che *"La misura della rendita può essere riveduta, nei modi e nei termini di cui agli articoli 83, 137 e 146 del testo unico.."*, con il solco correttivo, ovviamente, del riferimento non più all'attitudine al lavoro ma all'integrità psicofisica, come reso evidente dal successivo capoverso *"..La rendita può anche essere soppressa nel caso di recupero dell'integrità psicofisica nei limiti del minimo indennizzabile in rendita.* Inoltre la locuzione *"nei modi"* conferma il principio generale²⁴ secondo il quale non possono essere presi in considerazione gli aggravamenti non collegati all'evento indennizzato.

Il comma 4 dell'art. 13 del D.lgs. 38/2000 contiene disposizioni che integrano il testo dell'originario art. 83 con una innovazione resa necessaria dalla circostanza che il danno biologico è indennizzato in capitale per le menomazioni comprese tra il 6 ed il 15%, mentre la costituzione della rendita vitalizia è prevista solo per le menomazioni di grado pari o superiori al 16%.

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

Merita di essere sottolineato che le denunce di aggravamento proposte, con la finalità di ottenere la costituzione della rendita, non soggiacciono al termine revisionale in caso di silicosi, asbestosi, malattie infettive e parassitarie o di patologie neoplastiche.

Qualora, in esito alla denuncia di aggravamento, venga accertata la sussistenza di postumi indennizzabili in rendita, dalla data di costituzione della stessa decorrono i termini revisionali previsti dal T.U.

²⁴ art. 83 *"...quando si tratti di peggioramento, questi sia derivato dall'infortunio che.."*, art. 137 *"..quando si tratti di peggioramento, questi sia derivato dalla malattia professionale che..."* art. 147 *"...quando si tratti di peggioramento, questi sia derivato da Silicosi o Asbestosi che.."*

Aggravamento della malattia professionale, con variazione *in peius* delle condizioni fisiche del titolare di rendita, riconducibile alla protrazione della esposizione a rischio oltre la decorrenza della rendita²⁵

La sentenza 46/2010 della Corte Costituzionale - che ha statuito l'innovativo principio, che l'aggravamento di una malattia professionale verificatosi dopo la scadenza dei termini revisionali, a seguito di protrazione dell'esposizione allo stesso rischio successivamente alla costituzione di rendita, deve essere considerato "*nuova malattia*" ai sensi dell'art. 80 del T.U. 1124/65 e non trattato ai sensi dell'art. 137 (Revisione)²⁶ era stata da subito oggetto di commenti.

L'Avvocatura Generale dell'Inail dava tempestivamente conto di ciò segnalando alcune perplessità: *"..nella motivazione della sentenza, peraltro, si fa riferimento all'ipotesi in cui il "rischio patogeno determini una "nuova" inabilità che risulti superiore a quella già riconosciuta", che, dal tenore letterale della pronuncia, sembrerebbe da inquadrare nell'ambito dell'articolo 80 T.U.*

Non sembra, peraltro, che il sopra riportato passaggio della motivazione possa indurre a ritenere che l'elemento di novità, necessario al fine di ricondurre la fattispecie nell'ambito di applicazione dell'art. 80 T.U. possa essere costituito dal solo maggior grado di inabilità.

L'enfaticizzazione dell'inciso e del dato letterale in esso contenuto - che costituirebbero la sola giustificazione di un conclusione siffatta - sembrano, infatti, porsi in contrasto con la ratio fondante della decisione e con la complessiva razionalità del sistema, essendo evidente l'impossibilità di distinguere la c.d. "nuova" inabilità causata dalla persistenza dell'esposizione alla noxa dall'aggravamento dei postumi che costituisca naturale evoluzione dell'originaria patologia, in assenza della emersione di un quadro sintomatologico che giustifichi la diagnosi di una nuova e diversa malattia."

Le decisioni rese dai giudici del merito e dalla Corte di Cassazione, dopo la pronuncia della Consulta, hanno optato per una diversa scelta interpretativa, che è stata oggetto di un commento del quale, nel rimandare al testo integrale²⁸, si riportano di seguito i passaggi più rilevanti.

Si è sottolineato che la Consulta, nel pronunciarsi sui dubbi di *"...legittimità costituzionale degli artt. 80, 131, 132 e 137 del D.P.R. n. 1124 del 1965, in riferimento agli artt. 3, 32 e 38 della Costituzione, nella parte in cui pongono un limite temporale alla rilevanza delle variazioni delle condizioni fisiche dell'assicurato anche nel caso in cui, non mutando le condizioni ambientali, i tempi e le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa l'aggravamento della malattia professionale dipenda dal protrarsi dell'esposizione al rischio morbigeno"* in quanto *"..l'aspetto che viene in considerazione non concerne l'evoluzione della patologia, causata dal fattore morbigeno accertato e valutato dall'Istituto assicuratore, ma la concorrenza con il primo di altro fattore costituito dalla prosecuzione dell'esposizione lavorativa al medesimo rischio morbigeno"* dapprima afferma che *"...in questa situazione non sarebbe manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale delle norme sopra indicate, nella parte in cui escludono la rilevanza ai fini assicurativi di fattori espositivi al rischio ai fini dell'aggravamento della malattia professionale indennizzabile, rispetto agli artt. 3, 32 e 38 Cost."* ma successivamente dichiara l'eccezione non fondata, dopo un esame della specificità degli articoli 80 e 137²⁷ affermando testualmente: *"Le due norme, riferendosi all'ipotesi di «nuova» malattia professionale, devono essere interpretate nel senso che esse riguardano anche il caso in cui, dopo la costituzione di una rendita per una determinata malattia professionale ("vecchia", quindi, in contrapposizione alla "nuova"), il*

²⁵ A cura di A. Miccio, A. Ossicini

²⁶ Ossicini A, Miccio A. "Aggravamento" o "Nuova Malattia" di una stessa patologia: una interpretazione suggestiva della Corte Costituzionale per superare i limiti posti dall'art. 137 T.U.n. 1124/65, revisione delle M.P. su www.medicocompetente.it articolo mese di marzo 2010

²⁷ A. Ossicini A. Miccio "Modalità, criteriologia, validità della revisione ex. art. 80 e art. 83 T.U. n. 1124/1965 alla luce dei recenti orientamenti giurisprudenziali" Rivista degli infortuni e della M.P. fasc.1/2007 115-125

protrarsi dell'esposizione al medesimo rischio patogeno determini una "nuova" inabilità che risulti superiore a quella già riconosciuta.

Tale interpretazione delle norme sopracitate non fa ricadere l'ipotesi così delineata nell'ambito di applicabilità dell'art. 137 del D.P.R. n. 1124 del 1965, il quale si riferisce esclusivamente all'aggravamento eventuale e consequenziale dell'inabilità derivante dalla naturale evoluzione della originaria malattia.

Quando, invece, il maggior grado di inabilità dipende dalla protrazione dell'esposizione a rischio patogeno, e si è quindi in presenza di una «nuova» malattia, seppure della stessa natura della prima, la disciplina applicabile è quella dettata dall'art. 80, estesa alle malattie professionali dall'art. 131.

Tali norme, così interpretate, assicurano idonea tutela alla fattispecie descritta dal rimettente e, pertanto, non è ravvisabile la denunciata violazione dei principi dettati dagli artt. 3, 32 e 38 della Costituzione.”.

Alla luce di ciò l'Istituto ha doverosamente emanato la circolare n. 5 del 2014 e qui si rimettono le istruzioni operative di cui all'allegato 2 della circolare.

Trattazione delle domande di aggravamento della malattia professionale con variazione *in peius* delle condizioni fisiche del titolare di rendita riconducibile alla protrazione della esposizione a rischio oltre la decorrenza della rendita - (Sentenza Corte costituzionale 46/2010)

Nel caso di variazione delle condizioni fisiche del titolare di rendita riconducibili alla protrazione dell'esposizione al rischio professionale oltre la decorrenza della rendita, possono verificarsi le seguenti fattispecie, in merito alle quali si forniscono le istruzioni sotto riportate.

1) Entro il quindicennio perviene domanda di aggravamento.

La domanda deve essere trattata come revisione, ai sensi dell'art. 137.

2) Entro l'anno di decadenza successivo al quindicennio perviene domanda di aggravamento.

La domanda deve essere trattata come revisione, ai sensi dell'art. 137.

Nel caso in cui venga accertato l'aggravamento si possono verificare le tre seguenti ipotesi:

2a) la variazione delle condizioni fisiche del titolare di rendita è intervenuta entro il quindicennio.

La domanda deve essere trattata come revisione, ai sensi dell'art. 137 (come per il precedente punto 1);

2b) la variazione delle condizioni fisiche del titolare di rendita è intervenuta dopo il quindicennio, ma entro il termine annuale di decadenza.

La domanda deve essere trattata come revisione, ai sensi dell'art. 137, e definita con provvedimento negativo (conferma del grado).

In tal caso, vi potrebbe essere stata esposizione a rischio oltre la decorrenza della rendita e, di conseguenza, potrebbero sussistere i presupposti per il riconoscimento dell'aggravamento, previa nuova domanda di riconoscimento di malattia professionale.

Dal momento che il lavoratore potrebbe non essere a conoscenza della possibilità di esercitare il diritto alle prestazioni eventualmente dovute in relazione al danno verificatosi oltre i termini revisionali, subito dopo l'invio del provvedimento negativo la Sede competente deve inviare al lavoratore stesso - e, qualora sia presente, al Patronato - la comunicazione di cui al facsimile allegato.

Il medico inserisce in Carcli nel menù "*Richieste – Richiesta informazioni*" la seguente nota "*Inviare informativa Sentenza Corte costituzionale 46/2010*" per l'inoltro al processo lavoratori in procedura Grai. L'operatore amministrativo prende visione della evidenza dal menù "*Evidenza da Area medica – Richiesta informazioni*" per l'invio dell'informativa e appone una nota in procedura.

Nel caso in cui pervenga la nuova domanda di riconoscimento della malattia professionale, si segue la procedura prevista dal flusso di trattazione allegato alla lettera Dc prestazioni e Smg, prot. n. 1235 bis del 18 settembre 2003.

Nell'ambito delle attività previste dal suddetto flusso, deve essere accertata, oltre la parte di danno riconducibile al periodo successivo alla scadenza dei termini revisionali, anche la protrazione della esposizione a rischio oltre la data di decorrenza della rendita.

2c) La variazione delle condizioni fisiche del titolare di rendita è intervenuta in parte prima del quindicennio e in parte dopo il quindicennio, ma entro il termine annuale di decadenza.

La domanda deve essere trattata come revisione, ai sensi dell'art. 137, e definita con provvedimento positivo per la sola parte di danno intervenuto prima del quindicennio.

Il provvedimento deve riportare il grado parziale riconosciuto, che viene appositamente indicato in sede di valutazione medico-legale.

A tale scopo, deve essere detratto il danno verificatosi oltre il quindicennio, che non deve essere esposto nel provvedimento di definizione della revisione.

Dal momento che il lavoratore potrebbe non essere a conoscenza della possibilità di esercitare il diritto alle prestazioni eventualmente dovute in relazione al danno verificatosi oltre i termini revisionali, subito dopo l'invio del provvedimento parzialmente positivo, la Sede competente deve inviare al lavoratore stesso - e, qualora sia presente, al Patronato - la comunicazione di cui al facsimile allegato.

Il medico inserisce in Carcli nel menù "*Richieste – Richiesta informazioni*" la seguente nota "*Inviare informativa Sentenza Corte costituzionale 46/2010*" per l'inoltro al processo lavoratori in procedura Grai. L'operatore amministrativo prende visione della evidenza dal menù "*Evidenza da Area medica – Richiesta informazioni*" per l'invio dell'informativa e appone una nota in procedura.

Nel caso in cui pervenga la nuova domanda di riconoscimento della malattia professionale, si segue la procedura prevista dal flusso di trattazione allegato alla lettera Dc prestazioni e Smg, prot. n. 1235 bis del 18 settembre 2003.

Nell'ambito delle attività previste dal suddetto flusso, deve essere accertata, oltre la parte di danno riconducibile al periodo successivo alla scadenza dei termini revisionali, anche la protrazione della esposizione a rischio oltre la data di decorrenza della rendita.

3) Oltre l'anno di decadenza successivo alla scadenza dei termini revisionali perviene:

3a) una domanda di aggravamento; la stessa deve essere trattata come revisione ai sensi dell'art. 137 e definita con provvedimento negativo (oltre i termini di legge).

Dal momento che il lavoratore potrebbe non essere a conoscenza della possibilità di esercitare il diritto alle prestazioni eventualmente dovute in caso di protrazione dell'esposizione al rischio professionale oltre la decorrenza della rendita, in relazione al danno verificatosi oltre i termini revisionali, subito dopo l'invio del provvedimento negativo, la Sede competente deve inviare al lavoratore stesso - e, qualora sia presente, al Patronato - la comunicazione di cui al facsimile allegato.

L'operatore amministrativo invia l'informativa e appone una nota in procedura Grai.

Nel caso in cui pervenga la nuova domanda di riconoscimento della malattia professionale, si segue la procedura prevista dal flusso di trattazione allegato alla lettera Dc prestazioni e Smg, prot. n. 1235 bis del 18 settembre 2003.

Nell'ambito delle attività previste dal suddetto flusso, deve essere accertata, oltre alla parte di danno riconducibile al periodo successivo alla scadenza dei termini revisionali, anche la protrazione della esposizione a rischio oltre la data di decorrenza della rendita.

3b) una nuova domanda di riconoscimento di malattia professionale della stessa natura di quella per la quale l'assicurato gode di rendita, si segue la procedura prevista dal flusso allegato alla lettera Dc prestazioni e Smg, prot. n. 1235 bis del 18 settembre 2003.

Nell'ambito delle attività previste dal suddetto flusso, deve essere accertata, oltre la parte di danno riconducibile al periodo successivo alla scadenza dei termini revisionali, anche la protrazione della esposizione a rischio oltre la data di decorrenza della rendita.

RECIDIVA E RICADUTA²⁸

Impropriamente i termini **recidiva** e **ricaduta** vengono spesso utilizzati come sinonimi anche se, come verrà meglio dettagliato in seguito, i due termini intendono in realtà situazioni totalmente differenti tra loro.

Recidiva

Si parla di **recidiva** allorché si verifica un fatto del tutto nuovo, cioè l'intervento di una "nuova causa violenta", in caso di infortunio, o di una nuova noxa patogena in caso di malattia professionale, che abbia determinato la "*ricomparsa di uno stato algofunzionale già manifestatosi nel corso di altro infortunio e già definito, all'epoca, con o senza postumi indennizzabili*"²⁹

Ricaduta

La **ricaduta**, invece, è la riacutizzazione della sintomatologia, conseguente alla *lesione* infortunistica e/o alla patologia a genesi tecnopatica non collegata all'intervento di una nuova causa. La ricaduta, inoltre, **presuppone la ripresa dell'attività lavorativa** da parte dell'assicurato anche solo per qualche ora. Nel caso in cui l'assicurato non abbia ripreso il lavoro, non si può parlare propriamente di ricaduta, ma di prosecuzione del periodo di "temporanea".

Sia in caso di ricaduta che in caso di recidiva, qualora sussistano i presupposti dal punto di vista medico legale, è previsto un periodo di inabilità temporanea assoluta con conseguente diritto alle prestazioni assicurative, anche se l'assicurato, al momento della ricaduta, sia disoccupato, sia pensionato o svolga attività non tutelata.

Il Dirigente medico ha la possibilità, dopo la definizione del periodo di inabilità temporanea assoluta e dopo aver effettuato la visita per la valutazione dei postumi a carattere permanente, di effettuare una valutazione provvisoria ovvero una valutazione definitiva dei postumi così come previsto dal D.lgs. 38/2000.

Si richiamano brevemente alcune disposizioni, in tema di accertamento della menomazione dell'integrità psico-fisica, previste dall'articolo 13 del D.lgs. 38/2000, disposizioni emanate dalla circolare 57/2000:

"...i presupposti della liquidazione dell'indennizzo in capitale in misura provvisoria sono due: il fatto che, al primo accertamento, la menomazione sia valutabile in misura pari o superiore al 6% ed inferiore al 16% ed il fatto che sia presumibile che, anche in sede di accertamento definitivo, la menomazione stessa continui ad essere valutabile entro i predetti limiti".

Ne consegue che:

1. se al primo accertamento i postumi sono valutabili in misura inferiore al 6%, non si dà luogo a valutazione provvisoria e si deve, invece, procedere alla valutazione definitiva e alla chiusura del caso senza postumi indennizzabili;
2. se al primo accertamento i postumi sono valutabili in misura pari o superiore al 6% ma sia presumibile che all'esito dell'accertamento definitivo siano valutabili in misura inferiore al 6%, si deve procedere a valutazione provvisoria dei postumi con riserva di secondo e definitivo accertamento, **senza però provvedere a liquidazione provvisoria dell'indennizzo**;
3. se al primo accertamento i postumi sono valutabili in misura pari o superiore al 6% ed inferiore al 16%, ma sia presumibile che all'esito dell'accertamento definitivo siano valutabili in misura pari o superiore al 16%, si deve procedere a valutazione provvisoria dei postumi con riserva di

²⁸ A cura di M. Gallo A. Goggiamani

²⁹ Elementi pratici di procedura operativa in infortunistica sul lavoro Ediz. Inail 1989 Mezzetti-Ercolani

secondo e definitivo accertamento, **senza però provvedere a liquidazione provvisoria dell'indennizzo;**

4. se al primo accertamento i postumi sono valutabili in misura pari o superiore al 16%, si potrà costituire la relativa rendita (vedi punto 3.3.) cadenzando opportunamente la successiva revisione attiva.”

A questo punto, fermo restando che in tema di recidiva non sussistono difficoltà dal punto di vista medico legale, è opportuno precisare subito che, dal punto di vista temporale, infradecennio ed infraquindicennio si potranno prevedere le seguenti situazioni, per:

- 1) Ricaduta *“infradecennio o infraquindicennio”* rispettivamente dalla data dell’evento infortunistico o dalla data di manifestazione della malattia professionale, nei casi definiti senza riconoscimento di postumi permanenti: in tali casi, ferma restando la competenza Inail, occorre verificare se al termine del periodo di inabilità temporanea siano prevedibili o meno postumi a carattere permanente, e in caso affermativo, andranno valutati con attenzione, dal punto di vista strettamente medico legale, tutti gli elementi al fine di stabilirne con esattezza la decorrenza.
- 2) Ricaduta *“infradecennio o infraquindicennio”*, rispettivamente dalla data dell’evento infortunistico o dalla data di manifestazione della malattia professionale, nei casi definiti con riconoscimento di postumi permanenti inferiori al minimo indennizzabile: in tali casi, ferma restando la competenza Inail, non sarà possibile procedere ad una rivalutazione dei postumi al termine del periodo di ricaduta, se non a seguito di specifica richiesta dell’assicurato
- 3) Ricaduta *“infradecennio o infraquindicennio”* rispettivamente dalla data dell’evento infortunistico o dalla data di manifestazione della malattia professionale, nei casi definiti con riconoscimento di menomazioni dell’integrità psico-fisica.

Con riferimento a quest’ultimo caso, ai fini della indennizzabilità delle ricadute in inabilità temporanea assoluta vanno distinte diverse fattispecie che si sono venute a determinare a seguito di ripetute pronunce della Corte di Cassazione in tema di cumulo tra rendita per inabilità permanente e indennità per inabilità temporanea assoluta:

- a) Riacutizzazione di postumi indennizzati in capitale: a tale proposito sono state impartite disposizioni con la circolare n. 57/2000, ribadita con la nota n° 0001918 del 9 marzo 2011 della Direzione Centrale Prestazioni, con le quali si dispone che *“l’avvenuta liquidazione dell’indennizzo in capitale del danno biologico non ha nessuna incidenza sulla misura dell’indennità giornaliera dovuta all’infortunato nel caso in cui egli successivamente all’evento indennizzato ricada in stato di inabilità temporanea assoluta o abbia necessità di cure o di accertamenti clinici, stante il carattere patrimoniale di quest’ultima prestazione (che ha, come noto, natura di indennizzo della perdita di guadagno), laddove, invece, l’indennizzo in capitale del danno biologico ristora il danno alla salute in sé e per sé considerato. In questi casi, pertanto, qualora sia accertata una ricaduta per la riacutizzazione dei postumi di un evento indennizzato in capitale ai sensi dell’articolo 13, comma 2, del decreto legislativo n. 38/2000, l’indennità per inabilità temporanea assoluta è da ritenersi dovuta”*.
- b) Riacutizzazione di postumi indennizzati in rendita: a tale proposito la Direzione Centrale Prestazioni, con le note prot. n. 8215 bis del 30 marzo 2006 e n. 0001918 del 9 marzo 2011, ha disposto *“la non indennizzabilità - con indennità di temporanea – della ricaduta nei casi in cui l’assicurato sia già titolare di rendita... in quanto le due prestazioni non sono cumulabili”* con *“l’unica eccezione... rappresentata dall’ipotesi in cui il lavoratore debba astenersi dal lavoro per sottoporsi, ai sensi dell’articolo 89 del Testo Unico n°1124/1965, a speciali cure mediche e chirurgiche per il reintegro della capacità lavorativa e/o il recupero dell’integrità psicofisica”*

Ovviamente gli stessi principi in tema di accoglibilità delle ricadute sono stati ripresi nell'ambito della Convenzione Inail/Inps.

Particolare rilievo assume il problema della ricaduta/recidiva nell'ambito delle dermatiti professionali.

Come è noto, le dermatiti professionali sono patologie a decorso clinico discontinuo, in quanto possono presentare riacutizzazioni a seguito di ripetuti contatti con l'allergene.

Durante la fase di acuzie, accertata la natura professionale del quadro patologico, l'assicurato ha diritto alle prestazioni economiche legate all'esistenza di uno stato di inabilità temporanea assoluta che impedisce totalmente e di fatto di attendere al lavoro.

Lo stato di inabilità temporanea assoluta si concretizza, oltre che durante la prima manifestazione della malattia, anche nel caso di recidive e ricadute.

Per quanto concerne le dermatiti irritative da contatto (DIC), successive manifestazioni devono essere intese come recidive in quanto, trattandosi di affezioni ortoergiche, la scomparsa dei segni clinici di malattia implica, necessariamente, la completa guarigione della stessa sotto qualsiasi punto di vista. Quindi, il ripetersi di manifestazioni cutanee, dopo la ripresa del lavoro, non ha connessione con l'episodio iniziale per cui è da intendersi come manifestazione di nuova malattia.

Diversa è la situazione in caso di dermatite allergica da contatto (DAC); la scomparsa delle prime manifestazioni e il ritorno alla normalità clinica è accompagnato dalla persistenza della reattività immunologica, la quale costituisce la premessa indispensabile affinché un successivo contatto trovi espressione in manifestazioni cliniche cutanee.

Il persistere nel tempo della sensibilizzazione costituisce, pertanto, la connessione tra un episodio e l'altro che, insieme, integrano il quadro patologico.

Per questi motivi, e con esclusivo riferimento alle DAC, permangono validi i criteri definiti con lettera circolare della Direzione Generale n. 34 del 31.7.87, i quali dispongono che, una volta verificatasi la malattia professionale, ogni episodio di riacutizzazione provocato dalla stessa sostanza allergizzante è da ritenersi una ricaduta, considerando la sensibilizzazione sempre inerente il primo contatto con l'allergene.

L'adozione di questo indirizzo ha consentito di trattare i casi di dermatite professionale in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, evitando disparità di trattamento, in quanto, in caso di ricaduta, questa, ai sensi dell'art. 134 del T.U., può essere indennizzata non oltre il periodo di tre anni dalla cessazione della prestazione d'opera nella lavorazione che ha determinato la malattia. La tutela, in ogni caso, non si protrae oltre il quindicennio.

RETTIFICA PER ERRORE, ex art. 9 del D.lgs. 38/2000 ed ex art. 55, comma 5, della L. 88/1989³⁰

Il principio dell'autotutela delle pubbliche amministrazioni, è sempre stato un caposaldo fermo nella buona gestione delle attività pubbliche. In tale ambito si inquadrano le due norme sopra citate.

Nella norma del 1989 si legge che *“Le prestazioni a qualunque titolo erogate dall'Inail possono essere in qualunque momento rettificate dallo stesso Istituto in caso di errore di qualsiasi natura commesso in sede di attribuzione, erogazione o riliquidazione delle prestazioni.”*

Nel caso in cui siano state rimosse prestazioni risultanti non dovute, non si dà luogo a recupero delle somme corrisposte, salvo che l'indebita percezione sia dovuta a dolo dell'interessato. **Il mancato recupero delle somme predette può essere addebitato al funzionario responsabile soltanto in caso di dolo o colpa grave.** Anche nel caso in cui sia stato richiesto un minor premio ed acconto di assicurazione rispetto a quello dovuto, il mancato incasso delle somme a tale titolo può essere addebitato al funzionario responsabile soltanto in caso di dolo o colpa grave.

Analogamente, l'art. 9 del D.lgs.38/2000 prevede che:

- 1) Le prestazioni a qualunque titolo erogate dall'istituto assicuratore possono essere rettificate dallo stesso Istituto in caso di errore di qualsiasi natura commesso in sede di attribuzione, erogazione o riliquidazione delle prestazioni. Salvo i casi di dolo o colpa grave dell'interessato (avente diritto) accertati giudizialmente, l'istituto assicuratore può esercitare la facoltà di rettifica entro dieci anni dalla data di comunicazione dell'originario provvedimento errato.
- 2) In caso di mutamento della diagnosi medica e della valutazione da parte dell'istituto assicuratore successivamente al riconoscimento delle prestazioni, l'errore, purché non riconducibile a dolo o colpa grave dell'interessato (avente diritto) **accertati giudizialmente**, assume rilevanza ai fini della rettifica solo se accertato con i criteri, metodi e strumenti di indagine disponibili all'atto del provvedimento originario.
- 3) L'errore non rettificabile comporta il mantenimento delle prestazioni economiche in godimento al momento in cui l'errore stesso è stato rilevato.
- 4) **È abrogato il primo periodo** del comma 5 dell'articolo 55 della legge 88/1989.
- 5) I soggetti nei cui confronti si è proceduto a rettifica delle prestazioni sulla base della normativa precedente possono chiedere all'istituto assicuratore il riesame del provvedimento.
- 6) Nei casi prescritti o definiti con sentenza passata in giudicato, la domanda deve essere presentata, a pena di decadenza, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo. In caso di accoglimento la riattribuzione della prestazione decorre dal primo giorno del mese successivo alla domanda e non dà diritto alla restituzione di somme arretrate.
- 7) Nei casi non prescritti o non definiti con sentenza passata in giudicato, per la presentazione della domanda si applica, se più favorevole, il termine di cui al comma 6. In caso di accoglimento della domanda, la riattribuzione della prestazione avverrà con decorrenza dalla data di annullamento o di riduzione della stessa.

Con sentenza n. 191 del 10 maggio 2005 la Corte Costituzionale dichiarava l'illegittimità costituzionale dell'art. 9, commi 5, 6 e 7, del D.lgs. 38/2000 (Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n. 144) e non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9, commi 1, secondo periodo, e 3 dello stesso decreto legislativo.

In conseguenza della dichiarazione di incostituzionalità della predetta norma, le rettifiche per errore effettuate a partire dal 16 marzo 2000 continuano ad essere disciplinate dall'art. 9, comma 1, 2, 3 e 4.

³⁰ A cura di A.R. Iugoli

In relazione a questi casi, pertanto, qualora la riduzione del grado di inabilità al quale era ragguagliata la rendita non è conseguente ad un miglioramento delle condizioni fisiche del reddituario, ma ad una rettifica di errore comunicata a distanza di oltre un decennio dalla data in cui l'errore stesso era stato commesso, ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del D.lgs. n. 38/2000 va riconosciuto all'infortunato non il diritto alla ricostituzione della originaria rendita ma il diritto al mantenimento delle prestazioni economiche.

A tale proposito la giurisprudenza della Corte di Cassazione ha ripetutamente affermato che *“alla stregua di un'interpretazione letterale, sistematica, storica e costituzionalmente orientata dell'art. 9, comma 3, del D.lgs. 38 del 2000, il mantenimento delle prestazioni indebite erogate dall'Inail a seguito di errore non rettificabile comporta la cristallizzazione della prestazione al momento in cui l'errore è stato rilevato (senza consentire le rivalutazioni periodiche delle rendite)”*. (Cassazione civile, sez. lav., 8 aprile 2008, n. 9128).

Le rettifiche per errore effettuate prima del 16 marzo 2000 continuano, invece, a essere regolate dall'art. 5 comma 5 della legge 88/1989.

Il D.lgs. 38/2000, art. 9, ha introdotto, pertanto, due limiti alla facoltà dell'Istituto di rettificare i propri provvedimenti errati: uno temporale e l'altro sostanziale.

Limite temporale

Per quanto concerne detto limite, come da circolare esplicativa del 15 marzo 2000, la rettifica per errore non ha termini temporali nei casi di dolo o colpa grave dell'interessato (avente diritto) accertati giudizialmente; in tutti e gli altri casi la rettifica per errore può essere effettuata dall'Istituto entro **il termine di dieci anni** ed è completamente autonoma e distinta rispetto agli ordinari procedimenti revisionali.

Il *dies a quo* del decennio coincide con la data di comunicazione all'interessato dell'originario provvedimento errato. In caso di unificazione postumi ex art. 80 del T.U., per provvedimento originario si intende quello di costituzione della nuova rendita.

Limite sostanziale

Per quanto concerne, invece, detto limite, se rilevato l'errore entro i 10 anni, in caso di mutamento di diagnosi medica e/o della valutazione medico-legale, l'errore può essere rettificato solo se accertato con i criteri, metodi e strumenti di indagine disponibili all'atto del provvedimento originario.

Se l'errore è rilevato dopo il decorso del termine decennale o con criteri, metodi e strumenti di indagine diversi da quelli disponibili all'atto del provvedimento originario, la rendita è cristallizzata al momento in cui l'errore è stato rilevato per cui non sono consentite rivalutazioni periodiche delle rendite, né la capitalizzazione della rendita cristallizzata (Cass., sez. lav., n. 8660/2012 - vedi lettera DC Prestazioni sulla interpretazione dell'art. 9, comma 3, del D.lgs. 38/2000); se, infatti, a seguito dell'errore non rettificabile, venga accertato che il grado effettivo di inabilità è pari o superiore all'11% e inferiore al 16%, non è possibile procedere alla liquidazione in capitale della rendita.

In caso di errore non rettificabile, per quanto concerne la valutazione del danno, contemporaneamente alla prestazione economica ex art. 9 del D.lgs. 38/2000, viene gestita la rendita rapportata all'effettivo grado di inabilità permanente riscontrato che, anche se non dà luogo ad alcuna prestazione economica e non è quindi neanche liquidabile in capitale, ma è comunque oggetto di valutazione. Laddove, a seguito di aggravamento e/o di rivalutazione periodica, l'importo della rendita ragguagliata al grado effettivo di inabilità superi l'importo della prestazione congelata, non verrà più erogata quest'ultima, ma la rendita effettiva.

Va, poi, precisato che la rettifica per errore di caso indennizzato in rendita con grado effettivo accertato sopra il 16% e grado ridotto per effetto della rettifica inferiore al 16%, viene mantenuta la prestazione economica vitalizia e non si eroga nessun capitale.

L'art. 55, comma V, della legge 88/1989 è stato abrogato solo per il primo capoverso per cui resta in vigore la disposizione che prevede: *“Il mancato recupero delle somme predette può essere addebitato al funzionario responsabile soltanto in caso di dolo o colpa grave.”*.

La disposizione costituisce coerente applicazione dei principi che governano la responsabilità amministrativo-contabile, soggetta alla giurisdizione della Corte dei Conti.

È noto, infatti, che detta responsabilità è imputabile soltanto in caso di dolo o colpa grave.

Va inoltre precisato che alla Corte dei Conti è attribuito il cosiddetto potere di riduzione, in forza del quale il pubblico dipendente, tenuto conto delle concrete circostanze, può essere condannato al pagamento di una somma inferiore al danno causato.

Rimane comunque ferma la competenza del giudice penale qualora nei fatti contestati sia ravvisabile una fattispecie di reato.

ASSEGNO DI ASSISTENZA PERSONALE CONTINUATIVA³¹

L'assegno di assistenza personale continuativa è regolato dall'art. 6 della legge 10 maggio 1982, n. 251, che ha sostituito gli articoli 76 e 218 del T.U. 1124 del 1965; detto articolo recita che:

"Nei casi di invalidità permanente assoluta conseguente a menomazioni elencate nella tabella allegato n. 3, nei quali sia indispensabile una assistenza personale continuativa, la rendita è integrata da un assegno mensile di lire 250.000 per tutta la durata dell' assistenza. Non si fa luogo alla integrazione quando l'assistenza personale sia esercitata o direttamente dall'Istituto assicuratore in luogo di ricovero o da altri enti. L'assegno è erogato anche nel caso in cui l'assistenza personale sia effettuata da un familiare e non è cumulabile con altri assegni di accompagnamento corrisposti dallo Stato o da Enti pubblici. In caso di cumulo è consentita l'opzione tra i vari assegni da parte dei beneficiari".

L'erogazione di detto assegno, anche successivamente all'entra in vigore del D.lgs. 38/2000, fino all'emanazione del comma 782 della legge finanziaria n. 269 del 27 dicembre 2006, era legato strettamente a quanto previsto dall'articolo sopra riportato, anche se l'evento, successivo all'8 agosto 2000, ricadeva sotto la tutela del danno biologico.

Per l'erogazione dell'assegno era tassativo soddisfare due puntuali requisiti previsti dalla norma:

- a) Invalidità permanente assoluta (100%)
- b) Menomazione tassativamente elencata nella tabella allegato n. 3 del T.U. n. 1124/65.

Ciò ha comportato, sino alla fine del 2006, nei casi di valutazione del danno biologico, per gli eventi accaduti nel lasso di tempo tra l'entrata in vigore dello stesso, e l'entrata in vigore della nuova norma, 1.1.2007 (Legge finanziaria del 2006) la necessità obbligava della doppia valutazione (in danno biologico ed in attitudine al lavoro) al fine di potere verificare se i presupposti della totale inabilità erano o meno presenti; dal 2007 il requisito è uno soltanto come definito dal comma 782 sopra citato e cioè il riferimento esclusivo alle menomazioni elencate di cui all'allegato 3 del T.U. senza necessità alcuna ad un riferimento percentuale della menomazione dell'integrità psicofisica.

Di fatto è stato riscritto l'originario articolo nel senso che è concesso l'A.P.C. in presenza delle menomazioni elencate nella tabella, allegato n. 3. Con ciò il legislatore è venuto incontro alla dottrina medico legale che da tempo segnalava - ancorché il riferimento era all'attitudine al lavoro - l'illogicità del contemporaneo soddisfacimento del doppio requisito del 100% di invalidità permanente e della presenza della menomazione tabellata di cui all'allegato n. 3, per la concessione della prestazione in quanto in realtà, automaticamente, le otto voci elencate non potevano che corrispondere alla totale inabilità.

Lo stesso articolo di legge (art. 6., L.251/1982), così come riscritto, ricollega automaticamente le menomazioni elencate a situazioni in cui sia indispensabile una assistenza personale continuativa e cioè, viste le menomazioni elencate, in tali situazioni l'indispensabilità dell'assistenza continua è presunta e non deve essere verificata.

In concreto, la totale inabilità riguarda solo gli eventi antecedenti il 1° gennaio 2007, e non già quelli dopo il 9 agosto 2000, entrata in vigore dal danno biologico, in quanto solo dal 2007, come spiegato all'inizio anche per gli eventi accaduti tra l'agosto 2000 e il dicembre 2006, ai fini dell'APC il riferimento era ancora all'attitudine al lavoro ed alla presenza della totale inabilità.

L'elencazione delle menomazioni, con specifico riguardo al punto n. 8 è stata ritenuta dalla Corte Costituzionale (Corte Costituzionale - 24 maggio 1991, n. 216 - Pres.Gallo - Rel.Corasaniti - Pavani c. Inail), non già tassativa, ma suscettibile di interpretazione estensiva, allorché ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale degli **articoli 76 e 218 del Testo Unico 1124/1965** e relativa Tabella allegato n. 3, in relazione ad un caso di paraparesi spastica agli arti inferiori che,

³¹ A cura di A. Miccio, A. Ossicini

esulando dalla previsione di cui al numero 3 della Tabella stessa, sembrava configurare violazione degli articoli 3 e 38 della Costituzione.

Il rilievo di incostituzionalità è stato ritenuto infondato dalla Corte, avendo la stessa rilevato che la fattispecie in discussione ed altre analoghe possono essere risolte nell'ambito della previsione della successiva voce n. 8, onnicomprensiva delle menomazioni in grado di compromettere l'autonomia personale; osservava, infatti, la Corte che *"la Tabella allegato n. 3, punto 8, attribuisce rilievo, indipendentemente dalla presenza di menomazioni specifiche, alla condizione personale dell'invalido, prevedendo che l'assegno è erogabile anche in presenza di "malattie o infermità" - senza ulteriore indicazione del tipo della patologia o della menomazione - "che rendono necessaria la continua o quasi continua degenza a letto"* e concludeva che, analogamente a quanto disposto dalle leggi 11 febbraio 1980, n. 18, e 21 novembre 1988, n. 508, per gli invalidi civili, nei confronti dei quali, quelli del lavoro, verrebbero altrimenti a trovarsi in una situazione di disparità; la normativa relativa all'assegno per l'assistenza personale continuativa va interpretata, pertanto, come comprensiva delle situazioni nelle quali sussiste l'impossibilità o l'estrema difficoltà per l'invalido di mantenere autonomamente una posizione eretta e di deambulare senza aiuto.

L'Inail si adeguava con Circolare n. 45 del 1° agosto 1991 - Assegno per l'assistenza personale continuativa. Sentenza n. 216/1991 della Corte Costituzionale.

Si ritiene opportuno qui riportare le menomazioni elencate nell'allegato 3 più volte citato per una migliore comprensione.

MENOMAZIONI PER L'ASSEGNO PER ASSISTENZA PERSONALE CONTINUATA

- 1) Riduzione dell'acutezza visiva, tale da permettere soltanto il conteggio delle dita alla distanza della visione ordinaria da vicino (30 cm) o più grave.
- 2) Perdita di nove dita delle mani, compresi i due pollici.
- 3) Lesioni del sistema nervoso centrale che abbiano prodotto paralisi totale flaccida dei due arti inferiori.
- 4) Amputazione bilaterale degli arti inferiori:
 - a) di cui uno sopra il terzo inferiore della coscia e l'altro all'altezza del collo del piede o al di sopra
 - b) all'altezza del collo del piede o al di sopra, quando sia impossibile l'applicazione di protesi
- 5) Perdita di una mano e di ambedue i piedi, anche se sia possibile l'applicazione di protesi.
- 6) Perdita di un arto superiore e di un arto inferiore:
 - a) sopra il terzo inferiore, rispettivamente, del braccio e della coscia
 - b) sopra il terzo inferiore, rispettivamente, dell'avambraccio e della coscia
- 7) Alterazioni delle facoltà mentali che apportino gravi e profondi perturbamenti alla vita organica e sociale.
- 8) Malattie o infermità che rendono necessaria la continua o quasi continua degenza a letto.

Termini prescrizionali

Riguardo ai termini prescrizionali della domanda, trattandosi di prestazione prevista all'art. 66, essa segue gli stessi termini prescrizionali di cui all'art. 112 che decorrono dal momento del verificarsi delle condizioni; in tal senso si è espressa la Corte di Cassazione con la sentenza n. 12215/1998 secondo cui *"L'assegno per l'assistenza personale continuativa, previsto dagli art. 66 n. 3 e 76 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 per i casi di invalidità permanente assoluta, conseguente a menomazioni elencate nella tabella all. 3, nei quali sia indispensabile l'assistenza predetta, ha carattere autonomo rispetto alla rendita per inabilità permanente prevista al n. 2, cit. art. 76, e quindi per l'accertamento della richiesta invalidità non trovano applicazione i limiti*

*previsti dalla disciplina della revisione della rendita, ma non di meno opera il regime della prescrivibilità previsto dall'art. 112 del cit. D.P.R. n. 1124 del 1965", principio già affermato sin dal 1987, sentenza Cassazione n. 4260 nella parte motiva affermava: "L'assegno mensile - previsto dall'art. 76 del T.U. n. 1124/65 nei casi di invalidità permanente assoluta conseguente ad una delle menomazioni elencate nell'allegata tabella al n. 3, e nei quali sia indispensabile un'assistenza personale continuativa - costituisce una prestazione integrativa della rendita già concessa; pertanto, l'azione diretta al suo conseguimento si prescrive, al pari di quella relativa alla rendita stessa, nel termine di tre anni **(decorrenti dal momento in cui si verificano le prescritte condizioni)** ai sensi dell'art. 112 del T.U. citato".*

Sulla natura della prestazione si era ritenuto che fosse di natura "previdenziale" con tutte le conseguenze connesse; successivamente, ed in particolare con la sentenza n. 6069 del 29 maggio 1991, la Corte così si esprime: "*.. nel caso in esame, l'art. 83 costituisce un limite all'accertamento dell'aggravamento dell'inabilità ai fini della revisione della rendita; si tratta, quindi, di una norma in deroga al principio della sicurezza sociale e, come tale, non può applicarsi se non nei casi espressamente previsti e, cioè nel caso di revisione della rendita, ma non nel caso dell'assegno di cui all'art. 76. Questo infatti non è previsto dalla norma e, nel dubbio circa la sua applicabilità, deve prevalere, anziché il criterio sistematico applicato dalle decisioni (precedenti) della Corte, quello secondo cui una norma previdenziale deve essere interpretata nel senso più idoneo ad assicurare quella funzione di sicurezza sociale che l'art. 38 della Costituzione pone a fondamento di tutto il sistema previdenziale sociale".*

La Corte, mutando il proprio precedente orientamento, ha negato la natura previdenziale della prestazione, e ne ha affermato il carattere assistenziale nonché la completa autonomia del regime giuridico dell'assegno rispetto alla rendita, ritenendo altresì che il requisito della necessità di assistenza di cui alla norma possa essere accertato fuori dei limiti di tempo stabiliti per la revisione della rendita, quindi anche oltre il decennio.

Nello specifico viene, quindi, affermato che una lettura della norma in senso diverso lascerebbe gli assicurati assolutamente invalidi, abbisognevole di assistenza personale, dopo il decennio di cui all'art. 83, totalmente privi della indispensabile assistenza, e ciò in violazione:

- 1) dell'art. 38 della Costituzione, secondo quanto da ultimo ritenuto dalla Corte Costituzionale riguardo alla temporalità delle prestazioni assicurative, come appreso precisato;
- 2) dell'art. 3 della Costituzione per evidente disparità di trattamento fra invalidi tutti assolutamente invalidi, ma colpiti dalla necessità dell'assistenza, fortuitamente o meno, prima del decennio ovvero, fortuitamente o meno, dopo il decennio;
- 3) del criterio della razionalità, per l'evidente imponderabilità del momento in cui la necessità si verifica. Donde la arbitrarietà del termine decennale, riferito, fra l'altro, ad un servizio, come tale imprescrivibile, bensì erogabile o meno a seconda della temporanea presenza dei requisiti richiesti dalla legge infortunistica.

Riguardo a una domanda pervenuta successivamente al termine della revisione, l'Istituto sin dal 1973, con circolare n. 96 del 6 gennaio aveva dato indicazioni operative puntuali in cui si affermava che "*..l'assegno di assistenza personale continuativa può essere concesso o soppresso anche oltre il termine massimo stabilito dalla legge per la visita di revisione (vale a dire oltre il decennio): in questo caso sono indispensabili, comunque le seguenti condizioni:*

- 1) *la rendita deve essere del 100% all'atto dell'ultima revisione;*

- 2) *l'aggravamento delle condizioni fisiche dell'assicurato deve essere in diretto rapporto causale con i postumi dell'infortunio, escludendo quindi, ogni altro aggravamento dipendente da cause diverse (extralavorative);*
- 3) *le menomazioni debbono essere tassativamente comprese in quelle elencate nell'allegato n. 3".*

In un contributo del 1992³² sullo specifico tema, proprio all'indomani della sentenza, concludevamo segnalando che sarebbe stato opportuno che l'Inail rivedesse la circolare n. 96/1973 laddove veniva espressamente previsto che il 100% doveva essere raggiunto all'atto dell'ultima revisione.

Soltanto con circolare n. 56 del 12 ottobre 2012 sono state emanate disposizioni in base alle quali *"...a rettifica delle disposizioni precedentemente impartite si dispone che l'assegno per l'assistenza personale continuativa venga concesso anche nel caso in cui il raggiungimento della percentuale del 100% dei postumi permanenti avvenga oltre i termini revisionali. Si conferma, invece, che l'aggravamento delle condizioni fisiche dell'assicurato deve essere in diretto nesso eziologico con gli esiti dell'infortunio (o della malattia professionale) e che non deve trattarsi di menomazioni discendenti da altre cause, pur se prese in considerazione in sede di accertamento postumi"*, di fatto modificando il punto uno della precedente circolare e lasciando immutati gli altri.

³² Calcagni C- Ossicini A. -Tempi prescrizionali per l'assegno di assistenza personale continuativa Difesa Sociale 107-113; n. 4/92

CONTENZIOSO AMMINISTRATIVO E GIUDIZIARIO³³

Motivi del contenzioso

L'art. 66 del T.U. 1124/65 ha subito due significative modifiche a seguito dell'emanazione del D.lgs. 38/2000 e dalla Legge finanziaria del 2006.

Il decreto legislativo dispone che *"...in luogo della prestazione di cui all'articolo 66, punto 2), del testo unico, eroga l'indennizzo previsto e regolato dalle seguenti disposizioni (danno biologico), mentre la legge, con decorrenza 1.1.2007, stabilisce che, ai fini del riconoscimento dell'assistenza personale continuativa, non vi è più la necessità, in danno biologico, del riferimento alla "totale inabilità" ma l'unico requisito per aver diritto all'A.P.C. è il soddisfacimento di una delle voci di cui alla tabella allegato n. 3 del T.U. 1124/65.*

Ai sensi del citato art. 66 del T.U. 1124/1965, le prestazioni dell'assicurazione sono le seguenti:

- 1) indennità giornaliera per l'inabilità temporanea;
- 2) rendita per danno biologico permanente;
- 3) assegno per l'assistenza personale continuativa;
- 4) rendita ai superstiti ed un assegno " una tantum " in caso di morte;
- 5) cure mediche e chirurgiche (in convenzione Regionale), compresi gli accertamenti clinici;
- 6) fornitura degli apparecchi di protesi.

Oltre le prestazioni di cui alla normativa citata, l'Istituto assicuratore eroga, sulla base di ulteriori disposizioni:

- 7) quote integrative sulla rendita base, spettanti agli infortunati permanentemente invalidi, in rapporto al carico familiare;
- 8) rendita di passaggio, prevista dall'art. 150 T.U. 1124/65, a favore dei lavoratori affetti da silicosi ed asbestosi, che si trovano in specifiche condizioni stabilite dalla legge;
- 9) assistenza ai grandi invalidi del lavoro, disciplinata dagli art. 178 e 179 T.U. 1124/65;
- 10) tutela a favore degli orfani dei caduti sul lavoro, secondo la normativa precedente al T.U. (legge 987/41, D.L. 327/47).

Le prestazioni oggetto di contenzioso sono prevalentemente, se non esclusivamente, quelle indicate nei punti da 1) a 4).

Contenzioso amministrativo

Tale procedura si apre con un ricorso in opposizione da parte dell'assicurato, ai sensi dell'art. 104 del T.U., qualora l'assicurato non concordi con le valutazioni espresse dall'Istituto in ordine ad una delle fattispecie soprariportata, o come recita più appropriatamente detto articolo *"...l'infortunato, il quale non riconosca fondati i motivi per i quali l'Istituto assicuratore ritiene di non essere obbligato a liquidare indennità o non concordi sulla data della cessazione della indennità per inabilità temporanea o sull'inesistenza di inabilità permanente, o o non accetti la liquidazione di una rendita provvisoria..."* ed in tale occasione deve essere depositata, da parte dell'istante, una certificazione sanitaria a supporto della richiesta ed una breve relazione medico-legale.

A seguito di tale ricorso è possibile effettuare la cosiddetta collegiale medica cui partecipa un sanitario di fiducia del ricorrente ed un medico dell'Istituto.

L'Inail può disattendere la richiesta, e quindi non fissare la collegiale medica, qualora l'istanza avanzata risulti non sufficientemente motivata.

³³ A cura di A. Ossicini

Al fine di evitare difformità sull'interpretazione dell'applicazione corretta di tale procedura, sono stati stipulati, nel tempo, accordi, con gli Enti di Patronato per una procedura che soddisfi le esigenze delle parti; l'ultimo protocollo Inail/Patronati risale al 24 luglio 2012, che riportiamo integralmente alla fine del paragrafo, ed in esso è ben disciplinato ogni passaggio per dare avvio ad un confronto tra le parti basato su fatti/atti concreti ed oggettivi/obiettivi.

La collegiale può terminare in maniera concorde o discorde; in caso di collegiale discorde i medici riportano sul verbale della visita collegiale le ragioni del proprio dissenso precisandone i motivi ma è doveroso segnalare che la collegiale, in base alla citata L. 533/73, non ha efficacia vincolante fra le parti e, quindi, non esclude la possibilità di adire le vie giudiziarie anche in caso di collegiale concorde. L'accordo con i Patronati prevede, infatti, che *"... fatta salva l'esigenza di salvaguardare i diritti del lavoratore, le parti si impegnano nelle eventuali fasi di trattazione del caso, ad operare coerentemente con la valutazione espressa in sede di collegiale concorde"*.

Contenzioso giudiziario

Il passo successivo, in caso di non soddisfazione delle proprie asserite pretese è inevitabilmente la via giudiziaria. I giudizi che hanno ad oggetto prestazioni previdenziali o assistenziali sono regolati dagli artt. 442 e ss. c.p.c. e dalla L. 11.08.1973 n. 533 ss.m.

Il Giudice può, nel corso del giudizio di merito, nominare uno o più consulenti tecnici - **C.T.U.** - scelti in appositi albi (art. 445 c.p.c.); tale nomina è discrezionale e serve al magistrato per avere il supporto di un esperto in nozioni tecniche indispensabili per valutare i fatti oggetto della controversia. Le parti possono a loro volta nominare un proprio consulente - **C.T.P.**

I C.T.U. e i C.T.P. (consulenza d'ufficio e di parte)

Dopo la nomina del CTU e il giuramento, viene fissata, dallo stesso C.T.U., la data dell'inizio delle operazioni peritali, alle quali potranno/dovranno partecipare i C.T.P. (Consulenti Tecnici di Parte) sia dell'assicurato che dell'Istituto assicuratore.

Il complesso delle attività medico-legali da svolgere, sia del C.T.U che dei CC.TT.P., si articolano, fondamentalmente, in diverse fasi:

- la redazione di note mediche da parte dei CC.TT.P - come allegato della costituzione in giudizio nel caso di parte attiva e come memoria difensiva nel caso di parte resistente - note medico legali nelle quali devono essere chiaramente riassunte la storia clinica dell'assicurato in relazione al fatto lavorativo denunciato (anamnesi, documentazione sanitaria acquisita, esame obiettivo, accertamenti effettuati) e le motivazioni sulle quali è stata basata la decisione di costituirsi in giudizio e/o di resistere in giudizio;
- la partecipazione alle operazioni peritali, dei CC.TT.P. innanzitutto finalizzata alla determinazione oggettiva delle condizioni psicofisiche dell'assicurato in contraddittorio con il C.T.U. stesso laddove il motivo del contendere è il "quantum"; è importante evidenziare la necessità della partecipazione dei consulenti di parte alle operazioni peritali, sia sul "quantum" che sull' "an", perché è quella la sede naturale del confronto e, quasi sempre, unico momento di autentico contraddittorio tra le parti in causa;
- la redazione della consulenza tecnica da parte del C.T.U. sulla base anche di nuovi, eventuali, accertamenti;
- la redazione di eventuali note alla perizia da parte del C.T.P. in caso di non condivisione del parere espresso dal C.T.U. in modo da proporre motivatamente, a seconda della fase del giudizio, la richiesta di chiarimenti al C.T.U., ovvero un eventuale supplemento di C.T.U.,

ovvero il rinnovo della C.T.U. stessa; c'è da osservare che i C.T.P. potranno formulare ai sensi dell'art. 195 c.p.c., le osservazioni e le istanze ritenute più idonee, ivi compresa l'acquisizione di ulteriore documentazione sanitaria e/o l'effettuazione di nuove indagini specialistiche clinico-strumentali durante lo svolgimento delle operazioni peritale stesse e chiedere al C.T.U. di allegare direttamente nella relazione le proprie osservazioni;

- eventuale partecipazione del C.T.P. in udienza in cui il C.T.U. è stato chiamato a chiarimenti dopo le note a perizia.

Dopo la sentenza in primo grado, la parte che ha subito l'esito sfavorevole del giudizio può impugnare la sentenza in grado di appello.

L'appello si propone con ricorso che dovrà contenere l'esposizione sommaria dei fatti e i motivi specifici dell'impugnazione; non ci si può limitare a generiche contestazioni dell'operato del C.T.U. ma si devono fornire elementi oggettivi concreti che possano indurre il giudice d'appello al rinnovo della consulenza.

In sede di appello, qualora venga disposta una nuova consulenza - non vi è alcun obbligo di rinnovare la consulenza da parte della Corte, Corte che può anche chiamare lo stesso C.T.U. di primo grado a chiarimenti, o addirittura, come detto, non rinnovare la consulenza.

In caso di nomina di nuovo C.T.U., l'eventuale accoglimento, da parte della Corte del gravame della tesi del secondo consulente d'ufficio, presuppone necessariamente una comparazione critica delle due relazioni di consulenza tecnica senza che quest'ultima, però, sia obbligata a confutare dettagliatamente la prima purché non si limiti ad una acritica adesione al parere del secondo ausiliario.

La possibilità di proporre appello avverso le sentenze rese in primo grado ha subito notevoli limitazioni a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 134/2012 che ha aggiunto gli artt. 348 bis e 348 ter al c.p.c., introducendo il cosiddetto filtro in appello, per cui l'appello è dichiarato inammissibile quando non ha una ragionevole probabilità di essere accolto.

Avverso la sentenza d'appello è ammesso, sia pure limitatamente ai vizi di legittimità della sentenza di appello, ricorso per Cassazione nel termine di 60 giorni dalla notifica o di sei mesi dal deposito in cancelleria della sentenza stessa (artt. 325 e 327 c.p.c.).

Nel contenzioso giudiziario risulta fondamentale il quesito da porre al C.T.U.; **il quesito ovviamente non può che essere formulato dal Giudice** ma nulla vieta che le parti suggeriscano allo stesso Magistrato una proposta di quesito in considerazione delle diverse fattispecie; per questo riteniamo vista la pubblicistica in materia dare alcuni spunti in merito alla stesura dei quesiti; proprio a tal fine si ritiene di fare cosa utile nell'espone, in prosieguo, alcuni dei quesiti più frequenti.

Ipotesi di quesiti

Si segnala che, allo scopo, sono state vagliate le proposte effettuate di quesito - linee guida per il contenzioso - di diverse regioni, in particolare del Lazio e della Lombardia, ed in base a queste rivisto laddove ritenuto necessario e preso atto di numerosi quesiti della Magistratura.

Ovviamente i quesiti potrebbero essere infiniti ma si è cercato di segnalare quelli più probabili.

Proposte di quesiti per il contenzioso giudiziario sulle diverse fattispecie

INFORTUNIO

A) Contenzioso per mancato riconoscimento di:

- 1) Infortunio per non accettazione del grado di danno biologico riconosciuto
- 2) non accettazione della tabella dei coefficienti di riferimento
- 3) mancato aggravamento di danno biologico

B) Contenzioso insorto per:

- 1) riduzione o cessazione della rendita in sede di revisione
- 2) mancato riconoscimento di ricaduta

C) Contenzioso insorto per particolari fattispecie:

- 1) Sforzo
- 2) Causa virulenta

MALATTIE PROFESSIONALI

Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di....

- A) M.P. tabellata
- B) M.P. non tabellata
- C) Silicosi o asbestosi
- D) Ipoacusia tabellata
- E) Ipoacusia non tabellata
- F) Mancato aggravamento di M.P.
- G) Aggravamento per silicosi o asbestosi
- H) Contenzioso insorto per riduzione o cessazione della rendita in sede di revisione

Specificità

- a) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di rendita ai superstiti
- b) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di assistenza personale continuativa
- c) Contenzioso insorto per applicazione dell'art. 9 del D.lgs. 38/2000 e dell'art. 55 della L. 88/89

INFORTUNIO

A.1) Contenzioso per mancato riconoscimento di infortunio, o per non accettazione del grado di danno biologico.

"Dica il C.T.U., esaminati gli atti di causa, visitato il periziando ed effettuati gli opportuni accertamenti:

- *la natura e l'entità delle lesioni nell'evento per cui è causa e se tra le cause e le circostanze accertate e le lesioni sussista nesso di causalità materiale;*
- *se dalle circostanze descritte è possibile ravvisare l'agire di una causa violenta (esteriorità, efficienza, rapidità) in occasione di lavoro, intesa non già quale mera occasione d'incontro tra causa lesiva e oggetto assicurato, ma come condizione, posta in essere dalle finalità lavorative, di incontro tra causa ed organismo del lavoratore;*
- *la durata dell'inabilità temporanea assoluta;*
- *se le lesioni abbiano determinato postumi di natura permanente; in caso affermativo indicarne il grado percentuale del danno biologico in riferimento alle tabelle di cui al D.M. 12 luglio 2000, n. 119 su S.O. della G.U. n. 172 del 25 luglio 2000;*

- *descriva gli eventi precedenti morbosi del periziato e se questi concorrano o meno ad aggravare il grado di percentualizzazione del danno biologico tenendo conto nella relativa valutazione della genesi lavorativa o meno di detti precedenti, indicando il criterio valutativo adottato.*"

A.2) Contenzioso per non accettazione del coefficiente di cui alla "Tabella dei coefficienti" del D.M. n. 119/2000.

"Dica il C.T.U., esaminati gli atti di causa, visitato il periziando ed effettuati gli opportuni accertamenti:

- se al grado di menomazione riconosciuto corrisponda il coefficiente 'automatico' previsto per quel grado di menomazione o se ad esso corrisponde un coefficiente minore o maggiore di cui alla tabella dei coefficienti. Nel caso di assegnazione di coefficiente diverso esso deve essere adeguatamente motivato indicando il criterio valutativo adottato".

A.3) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di aggravamento del danno biologico.

"Dica il C.T.U., esaminati gli atti di causa, visitato il periziando ed eseguiti eventuali accertamenti ritenuti necessari, se sia intervenuta una variazione peggiorativa delle menomazioni – e quindi del danno biologico relativo di cui alla tabella di legge - per le quali gli è stata riconosciuta una percentuale di danno biologico pari al _____ confrontando, cioè, l'obiettività descritta all'epoca dell'accertamento dell'Inail che ha condotto al mancato riconoscimento dell'aggravamento con le condizioni cliniche attuali, descriva e valuti l'eventuale aggravamento riscontrato, precisando se detto aggravamento sia ragionevole causalmente con i postumi già riconosciuti ovvero ne sia del tutto indipendente e riconducibile a patologia sopravvenuta".

B.1) Contenzioso per diminuzione del danno biologico in sede di revisione.

"Dica il C.T.U. se nella comparazione tra l'obiettività descritta in occasione della valutazione del danno biologico o della successiva conferma (modd. 22 e 23 SS) e quella annotata nella visita che ha dato luogo alla diminuzione della valutazione del danno biologico, è possibile ravvisare un miglioramento delle condizioni cliniche e se detto miglioramento è di entità tale da considerare equa la nuova valutazione in base alla tabella delle menomazioni di cui al D.M. n. 119 del 25 luglio 2000; precisi, altresì, se l'obiettività rilevata all'atto della visita peritale risulti o meno in contrasto con il rilevato miglioramento, in rapporto alla naturale evolutività della menomazione riscontrata."

B.2) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di ricaduta.

"Dica il C.T.U.: Se le condizioni cliniche che l'assicurato presentava nel periodo di astensione dal lavoro determinassero una assoluta inabilità lavorativa e se dette condizioni siano riconducibili all'evento infortunistico del _____ o se siano diverse da quelle riconosciute in sede di visita per accertamento postumi."

C) Contenzioso insorto per particolari fattispecie.

C.1) Sforzo

Particolare attenzione dovrà essere posta sull'entità della causa che nella specie coincide con un atto lavorativo. In sostanza, va stabilito se l'atto lavorativo in questione presupponga un dispendio energetico superiore a quello cui è abituato il lavoratore per la natura della sua attività lavorativa, ovvero, trattandosi di un normale atto di forza, se si siano verificate circostanze tali da comportare posture incongrue, mancata coordinazione muscolare ecc..

Nello specifico delle ernie addominali, al C.T.U. deve essere chiesto il giudizio sull'emendabilità chirurgica della patologia.

C.2) Causa virulenta

“Dica il C.T.U. se nelle circostanze dichiarate sia possibile ravvisare una fonte di contagio professionale, se la manifestazione della malattia è avvenuta in tempi compatibili con il periodo d'incubazione della particolare malattia infettiva, soprattutto nei casi a trasmissione inapparente”.

Inoltre:

per le malattie infettive a trasmissione parenterale, occorre che il C.T.U. identifichi un evento lavorativo idoneo alla trasmissione del contagio, ovvero la particolare ricorrenza di fonti di detto contagio nel particolare ambiente lavorativo e di eventi idonei alla trasmissione.

MALATTIE PROFESSIONALI

A) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di M.P. tabellata.

“Dica il C.T.U. esaminati gli atti di causa, visitato il periziando, e sottoposto agli opportuni accertamenti:

se questi è affetto dalla patologia per la quale è causa e se tale patologia derivi causalmente da una lavorazione di cui alle tabelle D.M. 9 aprile 2008 .

- quale sia l'epoca della manifestazione della malattia;

- quale sia la durata, qualora richiesta, della inabilità temporanea assoluta;

qualora dalla malattia derivi una menomazione comportante un danno biologico quale ne sia il grado, con riferimento alla tabella di cui al D.M. 12.7.2000.

B) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di M.P. non tabellata.

“Dica il C.T.U.:

- se il periziando sia affetto dalla patologia per cui è causa e se detta patologia si ponga in comprovato rapporto causale diretto e prevalente con l'esercizio di una delle lavorazioni di cui agli artt. - 206 - 207 - 208 del TU 1124/65 e s.m.i.;

- quali siano i fatti che costituiscono il fondamento della ricostruzione del nesso causale tra esercizio delle lavorazioni e patologia denunciata;

quale sia l'epoca della manifestazione della malattia,

- quale sia la durata dell'inabilità temporanea assoluta, ove dichiarata;

- qualora dalla malattia derivi una riduzione permanente dell'attitudine al lavoro quale ne sia il grado, indicando l'epoca dell'eventuale superamento del minimo indennizzabile.”

C) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di silicosi o asbestosi.

“Dica il C.T.U.:

se alla luce delle rilevanze cliniche obiettive e degli accertamenti effettuati, il periziando sia affetto o meno da silicosi o asbestosi;

- se lo stesso sia stato esposto allo specifico rischio nell'esercizio delle lavorazioni comprese nella tab. 8 D.P.R. 1124/65;

- qualora il periziando non sia stato addetto ad una delle lavorazioni di cui al punto precedente, dica il C.T.U. se lo svolgimento delle specifiche mansioni si dimostri idoneo a determinare esposizione a rischio silicotigeno o asbestosico;

- se la tecnopatia ha determinato inabilità temporanea assoluta, ne indichi la durata;

- se la tecnopatia ha determinato una riduzione permanente dell'attitudine al lavoro, ne indichi il grado percentuale specificando se in detta quantificazione abbia tenuto conto dell'eventuale presenza di associate patologie cardiovascolari e/o respiratorie.”

D) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di ipoacusia tabellata.

“Dica il C.T.U., esami nati gli atti di causa, sottoposto il periziando a visita e agli opportuni accertamenti clinico-strumentali, se:

- *questi sia stato esposto al rumore, e a quale intensità in termini di Lep/d (dBA), per aver svolto una delle lavorazioni di cui alla tabella D.M. 9 aprile 2008 ed indichi, altresì, la durata di detta esposizione in termini di anni;*
- *quale sia, in caso di riscontro di ipoacusia neurosensoriale con i caratteri del trauma acustico cronico, la valutazione del danno residuo con riferimento all'allegato n. 1 della tabella di cui al D.M. 12 luglio 2000 e l'epoca del concretizzarsi della valutazione riconosciuta*

E) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di ipoacusia non tabellata.

“Dica il C.T.U., esaminati gli atti di causa, sottoposto il periziando a visita ed agli opportuni accertamenti clinico-strumentali, se:

- *questi, a motivo della mansione lavorativa svolta, sia stato esposto a rumore e quale intensità in termini di Lep/d (dBA), con riferimento agli indirizzi normativi vigneti indicando la durata di detta esposizione;*
- *lo stesso sia stato esposto per motivi extraprofessionali a rumore quali e quantitativamente idoneo a costituire rischio per l'organo dell'udito o ad altre noxae otolesive.*

In caso di riscontro di ipoacusia neurosensoriale con i caratteri del trauma acustico cronico, dica il C.T.U..

- *se esiste nesso di causalità materiale tra l'ipoacusia e la mansione lavorativa svolta e, in caso affermativo, indichi quale sia la valutazione del danno residuo in riferimento all'allegato n. 1 della tabella di cui al D.M. 12 luglio 2000 e l'epoca del concretizzarsi della valutazione riconosciuta*

F) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di aggravamento; si rinvia, perché analogo, al paragrafo A.3 infortuni

G) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di pretestato aggravamento per silicosi o asbestosi.

“Dica il C.T.U.:

se dall'epoca del riconoscimento della rendita o della revisione precedente a quella per la quale è causa, le condizioni fisiche del periziando abbiano subito modificazioni; in caso di peggioramento, dopo averlo quantificato, specifichi il C.T.U. se questo sia ricollegato causalmente all'evoluzione delle lesioni proprie della tecnopatia oppure alle eventuali associate patologie respiratorie e /o cardiocircolatorie, tenendo conto del fatto che l'aggravamento di queste ultime può prendersi in considerazione solo in presenza di un aggravamento della tecnopatia.”

H) Contenzioso insorto per riduzione o cessazione della rendita in sede di revisione; si rinvia, perché analogo al paragrafo B.1 infortuni

Specificità

a) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di rendita ai superstiti

“Dica il C.T.U.:

quali siano le cause della morte dell'assicurato e se si ravvisi nesso causale o concausale tra questa e le lesioni derivate dall'infortunio o dalla M.P. o, al contrario, se il decesso si sarebbe potuto comunque verificare nelle medesime cause e circostanze anche in assenza degli effetti disfunzionali delle lesioni di natura professionale.”

b) Contenzioso insorto per mancato riconoscimento di A.P.C.

“Dica il C.T.U.:

se le lesioni patite nell'evento lavorativo abbiano prodotto menomazioni di entità tale da determinare l'insoddisfazione di una delle voci di cui all'allegato 3 del T.U. n. 1124/65.ù

c) Contenzioso insorto per applicazione dell'art. 9 del D.lgs. 38/2000 e dell'art. 55 della L. 88/89.

Nel richiamare le disposizioni contenute nel succitato articolo 9 occorre che il fascicolo di causa di parte Inail comprenda una relazione dettagliata che serva come memoria di difesa circa il fondamento su cui si è basato il giudizio di *“rettifica per errore”*, argomentazione che del resto non possono non essere già contenute nella comunicazione inviata all'assicurato.

Il C.T.U. dovrà esprimersi, per quanto di competenza, sulla legittimità del provvedimento adottato sulla scorta dell'obiettività a suo tempo acclarata e descritta con eventuali dirette rilevazioni obiettivo-strumentali che possono essere di ausilio. È opportuno rendere edotto il C.T.U. dei criteri valutativi adottati nella singola fattispecie e in caso di mancata validazione degli stessi, questi dovrà fornire al riguardo adeguata motivazione

IL REFERTO MEDICO³⁴

Definizione

Il referto medico è l'atto obbligatorio con il quale ogni esercente una professione sanitaria comunica all'Autorità giudiziaria quei casi in cui ha prestato la propria assistenza od opera e che possono presentare il caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio.

Storicamente, l'esigenza del referto medico, era nata dalla necessità di reprimere forme criminose, attivando con esso l'amministrazione giudiziaria mettendola nella condizione di perseguire l'autore di un reato.

All'effetto **repressivo** insito nell'obbligo di referto, si associa un effetto **preventivo** degli atti criminosi poiché consente alla pubblica amministrazione di attuare misure di difesa sociale e di recupero che sono sempre insite nell'attività giudiziaria penale.

Unica deroga all'obbligo di referto sanitario, è rappresentata dalla possibilità di esporre la persona assistita a procedimento penale.

Nella fattispecie, viene tutelato il diritto alla salute del singolo prima delle finalità di difesa sociale e di repressione della criminalità; conseguentemente il medico ha l'obbligo di prestare la propria opera con perizia, prudenza e diligenza, rispettando il segreto professionale.

In tutti gli altri casi il referto medico costituisce "causa imperativa" di rivelazione del segreto professionale.

Contrariamente al referto, la **DENUNCIA SANITARIA** persegue finalità di ordine clinico, statistico e preventivo, dovendosi rimettere non all'Autorità giudiziaria ma a quella sanitaria.

Alla stessa stregua del referto, anche la DENUNCIA rappresenta una "**giusta causa imperativa**" di rivelazione del segreto professionale.

Aspetti normativi

Ai sensi dell'**art. 365 del Codice Penale** "Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possano presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferire all'autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a lire 1.000.000. Questa disposizione non si applica quanto il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale".

Appare evidente come l'omissione di referto, da parte di chi ne ha obbligo, costituisca un "reato di pericolo" dovendosi considerare fattispecie delittuosa senza la prova dell'effettiva determinazione di un "danno".

L'**art. 365 del C.P.** non si rivolge unicamente al medico, bensì a chiunque eserciti attività sanitaria senza ulteriori distinzioni; debbono pertanto sentirsi egualmente obbligati alla refertazione anche coloro che esercitano una professione sanitaria ausiliaria come "infermieri, ostetrici, vigilatrici d'infanzia etc."

Perché si configuri il delitto di omissione di referto è indispensabile l'esistenza del dolo da parte di chi era sottoposto a tale obbligo di legge.

Non occorre sia dimostrata la possibilità del dolo specifico; il dolo viene riferito alla sola condotta omissiva e non alle sue eventuali conseguenze dannose.

Nella specificità del medico, egli è tenuto a presentare il referto alla Autorità giudiziaria, identificabile nel Procuratore della Repubblica, o a qualsiasi ufficiale di Polizia Giudiziaria, entro il termine di 48 (quarantotto) ore, così come stabilito dall'**art. 334 del Codice di Procedura Penale**.

³⁴ A cura di A. Miccio, A. Ossicini

Il referto deve indicare la persona alla quale è stata prestata assistenza, se possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova e quant'altro possa ritenersi utile nell'identificazione; nonché il tempo ed il luogo dell'intervento. Deve inoltre fornire notizie tendenti a stabilire le circostanze del fatto in esame, i mezzi con i quali è stato commesso il reato e gli effetti che ne sono derivati.

La legge peraltro impone (**art. 334 C.P.P., 3° comma**) che se più persone abbiano prestato la loro assistenza nella medesima occasione, per tutte sussiste l'obbligo di referto alla A.G., con facoltà tuttavia di redigere e sottoscrivere un unico atto".

CASI CHE IMPONGONO L'OBBLIGO DI REFERTO

Il delitto è perseguibile d'ufficio per cui vi è conseguentemente obbligo di Referto nei seguenti casi di interesse medico-legale :

A) DELITTI CONTRO LA VITA :

- omicidio volontario, colposo, preterintenzionale;
- omicidio del consenziente;
- morte o lesioni conseguenti ad altro delitto;
- istigazione o aiuto al suicidio;
- in taluni casi di infanticidio.

B) DELITTI CONTRO L'INCOLUMITÀ INDIVIDUALE :

- lesione personale **volontaria (dolosa)**, quando dalle lesioni derivi una malattia che abbia una durata superiore ai venti giorni, e/o quando concorra una delle circostanze aggravanti previste dall'art. 583 C.P. (lesione personale grave e gravissima) oppure quando ricorrano circostanze aggravanti generiche (art. 585 C.P.).

Per la legge penale, una lesione si definisce "grave" se dal fatto deriva:

- una malattia che abbia messo in pericolo la vita della persona offesa;
- una malattia o una incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai 40 giorni;
- l'indebolimento permanente di un organo o di un senso.

Definisce la lesione "**gravissima**" se dal fatto deriva:

- una malattia certamente o probabilmente insanabile;
- la perdita di un senso;
- la perdita di un arto o mutilazione che rende l'arto inservibile;
- la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare;
- una permanente e grave difficoltà della favella;
- la deformazione o lo sfregio permanente del volto.

Lesione personale **colposa grave o gravissima**,

- limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (art. 590 C.P. e Legge 689/1981, art. 92).

C) DELITTI CONTRO LA LIBERTÀ INDIVIDUALE :

- sequestro di persona;
- violenza privata;

D) DELITTI CONTRO L'INCOLUMITÀ PUBBLICA:

- attività pericolose e dannose, che espongono a pericolo di epidemia e di intossicazione.

E) DELITTI CONTRO LA LIBERTÀ SESSUALE:

- violenza sessuale, quando è stata commessa dal genitore, pubblico ufficiale, incaricato di pubblico servizio; quando alla violenza sessuale sia derivata una lesione personale o sia connesso altro delitto, perseguibili d'ufficio.

F) INTERRUZIONE DELLA GRAVIDANZA:

- in situazioni al di fuori dei casi legittimi di cui alla legge n. 194/1978.
- *nei casi prodottisi per violazione delle norme poste a tutela del lavoro (art. 17, legge 194/1978).*

G) DELITTI CONTRO L'ASSISTENZA FAMILIARE:

- maltrattamenti in famiglia;
- abuso dei mezzi di correzione e di disciplina.

H) DELITTI CONTRO LA PIETÀ DEI DEFUNTI :

- vilipendio di cadavere.

Sull'argomento del referto all'Autorità Giudiziaria, l'**Inail, con Circolare n. 27 del 18 Maggio 1989**, ha riassunto le condizioni nelle quali il personale interessato assume l'obbligo della refertazione.

Nella medesima circostanza, l'Istituto Assicuratore, oltre ad istituire un'Area Servizi che affianchi il medico nell'espletamento pratico dello obbligo suddetto, predisponendo un apposito modulo (**modello 103 - SS**), fornendo inoltre precise modalità operative).

Contemporaneamente all'istituzione del modello 103 - SS, l'**Inail** istituiva anche il **modello 92/bis-I per la "Segnalazione di Malattia professionale" all'Ispettorato del Lavoro, territorialmente competente.**

Quest'ultima comunicazione, che assume i connotati di DENUNCIA , sarà oggetto di trattazione in altra parte di questo contributo.

MODALITA' OPERATIVE

Con la citata **circolare n. 27/1989** l'**Inail** ha dettato le modalità operative per la compilazione del **modello 103 - SS**.

Il suddetto modello si compone di **tre copie** a ricalco, fascicolate e così destinate :

- **una copia al Procuratore della Repubblica o al Pretore;**
- **una per gli atti della pratica;**
- **la matrice, per il medico.**

Compilato a cura del medico di ruolo, secondo le modalità previste dalla legge penale (art. 365 C.P., art. 4 C.P.P., art. 590 c.p.) **il modello deve essere trasmesso nella stessa giornata all'Area Servizi dell'Unità operativa, la quale deve provvedere entro 24 ore alla presentazione a mano al Procuratore o al Pretore di competenza.**

L'Area servizi dovrà compilare un elenco dei referti prodotti, in **duplice copia** una delle quali sarà vistata per ricevuta dal funzionario ricevente e successivamente inserita in apposito raccoglitore.

Trattandosi di **obbligo di carattere personale**, nel caso di insufficiente disponibilità di risorse umane nella competente area amministrativa, lo stesso dovrà essere assolto dal medico dipendente dall'Istituto.

Il modello 92/bis-I di "Segnalazione di malattia professionale" deve essere inoltrato giornalmente dal medico di ruolo all'Ispettorato Provinciale del Lavoro.

Esso è predisposto in **tre copie** a ricalco, fascicolate, aventi per destinatari:

- **l'Ispettorato del Lavoro;**
- **la pratica in oggetto, nel contesto degli atti;**
- **il medico compilatore che dovrà curarne la conservazione.**

Deve essere compilato dal medico che giornalmente lo invia all'**Area Assicurativa/prestazioni** dell'Unità di appartenenza la quale, completata la sezione di propria competenza, lo invia all'**Area Servizi** per il successivo inoltro all'Ispettorato del Lavoro.

LA DENUNCIA/SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE CORRELATE AL LAVORO³⁵

Il Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e malattie professionali prevede l'obbligatorietà *“per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza, di 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”*.³⁶

L'elenco delle malattie per le quali è prevista la denuncia di segnalazione di cui al citato art. 139 è stato aggiornato tre volte negli ultimi anni a seguito dell'emanazione del D.lgs. 38/2000, ha finalità epidemiologico/ prevenzionale ed integra e completa gli altri adempimenti certificativi, spesso con essa confusi, leggesi referto sancito dall'art. 365 c.p, ed alla denuncia di reato ex art. 361 e 362 c.p.

Sulla tematica inerente tali adempimenti certificativi dei medici si è sviluppato in questi ultimi anni un ampio dibattito^{37,38,39,40}, in particolare tra gli specialisti della Medicina del lavoro e Medicina Legale, volto ad approfondire la finalità di detti adempimenti e a semplificare o snellire l'operatività dei medici certificatori, ma su tale tematica non si ritiene di doversi addentare.

Per quanto riguarda il destinatario di tali certificazioni, indubbiamente qualche considerazione deve essere espressa anche relativamente ai diversi assetti organizzativi regionali derivanti sia dall'applicazione della Legge di Riforma sanitaria n. 833 del 1978 sia dalla più recente modifica del titolo V della Costituzione, Legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, che ha privilegiato le competenze regionali in tema di sanità pubblica.

Nel periodo ante Riforma sanitaria erano ben chiari i ruoli dell'Ispettorato del Lavoro e dell'Autorità Giudiziaria destinataria dei suddetti adempimenti certificativi. Con l'istituzione dei servizi di vigilanza presso le ASL si sono determinate variazioni organizzative che hanno interessato le strutture deputati alla prevenzione e alla vigilanza, precedentemente presenti presso il Ministero del Lavoro. Inoltre diversificazioni territoriali si sono concretizzate ad opera dell'Autorità Giudiziaria che hanno demandato all'organo di vigilanza ASL la funzione di approfondimento di indagini dei casi oggetto di referto e denuncia. Tutti questi elementi hanno di fatto reso non omogeneo l'iter operativo determinando non pochi dubbi nei medici certificatori. Né hanno contribuito alla chiarezza le indicazioni date dall'art. 10 del D.lgs. 38/2000 che, reiterando gli obblighi scaturenti dall'art. 139 del T.U., hanno previsto che *“la trasmissione della copia della denuncia di cui all'art. 139, comma 2, del T.U. e successive modificazioni e integrazioni è effettuata, oltre che alla Azienda Sanitaria Locale anche alla sede dell'Istituto assicuratore competente per territorio”*. Infatti, stando letteralmente alla norma, pur prendendo atto che i destinatari sono cambiati, appare certo che è il primo destinatario, cioè *“l'Ispettorato del lavoro”*, che dovrà provvedere a inoltrare le copie in quanto la norma recita *“...il quale ne trasmette copia a..”* e, come abbiamo sopra segnalato, ogni regione ha diversamente rimodulato l'iter operativo.

³⁵ A cura di A. Miccio, A. Ossicini

³⁶ Art. 139 del D.P.R. 1124/1965, ex. Art. 68 R.D. 1765/1935

³⁷ A proposito di obblighi certificativi - F.Coi, M.Centini, Med.Lav. 2007 Vol.98,2:164-167

³⁸ Obblighi certificativi dei medici>:non indebolire il valore - S.Cantoni; B.Magna, G.Mensi, C.Panizza, G.Sarretto; Med.Lav. 2007 98,5:432-434

³⁹ Quale utilità nel semplificare gli obblighi certificativi dei medici - F.Brandi, G.Cassina, A.Feroli, L.Della Torre, M.C.Guerrieri Med.Lav. 2007 98,5:434-435

⁴⁰ Sempre a proposito degli obblighi certificativi A.Miccio, A.Ossicini Med.Lav. 2008 99,4:319-321

Lo stesso decreto, all'art. 10, comma 1 prevede l'intervento di una Commissione scientifica per la elaborazione e la revisione periodica dell'elenco delle malattie di cui all'art. 139 e delle tabelle di cui agli artt. 3 e 211 del Testo Unico.

Sempre l'articolo 10, al comma 4 del citato decreto dispone che *“l'elenco delle malattie dovrà contenere anche l'elaborazione di liste di malattie di probabile e di possibile origine lavorativa da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle malattie professionali di cui agli artt. 3 e 211 del Testo Unico”*.

Da allora, in base a tali puntuali indicazioni detta la Commissione ha formulato nell'ultimi tre lustri quattro nuovi elenchi; il primo con il DM 27.04.2004, quindi una seconda revisione relativa al solo gruppo dei tumori professionali, approvata con DM 18.1.2008, una terza con il D.M. 11.12.2009 ed infine, l'ultimo con D.M. 10.06.2014.

Le novità introdotte, dai decreti in oggetto, consistono nell'elaborazione di tre liste con previsione di sette gruppi di malattie. Le liste sono strutturate in tre colonne che evidenziano gli agenti causali, le malattie ad essi correlate ed il codice identificativo internazionale ICD10.

I sette gruppi di malattie sono :

- malattie da agenti chimici
- malattie da agenti fisici
- malattie da agenti biologici
- malattie dell'apparato respiratorio non comprese in altre voci
- malattie della pelle
- tumori professionali
- malattie psichiche o psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro.

La Commissione, nel redigere le tre liste, che vedono l'inserimento delle nuove voci di malattia molte delle quali già da tempo denunciate e riconosciute in ambito assicurativo anche a seguito dell'attuazione del sistema misto, ha adottato tra l'altro i criteri suggeriti da A.B. Hill nel 1965⁴¹, non senza qualche perplessità espressa da alcuni autori che ritengono, non a torto, che sia stata fatta un po' di confusione rispetto alla loro interpretazione⁴² - per differenziare le malattie sulla base di parametri quali la *consistenza*, la *forza*, la *specificità*, la *temporalità*, la *coerenza*.

Si è arrivati così alla formulazione di tre elenchi di malattie:

- malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità;
- malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità per la quale non sussistono ancora conoscenze sufficientemente approfondite perché siano incluse nel primo gruppo;
- malattie la cui origine lavorativa si può ritenere possibile e per le quali non è definibile il grado di probabilità per le sporadiche e ancora non precisabili evidenze scientifiche.

Con l'approvazione del nuovo elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi dell'art. 139 del Testo Unico viene a confermarsi, sotto il profilo legislativo, quell'iter storico che vede la finalità preventiva e la finalità assicurativa in costante rapporto. Infatti, come già detto, tali liste hanno anche lo scopo di fornire elementi per la revisione delle tabelle delle malattie professionali di cui agli articoli 3 e 211 del Testo Unico⁴³.

⁴¹ Hill A.B. "The environment and disease: association or causation?". Proc. Royal Soc. Med., 58: 295-300, 1965

⁴² GL Discalzi, A Berra, C. Romano, E. Pira : DM 27/04/2004: "Quali implicazioni per il medico competente "

⁴³ D.L.vo 38/2000 art. 10

Coerentemente a tali finalità l'art. 10 comma 5 ha previsto l'istituzione presso la Banca Dati Inail del *Registro Nazionale delle Malattie causate da Lavoro ovvero ad esse correlate* (RNMP) quale osservatorio nazionale, e in prospettiva regionale, nel quale confluiscono le principali informazioni concernenti le malattie di cui all'elenco ex art. 139 del T.U.

L'Inail si è adoperato per la creazione di una procedura informatica predisposta per la registrazione ed analisi dei dati derivanti dall'art. 139, anche in termini di qualità, acquisendo in automatico gli elementi provenienti dalle procedure informatiche utilizzate dall'area sanitaria - interna all'Istituto e provvedendo alla attribuzione di personale adeguatamente formato per l'inserimento diretto dei dati desumibili dalle certificazioni esterne redatte dai medici di famiglia, medici ospedalieri, medici competenti, specialisti ASL ecc.

Si è ravvisata l'opportunità che il Registro possa contenere anche le denunce/segnalazioni di malattie, comunque segnalate dai medici ancorché non espressamente indicate nell'elenco di cui al DM 18 gennaio 2008. La ricorrenza di siffatta casistica potrà essere utile al fine di far emergere eventuali nuove patologie professionali che al momento non possiamo che ritenere "sconosciute". Il D.lgs n. 758/1994 adegua le sanzioni che per l'omessa denuncia in questa maniera: *"L'omissione di denuncia/segnalazione ex art. 139 T.U.1124/1965 è punita con la sanzione della contravvenzione con l'arresto fino a 3 mesi o con l'ammenda da € 258 a € 1032.*

Se la contravvenzione è commessa dal medico di fabbrica di cui all'art. 33 del D.P.R.303/1956 la pena è dell'arresto da 2 a 4 mesi o dell'ammenda da € 516 a € 2582."

La norma, come si è visto, sanziona in maniera più grave il medico competente in quanto, sino ad oggi, era stato fatto un raffronto analogico delle norme di riferimento tra "Medico di fabbrica" di cui all'art. 33 del D.P.R. 303/1956 ed il "Medico Competente"⁴⁴ come definito dapprima dal D.lgs. n. 962/1982 e poi successivamente, con il D.lgs. n. 277/1991, il D.lgs. 626/1994; ora con il D.lgs. n. 81/2008 ad alcuni sembra che non sia più così in quanto essendo stato abrogato, da quest'ultimo l'intero D.P.R. 303/1956 non vi è più il riferimento di cui al 4° comma dell'art. 139 e, trattandosi di norma penale, non è più possibile la sua attuazione, in assenza di uno specifico riferimento normativo; inoltre molti fanno notare che le competenze e le attività del "medico competente" e quelle del "medico di fabbrica" non sono più assolutamente sovrapponibili vista la totale diversità dell'impianto normativo che le definisce. È sufficiente prendere atto dell'articolo 25 del D.lgs. 81/2009 che stabilisce gli obblighi del medico competente. Attendiamo però di veder come si esprimerà alla fine la magistratura qualora venisse chiamata a dirimere la questione.

È così che l'obbligo giuridico che scaturisce dall'art. 139 del T.U., previsto una prima volta sin dal 1935, riveste ancora oggi un ruolo quanto mai attuale ed insieme ai nuovi obblighi definiti dalla nuova legislazione sulla tutela della salute e della sicurezza negli luoghi di lavoro, assume con essi una particolare valenza nella costruzione del sistema di sicurezza sociale in cui ogni soggetto deputato ad essa, direttamente o indirettamente, deve rivestire uno specifico ruolo.

⁴⁴ A. Miccio, V. Mortara, A. Ossicini "Dall'art. 33 del D.P.R. 303/1956 all'art. 38 del D.Lgs 81/2008, l'evoluzione darwiniana della figura del medico competente Riv.Inf.MP Inail 1/09 173-183

Assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico⁴⁵

Introduzione

La Legge 493 del 3.12.1999 ed il D.M. 15.09.2000 hanno declinato le modalità di attuazione dell'assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico, introducendo così per la prima volta nel nostro Paese, la tutela della salute nel lavoro domestico e l'istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici.

L'art. 7, comma 4, della legge, dispone che *“l'assicurazione comprende i casi di infortunio avvenuti nell'ambito domestico, senza vincolo di subordinazione e a titolo gratuito, finalizzate alla tutela delle persone nell'ambiente domestico e da cui sia derivata una inabilità permanente al lavoro non inferiore al 33 per cento. Sono esclusi dall'infortunio gli infortuni verificatisi al di fuori del territorio nazionale”*. Successivamente, il D.M. 15.01.2006 (G.U. n. 113 del 17.5.2006) ha stabilito, con decorrenza dal 17 maggio 2006, l'estensione della tutela anche ai casi di infortunio mortale, sia che la morte derivi direttamente dall'infortunio e sia che la stessa si verifichi successivamente ed in conseguenza dell'infortunio indennizzato. Infine, la Legge finanziaria 2007 (art. 1, comma 1257) ha stabilito, per i casi di infortuni in ambito domestico, verificatisi a decorrere dal 1 gennaio 2007, l'abbassamento del grado di inabilità permanente indennizzabile in rendita dal 33% al 27%.

Oggetto di assicurazione

L'assicurazione riguarda, esclusivamente, gli infortuni avvenuti in occasione e a causa del lavoro prestato in ambito domestico, cioè avvenuti nell'abitazione nella quale dimora la famiglia dell'assicurato, comprese le pertinenze (soffitte, cantine, giardini, balconi, ecc.) e le parti comuni condominiali (terrazzi, scale, androni, ecc.).

È considerata al pari dell'abitazione in cui dimora il nucleo anche la casa in affitto in cui si trascorrono le vacanze, purché si trovi sul territorio nazionale. Nel lavoro, prestato in ambito domestico per la cura della famiglia, rientra una serie di attività relative al normale svolgimento della vita domestica e di relazione sociale del nucleo familiare.

Rientrano nella tutela assicurativa gli infortuni avvenuti per attività connesse ad interventi di piccola manutenzione (a titolo esemplificativo: idraulica, elettricità, ecc.) che non richiedono una particolare preparazione tecnica e che rientrano nella ormai diffusa abitudine del “fai da te”.

Anche gli infortuni avvenuti per la presenza in casa di animali domestici (cani, gatti, pappagallini, conigli, criceti...) sono coperti dall'assicurazione. Infatti la cura di tali animali, che vivono abitualmente con la famiglia, rientra tra le incombenze domestiche. Non sono invece tutelati gli infortuni causati da animali non domestici.

Si ha diritto all'indennizzo solo se l'inabilità permanente subita è pari o superiore al 27% per gli infortuni occorsi a partire dal 1° gennaio 2007 (\geq al 33% per quelli occorsi fino al 31 dicembre 2006). A decorrere dal 17 maggio 2006, è compreso nella tutela assicurativa anche il rischio morte. Non sono indennizzati gli infortuni dai quali derivi esclusivamente una invalidità temporanea, che danno origine ad una invalidità permanente inferiore al 27% (dal 1° gennaio 2007), avvenuti fuori dal territorio nazionale, avvenuti in ambiente domestico, ma conseguenti ad un rischio estraneo al lavoro domestico.

L'assicurazione è obbligatoria, per cui tutti i soggetti che si trovano nelle condizioni prescritte dalla legge debbono essere assicurati. Solo il pagamento del premio da parte dell'assicurato, o l'autocertificazione di esonero in caso di pagamento da parte dello Stato (artt. 7 ed 8, L. 493/99),

⁴⁵ A cura di L. Bindi, L. Calandriello

danno diritto alla liquidazione della rendita. Pertanto le prestazioni non vengono corrisposte in mancanza di queste due condizioni. La rendita non è soggetta a revisione per modifica delle condizioni fisiche. Rimangono escluse dalle prestazioni l'inabilità temporanea, le malattie professionali, l'assegno per l'assistenza personale continuativa, le cure mediche, gli accertamenti clinici, la fornitura di apparecchi di protesi. Non è altresì previsto l'indennizzo del danno biologico, dal momento che la legge fa riferimento alla riduzione dell'attitudine al lavoro.

Richiesta di erogazione della rendita

Qualora si sia verificato un infortunio domestico con invalidità permanente pari o superiore al 27%, l'infortunato, a guarigione clinica avvenuta, deve presentare all'Inail domanda per ottenere la liquidazione della rendita su un apposito modulo predisposto dall'Istituto e reperibile sia presso le Sedi Inail, presso i Patronati o sul sito www.inail.it.

Tale domanda consta di due parti: la prima deve essere compilata dall'infortunato stesso mentre la seconda deve essere redatta dal medico certificatore. Questa parte, nella quale si certifica la sussistenza di una invalidità presumibilmente non inferiore al 27%, con indicazione dell'avvenuta guarigione clinica, è il presupposto inderogabile per l'avvio della procedura.

Istruttoria del caso

La Sede Inail, ricevuta l'istanza dell'assicurato, verifica la regolarità assicurativa, tenendo presente che si opera in regime di non automaticità delle prestazioni, e predispone l'accertamento medico legale per la determinazione dei postumi invalidanti. Quanto dichiarato nella domanda dall'assicurato, ad eccezione delle cause e circostanze dell'evento, avrà valore d'autocertificazione cosicché le dichiarazioni saranno rese ai sensi degli articoli 1 e 2 del D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403. Qualora emergano elementi d'incertezza e di ragionevole dubbio sulla ricorrenza dell'obbligo assicurativo, sulle cause e circostanze dell'evento infortunistico, sui requisiti reddituali per il pagamento del premio a carico dello Stato o su altri elementi di valutazione, si darà corso ad indagini mirate.

Istruita la pratica e sottoposto a visita medico legale l'assicurato, l'Istituto comunica all'infortunato, entro 120 giorni dal ricevimento della domanda, il grado percentuale di invalidità permanente e l'eventuale rendita nonché i vari elementi che sono stati considerati per la liquidazione della stessa. Qualora l'Inail non ravvisi la sussistenza dei requisiti per la concessione della rendita, è tenuto, sempre entro il termine dei 120 giorni, a dare comunicazione del rifiuto della prestazione con le relative motivazioni.

Contro la decisione dell'Inail, l'assicurato, entro 90 giorni dalla data dell'emanazione del provvedimento, può presentare ricorso al Comitato Amministratore del Fondo autonomo speciale per l'assicurazione contro gli infortuni domestici tramite la Sede Inail competente. Nel caso di parere negativo da parte del Comitato, oppure trascorsi 120 giorni dalla presentazione del ricorso, in assenza di risposta, l'assicurato potrà rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

L'azione giudiziaria per il riconoscimento della rendita si prescrive nel termine di tre anni dalla data dell'infortunio, tenuto conto dei tempi interruttivi della prescrizione.

Si vuole rammentare sinteticamente che la completezza della certificazione medica prodotta a sostegno della richiesta, il referto di pronto soccorso, le cartelle cliniche di ricovero, gli esami strumentali effettuati, o prescritti dalla sede Inail ove necessitati, ed un esame obiettivo completo e dettagliato, sono indispensabili, in special modo in caso di ricorso al Comitato Amministratore del Fondo autonomo speciale, in quanto il parere viene espresso sugli atti.

Valutazione dell'invalidità permanente.

L'invalidità permanente è valutata con le modalità e i criteri di cui all'art. 78 e alla tabella del Testo Unico n. 1124 del 1965.

Il testo del citato art. 78 riporta espressamente: *“nei casi di inabilità permanente previsti nella tabella allegato 1 del T.U., l'attitudine al lavoro, agli effetti della liquidazione della rendita, si intende ridotta nella misura percentuale indicata in ciascun caso. L'abolizione assoluta della funzionalità di arti o di organi o di parti di essi è equiparata alla loro perdita anatomica. Quando gli arti o gli organi o parte di essi abbiano perduto soltanto parzialmente la loro funzione, il grado di riduzione dell'attitudine al lavoro si determina sulla base della percentuale di inabilità stabilita per la loro perdita totale, ed in proporzione del valore lavorativo della funzione perduta. In caso di perdita di più arti, od organi, o di più parti di essi, e qualora non si tratti di molteplicità espressamente contemplate nella tabella, il grado di riduzione dell'attitudine al lavoro deve essere determinato di volta in volta tenendo conto di quanto, in conseguenza dell'infortunio, e per effetto della coesistenza delle singole lesioni, è diminuita l'attitudine al lavoro.”*

I criteri e le modalità di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente per l'infortunio in ambito domestico sono, quindi, diversi dal nuovo regime indennitario dei danni di origine lavorativa, introdotto dall'art. 13 del D.lgs. 38/2000 “Danno biologico”, in vigore per gli infortuni e malattie professionali denunciate dal 25.07.2000.

Nella valutazione dei postumi, va precisato che, oltre alle menomazioni derivanti dall'infortunio in oggetto, vanno prese in esame le sole “inabilità preesistenti concorrenti” derivanti da fatti lavorativi od extra-lavorativi da valutare con “formula Gabrielli”.

Pertanto la Legge istitutiva ed il Decreto attuativo stabiliscono per la valutazione del danno quanto segue:

- se l'infortunio domestico ha originato postumi invalidanti di grado inferiore al 27%, non si dà luogo ad una rendita ed i postumi stessi sono considerati - unitamente ad eventuali altre invalidità extra-lavorative - solo se concorrenti, in caso di nuovo infortunio con il meccanismo della "formula Gabrielli";
- se l'infortunio domestico ha originato postumi invalidanti di grado pari o superiori al 27%, con conseguente erogazione di una rendita, in caso di nuovo infortunio si procede all'unificazione dei postumi ed alla costituzione di una nuova rendita, qualunque sia il grado di invalidità derivante dal secondo evento, sempre che l'inabilità complessiva sia superiore a quella in base alla quale fu liquidata la precedente rendita.

Nella valutazione dei postumi non si tiene conto, invece, di "invalidità preesistenti se coesistenti".

Nella valutazione del danno permanente, la tabella di cui all'allegato 1 T.U. 1124/65, per prassi consolidata, può essere integrata, relativamente alla valutazione delle limitazioni funzionali articolari del gomito e del ginocchio, con le tabelle sviluppate dall'Inail per tali distretti articolari (cfr. Tabelle gomito e ginocchio).

Per il *danno visivo* occorre fare riferimento alla “Tabella di valutazione delle menomazioni della acutezza visiva” (allegato 1 T.U.). Bisogna tener presente che nella valutazione occorre, anzitutto, individuare se l'occhio menomato dall'infortunio ha un'acutezza visiva superiore o inferiore all'occhio controlaterale e pertanto, debba essere valutato quale occhio migliore o peggiore.

Per quanto riguarda, infine, il *danno uditivo* va applicata la tabella riportata nella circolare Inail n. 22/94, elaborata in accordo con le Parti Sociali. Per cui, eseguito un esame audiometrico, rilevate le perdite in D.B. alle diverse frequenze considerate in Tabella ed applicando la relativa formula, si calcola il danno uditivo.

CAPITOLO 5. Evento malattia professionale

LA MALATTIA PROFESSIONALE¹

Prima della sentenza della Corte Costituzionale 18 febbraio 1988 n. 179 la tutela assicurativa contro le malattie professionali era limitata a quelle elencate in apposite liste, una per l'industria e una per l'agricoltura, purché ricorressero i requisiti previsti dall'articolo 3 del Testo Unico:

“L'assicurazione è altresì obbligatoria per le malattie professionali indicate nella tabella allegato n. 4 le quali siano contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella stessa ed in quanto tali lavorazioni rientrino tra quelle previste nell'art. 1. La tabella predetta può essere modificata o integrata con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale, di concerto con il Ministro per la sanità, sentite le organizzazioni sindacali nazionali e di categoria maggiormente rappresentative.

Per le malattie professionali, in quanto nel presente titolo non siano stabilite disposizioni speciali, si applicano quelle concernenti gli infortuni”.

Norme speciali regolano la tutela obbligatoria per la silicosi e l'asbestosi, raccolte nel Capo VIII del vigente T.U., parzialmente modificate dalla legge 27 dicembre 1975, n. 780 e le malattie e le lesioni dei medici e dei tecnici di radiologia esposti a raggi X e a sostanze radioattive (Legge 93/1958, D.P.R. 1055/1960, Legge 1103/1965, Legge 68/1975, Legge 25/1983).

Con il sistema della lista, dunque, il legislatore aveva ovviato alle difficoltà che si incontrano nel tentativo di elaborare una definizione di malattia professionale.

Con la citata sentenza la Corte Costituzionale ha di fatto introdotto nell'ordinamento il cosiddetto sistema misto, che fa salve le liste con le loro peculiarità, ma nello stesso tempo estende la tutela a tutte le malattie delle quali il lavoratore è in grado di provare l'origine professionale.

Si è reso quindi necessario affrontare il problema della nozione di malattia professionale.

Per tale motivo l'Istituto ha provveduto a nominare, nel 1989, una Commissione di esperti delle cui conclusioni ha preso atto il Consiglio di Amministrazione nel febbraio 1991, precisando, nella premessa del documento di presa d'atto che, “a seguito del confronto 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 un documento aperto alle potenzialità di sviluppo e di aggiornamento”.

Sostanzialmente la menzionata Commissione, così come riportato nella circolare 29/91, ha precisato che la nozione assicurativa di malattia professionale è unica e gli elementi caratterizzanti sono rappresentati da:

- esposizione al rischio specifico determinato dalle lavorazioni di cui agli artt. 1, 206, 207, 208
- rapporto causale con tali lavorazioni.

Per quanto attiene al rapporto causale (alla luce delle considerazioni della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione), è stato ribadito che tale rapporto deve essere diretto ed efficiente, fatta salva, comunque, la possibilità del concorso di fattori causali extralavorativi, concorso che, come evidenziato nella circolare n. 70 del 24 ottobre del 2001, può rappresentare, in determinate condizioni, un fattore di potenziamento del rischio lavorativo aumentando l'efficacia lesiva.

Viene confermato, dunque, che il requisito essenziale delle malattie professionali è il rapporto causale ed efficiente, cioè idoneo a produrre l'evento, con lo specifico rischio lavorativo. Ovviamente il concetto di rischio lavorativo è da intendere non solo come “nocività delle

¹ A cura di A. Goggiamani, S. Naldini

lavorazioni in cui si sviluppa il ciclo produttivo aziendale“ ma anche quello più ampio riconducibile a tutte le condizioni in cui è prestata l’attività “all’organizzazione del lavoro”.

Entrando quindi nella criteriologia da seguire per la trattazione delle malattie ad etiologia plurifattoriale, quali ad esempio le malattie croniche degenerative e le malattie neoplastiche, è stata elaborata una specifica nota nel 2006² in cui sono state delineate le modalità operative da porre in essere.

In particolare sono state definite tre casistiche distinte ovvero

- *casì in cui risulti accertata, rispetto alla patologia diagnosticata, l’efficienza causale sia di agenti patogeni lavorativi sia di agenti patogeni extralavorativi.*
Quando si configurano tali circostanze la patologia *deve* essere riconosciuta indipendentemente dall’effettuazione di un raffronto tra la maggiore e minore l’incidenza delle concause lavorative ed extralavorative.
- *casì in cui gli agenti patogeni lavorativi ed extralavorativi, non dotati di per sé stessi di efficacia causale sufficiente a causare la patologia, agendo insieme, con azione sinergica e moltiplicativa, costituiscano causa idonea per il determinismo della malattia diagnosticata.*
In questi casi la patologia *deve* essere riconosciuta come di origine professionali rappresentando il rischio lavorativo elemento necessario per l’insorgenza della forma morbosa.
- *casì in cui gli agenti patogeni lavorativi non dotati di sufficiente efficacia causale concorrono con fattori extralavorativi dotati di efficacia causale.*
In tali circostanze la patologia *non deve* essere riconosciuta come di origine professionale.

Gli elementi costitutivi del rapporto causale, con oneri probatori diversamente distribuiti a seconda che si tratti di malattia tabellata o non tabellata, vengono di seguito riportati:

- l’esistenza della malattia;
- l’attribuzione ad una delle lavorazioni di cui agli articoli 1, 206, 207, 208 del Testo Unico con riferimento all’agente patogeno;
- l’esposizione al rischio mediante precisazione delle relative modalità (intensità e durata) e quindi delle mansioni svolte e delle condizioni di lavoro.

Nello spirito dei nuovi rapporti tra la Pubblica Amministrazione ed il cittadino, così come sottolineato dalla Legge 241 del 1990, viene fatto, inoltre cenno all’opportunità di una collaborazione da parte dell’Istituto nell’assolvimento dell’onere probatorio, con l’acquisizione d’ufficio di documentazione in possesso di altre Pubbliche Amministrazioni.

L’accertamento, in concreto, dell’eziologia professionale della malattia è di esclusiva competenza dell’Istituto assicuratore, secondo la più accreditata criteriologia medico-legale e con riferimento a guide diagnostiche.

Con il D. P. R. n. 336 del 13 aprile 1994 è stato effettuato un primo aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali in industria e in agricoltura. Tra le innovazioni apportate alla tabella dell’Industria le più rilevanti hanno riguardato l’ipoacusia da rumore, le broncopneumopatie e le neoplasie. In particolare, per le affezioni a carico dell’apparato respiratorio, la cui tutela nella precedente tabella era articolata in tre voci (47, 48 e 49) raggruppate con il termine generico di “broncopneumopatie” senza una connotazione nosologica definita e in assenza di una

² Nota congiunta della D.C Prestazioni, Sovrintendenza Medica Generale e Avvocatura Generale del 16.2.2006 prot.n. 7876/bis

individuazione precisa delle attività effettivamente nocive, sono state previste forme morbose a carattere specifico quali l'asma bronchiale primario estrinseco (voce 40), l'alveolite allergica estrinseca (voce 41) e le pneumoconiosi (voci 43, 44, 45 e 46) definendo per le prime due fattispecie un rinvio a ben definite patologie con lo scopo di evitare confondimenti con le semplici broncopneumopatie di origine extraprofessionale. Il riferimento a peculiari forme patologiche si è accompagnato, inoltre, ad una migliore ed analitica descrizione delle fonti di rischio. In particolare, nell'elencazione delle forme di natura allergica, il legislatore ha ritenuto di introdurre, i fattori riconosciuti come causa, rispettivamente, di asma bronchiale estrinseco e di alveolite allergica estrinseca facilitando di fatto la formulazione di una chiara diagnosi clinica e medico-legale.

Relativamente alle pneumoconiosi queste sono state ricondotte a patologie da lavoro, ascrivibili solo ad inalazione di polveri in specifiche condizioni di rischio per le quali in sede nazionale ed internazionale è stata prevista una definizione sia clinica che radiologica. La classificazione dei quadri radiologici operata dal B.I.T. costituisce, infatti, l'esemplificazione migliore di tale impegno nosografico e a tali riferimenti internazionali risultava necessario essere aderenti quanto più possibile in sede di diagnosi e di valutazione del danno.

Per evitare che dalla tutela potessero restare escluse le affezioni respiratorie non comprese negli specifici quadri nosologici sopra indicati, erano state inoltre inserite due nuove voci, la 47 (siderosi) e la 49 (bronchite cronica ostruttiva).

Importanti modifiche riguardarono le neoplasie per le quali fu prevista:

- l'inclusione di tre voci apposite (la 56 per i tumori da asbesto, la 57 per quelli da polvere di legno e la 58 per quelli da polvere di cuoio), con esplicita indicazione degli organi bersaglio, suggerita dalla significatività dei dati statistico-epidemiologici, già rilevata in passato e confermata dalle indicazioni emerse a seguito della sentenza n. 179/88;
- alla voce 38 la previsione di manifestazioni neoplastiche da clorometilene e bisclorometilene, sempre sulla base degli indicatori epidemiologici;
- l'eliminazione del periodo massimo di indennizzabilità, in linea con le acquisizioni scientifiche circa i periodi di latenza dei tumori.

Di minore portata, invece, risultarono le modificazioni ed integrazioni relative alle altre voci della Tabella prevedendo, comunque, una più corretta ed articolata descrizione delle sostanze in relazione agli agenti chimici, alcune variazioni di dizione³, per alcune malattie, già previste nella precedente tabella, integrazioni o correzioni delle corrispondenti sostanze o lavorazioni⁴. Inoltre, fu inserita, per le malattie osteoarticolari ed angioneurotiche, causate da vibrazioni meccaniche prodotte da strumenti di lavoro e trasmesse al sistema mano-braccio con le loro conseguenze dirette, la precisazione che le lavorazioni dovessero essere svolte "in modo prevalente" e per le ipoacusie da rumore, per alcune lavorazioni, fu inserito quale riferimento "l'assenza di una efficace cabinatura".

³ - malattie causate da radiazioni ionizzanti, laser ed onde elettromagnetiche (voce 51);

- malattie causate da lavori subacquei ed in camere iperbariche (voce 53);

- cataratta da energie raggianti (voce 54);

- anchilostomiasi (voce 55).

⁴ - malattie cutanee (voce 42). Sono state aggiunte nuove sostanze cutilesive e precisamente: i fluidi lubrificanti, le cere, gli smalti e le pitture, i disinfettanti, i legni non esotici ed altre sostanze vegetali.

- malattie osteoarticolari e angioneurotiche causate da vibrazioni meccaniche (voce 52). Le lavorazioni rischiose sono state ampliate, in quanto per le macchine portatili munite di utensili è stata abolita la limitante specificazione "ad aria compressa".

Furono, altresì, apportate modifiche ai periodi massimi di indennizzabilità quali:

- abolizione per le manifestazioni neoplastiche;
- aumento da 18 mesi a 3 anni per le malattie causate da nichel carbonile;
- aumento da 3 a 4 anni, ed a 8 per le encefalopatie, per le malattie causate da solfuro di carbonio;
- riduzione da 30 a 5 anni per le malattie causate da radiazioni ionizzanti (ad eccezione delle manifestazioni neoplastiche, come già detto).

Relativamente alla tabella dell'Agricoltura le modifiche introdotte furono essenzialmente dettate da due esigenze:

- estendere a questo settore, a parità di rischio, la protezione garantita ai lavoratori dell'industria, tenendo anche conto delle indicazioni in tal senso fornite dall'applicazione della Sentenza n. 179/88;
- apportare elementi di maggiore chiarezza e precisione nelle precedenti previsioni tabellari.

Il primo obiettivo fu raggiunto:

- aumentando il numero delle sostanze chimiche considerate nocive in quanto principi attivi di alcuni presidi fitosanitari. Furono aggiunti, infatti, i cianocomposti (voce 19), i chinoni (voce 20), lo zolfo e l'anidride solforosa (voce 21), i composti amminici ed ammidici (voce 22);
- con la previsione, totalmente nuova per l'agricoltura, di possibili manifestazioni neoplastiche da esposizione all'azione di sostanze chimiche, e precisamente dei composti arsenicali (voce 2), dei derivati del benzolo, dei fenoli e dei cresoli (voce 7) e degli oli minerali (voce 23);
- con l'inserimento delle angioneurosi e delle malattie osteoarticolari, anche se limitatamente alle lavorazioni forestali nelle quali si impiegano in modo prevalente motoseghe portatili;
- con l'inclusione delle ipoacusie da rumore, anche se limitatamente alle lavorazioni forestali ed alla ulteriore condizione che le motoseghe siano prive di efficaci sistemi insonorizzanti.

Il secondo obiettivo, invece, è stato perseguito effettuando uno sdoppiamento della voce 21 della precedente tabella, che rappresentando un generico riferimento alle broncopneumopatie aveva generato problemi analoghi a quelli di cui si è precedentemente parlato a proposito delle broncopneumopatie in industria.

In sua sostituzione furono inserite due voci:

- la 24 formulata specificamente per l'asma bronchiale primario, contratto in lavorazioni che espongono ad asmogeni professionali (polveri e sostanze organiche vegetali ed animali);
- la 25 formulata in modo da individuare alcune forme patologiche specifiche quali, per esempio il cosiddetto "polmone dell'agricoltore" ed il "polmone da proteine aviarie", quadri di alveolite allergica estrinseca causati il primo da miceti termofili e termotolleranti, il secondo da materiali organici provenienti da animali.

Per il resto la nuova tabella dell'Agricoltura era sovrapponibile alla precedente, salvo alcune precisazioni e chiarificazioni di natura tecnica, e salvo l'aumento del periodo massimo di indennizzabilità, da 3 a 4 anni per la voce 3 (malattie causate dai composti del mercurio) e da 3 a 6 anni per la voce 5 (malattie causate dai composti del fosforo).

A seguito dell'emanazione delle nuove tabelle, l'Istituto ha provveduto, nello stesso anno 1994, all'aggiornamento dei "Protocolli diagnostici" già elaborati nel 1991.

Con il D.M. del 9 aprile 2008⁵ sono state approvate le nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura che hanno di fatto sostituito quelle del 1994.

Le nuove tabelle sono state elaborate a conclusione dei lavori di aggiornamento delle precedenti svolti da parte della Commissione Scientifica, così come espressamente stabilito dall'art. 10 del D.Lgs. 38/2000.

Sono state individuate 85 voci per l'industria e 24 per l'agricoltura rispetto alle 58 e 27 in precedenza identificate. L'ampliamento delle voci inserite nella tabella dell'Industria è da ricondurre alla definizione più puntuale degli agenti chimici, delle malattie dell'apparato respiratorio e all'individuazione di nuovi fattori di rischio. La contrazione delle voci presenti nella tabella dell'agricoltura ha risentito, invece, dell'eliminazione di alcuni agenti chimici non più in uso e di una nuova modalità di raggruppamento delle malattie e dei fattori di rischio ad esse riferiti.

Le tabelle conservano la precedente struttura in tre colonne (*Malattie, Lavorazioni Periodo Massimo di Indennizzabilità (PMI)*) nelle quali le malattie sono disposte in ragione degli agenti causali. Si rileva che per quanto riguarda il periodo massimo di indennizzabilità lo stesso viene correttamente riferito alla *cessazione della lavorazione* e non più dalla *cessazione del lavoro* come specificato nelle precedenti tabelle del 94. Per ciascuna voce della tabella sono state indicate malattie specifiche, classificate secondo la codifica International Classification Diseases (ICD10). La puntuale tipizzazione delle patologie ha consentito di rendere più agevole l'inquadramento delle forme tabellate e l'applicabilità per tali fattispecie della presunzione legale di origine nel rispetto di tutti i presupposti normativamente previsti.

Allo scopo di non produrre arretramenti di tutela è stata altresì prevista, per la maggior parte degli agenti, la possibilità della voce aggiuntiva "Altre malattie causate dall'esposizione professionale a..." nella quale è possibile ricomprendere le forme morbose che la letteratura scientifica dovesse ritenere ascrivibili allo stesso agente nelle more dell'aggiornamento periodico delle tabelle.

NUOVA TABELLA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI NELL'INDUSTRIA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.P.R. 1124/1965 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI (ALL. N. 4 al D.P.R. 1124/1965)		
MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
1) MALATTIE CAUSATE DA ANTIMONIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) ANEMIA EMOLITICA (D59.8)	Lavorazioni che espongono a stibina.	1 anno
b) PNEUMOCONIOSI NON SCLEROGENA (J63.8)		10 anni
c) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ANTIMONIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'antimonio, leghe e composti.	3 anni

Rispetto alle precedenti tabelle si rileva l'inserimento delle "Malattie muscolo-scheletriche" causate da sollecitazioni biomeccaniche, da movimenti ripetuti e/o da posture incongrue dell'arto superiore, della colonna vertebrale e del ginocchio, limitatamente alla tabella dell'industria, laddove l'adibizione alle lavorazioni indicate risulti di tipo "non occasionale" ovvero, sulla scorta delle sentenze della Corte di Cassazione, di tipo "abituale e sistemico".

⁵ Pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 21 luglio 2008.

NUOVA TABELLA INDUSTRIA

L'esame analitico della tabella consente preliminarmente di evidenziare la suddivisione delle malattie in ragione degli agenti causali. Nello specifico in sequenza sono riportate:

- *Le malattie causate da agenti chimici (voci 1-50)*
 - antimonio, leghe e composti
 - arsenico, leghe e composti
 - berillio, leghe e composti
 - cadmio, leghe e composti
 - cromo, leghe e composti
 - manganese, leghe e composti
 - mercurio, amalgame e composti
 - nichel, leghe e composti
 - osmio, leghe e composti
 - piombo, leghe e composti
 - piombo tetraetile e tetrametile
 - selenio, leghe e composti
 - stagno, leghe e composti
 - tallio, leghe e composti
 - uranio e composti
 - vanadio, leghe e composti
 - zinco, leghe e composti
 - bromo e suoi composti inorganici
 - cloro e suoi composti inorganici
 - iodio e suoi composti inorganici
 - fluoro e suoi composti inorganici
 - ossido di carbonio
 - cloruro di carbonile o fosgene
 - composti inorganici del fosforo
 - composti organici del fosforo
 - acido solforico
 - solfuro di carbonio
 - idrogeno solforato
 - n-esano ed altri idrocarburi alifatici lineari e ciclici
 - etere di petrolio
 - acqua ragia minerale (white spirit)
 - idrocarburi aromatici mononucleari
 - idrocarburi policiclici aromatici
 - cloruro di vinile
 - alogenati e/o nitriti degli idrocarburi alifatici (escluso il cloruro di vinile)
 - derivati alogenati e/o nitrici degli idrocarburi aromatici
 - terpeni
 - amine alifatiche e derivati
 - amine aromatiche e derivati
 - ammidi
 - acido cianitrico, cianuri, nitrili, isocianati
 - chetoni e derivati alogenati
 - aldeidi e derivati

- chinoni e derivati
 - alcoli, tioli e derivati alifatici e aromatici
 - alcol isopropilico
 - eteri e loro derivati
 - acido carbammico, acido tiocarbammico, carbammati, tiocarbammati
 - esteri organici e derivati
 - esteri organici dell'acido nitrico
- *Le malattie dell'apparato respiratorio (voci 51-68):*
 - asma bronchiale con le sue conseguenze dirette (causate da polveri e farine cereali, da semi di soia, ricino, caffè verde, carrube, da polveri di legno, da enzimi, da lattice, da gomma arabica, derivati animali, da acari, da miceti, da prepolimeri, oligomeri, catalizzatori della polimerizzazione di resine sintetiche, da metalli, da colofonia, da persolfati, da farmaci, da anidridi).
 - alveolite allergica estrinseca con o senza evoluzione fibrotica (causate da actinomiceti termofili, miceti, derivati proteici animali, altri agenti di natura chimica e vegetale che possano causare la alveolite allergica estrinseca).
 - antracosi
 - baritosi
 - siderosi
 - pneumoconiosi da polveri di pietra pomice
 - malattie da asbesto (esclusa asbestosi)
 - malattie da erionte
 - pneumoconiosi da talco
 - pneumoconiosi da mica
 - pneumoconiosi da caolino
 - pneumoconiosi da silicati
 - pneumoconiosi da polveri di silicati del tipo argille
 - malattie causate da polveri e fumi di alluminio
 - malattie causate da metalli duri
 - bissinosi
 - broncopneumopatia cronica ostruttiva
 - malattie neoplastiche causate da polveri di legno
 - malattie neoplastiche causate da polveri di cuoio
 - *Le malattie della pelle (voci 69-74):*
 - dermatite allergica da contatto (causate da cemento, da metalli non compresi in altre voci, da resine naturali, da resine artificiali, da perossido di benzoile, da glicole etilenico e propilenico, da idrazine, da coloranti organici e tinture base di parafenilendiamina, paratoluendiamina, para-aminofenolo, da additivi della gomma, da disinfettanti e detergenti, da chemioterapici e antibiotici, da derivati di piante e fiori ad azione allergizzante, da fluidi lubrorefrigeranti, da altri agenti cutisensibilizzanti)
 - dermatite irritativa da contatto da agenti non compresi in altre voci
 - dermatite follicolare da olii minerali
 - cloracne
 - dermatite irritativa o mista da fibre di vetro
 - dermatite irritativa o mista da malta cementizia e calcestruzzo,

- *Le malattie da agenti fisici (voci 75-84):*
 - ipoacusia da rumore
 - vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio
 - ernia discale lombare
 - sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore
 - sovraccarico biomeccanico del ginocchio
 - lavori subacquei e in camere iperbariche
 - radiazioni ionizzanti
 - radiazioni laser
 - radiazioni infrarosse
 - radiazioni U.V. comprese le radiazioni solari

- *Le malattie causate dall'ancylostoma duodenalis (voce 85).*

Come in precedenza già rappresentato, appare importante l'aver previsto la definizione delle specifiche forme morbose di riferimento individuate in relazione a ciascun fattore di rischio identificato. Tale impostazione consente di ridurre la discrezionalità di attribuzione nel rispetto assoluto della tutela, attesa la prevista ipotesi della quasi costante voce "altre malattie causate da...".

Nella definizione dei criteri tabellari per alcune particolari forme, quali ad esempio le "malattie muscolo-scheletriche", oltre a requisiti di carattere generale relativamente alla lavorazione (*non occasionalità*) sono stati esplicitati movimenti precisi di riferimento (es. voce 78: mantenimento prolungato di posture incongrue, movimenti ripetuti dell'avambraccio e/o azioni di presa, lavorazioni che comportano un appoggio prolungato sulla faccia posteriore del gomito, movimenti ripetuti e/o azioni di presa e/o posture incongrue della mano e delle singole dita, voce 79: lavorazioni svolte con appoggio prolungato sul ginocchio, ecc).

Relativamente alle ipoacusie da rumore (voce 75), si rileva in primis come sia stata confermata la diagnosi di ipoacusia da rumore ed eliminata quella di sordità non riconducibile specificamente al fattore di rischio rumore. Inoltre, è stata definita la condizione specifica generale in merito alle lavorazioni ovvero che il lavoratore si trovi esposto a rumore in "*assenza di un efficace isolamento acustico*" e sia stata eliminata la dizione "priva di efficace cabinatura" associata a più voci dell'elenco della precedente tabella, che è stato ampliato, e nel quale è stata inserita, altresì, l'opzione "*altre lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano una esposizione personale, giornaliera o settimanale, a livelli superiori a 80 db*".

La nuova tabella ha visto anche innalzarsi il numero delle forme neoplastiche. A fronte di quelle già riconducibili alle voci 4, 5, 30, 34, 36, 38, 42, 51, 56, 57 e 58 della tabella del 1994, sono state specificamente identificate, fatte salve quelle inquadrabili nell'ambito delle "altre malattie causate da", in particolare ove prevista per il PMI la dicitura "illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche" (voci 2 3, 4, 5, 8, 29, 33, 34, 35, 36, 39, 47, 84), le seguenti :

Voce	Agente	Malattia
2	Arsenico, leghe e composti	Carcinoma polmonare Epitelioma
3	Berillio, leghe e composti	Carcinoma del polmone
4	Cadmio, leghe e composti	Carcinoma del polmone
5	Cromo, leghe e composti	Carcinoma del polmone Carcinoma dei seni paranasali Carcinoma delle cavità nasali
8	Nichel, leghe e composti	Carcinoma del polmone Carcinoma delle cavità nasali Carcinoma dei seni paranasali
29	Esano e altri idrocarburi alifatici lineari e ciclici	Tumori del sistema emolinfopoietico
32	Idrocarburi aromatici mononucleari	Leucemia mieloide
33	Idrocarburi policiclici aromatici	Tumore del polmone Epitelioma cutaneo Tumore della vescica
34	Cloruro di vinile	Angiosarcoma epatico
39	Amine aromatiche	Tumori della vescica
43	Aldeide e derivati	Tumori del nasofaringe
46	Alcol isopropilico	Tumori delle cavità nasali Tumori delle cavità paranasali
47	Eteri e loro derivati	Tumori del polmone Tumori del sistema emolinfopoietico
57	Asbesto	Mesotelioma pleurico Mesotelioma pericardico Mesotelioma peritoneale Mesotelioma della tunica vaginale e del testicolo Carcinoma polmonare
58	Erionite	Mesotelioma pleurico Mesotelioma peritoneale
67	Polveri di legno duro	Tumori delle cavità nasali Tumori dei seni paranasali
68	Polveri di cuoio	Tumori delle cavità nasali Tumori dei seni paranasali
81	Radiazioni ionizzanti	Tumori solidi Tumori del sistema emolinfopoietico
84	Radiazioni U.V. comprese le radiazioni solari	Epiteliomi cutanei delle sedi fotoesposte

Per le malattie cutanee, ricomprese nella vecchia tabella alla voce 42, oltre ad essere stato previsto un loro inserimento negli elenchi in relazione a specifici agenti (voce 1, 2, 3, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 23, 24, 29, 30, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 48, 49 50) sono state definite 5 voci rispettivamente così denominate: “voce 69: dermatite allergica da contatto..., voce 70: dermatite irritativa da contatto..., voce 71: dermatite follicolare da olii minerali, voce 73: dermatite irritativa o mista da fibre di vetro..., 74: dermatite irritativa o mista da calce cementizia”. Per la voce 69 sono elencati gli agenti nella prima colonna e per ciascun agente è identificata una o

più lavorazioni di riferimento mentre per la 70 nell'ambito delle lavorazioni sono precisati gli agenti responsabili.

Tra le patologie asbesto correlate, fatta salva l'asbestosi per la quale, come è noto, è prevista una speciale forma di tutela, oltre alle già ricordate forme neoplastiche, sono stati inseriti "placche e ispessimenti pleurici con o senza atelectasia rotonda" per accordarsi con quanto emerso dai dati statistico epidemiologici.

In merito al *Periodo Massimo di Indennizzabilità* dalla cessazione dell'attività lavorativa, è stato abolito per tutte le forme neoplastiche previste, definito e differenziato per ciascuna delle altre malattie inserite nell'elenco, anche nell'ambito di uno stesso agente causale, a differenza di quanto previsto dal legislatore nelle vecchie tabelle in cui, tranne per condizioni particolari, il periodo individuato era fissato per ciascuna voce.

NUOVA TABELLA AGRICOLTURA

Viene riproposta la suddivisione delle malattie in ragione degli agenti causali. Nello specifico si rilevano:

- *Le malattie da agenti chimici (voci 1-13)*
 - arsenico e composti
 - composti inorganici del fosforo
 - composti organici del fosforo
 - derivati alogenati degli idrocarburi alifatici
 - derivati di benzene e omologhi
 - composti del rame
 - derivati dell'acido carbammico e tiocarbammico
 - composti organici dello stagno
 - derivati dell'acido ftalico e ftalimide
 - derivati del dipiridile
 - formaldeide
 - zolfo e anidride solforosa
 - olii minerali

- *Le malattie della pelle (voci 14-16)*
 - dermatite allergica da contatto
 - dermatite irritativa da contatto
 - cloracne

- *Le malattie dell'apparato respiratorio (voci 17-18)*
 - asma bronchiale
 - alveoliti allergiche estrinseche con o senza evoluzione fibrotica

- *Le malattie da agenti fisici (voci 19-23)*
 - radiazioni solari
 - vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano-braccio
 - ernia discale lombare
 - sovraccarico biomeccanico degli arti superiori

- *Le malattie causate dall'ancylostoma duodenalis (voce 24)*

In questa tabella le voci 22 e 23 sono da ricollegarsi a lavorazione da movimentazione manuale dei carichi (sovraccarico biomeccanico) che comportano tecnopatia e sono solo quelle, come sopra esplicitato che interessano l'arto superiore e la colonna risultando, pertanto qui sono escluse le "Malattie da sovraccarico biomeccanico del ginocchio". Nell'ambito delle Lavorazioni non sono definiti i movimenti con livello di dettaglio analogo a quello dell'industria bensì sono inquadrati con la generica dizione di "movimenti ripetuti, mantenimento di posture incongrue e impegno di forza". Per le *Ipoacusie da rumore*, oltre alle "Lavorazioni forestali con impiego di motoseghe portatili (prive di efficaci sistemi di insonorizzazione)", già presenti nella precedente tabella, con l'ulteriore precisazione che le stesse non vengano svolte in modo occasionale, è stata inserita l'opzione "altre lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano una esposizione personale, quotidiana o settimanale, a livelli superiori a 80 db, come già effettuato nella tabella dell'industria. Per quel che concerne le forme neoplastiche erano state previste nel 1994 come possibili (attesa la specifica di un tempo illimitato per le forme neoplastiche in riferimento al PMI) per le lavorazioni che espongono all'azione di composti arsenicali, dei derivati del benzolo, dei fenoli, dei cresoli e dei relativi omologhi e degli olii minerali. Attualmente le forme tabellate sono 2, sempre tenuto conto di quelle inquadrabili nell'ambito delle "altre malattie causate da", in particolare ove prevista per il PMI la dicitura "illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche" (voci 1, 13, 19):

Voce	Agente	Malattia
1	Arsenico e composti	Carcinoma del polmone Epiteliomi cutanei
19	Radiazioni solari	Epiteliomi cutanei nelle sedi fotoesposte

Le malattie cutanee, un tempo esplicitamente contemplate solo in relazione all'azione degli olii minerali, oltre a rientrare tra le malattie inserite in relazione alle voci 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 19, sono chiaramente elencate alle voci 14 (dermatite allergica da contatto) e, 15 (dermatite irritativa da contatto e 16 (cloracne). Anche in questa tabella è stato confermato un PMI illimitato per tutte le forme neoplastiche diversamente articolando il periodo all'interno delle varie voci in riferimento alle diverse malattie elencate.

A seguito dell'emanazione delle tabelle del 2008, l'Istituto, nello stesso anno, ha elaborato una circolare (n. 47/2008) nella quale ha esplicitato le caratteristiche delle nuove tabelle descrivendo in maniera sintetica le modalità operative da porre in essere per la trattazione delle malattie denunciate. In particolare, la circolare, nel ribadire l'efficacia del D.M. del 9 aprile del 2008 dalla sua entrata in vigore (22.7.2008), ha fornito anche le indicazioni per la gestione delle fattispecie rientranti nel precedente sistema e non previste nel nuovo, o per tipologia di malattia o per tipologia di lavorazione o per differente periodo massimo di indennizzabilità, comunque già denunciate all'Inail e in corso di istruttoria. Per i predetti casi ha stabilito che dovesse essere applicata la normativa in vigore all'atto di presentazione della domanda tenendo comunque conto, che per i casi già in istruttoria, per i quali non fosse stato emesso alcun provvedimento, laddove le nuove tabelle risultassero più favorevoli all'assicurato, in applicazione del generale principio del "favor laboratoris", dovessero essere applicate le nuove tabelle. Tabelle da applicare anche nei casi di opposizione ex art. 104 del T.U. in istruttoria, nei casi relativamente ai quali pendeva contenzioso giudiziario laddove le Avvocature territoriali avessero ritenuto opportuno sollecitare il riesame del caso alla luce delle nuove tabelle e di elementi di prova acquisiti nell'iter processuale per procedere al riconoscimento della patologia da adottare quale autotutela.

ISTRUTTORIA DELLA PRATICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

Le modalità operative per la trattazione delle malattie professionali nonché le tempistiche sono state definite nella nota del 18 settembre del 2003 elaborata congiuntamente dalla Direzione centrale Prestazioni e dalla Sovrintendenza Medica Generale.

Si riconoscono tre eventualità possibili:

- malattia professionale tabellata denunciata nei termini previsti dal periodo massimo di indennizzabilità (P.M.I.).
- malattia professionale tabellata denunciata oltre i termini previsti dal P.M.I.
- malattia professionale non tabellata e/o contratta in lavorazioni non tabellate.

Prima di entrare nel dettaglio, è necessario affrontare la problematica relativa alla “manifestazione” della malattia professionale.

Manifestazione della malattia professionale

L'articolo 135 del T.U. prevede:

“La manifestazione della malattia professionale si considera verificata nel primo giorno di completa astensione dal lavoro a causa della malattia.

Se la malattia non determina astensione dal lavoro, ovvero si manifesta dopo che l'assicurato ha cessato di prestare la sua opera nella lavorazione che ha determinato la malattia, la manifestazione della malattia professionale si considera verificata nel giorno in cui è presentata all'Istituto assicuratore la denuncia con il certificato medico”.

Come è noto, con la sentenza della Corte Costituzionale n. 206 dell'11 febbraio 1988 è stata dichiarata l'illegittimità del secondo comma dell'articolo 135 del T.U., stabilendo che la manifestazione della malattia professionale coincide con la sua effettiva verifica, e che la denuncia ha rilievo esclusivamente ai fini della decorrenza delle prestazioni.

Trattazione della Malattia professionale

L'iter procedurale è avviato dalla denuncia e dal primo certificato medico come indicato negli articoli 52 e 53 del T.U.:

Articolo 52:

“...La denuncia di malattia professionale deve essere fatta dall'assicurato al datore di lavoro entro il termine di giorni quindici dalla manifestazione di essa sotto pena di decadenza dal diritto a indennizzo per il tempo antecedente la denuncia”.

Articolo 53:

“...La denuncia delle malattie professionali deve essere trasmessa sempre con le modalità di cui all'art. 13 dal datore di lavoro all'Istituto assicuratore, corredata da certificato medico, entro i cinque giorni successivi a quello nel quale il prestatore d'opera ha fatto denuncia al datore di lavoro della manifestazione di malattia. Il certificato medico deve contenere, oltre l'indicazione del domicilio dell'ammalato e del luogo dove questi si trova ricoverato, una relazione particolareggiata della sintomatologia accusata dall'ammalato stesso e di quella rilevata dal medico certificatore. I medici certificatori hanno l'obbligo di fornire all'Istituto assicuratore tutte le notizie che esso reputi necessarie...”.

Dal 1° luglio 2013 l'invio delle denunce, secondo quanto stabilito dal DPCM del 22 luglio del 2011, da parte delle imprese e delle amministrazioni pubbliche deve essere effettuato on line (Circolare Inail 34/2013). Si sottolinea, altresì, quanto espressamente indicato nella Delibera 42/2010 del Presidente Commissario Straordinario dell'Inail e nella successiva Circolare 36 del 15 settembre 2010 che, nello specifico, modificano le modalità applicative del già citato art. 53 del T.U. prevedendo, nel caso di invio telematico, che "il certificato medico deve essere inviato solo su espressa richiesta dell'Istituto assicuratore nell'ipotesi in cui non sia stato direttamente inviato dal lavoratore o dal medico certificatore...".

L'*area amministrativa*, al pervenimento della denuncia del datore di lavoro (D.L.), in primis verifica la presenza del certificato medico:

- in caso negativo lo richiede al D.L. Qualora non pervenisse entro 30 giorni l'operatore è tenuto a chiudere negativamente il caso.
- in caso positivo apre la pratica (nel caso in cui il certificato dovesse attestare più malattie dovrà aprire tante pratiche quante risultano essere le malattie diagnosticate) e verifica la presenza di un'attestazione esplicita della volontà del lavoratore di richiedere le prestazioni all'Inail.

A differenza, infatti, dei casi di infortunio per i quali l'accesso alle prestazioni è automatico, nei casi di malattie professionali vi è specifica necessità di acquisire un consenso esplicito alla trattazione del caso.

accertato quanto sopra

- valuta se il richiedente è persona assicurata. In caso negativo chiude la pratica negativamente.

L'operatore deve, poi, esprimersi relativamente alla prescrizione ovvero in merito all'ipotesi che la malattia si sia manifestata più di tre anni e 150 giorni prima della denuncia, che i postumi fossero allora indennizzabili, da soli o unificati con altri eventi assicurati, che l'assicurato fosse già all'epoca consapevole che la malattia era di probabile origine lavorativa e che i postumi risultassero già indennizzabili.

Pur essendo la valutazione della prescrizione di pertinenza amministrativa risulta evidente il ruolo svolto in tale ambito dalla funzione sanitaria, volto ad identificare il momento del raggiungimento del grado minimo di indennizzabilità, la cui rilevanza è essenziale per la valutazione amministrativa del termine di decorrenza della prescrizione. Va ricordato altresì che la prescrizione può essere eccepita in qualunque fase della trattazione di una malattia professionale qualora emergano elementi in grado di farla rilevare.

È ancora onere della funzione amministrativa verificare la regolarità contributiva se il soggetto è un lavoratore autonomo e di raccogliere in un'apposita lista le informazioni in possesso relativamente a precedenti infortuni e tecnopatie.

La *funzione sanitaria*, iniziata la trattazione della pratica, apponendo i codici nosologici relativi alla malattia denunciata (visto di ingresso), procede quindi nell'iter:

- a) accertando la forma morbosa
- b) valutando la possibilità di ricondurre quella stessa forma morbosa ad una specifica noxa patogena lavorativa
- c) stabilendo la riconducibilità o meno della malattia diagnosticata alle forme previste in tabella.

A tal fine convoca l'assicurato a visita medico-legale o, eventualmente, degli eredi nel caso di richiesta inoltrata dopo l'avvenuto decesso dell'assicurato. Qualora le condizioni cliniche del soggetto non dovessero consentire l'accesso alla struttura Inail, potrà essere effettuata una visita domiciliare.

Nel corso della visita si procede con l'esame della documentazione esibita (sanitaria e no), con la raccolta dell'anamnesi (ponendo particolare riguardo alla storia lavorativa per identificazione dei rischi cui il soggetto è stato esposto, definendone anche i periodi e le modalità di esposizione), con il rilievo dell'obiettività clinica. Ove necessario si provvede anche alla richiesta di accertamenti specialisti e di qualsiasi altro documento o consulenza (es. C.O.N. T.A.R.P.) ritenuti imprescindibile per completare l'istruttoria della pratica. È affidato alla funzione amministrativa, su input dell'area medica, il compito di richiedere la documentazione sanitaria mancante (es. cartelle cliniche), la documentazione sul rischio (es. questionari, indagini fonometriche, documento di valutazione del rischio).

Gli accertamenti specialistici ritenuti necessari devono essere svolti, ove possibile, presso i Centri Medici Inail o presso i Centri Diagnostici Polispecialistici Regionali (CDPR), soprattutto per ciò che concerne la diagnostica di II livello. Nel caso di mancanza di apparecchiature/strumenti o per difetto degli specialisti di riferimento è possibile prevederne l'effettuazione all'esterno.

Malattia professionale tabellata denunciata nei termini

Se la malattia denunciata rientra tra quelle espressamente previste nelle tabelle viene applicato il principio della presunzione legale di origine, principio che viene superato dall'Istituto nelle fattispecie in cui il rischio presunto per legge risulta privo di idoneità lesiva per *natura o durata o intensità*.

Il medico è tenuto, nei casi espressamente previsti dalle norme, a redigere il referto (vedi capitolo specifico) e ad inoltrarlo all'autorità giudiziaria competente e, nei casi di riconoscimento, effettuare obbligatoriamente la denuncia/segnalazione di malattia professionale alla Direzione Territoriale Lavoro⁶ (DTL), alla A.S.L. e al Registro Nazionale⁷ delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate. Resta, altresì, possibile per il dirigente medico Inail stilare la denuncia/segnalazione anche per gli altri casi.

L'art. 139 del D. P. R. 1124/65, G.U. 13.10.1965 n. 257, prevede infatti l'obbligo, per ogni medico che ne riconosca l'esistenza, di denunciare all'Ispettorato del lavoro competente per territorio, la malattia professionale, qualora essa rientri tra quelle comprese in apposito elenco di cui al D.M. 10.06.2014 (G.U., 12.09.2014, n. 2012), con il quale è stato aggiornato l'elenco allegato al precedente D.M. 11 dicembre 2009 (si veda l'allegato 5).

Il predetto Registro, istituito presso la banca dati dell'Inail, in accordo con quanto previsto al comma 5 dell'art. 10 del D.lgs. 38/2000, rappresenta un Osservatorio nazionale nel quale convergono le informazioni relative alle malattie di cui al già citato art. 139 del T.U. con lo scopo di definirne le caratteristiche e le dimensioni del fenomeno a fini prevenzionali, epidemiologici e di vigilanza. Ha anche una valenza "assicurativa", in quanto l'analisi delle Liste, di cui all'art. 139 del

⁶ La DTL nasce con il DPR n. 144/2011 per modifica della denominazione e parziale accorpamento delle Direzioni Provinciali del Lavoro

⁷ Art. 10, comma 4 del Dlg 38/2000: "...La trasmissione della copia della denuncia di cui all'articolo 139, comma 2, del testo unico e successive modificazioni e integrazioni, e' effettuata, oltre che alla azienda sanitaria locale, anche alla sede dell'istituto assicuratore competente per territorio...".

T.U., permetterà alla Commissione Scientifica l'aggiornamento delle Malattie Professionali. A termini di legge, al predetto Registro possono accedere oltre alla Commissione scientifica⁸, le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, le DTL e tutti gli altri soggetti pubblici cui, per legge o regolamento, sono attribuiti compiti in materia di protezione della salute e di sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro per consentire studi sulle patologie certe, di probabile e possibile origine lavorativa nonché ricerche su quelle perdute e sconosciute. In linea con quanto espressamente previsto dal D.lgs. 38/2000 che ha affidato all'Istituto il compito di gestione della banca dati del Registro è stata all'uopo realizzata una procedura informatica nella quale afferiscono le denunce/segnalazioni effettuate dai medici dell'Inail ed esterni. Poiché il monitoraggio periodico dei dati presenti nel Registro ha fatto rilevare nel tempo come il numero delle denunce/segnalazioni dei medici esterni risultasse di fatto piuttosto modesto, e comunque inferiore al numero dei primi certificati medici rilasciati per malattie professionali, l'Inail ha deciso di utilizzare le informazioni contenute nel certificato di medico (mod. 5SS), ad hoc modificato (mod. 5SS bis), per l'alimentazione del Registro Nazionale delle Malattie Professionali, tenuto conto che in entrambi i documenti il medico esprime un giudizio di possibile/probabile correlazione tra la patologia diagnosticata e l'attività lavorativa svolta. Va, comunque, ricordato che ciò non esonera il medico esterno dal darne comunicazione alle DTL e alle AASSLL di competenza pena l'applicazione delle sanzioni previste in caso di inosservanza dell'obbligo, così come espressamente previsto nei dispositivi normativi di riferimento.

Se le conclusioni del medico escludono il riconoscimento dell'esistenza di malattia professionale il caso viene respinto.

Se le conclusioni sono positive il medico procede alla valutazione degli eventuali postumi permanenti.

La pratica viene quindi avviata all'area amministrativa per il visto ed il relativo provvedimento.

Malattia professionale tabellata denunciata oltre i termini

Le tabelle delle malattie professionali allegate al T.U. prevedono, per ciascuna malattia, un periodo massimo di indennizzabilità, che indica il limite massimo di tempo, dopo l'abbandono dell'attività lavorativa al rischio, entro il quale può essere richiesta l'ammissione all'indennizzo.

Sulla base, tuttavia, della sentenza della Corte Costituzionale n. 179 del 1988, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 134 del T. U., 1° comma, può essere ammessa all'indennizzo anche la malattia denunciata oltre il periodo massimo di indennizzabilità.

In caso di denuncia di M. P. oltre i termini previsti dal P. M. I., pertanto, è richiesta al lavoratore la documentazione medica atta ad attestare la manifestazione della malattia entro i termini tabellari. Se la documentazione dimostra l'effettiva verifica della malattia nei termini, vige il principio della presunzione legale d'origine dal momento che, in questo caso, la malattia è da considerarsi come tabellata nei termini.

Nel caso in cui la malattia si sia effettivamente verificata oltre i termini tabellari, il lavoratore deve dimostrare che la malattia stessa sia stata provocata dal rischio tabellato cui era esposto, così come richiesto dalle note sentenze della Corte Costituzionale.

⁸ Art. 10 D.lgs 38/2000: "...con decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, è costituita una Commissione Scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica delle malattie di cui all'art. 139 e delle tabelle di cui agli art. 3 e 211 del Testo Unico.....".

Le istruzioni operative riportate nella circolare 23/88 prevedevano che, in questo caso, l'assicurato deve esibire:

- idonea documentazione sanitaria attestante il nesso eziologico tra attività e malattia tabellata;
- elementi probatori, con riscontro obiettivo, dell'esposizione al rischio previsto dalla tabella (natura, durata, intensità, ecc.).

Tali pratiche devono essere trattate dalle Unità Operative con eventuale richiesta, nei casi di particolare complessità, di parere della Direzione Generale, tramite la Direzione Regionale.

Per quanto riguarda la codifica vale quanto fatto presente per le malattie professionali denunciate nei termini.

Malattie professionali non tabellate

Per tali fattispecie, dopo l'emanazione della sentenza della Corte Costituzionale 179/1988, sono state impartite nel tempo specifiche istruzioni operative.

In particolare, con la circolare n. 23 del 12 maggio 1988, le stesse prevedevano, al fine di ottenere uniformità ed omogeneità di indirizzo, l'invio da parte delle Unità Operative di tutte le pratiche di M. P. non tabellate, corredate di tutta la necessaria documentazione e di giudizio medico-legale, all'esame della Direzione Generale per parere circa l'ammissione o meno all'indennizzo.

Successivamente, con la circolare 35 del 16 luglio 1992, riguardante specificatamente le ipoacusie da lavorazioni non tabellate, le allergopatie, le patologie da strumenti vibranti e la patologia infartuale, veniva stabilito che le Unità Operative, sulla base di specifiche indicazioni fornite dalla menzionata circolare, dovessero:

- definire negativamente, in modo autonomo, i casi per i quali ritenevano inesistenti le condizioni per l'ammissione alla tutela;
- inviare all'esame e parere della Direzione Generale, sempre per il tramite della Direzione Regionale, i casi ritenuti ammissibili alla tutela.

La procedura di trattazione delle pratiche di malattie non tabellate veniva, poi, così riformulata nella circolare n. 80 del 30 settembre 1997:

- a) per le malattie non tabellate, ad eccezione di quelle da posture incongrue e movimenti ripetuti, valutate dalle Sedi come suscettibili di ammissione a tutela era previsto che dovessero essere sottoposte all'esame delle Direzioni regionali per il parere tecnico sul rischio (CON. T.A.R.P.), per il parere medico-legale e per il parere amministrativo. La definizione delle pratiche era rimessa poi alle Sedi competenti. Rimaneva possibile l'acquisizione di specifico parere della Direzione Generale per i casi configuranti particolari criticità di trattazione.

Alle Direzioni Regionali veniva affidato anche il compito di monitorare l'andamento del fenomeno tecnopatologico sotto tutti gli aspetti, compresi quelli relativi al contenzioso e di inviare, ogni trimestre, alla Direzione Generale, un prospetto riepilogativo del numero di malattie non tabellate di riconosciuta origine professionale, distinte per tipo di patologia, per gestione e per Sede.

- b) per le malattie da posture incongrue e da microtraumi ripetuti, che le Sedi avessero ritenuto suscettibili di ammissione alla tutela, era previsto che dovessero essere sottoposte all'esame della Direzione Generale, per il tramite della Direzione Regionale.

Nella stessa circolare era altresì sollecitato un *"maggior impegno partecipativo nella ricostruzione degli elementi probatori del nesso eziologico, sia sul versante del rischio sia in termini medico*

legali” stabilendo che quando l’area sanitaria, sulla base della documentazione medica presentata dall’assicurato, esprimeva una prima valutazione di “sospetta” malattia professionale, tutti gli ulteriori esami specialistici e strumentali necessari per una corretta ricostruzione del nesso di causalità dovessero essere effettuati “a cura e a carico dell’Istituto”.

Alla circolare era inoltre allegato un elaborato contenente linee guida per la trattazione dei casi di sindrome del tunnel carpale.

Con la Circolare 81 del 27 dicembre del 2000 e con i successivi chiarimenti del 20 settembre 2002, venivano dettate disposizioni relativamente alle malattie muscolo-scheletriche dell’arto superiore e del ginocchio per le quali le fattispecie ritenute dalle sedi suscettibili di ammissione a tutela dovevano essere sottoposte alle Direzioni Regionali e Provinciali che, formulate le proprie valutazioni, le dovevano restituire alle sedi competenti. Per quanto riguardava le malattie del rachide, le fattispecie ritenute dalle sedi ammissibili dovevano continuare ad essere sottoposte, sempre per il tramite delle Direzioni Regionali e Provinciali, all’esame della Direzione Generale e della Direzione centrale Prestazioni. Per tutte le altre malattie professionali non tabellate, ad eccezione delle malattie da rischio mobbing, stress e campi elettromagnetici veniva confermato quanto previsto nella circolare 80/1997.

Rimaneva a carico della Sovrintendenza Sanitaria Centrale il monitoraggio dei casi ammessi a tutela.

Con la Circolare 70/2001, il procedimento di trattazione di malattie professionali non tabellate, attesa l’esperienza ormai maturata da parte dei medici operanti nelle strutture territoriali in tema di sistema misto di tutela delle tecnopatie nonché vista la progressiva realizzazione di strumenti metodologici, informatici e formativi posti in essere, veniva ricondotto nell’ambito del generale assetto organizzativo dell’Istituto restituendo alle Sedi la completa autonomia nell’attività di produzione.

In tale ottica, infatti, era disposto che tutte le pratiche di malattie non tabellate dovessero essere definite direttamente presso le sedi competenti senza più necessità neppure di un preliminare esame e parere da parte delle Direzioni Regionali.

Veniva confermata per le patologie del rachide, le patologie da campi elettromagnetici e le patologie da stress e disagio lavorativo la necessità di visione e governo a livello centrale e regionale.

Relativamente ai pareri tecnici, la circolare precisava che gli stessi dovessero essere assicurati attivando diretti colloqui tra le sedi richiedenti e le Consulenze tecniche stabilendo anche che i pareri dovessero essere formulati in modo sia *di permettere la loro successiva applicazione in casi analoghi* sia *di contribuire alle conoscenze del medico sulle caratteristiche del rischio*.

Con le successive circolari 71/2003 e 25/2004, la trattazione delle patologie rispettivamente da stress e disagio lavorativo e del rachide veniva di nuovo definitivamente decentrata.

Dopo l’emanazione della sentenza della Corte Costituzionale n. 46 del 12 febbraio 2010⁹, la definizione del *modus operandi* nei casi in cui il lavoratore presenti un aggravamento dei postumi conseguente al peggioramento della malattia professionale già riconosciuta avendo continuato ad essere addetto all’attività morbigena dopo lo scadere del quindicennio è ora normata dalla circolare 5/2014 ed a tale trattazione è stato dedicato paragrafo specifico nel capitolo 4.

Di seguito si riportano alcune delle note e delle circolari predisposte dall’Inail relativamente alle modalità di trattazione delle malattie professionali complessivamente e in riferimento a specifiche forme morbose.

⁹ Con la quale la Corte Costituzionale ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale degli artt. 132 e 137 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e non fondata la questione di legittimità costituzionale degli art. 80 e 131.

DISPOSIZIONI GENERALI

- Circolare n. 23 del 12 maggio 1988 (SENTENZA n. 179 del 10 febbraio 1988 e n. 206 dell'11 febbraio 1988 della CORTE COSTITUZIONALE. MODIFICHE DEL SISTEMA DI ASSICURAZIONE OBBLIGATORIO CONTRO LE MALATTIE PROFESSIONALI) con la quale viene tracciata la nuova disciplina in tema di malattie professionali (*sistema misto*) introdotta dal rinnovato quadro legislativo.
- Circolare n. 65 del 24 novembre 1988 (SENTENZE NN 179 E 206/1988 DELLA CORTE COSTITUZIONALE. MODIFICHE DEL SISTEMA DI ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA CONTRO LE MALATTIE PROFESSIONALI)
- Circolare n. 29 del 24 aprile 1991 (STUDIO IN TEMA DI MALATTIA PROFESSIONALI. RELAZIONE DELLA COMMISSIONE DI ESPERTI. DELIBERA DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZION N. 12/1991).
- Circolare n. 35 del 16 luglio 1992 (SENTENZE nn 179 e 206 del 1988 della CORTE COSTITUZIONALE. PRIMA FASE DEL DECENTRAMENTO DELLA TRATTAZIONE DI PRATICHE DI TECNOPATIE NON TABELLATE) in cui vengono tra l'altro individuati i criteri di definizione per le Ipoacusic non tabellate, per le Malattie da posture incongrue e microtraumi ripetuti, per le Allergopatie non tabellate per la Patologia Infartuale.
- Circolare n. 84 del 27 dicembre 1995 (MALATTIA PROFESSIONALE ACCERTATA NON COINCIDENTE CON QUELLA DENUNCIATA. DATA DELLA MANIFESTAZIONE)
- Circolare n. 80 del 30 settembre 1997 (SENTENZA N. 79/1988 IL 30 SETTEMBRE. NUOVE MODALITÀ DI TRATTAZIONE DELLE PRATICHE DI TECNOPATIE NON TABELLATE)
- Circolare n. 70 del 24 ottobre 2001 (MALATTIE PROFESSIONALI NON TABELLATE. NUOVE MODALITA' DI TRATTAZIONE)
- Nota del 20 settembre 2002 (MALATTIE PROFESSIONALI DEL RACHIDE. CHIARIMENTI E RACCOMANDAZIONI IN RIFERIMENTO ALLA CIRCOLARE 81/2000)
- Nota alle Unità Centrali e Periferiche del 21 ottobre 2002 della Direzione Centrale prestazioni (APPLICABILITÀ DEL REGIME GIURIDICO INTRODOTTO DALL'art. 13 DEL D. LGS n. 38 /2000 ALLE MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE PRIMA DEL 25 luglio 2000 e DEFINITE NEGATIVAMENTE , CHE VENGANO DI NUOVO DENUNCIATE SUCCESSIVAMENTE AL 25 LUGLIO 2000.
- Nota del 18 settembre 2003 a Tutte le Unità Territoriali elaborata congiuntamente dalla Direzione Centrale Prestazioni e dalla Sovrintendenza medica Generale (NUOVO FLUSSO PROCEDURALE PER L'ISTRUTTORIA DELLE DENUNCE DI MALATTIA PROFESSIONALI).
- Nota dell'8 luglio 2005 della Direzione Centrale Prestazioni (CRITERI DA SEGUIRE PER LE IMPUTAZIONI ALLE POSIZIONI ASSICURATIVE DI CASI DI MALATTIE PROFESSIONALI)
- Nota del 16 febbraio 2006 elaborata congiuntamente dalla Direzione Centrale Prestazioni, dalla Sovrintendenza Medica Generale e dall'Avvocatura Generale (CRITERI DA SEGUIRE PER L'ACCERTAMENTO DELLA ORIGINE PROFESSIONALE DELLE MALATTIE DENUNCIATE)
- Nota del 19 marzo 2009 elaborata congiuntamente dalla Sovrintendenza medica generale, dalla CON. T.A.R.P. Centrale e dalla Direzione Centrale Prestazioni (MODALITÀ DI TRATTAZIONE DELLE MALATTIE PROFESSIONALI: RAPPORTI tre AREE MEDICHE e C.ON. T.A.R.P.R REGIONALI)

PATOLOGIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO

- Circolare n. 81 del 27 dicembre 2000 (MALATTIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO/POSTURE INCONGRUE E MICROTRAUMI RIPETUTI. MODALITÀ DI TRATTAZIONE DELLE PRATICHE) nel cui allegato A venivano definite le Linee Guida per il

riconoscimento dell'origine professionale delle malattie da microtraumi ripetuti e posture incongrue e descritto l'iter da seguire nella trattazione di alcune specifiche fattispecie quali: la Sindrome del Tunnel Carpale, le Tendinopatie della spalla, l'Epicondilite, l'Epitrocleite, la malattia di De Quervain, le patologie del ginocchio, le Malattie del Rachide.

- Circolare n. 25 del 15 aprile 2004 (MALATTIE DEL RACHIDE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO. MODALITÀ DI TRATTAZIONE DELLE PRATICHE) con la quale veniva considerato concluso il periodo di osservazione centrale e disposto che le malattie da sovraccarico biomeccanico del rachide dovessero essere definitivamente presso le Sedi senza più necessità di un parere preventivo da parte della Direzione Generale. Nella circolare l'iter procedurale da seguire nella trattazione dei casi comprensivo degli accertamenti diagnostici necessari per la formulazione diagnostica.

DISTURBI PSICHICI DA COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVA

- Nota del 12 settembre 2001: Oggetto MALATTIE PSICHICHE E PSICOSOMATICHE DA STRESS E DISAGIO LAVORATIVO, COMPRESO IL MOBBING. PRIME INDICAZIONI OPERATIVE. A seguito della Delibera del C.d.A. n. 473/2001, con la quale veniva riconosciuta la possibile rilevanza assicurativa di situazioni di rischio tecnopatologico determinato dalle condizioni organizzativo/ambientali in cui il lavoratore svolga le proprie prestazioni per esigenze e finalità aziendali, venivano fornite indicazioni sulla modalità di trattazione di situazioni derivanti da "mobbing strategico" che da "costrittività organizzativa". Per i casi rientranti nelle predette fattispecie veniva stabilito l'inoltro, previa raccolta di tutta la documentazione necessaria e probante e di elaborazione di parere medico-legale della sede e della Sovrintendenza medica regionale, alla Direzione Generale.
- Circolare n. 71 del 17 dicembre 2003 (OGGETTO: DISTURBI PSICHICI DA COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVA SUL LAVORO. RISCHIO TUTELETO E DIAGNOSI DI MALATTIA PROFESSIONALE. MODALITÀ DI TRATTAZIONE DELLE PRATICHE) con la quale, definita la fase di sperimentazione, veniva riassegnata alle Sedi la trattazione dei disturbi psichici da costrittività organizzativa senza necessità di parere preventivo della Direzione Generale sottolineando il ruolo di indirizzo coordinamento e controllo delle Direzioni Regionali al fine di garantire sul territorio di competenza una omogeneità di comportamento. La circolare forniva anche indicazioni in merito alle modalità di trattazione delle pratiche in relazione sia all'accertamento delle condizioni di rischio sia all'iter diagnostico da seguire.
- Nota del 22 settembre 2005: (OGGETTO: CIRCOLARE Inail N. 71 SU DISTURBI PSICHICI DA COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVA SUL LAVORO" SENTENZA DEL TAR DEL LAZIO N. 5454 DEL LUGLIO 2005) con la quale veniva precisato che la sentenza di cui all'oggetto annullava la Circolare 71/2003 e che comunque le denunce riguardanti le patologie da disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro dovevano essere istruite seguendo le normali procedure delle malattie professionali non tabellate.
- Nota del 20 settembre 2010: OGGETTO: DENUNCE DI MALATTIE PROFESSIONALI CAUSATE DA DISTURBI PSICHICI DA COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVA SUL LAVORO. SENTENZA DEL CONSIGLIO DI STATO n. 1576 del 17 marzo 2009. La nota è stata elaborata per rispondere alle richieste pervenute dal territorio relativamente sulle modalità da seguire nella trattazione delle malattie professionali causate da disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro dopo l'annullamento della Circolare 71/2003 disposto dal consiglio di Stato con la sentenza 1576/2009. La D.C. Prestazioni ha ricondotto la trattazione delle malattie professionali causate da disturbi psichici da costrittività organizzativa alle circolari n. 80 del 1997 n. 81 del 2000 relative alle malattie professionali non tabellate.

Tutele speciali: silicosi e asbestosi¹⁰

In tale capitolo verranno esaminate le disposizioni speciali relative alla silicosi e asbestosi e, successivamente, le altre tecnopatie legate all'esposizione a silice libera cristallina e ad asbesto in relazione ai principali risvolti assicurativi.

Nell'assicurazione obbligatoria per le malattie professionali rientrano la silicosi e l'asbestosi per le quali nel T.U. sono previste *disposizioni speciali* contenute al Capo VIII.

Nel 1975, con l'emanazione della Legge n. 780, gli articoli 140, 144, 145 e il primo comma del 146 del T.U. sono sostituiti mentre il 142 e il 143 sono stati definitivamente abrogati.

Nel nuovo provvedimento normativo, che ha innovato profondamente i criteri giuridico-assicurativi e medico legali, il legislatore, nel riaffermare il principio della tutela assicurativa della silicosi e dell'asbestosi, ne ha abolito le definizioni in precedenza proposte agli artt. 142¹¹, 143¹² e 144¹³, contenuti nel D.P.R. 1124/1965, indicando quale elemento unico e necessario per il riconoscimento delle predette forme morbose che le stesse risultino contratte nell'*esercizio di lavori specifici* revocando, quindi, il secondo requisito inizialmente previsto ovvero *a causa delle lavorazioni*.

Infatti l'art. 1 della legge in questione prevede: "nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali contemplate all'art. 3 del presente decreto è compresa la silicosi, contratta nell'esercizio dei lavori specificati nella tabella, allegato n. 8 e che risultino tra quelli previsti dall'art. 1".

È stato quindi soppresso l'inciso "a causa" rispetto all'articolo abrogato. Questa modifica sembra corrispondere alla preoccupazione di presumere per legge il rischio di contrarre la silicosi considerata indipendentemente dalla concentrazione delle polveri presenti nell'ambiente lavorativo. Nell'abrogato art. 143, infatti, il rischio di malattia rilevante ai fini della tutela assicurativa, era subordinato ad un accertamento tecnico della concentrazione delle polveri "tale da determinare il rischio".

Le stesse considerazioni valgono per l'asbestosi.

Ma importante, e caratterizzante, risulta essere l'art. 3 della legge, con il quale vengono abrogate le definizioni giuridiche delle pneumoconiosi da silice e da asbesto, nonché quelle di silice libera.

Sulla base di tali definizioni giuridiche la silicosi veniva precedentemente qualificata come una *"fibrosi polmonare complicata o non da tubercolosi polmonare che, provocata da inalazione di polvere di biossido di silicio allo stato libero, si manifesta particolarmente con bronchite ed enfisema e ripercussione sull'apparato circolatorio ed all'esame radiologico con disseminazione diffusa di ombre nodulari miliariformi, confluenti o non"*, mentre l'asbestosi veniva definita *"una fibrosi polmonare che, provocata da inalazione di polvere di amianto, si manifesta particolarmente"*

¹⁰ A cura di A. Goggiamani

¹¹ Art. 142(vecchio): "Agli effetti del presente capo per silicosi deve intendersi una fibrosi polmonare complicata o non a tubercolosi polmonare che, provocata da inalazione di polvere di biossido di silicio allo stato libero, si manifesta particolarmente, ma non esclusivamente, con bronchite ed enfisema e ripercussione sull'apparato circolatorio ed all'esame radiologico con disseminazione diffusa di ombre nodulari miliariformi, confluenti e non".

¹² Art. 143 (vecchio): "Per silice libera, o biossido di silicio allo stato libero, di cui all'articolo precedente ed alla tabella allegato n. 8, si intende si intende sia quella a struttura cristallina, sia quella allo stato amorfo. Ai fini dell'applicazione delle norme di legge e della tabella delle lavorazioni per le quali è obbligatoria l'assicurazione contro la silicosi e l'asbestosi, le rocce, gli abrasivi e i materiali indicati nella tabella medesima si considerano contenenti silice libera o amianto quando questi siano presenti in percentuale tale da poter dare luogo, avuto riguardo alle lavorazioni, ad inalazione di polvere di silice libera o di amianto tale da determinare rischio".

¹³ Art. 144 (vecchio): "Agli effetti del presente capo per asbestosi deve intendersi una fibrosi polmonare che provocata da inalazione di polvere di amianto, si manifesta particolarmente, ma non esclusivamente, con presenza negli alveoli, nei bronchioli e nel connettivo interstiziale di corpuscoli dell'asbesto con tracheobronchiti ed enfisema, ed all'esame radiologico con velatura del campo polmonare o con striature od intrecci reticolari, più o meno intensi, maggiormente diffusi alla base".

con la presenza negli alveoli, nei bronchioli e nel connettivo interstiziale di corpuscoli dell'asbestosi, con tracheobronchite ed enfisema ed all'esame radiologico con velatura del campo polmonare o con striature od intrecci reticolari più o meno intensi, maggiormente diffusi alle basi".

Appare evidente, comunque, pur tenuto conto dell'abrogazione di tali definizioni giuridiche (e quindi della non necessarietà della presenza di nodulazioni tipiche radiografiche), la necessità di far riferimento, per la diagnosi di silicosi o asbestosi, a criteri univoci ed imprescindibili, quale, soprattutto, il carattere evolutivo delle fibrosi in questione, per evitare la connotazione di pneumoconiosi da silice o da asbesto anche per affezioni diverse a carico dell'apparato respiratorio. In tal senso si rimanda, nell'ambito delle principali indagini consigliate in ambito previdenziale, a quanto previsto, nell'ambito degli esami strumentali, nel volume II di "Malattie Professionali Tabellate. Elementi Diagnostici D.P.R. 13 aprile 1994, n. 336", tenendo presente che il protocollo ILO è stato revisionato nel 2000 e rimandando per ulteriori approfondimenti anche ai lavori del Network Italiano Silice (NIS).

Inoltre, a seguito delle modifiche apportate prima dal D. P. R. n. 482/75 e, successivamente, dal D.P.R. 336/94, non è stato più sufficiente decidere sull'esistenza o meno di silicosi o di asbestosi, ma si è resa anche necessaria una diagnosi differenziale con altre affezioni dell'apparato respiratorio causate da polveri.

Diventa così ancora più importante sfruttare le possibilità diagnostiche della radiologia e delle tecniche più avanzate quale la tomografia ad alta risoluzione, sempre valorizzando il carattere evolutivo delle immagini radiografiche.

A parte altre innovazioni riguardanti l'aggiornamento biennale della tabella delle lavorazioni, fondamentale risulta essere l'art. 4 della legge in questione.

Tale articolo prevede che le prestazioni siano dovute:

- a) in tutti i casi di silicosi o di asbestosi – con le loro conseguenze dirette- da cui sia derivata la morte ovvero un'inabilità permanente al lavoro superiore al 20% (superiore al 10% con sentenza n. della Corte Costituzionale del 15.4.81, mentre con il D.lgs. 23 febbraio 2000 anche per tali tecnopatie viene applicato l'articolo 13, per cui la valutazione della silicosi ed asbestosi viene effettuata avendo quale parametro il danno biologico con la possibilità quindi di una corresponsione di un indennizzo in capitale a partire dal 6% o di una rendita dal 16%.
- b) in tutti i casi di silicosi o di asbestosi associate ad altre forme morbose dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio. In questa ipotesi si procede alla valutazione globale del danno.

Tali componenti morbose acquistano rilievo anche nei casi mortali in base al disposto dell'ultimo comma dell'art. 4.

Riguardo, inoltre, all'istituto della revisione, la norma indicata all'art. 5 prevede che –ove in sede di revisione sia accertato un peggioramento derivato dalla silicosi o dall'asbestosi che ha dato luogo alla liquidazione della rendita- assumono rilevanza, agli effetti della anzidetta valutazione, anche le associazioni con le forme morbose degli apparati cardiaco e respiratorio.

È evidente che il termine "associazione", insieme al rilievo dell'estrema varietà delle patologie a carico dei suddetti apparati, ad etiopatogenesi diversa, si presta a diverse interpretazioni più o meno estensive.

L'interpretazione del concetto di malattia associata può essere derivato dalle numerose sentenze emesse dalla Corte di Cassazione sull'argomento.

Innanzitutto, una nozione squisitamente tecnico-scientifica di malattia associata postula *"non la semplice coesistenza ma l'interdipendenza o interazione anatomo-funzionale-eziopatogenetica di essa e della tecnopatia, cosicché, in assenza di un'associazione così intesa, non opera neppure la presunzione di concausalità innovativamente introdotta nel sistema"* (Sent. Corte Cass. N. 698 del 27.1.88).

A chiarimento di quanto sopra può essere riportato anche quanto riferito nella sentenza della Corte di Cass. n. 7668 del 16.10.87: *“la presunzione legale.....di un ruolo causale o concausale nel determinismo della morte dell'assicurato affetto da silicosi o da asbestosi, delle altre forme dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio si fonda sul fatto che tali malattie professionali ledono gli stessi apparati.....”*.

Infine, la corretta applicazione della norma trova una globale interpretazione nella sentenza della Corte di Cass. n. 1887 del 21.2.1987, secondo la quale *“l'art. 4 della legge 27 dicembre 1975, n. 780.....ha ampliato l'ambito della tutela assicurativa (prima limitata alla associazione delle malattie professionali con la tubercolosi polmonare), stabilendo il diritto alle prestazioni assicurative a favore del lavoratore, o dei superstiti, nel caso di inabilità o di morte causata da silicosi o asbestosi anche di minima gravità, associata a qualsiasi altra forma morbosa dell'apparato respiratorio o cardiocircolatorio, ma non ha eliminato l'esigenza del nesso di derivazione causale dell'inabilità o della morte da una delle dette pneumoconiosi. Pertanto tale nesso etiologico deve sussistere anche nel caso di associazione della tecnopatia ad altre affezioni dell'apparato respiratorio o cardiocircolatorio, essendo in tal caso richiesto che tali affezioni abbiano concorso alla produzione dell'inabilità indennizzabile o del decesso, insieme con la malattia professionale, ancorchè questa abbia avuto una minima efficienza concausale, e restando, per contro, la tutela inoperante, alla stregua anche del principio della tassatività delle tecnopatie protette, nell'ipotesi in cui la silicosi o l'asbestosi non abbiano avuto alcuna efficienza causale e l'inabilità o il decesso siano stati causati esclusivamente da una delle altre affezioni dell'apparato respiratorio o cardiocircolatorio associate con le dette malattie professionali”*.

In definitiva, il problema non si pone circa il ruolo causale o concausale della silicosi nella genesi di un tumore polmonare, per esempio. Il problema deve invece essere considerato nei termini di accertare se la tecnopatia ha avuto, in associazione alla forma morbosa e indipendentemente dall'origine di quest'ultima, un ruolo concreto, ancorchè di limitata entità, nella genesi o del peggioramento delle condizioni dell'individuo, e quindi nella riduzione dell'attitudine al lavoro da riconoscere in sede di revisione, o della morte.

Alla luce di quanto sopra, resta comunque inteso che non si può dettare una norma unica, valida sempre, in futuro, ma di volta in volta, in presenza di certe associazioni patologiche, si dovrà esprimere valido giudizio tenuto conto di quanto sopra riportato.

Sempre in tema di revisione si ricorda come per la silicosi e l'asbestosi (assieme alle malattie neoplastiche e alle malattie infettive e parassitarie) la domanda di aggravamento, ai fini della liquidazione della rendita, può essere presentata anche oltre i limiti temporali previsti per gli infortuni e le malattie professionali, con scadenze quinquennali dalla precedente revisione (si veda il comma 4 dell'art. 13 del D.lgs. 38/2000).

Per le tematiche in oggetto è opportuno, comunque, far riferimento alla circolare n. 27/39 del 23 ottobre 1976 ed al Notiziario n. 34 del 20 dicembre 1985, nonchè, per quanto concerne la specifica tutela dei lavoratori colpiti da silicosi associata o no ad altre forme morbose contratta nelle miniere di carbone in belgio e rimpatriati, alla circolare n. 28 del 15 maggio 1982 e alla lettera della D.C. Prestazioni dell'8.01.04.

Silice/Cancro quale possibile posizione?¹⁴

In relazione allo stato attuale delle conoscenze su silice-silicosi-cancro appaiono condivisibili le conclusioni relative alla cancerogenità della silice cristallina così come evidenziato dall'analisi del volume 100 C Monografie IARC 2012.

¹⁴ A cura di A. Goggimani A. Ossicini

Infatti la IARC, in relazione al tumore del polmone, proprio partendo dal fatto che non tutti gli studi alla base della monografia IARC 1997 avevano dimostrato un eccesso di cancro del polmone negli esposti a quarzo e a cristobalite, ha riesaminato la problematica, focalizzando principalmente lo studio sul rapporto dose/risposta; è stato elaborato anche un riassunto di 8 metanalisi pubblicate riguardanti il cancro del polmone (peraltro solo una delle metanalisi includeva studi che consideravano il rapporto dose/risposta) e ha considerato la presenza di silicosi come un biomarcatore della alta esposizione a polvere di silice cristallina.

In considerazione del ruolo svolto dall'entità della esposizione e dalle caratteristiche chimico-fisiche delle particelle di silice (che ne determinano la cancerogenicità) lo studio è stato incentrato essenzialmente su specifiche industrie (diatomee, miniere di metalli, ceramiche, cave, sabbia e pietrisco), sono stati esaminati i "fattori di confondimento", sono stati studiati altri eventuali "organi-bersaglio" (stomaco, apparato digestivo, esofago, rene, laringe), mentre per quanto riguarda il cancro negli animali da esperimento sono stati essenzialmente considerati sufficienti gli studi riportati nella Monografia IARC del 1997, nonché ipotizzati i meccanismi di azione della cancerogenesi della polvere di silice cristallina.

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto sono stati proposti 3 meccanismi di azione studiati nei ratti.

Il primo, partendo dalla inalazione di silice cristallina, vede il coinvolgimento dei macrofagi con rilascio di citochine e chemiochine, con persistenza di infiammazione, ruolo dei neutrofili, citochine, fattori ossidanti, danno epiteliale con proliferazione ed infine alterazioni genetiche e tumore del polmone; questo meccanismo viene considerato il più accreditato ed è un modello già evidenziato nella induzione della silicosi.

Peraltro non possono, a parere del gruppo di lavoro della IARC, essere esclusi altri due meccanismi, che consistono: il primo nell'azione extracellulare dei radicali liberi derivanti dall'azione della silice cristallina che successivamente inducono danno cellulare con proliferazione cellulare dell'epitelio, il secondo basato sull'azione diretta della silice cristallina che, inglobata dalle cellule, determina la formazione di radicali liberi intracellulari che induce la genotossicità.

A tutt'oggi, tuttavia, non è possibile riconoscere con certezza quale di questi meccanismi sia presente nell'uomo esposto a silice cristallina.

La IARC ha quindi così concluso:

- Vi è sufficiente evidenza nell'uomo della carcinogenicità della silice cristallina nella forma di quarzo o di cristobalite. La silice cristallina nella forma di quarzo o di cristobalite può causare cancro del polmone.
- Vi è sufficiente evidenza negli animali da esperimento della carcinogenicità della polvere di quarzo.
- Vi è limitata evidenza negli animali da esperimento della carcinogenicità della tridimite e della cristobalite.
- La silice cristallina nella forma di quarzo o cristobalite può essere cancerogena per l'uomo.

Position paper SIMLII su silice e cancro: posizione dell'Inail

Si rimette integralmente la lettera trasmessa al Presidente SIMLII, da parte dei due membri di diritto all'interno del Consiglio Direttivo, a seguito della presa di posizione dello stesso sul rapporto diretto silice/cancro:

*“In relazione al documento SIMLII, nella sua ultima versione del dicembre 2011, non si può non concordare sulla **complessità della problematica** silice-cancro, anche evidenziata dalla presenza della silice cristallina nel **gruppo 1 della IARC** e dalla contemporanea assenza di tale sostanza tra i cancerogeni nella **lista UE**, nonché dal ruolo svolto dall’entità della esposizione e dalle caratteristiche chimico-fisiche delle particelle di silice, come suggerito anche dai dati sperimentali nell’induzione del tumore. Si era pertanto ritenuto, da parte dell’Inail, che non fosse opportuno un “position paper” della Società in assenza della pubblicazione integrale del volume 100 della IARC, che ha comunque confermato l’inclusione nel gruppo 1 della silice cristallina.*

*È stato ora possibile esaminare la pubblicazione integrale (**volume 100C Monografie IARC**) che, in relazione al tumore del polmone, proprio partendo dal fatto che non tutti gli studi alla base della monografia IARC 1997 avevano dimostrato un eccesso di cancro del polmone negli esposti a quarzo e a cristobalite, hanno riesaminato la problematica, focalizzando principalmente lo studio sul **rapporto dose/risposta**; è stato elaborato anche un riassunto di **8 metanalisi** pubblicate riguardanti il cancro del polmone (peraltro solo una delle metanalisi includeva studi che consideravano il rapporto dose/risposta) e considerata la presenza di **silicosi** come un **biomarcatore** della alta esposizione a polvere di silice cristallina.*

*In considerazione del ruolo svolto dall’entità della esposizione e dalle caratteristiche chimico-fisiche delle particelle di silice (che ne determinano la cancerogenicità) lo studio è stato incentrato essenzialmente su specifiche industrie (diatomee, miniere di metalli, ceramiche, cave, sabbia e pietrisco), sono stati esaminati i “fattori di confondimento”, sono stati studiati altri eventuali “organi-bersaglio” (stomaco, apparato digestivo, esofago, rene, laringe) mentre, per quanto riguarda il **cancro negli animali** da esperimento, sono stati essenzialmente considerati sufficienti gli studi riportati nella **Monografia IARC del 1997**, nonché ipotizzati i meccanismi di azione della cancerogenesi della polvere di silice cristallina.*

*Per quanto riguarda quest’ultimo aspetto sono stati proposti **3 meccanismi di azione** studiati nei **ratti**.*

*Il **primo**, partendo dalla inalazione di silice cristallina, vede il coinvolgimento dei macrofagi con rilascio di citochine e chemiochine, con persistenza di infiammazione, ruolo dei neutrofili, citochine, fattori ossidanti, danno epiteliale con proliferazione ed infine alterazioni genetiche e tumore del polmone; questo meccanismo viene considerato il **più accreditato** ed è un modello già evidenziato nella **induzione della silicosi**.*

*Peraltro non possono, a parere del gruppo di lavoro della IARC, essere esclusi **altri due meccanismi**, che consistono: il primo nell’**azione extracellulare dei radicali liberi** derivanti dall’azione della silice cristallina che successivamente inducono danno cellulare con proliferazione cellulare dell’epitelio, il secondo basato sull’**azione diretta della silice cristallina** che, inglobata dalle cellule, determina la formazione di radicali liberi intracellulari che induce la genotossicità.*

*Comunque a tutt’oggi **non è possibile riconoscere con certezza quale di questi meccanismi sia presente nell’uomo** esposto a silice cristallina.*

La IARC ha quindi così concluso:

- *Vi è **sufficiente evidenza nell’uomo della carcinogenicità della silice cristallina** nella forma di quarzo o di cristobalite. **La silice cristallina nella forma di quarzo o di cristobalite può causare cancro del polmone.***

- Vi è sufficiente evidenza negli animali da esperimento della carcinogenicità della polvere di quarzo.
- Vi è limitata evidenza negli animali da esperimento della carcinogenicità della tridimite e della cristobalite.
- **La silice cristallina nella forma di quarzo o cristobalite può essere cancerogena per l'uomo.**

Sulla base di tale inquadramento non appare, a parere dell'Inail, condivisibile il documento proposto dal gruppo di lavoro SIMLII, che concludeva con: "Appare coerente con quanto complessivamente riportato nel presente documento mantenere, all'attuale stadio delle conoscenze, l'orientamento della UE (e di conseguenza dei relativi recepimenti nazionali) di non etichettare la silice cristallina respirabile con la dicitura H350i (ex R49-carcinogeno per inalazione); tanto più che, come è noto, la **Commissione scientifica ex art. 10 del D.lgs. 38/00**, cui partecipa tra gli altri l'Inail, nei criteri utilizzati per l'aggiornamento delle **liste delle malattie** per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti **ex art. 139 del DPR 1124/65**, aveva "fatto riferimento al sistema IARC senza però trascurare il confronto con le Liste della UE": tale impostazione è stata sostanzialmente riconfermata dalla attuale Commissione relativamente alla criteriologia da adottare.

Inoltre, viste le incertezze sul meccanismo oncogenetico della silice cristallina, l'Istituto non può ancorare il riconoscimento delle neoplasie del polmone nei soggetti esposti a silice libera cristallina alla presenza di un quadro radiologico di silicosi. Si ritiene, infatti, che nell'ambito delle **malattie non tabellate**, quantomeno in via teorica, l'entità dell'esposizione, le caratteristiche chimico-fisiche delle particelle della silice cristallina e quindi il riferimento a particolari settori industriali possano essere fattori di inquadramento e di conseguente **riconoscimento di carcinoma polmonare in esposti a silice, pur in assenza di silicosi radiologicamente evidenziata**.

In tal senso, non essendo ancora gli studi completamente esaustivi, l'Inail è disposto a partecipare a indagini incentrate sulla presenza di lesioni anatomopatologiche patognomiche della silicosi in assenza di silicosi radiologicamente evidente, relativamente ai lavoratori esposti a silice cristallina che abbiano contratto neoplasie polmonari.

Pertanto, pur apprezzando, come già espresso in precedenti occasioni, lo sforzo effettuato dai componenti del gruppo di lavoro in seno alla SIMLII, non si può condividere il documento proposto."

Le malattie asbesto correlate

Oltre che la specifica tutela dell'asbestosi si ricorda, nell'ambito delle patologie causate da asbesto, che nel nostro sistema assicurativo l'Inail tutela le tecnopatie riportate tabellate alla voce 57 della tabella attualmente vigente (DM del 9 Aprile 2008 pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 169 del 21 Luglio 2008), che ha ampliato significativamente quanto previsto alla voce 56 della precedente tabella (DPR 336 del 1994) .

57) MALATTIE DA ASBESTO (esclusa l'asbestosi):		
a) PLACCHE E ISPESSIMENTI PLEURICI CON O SENZA ATELETTASIA ROTONDA (J92)	Lavorazioni che espongono all'azione delle fibre di asbesto.	Illimitato
b) MESOTELIOMA PLEURICO (C45.0)		
c) MESOTELIOMA PERICARDICO (C45.2)		
d) MESOTELIOMA PERITONEALE (C45.1)		
e) MESOTELIOMA DELLA TUNICA VAGINALE E DEL TESTICOLO (C45.7)		
f) CARCINOMA POLMONARE (C34)		

La tutela vige anche per eventuali tecnopatie non specificatamente riportate in tabella tabellate con onere della prova a carico del lavoratore (vedi ad esempio il ca. laringeo e il ca. dell'ovaio o, nei lavoratori della agricoltura, le patologie comunque asbesto-correlate): in tal senso utile riferimento appare il volume 100 C della IARC pubblicato nel 2012 che, in tema di neoplasie in altri organi e apparati, riporta un incremento del rischio di insorgenza di neoplasie in altre sedi, oltre quelle già note (Polmone, Mesotelio delle cavità celomatiche), affermando una sufficiente evidenza nell'uomo di Ca. del Laringe, Ovaio e una limitata evidenza di Ca. Colon retto, Faringe, Stomaco.

In tema di patologie da asbesto due ulteriori attività vedono coinvolto il lavoro dei Dirigenti Medici con riferimento:

- 1) ai benefici previdenziali per i lavoratori esposti all'amianto ex comma 7 della legge n. 257 del 1992, fonte normativa con la quale di fatto ¹⁵è stato affidato all'Inail il compito di certificare il periodo di provata esposizione lavorativa all'amianto ai lavoratori che, a seguito del riconoscimento della malattia professionale asbesto correlata, ne avessero inoltrato richiesta senza che la stessa fosse subordinata ad alcun termine di scadenza. Con la riforma del 2003 intervenuta in materia è stato poi sostanzialmente confermato quanto in precedenza affermato precisando che i benefici si applicano ai lavoratori per i quali sia stata "accertata una malattia professionale a causa dell'esposizione all'amianto, ai sensi del Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124". A tale normativa è stata data attuazione disponendo altresì che "...l'Istituto continuerà a certificare periodi di esposizione all'amianto soltanto ai lavoratori la cui malattia sia stata riconosciuta dall'Istituto stesso, con l'avvertenza che dovranno essere certificati anche i periodi lavorativi di rischio non soggetti all'assicurazione obbligatoria gestita dall'Inail se questi periodi sono stati considerati ai fini del riconoscimento della tecnopatia da amianto;
- 2) al "Fondo per le vittime dell'amianto", istituito con la Finanziaria 2008 presso l'Inail con contabilità autonoma e separata, finanziato per tre quarti dal bilancio dello Stato e per un quarto dalle imprese, disciplinato con il decreto interministeriale n. 30 del 12 gennaio 2011.

Ne sono beneficiari: i lavoratori titolari di una rendita diretta anche unificata ai quali sia stata riconosciuta dall'Inail e dal soppresso IPSEMA una patologia asbesto correlata per esposizione all'amianto e alla fibra "fiberfrax", la cui inabilità o menomazione abbia concorso al raggiungimento del grado minimo indennizzabile in rendita (pari o superiore all'11% in regime testo unico e al 16% in regime danno biologico) nonché i familiari dei lavoratori vittime dell'amianto e della fibra

¹⁵Art. 13, comma 7 della legge n. 257 del 1992, come modificato dalla legge n. 271 del 1993, dispone: "...Ai fini del conseguimento delle prestazioni pensionistiche per i lavoratori che abbiano contratto malattie professionali a causa dell'esposizione all'amianto documentate dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, il numero delle settimane coperto da contribuzione obbligatoria relativa a periodi di prestazione lavorativa per il periodo di provata esposizione all'amianto è moltiplicato per il coefficiente di 1,5".

“fiberfrax”, individuati ai sensi dell’art. 85 del Testo Unico titolari di rendita ai superstiti, qualora la patologia asbesto correlata abbia avuto un ruolo nel determinismo della morte dell’assicurato e, in caso di morte, agli eredi.

IL BENEFICIO: è una prestazione economica aggiuntiva alla rendita percepita, che ne costituisce il presupposto, ed è erogata d’ufficio dall’Inail previo trasferimento dei finanziamenti previsti a carico dello Stato e l’incasso degli oneri previsti a carico delle imprese.

Per l’accesso al beneficio (che decorre dal 1° gennaio 2008) non deve essere presentata alcuna istanza essendo erogato d’ufficio dall’Inail: sono ammessi ricorsi per la mancata erogazione della prestazione aggiuntiva o per l’errata misura corrisposta a titolo di prestazione aggiuntiva.

Per la individuazione della platea dei beneficiari del fondo vi è stata una prima fase di estrazione dei casi dalla banca dati dell’Istituto condotta sulla base di precise codifiche nosologiche (codice A, codice M e agente causale), e là dove le codifiche non hanno consentito di individuare con certezza l’esistenza di una malattia asbesto correlata con diritto al beneficio è stata effettuata una puntuale verifica a livello territoriale attraverso la consultazione del documentale e/o della pratica cartacea disponibile negli archivi, superata tale fase sono state apportate in cartella clinica le necessarie modifiche per evidenziare tutti i casi di patologia asbesto correlata e permettere così, raggiunti i requisiti previsti dalla norma di erogare tale prestazione.

Il Dirigente Medico, anche in tema di patologie da silice e patologie asbesto correlate, si trova ad adempiere ad ulteriori obblighi certificativi rappresentati dal referto ai sensi dell’art. 365 del Codice Penale e dalla denuncia/segnalazione ex art. 139 del D.P.R. 1124/1965 così come modificata dall’art. 10 del D.lgs. 38/2000¹⁶. Per quanto riguarda quest’ultimo adempimento, con finalità epidemiologico/prevenzionale (ma anche “assicurativa” in quanto l’elenco, ai sensi dell’articolo 10, deve tenere sotto osservazione le malattie anche ai fini della revisione delle tabelle di cui agli artt.3 e 211 del testo unico), si riportano nello specifico:

- a) le patologie da silice previste dalle tre liste del Decreto Ministeriale del 10 giugno 2014 (escluse le altre pneumoconiosi da polveri a basso contenuto in silice libera cristallina per le quali si rimanda al predetto decreto):
 - LISTA I (malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità): silicosi polmonare, tumori

¹⁶ D.Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38 “Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell’articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n. 144”.

Art. 10 “Malattie professionali”.

1. Con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, è costituita una commissione scientifica per l’elaborazione e la revisione periodica dell’elenco delle malattie di cui all’articolo 139 e delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 del testo unico, composta da non più di quindici componenti in rappresentanza del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, del Ministero della sanità, del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, dell’Istituto superiore della sanità, del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR), dell’Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), dell’Istituto italiano di medicina sociale, dell’Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), dell’Inail, dell’Istituto di previdenza per il settore marittimo (IPSEMA), nonché delle Aziende sanitarie locali (ASL) su designazione dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Con il medesimo decreto vengono stabilite la composizione e le norme di funzionamento della commissione stessa.

2. Per l’espletamento della sua attività la commissione si può avvalere della collaborazione di istituti ed enti di ricerca.

3. Alla modifica e all’integrazione delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 del testo unico, si fa luogo, su proposta della commissione di cui al comma 1, con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, sentite le organizzazioni sindacali nazionali di categoria maggiormente rappresentative.

4. Fermo restando che sono considerate malattie professionali anche quelle non comprese nelle tabelle di cui al comma 3 delle quali il lavoratore dimostri l’origine professionale, l’elenco delle malattie di cui all’articolo 139 del testo unico conterrà anche liste di malattie di probabile e di possibile origine lavorativa, da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle malattie professionali di cui agli articoli 3 e 211 del testo unico. Gli aggiornamenti dell’elenco sono effettuati con cadenza annuale con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale su proposta della commissione di cui al comma 1. La trasmissione della copia della denuncia di cui all’articolo 139, comma 2, del testo unico e successive modificazioni e integrazioni, è effettuata, oltre che alla azienda sanitaria locale, anche alla sede dell’istituto assicuratore competente per territorio.

5. Ai fini del presente articolo, è istituito, presso la banca dati Inail, il registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate. Al registro possono accedere, in ragione della specificità di ruolo e competenza e nel rispetto delle disposizioni di cui alla legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modificazioni ed integrazioni, oltre la commissione di cui al comma 1, le strutture del Servizio sanitario nazionale, le direzioni provinciali del lavoro e gli altri soggetti pubblici cui, per legge o regolamento, sono attribuiti compiti in materia di protezione della salute e di sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro.

- del polmone in esposti a silice libera cristallina in forma di quarzo e cristobalite;
 - LISTA II (malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità, per le quali non sussistono ancora conoscenze sufficientemente approfondite perché siano incluse nel primo gruppo): sclerodermia, artrite reumatoide e LES;
 - LISTA III (malattie la cui origine lavorativa è possibile, per le quali non è definibile il grado di probabilità per le sporadiche e ancora non precisabili evidenze scientifiche): poliangite microscopica, granulomatosi di Wegener;
- b) le patologie da amianto previste dalle tre liste del Decreto Ministeriale del 10 giugno 2014
- LISTA I (malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità): asbestosi polmonare, tumore della laringe, del polmone e dell'ovaio, mesotelioma peritoneale, mesotelioma pleurico, mesotelioma pericardico, mesotelioma della tunica vaginale del testicolo, placche e/o ispessimenti della pleura.
 - LISTA II (malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità, per le quali non sussistono ancora conoscenze sufficientemente approfondite perché siano incluse nel primo gruppo): tumore della faringe, dello stomaco e del colon-retto;
 - LISTA III (malattie la cui origine lavorativa è possibile, per le quali non è definibile il grado di probabilità per le sporadiche e ancora non precisabili evidenze scientifiche): tumore dell'esofago.

L'Assicurazione obbligatoria dei medici e dei tecnici di radiologia medica contro le malattie e le lesioni da raggi x e da sostanze radioattive¹⁷

Nel T.U. 1124/1965 non vi è lo specifico riferimento alla copertura assicurativa dei soggetti esposti per ragioni lavorative in ambito medico alle radiazioni ionizzanti¹⁸ (r.i.), in quanto tale tutela era già prevista dalla legge **n. 93 del 20 febbraio 1958**, ovvero una speciale gestione a carico dell'Inail, all'epoca riguardante unicamente i medici, sia dipendenti che autonomi, a prescindere dalla loro specializzazione¹⁹ e solo successivamente estesa ai tecnici di radiologia medica autonomi e agli allievi dei corsi (art. 15 della legge n. 1103 del 4 agosto 1965, poi sostituito dall'art. 6 della legge n. 25 del 31 gennaio 1983), mentre per i tecnici dipendenti vigeva già precedentemente una legislazione infortunistica, in seguito transitati nel regime assicurativo ordinario ex T.U.).

Il premio assicurativo della speciale gestione è a carico di colui che risulta essere il proprietario dell'apparecchiatura radiologica o della sostanza radioattiva.

Norme di radioprotezione

La normativa in tema di esposizione a sostanze radiogene è stata da sempre particolarmente florida, relativamente alla tutela dei lavoratori esposti al rischio delle r.i. in ambito medico, la stessa si può sostanzialmente ricondurre in primis al **D.P.R. n. 185 del 13 febbraio 1964** (che descriveva, tra l'altro, le figure dell' "Esperto Qualificato" e "Medico Autorizzato" e la previsione di Schede Dosimetriche Personali) abrogato dal successivo **D.lgs. n. 230 del 17 marzo 1995 e s.m.i.²⁰**. Nel Capitolo II (modificato) di quest'ultimo Decreto vengono riproposte, tra le altre, ben precise

¹⁷ A cura di D. Orsini

¹⁸ Sono invece assicurati secondo quanto previsto dal TU Inail i soggetti esposti alle radiazioni ionizzanti, sia naturali che artificiali, della gestione Industria

¹⁹ Le successive norme di attuazione, Decreto Presidente della Repubblica n. 1055 del 4 agosto 1960, hanno precisato tra l'altro all'articolo 1 come i soggetti assicurati siano tutti i medici "...che compiono funzioni in dipendenza delle quali si trovano esposti al rischio di malattie o di lesioni determinate da radiazioni ionizzanti, sia pure saltuariamente od anche senza attendere o sovrintendere specificatamente all'impiego degli apparecchi radiologici o alle sostanze radioattive"

²⁰ Modificato con il D. lgs. 187/2000 riguardante in particolare la radioprotezione dei pazienti, attuazione della direttiva 97/43/Euratom, e con il D. lgs. 241/2000, recepimento della Direttiva 96/29/Euratom per la radioprotezione di lavoratori e della popolazione

definizioni su tutta la materia relativamente a: apparecchiature, impianti, sostanze utilizzate, personale coinvolto, dosi, esposizioni e relative unità di misura.

Sono ritenuti lavoratori esposti coloro i quali subiscono, come conseguenza della loro attività lavorativa, **una esposizione alle r.i. maggiore ad un qualsiasi limite previsto per le persone del pubblico**, vale a dire: **dose efficace**²¹ per anno solare di 1 mSv, **dose equivalente**²² di 15 mSv per il cristallino, 50 mSv per la pelle (dose media su 1 cm di pelle, indipendentemente dalla superficie esposta) e 50 mSv per mani, avambracci, piedi e caviglie.

Per i suddetti lavoratori non si può superare il limite di dose efficace di 20 mSv anno e comunque devono essere rispettati, sempre per anno solare, i seguenti limiti di **dose equivalente**:

- 150 mSv per il cristallino
- 500 mSv per la pelle (dose media su 1 cm di pelle, indipendentemente dalla superficie esposta)
- 500 mSv per mani, avambracci, piedi e caviglie

Sulla scorta degli accertamenti praticati dall'esperto qualificato, i lavoratori esposti sono collocati in due categorie:

- **Categoria A**, lavoratori suscettibili ad esposizione, per anno solare, ad uno dei seguenti valori: 6 mSv di **dose efficace** oppure tre decimi di uno qualsiasi dei limiti di **dose equivalente** fissati per il cristallino, per la pelle o per mani, avambracci, piedi e caviglie. La relativa area lavorativa in cui operano è classificata come **Zona Controllata**. La sorveglianza medica dei lavoratori di categoria A è assicurata dal medico autorizzato.
- **Categoria B**, tutti i lavoratori che non vengono ritenuti classificabili nella categoria A. La relativa area lavorativa, in cui sussiste il rischio di superamento dei limiti di dose fissati per le persone del pubblico (v. sopra), è classificata come **Area Sorvegliata**. La sorveglianza medica di questi lavoratori può essere assicurata anche dal solo medico competente.

Il principio di giustificazione e di ottimizzazione

Il **D.lgs. 187/2000**, già richiamato in nota, avente per oggetto l'"Attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche", ben puntualizza le due principali figure professionali cui viene demandata l'applicazione dei principi di giustificazione e di ottimizzazione: **il prescrittore e lo specialista**, che devono pertanto cooperare a tali fini.

In particolare: "Il prescrittore e lo specialista, per evitare esposizioni non necessarie, si avvalgono delle informazioni acquisite o si assicurano di non essere in grado di procurarsi precedenti informazioni diagnostiche o documentazione medica pertinente alla prevista esposizione" (articolo 3 comma 5).

Particolare richiamo in caso di stato di gravidanza, v. articolo 10 comma 2²³. Nel caso in cui l'indagine diagnostica o la terapia non possano essere procrastinate si dovrà informare la donna o chi per essa dei rischi derivanti all'eventuale nascituro. Nel caso in cui si debba procedere

²¹ Rappresenta il rischio che grava complessivamente sull'individuo

²² Indica il rischio specifico cui è esposto il singolo tessuto o organo

²³ "Lo specialista considera la dose che deriverà all'utero a seguito della prestazione diagnostica o terapeutica nei casi in cui la gravidanza non possa essere esclusa. Se la dose è superiore a 1 mSv, sulla base della valutazione dosimetrica, pone particolare attenzione alla giustificazione, alla necessità o all'urgenza, considerando la possibilità di procrastinare l'indagine o il trattamento.

comunque all'esposizione, lo specialista deve porre particolare attenzione al processo di ottimizzazione riguardante sia la madre che il nascituro.

La buona pratica impone quindi sempre un'adeguata valutazione di ogni singolo caso, sia da parte del medico prescrivente sia da parte dello specialista radiologo²⁴. Quest'ultimo può, infatti, secondo norma, rifiutare la prestazione richiesta fornendo però circostanziate motivazioni e, in ogni caso, previo confronto diretto con il medico prescrivente, proporre soluzioni alternative (refertazione di altri esami in possesso dell'assicurato, proposta di altra tipologia di accertamenti ovvero procrastinare l'indagine anche in base all'evoluzione attesa della specifica patologia in questione).

Nel merito si ricorda che gli aspetti di protezione sanitaria contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche si applicano anche alle persone soggette alle procedure accertative a finalità medico legali (art. 1, comma 2, del succitato D.lgs.) e per le quali vi è un chiaro richiamo anche all'articolo 4, comma 6: *“Particolare attenzione deve essere posta a che la dose derivante da esposizione medico-legale di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), sia mantenuta al livello più basso ragionevolmente ottenibile”*.

Oggetto della speciale gestione Inail

Le prestazioni della speciale gestione sono le seguenti:

- una rendita per inabilità permanente (all'epoca di grado superiore al 20%, successivamente, con sentenza della Corte Costituzionale n. 246 del 25 novembre 1986, di grado superiore al 10%)²⁵
- una rendita ai superstiti ed un assegno una tantum in caso di morte
- le cure mediche e chirurgiche, erogate dal S.S.N. a seguito della legge n. 833 del 23 dicembre
- la fornitura di apparecchi di protesi
- le conseguenze della “folgorazione” in quanto connessa con l'esercizio dell'attività radiologica

Non è prevista la corresponsione di una indennità per l'inabilità temporanea assoluta per i medici esposti, né per i tecnici sanitari di radiologia medica (TSRM) autonomi, mentre ai TSRM dipendenti, essendo assicurati secondo la forma ordinaria, tale prestazione è dovuta.

Non è previsto il limite revisionale²⁶ al grado d'invalidità, **il periodo massimo d'indennizzabilità dalla cessazione della esposizione al rischio è di dieci anni**, in quanto le sentenze n. 179 del 10 febbraio 1988 e n. 206 dell'11 febbraio 1988 della Corte Costituzionale, trattate in altra parte della presente pubblicazione, non hanno preso in considerazione la disciplina assicurativa per i medici radiologi e per i tecnici di radiologia che pertanto rimane immodificata (**cf. circolare n. 23 del 12 maggio 1988: “...Medici radiologi. Le sentenze in parola non hanno preso in considerazione la disciplina assicurativa per i medici radiologi che pertanto rimane immodificata”**).

L'iter medico-legale per riconoscimento della natura professionale delle neoplasie in esposti a radiazioni ionizzanti.

Il calcolo della probabilità di causa

La progressiva evoluzione tecnica delle apparecchiature di radiologia medica ha contribuito in

²⁴ Tale previsione normativa comporta un'attenta disamina degli aspetti organizzativi legati alla presenza nella struttura dello specialista radiologo, per i citati aspetti di giustificazione e ottimizzazione delle prescrizioni radiodiagnostiche (preliminarmente all'esecuzione dell'indagine da parte del tecnico sanitario di radiologia medica)

²⁵ Attualmente valutazione secondo D.Lgs 38/2000 (danno biologico) ancorché in assenza di uno specifico richiamo nel Decreto stesso

²⁶ Art. 1 legge 17 marzo 1975 n. 68 “Le revisioni del grado di invalidità non sono soggette al termine di quindici anni disciplinato dall'art. 137 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124”

maniera rilevante all'abbattimento dei livelli di esposizione un tempo riscontrabili, comportando di conseguenza una diminuzione dei quadri patologici più severi a carico degli esposti.

Gli effetti conseguenti all'esposizione delle r.i. vengono classicamente distinti in:

- **effetti immediati** (effetti somatici deterministici, dose dipendenti, quali: sindrome acuta da irradiazione, radiodermite, infertilità e cataratta)
- **effetti tardivi** (effetti somatici stocastici probabilistici, ipotizzati dose indipendenti, quali: tumori solidi e leucemie)
entrambi a carico dell'individuo irradiato
- **effetti genetici** a carico della sua progenie, sempre di tipo stocastico probabilistico quali: mutazioni geniche, aberrazioni cromosomiche

L'articolo 10 della legge n. 93 del 20 febbraio 1958, istitutiva della "Speciale gestione" Inail per le malattie causate dalle r.i. prevede che: *"Alla denuncia di malattia o di lesione sono obbligati a provvedere i medici che per primi abbiano visitato gli ammalati. La denuncia deve essere fatta entro cinque giorni dalla data della visita su modulo²⁷ fornito gratuitamente dall'Istituto assicuratore agli Ordini dei medici e dovrà contenere tutte le notizie ed indicazioni che consentano la più esatta individuazione della malattia o lesione presentata. Se si tratta di malattia o di lesione, ivi compresa la folgorazione, che abbia prodotto la morte o per la quale è preveduto il pericolo di morte, la denuncia deve essere fatta per telegrafo entro ventiquattro ore dalla visita o dalla constatazione della morte"*.

Nella successiva tabella 1 sono riportate le malattie causate dalle r.i. come previste alla voce 81 dell'ultimo aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali (D.M. 9 aprile 2008, pubblicate in Gazzetta Ufficiale, S.G., 21.7.2008).

Tabella 1

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
81) MALATTIE CAUSATE DA RADIAZIONI IONIZZANTI:		
a) RADIODERMITE (L58)	Lavorazioni che espongono alle radiazioni ionizzanti.	1 anno
b) OPACITA' DEL CRISTALLINO (H26.9)		2 anni
c) SINDROME EMOCITOPENICA (D61.2)		5 anni
d) TUMORI SOLIDI (C97)		Illimitato
e) TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO (C96.9)		Illimitato
f) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A RADIAZIONI IONIZZANTI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		5 anni

Nella ricostruzione del nesso causale tra tumori ed esposizione a r.i. valgono, ovviamente, le stesse indicazioni criteriologiche che devono essere osservate per gli altri rischi lavorativi da sostanze ritenute cancerogene per l'uomo (ovviamente certezza della diagnosi, rispetto del periodo di latenza, accurata ricostruzione anamnestica, acquisizione di idonea documentazione sul rischio, evidenze epidemiologiche in letteratura, in particolare dalle monografie IARC, applicazione del criterio dell'equivalenza delle cause -vedi in proposito la Lettera del Direttore Generale Inail del 16 febbraio 2006, prot.n. 7876/bis).

²⁷ Modello 106/I non più in uso. Per la denuncia di malattia si utilizza oggi il modello 5 SS in uso per tutte le altre malattie professionali

Nella valutazione del rischio da r.i. inoltre viene utilizzato in Inail, da oltre un decennio, il **calcolo della Probabilità di Causa (PC)** come ulteriore ausilio alla diagnosi medico-legale.

La possibilità di effettuare tale calcolo è dovuta al fatto che, diversamente da quasi tutti gli altri rischi professionali, negli esposti alle r.i. si può risalire con accuratezza a tutta la storia lavorativa del soggetto, alla sua classificazione, alla tipologia di radiazioni, alle dosi assorbite e le modalità di esposizione. La registrazione di tali dati (schede personali e dosimetrie) è infatti da tempo prevista (fin dal D.P.R. n. 185 del 13.2.1964) e quindi disponibile²⁸ per una concreta valutazione del rischio.

Il calcolo della PC, in un'iniziale fase sperimentale con relativo monitoraggio, è stato effettuato a livello Centrale, successivamente decentrato alle ConTARP²⁹ regionali. In proposito si veda la nota della Sovrintendenza Medica Generale dell'Inail dell' 8 gennaio 2008, con la quale venivano fornite le istruzioni operative.

La nota conteneva anche un preciso richiamo alla documentazione indispensabile da allegare alle richieste: il "Modello informativo per il calcolo della PC" (vedi allegato 1), con compilazione del quadro del "tabagismo" in caso di tumori polmonari, la scheda dosimetrica personale³⁰, una dettagliata anamnesi lavorativa sulla specifica attività comportante esposizione a r.i.

Il calcolo è riassunto in una tabella con i valori della PC riscontrati allo 0, 5, 50, 95, 99 percentile. Il valore espresso in % da prendere in considerazione è quello corrispondente al 95° percentile (in analogia con l'intervallo di confidenza (IC) in uso negli studi statistico-epidemiologici delle malattie) che consente di valutare il grado di probabilità dell'attribuzione all'esposizione alle r.i. della patologia neoplastica denunciata (vedi in tabella 2 la scala quali-quantitativa della PC).

²⁸ documentazione custodita presso l'ISPESL (oggi Inail) ai sensi del D. Lgs 230/1995

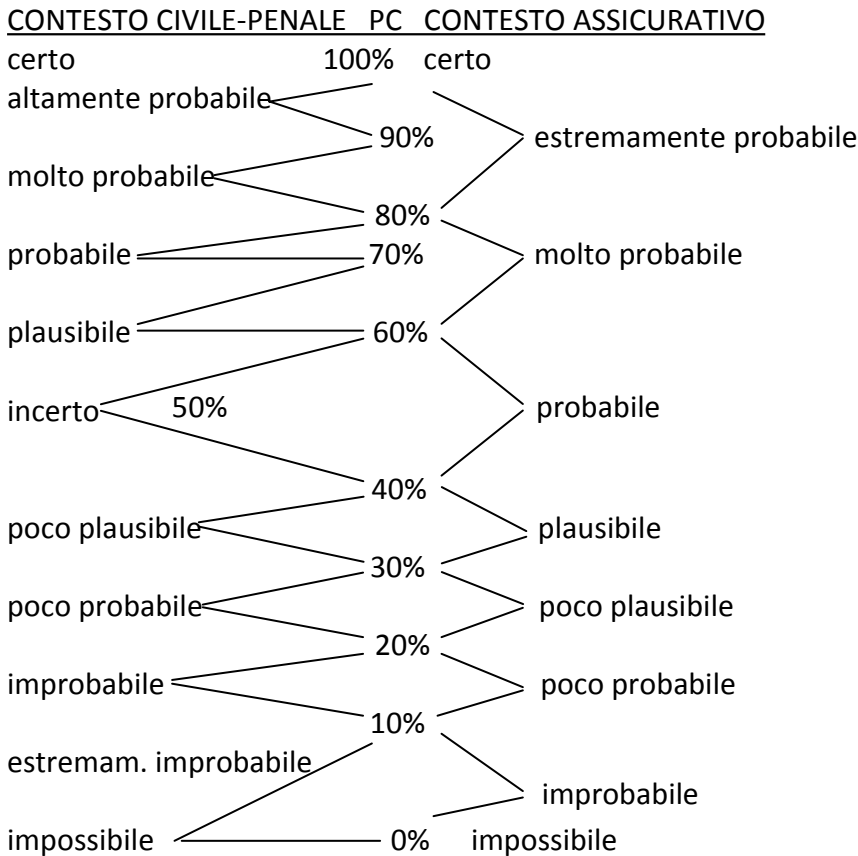
²⁹ Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione

³⁰ In presenza di "dose attribuita o amministrativa" dell'Esperto Qualificato, per anni privi di "dosimetria reale" (art. 6 del D.M. 6.6.1968) la stessa non viene presa in considerazione nel calcolo della PC, trattandosi di valutazione esclusivamente cautelativa a scopi protezionistici, salvo particolari situazioni per le quali si rimanda alla citata nota.

Tabella 2

(da Giorgio Trenta - III Convegno Nazionale Medicina Legale Previdenziale Inail - S. Margherita di Pula -Ca-, ottobre 2000)

SCALA QUALI-QUANTITATIVA DELLA PC



Ad esempio, a un valore di PC = 60% abbiamo 60 probabilità su 100 che la neoplasia sia stata causata dall'esposizione a r.i. (in soggetto la cui "PC reale" ha il 95% (95° percentile) di probabilità di ricadere in detto valore).

Certamente le stime quantitative del rischio di tumore da radiazioni ionizzanti sono affette da numerose fonti di incertezza³¹.

Un approccio pragmatico alla valutazione del rischio prevede che tali incertezze siano conosciute ed attentamente valutate, effettuando una stima quantitativa dell'errore, mentre altre purtroppo non possono essere quantificate ma se ne può solo stimare l'entità con l'ausilio di modelli statistici.

Sempre in tema di determinazione del nesso causale utile è anche ricorrere al principio della radiosensibilità dei vari tessuti la quale è direttamente proporzionale alla loro attività mitotica ed

³¹ **Fonti di incertezza della PC:** limitatezza dei dati epidemiologici; incertezza nella costruzione e nell'uso dei modelli utilizzati per descrivere i dati Life Span Study (LSS) osservati per tutta loro vita negli esposti alle bombe di Nagasaki e Hiroshima; incertezza sugli effetti cancerogeni causati da diverse tipologie di radiazioni ionizzanti; incertezza sulla relazione tra l'intensità di dose ed il livello di rischio di cancro prodotto; incertezza sull'estrapolazione del rischio dalla popolazione giapponese a quella statunitense (e da questa a quella italiana) per fattori etnici e geografici; influenza di altri fattori cancerogeni di tipo occupazionale, ambientale, o alimentare (fumo, consumo di alcool, dieta, altre esposizioni occupazionali, inquinamento, radiazioni mediche, infezioni virali, etc.); incertezza sui livelli di dose della radiazione a cui una persona è stata esposta

inversamente proporzionale al loro grado di differenziazione cellulare (vedi tabella 3, da UNSCEAR 2006, Comitato Scientifico delle Nazioni Unite sugli Effetti delle Radiazioni Atomiche).

Tabella 3

SITO	FORZA ASSOCIAZIONE	RADIOINDUCIBILITÀ
SIST. EMOLINFOP. (Leucemia)	+++++	Forte evidenza di associazione
STOMACO	++++	Evidenza di positività associativa
COLON	++++	È inducibile
TRACHEA, BRONCHI, POLMONI	++++	C'è associazione
PELLE (non melanoma)	++++	Forte evidenza con basalioma
MAMMELLA	++++	C'è evidente associazione
TIROIDE	++++	Altamente suscettibile
ESOFAGO	+++	C'è associazione
FEGATO	+++	Forte correlazione
GH. SALIVARI	++	Sono suscettibili all'induzione
DUODENO E TENUE	++	Non sono fortemente inducibili
OVAIO	++	C'è evidenza anche se non forte
VESCICA	++	C'è associazione
PANCREAS	+	Ammesso che ci sia, evidenza minima
OSSO E CONNETTIVO	+	(Sarcoma in bambini irradiati)
RENI	+	Evidenza debole
SNC	+	Evidenza non forte
LINFOMA NON HODGKIN	+	Evidenza molto scarsa
MIELOMA MULTIPLO	+	Evidenza debole
RETTO	-	Evidenza assente o debole
MELANOMA	-	Evidenza assente o debole
UTERO	-	Evidenza non chiara
LINFOMA DI HODGKIN	-	Indicazioni non chiare
PROSTATA	-	Debole indicazione

Allegato 1

MODULO INFORMATIVO PER IL CALCOLO DELLA P.C. PER TUMORI DA R.I.											
Cognome e nome Assicurato				N° M.P.		Data denuncia				Sede INAIL	
Sesso		Anno Nascita		Anno tumore 1 ¹		Anno tumore 2		Anno tumore 3			
Maschio	<input type="checkbox"/>	Femmina	<input type="checkbox"/>								
Modello di tumore ^{2,3}											
Oral Cavity and Pharynx [140-149, 230.0, 235.0, 235.1]				Breast [174, 175, 233.0, 238.3, 239.3]							
Esophagus [150, 230.1]				Ovary [183, 233.3, 239.5]							
Stomach [151, 230.2, 235.2]				Female Genitalia, excl. ovary [179-182, 184, 233.1, 233.2, 233.3, 236.0, 236.1, 236.3, 239.5]							
Colon [153, 230.3, 235.2]				All Male Genitalia [185-187, 233.4, 236.4, 236.5, 236.6, 239.5]							
Rectum [154, 230.4, 230.5, 230.6, 235.2]				Bladder [188, 233.7, 236.7, 239.5]							
All digestive [152, 158, 159, 230.7, 230.9, 235.4, 235.5, 239.0]				Urinary organs, excluding bladder [189, 233.9, 236.9, 237.2, 239.5]							
Liver [155.0, 155.2, 230.8, 235.3]				Eye [190, 234.0]							
Gallbladder [155.1, 156]				Nervous system [191-192, 237.3, 237.5, 237.6, 237.7, 237.9, 239.6, 239.7]							
Pancreas [157]				Thyroid [193, 237.0, 237.1, 237.4, 237.9]							
Lung [162, 231.1, 231.2, 235.7, 239.1]				Other endocrine glands [194, 239.7]							
Other respiratory [160, 161, 163-165, 231.0, 231.8, 231.9, 235.6, 235.8, 235.9, 239.1]				Other and ill-defined sites [195, 234.8, 234.9, 238.8, 238.9, 239.8, 239.9]							
Bone [170, 238.0]				Lymphoma & multiple myeloma [200-203, 238.5, 238.7]							
Connective tissue [171, 238.1]				Leukemia, excl. CLL [204-208, excl. 204.1]							
Malignant melanoma [172, 232, 238.2]				Acute Lymphocytic Leukemia [204.0, 204.9, 208.0]							
Non-melanoma skin-Basal Cell [173, 232, 238.2, 239.2]				Acute Myeloid Leukemia [205.0, 205.9, 208.0]							
Non-melanoma skin-Squamous Cell [173, 232]				Chronic Myeloid Leukemia [205.1, 208.1]							
Etnia ⁴						Tabagismo ⁵					
Bianco non ispanico						mai fumato					
Bianco ispanico						ex fumatore					
Nero						Fumatore, quantità non nota					
Asiatico o delle isole del pacifico						<10 sigarette/giorno					
Indiano americano o nativo dell'Alaska						10-19 sigarette/ giorno					
						20-39 sigarette/giorno					
						>40 sigarette/giorno					
Note											

Data compilazione ___/___/_____

Il Medico Incaricato

Note

- ¹ Inserire l'anno di diagnosi del tumore primario. Nel caso di più tumori primari, inserire l'anno di diagnosi per ogni tumore.
- ² I modelli di tumore si riferiscono all'impiego del software NIOSH-IREP. Dopo ogni modello, tra parentesi quadre, sono riportati i codici ICD-9 corrispondenti (<http://www.icd9data.com>). La tabella di correlazione tra i modelli e la loro descrizione è riportata nell'allegato VI delle "Linee Guida utili al riconoscimento dei tumori correlati all'esposizione professionale a radiazioni ionizzanti per mezzo della probabilità di causa" (INAIL - CONTARP, Dicembre 2007).
- ³ Nel caso di più tumori primari, inserire nel riquadro corrispondente al modello di tumore il numero (1, 2 o 3) dell'anno di diagnosi.
- ⁴ Da riempire solo in caso di tumore alla pelle.
- ⁵ Da riempire, se si è in possesso dell'informazione, solo in caso di tumore al polmone. Per "mai fumato", si intende meno di 100 sigarette totali prima della diagnosi di tumore. Per "ex fumatore", si intende smesso da oltre 5 anni antecedenti alla diagnosi di tumore. Le altre voci si riferiscono al periodo tra la diagnosi di tumore e i 5 anni precedenti.

Modulo informativo da compilarsi a cura del medico di sede

Capitolo 6. Criteriologia della valutazione del danno specialistico

Le menomazioni dell'apparato respiratorio: criteriologia e valutazione medico-legale¹

Introduzione

La valutazione del danno per menomazioni dell'apparato respiratorio costituisce procedura medico legale tra le più complesse (1). Le ragioni di ciò riposano nella difficoltà di estrapolare dall'iter diagnostico dati congruenti e di univoca interpretazione e di coniugare elementi clinici con quelli strumentali [sui quali, peraltro, risultano essenzialmente fondati i riferimenti tabellari di comune uso in responsabilità civile (2, 3, 4, 5, 6)]. Al contrario, in ambito assicurativo Inail sono temperate le difficoltà conosciute nella valutazione del danno alla persona di rilevanza civile e assicurativa privata, ove i pregiudizi dell'apparato respiratorio costituiscono casistica minoritaria rispetto ad altri quadri menomativi (si pensi al rapporto ordinariamente esistente tra pregiudizi d'interesse osteoarticolare e quelli respiratori). Come anticipato, questi ultimi, invece, sono estremamente valorizzati nel settore dell'assicurazione sociale ove la necessità di stimare il danno biologico anche da pneumopatia professionale impone un frequente ricorso a tale pratica valutativa (7).

A fronte delle difficoltà richiamate, la valutazione delle menomazioni dell'apparato respiratorio vedono, invece, attenuate, soprattutto per il danno biologico differenziale, le problematiche innescate dalle divergenze degli strumenti valutativi², difformità di indicazioni valutative che rappresentano motivo di frequente contenzioso tra ambito Inail e settore responsabilità civile (R.C.). Infatti, per la valutazione dell'insufficienza respiratoria in R.C. ed in assicurazione sociale sono adottati le stesse indicazioni tabellari (8, 9, 10, 11).

In via preliminare va riaffermato come l'Inail tuteli le malattie dell'apparato respiratorio, di natura traumatica e causate dal lavoro, erogando prestazioni di natura economica (secondarie alla stima del pregiudizio biologico) ma anche sanitarie, solo indirettamente correlate alle medesime valutazioni.

Le prestazioni nel loro complesso, quindi, sono finalizzate non solo alla cura e riabilitazione dell'infortunato e del tecnopatico, ma anche al ristoro economico del danno subito, inteso sia in termini di pregiudizio anatomico-funzionale di natura biologica che in termini di pregiudizio della capacità di produrre reddito. Ma perché la tutela possa essere pienamente operativa è necessario che sia accertata l'esistenza della patologia respiratoria, che questa sia causalmente correlabile al lavoro, in termini infortunistici e/o occupazionali e che produca un pregiudizio anatomico e/o funzionale medico-legalmente valutabile.

In quest'ottica assume rilevanza capitale l'applicazione di un corretto iter diagnostico, clinico e strumentale, che permetta l'accertamento della lesione/malattia, la sua natura e definizione eziologica, la diagnosi differenziale con la patologia comune, l'accertamento quali-quantitativo della menomazione.

Le finalità del presente contributo, proprio per le ragioni sopra anticipate, sono quelle di procedere attraverso l'analisi preliminare e propedeutica delle indagini diagnostiche onde pervenire, secondo un logico iter qualificativo medico legale, alle ipotesi di valutazione del pregiudizio in parola.

¹ A cura di Patrizio Rossi, Pasquale Antonio Di Palma, Anna Rita Pecoraro

² Al riguardo va, infatti, rilevato come il legislatore non abbia inteso configurare, in ambito previdenziale, un danno biologico ontologicamente diverso da quello civilistico, ma ha soltanto attribuito una differente rilevanza giuridica, nei due ambiti, alle conseguenze derivanti dalla medesima menomazione. Dall'enunciato di cui sopra, laddove condivisibile, dovrebbe derivare che i *barèmes* di valutazione delle menomazioni, nei due ambiti, indennitario e risarcitorio, dovrebbero essere se non identici quanto meno ricondotti ad omogeneità e coerenza. Ciò, d'altro canto, appare un presupposto necessario per consentire che l'introduzione della tutela indennitaria del danno biologico possa produrre l'effetto collaterale di razionalizzazione e raccordo tra la tutela indennitaria, l'azione risarcitoria del lavoratore nei confronti dei soggetti responsabili dell'evento lesivo e l'azione di rivalsa dell'Inail nei confronti dei medesimi soggetti. È, invece, logica conseguenza delle esposte differenze strutturali e funzionali tra sistema risarcitorio e sistema indennitario la diversità delle tabelle del valore punto nei due ambiti.

Diagnostica e semeiotica clinica, radiografica ed EGA analitica del pregiudizio respiratorio in ambito Inail

Semeiologia clinica e di laboratorio

L'*anamnesi* rappresenta il primo *step* diagnostico in ambito Inail, non solo per l'accertamento delle cause e circostanze cui segue la lesione infortunistica, ma assume rilevanza cruciale soprattutto in ambito di definizione di malattia professionale, perché rappresenta un momento chiave per l'orientamento in senso tecnopatologico della patologia respiratoria, in diagnosi differenziale con la patologia comune.

Vanno ricercati eventuali familiarità per patologie a carattere eredo-familiare, abitudini voluttuarie e/o hobbies che esponano a fattori di rischio extralavoro, presenza di patologie concomitanti, uso di farmaci, rischio di inalazione di allergeni.

L'anamnesi professionale dovrà scandagliare tutta la vita lavorativa, con particolare attenzione alle mansioni svolte e relativi periodi temporali di svolgimento, al fine di individuare adibizione a lavorazioni morbigene e/o esposizione a sostanze nocive.

La sintomatologia clinica, soggettiva ed obiettiva, mentre in ambito infortunistico si pone come elemento guida per la diagnosi della lesione, in ambito tecnopatologico spesso è aspecifica e poco dirimente per la diagnosi eziologica. Orienta, comunque, nella diagnosi di malattia ed aiuta nell'apprezzamento della menomazione respiratoria.

Il **dolore** toracico è un sintomo presente nelle patologie interessanti la parete toracica o la pleura parietale poiché i polmoni, la pleura viscerale ed i bronchi periferici non hanno innervazione sensitiva.

Le cause di dolore toracico sono molteplici e tra queste anche patologie extratoraciche.

Indicazioni utili possono derivare dalla sede del dolore e dalle sue correlazioni con gli atti respiratori.

L'associazione del dolore con alterazioni del respiro, cianosi e dispnea fino ai sintomi dello shock, è in genere indicativa di lesioni parenchimali con le loro conseguenze dirette (emo-pneumotace) e complicazioni mediastiniche.

La **dispnea** rappresenta il sintomo più emblematico di una patologia respiratoria.

Le modalità di insorgenza della dispnea, improvvisa o dopo sforzo, possono fornire indicazioni per l'orientamento nosografico (ostruzione acuta, traumi complessi, patologie croniche evolutive).

La dispnea di origine respiratoria, va differenziata dalla dispnea di origine cardiaca, più propriamente definita ortopnea, legata alla congestione venosa polmonare, seppure in alcune condizioni i due stati morbosi possono coesistere.

La dispnea costituisce anche un parametro di riferimento per la valutazione medico-legale dell'impairment respiratorio, essendo essa correlata al deficit funzionale d'organo, in particolare nella percentualizzazione del danno afferente alle tecnopatie respiratorie.

Trattandosi di un sintomo condizionato dalla "percezione soggettiva individuale" e potendo essere indotta anche da cause extrapolmonari, essa non permette una valutazione puntuale e rispondente all'effettiva entità del deficit respiratorio.

Tuttavia, insieme con altri elementi clinici e strumentali, rappresenta comunque un indice per la graduazione del danno afferente alle classi grave e severa dell'insufficienza respiratoria.

La sua gravità può essere misurata secondo scale di valutazione, tra cui, molto diffuse in ambito clinico ed occupazionale, la scala di Fletcher (Tab. 1) e la MMRC (*Modified Medical Research Council Dyspnea Scale*) (Tab. 2) redatte sotto forma di questionario.

In ambito medico-legale possono rivelarsi molto utili le scale di Sadoul e di Watters, essendo più espressamente calibrate sulle limitazioni indotte dalla dispnea nell'ambito della vita quotidiana. In

particolare la scala di Watters, che propone un punteggio da 0 a 20, si pone a questo riguardo come riferimento valutativo estremamente dettagliato e puntuale.

Tab 1 - Scala di Fletcher

Grado	Sintomatologia
0	Assenza di dispnea
1	Dispnea nel salire una rampa di scale o camminando a passo svelto in pianura
2	Dispnea camminando a passo normale in pianura
3	Dispnea camminando in pianura a passo normale con necessità di sosta
4	Dispnea a riposo

Tab 2 - MMRC Dyspnea Scale

Grade	Description of Breathlessness
0	I only get breathless with strenuous exercise.
1	I get short of breath when hurrying on level ground or walking up a slight hill.
2	On level ground, I walk slower than people of the same age because of breathlessness, or have to stop for breath when walking at my own pace.
3	I stop for breath after walking about 100 yards or after a few minutes on level ground.
4	I am too breathless to leave the house or I am breathless when dressing.

La **tosse** costituisce un altro sintomo comune delle affezioni respiratorie. Può essere secca come nel caso di inalazione di sostanze irritanti, o produttiva con espettorato in caso di infezioni dell'albero respiratorio.

Una tosse cronica con espettorato, soprattutto mattutino, della durata superiore a 3 mesi l'anno negli ultimi 2 anni permette la diagnosi di bronchite cronica. Una tosse parossistica può costituire il primo sintomo di un'asma bronchiale.

La **cianosi** caratterizza clinicamente una condizione di insufficienza respiratoria e si osserva nelle affezioni respiratorie in cui è compromessa la ventilazione e/o la diffusione alveolo-capillare dei gas.

La cianosi da insufficienza respiratoria è una cianosi "centrale", dovuta cioè ad una ridotta saturazione arteriosa di ossigeno (HbO₂ inferiore all'85%), ed è più evidente alle mucose (congiuntive, lingua), a differenza della cianosi periferica, legata ad una maggiore estrazione di O₂ a livello tissutale e pertanto più evidente nelle parti più distali.

Tuttavia nelle broncopneumopatie croniche le due condizioni sono spesso indistinguibili per ridotta portata cardiaca che consegue alla contemporanea compromissione anche dell'apparato cardiaco (cuore polmonare).

In ambito infortunistico i **rilievi obiettivi** possono rappresentare degli indicatori preziosi per la diagnosi a cominciare dall'ispezione.

La presenza di deformazioni del torace o di volet costale è tipica delle fratture della gabbia toracica, così come le crepitazioni apprezzabili palpatariamente.

L'edema del volto e le emorragie sottocongiuntivali depongono per una compressione toracica.

Variazioni del suono polmonare nel senso di iper o ipo-fonesi indicano rispettivamente un aumento del contenuto aereo, come nello pneumotorace, o "massa occupante spazio" come in caso di versamento pleurico, mentre in entrambi i casi il MV non sarà apprezzabile.

La presenza di sibilo in- ed espiratorio caratterizza uno pneumotorace aperto ("ferita soffiante").

Invece essi sono il più delle volte aspecifici nelle patologie croniche, essendo sostanzialmente comuni a tutte le affezioni respiratorie.

Nelle patologie con diminuzione della *compliance* polmonare si potranno rilevare ipoespandibilità degli emitoraci ed ipomobilità delle basi.

La presenza di ippocratismo digitale o unghie “a vetrino di orologio” tradisce uno stato di ipossiemia cronica.

Generalmente in presenza di aumento del contenuto aereo nel parenchima polmonare si reperta una diminuzione del FVT con iperfonesi, mentre gli addensamenti parenchimali sono caratterizzati da aumento del FVT con ipofonesi.

Ascoltatoriamente il murmure vescicolare presenta variazioni estremamente aspecifiche e poco indicative dal punto di vista diagnostico, i rumori secchi (sibili, fischi) si apprezzano in caso di stenosi delle vie bronchiali mentre i rumori umidi (rantoli, crepitii) sono indicativi di presenza di essudato o trasudato.

In alcuni casi tali rumori possono assumere un timbro caratteristico, come i rumori “a velcro” apprezzabili in caso di fibrosi polmonare, oppure non modificabili con i colpi di tosse come gli sfregamenti pleurici.

Un valido strumento nella semeiotica clinica è rappresentato dal **6' walking test**, che misura la distanza percorsa in sei minuti, con rilievo di una eventuale desaturazione ossiemoglobinica durante attività fisica. Pur non essendo dotato di particolare valore in termini eziologici e differenziali, fornisce utili informazioni sulla performance respiratoria del paziente durante le quotidiane attività, senza peraltro presentare alcuna controindicazione in ambito diagnostico medico-legale, non essendo né un test da sforzo né una metodica invasiva.

I comuni **esami di laboratorio** sono aspecifici, mentre più significativi, soprattutto in termini di diagnosi eziologica e differenziale in ambito tecnopatico, sono gli accertamenti immunoallergologici, quali prick-test, PRIST, RAST, (asma bronchiale), la ricerca delle immunoprecipitine sieriche (AAE), gli autoanticorpi (fibrosi polmonari in malattie autoimmuni).

L'**esame citologico** del liquido di lavaggio bronco-alveolare (BAL) rappresenta una valida indagine di laboratorio dotata di discreta sensibilità e specificità nella diagnosi di molte malattie polmonari.

La conta e la tipizzazione delle popolazioni cellulari presenti nel liquido di lavaggio permettono la diagnosi di molte malattie respiratorie (pneumoconiosi, AAE, FPI, istiocitosi X, connettiviti), fornendo indicazioni valide anche per la diagnosi differenziale.

In alcune interstiziopatie, inoltre, possono rinvenirsi elementi specifici che ne permettono la definizione eziologica, come corpuscoli dell'asbesto, depositi di metalli duri o particelle minerali intramacrofagiche.

Tuttavia, la necessità di ricorrere a metodiche invasive e non scevre da pericoli (fibrobroncoscopia con lavaggio dell'albero tracheo-bronchiale) ne limita la disponibilità.

Diagnostica Radiologica

La **radiografia standard** del torace in due proiezioni rappresenta la tecnica di imaging di primo livello nello studio delle affezioni respiratorie.

In ambito infortunistico è l'indagine di elezione per evidenziare fratture sterno-costali, mentre opacamenti del parenchima polmonare, livelli idroaerei o al contrario iperdiafania sono indicativi di lesioni parenchimali con le loro conseguenze dirette (emotorace, emopneumotorace, pneumotorace).

In ambito occupazionale offre valide informazioni diagnostiche soprattutto per le patologie coinvolgenti il parenchima polmonare (fibrosi, pneumoconiosi, neoplasie) mentre è meno

indicativa per le patologie a carattere ostruttivo coinvolgenti prevalentemente l'albero tracheobronchiale.

Presenta però bassa sensibilità e specificità ed in alcuni casi, soprattutto per patologie in fase iniziale, può essere dubbia se non addirittura del tutto negativa.

Tuttavia in ambito di patologia occupazionale continua a rappresentare l'indagine elettiva per la diagnosi e classificazione delle pneumoconiosi, secondo le indicazioni ILO-BIT.

Inoltre assume rilevanza in ambito valutativo, quando è necessario percentualizzare il danno anatomico derivante da lesioni fratturative a carico dello scheletro o lesioni del parenchima polmonare.

Gli esiti fratturativi scheletrici, a carico delle coste e/o dello sterno, possono essere apprezzati laddove si riscontrino difetti e/o vizi di consolidazione, associati a sintomatologia algica. La percentualizzazione del danno dovrà tener conto anche del numero degli elementi fratturati e dell'estensione delle lesioni ossee seppure non è ammissibile la somma aritmetica del punteggio previsto dai riferimenti tabellari per ogni singolo elemento. L'eventuale ripercussione degli esiti fratturativi sulla morfologia ed integrità della parete toracica con deformità della stessa potrà giustificare un plus valutativo per il danno estetico.

L'entità del danno anatomico dovrà ovviamente essere calibrata laddove si associ un pregiudizio funzionale, essendo in questi casi il danno anatomico stesso, in parte o in tutto, riassorbito dalla "componente" funzionale, a seconda della gravità di quest'ultima.

Le lesioni a tipo placche pleuriche, esiti di processi infiammatori, nodulazioni del parenchima trovano specifica collocazione nelle tabelle valutative e si inquadrano nell'ambito del danno anatomico, in particolare per la valutazione medico-legale delle tecnopatie.

Si tratta comunque di esiti che, a seconda dell'entità e dell'estensione, possono appena assurgere al minimo indennizzabile, ed assumono rilevanza valutativa quando gli indici di funzionalità respiratoria sono nel range di normalità e/o comunque ridotti per meno del 25%.

La **Tomografia Computerizzata** del torace ad alta risoluzione (HRCT) è l'indagine strumentale elettiva per lo studio del parenchima polmonare.

L'elevato potere di risoluzione ed anche una maggiore specificità rispetto alla radiografia standard ne giustificano l'indicazione per confermare un esame Rx standard, ma è ancor più raccomandata laddove l'esame Rx standard è dubbio o francamente negativo in presenza di dati clinici suggestivi di patologia.

La HRCT descrive accuratamente l'aspetto morfologico e la topografia delle lesioni polmonari, fornisce indicazioni circa le alterazioni pleuriche, ilari, mediastiniche, permettendo non solo di stabilire la presenza e la gravità della malattia, ma fornisce indicazioni anche per l'orientamento eziologico.

Inoltre laddove necessiti il ricorso a tecniche di indagine di tipo invasivo fornisce indicazioni utili anche per indirizzarne la scelta ed il tipo più idoneo.

La **Tomografia ad emissione di positroni** (PET) si basa sulla captazione di positroni emessi da radiofarmaci somministrati per via endovenosa.

A differenza della TC convenzionale, che fornisce indicazioni di natura anatomica e morfologica, la PET fornisce indicazioni di natura funzionale.

È attualmente indicata soprattutto nello studio della patologia neoplastica, per differenziare i processi benigni da quelli maligni e per l'individuazione di metastasi.

La **scintigrafia polmonare** con gallio radioattivo (^{67}Ga) trova il suo razionale nella capacità dell'isotopo radioattivo, iniettato per via intravenosa, di essere captato dalle cellule dell'infiammazione (macrofagi, neutrofili, reticolo-endotelio), pertanto può essere di utilità nello studio di quelle patologie caratterizzate da uno stato infiammatorio (alveolite, sarcoidosi, fibrosi polmonare, malattie infettive).

L'esame però non ha alcuna specificità particolare, peraltro costituisce una indagine decisamente costosa e significativamente rischiosa (esposizione a radiazioni), il che nella pratica ne limita fortemente l'impiego.

La scintigrafia ventilatoria con DTPA (Tc99-dietilene-triamino-pentacetato) somministrato per aerosol e la scintigrafia perfusionale con Tecnezio 99, permettono lo studio delle alterazioni del parenchima e del circolo polmonare provocate da svariate condizioni morbose. In particolare nella scintigrafia ventilatoria con DTPA la velocità della clearance dell'isotopo attraverso il polmone dipende dall'integrità della barriera alveolo-capillare: una clearance abnormemente rapida, in soggetti non fumatori o ex fumatori, indica una perdita dell'integrità della barriera. Peraltro l'indagine, se significativa, è utilizzabile anche per il follow-up. Tuttavia si tratta di indagini, seppure sensibili, di fatto non specifiche per la diagnosi eziologica delle malattie polmonari.

Emogasanalisi

L'emogasanalisi arteriosa permette lo studio della ventilazione alveolare, degli scambi gassosi polmonari e dell'equilibrio acido-base.

Pertanto costituisce l'indagine d'elezione per la diagnosi degli stati, singoli o combinati, di ipossiemia, ipercapnia, acidosi metabolica e/o respiratoria, alcalosi metabolica e/o respiratoria.

L'EGA è una metodica di indagine di facile esecuzione e di minima invasività e consiste nel prelievo, in anaerobiosi e per puntura percutanea, di un campione di sangue arterioso, da arteria radiale, omerale o femorale, su cui sono misurati le pressioni parziali di O₂ e CO₂, il pH, la saturazione di O₂, la concentrazione dei bicarbonati (HCO₃⁻) e l'EB (eccesso base).

La misurazione avviene tramite emogasanalizzatore che misura direttamente la pO₂, la pCO₂ ed il pH, mentre la concentrazione plasmatica dei bicarbonati HCO₃⁻ e l'EB sono misure derivate indirettamente.

A seconda dei meccanismi patogenetici che inducono l'IR si distinguono fondamentalmente:

- IR di tipo I o parziale, caratterizzata da ipossiemia con normo-ipocapnia
- IR di tipo II o globale, in cui all'ipossiemia si associa ipercapnia.

La prima condizione è tipica delle patologie in cui si determina una alterazione del parenchima polmonare, mentre la seconda si osserva nelle patologie che compromettono la capacità ventilatoria polmonare.

L'emogasanalisi, tuttavia, non permette di differenziare le diverse sindromi disventilatorie ostruttiva o restrittiva, a differenza di quanto accade con le PFR.

Nelle sindromi ostruttive in fase iniziale l'EGA può essere normale anche in presenza di compromissione della funzionalità respiratoria strumentalmente accertata ma di entità contenuta.

L'ipossiemia compare in fase più avanzata mentre l'associazione con l'ipercapnia si osserva negli stadi più gravi, caratterizzati in genere anche da acidosi compensata o scompensata.

Nelle sindromi restrittive l'ipossiemia può essere presente già in fase iniziale ed in genere è la sola alterazione emogasanalitica anche in presenza di impairment respiratorio significativo, mentre l'ipercapnia tende a comparire nelle fasi più avanzate o addirittura può associarsi ad ipocapnia.

Anche l'emogasanalisi costituisce un parametro di riferimento per la percentualizzazione del danno in particolare nell'ambito delle tecnopatie. Tuttavia poiché i parametri emogasanalitici possono essere alterati anche per cause extrapolmonari o risentire di variabili fisiologiche (età, frequenza e profondità degli atti respiratori), non sempre le suddette alterazioni sono strettamente correlabili all'effettivo grado di compromissione della funzione respiratoria.

Rappresenta comunque una indagine funzionale che, integrata dagli altri parametri clinici e strumentali, permette di graduare il danno nell'ambito dell'insufficienza respiratoria grave e severa, in particolare per il rilievo di ipossiemia ed ipercapnia.

Prove di funzionalità respiratoria nel pregiudizio respiratorio in ambito Inail

La funzione respiratoria si esplica tramite il passaggio di ossigeno dall'atmosfera ai tessuti attraverso i seguenti stadi: ventilazione dell'alveolo polmonare, diffusione, accoppiamento ventilazione/flusso ematico, trasferimento di sostanze. La meccanica respiratoria, necessaria per la realizzazione degli stadi necessari a concretizzare la funzione respiratoria, è garantita dalla cassa toracica e dal diaframma. La cassa toracica e gli annessi muscoli respiratori permettono la contrazione e la distensione dei polmoni; il diaframma interviene nell'inspirazione.

PROVE DI FUNZIONALITÀ RESPIRATORIA

La prima e più semplice indagine di funzionalità respiratoria è la misurazione dei volumi polmonari ed il flusso con cui l'aria entra ed esce dai polmoni.

Le prove di funzionalità respiratoria misurano l'inspirazione, l'espirazione e l'efficacia dello scambio tra ossigeno ed anidride carbonica nel sangue.

Le più diffuse ed utilizzate prove di funzionalità respiratoria in ambito Inail sono: la spirometria, la pletismografia corporea e la diffusione alveolo-capillare.

SPIROMETRIA

La spirometria è un test diagnostico semplice, non invasivo, che misura la relazione tra flusso (F), volume (V) e tempo (t), tenendo presente che $F = V/t$ e $V = F \times t$.

La strumentazione utilizzata per tali misurazioni è lo spirometro che, a seconda della sua diversa tipologia, dà risultati a partire da parametri differenti.

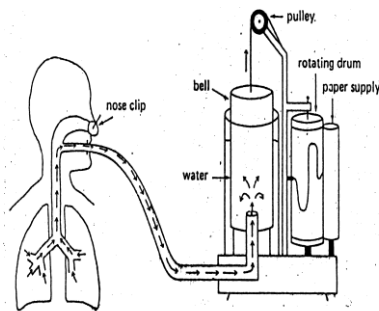


Fig. a - Spirometro a campana

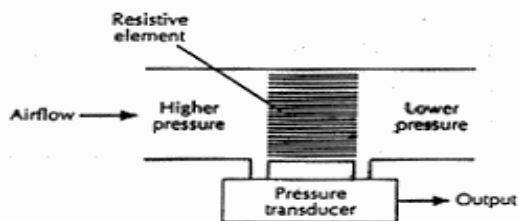


Fig. b - Pneumotacografo

Lo spirometro a campana misura il volume, mentre lo pneumotacografo misura il flusso.

Le misurazioni dei parametri polmonari si effettuano in condizioni dinamiche di espirazione forzata (curva flusso/volume ed indici derivati) ed in condizioni statiche di riposo (tecnica multirespiro del wash-in dell'elio o del wash-out dell'azoto).

PLETISMOGRAFIA CORPOREA

La pletismografia corporea è un esame non invasivo che misura le resistenze delle vie aeree bronchiali ed il volume di aria intratoracica, sia quella comunicante con le vie aeree che quella intrappolata nel polmone.



La cabina pletismografia (body box) utilizzata come pletismografo corporeo funziona applicando la legge di Boyle e Mariotte.

Secondo questa teoria, in condizioni di temperatura costante, la pressione di un gas perfetto è inversamente proporzionale al suo volume, ovvero che il prodotto della pressione del gas per il volume da esso occupato è costante: $P \times V = K$.

Fig. c - Pletismografo corporeo

Applicando questo principio, il pletismografo consente di valutare lo spostamento di tutti i volumi polmonari compresi nella gabbia toracica, derivandoli dalle variazioni di volume o di pressione della cabina stessa mentre il soggetto esegue un respiro rapido e superficiale contro una valvola chiusa.

Allo stesso modo misurando le variazioni di pressione alla bocca e nella cabina mediante trasduttori e valutando lo spostamento dei flussi respiratori, è possibile risalire alla misura delle resistenze che si oppongono al flusso nelle vie aeree.

DIFFUSIONE ALVEOLO CAPILLARE

La diffusione alveolo-capillare, detta anche DLCO perché utilizza monossido di carbonio, misura la capacità di diffusione polmonare, utilizzando la capacità del gas di passare dall'aria all'interstizio polmonare e, da qui, di raggiungere il sangue.

La DLCO rileva il grado di abilità della membrana alveolo-capillare ad assorbire il monossido di carbonio in seguito ad un singolo atto inspiratorio di 10 secondi e, pertanto, misura la diffusione del monossido di carbonio dall'aria alveolare all'emoglobina contenuta nei capillari polmonari.

In realtà è un fenomeno molto complesso che coinvolge l'intricata relazione esistente tra ventilazione alveolare e perfusione dei capillari alveolari, nonché la diffusibilità del CO attraverso la membrana alveolo-capillare, il volume capillare, la concentrazione emoglobinica e la particolare affinità esistente tra CO ed emoglobina.

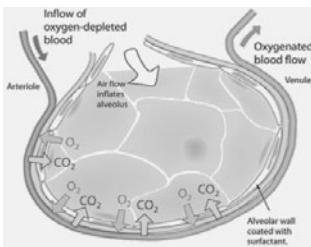


Fig. d - Scambi gassosi O₂/CO₂

Il CO, inalato a bassissime concentrazioni (0.3%), è il gas di elezione per lo studio della diffusione polmonare per la sua altissima affinità per l'emoglobina (200 volte quella dell'O₂), per il suo rapido equilibrio aria-sangue capillare, per la sua concentrazione nulla nel sangue capillare all'inizio dell'equilibrio.

La diffusione alveolo-capillare è importante per la diagnosi differenziale, infatti essa permette di differenziare:

- l'enfisema polmonare da altri deficit ostruttivi;
- i processi interstiziali diffusi da altre forme patologiche restrittive;
- l'impegno della circolazione polmonare in corso di patologie cardiache da quello strettamente connesso a patologie respiratorie.

Indici misurati con le prove di funzionalità respiratoria

Le diverse prove di funzionalità respiratorie sopra descritte misurano, in sintesi, la funzione ventilatoria e gli scambi gassosi respiratori.

La funzione ventilatoria si calcola, in modo indiretto, tramite lo studio dei volumi polmonari, degli indici ventilatori dinamici, dell'efficienza della ventilazione e della meccanica respiratoria.

Gli scambi gassosi respiratori si rilevano attraverso la diffusione polmonare dei gas ed il rapporto ventilazione/perfusione.

Per la quantizzazione dei volumi polmonari si utilizza sia la spirometria, sia la pletismografia corporea sia la diffusione alveolo-capillare; gli indici ventilatori dinamici si ricavano esclusivamente dalla spirometria; l'efficienza della ventilazione si stabilisce con la DLCO; la meccanica respiratoria si valuta con la spirometria e la pletismografia.

I parametri degli scambi gassosi respiratori, invece, si studiano soltanto con la diffusione alveolo-capillare; infatti esso è l'unico esame che studia la diffusione polmonare dei gas ed il rapporto ventilazione/perfusione.

I volumi polmonari sono di due tipi: statici e dinamici.

I volumi polmonari statici si misurano con atti respiratori lenti e si differenziano in:

- ✓ Volume corrente (V_t)
- ✓ Volume di riserva inspiratoria (IRV)
- ✓ Volume di riserva espiratoria (ERV)
- ✓ Volume residuo (RV).

Le diverse capacità funzionali respiratorie si ricavano dalla sommatoria di specifici volumi polmonari misurati.

La capacità inspiratoria (IC) è data dalla somma del volume corrente (V_t) con il volume di riserva inspiratoria (IRV), mentre la somma degli altri due volumi (ERV ed RV) permette di calcolare la capacità funzionale residua (FRC); la capacità vitale (VC) si ricava dall'insieme del volume corrente (V_t) e dei volumi di riserva inspiratoria (IRV) ed espiratoria (ERV); la somma di tutti i quattro volumi polmonari statici rappresenta la capacità polmonare totale (TLC).

I volumi polmonari dinamici si misurano con atti respiratori veloci e si ricavano dallo studio della curva volume-tempo e della curva flusso-volume.

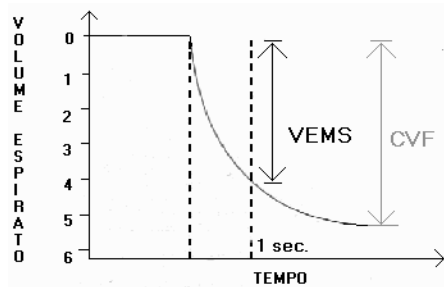


Fig. e - Curva volume-tempo

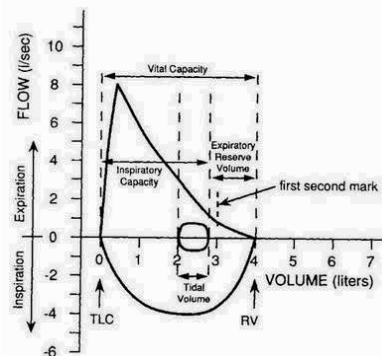


Fig. f - Curva flusso-volume

La curva volume-tempo permette di conoscere il volume espiratorio massimo al secondo (VEMS o FEV1), i flussi espiratori forzati (FEF 25–75%), la capacità vitale forzata (FVC) e l'indice di Tiffeneau ($FEV1/FVC \times 100$).

La curva flusso-volume, invece, ci consente di conoscere il picco di flusso espiratorio (PEF) e la capacità vitale (VC).

Le prove di funzionalità respiratorie, in particolare la spirometria, per essere considerate attendibili debbono rispettare i criteri di validità affermati nelle Linee Guida ATS/ERS 2005, riguardanti l'accettabilità e la ripetibilità.

Un esame è considerato accettabile quando da esiti ad almeno tre curve esenti da difetti tecnici di esecuzione circa l'esplosività dell'espirazione, la sufficiente durata dell'espirazione forzata e l'assenza di artefatti nella curva flusso-volume.

Un esame è considerato ripetibile quando i valori della capacità vitale forzata (FVC) e del volume espiratorio massimo al secondo (VEMS o FEV1) sono coerenti nelle diverse curve, cioè quando la differenza fra i due migliori valori della FVC e del FEV1 non sia superiore a 150 ml.

Tipi di deficit ventilatori

I deficit ventilatori, accertabili con le prove di funzionalità respiratoria, sono fondamentalmente di tre tipi: ostruttivi, restrittivi e misti.

Il deficit ventilatorio ostruttivo ha le seguenti caratteristiche:

1. Riduzione dei flussi espiratori, principalmente del volume espiratorio massimo al secondo (VEMS o FEV₁) e del picco di flusso espiratorio (PEF), con una capacità vitale forzata (FVC) inizialmente normale o quasi;
2. riduzione dell'indice di Tiffeneau (FEV₁/FVC);
3. riduzione dei flussi espiratori forzati (FEF_{25-75%}) che, quale indice della pervietà delle vie aeree periferiche, negli stadi precoci di ostruzione, può essere l'unico segno di disfunzione ventilatoria di grado lieve;
4. riduzione della capacità vitale forzata (FVC), per "intrappolamento" di aria nei polmoni nei casi gravi di ostruzione;
5. miglioramento dei parametri spirometrici dopo la somministrazione per aerosol di un broncodilatatore.

Il deficit ventilatorio restrittivo si contraddistingue per:

1. Riduzione della capacità vitale forzata (FVC) e del volume espiratorio massimo al secondo (VEMS o FEV₁), concomitante e proporzionale;
2. normalità dell'indice di Tiffeneau (FEV₁/FVC);
3. riduzione del picco di flusso espiratorio (PEF) e possibile riduzione dei flussi espiratori forzati (FEF_{25-75%}) per "intrappolamento" di aria nei polmoni;
4. riduzione della capacità polmonare totale (TLC), che se scende al di sotto dell'80% del suo valore teorico testimonia un'alterazione restrittiva certa;
5. non miglioramento dei parametri spirometrici dopo la somministrazione per aerosol di un broncodilatatore.

Il deficit ventilatorio di tipo misto è dato da:

1. riduzione contemporanea dell'indice di Tiffeneau (FEV₁/FVC) e della capacità polmonare totale (TLC)
2. riduzione coesistente dei Flussi e dei Volumi, attestante un concomitante deficit restrittivo ed ostruttivo.

Nel deficit ventilatorio misto, a secondo della prevalenza della riduzione dei flussi o dei volumi, si parla di sindrome disventilatoria di tipo misto con prevalenza della componente ostruttiva oppure con prevalenza della componente restrittiva.

Utilità delle prove di funzionalità respiratoria

Le prove di funzionalità respiratoria sono utili per porre una diagnosi funzionale precoce, per effettuare un monitoraggio delle patologie respiratorie, per la valutazione medico-legale del danno respiratorio e per l'esecuzione di screening della salute pubblica.

In ambito Inail esse assumono un ruolo centrale per la conferma della diagnosi clinica, per la verifica della compatibilità del deficit funzionale con la patologia denunciata, per la differenziazione dei danni professionali da patologie comuni, per la valutazione medico-legale del danno permanente.

In ambito clinico le prove di funzionalità respiratorie testimoniano il tipo di patologia attraverso il tipo di deficit atteso. Ad esempio, i deficit restrittivi sono caratteristici delle interstiziopatie polmonari e delle pleuropatie; i deficit ostruttivi possono rilevarsi nelle BPCO, nell'enfisema e nell'asma, mentre le bronchiti possono dare un danno ostruttivo o misto; i deficit misti sono presenti nelle alveoliti allergiche.

Possono creare dei problemi interpretativi i, cosiddetti, fattori di confondibilità, quali:

- non corretta cooperazione tra esecutore ed esaminatore;
- mancato rispetto dei requisiti della qualità della strumentazione;

- errata registrazione dell'altezza, del peso e dell'età;
- associazione scorretta dei valori di riferimento rispetto all'etnia del soggetto esaminato (per gli italiani si utilizzano i valori CECA 1971);
- sottovalutazione dell'abitudine al fumo e dell'obesità;
- omessa verifica della eventuale coesistenza di patologie acute;
- mancato allentamento dell'abbigliamento stretto che potrebbe costringere il torace.

Nell'accertamento medico-assicurativo di una malattia respiratoria le prove di funzionalità respiratoria assumono un ruolo fondamentale perché tramite la loro applicazione diventa possibile evidenziare l'entità della compromissione funzionale derivante dalla patologia di competenza Inail, estrapolandola e differenziandola da altri danni sovrapposti, in modo da attribuire al danno professionale la giusta valutazione medico-legale.

La stima del danno

Il principio generale che governa la stima percentuale del pregiudizio dell'apparato respiratorio è quello che richiama la centralità della persona e dei suoi impedimenti sotto il profilo dell'estrinsecazione di una validità biologica sia in senso statico che dinamico.

La ponderazione della spendibilità ordinaria in tutte le attività realizzatrici della persona costituisce il presupposto equivalente che per una convenzione generale esprimiamo in percentili. Preliminare è altresì la procedura di integrare i parametri derivanti dallo studio della meccanica respiratoria, con quelli della valutazione degli scambi gassosi, con la plausibile soggettività di cui al dettagliato raccordo anamnestico con le centrali evidenze clinico-obiettive.

In termini più strettamente attributivi rileva altresì il riscontro del quadro lesivo originario (per gli infortuni) o di base (per le malattie) senza che siano preordinati esiti menomativi attesi, sia sotto il profilo nosografico che della gravità. La comune esperienza di settore, inoltre, dà contezza del valore intrinseco della menomazione correlata all'insufficienza respiratoria rispetto al più standardizzato pregiudizio scheletrico. Al riguardo di quest'ultimo e sempre restando nel campo della lesività toracica, va ancora rappresentato che la minorazione permanente derivante dalle fratture costali, laddove non complicata, rappresenta, in ogni caso, un danno "privilegiato" dalle indicazioni tabellari rispetto ad altri esiti di fratture per i quali analoga consolidazione può accompagnarsi ad una maggiore disfunzionalità.

In tutti i casi di valutazione del danno respiratorio l'esame obiettivo rileva non solo per le evidenze clinico-patologiche che dallo stesso possono essere dedotte anche per gli elementi di conforto di indagini strumentali. Si pensi alla rilevazione del peso ed alla rilevanza per le prove spirometriche.

Al riguardo, oltre all'altezza ed al peso, rilevano anche le caratteristiche somatiche diversificate dalla razza. Esiste, infatti, una vasta letteratura sui valori di riferimento e si dovrebbero utilizzare quelli appropriati per la popolazione locale. È ben noto, infatti, come la determinazione della frazione percentuale del valore teorico atteso per un siffatto individuo, risulti sostanzialmente modificata da introduzioni di dati somatici non corrispondenti alla realtà.

Altro aspetto importante in questo ambito è l'attenzione che deve essere posta ai danni plurimi, che possono rivestire ruolo di concorrenza ai fini della determinazione del complesso lesivo da indennizzare. Riportandoci a consuetudine medico valutativa detta concorrenza dovrebbe esercitarsi realizzando una sinergia negativa concretamente apprezzabile su una determinata funzione organica e/o sensoriale. In tal fatta, i criteri, affermando che deve procedersi non ricorrendo alla sommatoria dei punteggi attribuiti a ciascuna componente submenomativa, implicitamente sostiene l'opportunità di una maggiorazione del punteggio rispetto alla

sommatoria stessa. Il richiamo conclusivo alla globale incidenza sulla integrità psico-fisica del soggetto non attenua una simile deduzione. Tale assunto deriva altresì dal fatto che, al contrario nei casi di coesistenza di menomazioni di norma è applicata una tecnica riduzionistica più o meno evidente a seconda della natura e dell'entità delle menomazioni.

Ovviamente non appare superfluo ricordare come per il danno respiratorio la congruenza dei dati clinici e strumentali (anche radiografici) deve essere sempre e minuziosamente verificata.

Più spesso, non fosse altro per la ricorrenza di traumi toracici con danno scheletrico e parenchimale-pleurico, è più spesso osservata una insufficienza respiratoria di natura restrittiva. Ebbene in questi casi, secondari ad aderenze più o meno estese della pleura viscerale con quella parietale, accompagnate da eventuale retrazione e deformazione della gabbia toracica, quali quelle che possono osservarsi in esito a processi **pleuritici** fibrinosi o sierofibrinosi (come nel caso di specie) nonché alle pleuropolmoniti post-traumatiche che si instaurano a seguito di traumi toracici che hanno causato fratture costali multiple, le tabelle di valutazione del danno privilegiano come indicatore elettivo quello costituito dalla FVC. In queste fattispecie, ai fini dell'attribuzione numerica va, quindi, associato al danno scheletrico il danno da insufficienza respiratoria restrittiva. Tale procedura, peraltro bene codificata nei criteri premessi alla Tabella delle Menomazioni, segue un principio di sintesi che tende a riassorbire nel crescente danno funzionale respiratorio quello anatomico.

In tema di malattie professionali la stima percentuale esprime fedelmente il correlato diagnostico medico legale. Per tale ragione nel formulato di diagnosi deve darsi indicazione sia del pregiudizio complessivo, sia dell'eventuale concorso con lo stato anteriore del soggetto, che ricordiamo può agire sia come concausa di lesione che di menomazione o invalidità. Per quest'ultima fattispecie è prioritaria una procedura di scorporo del danno preesistente e non riconducibile all'esposizione lavorativa.

La procedura di presunzione medico legale che caratterizza questo decisivo e complesso passaggio qualifica anche il medico legale esperto, appropriato ed efficace.

Un aspetto particolare è rappresentato anche dalla corretta interpretazione di alcune previsioni tabellari da amputazione parenchimale polmonare. A questo proposito deve segnalarsi come il punteggio previsto, da attribuirsi alle minime resezioni (segmentarie), solitamente prive di riflesso funzionale, non rispetta la dovuta proporzione con altre exeresi viscerali (milza per tutte). Tuttavia, tale punteggio può trovare parziale giustificazione nella ricomprensione della cicatrice chirurgica.

La toracotomia (postero-laterale) comporta, infatti, un'incisione cutanea che coinvolge numerosi dermatomeri, la sezione e lo stiramento di diversi muscoli, la divaricazione o rottura di coste; possono addirittura esitare anche danneggiamenti dei nervi intercostali.

La citazione della cicatrice già ricompresa nel punteggio introduce la seconda e più rilevante questione. Le voci tabellate indicative di perdite anatomiche, traumatiche o chirurgiche sono già comprensive del pregiudizio estetico salvo i casi di anomalo processo di cicatrizzazione. In tal senso, nella percentuale di tabella devono essere ricompresi il danno anatomico da exeresi e la cicatrice chirurgica. Tuttavia, come già evidenziato da Palmieri *et al.* (20), nel caso di menomazioni quale quella sopra richiamata, per la quale la cicatrice assume un rilievo significativo rispetto alla stessa menomazione viscerale (tanto da costituire motivo di giustificazione di un punteggio forse mal graduato rispetto ad altre analoghe exeresi), le voci tabellate realizzano una reale "iniquità".

Infatti, laddove la resezione venisse effettuata per via toracoscopica (videoassistita) il 10% sarebbe riservato alla sola exeresi segmentaria in luogo dell'altra opzione (laparatomica) per la quale i caratteri menomativi della ferita chirurgica potrebbero esorbitare la stessa menomazione.

Le previsioni tabellari di cui al D.M. 12 luglio 2000 prevedono per il danno respiratorio le seguenti indicazioni:

TABELLA RELATIVA ALLE PNEUMOPATIE OSTRUTTIVE CON RIFERIMENTO ALL'INDICE FEV1

<i>Riduzione percentuale dell'indice</i>	<i>Percentuale di danno biologico</i>
Insufficienza respiratoria LIEVE	
-25%	6%
-35%	11%
-40%	15%
Insufficienza respiratoria MEDIA	
-45%	20%
-55%	33%
-60%	40%

Insufficienza respiratoria GRAVE

<i>FEV1 ridotto a meno di 1/3 e contestuale compromissione anche degli altri indici. Dispnea stadio IV. Complicanze extrapolmonari in parziale compenso Ipossiemia con riduzione della PaO₂ intorno al 55% del valore normale</i>	<i>Fino a 60%</i>
--	-------------------

Insufficienza respiratoria SEVERA

<i>FEV1 ridotto a meno del 70%, con contestuale compromissione anche degli altri indici. Dispnea stadio V Complicanze extrapolmonari, a seconda della gravità. Ipossiemia con PaO₂ ridotta per oltre il 55% rispetto al valore normale. Ipercapnia (> 50 mmHg). Ossigenoterapia a permanenza</i>	<i>> 60%</i>
--	-----------------

Tabella relativa alle pneumopatie restrittive con riferimento all'indice FVC

<i>Riduzione percentuale dell'indice</i>	<i>Percentuali di danno biologico</i>
Insufficienza respiratoria LIEVE	
-25%	6%
-35%	11%
-40%	15%
Insufficienza respiratoria MEDIA	
-45%	25%
-50%	40%

Insufficienza respiratoria GRAVE

<i>FVC ridotto a meno del 50%, con contestuale compromissione anche degli altri indici. Complicanze extrapolmonari in parziale compenso. Ipossiemia con PaO₂ intorno al 55% del valore normale di riferimento</i>	<i>Fino a 60%</i>
--	-------------------

Insufficienza respiratoria SEVERA

<i>FVC ridotto a meno di 1/3, con contestuale compromissione anche degli altri indici. Dispnea stadio V. Complicanze extrapolmonari, a seconda della gravità. Ipossiemia con PaO₂ ridotta per oltre il 55% rispetto al valore normale di riferimento. Ipercapnia (> 50 mmHg). Ossigenoterapia a permanenza.</i>	<i>> 60%</i>
---	-----------------

Tabella relativa alle Interstiziopatie pure con riferimento all'indice DLCO

Riduzione percentuale dell'indice	Percentuali di danno biologico
Insufficienza respiratoria LIEVE	
-25%	6%
-35%	11%
-40%	15%
Insufficienza respiratoria MEDIA	
-45%	25%
-50%, con contestuale compromissione anche degli altri indici	40%
Insufficienza respiratoria GRAVE	
DLCO ridotta a meno del 50%, con contestuale compromissione anche degli altri indici. Complicanze extrapolmonari in parziale compenso. Ipossiemia con PaO ₂ intorno al 55% del valore normale di riferimento	Fino a 60%
Insufficienza respiratoria SEVERA	
DLCO ridotto a meno di 1/3, con contestuale compromissione anche degli altri indici. Dispnea stadio V. Complicanze extrapolmonari, a seconda della gravità. Ipossiemia con PaO ₂ ridotta per oltre il 55% rispetto al valore normale di riferimento. Ipercapnia (> 50 mmHg). Ossigenoterapia a permanenza	> 60%

Tabella relativa all'asma con riferimento al FEV1

Riduzione percentuale dell'indice	Percentuali di danno biologico
ASMA prima classe	
-25%	Fino a 12%
-35%	Fino a 16%
-40%	Fino a 20%
ASMA seconda classe	
-45%	Fino a 35%
ASMA terza classe	
-50%	Fino a 42%
FEV1 ridotto oltre il 50%, con contestuale compromissione anche degli altri indici. Ipossiemia con PaO ₂ ridotta intorno al 55% del valore normale di riferimento	Fino a 60%
ASMA quarta classe	
FEV1 ridotto a meno di 1/3, con contestuale compromissione anche degli altri indici. Dispnea stadio V. Complicanze extrapolmonari, a seconda della gravità. Ipossiemia con PaO ₂ ridotta per oltre il 55% rispetto al valore normale di riferimento Ipercapnia (> 50 mmHg). Ossigenoterapia a permanenza.	> 60%

A conclusione delle voci tabellari va richiamato un principio generale che da sempre, ha guidato la valutazione del danno respiratorio, sin anche in epoca di vigenza della capacità lavorativa generica (di cui agli allegati al D.P.R. n. 1124/1965): in caso di pneumopatie con deficit a tipo misto, la valutazione sarà guidata dall'indice di ostruzione o di restrizione, indicato nelle rispettive tabelle (sopra riportate), che risulta maggiormente compromesso.

Le menomazioni dell'apparato visivo: criteriologia e valutazione medico legale³

Nell'esame delle varie funzioni, fatto salvo quanto già ricordato in ordine ai principi generali dettati dal particolare contesto normativo (art. 13 del D.lgs. 38/2000), la valutazione del danno oculistico rappresenta ambito specifico di apprezzamento congiunto specialistico e medico-legale, quale espressione di appropriatezza e conformità di attribuzione del dato clinico, rilevato nel corso dell'esame oftalmologico, alla menomazione dell'apparato oculare oggetto della valutazione qualitativa.

L'ambito applicativo di detta metodologia copre, secondo analogia di spirito delle procedure e percorsi valutativi, tutta la materia assicurativa di ambito Inail, con riguardo ad alterazioni organo-funzionali dell'apparato visivo residue ad infortuni sul lavoro od espressione di effetti stabilizzati di malattia a genesi professionale.

Nell'analisi della funzione visiva tende a prevalere, ancor oggi, il precipuo riguardo alla valutazione della limitazione della visione centrale (cosiddetta acuità visiva) come peculiare espressione del danno alla funzione.

Tale orientamento esprime la necessità, da un lato di rispondere all'essenziale principio della valutazione del danno in funzione della gerarchia di valore delle singole funzioni lese, nell'ambito delle quali la capacità di visione centrale rappresenta la capacità percettiva primaria proprio in virtù del carattere distintivo e discriminante delle immagini che viene ad essa riconosciuto, dall'altro lato di documentare, in termini pratici e con valore propedeutico, i ben comprensibili effetti che un'alterazione della capacità discriminativa produce sulla natura propriamente *sensoriale* dell'organo in questione.

L'apparato visivo, in qualità di organo sensoriale, rappresenta infatti organo deputato ad una funzione primaria, essenziale per lo sviluppo di fondamentali abilità e dunque necessario per la realizzazione della persona umana e la sua vita di relazione, non sostituibile nelle sue pregiudizievoli manifestazioni se non da surrogati interventi, in taluni casi, di possibile valore vicariante di altri organi sensoriali, certamente efficaci solo a consentire una migliore partecipazione dell'individuo alle necessità di vita.

Trattandosi inoltre di organo pari, dunque organo in grado di svolgere funzioni complete solo nella compartecipazione delle funzioni afferenti all'uno ed all'altro distretto anatomico e diversamente atto, invece, nei casi di alterata espressione di tale parità, a svolgere una "parziale azione del complesso funzionale", con effetti che saranno diversi e valutabili caso per caso per le limitazioni che si possono realizzare al processo della visione, l'esame della funzione visiva non può discostarsi dalla comprensione di questa specificità e dai benefici che la conservazione della qualità della funzione riveste in confronto alla sua perdita o minore possibilità di dispiegarsi.

In sostanza l'esame della funzione visiva non può prescindere, senza alcun dubbio, dalla primaria valutazione dell'acuità visiva quale principale espressione dell'efficienza funzionale ma, nel testare "la complessità funzionale di organo", dovrà tenere in adeguato conto l'esame di altre funzioni dell'apparato visivo, tra le quali la qualità/quantità della visione periferica riveste posizione di rango primario, quale capacità percettiva di maggior rilievo accanto alla visione centrale.

Così l'esame delle altre funzioni e capacità dell'organo oculare dovrà articolarsi secondo indirizzi dell'accertamento specialistico che traggano ragion d'essere dai caratteri distintivi della specificità

³ A cura di E. Ienzi

clinica di interesse, mai discostandosi dalla preliminare investigazione di carattere anamnestico e storico-clinico ma assumendo, anzi, da questo insieme di dati originari, il necessario supporto al completamento dell'analisi della lesione in sé e dei suoi effetti menomativi, attraverso una progressione dell'esame delle altre funzioni visive che si dovrà articolare ogni volta fasi per fasi, per il tramite di una successione analitica fondata su basi di metodo scientifico.

Come noto, l'art. 13, comma 2, lett. a) del D.lgs. 38/2000 prevede che le menomazioni conseguenti alle lesioni dell'integrità psicofisica e cioè conseguenti al danno biologico come definito al comma 1, siano valutate mediante specifica tabella delle menomazioni, comprensiva degli aspetti dinamico-relazionali.

La nuova metodologia valutativa introdotta dall'art. 13 (danno biologico di origine lavorativa), espressione di sostanziali cambiamenti necessitati dalle diversità del sistema indennitario rispetto alla precedente tutela delineata dal T.U. 1124/65 fondata sul pregiudizio alla capacità lavorativa generica ("attitudine al lavoro" ex art. 74), ha comportato un'inevitabile riconsiderazione, e dunque nuova scrittura, dei criteri applicativi riportati a titolo di normativa di legge nel D.M. del 12 luglio 2000.

La valutazione del danno oculare trova così riferimento nella nuova disciplina, alla stregua delle altre menomazioni conseguenti a lesioni dell'integrità psico-fisica della persona, in apposite tabelle di legge, che prevedono diverse fattispecie relative a menomazioni dell'apparato visivo, e allegati alle voci tabellari (all. 3 - parte A relativo a menomazioni derivanti da deficit dell'acuità visiva per lontano e per vicino; all. 3 - parte B relativo a deficit del campo visivo centrale e periferico; all. 3 - parte C relativo a deficit dell'acuità visiva in occhio afachico migliore o peggiore). Un corretto apprezzamento medico-legale del danno oculare deve dunque essere condotto con specifico riguardo alla criteriologia elaborata in tema di danno biologico ed in riferimento alle indicazioni esplicitate dalle voci, dalla 369 alla 387, della tabella delle menomazioni ed allegati appena citati.

Alcuni principi generali facenti riferimento ai criteri applicativi della tabellazione devono essere pertanto sempre utilizzati dal medico-legale chiamato alla valutazione di un danno visivo.

Così, ad esempio, vale il richiamo alla metodologia proposta in tema di disciplina valutativa del danno composto, quando il danno complessivo dell'organo oculare conseguente ad una stessa lesione o malattia sia la risultante di plurime menomazioni, coesistenti o concorrenti, in grado di qualificare, a ragione della peculiare specificità del caso, la natura e misura del pregiudizio anatomico e funzionale.

Nel merito deve ricordarsi che, in campo di danno biologico, il danno funzionale non è mai equiparabile al danno anatomico. La voce del danno anatomico, esclusivamente prevista per *"l'enucleazione o atrofia del bulbo oculare con possibilità di protesi estetica"* (voce 381) e per *"l'enucleazione o atrofia del bulbo oculare, senza possibilità di protesi estetica"* (voce 382) richiama infatti a menomazione di maggiore entità, non fosse altro per la componente di pregiudizio estetico che ad essa si accompagna.

Pertanto, in presenza di un danno anatomico in grado di determinare un pregiudizio estetico e di un coesistente danno funzionale dell'organo visivo, bisogna procedere attraverso una stima complessiva del danno che tenga in debita considerazione la progressiva misura del riassorbimento del danno anatomico via via che il pregiudizio funzionale aumenta di gravità. Tale stima percentuale sarà dunque la risultante di una valutazione d'insieme operata con giudizio di

sintesi con metodo sincretico e con riguardo al presupposto che il danno maggiore è danno cui fare sempre primario riferimento per la valutazione complessiva.

D'altro canto, come si è appena detto, la voce del danno anatomico puro è prevista tabellarmente per le menomazioni dell'apparato visivo solo nei casi di enucleazione del bulbo o tisi bulbare su base regressiva, con differente indicazione percentuale a seconda della possibilità di impiego e tollerabilità della protesi a scopo estetico (voce 381 - 28%; voce 382 - 35%). Tali voci devono quindi essere prese in considerazione, ciascuna di esse singolarmente, solo nel caso in cui la relativa menomazione, e l'effetto di ordine estetico da essa indotto, costituisca l'unico pregiudizio oggettivabile in esito ad evento traumatico di origine lavorativa. In tutti gli altri casi vale quanto appena evidenziato in relazione alla metodologia di riferimento in tema di danno composto.

Altro importante principio metodologico introdotto dalla disciplina del danno biologico in tema di valutazione del danno oculare riguarda il fatto che, in caso di *perdita o abolizione di organo o di senso pari (occhio, reni, ecc.)* ricadente su soggetti portatori di preesistente menomazione extralavorativa specifica, il danno biologico permanente professionale sarà uguale alla percentuale prevista per la perdita ovvero abolizione bilaterale tabellata (85%), a prescindere dalla natura dell'origine del danno. In tali casi non si procede dunque all'applicazione della formula di Gabrielli considerato che l'impiego di questa formula matematica, detta "*maggiorazione proporzionale*" o formula proporzionalistica ad accrescere, impiegata nell'ipotesi di menomazioni preesistenti concorrenti (ricadenti dunque sugli stessi sistemi organo-funzionali o sistemi sinergici) allo scopo di conferire un plusvalore quantitativo alla disfunzione palesata risulta estremamente penalizzante nei casi di abolizione sensoriale completa in quanto non consente, detta formula, di raggiungere l'equivalente alla perdita totale .

Allo stesso modo, nel caso di menomazione preesistente monolaterale riportata per evento lavorativo antecedente, la successiva abolizione della funzione monolaterale conseguente ad altro evento lavorativo determinerà una valutazione coincidente con quella relativa alla perdita monolaterale della funzione.

Nella metodologia valutativa delle menomazioni visive, la Formula di Gabrielli (ex art. 79 T.U. 1124/1965, richiamata dall'art. 13, comma 6, D.lgs. 38/2000) trova invece piena applicazione nel caso delle menomazioni parziali, con riguardo al solo pregiudizio di natura sensoriale.

La formula è

$$F.G. = \frac{C - C1}{C}$$

in cui, stante quanto previsto dall'art. 79, in danno biologico il C rappresenta la validità presente al momento dell'evento ed il C1, quella residua dopo l'evento.

La formula utilizzata in concreto per arrivare a C e C1 è

$$F.G. = \frac{(100 - d.p.) - (100 - d.r.)}{(100 - d.p.)}$$

ove d.p. rappresenta la valutazione della menomazione al momento dell'evento e d.r., invece, quella residua a seguito dello stesso, con una specifica attenzione laddove non necessariamente il d.r. equivale alla formula sommatoria della valutazione delle due menomazioni prima e dopo l'evento, d.p. + d.a. (menomazione attuale), dato che possiamo incorrere nel rischio di una duplice valutazione dello stesso danno, essendo d.r. espressione sempre di quella tipologia di "danno visivo" per il cui apprezzamento viene impiegato sempre lo stesso diagramma tabellare. In esso,

infatti, l'indicazione progressivamente crescente del grado di menomazione via via che aumenta la perdita di valori decimali del visus, di fatto assorbe le precedenti riduzioni quantitative di acuità visiva, talché la menomazione residua all'ultimo evento appare ricomprendere quella preesistente:

Esempio:

stato anteriore OS: visus corretto a 7/10

stato anteriore OD: visus corretto 10/10

D.B. = 3%

stato attuale OS: visus corretto a 1/10

stato attuale OD: visus corretto 10/10

D.B. = 22%

22 - 3 = 19%

Si applica quindi la F.G = $\frac{(100 - 3) - (100-22)}{(100-3)} \frac{97-78}{97} \frac{19}{97} = 19,58\%$ che si

arrotonda al 20%.

L'impiego della formula di legge è così riservato esclusivamente a queste ipotesi di danno alla funzione, mentre il danno anatomico e/o estetico costituisce voce menomativa a parte, non passibile di conteggio nella formula matematica ad integrazione del valore assegnato alle invalidità sensoriali che, in qualità di danno preesistente e danno residuo devono essere inserite, al fine del previsto sistema di calcolo, al numeratore e denominatore.

Si ribadisce dunque che, nel caso in cui accanto al danno sensoriale sia riscontrato altro pregiudizio di carattere anatomico o estetico, la determinazione del quantum finale dovrà essere il risultato di una sapiente valutazione della reale entità del pregiudizio effettivo dell'apparato in questione, frutto della professionalità medico-legale maturata nell'analisi del caso in sé e dei riflessi che la menomazione visiva di origine lavorativa, nel suo insieme accertata, viene a rivestire sul piano soggettivo e dinamico-relazionale del lavoratore sottoposto a tutela assicurativa Inail.

La formulazione del giudizio conclusivo potrà avvalersi, anche se non previsto normativamente, anche dell'impiego di formule matematiche (Balthazard, Salomonica), qualora il ricorso a tali procedimenti di calcolo, di diffuso impiego in campo civilistico e lavorativo nell'apprezzamento di danni conseguenti a lesioni di altri organi ed apparati, sia di ausilio al medico-legale, in maniera orientativa al fine di rendere possibile la determinazione del quantum menomativo più corrispondente a definire la misura del quadro clinico menomativo concreto preso in esame.

Valutazione di una Disabilità Visiva Centrale

La tabella di valutazione del deficit dell'acuità visiva (allegato 3 parte A) ha un andamento crescente lineare, ed è stata studiata in modo da fornire valori precalcolati corrispondenti alla residua acuità visiva dell'occhio migliore e peggiore su assi contrapposti, talché è possibile ottenere direttamente, dall'incrocio dei relativi valori del visus residuo, il valore percentuale equivalente all'acuità visiva bilaterale Il sistema valutativo esime perciò l'operatore dall'effettuare ulteriori calcoli per determinare il danno biologico conseguente a riduzione o perdita dell'acuità visiva.

L'allegato 3 è composto da due tabelle, rispettivamente relative al danno per lontano e per vicino.

Nel loro impiego deve comunque essere prestata attenzione ad alcune regole stabilite dalle stesse, che così sono state intese in sede di elaborazione:

- Il valore decimale di acuità visiva corrisponde a quello rilevato in corso di esame del visus eseguito con impiego di correzione ottica; la percentuale proposta si riferisce quindi al valore di AV che la persona è effettivamente in grado di percepire, qualora necessitato da ausilio correttivo di lenti a tempiale o lenti a contatto.
- Nel caso in cui sia stata riscontrata una intolleranza alle lenti (mono o bilaterale), la valutazione deve riferirsi ai valori corrispondenti al visus naturale.
- La valutazione del danno funzionale per vicino è effettuata con apposita tabella ed essa deve essere oggetto di opportuna considerazione quando la specificità clinica dia luogo a sostanziali differenze delle rispettive capacità visive, per lontano e per vicino.
- La valutazione complessiva del visus per lontano e vicino può essere oggetto di opportuna rilevazione del quantum medico-legale, attraverso impiego della seguente formula aritmetica:

$$\frac{\text{danno per lontano} + \text{danno per vicino}}{2}$$

- Qualora nella determinazione del visus sia stato necessario l'impiego di lenti correttive, si deve prestare riguardo al loro potere refrattivo al fine di procedere all'assegnazione, nella valutazione percentuale finale, di un *quid pluris* corrispondente al valore delle lenti impiegate, ai sensi della voce tabellare 387.

ALLEGATO 3, PARTE A

La percentuale relativa al danno biologico conseguente a menomazione da deficit dell'acuità visiva è calcolata, di norma, sull'acutezza visiva per lontano.

Di seguito è proposta la tabella di valutazione.

→ ↓	visus residuo per lontano in occhio peggiore												
		9 /10	8 /10	7 /10	6 /10	5 /10	4 /10	3 /10	2 /10	1 /10	1 /20	< 1 /20	OS*
Visus Residuo per lontano in occhio migliore	10/10	1	1	3	5	7	9	14	18	22	24	26	28
	9/10	3	3	5	7	9	11	16	20	24	26	28	30
	8/10		3	5	7	9	11	16	20	24	26	28	30
	7/10			9	11	13	15	20	24	28	30	32	34
	6/10				15	17	19	24	28	32	34	36	38
	5/10					21	23	28	32	36	38	40	42
	4/10						27	32	36	40	42	44	46
	3/10							42	46	50	52	54	56
	2/10								54	58	60	62	64
	1/10									67	69	71	73
	1/20										73	75	77
	<1/20											79	81
	OS*												85

OS* : L'acronimo equivale alla dizione occhio spento

Le **percentuali** si riferiscono al **visus corretto**.

In caso di **lenti** non tollerate la valutazione va effettuata sul visus naturale.

La **valutazione del danno** è effettuata con misurazione del visus per lontano.

Solo qualora siano presenti rilevanti **dissociazioni tra l'incapacità visiva per lontano e quella per vicino** sarà necessario tenere conto di un'apposita tavola di rilevazione.

In tale eventualità, sarà opportuno ricavare il danno biologico effettuando la media aritmetica dei valori derivanti dalla misurazione per lontano e per vicino secondo la seguente formula:

$$\frac{\text{danno per lontano} + \text{danno per vicino}}{2}$$

Sulla scorta di tale raccomandazione si propone di seguito un tavola relativa al danno per vicino. L'esame per vicino è limitato e giustificato, al massimo, sino al 10° carattere.

→ ↓	visus residuo per vicino in occhio peggiore										
		1° c.	2° c.	3° c.	4° c.	5° c.	6° c.	7° c.	8° c.	9° c.	10° c.
visus residuo per vicino in occhio migliore	1° c.	0	2	2	7	10	13	16	20	25	28
	2° c.		6	6	11	14	17	20	24	29	32
	3° c.			6	11	14	17	20	24	29	32
	4° c.				23	26	29	32	36	41	44
	5° c.					34	37	40	44	49	52
	6° c.						43	46	50	55	58
	7° c.							51	55	60	63
	8° c.								62	67	70
	9° c.									75	78
	10° c.										85

In relazione alla valutazione di **menomazioni presistenti**, lavorative o non, si rimanda a quanto già esposto in sede di criteri applicativi generali.

Afachia

Nella valutazione dei casi di **Afachia** bisogna viceversa attenersi alle indicazioni tabellari dell'allegato 3 - parte C, elaborate facendo proprio l'assunto che lo *status* di afachia sia condizione di per se stessa rappresentativa di uno stato menomativo, dunque condizione anatomica degna di adeguata considerazione a ragione dell'effetto invalidante indotto dalla mancanza del cristallino e dalla perdita dell'azione che esso esercita naturalmente, in qualità di lente intraoculare, sulla funzione refrattiva ed accomodativa.

La tabella, in analogia con quella elaborata in funzione della riduzione dei valori decimali del visus dell'occhio fachico, contempla una progressività lineare del danno, secondo andamento crescente, in funzione della parallela riduzione decimale del visus.

Aggravandosi l'acuità visiva, la misura percentuale della relativa menomazione, così progressiva, si differenzia tuttavia sempre in funzione della peggiore condizione di base determinata dallo stato di afachia monolare, rispetto ai valori percentuali conferiti alle progressive riduzioni decimali del visus della tabella all. 3 – parte A. Più specificatamente si osserva come nella tabella C1, adottata per la valutazione del danno oculare nel caso in cui venga rilevata una migliore acuità visiva per lontano dell'occhio afachico rispetto al controlaterale, la cecità dell'occhio afachico venga valutata nella misura del 38%, contrariamente alla analoga condizione dell'occhio fachico giudicata di valore percentuale pari al 28%.

Diversamente nella tabella C2, cui dovrà farsi riferimento nei casi di visus peggiore dell'occhio afachico, l'invalidità dell'occhio fachico risulta quella che, a tutti gli effetti, conduce viceversa la valutazione, talché si osserva che la condizione di cecità dell'occhio afachico peggiore risulta valutata in questa tabella nella misura del 28%, in perfetta analogia con i valori conferiti alla cecità monolare della tabella all. 3 – parte A.

L'allegato 3 – parte C prende in considerazione, dunque, i soli casi di afachia monolaterale nella consapevolezza che, anche nei casi in cui non vi siano differenze di acuità visiva residua nei due occhi, l'occhio afachico è sempre da considerare occhio peggiore; ne consegue che, in casi di uguale acuità visiva dei due occhi, dovrà essere adottata la tabella all. 3 - parte C2, elaborata proprio in considerazione della peggiore condizione dell'occhio afachico. In questa tabella si vede così, come venga assegnato, già ai casi di piena conservazione del visus bilaterale (10/10 nell'occhio afachico e 10/10 in quello fachico), un valore invalidante dell'ordine di 10 punti percentuali. Tuttavia, la maggiore invalidità determinata dalla condizione di afachia rispetto all'occhio fachico tende ad assumere un'importanza progressivamente decrescente via via che il visus bilaterale tende a ridursi, fino ad un sostanziale riassorbimento di tale invalidità e valori di cecità monolare e bilaterale (28% e 85% rispettivamente) perfettamente coincidenti con quelli della condizione dell'occhio con lente in situ.

Per quanto attiene i casi di **afachia bilaterale**, considerata la sostanziale equivalenza della condizione anatomica binoculare, la valutazione medico-legale dovrà invece basarsi sull'impiego della tabella all. 3 - parte A per la valutazione percentuale del valore corrispondente alla riduzione dell'acuità visiva, mentre dovranno essere assegnati ulteriori 10 percentuali come da voce tabellare (375) dell'afachia binoculare. Relativamente di Pseudofachia, nel rammentare che tale condizione riguarda occhi sottoposti ad impianto di cristallino artificiale, la valutazione segue la comune indicazione tabellare riservata all'occhio fachico, con la considerazione però che l'impiego di sostituto della lente non ripristina la naturale attività accomodativa del cristallino, inevitabilmente perduta in conseguenza della sua asportazione. Deve quindi essere tenuta in considerazione questa sostanziale diversità, rispetto a quella fisiologica, e procedere sempre ad una maggiorazione dell'invalidità visiva secondo i valori percentuali indicati dalla voce n. 373.

Parte C. Afachia monolaterale - Tabella relativa ad occhio afachico qualora migliore (Tab. C1) e tabella relativa ad occhio afachico qualora peggiore (Tab. C2).

Nei casi in cui l'acuità visiva dei due occhi risulti uguale, l'occhio afachico è da presumersi sempre quale occhio peggiore, con conseguente applicazione della tabella relativa.

Tab. C1

↓ →	visus residuo per lontano in occhio migliore afachico													
		10 / 10	9 / 10	8 / 10	7 / 10	6 / 10	5 / 10	4 / 10	3 / 10	2 / 10	1 / 10	1 / 20	<1 / 20	OS*
visus residuo per lontano in occhio peggiore	10/10	\												
	9/10	11												
	8/10	11	13											
	7/10	13	15	15										
	6/10	15	17	17	21									
	5/10	17	19	21	23	25								
	4/10	19	21	21	25	27	31							
	3/10	24	26	26	30	32	36	38						
	2/10	28	30	30	34	36	40	42	53					
	1/10	32	34	34	38	40	44	46	57	67				
	1/20	34	36	36	40	42	46	48	59	69	74			
	<1/20	36	38	38	42	44	48	50	61	71	76	81		
	OS*	38	40	40	44	46	50	52	63	73	78	83	85	\

OS* : L'acronimo equivale alla dizione occhio spento

Tab. C2

↓ →	visus residuo per lontano in occhio peggiore afachico													
		10 / 10	9 / 10	8 / 10	7 / 10	6 / 10	5 / 10	4 / 10	3 / 10	2 / 10	1 / 10	1 / 20	<1 / 20	OS*
Visus Residuo per lontano in occhio migliore	10/10	10	10	11	12	14	16	18	21	23	25	26	28	28
	9/10		12	13	14	16	18	20	23	25	27	28	30	30
	8/10			13	14	16	18	20	23	25	27	28	30	30
	7/10				18	20	22	24	27	29	31	32	34	34
	6/10					24	26	28	31	33	35	36	38	38
	5/10						30	32	35	37	39	40	42	42
	4/10							36	39	41	43	44	46	46
	3/10								49	51	53	54	56	56
	2/10									59	61	62	64	64
	1/10										70	71	73	73
	1/20											75	77	77
	<1/20												81	81
	OS*													85

Valutazione di una Disabilità Visiva Periferica

La capacità di percepire l'ambiente circostante la fissazione centrale rappresenta, accanto alla capacità di discriminare le immagini in condizioni di massimo contrasto, cosiddetta acutezza visiva, un'altra fondamentale capacità percettiva dell'occhio umano, che necessita di opportuna rilevazione clinica.

Distinguere una minorazione visiva in centrale o periferica risulta molto importante nel corso dell'accertamento specialistico ai fini diagnostici, ma si dimostra indagine oltremodo rilevante in corso di accertamento medico-legale per identificare l'esatta natura della disabilità visiva.

Una disabilità visiva riconducibile a minorazione visiva centrale comporta difficoltà nella lettura, scrittura, nello svolgimento di lavori manuali e, più in generale, nella capacità di gestione delle comuni attività della vita della persona; una disabilità visiva riconducibile a minorazione visiva periferica comporta invece difficoltà di orientamento nello spazio, di autonomia motoria.

In entrambi i casi si tratta di perdite più o meno gravi della funzione visiva che, a prescindere dall'estensione mono o bilaterale, generano disabilità e devono essere prese in esame non soltanto per la loro importanza a fini diagnostici, ma anche in funzione di un giudizio prognostico che determini la permanenza, dunque irreversibilità del danno, o la temporanea inabilità.

Nella clinica la ricerca di una minorazione visiva periferica viene effettuata attraverso l'esplorazione del Campo Visivo, indagine tecnica che si identifica con il rilevamento della soglia luminosa differenziale.

L'esame del Campo Visivo è un esame psicofisico soggettivo la cui esecuzione fornisce importanti informazioni sulle condizioni fisiologiche e patologiche del sistema visivo e del sistema nervoso centrale.

Attraverso questo esame funzionale è possibile evidenziare, infatti, perdite di percezione localizzate all'interno del campo o nelle sue aree periferiche. Esso risulta pertanto indagine semeiologica di fondamentale impiego ai fini della valutazione di una menomazione visiva.

Molte malattie oculari e del sistema nervoso centrale possono danneggiare in modo anche molto grave il campo visivo senza compromettere la visione centrale e, pertanto, una valutazione perimetrica risulta spesso indispensabile per quantificare l'effettiva menomazione ai fini dell'indennizzo, così da giungere all'attribuzione di un grado di invalidità che sia correlato, in misura adeguata, all'entità del pregiudizio funzionale. Una valutazione perimetrica risulta inoltre spesso determinante per stabilire l'idoneità di un individuo a svolgere particolari attività.

In sostanza si può definire l'esame del Campo visivo quale esame che consente di ricercare la soglia di un determinato stimolo nei diversi settori retinici. Qualsiasi condizione patologica del campo si manifesta infatti con un innalzamento della soglia di eccitabilità dei fotorecettori.

Diversamente dalla tecnica cinetica nella **Perimetria Statica** (o *Campimetria*) vengono presentate mire di dimensioni costanti e fisse in posizioni predeterminate del campo, per un tempo prefissato e con una luminanza variabile e crescente, finché si raggiunge la percezione.

Questi stimoli permettono quindi di rilevare la sensibilità di un punto definito, ossia il valore soglia di uno o più punti retinici esaminati (l'esame fa uso di tempi standardizzati di presentazione dello stimolo al fine di evitare fenomeni di adattamento locale). Rispetto alla perimetria manuale, la campimetria consente in tal modo di eseguire un'accurata indagine della porzione centrale, sede di circa l'80% dei difetti del campo visivo. Questa tecnica, infatti, valutando un'area di piccole dimensioni, consente un maggior ingrandimento dell'anomalia, una diagnosi più precisa e richiede meno tempo rispetto all'indagine perimetrica.

Una valutazione medico-legale del deficit campimetrico deve tenere conto di altri importanti presupposti:

- 1) Da un punto di vista funzionale, la zona del C.V. più importante per l'orientamento spaziale autonomo risulta essere quella compresa tra i 5° ed i 30° di eccentricità. L'area entro i 5° centrali, infatti, è utile soprattutto per le capacità risolutive dell'occhio (acutezza visiva), mentre l'area posta oltre i 30° di eccentricità è poco importante per la capacità di orientamento spaziale (come è dimostrato in molti pazienti con perdita del CV periferico in seguito a fotocoagulazione retinica per retinopatia diabetica o esiti di cerchiaggio per distacco retinico dotati ancora di una discreta capacità di orientarsi nello spazio anche in luoghi poco familiari).
- 2) La formulazione valutativa deve essere articolata tenendo conto delle sedi più importanti ai fini funzionali (cosiddetti settori nobili del CV, paracentrale ed inferiore). La prevalenza funzionale dell'emicampo inferiore rispetto a quello superiore dipende dal suo prevalente coinvolgimento nella lettura e nel movimento spaziale autonomo, la prevalenza dell'emicampo temporale rispetto a quello nasale è da ricondurre invece alla sua maggiore estensione).
- 3) La metodologia di quantificazione percentuale deve essere accessibile facilmente anche ai non specialisti nella considerazione principale del valore percentuale attribuito al deficit massimo della funzione visiva e della rilevanza funzionale del CV rispetto al semplice visus ed alle altre funzioni visive normalmente giudicate accessorie (sensibilità al contrasto, senso cromatico, senso luminoso, potere accomodativo, qualità visiva ecc.).
- 4) Per una quantificazione esatta delle capacità visive periferiche è necessario poter valutare non solo le perdite assolute di sensibilità, ma anche quelle di tipo relativo. La strategia perimetrica deve consentire così una classificazione almeno grossolana della profondità dei difetti.
- 5) È necessario, per una valutazione obiettiva e moderna delle capacità visive periferiche, utilizzare una perimetria di tipo automatico, sia per escludere ogni possibile influenza della soggettività dell'esaminatore, sia per poter disporre dei parametri di affidabilità delle risposte forniti dalle apparecchiature computerizzate.

Sulla base di questi presupposti di ordine diagnostico e metodologico, la criteriologia valutativa dei difetti del campo visivo, introdotta *ex lege* dal D.M. 12/7/2000, prevede l'impiego della perimetria computerizzata, quale metodica di indagine statica del campo visivo contrariamente alla metodologia manuale, con tecnica di Goldmann, cui si faceva riferimento nel precedente sistema indennitario- assicurativo Inail (T.U. 1124/1965).

PARTE B

Per la determinazione del **campo visivo**, l'accertamento deve essere eseguito mediante perimetria computerizzata.

Per la valutazione percentuale dei punti difettosi, deve essere seguito il criterio in base al quale un difetto assoluto ha valore di "0,8" ed un difetto relativo ha un valore di "0,4". [Prima ipotesi]

Nei casi in cui i punti con difetto assoluto siano pari o superiori a 70 sui 100 esaminati, il valore di ognuno di essi sarà pari a "1", mentre i punti con difetto relativo in questo caso hanno un valore di "0.5". [Seconda ipotesi]

Ne deriva che ai fini della valutazione del danno possano prospettarsi due ipotesi:

Prima ipotesi

Se vengono esplorati 100 punti e di questi 30 sono normali, 30 presentano un difetto assoluto, 40 un difetto relativo, il danno viene così calcolato:

30 punti normali	(30% dei punti esaminati)	danno oculistico 0%
30 punti con difetto assoluto	(30% dei punti esaminati x 0,8)	danno oculistico 24%
40 punti con difetto relativo	(40% dei punti esaminati x 0,4)	danno oculistico 16%

danno oculistico complessivo = 40% del valore dell'occhio

Danno biologico permanente: $\frac{40 \times 28}{100} = 11\%$

Seconda ipotesi

Se vengono esplorati 100 punti e di questi 10 sono normali, 75 presentano un difetto assoluto, 15 un difetto relativo, il danno viene così calcolato:

10 punti normali	(10% dei punti esaminati)	danno oculistico 0%
75 punti con difetto assoluto	(75% dei punti esaminati x 1)	danno oculistico 75%
15 punti con difetto relativo	(15% dei punti esaminati x 0,5)	danno oculistico 7.5%

danno oculistico complessivo = 82.5% del valore dell'occhio

Danno biologico permanente: $\frac{81 \times 28}{100} = 23\%$

Per la valutazione del **danno binoculare** si esegue lo stesso tipo di esame e si calcola il valore medio relativo al danno oculistico per i due occhi.

Il danno biologico permanente sarà il risultato dell'applicazione del predetto valore alla seguente formula:

Danno biologico permanente: $\frac{\text{Valore medio} \times 85}{100}$

Note di sintesi in caso di danni su base oculomotoria

In condizioni fisiologiche la visione binoculare è assicurata da un corretto allineamento degli assi visivi sul punto di fissazione. Questa condizione assicura la formazione di un'unica impressione a livello cerebrale ottenuta dalla fusione di due immagini simili, derivanti dalla stimolazione di punti retinici corrispondenti dei due occhi.

Il corretto allineamento degli assi visivi, oltre ad assicurare la percezione dell'oggetto fissato, consente la visione stereoscopica, ossia la capacità di percepire la profondità dello spazio e dunque localizzare con precisione gli oggetti in profondità.

Il meccanismo che consente il mantenimento di una corretta visione binoculare ed il senso stereoscopico è meccanismo estremamente complesso e regolare essendo assicurato dall'integrità delle vie ottiche afferenti, di quelle associative centrali (meccanismi di fusione e vergenza), di quelle efferenti nervose centrali (nuclei dei nervi oculomotori), periferiche (tronchi nervosi) e degli organi effettori periferici (sistema muscolo-fasciale e tessuti orbitari).

Un allineamento degli assi visivi non corretto (cd strabismo od eterotropia) comporta da un punto di vista sensoriale la mancata fusione delle immagini provenienti dai due occhi. Ne consegue la perdita della visione binoculare e della stereopsi, la presenza di diplopia, confusione, falsa localizzazione spaziale.

Le zone in cui compare diplopia hanno una diversa importanza funzionale e ad esse spetta, dunque, una diversa valutazione del danno; le aree di visione inferiore e laterali hanno un'importanza maggiore rispetto a quelle superiori soprattutto nella vita di relazione (leggere, scrivere, camminare, scendere le scale).

I movimenti del capo possono parzialmente contribuire ad allargare il campo visivo binoculare: i movimenti del capo e degli occhi variano a seconda delle varie posizioni; ad esempio nello sguardo in alto solo 1/3 del movimento è eseguito dagli occhi, mentre i 2/3 sono dovuti al capo. Nello sguardo in basso gli occhi compiono la quasi totalità del movimento. Nel campo orizzontale le rotazioni raggiungono un massimo di 120°, pertanto una limitazione di abbassamento degli occhi avrà un effetto maggiore di una limitazione della lateroversione. La presenza di diplopia nelle estreme posizioni di sguardo od in alto produrrà una menomazione modesta.

Ai fini medico-legali risulta così estremamente importante l'esatta localizzazione delle zone di diplopia e di visione binoculare del CV per la corretta applicazione delle relative percentuali di invalidità.

La diplopia presente in tutto il campo visivo binoculare richiede, per la sua compensazione, l'esclusione permanente di un occhio dalla visione; in questo caso il soggetto si troverà nella condizione del monocolo.

Se la diplopia non comporta l'occlusione di un occhio a permanenza, l'entità della menomazione sarà valutata in base alla posizione, alla distanza tra le immagini, all'associazione con altri deficit oculari che possono avere un ruolo concausale dell'alterazione.

Qualora la diplopia venga corretta con i prismi la valutazione deve essere effettuata con riferimento al livello di correzione, purché sia pratica e ben tollerata.

Le menomazioni dell'apparato cutaneo: criteriologia e valutazione medico-legale⁴

Le affezioni cutanee rappresentano una delle patologie di più frequente trattazione nell'ambito delle malattie professionali e costituiscono a tutt'oggi una delle principali cause di richiesta di prestazioni indennitarie, sia come indennizzo per ITA (inabilità temporanea assoluta) sia come indennizzo in permanente.

A fronte di un complessivo incremento di circa il 60 % delle malattie professionali denunciate tra il 2007 ed il 2011, tuttavia, le dermatopatie - pur mantenendo una quota non indifferente del totale con un sia pur lieve decremento numerico - rappresentano, in percentuale, nel citato quinquennio, una fetta sempre meno consistente del totale delle tecnopatie.

Malattie professionali manifestatesi nel periodo 2007-2011 e denunciate, per gestione e tipo di malattia (principali)

Gestione/Tipo di malattia	2007	2008	2009	2010	2011
Industria e servizi	26.888	27.906	30.584	35.651	38.101
Var. % su anno precedente		3,8	9,6	16,6	6,9
Var. % su 2007		3,8	13,7	32,6	41,7
Malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee	10.415	11.898	15.493	20.799	23.708
<i>Affezioni dei dischi intervertebrali</i>	<i>2.953</i>	<i>3.685</i>	<i>5.341</i>	<i>7.164</i>	<i>8.459</i>
<i>Tendiniti</i>	<i>3.532</i>	<i>4.153</i>	<i>5.372</i>	<i>7.286</i>	<i>8.343</i>
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	7.036	6.836	6.338	6.157	5.566
<i>Ipoacusia da rumore</i>	<i>5.888</i>	<i>5.695</i>	<i>5.251</i>	<i>5.584</i>	<i>4.992</i>
Malattie respiratorie	2.970	2.978	2.897	3.045	3.154
Tumori	2.131	2.192	2.183	2.309	2.206
Malattie cutanee	861	729	703	664	592
Disturbi psichici	584	536	511	546	552
<i>Disturbi dell'adattamento cronico e post-traumatico da stress cronico</i>	<i>311</i>	<i>293</i>	<i>239</i>	<i>236</i>	<i>206</i>

Malattie professionali manifestatesi nel periodo 2007-2011 e denunciate, per gestione e tipo di malattia (principali)

Gestione/Tipo di malattia	2007	2008	2009	2010	2011
Dipendenti conto Stato	395	355	379	425	486
Var. % su anno precedente		-10,1	6,8	12,1	14,4
Var. % su 2007		-10,1	-4,1	7,6	23,0
Malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee	107	110	159	218	257
<i>Affezioni dei dischi intervertebrali</i>	<i>28</i>	<i>30</i>	<i>49</i>	<i>65</i>	<i>73</i>
<i>Tendiniti</i>	<i>27</i>	<i>38</i>	<i>52</i>	<i>77</i>	<i>86</i>
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	94	41	50	43	41
<i>Ipoacusia da rumore</i>	<i>75</i>	<i>32</i>	<i>33</i>	<i>33</i>	<i>29</i>
Malattie respiratorie	83	62	57	70	77
Tumori	27	47	32	33	37
Malattie cutanee	8	10	4	7	5
Disturbi psichici	39	30	36	27	31
<i>Disturbi dell'adattamento cronico e post-traumatico da stress cronico</i>	<i>19</i>	<i>17</i>	<i>14</i>	<i>10</i>	<i>13</i>

⁴ A cura di A. Miccio



Malattie professionali manifestatesi nel periodo 2007-2011 e denunciate, per gestione e tipo di malattia (principali)

Gestione/Tipo di malattia	2007	2008	2009	2010	2011
Agricoltura	1.650	1.832	3.926	6.389	7.971
Var. % su anno precedente		11,0	114,3	62,7	24,8
Var. % su 2007		11,0	137,9	287,2	383,1
Malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee	923	1.109	2.859	5.156	6.585
<i>Affezioni dei dischi intervertebrali</i>	305	436	1.258	2.153	2.569
<i>Tendiniti</i>	280	271	614	1.168	1.728
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	380	384	580	679	734
<i>Ipoacusia da rumore</i>	277	265	359	565	615
Malattie respiratorie	154	156	215	240	254
Tumori	32	23	34	58	64
Malattie cutanee	25	33	43	43	32
Disturbi psichici	6	2	5	2	13
<i>Disturbi dell'adattamento cronico e post-traumatico da stress cronico</i>	2	1	-	-	4

La grandissima maggioranza delle malattie cutanee professionali è rappresentato dalle dermatiti da contatto, alle quali si limita il presente lavoro:

- ✓ dermatiti irritative da contatto (DIC),
- ✓ dermatiti allergiche da contatto (DAC).

Esistono, poi, altre forme di dermatosi professionali, tra le quali:

- neoplasie cutanee la cui trattazione in ambito valutativo medico-legale è riconducibile a quella della patologia neoplastica
- radiodermiti;
- acne o follicoliti da idrocarburi policiclici (nafte) e da idrocarburi cloro-sostituiti;
- dermatiti attiniche;
- fotodermatiti;
- discromie etc.

In base alla dottrina del Borri sulla malattia/infortunio, secondo la quale, la causa virulenta si identifica con la causa violenta, la patologia cutanea di origine infettiva viene considerata a pieno titolo come "evento infortunio"

LE DERMATITI DA CONTATTO: ASPETTI CLINICI E DIAGNOSTICI

La dermatite da contatto è la risposta infiammatoria della cute ad uno stimolo esterno che può avvenire, sia attraverso un meccanismo di ipersensibilità ritardata che comporta l'intervento di linfociti T sensibilizzati ad un determinato antigene (dermatite allergica da contatto-DAC), sia causato da una varietà di stimoli fisici o chimici che agiscono invece con un meccanismo di lesione diretta (dermatite irritante da contatto- DIC).

La dermatite allergica da contatto e quella irritante presentano analogie cliniche ed istologiche che le rendono spesso indistinguibili tra di loro.

Tuttavia la DIC si manifesta con lesioni eritemato-edematose nella fase acuta, mentre nella fase cronica è caratterizzata da secchezza e fissurazione. Le sue manifestazioni sono localizzate in zone esposte con scarsa tendenza alla diffusione e presenza di bruciore piuttosto che di prurito.

La DAC è invece caratterizzata da lesioni di tipo eritemato-papulo-vescicolare localizzate in sede di esposizione con evidente diffusione in zone non a diretto contatto con l'allergene e presenza di forte prurito.

È da tenere inoltre in considerazione che alcuni agenti chimici e biotici presenti nell'ambiente possono essere trasportati per via aerea ed essere responsabili di una dermatite da contatto aereo trasmessa. Le sostanze in causa possono trovarsi in ambiente di lavoro sotto forma di vapori (formaldeide, trementina), gas (iprite), fumi (fumi di saldatura, piante in combustione), goccioline (insetticida, profumi, resine), particelle solide (fibre di vetro, cemento, polveri di legni esotici).

In questi casi le sedi più colpite sono: viso, collo, décolleté, avambracci.

A) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO

È provocata da noxae chimiche, fisiche e biologiche che agiscono con meccanismo diretto nella sede di contatto provocando lesioni che dipendono dal tipo e all'intensità della causa.

Irritante è in altre parole un agente fisico o chimico che applicato in sufficiente **concentrazione e tempo, è in grado di causare una infiammazione della cute.**

Esiste una suscettibilità individuale, probabilmente genetica, alla irritazione.

Fattori favorevoli sono rappresentati dalle proprietà chimico-fisiche delle sostanze contattanti come peso molecolare, pH, solubilità, concentrazione, modalità di esposizione; fattori climatico-ambientali (esposizione solare, umidità, temperatura, pressione); fattori concomitanti quali eccessivo uso di detergenti; e fattori legati all'individuo quali età, condizioni della cute al momento dell'esposizione (cute chiara, atopica).

La dermatite da contatto irritante è molto più frequente di quella allergica, questo dipende da alcuni fattori quali il grado di inquinamento ambientale, le procedure lavorative, la mancata adozione di adeguate misure preventive.

La dermatite irritativa che si riscontra con maggiore frequenza è rappresentata dalla dermatite delle mani.

Da un punto di vista medico-legale le DIC possono configurarsi come infortunio sul lavoro, se l'agente etiologico agisce in maniera concentrata nel tempo, mentre devono essere inquadrate come MP, qualora si tratti di un agente irritativo che agisce in maniera meno intensa ma protratta nel tempo. Le sostanze in causa sono, infatti, agenti chimici, fisici o biologici.

Gli agenti chimici possono agire con meccanismo ossidante (acqua ossigenata, acido cromico ed i suoi sali, permanganati, ipocloriti etc.), disidratante (acidi ed alcali forti), precipitante (formaldeide, sali di metalli pesanti etc.), cheratolitico (resorcina, acido salicilico etc.), cheratogenetico e discheratogenetico (idrocarburi della serie aromatica e clorosostituiti), soluzione dei grassi (alcali, etere, cloroformio etc.).

Gli agenti fisici sono rappresentati da traumi meccanici, come nel caso delle fibre di vetro.

Gli agenti biologici, (vegetali o animali) come ad esempio alcune piante (lattice di fico, cactus, primula), punture o contatto con alcuni insetti.

Clinicamente le DIC si presentano con un quadro di eritema, accompagnato da vescicole o abrasioni umide o da desquamazione a fini lamelle.

Si possono, tuttavia, presentare con aspetti diversi quali manifestazioni erosive, bollose o ulcerative, in stretta dipendenza con l'intensità della causa; più in particolare, risultano descritte le seguenti forme cliniche:

- lesioni eritemato-vescicolo-desquamative di tipo eczematoso, generalmente dopo contatto con agenti irritanti deboli quali, ad esempio, i detersivi;
- lesioni eritemato-vescicolo-bollose, dopo contatti con forti irritanti chimici e vegetali, inquadrabili come infortuni a causa dell'azione concentrata nel tempo;
- lesioni ulcerative da irritanti primari forti che agiscono o ad alta concentrazione o per un lungo periodo di tempo quali gli acidi e alcuni loro sali (cloridrico, solforico, cromico etc), alcali forti (carbonato di calcio, carbonato di potassio e altri); relativamente frequenti sono le ulcere da cromo e derivati;
- lesioni papulose follicolari, caratteristiche della dermatite da fibre di vetro; queste agiscono con meccanismo meccanico per penetrazione nella cute mediante le loro estremità aguzze; se trattate con collanti possono provocare anche un quadro di dermatite allergica.

Le caratteristiche di queste dermatiti irritative, dette ortoergiche, che permettono la diagnosi differenziale con le dermatiti allergiche da contatto sono la netta delimitazione delle lesioni che si presentano con margini netti, la loro stretta limitazione all'area del contatto, la loro evoluzione simultanea in tutte le regioni interessate, la manifestazione in tutti i soggetti a contatto con gli agenti menzionati, l'assenza di evidente prurito sostituito più spesso da sensazione di bruciore.

Tali dermatiti sono caratterizzate, inoltre, dalla risoluzione clinica generalmente rapida con scarsa tendenza alla recidiva.

B) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (DAC)

È l'espressione di una reazione immune cellulo-mediata nota come ipersensibilità da contatto, sensibilizzazione di tipo ritardato.

Il meccanismo eziopatogenetico della dermatite allergica da contatto può essere schematicamente suddiviso in due fasi:

1. la fase afferente che va dal momento del contatto con l'allergene all'acquisizione della sensibilizzazione;
2. la fase efferente che è l'elicitazione della risposta.

Le sostanze in grado di determinare dermatiti da contatto allergiche sono sostanze chimiche semplici con peso molecolare compreso tra 500 e 1000 daltons dotate di gruppi reattivi che consentono il legame con una proteina.

Attualmente si ritiene che la coniugazione dell'antigene avvenga con le proteine poste sulla membrana delle cellule che presentano l'antigene, cellula di Langherans (LC) in particolare. La cellula di Langherans è in grado di processare l'antigene: questo verrebbe ingerito per pinocitosi, subirebbe una parziale degradazione non lisosomiale ed i peptidi verrebbero riciclati sulla superficie in coniugazione con le molecole HLA-DR. Avvenuta la stimolazione antigenica, la cellula di Langherans migra verso i linfonodi dove entra in contatto con le cellule T di tipo helper.

La seconda fase inizia dopo un successivo contatto dell'aptene con la cute e si manifesta dopo 24-48 ore (ipersensibilità ritardata). Le LC presentano l'immunogeno ai linfociti T già sensibilizzati, quindi dotati di recettori specifici per l'antigene, a cui fa seguito la liberazione di mediatori che scatenano ed amplificano

In individui già sensibilizzati i successivi contatti con l'aptene determinano la proliferazione di linfociti T di memoria con una serie di fenomeni infiammatori largamente aspecifici.

Questo meccanismo immunoallergico può essere preceduto e favorito dall'azione dei cosiddetti "fattori di preparazione", rappresentati, sostanzialmente, dalle sostanze, prima indicate, agenti causali delle dermatiti ortoergiche.

In questo contesto si parla di polisensibilizzazione quando si riscontra la sensibilizzazione nei confronti di due o più allergeni, come si verifica più frequentemente in soggetti affetti da dermatiti

eczematose allergiche da tempo recidivanti. Di comune osservazione sono per esempio i reperti di sensibilizzazione a cromo e cobalto nei muratori, a composti di nichel e di cromo nei nichel cromatori. In genere il soggetto si sensibilizza prima nei confronti di una sostanza e successivamente nei confronti di altre; raramente la polisensibilizzazione si realizza contemporaneamente.

La sensibilizzazione crociata o di gruppo é quel fenomeno che si verifica quando la sensibilizzazione ad una sostanza si estende ad altre le quali abbiano con la prima una stretta affinità di composizione chimica o che diviene tale dopo processi metabolici nell'organismo, come esemplificato dalle sostanze di "gruppo para" cioè caratterizzate da un anello benzenico che presenta un gruppo amminico in posizione para (ac. para-amino-benzoico, anilina, para-fenilendiamina, sulfamidici).

La dermatite compare in una piccola percentuale di soggetti esposti a ripetuti contatti con varie sostanze allergeniche.

In fase acuta si manifestano lesioni eritemato-edemato-vescicolari, a margini sfumati, che non restano a lungo circoscritte nella zona di contatto ma tendono ad estendersi anche ad altre sedi, con diffusione progressiva, la cosiddetta "marcia dell'eczema".

La fase subacuta è caratterizzata da formazioni crostose e desquamazione a piccole lamelle con aspetti clinici polimorfi.

Nella fase cronica la cute si presenta ispessita, con disegno reticolare accentuato per iperplasia degli strati epidermici (acantosi ed ipercheratosi); si tratta, cioè, di un quadro di eczema lichenificato, talvolta ipercheratosico e ragadiforme.

Le lesioni sono caratterizzate da un polimorfismo evolutivo e dalla presenza di prurito variabile. L'evoluzione è inoltre caratterizzata da una lenta insorgenza e da una lenta regressione rispetto all'azione delle noxae, con ingravescenti ricadute e complicazioni infettive e micotiche specie in esito a lesioni da grattamento.

Nella DAC professionale le manifestazioni iniziano, di solito, tipicamente a livello della superficie dorsale delle falangi distali delle dita o al dorso di una mano, soprattutto la destra, con successivo interessamento dell'altra mano, degli avambracci, nella superficie flessoria, delle gambe e del viso. Quasi mai, e questo è un elemento fondamentale per la diagnosi differenziale, la DAC professionale inizia al palmo delle mani, che è, invece, tipicamente interessato in caso di patologie comuni come, ad esempio, la disidrosi.

La diagnosi si fonda su tre elementi fondamentali:

- anamnesi;
- quadro clinico;
- indagini allergologiche.

In particolare, sulla base dell'anamnesi familiare e dell'anamnesi patologica remota si può stabilire la presenza di condizioni predisponenti o facilitanti come l'atopia (il cui ruolo tuttavia nell'ambito delle DAC con meccanismo immunologico di tipo ritardato é molto controverso), precedenti episodi di dermatite allergica da contatto o eventuali malattie sistemiche.

L'anamnesi patologica prossima è importante per quanto riguarda la modalità di insorgenza e la progressione delle lesioni in funzione della loro topografia e morfologia e per stabilire una corretta correlazione cronologico-evolutiva con ritmi di specifiche attività lavorative.

L'anamnesi lavorativa deve indagare le mansioni attuali ma anche le precedenti e le eventuali attività extraprofessionali; è importante anche acquisire notizie circa le modalità del contatto, l'uso di mezzi di protezione; il dato circa la presenza di altri lavoratori affetti può essere importante per la diagnosi differenziale tra la dermatite irritativa e quella allergica da contatto.

I TEST EPICUTANEI NELLA DIAGNOSI DELLE ALLERGIE DA CONTATTO

La diagnosi di dermatite allergica da contatto si basa oltre che su criteri clinico-anamnestici (descrizione del lavoro eseguito; dei materiali utilizzati; uso di guanti; uso di cosmetici; hobbies; ambiente domestico; terapie praticate, regioni iniziali e successiva diffusione) sui risultati dei test allergologici (patch test; open test; test d'uso; test intradermici; test di arresto-ripresa).

PATCH TEST

Il patch test è considerato, nella pratica clinica, il *gold standard* fra i mezzi diagnostici *in vivo*. È basato sull'applicazione sulla cute del paziente di allergeni sospettati essere responsabili della dermatosi. La attuale tecnica è il risultato di un continuo processo di sviluppo e miglioramento fin dalla sua prima applicazione. Il test deve essere effettuato quando dal rilievo anamnestico e dall'esame obiettivo dermatologico si sospetta una dermatite allergica da contatto. Nell'esecuzione corretta di un patch test devono essere tenuti in considerazione:

Apparati testanti: quelli più comuni prevedono che il supporto, il cerotto e gli allergeni siano forniti separatamente. Sono disponibili in commercio diversi supporti, i più utilizzati sono: i Finn Chamber (costituito da una celletta metallica di alluminio, su cui viene posto l'aptene), gli Al-Test (in questo caso l'aptene viene posto su un disco di cellulosa, fissato su un foglio di alluminio) e i Van der Bend Square (cellette quadrate di polipropilene). Per una adeguata aderenza del supporto alla cute vengono utilizzati dei cerotti che non provocano di per se reazioni allergiche o irritative.

Attualmente sono presenti sul mercato, sistemi di apparati testanti "pronti per l'uso" comprensivi di tutto il materiale necessario all'esecuzione del patch test.

Apteni: per quanto riguarda gli apteni da utilizzare nell'esecuzione del test, questi devono essere chimicamente puri, biodisponibili, in concentrazione adeguata e utilizzati con veicolo opportuno. È importante utilizzare una concentrazione ideale. Concentrazioni troppo alte possono causare irritazione; concentrazioni troppo basse sono responsabili di falsi-negativi.

Il veicolo più usato è la vaselina, in caso di soluzioni vengono utilizzati: acqua, acetone, etanolo, olio di oliva, ecc. per la maggior parte degli apteni la concentrazione è nota.

La quantità di aptene da utilizzare è di circa 40-50 mg di sostanza per quelli solidi, mentre per i liquidi sono sufficienti 1-2 gocce (20-40 µl).

Il sito preferibile per applicare il Patch Test è la parte alta del dorso, ma si può utilizzare anche il lato esterno delle braccia. Devono essere utilizzati solo i distretti coperti dagli abiti, in quanto alcune reazioni positive possono persistere per diverse settimane e, occasionalmente, produrre ipo- o iperpigmentazione. La rimozione dei peli nella parte posteriore è a volte raccomandata per motivi pratici, ma può contribuire all'irritazione cutanea. Se la cute è particolarmente grassa può essere detersa con un solvente delicato, che deve evaporare prima dell'applicazione del test. La cute della schiena non dovrebbe essere trattata con corticosteroidi topici per una settimana prima del test. L'assunzione di corticosteroidi orali deve essere evitata durante la prova, perché può inibire una reazione positiva. Lo stesso vale per citostatici e ciclosporina. Durante la settimana precedente al test la pelle non deve essere irradiata dal sole o da fonti artificiali di ultravioletti. I

marginari del Patch Test possono essere facilmente delineati con pennarelli. I pazienti devono essere informati circa l'astensione dall'esercizio fisico eccessivo, docce, ecc per mantenere il Patch test asciutto.

Letture del patch test

Il Patch test di solito viene rimosso dopo 48 ore e la lettura viene effettuata 20 minuti dopo la rimozione delle strisce (giorno 2) e dopo 72 (giorno 3) o 96 ore (giorno 4). In casi particolari è preferibile effettuare una ulteriore lettura dopo 7 giorni (oro e alcuni farmaci come cortisonici e neomicina). Occasionalmente alcune gravi reazioni possono provocare prurito e bruciore, nel qual caso, il cerotto può essere rimosso anticipatamente.

La lettura del test viene effettuata attraverso un metodo quali-quantitativo che prende in considerazione i seguenti parametri: eritema, edema, papule, vescicole, superficie interessata:

- reazione negativa
- ?+ Solo scarso eritema: reazione dubbia
- 1+ Eritema uniforme con edema, eventualmente papule
- 2+ Eritema edema, papule e vescicole evidenti
- 3+ Eritema, edema, papule e vescicole molto evidenti con possibile presenza di bolle.
- IR Reazione irritativa

Si parla di reazione irritativa in presenza di fini desquamazioni (carta di seta;), eritema e papule follicolari, petecchie, pustole, bolle o addirittura necrosi e con minima infiltrazione.

Attualmente sono noti circa 3700 allergeni. Questo è il motivo per cui un piccolo numero di sostanze, considerate responsabili della maggior parte delle reazioni di ipersensibilità ritardata, sono raggruppate in una serie standard. Generalmente nella serie standard vengono incluse 20-30 sostanze che consistono in composti chimicamente definiti o in miscele di allergeni sia naturali che sintetici. Queste serie vengono spesso riviste per adeguarsi ai cambiamenti ambientali ed alla introduzione di nuovi allergeni sul mercato. Minori variazioni sono dovute a differenze di cultura, industrializzazione e usanze dei vari paesi. Una serie standard è per definizione in grado di rilevare dal 70 all'80% di tutte le allergie da contatto. Per valutare l'esposizione ad allergeni particolari, sono disponibili diverse serie speciali. Esse possono essere suddivise in diverse categorie in base alla professione del paziente (ad esempio i parrucchieri), la localizzazione di dermatite (serie di scarpe), serie di composti chimicamente correlati (acrilati o resine epossidiche) o composti collegati funzionalmente (serie di corticosteroidi, di cosmetici). Prodotti o materiali portati dal paziente e sospettati di provocare dermatiti dovrebbero essere testati con grande cautela.

Prima di tutto è opportuno precisare che i prodotti con una composizione chimica totalmente sconosciuta non dovrebbero mai essere applicati sulla cute. Pertanto è consigliabile iniziare con una prova (open test), per ridurre al minimo il rischio di grave irritazione. Se questo risulta negativo, può essere applicato un patch test, in genere a partire dalla concentrazione minima aumentando gradualmente se il precedente test è negativo. A seconda della potenzialità di irritazione o di sensibilizzazione del prodotto, si consiglia di iniziare con le concentrazioni di 0,001% o 0,01%. Il veicolo ideale e la concentrazione giusta per ciascun prodotto o composto chimico è difficile da individuare, ma un aiuto può essere fornito dalla letteratura. Per la maggior parte dei prodotti destinati all'uso su cute lesa o integra come cosmetici, detergenti, farmaci topici, ecc l'applicazione di un open test, probabilmente, potrebbe dare maggiori informazioni sulla patogenesi della dermatite rispetto ad un patch test standard occlusivo.

La riproducibilità dei patch test rimane controversa. In letteratura viene riportato che le percentuali di riproducibilità variano dal 48% al 96%. Brasch J et al hanno trovato che la non-riproducibilità dei patch test sembra essere fortemente dipendente dal tipo di allergene studiato. Altri fattori quale l'età, il sesso, l'atopia, il ritmo sonno-veglia, l'attività sebacea della cute, l'uso di farmaci per via sistemica, dermatosi infiammatorie in sedi diverse del corpo, erano meno rilevanti per la riproducibilità del test. Il test ideale non dovrebbe dare reazioni falsamente positive o falso-negative. Una reazione falsamente positiva può essere causata da concentrazioni troppo elevate del test, sostanze impure o contaminate, sostanze o veicoli irritanti, presenza di dermatite nell'area di applicazione del patch test, dermatosi infiammatorie in sedi distanti dal sito d'applicazione, effetti di pressione o irritazione meccanica. Reazioni falsamente negative, in presenza di un'allergia di contatto, possono essere dovute a concentrazioni troppo basse dell'allergene, quantità insufficiente di allergene o ritenzione dello stesso da parte del veicolo, rimozione precoce del test, lettura troppo precoce del test, assunzione di farmaci quali i corticosteroidi. Il pre-trattamento con steroidi topici dell'area d'applicazione del test può ridurre gli effetti di reazioni troppo elevate, pertanto è preferibile rinviare la prova a dopo la sospensione del cortisone. Alcuni studi indicano che è inutile sospendere gli antistaminici prima della prova, poiché la valutazione clinica non è influenzata da questi farmaci. Alcuni studi hanno segnalano l'effetto soppressivo della radiazioni ultraviolette (UV), sulla dermatite di contatto. Tuttavia, gli studi che valutano l'influenza soppressiva sui patch test della variazione stagionale della luce solare hanno dato esiti contraddittori.

Reazioni avverse: il patch test non dovrebbe procurare eventi avversi. Le reazioni irritative possono essere considerate degli eventi indesiderati, soprattutto quelle più severe. Normalmente le risposte di tipo irritativo che si possono sviluppare in seguito all'applicazione di un patch test sono ben circoscritte e limitate all'area di cute entrata in diretto contatto con l'allergene. La *excited skin syndrome* o *angry back* definisce la presenza reazioni a diversi allergeni testati alcune delle quali sono falsamente positive. Le citochine che vengono rilasciate nell'area cutanea dove si sviluppa la "vera" reazione allergica possono determinare una risposta infiammatoria anche in altre sedi, producendo delle false positività. Questo fenomeno loco-regionale si può realizzare in due casi: a) in presenza di una dermatite subclinica in un paziente atopico; b) quando si sviluppa un'intensa reazione allergica ad un determinato allergene per cui, realizzandosi nella cute circostante una condizione di iperreattività, si possono sviluppare risposte falsamente positive in altre aree testate, generalmente adiacenti all'allergene cui il paziente ha mostrato di essere allergico.

L'effetto bordo o *edge effect* è spesso il risultato di una reazione irritativa che si manifesta più intensamente alla periferia piuttosto che nella zona centrale di applicazione dell'allergene come conseguenza di un'aumentata concentrazione della sostanza ai bordi del dischetto. L'effetto bordo può essere un falso negativo o una dubbia risposta di un patch test al cortisone; in questo caso, specialmente alla prima lettura, si può sviluppare un'evidente risposta eczematosa sul bordo dell'area campione. Ciò accade perché, probabilmente, nella zona centrale, dove la concentrazione del corticosteroide è più elevata, la risposta infiammatoria viene inizialmente soppressa, mentre ai bordi dove la concentrazione è più bassa poiché la sostanza diffonde attraverso la cute, l'effetto allergenico prevale su quello immunosoppressivo con conseguente sviluppo della reazione. Reazioni di tipo irritativo possono manifestarsi con la comparsa di lesioni pustolose. In questo caso il prurito è spesso minimo o addirittura assente e le manifestazioni cutanee regrediscono nel giro di un breve periodo di tempo, seppure talvolta possano perdurare anche per diversi giorni. Sono possibili reazioni da pressione in particolare quando vengono

testate sostanze solide o nel caso di pazienti dermografici. Iperpigmentazioni possono semplicemente comparire in seguito all'infiammazione e quindi indipendentemente da una risposta di tipo chimico. In alcuni casi una reazione allergica imponente può esitare in un'iperpigmentazione o in un'ipopigmentazione permanente. La sensibilizzazione ad un patch test è la reazione più importante che si possa verificare. Si manifesta come una reazione di *flare-up* nell'area di cute interessata, che perdura nei giorni successivi alla rimozione del patch test.

Altri effetti indesiderati che possono verificarsi in corso di esecuzione di un patch test sono: riacutizzazione ed estensione della dermatosi, alterazioni pigmentarie, reazioni a cerotti adesivi, complicanze infettive.

Rilevanza: i patch test possono essere utilizzati per confermare la diagnosi di una sospetta dermatite allergica da contatto ed eventualmente per suggerire al paziente quali tipi di prodotti evitare e quali, invece, utilizzare in alternativa. Un test positivo non prova che l'allergene che lo ha indotto sia responsabile della dermatosi in atto, ma potrebbe essere riferibile ad una precedente dermatite. Per questo motivo, in presenza di un risultato positivo è fondamentale valutare la risposta anche in considerazione del quadro clinico e della storia del paziente. I requisiti più importanti che devono essere presi in considerazione affinché la positività emersa con il patch test possa essere considerata rilevante nello sviluppo di una dermatite allergica da contatto sono: 1) esposizione all'agente sensibilizzante; 2) la comparsa e l'andamento della dermatosi sono riferibili all'esposizione della sostanza sensibilizzante. È importante, dunque, raccogliere tutte le informazioni necessarie atte a valutare l'eventuale esposizione del paziente all'agente sensibilizzante ritenuto sospetto della dermatite.

OPEN TEST

Gli open test sono da considerarsi i test di prima scelta quando non è nota la capacità irritante e sensibilizzante di una sostanza sospettata come causa di una dermatite allergica. Cosmetici come profumi, lozioni dopobarba e lacche rappresentano il prototipo di sostanze indagabili con questo genere di prova. Il materiale da testare viene applicato sulla cute, non diluito, un paio di volte al giorno per almeno due giorni. La superficie esterna e del braccio o la zona retroauricolare sono le sedi ideali per l'esecuzione di un open test. L'area di cute campione va lasciata scoperta e l'applicazione della sostanza deve essere interrotta se compare l'irritazione. La prima lettura viene effettuata dopo 15-30, e dopo 48-72 ore nella dermatite allergica da contatto. Se l'open test dà risultato negativo, ciò significa che la sostanza può essere tranquillamente testata con il patch test senza il rischio di sviluppare reazioni irritative severe.

TEST D'USO

I test d'uso come il *provocative use test* (PUT) e il *repeated open application test* (ROAT), l'*Handling test* e il *Rubbing test*, vengono eseguiti, in soggetti con patch test negativi, per valutare la rilevanza eziologica di un prodotto ritenuto essere responsabile della dermatite da contatto. Gli open test si eseguono testando solo una sostanza alla volta e non prevedendo l'occlusione, minimizzano eventuali reazioni irritative e false positività. Il ROAT, è un test d'uso che si esegue applicando su una superficie cutanea di circa 3 centimetri di diametro, la sostanza da testare, due volte al giorno per 7 giorni, l'eventuale positività compare nell'arco di 2-4 giorni. Il paziente viene avvisato di interrompere l'applicazione nel caso in cui noti la comparsa di una reazione.

TEST INTRADERMICO

Di raro impiego, è un test che viene utilizzato solo per alcuni metalli solubili in acqua. Si iniettano 0,02-0,04 ml di una soluzione, opportunamente diluita, una risposta positiva, di tipo eritemato-papuloso si ha dopo 48-72 ore.

C) DERMATITE DA CONTATTO AEROTRASMESSA

Si tratta di un'affezione particolare, indotta da agenti dell'ambiente trasportati per via aerea. È un'evenienza frequentissima, soprattutto in ambiente professionale per la presenza, nello stesso, di sostanze varie sotto forma di gas, vapori (per es. formaldeide e trementina), fumi, goccioline (resine epossidiche), particelle solide (fibre di vetro, polveri industriali, polveri di legno, cemento etc.).

Si hanno diversi quadri clinici a seconda che si tratti di meccanismi patogenetici diretti ortoergici o indiretti immunologici.

Le sedi interessate sono in genere quelle esposte; tuttavia, nel caso di particelle solide o goccioline sospese nell'aria, possono essere interessate anche le sedi coperte, in quanto le polveri e i liquidi attraversano i tessuti e si accumulano più facilmente a livello delle pieghe.

D) ORTICARIA DA CONTATTO

Un gruppo a parte di dermatiti da contatto è rappresentato dalle forme orticarioidi.

La lesione clinica fondamentale è rappresentata dal pomfo, legato ad uno stato eritemato-edematoso, in genere a rapida risoluzione, intensamente pruriginoso, secondario a liberazione di sostanze vaso-attive ed in particolare di istamina.

Questo processo di rilascio di mediatori chimici può avvenire con due meccanismi:

- a) diretto da parte della sostanza urticante
- b) immunologico, con mediazione anticorpale di tipo reaginico (IgE).

È possibile tuttavia che sostanze urticariogene possano dare origine a dermatiti da contatto con meccanismo immunologico di tipo ritardato, con manifestazioni cliniche di tipo eczematoso.

L'orticaria da contatto si differenzia da quella comune per il fatto che la sostanza orticariogena viene sempre assorbita per via transepidermica o transmucosa senza essere stata prima inalata o ingerita.

L'orticaria a patogenesi non immunologica è caratterizzata da lesioni che compaiono in seguito al primo contatto, rappresentate da eritema a volte accompagnato da edema, a rapida risoluzione. Come nelle altre dermatiti da contatto irritante le lesioni sono strettamente circoscritte alle sedi del contatto.

Può insorgere dopo ripetuti contatti nel corso di una giornata o in più giorni consecutivi.

Le forme allergiche, come quelle, per esempio, determinate da sali di nichel, formalina, antibiotici, alimenti etc., sono invece più evidenti e ad estensione progressiva dal momento che la sostanza orticariogena passa in circolo, e quindi si diffonde ad altre sedi cutanee ed alle mucose con possibilità di complicazioni, quali asma, edema della glottide o manifestazioni di anafilassi.

Per quanto riguarda le prove allergologiche, si seguono metodiche precise; in particolare, la sostanza orticariogena, o sospetta tale, viene applicata, come tale o diluita, sulla cute della regione posteriore del dorso e flessoria degli avambracci (*open test*).

In caso di orticaria da contatto si sviluppa una reazione eritemato-pomfoide entro pochi minuti e non oltre i 60 minuti. Dal momento che sono possibili reazioni orticarioidi ritardate, con manifestazioni di tipo eczematoso, la lettura dovrebbe essere eseguita dopo 6-8 ore ed anche a 48 e 72 ore.

Altre metodiche possono essere rappresentate dall'*handling test* o dal *rubbing test*, o cioè facendo maneggiare al paziente o strisciando sulla cute dello stesso la sostanza sospetta.

Infine, soprattutto in caso di orticaria sostenuta da meccanismo immunologico, una conferma sull'etiologia può venire da test cutanei quali i test intradermici e i *prick test* o da test di laboratorio che documentano la presenza nel siero di anticorpi specifici, quali il RAST.

ASPETTI MEDICO-LEGALI

IL RICONOSCIMENTO

Le dermatiti da contatto possono essere ammesse a tutela come infortunio nel caso delle DIC in fase acuta laddove la noxa ha agito come **causa violenta** cioè concentrata nel tempo e ha determinato una vera e propria ustione chimica oppure come malattie professionali nel caso delle DIC in fase cronica e della DAC.

Dall'introduzione del sistema misto la possibilità di riconoscimento delle DC è duplice sia come malattie tabellate che come non tabellate, patologie per le quali il lavoratore ha l'onere di provare l'eziologia professionale.

Il sistema tabellare, sin dall'emanazione della tabella del 1952 ha previsto l'introduzione di una voce dedicata alle dermatosi professionali con possibilità di riconoscimento delle patologie cutanee sia come "malattie causate da..." nelle varie voci generiche relative ad agenti lesivi, sia come nella specifica voce di tabella.

La tabella delle malattie professionali, emanata con il D.M. 9 aprile 2008, attualmente in vigore, ha notevolmente ampliato il sistema di tutela tabellare delle dermatiti da contatto introducendo per la prima volta la voce e la codifica di malattia con classificazione ICD10.

Questo ha comportato per le dermatiti da contatto l'attribuzione a ciascuna voce di agente lesivo degli specifici quadri di dermatite da contatto irritativa o allergica ad esso riconducibili dal punto di vista eziologico.

Nella tabella in vigore sono anche previste due voci la 69 **Dermatite allergica da contatto da agenti cutisensibilizzanti** e la voce 70 **Dermatite irritativa da contatto** a cui possono essere ricondotte tutte le DC causate da agenti per i quali sia dimostrato dalla scienza medica un'azione rispettivamente cutisensibilizzante e cutiirritante.

Una precisa diagnosi etiologica è pertanto requisito indispensabile per l'ammissione della denunciata tecnopatia ai benefici di legge.

L'istruttoria pertanto deve prevedere un'anamnesi lavorativa molto approfondita e l'acquisizione di una completa documentazione relativa all'attività svolta e all'esposizione a rischio.

Elemento essenziale per la DAC professionale è la coerenza degli elementi anamnestici, compresa l'anamnesi professionale, con quelli clinici ed allergometrici.

Per questo motivo i test allergometrici assumono rilievo medico legale fondamentale, in quanto esclusivo, in caso di DAC, che consente una corretta applicazione del principio della presunzione legale di origine.

Infatti, la dimostrata sensibilizzazione nei confronti di un allergene presente sia nell'ambiente di lavoro sia nell'ambiente extralavorativo consente di utilizzare il principio della presunzione legale d'origine, con conseguente attribuzione a fattori professionali della riscontrata dermatite. Inoltre, la positività dei test nei confronti, esclusivamente, di un allergene extraprofessionale dimostra l'origine comune della patologia.

Tuttavia la negatività dei test può essere assunta come valore dirimente circa la natura professionale o meno della malattia solo se sono stati tenuti presenti alcuni elementi particolari:

- che tutti gli allergeni di interesse nel caso specifico, e cioè quelli ai quali effettivamente l'assicurato è stato esposto, siano stati testati. Un giudizio di completezza a tale riguardo può essere raggiunto soltanto dopo un'accurata indagine sul rischio specifico e sull'anamnesi lavorativa.
- l'esistenza di falsi negativi come si verifica, per esempio, in caso di concomitanti patologie sistemiche debilitanti o in corso di terapia steroidea o immunosoppressiva o, comunque, in presenza di una documentata affezione che riduca la reattività immunologica dell'organismo.

In questi casi il comportamento da adottare è la ripetizione dei test, quando ovviamente possibile, in condizioni idonee.

Un altro elemento di supporto è la notizia della positività del test anamnestico di arresto/ripresa. Sotto questo aspetto, tuttavia, è difficile ipotizzare una discordanza tra tale test e i test epicutanei a meno di quelle condizioni alle quali abbiamo fatto precedentemente cenno.

Per le DIC, molto meno frequenti, la diagnosi etiologica si fonda sugli elementi clinico-anamnestici ed in particolare sulla valutazione del rischio nell'ambiente lavorativo.

INDENNIZZO IN TEMPORANEA: RICADUTE E RECIDIVE

Su tali fattispecie si rimanda allo specifico capitolo

L'INDENNIZZO IN PERMANENTE

Giova ricordare come la **Lettera circolare n. 34 del 31 luglio 1987 Dermatosi professionali. Modalità da seguire nella trattazione delle pratiche di soggetti già assistiti per la stessa affezione** aveva già in parte risolto il problema dell'indennizzo in permanente delle dermatosi laddove sino ad allora si erano invece riscontrati comportamenti del tutto disomogenei.

Si riportano di seguito alcuni passi del documento tuttora in vigore sulla specifica questione:

“Entro il suddetto periodo (15 anni + 3 a partire dalla pratica originaria) - secondo il combinato disposto degli articoli 83, penultimo comma, e 137 del Testo Unico - può essere costituita la rendita

per inabilità permanente in presenza di dermatite cronica, eventualità questa che deve ritenersi verificata alle seguenti **condizioni**:

- che l'impegno clinico sia **persistente nel tempo e resistente alle cure** e/o che si siano instaurati una polisensibilizzazione o uno stato atopizzante;
- che a seguito delle prolungate manifestazioni dermatiche il tessuto cutaneo reagisca con **fenomeni di iperplasia, di ipertrofia, di maggiore cheratinizzazione, di anelasticità, specie se con interessamento di particolari regioni cutanee, quali le superfici estensorie delle articolazioni degli arti, con conseguente deficit funzionale o insorgenza di lesioni ragadiformi dolorose e facilmente infiammabili**;
- che sia **quantificabile la riduzione dell'attitudine al lavoro generico** con riferimento alla tabella allegata al Testo Unico." (dal D.lgs. 38/2000 riferimento all'integrità psico-fisica).

Tuttavia l'introduzione del danno biologico con D.lgs. 38/2000 ha ormai definito in maniera chiara la tipologia ed il grado di menomazione riscontrabili in questi quadri dermatologici con la tabella delle menomazioni ed i criteri applicativi previsti dall'art. 13, 3° comma, emanati con il DM 25 luglio 2000.

39.	Dermopatia cronica a genesi irritativa, con alterazione della sensibilità, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni	Fino a 7
40.	Dermopatia cronica a genesi irritativa, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni, comunque interessanti il volto e/o il collo e gli arti, con alterazione della sensibilità ed apprezzabile pregiudizio estetico	Fino a 16
41.	Stato di sensibilizzazione con risposta dermatitica ad allergene (professionale, non professionale) a seconda della gravità e della frequenza delle riacutizzazioni	Fino a 5
42.	Dermopatia cronica a genesi allergica, con alterazione della sensibilità, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni	Fino a 8
43.	Dermopatia cronica a genesi allergica, con alterazione della sensibilità ed apprezzabile pregiudizio estetico, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni, comunque interessanti il volto e/o il collo e gli arti	Fino a 20

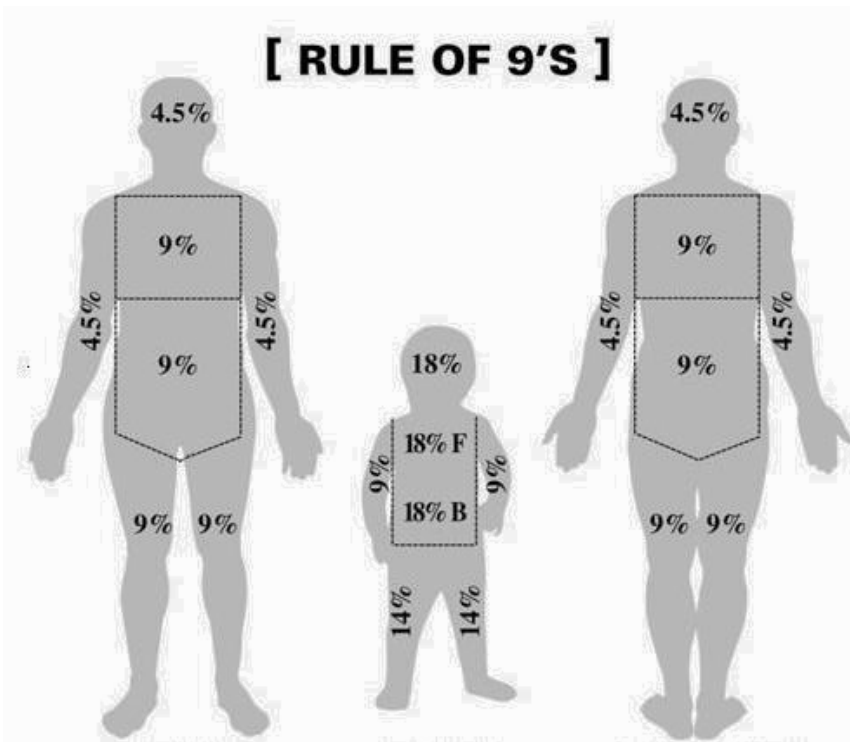
In detta tabella di valutazione sono previste ben cinque voci di menomazione - dalla 35 alla 42 - per le dermatiti da contatto

Sulla base delle suddette voci tabellari, distinte per le forme a genesi irritativa e per quelle a genesi allergica il grado di menomazione viene modulato in base all'estensione e alla gravità delle lesioni, ed alla componente fisiognomica del danno.

Si rileva inoltre la possibilità di attribuire un grado di menomazione, nelle forme allergiche, anche per lo stato di sensibilizzazione con un range che va da 1 a 5 sulla base della frequenza delle riacutizzazioni come espressamente previsto dalla voce n. 41.

Il parametro principale nel determinare la gravità di un danno per l'organo cute è l'estensione delle lesioni, per cui si fa riferimento alla regola del 9 del Wallace, valutazione approssimativa in %

della estensione di un'ustione in un adulto ma che può essere utilmente utilizzata anche per le dermatiti da contatto.



Maggiore è infatti, la diffusione delle lesioni sul tegumento maggiore è la gravità del quadro perché più grande è la compromissione della funzione della cute di termoregolazione, barriera nel contrastare agenti infettivi sostanze tossiche e noxae allergizzanti e sensitiva.

“La graduazione del danno – si legge in G.Cimaglia P.Rossi II ed. – potrà essere funzione anche della natura, della frequenza e dell’intensità dei disturbi associati alla dermopatia (prurito, disestesie, ecc) il pregiudizio biologico minimo è conseguente alla comparsa di fenomeni di ispessimento, ipercheratosi, anelasticità.”

La presenza di un eritema accompagnato da vescicole o il riscontro di aree di lichenificazione accompagnate da un’intensa sintomatologia pruriginosa determinano un quadro maggiormente invalidante.

La misura dell’inabilità permanente può essere rivista in occasione della revisione a norma dell’art. 137 del T.U. come esplicitamente previsto dal comma 7 dell’art. 13 del D.lgs. 38/2000

In questa sede il grado di menomazione potrà essere modificato in funzione dell’effettiva gravità del quadro dermopatico che può subire modificazioni anche migliorative, specie nei casi in cui il soggetto abbia abbandonato la lavorazione dannosa e l’antigene sensibilizzante sia di tipo specifico, cioè presente solo sul posto di lavoro.

È nostra convinzione, tuttavia, che, una volta posta la diagnosi etiologica, sulla quale abbiamo insistito nella prima parte dello specifico capitolo, non può essere motivo di modifica del giudizio di professionalità il riscontro occasionale di negativizzazione dei test epicutanei i quali, pertanto, non devono essere ripetuti, a tale scopo, in occasione delle revisioni.

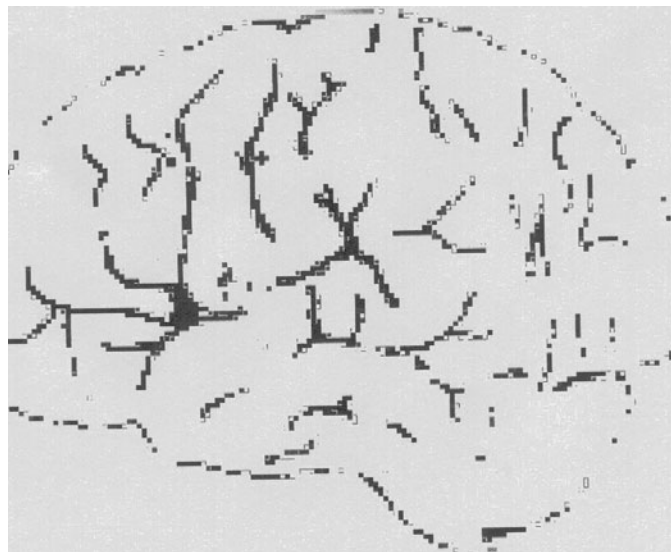
Le menomazioni dell'apparato neurologico e psichico: criteriologia e valutazione medico-legale

DANNO NEUROLOGICO¹

Sistema Nervoso Centrale

Fra tutti i fenomeni naturali ai quali la scienza può rivolgere la sua attenzione nessuno supera in fascino l'attività del cervello umano (D. Mac Kay, 1967).

I traumi cranici rappresentano una patologia molto importante nelle società industriali. Costituiscono un'importante causa di morte soprattutto nei giovani e una frequente causa di



disabilità (S.A. Mayer, L.P. Rowland). La determinazione del tipo e del grado di invalidità implicano la raccolta sistematica di dati sulle prestazioni umane per giungere a conclusioni sulla funzione cerebrale in pazienti che si sospetta presentino disturbi neurologici o psichiatrici. Una diagnosi neuropsicologica accurata è vitale in tutte le situazioni cliniche nelle quali un paziente con una lesione cerebrale si sottoponga a valutazione e trattamento.

CLASSIFICAZIONE DEI TRAUMI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

TRAUMI CRANICI SEMPLICI: generalmente sono di modesta entità, determinano lesioni obiettivabili a carico dei tessuti extra-cerebrali (ferite lacero-contuse, abrasioni cutanee, ematomi sottocutanei, scalpo, fratture non complicate, etc.), senza interessamento del parenchima cerebrale.

TRAUMI CRANIO-ENCEFALICI: l'interessamento del parenchima cerebrale è costante ed obiettivabile, trattandosi di traumi con lesioni organiche ben definite dal punto di vista anatomico-patologico (ad es. contusione cerebrale) ovvero di traumi cranici commotivi.

TRAUMI PSICHICI: si tratta di eventi «stressanti» che minacciano l'integrità psico-fisica del soggetto e che provocano una risposta emozionale più o meno violenta, immediata o mediata. Può trattarsi anche di gravi lesioni traumatiche non interessanti direttamente il sistema nervoso (ad es. perdita di un occhio, amputazioni traumatiche, scalpo etc.) ma comunque in grado di ripercuotersi significativamente a livello psichico.

¹ A cura di F. Rossi-Espagnet

TIPOLOGIA DELLE LESIONI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Devono essere considerati i seguenti fattori.

A) Biomeccanica lesiva:

- colpo/contraccolpo: la lesione può localizzarsi o direttamente in corrispondenza della superficie cerebrale sottostante la sede d'impatto esterna o al polo contrapposto;
- accelerazione/decelerazione: il trauma può determinare lo spostamento e/o la rotazione degli emisferi cerebrali rispetto al tronco-encefalico (elemento anatomico meno mobile), con possibilità di lesioni complesse per azione combinata.

B) Sede della lesione

Distinguiamo innanzitutto lesioni cerebrali, tronco encefaliche, cerebellari o midollari.

A seconda della biomeccanica lesiva potranno aversi tipiche sedi di lesioni intracraniche, per lo più cerebrali. Ad esempio:

- **regione frontale:** lesione contusiva diretta frontale e/o lesione per contraccolpo in regione occipitale;
- **regione occipitale:** lesione contusiva diretta occipitale e/o per contraccolpo a livello dei poli frontali e temporali sulle superfici ventrali;
- **regione parieto-temporale:** lesione contusiva diretta parieto-temporale e/o per contraccolpo alle regioni frontali e temporali;
- **vertice:** lesione contusiva diretta al vertice e/o per contraccolpo alla base cranica (nervi cranici).

In base alla loro estensione anatomica, le lesioni dovranno poi essere classificate in focali, diffuse e combinate.

C) Presenza e natura di altre lesioni non neurologiche

Si possono avere fratture ossee (fratture della calotta, della base cranica, delle vertebre e delle altre ossa in prossimità del decorso dei vari nervi spinali), lesioni vascolari (per lo più arteriose, con emorragie e/o ematomi intra/extra-parenchimali), lesioni degli organi di senso (deficit visivi, deficit acustici, deficit vestibolari etc.). Tali lesioni possono semplicemente associarsi a quelle proprie del nevrasso ovvero determinarne secondariamente l'ulteriore sofferenza; in ogni caso rappresentano di regola fattori di aggravamento prognostico.

SEMEIOLOGIA DEI TRAUMI CRANIO-ENCEFALICI

I principali segni e sintomi di interesse neuropsichiatrico per la valutazione della gravità di un trauma cranio-encefalico (da utilizzare a posteriori anche in sede medico-legale) sono:

- LE ALTERAZIONI DELLO STATO DI COSCIENZA;
- LA CEFALEA;
- IL VOMITO (alimentare o non) e/o IL SINGHIOZZO;
- LE VERTIGINI (soggettive e oggettive);
- L'AMNESIA (può non essere associata a perdita di coscienza in caso di esclusivo interessamento del sistema ippocampo-fornico-ipotalamico, dell'amigdala e del lobo temporale. Talvolta è di origine psicogena come sintomo nei disturbi somatoformi.
- Dovrebbe essere specificato se l'amnesia sia stata retrograda e/o anterograda);
- LE CRISI CONVULSIVE (focali e/o generalizzate, precoci o tardive);
- LA LIQUORREA;
- I SEGNI DI SOFFERENZA NEUROLOGICA FOCALE;

- LE ALTERAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO;
- I SEGNI RIFERIBILI AD EVENTUALE INTERESSAMENTO DEGLI ORGANI DI SENSO (diminuzione del visus, dell'udito, etc.).

TRAUMI FISICI

A) Traumi cranici semplici o minori: sono di modesta entità, determinano lesioni obiettivabili a carico dei tessuti extra-cerebrali (ferite lacero-contuse, abrasioni cutanee, ematomi sottocutanei, scalpo, fratture non complicate, etc.), senza interessamento del parenchima cerebrale.

Il paziente è vigile, collaborante, in grado di camminare e di parlare.

B) Traumi cranio-encefalici

- **commozione cerebrale:** si rileva nel 70-80% dei soggetti colpiti da trauma cranio-encefalico. È caratterizzata da disturbo di coscienza da pochi secondi a qualche minuto. Frequentemente si rileva amnesia anterograda e/o retrograda. Si può rilevare nausea, vomito. La TAC non rileva anomalie dell'encefalo e non sono presenti alterazioni macroscopiche all'esame anatomico-patologico. Non si rilevano fratture della volta cranica. Assenza di danno organico cerebrale.
- **contusione cerebrale lieve:** si rileva nel 10-15% dei soggetti colpiti da trauma cranio-encefalico; si possono rilevare fratture delle ossa craniche di modesta entità (fratture lineari, non interessanti la base cranica) e falde minime di emorragia subaracnoidea. L'esame TAC può documentare edema cerebrale.
- **contusione cerebrale media:** si rileva nell'8-10% dei casi. La perdita di coscienza oscilla da poche decine di minuti a qualche ora.
Si riscontra chiaramente una sintomatologia neurologica focale. La TAC documenta aree di ipo ed iperdensità.
Possono essere presenti fratture della volta e della base cranica.
- **contusione cerebrale grave:** si riscontra nel 5-7% dei casi. La perdita di coscienza si protrae da qualche ora a settimane e non infrequentemente al risveglio può manifestarsi eccitazione psicomotoria.
Sono presenti sintomi focali e diffusi, grave edema cerebrale, emorragia subaracnoidea, fratture della volta e della base cranica.
Segni di sofferenza tronco-encefalica.
- **compressione:** si rileva nel 3-5% dei pazienti colpiti da trauma cranico-encefalico.
- **lesione assonale diffusa:** è caratterizzata da un lungo periodo di coma post-traumatico. Solitamente segue uno stato vegetativo.

C) Traumi midollari

L'impatto sociale di tali lesioni è notevole: circa l'80% della para o tetraplegie di origine midollare è dovuto a traumi vertebrali. Le sedi più colpite sono quelle dorsali (50%), lombari (25%) e cervicali (20%) con un incremento negli ultimi anni per le forme cervicali. Di regola si tratta di lesioni midollari chiuse. Distinguiamo quattro grandi tipi di sindromi:

– Commozione midollare

In genere si tratta di sindromi a carattere transitorio, della durata massima di 24-48 ore.

Nelle prime ore può esservi paralisi flaccida, mentre le alterazioni della sensibilità sono fugaci, interessando i cordoni posteriori. Talora può osservarsi addirittura una transitoria sindrome di Brown-Séquard. In chiave moderna si potrebbe intendere come una transitoria disfunzione dei meccanismi di trasmissione sinaptica, ovvero come transitoria turba del microcircolo midollare.

– **Contusione midollare**

Si tratta di lesioni di maggiore gravità, con semeiologia neurologica focale. Il decorso clinico è di regola molto lento e protratto, senza “restitutio ad integrum” ed anzi frequentemente con gravi esiti permanenti invalidanti. Istologicamente si hanno piccole aree necrotiche e/o confluenti in aree di rammollimento.

– **Compressione midollare**

Le fibre nervose intramidollari vengono compresse da dislocazioni vertebrali, da erniazioni del disco intervertebrale o da spandimenti ematici extra/subdurali. I deficit neurologici possono regredire anche completamente in caso di tempestiva ed efficace rimozione delle cause di compressione.

– **Lacerazione midollare**

Oltre alla contusione si osserva una rottura della superficie e/o della continuità anatomica del midollo in rapporto ad un trauma diretto midollare, di regola secondario a lesioni ossee vertebrali o emorragia intramidollare.

	<i>Ematoma epidurale</i>	<i>Ematoma sottodurale acuto</i>	<i>Ematoma sottodurale cronico</i>	<i>Contusione emorragia parenchimale</i>	<i>Ematoma intra-ventricolare</i>	<i>Emorragia subaracnoidea</i>	<i>Igroma sottodurale</i>	<i>Danno assonale diffuso</i>
<i>Causa</i>	Arteria cerebrale media seno durale	Arterie Vene Piali	Trauma Coagulopatia	Vasi parenchimali Fattori di rischio	Vasi Parenchimali Difetti vascolari	Trauma Aneurisma MAV	Strappamento aracnoide	Forze di rotazione
<i>Localizzazione Tipica</i>	Convessità cerebrali laterali	Convessità Cerebrali Laterali	Convessità Cerebrali Laterali	Lobi frontali temporali inferiori	Ventricoli	Cisterne basilari	Convessità cerebrali laterali	S. Bianca Corpo calloso Ponte
<i>Evoluzione</i>	Ore	Molte Ore	Giorni Settimane	12 - 48 ore	Rapida	Minuti Ore	Giorni Settimane	Dal trauma
<i>Clinica</i>	Lucidità Stupor Coma	Sonnolenza Stupor Coma	Cefalea Alterazione progressiva stato mentale	Stupor Coma	Segni progressivi di idrocefalo	Cefalea Meningismo	Simula ematoma sottodurale cronico	Coma
<i>Età</i>	Bambini Giovani	Tutte	Anziani	Tutte	Tutte	Tutte	Tutte	Tutte
<i>Aspetto Radiologico</i>	Forma lenticolare	Sangue a livello della convessità	Iper - Iso densità	Aree Multiple	Iperdensità ventricolare	Iperdensità spazio subaracnoideo	Densità liquorali focali	Tc normale RM piccole contusioni profonde

IL TRAUMA CRANICO MINORE

I diversi gradi del trauma cranico minore sono:

GRADO 0

Caratteristiche: non perdita di conoscenza, dolore, modesta contusione. Questi pazienti, per il bassissimo rischio di sviluppare un ematoma intracranico, non necessitano di alcuna indagine radiologica (RX, TC) e dopo un’attenta valutazione clinico-anamnestica e una breve osservazione possono essere dimessi con un foglio di istruzioni allegato.

GRADO 0 A RISCHIO (O R +)

Caratteristiche: come gruppo 0 con fattori di rischio: etilismo, uso di sostanze stupefacenti, epilessia, precedenti interventi NCH, trattamento anticoagulante, anziani, disabili.

Per tali pazienti a rischio è suggerita l'esecuzione di una T.C. encefalica dopo un congruo periodo di tempo (almeno 6 ore) ed, in caso di assenza di lesioni, protrarre comunque l'osservazione sino a 12 ore dall'evento, prima della dimissione con foglio di istruzioni.

GRADO 1

Caratteristiche: perdita di conoscenza, amnesia post-traumatica, cefalea ingravescente, vomito, vasta frattura lacero contusa al capo, ematoma subgaleale.

Per tali pazienti è suggerita l'esecuzione di una T.C. encefalica dopo sei ore dal trauma ed, in caso di assenza di lesioni, protrarre l'osservazione per almeno 12 ore, non necessariamente in ambiente specialistico, valutando il punteggio della scala di Glasgow ogni due ore. Quando possibile questi pazienti dovrebbero essere mantenuti in Pronto Soccorso o in Neurologia.

GRADO 2

Caratteristiche: punteggio GCS dopo 30' uguale a 14 (paziente confuso). In tali casi è suggerita l'esecuzione di una T.C. encefalica e quindi il ricovero in ambiente specialistico fino alla risoluzione della sintomatologia. Tali pazienti dovrebbero essere ricoverati in Neurologia o se GCS tra 9 e 13 in Rianimazione (per 24-48 ore e successiva dimissione o trasferimento in Neurologia), evitando i ricoveri a carico.

LE FUNZIONI COGNITIVE SUPERIORI

Con questo termine s'intende il più alto livello di funzionalità intellettuale umana: in questa categoria di funzioni sono compresi la gestione delle informazioni apprese, il pensiero astratto, la risoluzione dei problemi, il calcolo aritmetico etc.

Le funzioni cognitive superiori sono molto sensibili agli effetti delle malattie neuropsichiche e l'esame neuropsicologico può evidenziare precocemente gli effetti di una lesione cerebrale, prima che siano alterati i processi più semplici come l'attenzione, il linguaggio e la memoria.

In sintesi ogni deficit delle funzioni cognitive superiori si riflette nell'incapacità del paziente di interagire efficacemente con l'ambiente e pertanto la valutazione di esse permette di ottenere una valida prognosi clinica e medico legale.

Riporteremo le funzioni, le alterazioni e alcuni test per valutare i deficit nel contesto del "background" culturale e dell'intelligenza premorbosa.

Non sempre è possibile differenziare i singoli tipi di aprassia, agnosia e afasia, distinguere fra deficit espressivi e percettivi, separare gli elementi aprassici e quelli agnosici e localizzare specificatamente la lesione che ha causato il disturbo.

I centri che regolano l'attività motoria e gli elementi espressivi del linguaggio sono situati nella regione motoria cerebrale, anteriormente alla scissura rolandica mentre i centri che hanno a che fare con l'interpretazione e con la percezione degli elementi del linguaggio sono situati posteriormente alla scissura rolandica, nei lobi parietali, occipitali e temporali.

Le agnosie risultano da lesioni del lobo parietale e i sintomi sono controlaterali alle sedi di compromissione cerebrale mentre la localizzazione delle aprassie non è così specifica come quella delle afasie, ma si può affermare che le aprassie motorie sono il risultato di lesioni anteriori alla scissura rolandica mentre le aprassie sensoriali fanno seguito ad un coinvolgimento posteriore a questa scissura.

L'aprassia motoria è di solito associata a lesioni del giro precentrale.

L'aprassia ideomotoria a lesioni del lobo parietale, l'aprassia ideatoria a lesioni cerebrali diffuse (in effetti, è un'agnosia) con coinvolgimento delle funzioni intellettive.

Nello studio del paziente affetto da alterazioni delle funzioni simboliche, la neurologia sconfinata nella psichiatria e il giudizio e la valutazione clinica si dovranno basare su un esame attento e dettagliato.

La neuropsicologia, scienza relativamente giovane studia con mezzi sperimentali la relazione esistente tra attività psicologica e corrispondente situazione cerebrale e come alcune modificazioni a livello cerebrale possano incidere sul comportamento.

STATO COGNITIVO GLOBALE

L'attività cognitiva comprende i processi di pensiero, di concettualizzazione e di ragionamento. Secondo lo psicologo inglese Allen i processi cognitivi sono azioni o facoltà di conoscere, contrapponendoli alle emozioni e agli aspetti motivazionali. La misura delle alterazioni dello stato cognitivo è affidata ai test e alla presenza – assenza di alcune abilità generali come quella motoria e quella del linguaggio verbale. Lo stato cognitivo globale è talmente complesso che l'eventuale pretesa di valutarlo con strumenti rapidi e sicuri non può essere destinata al successo.

ATTENZIONE

Le funzioni attentive sono regolate dall'attività integrata del tronco dell'encefalo, del talamo e di alcune aree associative della neocorteccia: a destra per le funzioni attentive ad elevata intensità cioè vigilanza e allerta, a sinistra ad elevata selettività ovvero attenzione unicanalizzata e distribuita.

L'attenzione non deve essere vista come funzione unitaria. Secondo Posner e Boies (1971) è possibile distinguere:

1. uno stato di allerta consistente in una situazione fisica e mentale di prontezza generale a rispondere
2. un'attenzione selettiva che permette di selezionare e rispondere ad alcuni stimoli inibendone altri
3. sforzo mentale: capacità di sostenere consapevolmente l'attenzione per lunghi periodi di tempo.

MEMORIA

I disturbi della memoria sono comuni nei pazienti con sindrome psicorganica, ma non tutti i deficit mnesici riconoscono un'origine organica. La memoria è un termine generico indicante il processo mentale che permette all'individuo d'immagazzinare una serie di informazioni per poi poterle richiamare al momento opportuno o in un momento successivo.

- a) **Memoria immediata**: o richiamo immediato o recupero d'informazione dopo un intervallo di tempo di pochi secondi.
- b) **Memoria a breve termine**: dizione usata per indicare il caso in cui l'intervallo di tempo che intercorre tra l'acquisizione dell'informazione e il richiamo mnemonico della stessa, risulta riempito da un'azione distraente.
- c) **Memoria recente**: è il ricordare eventi quotidiani e la capacità di apprendere il nuovo.
- d) **Memoria remota**: è la capacità di richiamare eventi verificatesi negli anni passati.
- e) **Amnesia**: difetto generico della funzione mnemonica.

APPRENDIMENTO

L'apprendimento è il processo di acquisizione di conoscenza, di una competenza o di una particolare capacità attraverso lo studio, l'esperienza o l'insegnamento. Dal punto di vista psicologico è una funzione dell'adattamento nel comportamento.

LINGUAGGIO

Disturbi del linguaggio:

- **afasia**: incapacità a produrre o a comprendere il linguaggio orale e/o scritto;
- **disartria, anartria**: disturbo nell'articolazione della parola;
- **afonia, disfonia**: perdita della voce per patologie del laringe e della sua innervazione.
 - Afasia motoria o non fluente di Broca o espressiva: linguaggio agrammatico o telegrafico, comprensione sufficiente, ripetizione ed espressione orale ridotte o abolite, la denominazione degli oggetti può rilevare risposte parafasiche. I pazienti sono consci della propria menomazione e sono depressi. Si adattano alla vita quotidiana per la comprensione sufficientemente intatta.
 - Afasia sensoriale o percettiva o fluente di Wernicke: comprensione orale e ripetizione abolite, espressione orale abbondante, scorrevole, priva di sostantivi e con molte parafasie e gergofasie.
 - I pazienti non si rendono conto del loro deficit e spesso vengono considerati psicotici data la mancanza di emiparesi. Le forme lievi possono evolvere verso un'afasia di conduzione o verso un'afasia anomica.
 - Alessia con agrafia: sono abolite la scrittura e la lettura.
 - Afasia di conduzione: fluente con pause per la ricerca di parole, con parafasie laterali, la ripetizione è abolita, minime difficoltà nella comprensione orale e scritta. La lettura è discreta mentre la scrittura mostra degli errori nella scomposizione in lettere, nella scelta della parola nonché nella sintassi.
 - Afasia globale: gravi turbe della comprensione, della ripetizione, dell'espressione, della lettura e della scrittura. Disabilità cronica e severa.
 - Afasia transcorticale: è l'opposto di quella di conduzione, la ripetizione è integra mentre le altre funzioni del linguaggio sono alterate. Esistono forme motorie, sensoriali, miste. Il ricupero delle forme sensoriali è buono.
 - Afasia anomica: difficoltà di trovare le parole e denominare gli oggetti che vengono mostrati.
 - Alessia pura senza agrafia: la corteccia visiva di sinistra è danneggiata, tutte le informazioni visive entrano nel solo emisfero destro che percepisce la scrittura ma è incapace di trasmettere l'informazione.
 - Agrafia pura: solo della mano sinistra per lesioni del corpo calloso.
 - Sordità verbale pura: molto rara, la funzione uditiva è intatta, non vi sono afasia, agrafia o alessia, ma una mancanza totale della comprensione del linguaggio.

Scala di Valutazione della Gravità dell'Afasia

- 0) Nessun deficit.
- 1) Incertezze di linguaggio appena percettibili, solo difficoltà soggettive, non evidenti all'interlocutore.
- 2) Lievi incertezze del linguaggio o della comprensione, nessuna rilevante limitazione riguardo le idee espresse o alterazioni della forma espressiva.
- 3) Il paziente non ha difficoltà a parlare di quasi tutti i problemi di ogni giorno, sono però presenti difficoltà apprezzabili di espressione e/o di comprensione su alcuni argomenti.
- 4) È possibile la conversazione su argomenti familiari con l'aiuto dell'interlocutore, è presente impossibilità, talora, a comunicare il pensiero.
- 5) Ogni comunicazione avviene in maniera frammentaria, la gamma di informazioni scambiata è limitata.
- 6) Incapacità di qualsiasi operazione di linguaggio sia in entrata che in uscita.

MOVIMENTO VOLONTARIO

Disturbi a compiere gesti finalistici a motilità e psichismo integri: aprassie.

- Aprassia ideomotoria: alterazione nell'esecuzione di gesti intransitivi, non applicati ad un oggetto, simbolici o non simbolici (es. mostrami come spegni un fiammifero). Il soggetto è conscio della menomazione. In genere si tratta di lesioni bilaterali.
- Aprassia ideativa: compromissione elettiva dei gesti transitivi che richiedono l'uso degli oggetti (es. piegare una lettera). Il paziente non sa descrivere l'iter gestuale. E' un'affezione molto grave, di solito riscontrabile nelle lesioni bilaterali.
- Aprassia motoria: è assimilabile ad una paresi.
- Aprassia costruttiva: dx: alterazione dell'utilizzazione dello spazio. Sn: alterazione dell'esecuzione formale.
- Aprassia dell'abbigliamento: impossibilità di indossare correttamente gli indumenti.
- Aprassia bucco-faccio-linguale: impossibilità a compiere su comando gesti con la bocca, la lingua e la faccia. E' la più comune. Si può associare con un'afasia di Broca.
- Aprassia della marcia: perdita o riduzione di poter disporre degli arti inferiori per la marcia.

PERCEZIONE VISUO - SPAZIALE

Disturbi nel riconoscimento di stimoli esterni o di oggetti con funzioni sensitive, sensoriali, intellettive e del linguaggio integre: agnosie.

- Agnosia Ottica per oggetti e figure: appercettiva e associativa. Rara, paziente lucido e non afasico, l'oggetto può essere riconosciuto attraverso gli altri sensi, vi è alexia.
- Agnosia Ottica per le fisionomie o Prosopoagnosia: non si identifica un volto familiare né si impara a riconoscere volti nuovi.
- Agnosia Ottica per i colori: compromesse l'identificazione e la denominazione. Si associa ad una quadrantopsia o alla prosopoagnosia. Anomia per i colori, acromatopsia centrale.
- Agnosia Spaziale per l'esplorazione dello spazio: sindrome di Balint o paralisi psichica dello sguardo. Emidisattenzione unilaterale per lo spazio o neglet o NSU (negligenza spaziale unilaterale).
- Agnosia Spaziale per l'orientamento, per la memoria topografica.
- Agnosia Uditiva.
- Agnosia digitale.
- Agnosia Tattile per lo schema corporeo o somatoagnosia: emiasomatoagnosia (sindrome di Anton-Babinski)
- Anosognosia. Anosodiaforia. Autotopoagnosia. Sindrome di Gerstmann.
- Asimbolia al dolore.

INTELLIGENZA E ASTRAZIONE

DEMENTIA

Con questo termine si indicano numerosi disturbi caratterizzati dal declino acquisito della memoria e delle altre funzioni cognitive, che compromette il funzionamento quotidiano in un soggetto fino allora efficiente, in assenza di un'alterazione dello stato di coscienza.

Classificazione.

Demenze primarie o degenerative

- 1) demenza di Alzheimer
- 2) demenze fronto-temporale e malattia di Pick
- 3) demenza a corpi di Lewy

- 4) Parkinson-demenza
- 5) idrocefalo normoteso
- 6) corea di Huntington
- 7) paralisi sopranucleare progressiva
- 8) degenerazione cortico-basale

Demenze secondarie

- A) Demenza vascolare ischemica
- B) Disturbi endocrini e metabolici
 - 1) ipo e ipertiroidismo
 - 2) ipo e iperparatiroidismo (ipo- e ipercalcemia)
 - 3) malattie dell'asse ipofisi-surrene (ipopituitarismo, sindrome di Cushing, morbo di Addison)
 - 4) encefalopatia porto sistemica e in corso di epatopatia
 - 5) insufficienza renale cronica
 - 6) ipoglicemia
 - 7) disidratazione
- C) Malattie metaboliche ereditarie
- D) Malattie infettive e infiammatorie del SNC
 - 1) meningiti ed encefaliti (batterica, neurosifilide, micotica, virale)
 - 2) sclerosi multipla e malattie demielinizzanti
 - 3) connettiviti
 - 4) malattia di Creutzfeld-Jakob
 - 5) A.I.D.S. dementia complex
- E) Stati carenziali
 - 1) carenza di tiamina {sindrome di Korsakoff}
 - 2) carenza di vitamina B1 e folati
 - 3) malnutrizione generale
- F) Sostanze tossiche
 - 1) Alcol
 - 2) Metalli pesanti
 - 3) Farmaci
 - 4) Composti organici
- G) Processi espansivi intracranici
 - 1) neoplasie
 - 2) ematomi
 - 3) ascessi cerebrali
- H) **Traumi Cranici**
- I) Sindromi paraneoplastiche
- L) Malattie cardiovascolari e respiratorie

La diagnosi di demenza richiede la presenza di una sindrome clinica definita da criteri sufficientemente precisi e accettati.

La caratteristica essenziale di una demenza è lo sviluppo di molteplici deficit cognitivi che comprendono compromissione della memoria e almeno una delle seguenti alterazioni cognitive: afasia, aprassia, agnosia, o un'alterazione del funzionamento esecutivo

Una diagnosi di demenza non dovrebbe essere fatta se i deficit cognitivi ricorrono esclusivamente nel corso di un delirium.

Tuttavia, si possono fare entrambe le diagnosi di demenza e di delirium se la demenza è presente in momenti in cui il delirium non è presente.

La Demenza può essere eziologicamente correlata a una condizione medica generale, agli effetti persistenti dell'uso di una sostanza (inclusa l'esposizione a tossine), o a una combinazione di questi fattori.

Esistono vari criteri diagnostici:

- 1) criteri suggeriti dal DSM – IV e IV – TR;
- 2) criteri suggeriti dallo State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Center (ADDTC);
- 3) criteri suggeriti dal National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN).

Lo stesso livello di compromissione delle facoltà cognitive può interferire significativamente con la capacità del soggetto di eseguire un lavoro complesso, ma non un lavoro meno impegnativo. Per misurare la gravità della compromissione possono essere usate note scale di valutazione standardizzate che misurano la cura fisica (per es., l'igiene personale), il funzionamento intellettuale, e la capacità di usare apparecchi o utensili (per es., telefono, lavatrice). Non viene fatta diagnosi di Demenza se questi sintomi si presentano solo durante il corso di un delirium. Tuttavia, il delirium può essere sovrapposto ad una demenza preesistente, nel qual caso dovrebbero essere formulate entrambe le diagnosi.

TEST

MENTAL DETERIORATION BATTERY

Test delle 15 parole di Rey – immediato.

Curva di apprendimento.

Falsi riconoscimenti.

Test delle 15 parole di Rey – differito.

Recognition: risposte corrette.

Recognition: falsi riconoscimenti

Test di Prassia Costruttiva di De Renzi (modificato da Gainotti): copia semplice.

Test di Prassia Costruttiva di De Renzi (modificato da Gainotti): copia con elementi di programmazione.

Test delle matrici progressive di Raven – Forma Colore.

Test di Fluidità Verbale.

Test di Costruzioni di Frasi.

Test dell'Orologio di Thalman.

Test del Doppio Barrage.

Test delle Matrici Attentive di Spindler e Tognoni.

Trail Making Test – A (ENB).

Trail Making Test – B (ENB).

Test di Stroop – forma lieve.

Denominazione orale (BADA).

Digit span verbale – diretto.

Digit span verbale – inverso.

Digit span spaziale – diretto.

Digit span spaziale – inverso.

Tab.1 VALUTAZIONE DEI PRINCIPALI DEFICIT DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

SINDROME SOGGETTIVA a tipo instabilità emotiva post-traumatica, in esito a trauma cranico lieve: caratterizzata da cefalea sia generalizzata che localizzata alla parte colpita e da pseudovertigini, sensazione di "testa leggera" e d'instabilità, tensione, ansia, difficoltà di concentrazione: **fino a 4%**.

POST-CONCUSSION SINDROME: La manifestazione essenziale è una menomazione acquisita nel funzionamento cognitivo, accompagnata da sintomi neuro-comportamentali specifici, che si riscontra come conseguenza di un trauma cranico chiuso di sufficiente gravità da provocare una rilevante concussione cerebrale. Le manifestazioni di concussione comprendono perdita di coscienza, amnesia post-traumatica e, meno comunemente, insorgenza post-traumatica di attacchi epilettiformi.

Sebbene non vi siano ancora dati sufficienti per stabilire una soglia definitiva per la gravità del trauma cranico, sono stati suggeriti alcuni criteri, per esempio, due dei seguenti: 1) un periodo di incoscienza della durata di più di 5 minuti; 2) un periodo di amnesia post-traumatica della durata di più di 12 ore dopo il trauma cranico; oppure 3) un primo esordio di manifestazioni epilettiche (o il peggioramento marcato di un disturbo epilettico preesistente), che si manifesti entro i primi 6 mesi dal trauma cranico.

Devono essere presenti anche deficit cognitivi documentati, riguardanti sia l'attenzione (concentrazione, capacità di spostare il fuoco dell'attenzione, capacità di eseguire compiti cognitivi simultanei), sia la memoria.

Insieme alle alterazioni cognitive, devono essere presenti altri tre (o più) sintomi per almeno tre mesi a partire dal trauma cranico. Essi comprendono: facile affaticamento, sonno alterato, cefalea, mancamenti, irritabilità o aggressività sproporzionata rispetto alla causa esterna, ansia, depressione, o labilità affettiva; apatia o mancanza di spontaneità; e altri cambiamenti della personalità (per es. inadeguatezza sociale o sessuale).

Le alterazioni cognitive e i sintomi somatici e comportamentali si sviluppano a seguito del trauma cranico, oppure rappresentano un peggioramento significativo di sintomi preesistenti. Le conseguenze cognitive e neuro-comportamentali sono accompagnate da menomazione significativa nel funzionamento sociale e lavorativo, e rappresentano un significativo declino rispetto al precedente livello di funzionamento.

Secondo il DSM - IV vi deve essere stato un trauma cranico che abbia causato concussione cerebrale significativa (**Criterio A**). **Criterio B:** dimostrazione attraverso test neuropsicologici valutativi di difficoltà dell'attenzione e della memoria. **Criterio C:** presenza di tre o più dei seguenti sintomi a poca distanza dal trauma e della durata di almeno tre mesi: facile affaticamento, sonno alterato, cefalea, vertigini o senso di mancamento, irritabilità o aggressività sproporzionata rispetto alle cause esterne, ansia, depressione, labilità affettiva, cambiamenti nella personalità, apatia o mancanza di spontaneità. **Criterio D:** i Criteri B e C esordiscono a seguito di trauma cranico oppure rappresentano un sostanziale peggioramento di sintomi preesistenti. **Criterio E:** l'alterazione causa menomazione significativa nel funzionamento sociale o lavorativo e rappresenta un declino rispetto al precedente livello di funzionamento.

Nei bambini in età scolare la manifestazione può manifestarsi con un significativo peggioramento nel rendimento scolastico a partire dal trauma. **Criterio F:** i sintomi non soddisfano i criteri per la Demenza dovuta a trauma cranico e non risultano meglio attribuibili a qualche altro disturbo mentale. Nel caso di insorgenza di una epilessia post traumatica vedi tabella relativa.

SINDROME PSICORGANICA FOCALE DI LIEVE, MODERATA E GRAVE ENTITÀ a seconda della natura e della gravità dei disturbi specifici, comprensivi del danno anatomico: Sindromi Corticali, Sindromi Sottocorticali Sovratentoriali, Sindromi Sottocorticali Sottotentoriali.

SINDROME PSICORGANICA DIFFUSA DI LIEVE, MODERATA E GRAVE ENTITÀ': determinata da traumi cranio encefalici capaci di produrre lesioni cerebrali multiple; caratterizzata da modificazioni in eccesso o in difetto quantitative e qualitative e da una sintomatologia dismnese, incontinenza emotiva, reazioni sproporzionate o immotivate, deliri, confabulazioni (dimostrazione con test neuropsicologici e valutazione cognitiva). (Bleuler, 1955).

DETERIORAMENTO MENTALE A TIPO SINDROME DEFICITARIA SEMPLICE: caratterizzato da sintomi psichiatrici quali depressione dell'umore, ansia, ipocondria, episodi di confusione o eccitamento, instabilità emotiva, disturbi del sonno, psicosi di Korsakoff; sintomi neurologici quali segni e/o sintomi focali, crisi comiziali, disturbi della memoria, sintomi piramidali, sintomi extrapiramidali, sintomatologia pseudobulbare; sintomi somatici quali cefalea, vertigini, faticabilità, acufeni: **fino a 50 %**

DETERIORAMENTO MENTALE GENERALE o DEMENZA LIEVE: caratterizzato da un quadro simile al precedente ma con sintomi qualitativamente e quantitativamente più gravi (es.: frequenza delle crisi comiziali, dei disturbi della memoria, etc.) **> 50% ma inferiore al 90%**.

DEMENTIA: > 90%

Tipo afasia	Sfumata	Lieve	Media	Grave
A. non fluente (n. 152)	Fino a 10%	Fino a 20%	Fino a 30%	45%
A. fluente (n. 153)	Fino a 20%	Fino a 35%	Fino a 45%	65%
A. globale (n. 154)			Fino a 65%	>80%

Tab.2 VALUTAZIONE DELLE AFASIE

Tabella riepilogativa delle caratteristiche delle afasie.

	Eloquio Spontaneo	Comprensione	Ripetizione	Scrittura e Lettura	Lesione
Wernicke	Fluente con errori fonetici	cattiva	cattiva	compromesse	area 22
Transcorticale Sensoriale	Fluente con parafasie verbali e anomie	cattiva	buona	compromesse	area 39 e 37
Amnestica	Fluente con numerose anomie	conservata	conservata	compromesse dalle anomie	area 39 e 37
Di Conduzione	fluente	conservata	cattiva	variabili	area 40 e f. arciforme
Globale	Ridotto	cattiva	Compromessa	compromesse	tutte le aree del linguaggio
Broca	Ridotto, faticoso, lento con deficit articolatorio	buona	ridotto	compromesse	area 44
Transcorticale Motoria	Ridotto con fenomeni d'inerzia	relat. buona	buona	compromesse	aree marginali anteriori
Transcorticale Mista	Ridotto con fenomeni d'inerzia e parafasie	cattiva	buona	compromesse	a. marg. post

LESIONI CEREBRALI FOCALI

LOBI FRONTALI

AREA MOTORIA: porzione posteriore del lobo frontale o area 4 (4a-4γ)

AREA PREMOTORIA: anteriore all'area motoria o area 6 e 4s.

AREA MOTORIA FRONTALE OCULARE o area 8 (controllo dei movimenti coniugati degli occhi).

AREA MOTORIA DEL LINGUAGGIO: o area 44 (in parte 45-46-47)

AREE FRONTALI D'ASSOCIAZIONE: o aree 9-10-11-12-32 o aree PREFRONTALI.

LOBI PARIETALI

AREA POST-CENTRALE: o aree 3-1-2 (corteccia sensitiva).

AREA DEL LOBULO PARIETALE SUPERIORE: o aree 5-7 o aree sensitivo-psichiche (stereognosia).

AREA DEL LOBULO PARIETALE INFERIORE: o aree 39-40 (aree gnosiche e prassiche).

LOBI TEMPORALI

AREA UDITIVO SENSORIALE: o aree 41-42.

AREA UDITIVO PSICHICA GNOSICA: o area 22.

AREA GUSTATIVA: o area 34.

AREA OLFATTIVA: o area 23

AREE D'ASSOCIAZIONE-INTEGRATIVE PSICOSENSORIALI: o aree 20-21-37-38

AREE DEL "SISTEMA LIMBICO".

LOBI OCCIPITALI

AREA VISIVA PRIMARIA: o area 17 o area striata o centro recettoriale.

AREA PARASTRIATA: o area 18 a funzione associativa o centro pararecettivo (riceve ed interpreta).

AREA PERISTRIATA: o area 19 a funzione associativa o centro perirecettivo (riconosce, percepisce, visualizza, associa e orienta).

DEFICIT DI FORZA

Plegia (dal greco, significa colpo) o paralisi (dal greco accanto alla perdita): perdita totale di una funzione motoria e/o sensitiva (il termine paralisi si usa comunemente, ancorché impropriamente, anche per i deficit parziali).

Paralisi flaccida: da lesione delle fibre motorie periferiche.

Paralisi spastica: da accentuazione dei riflessi da stiramento.

Paresi: perdita parziale.

Minimi segni piramidali: modesta accentuazione dei riflessi da stiramento, minimo deficit di forza, risposta plantare in estensione.

Monoplegia: perdita di forza di tutti i muscoli di un arto.

Emiplegia: perdita di forza interessante l'arto superiore, quello inferiore e la faccia di una lato del corpo.

Quadriplegia o tetraplegia: perdita di forza di tutti e quattro gli arti.

Paraplegia: perdita di forza di entrambi gli arti inferiori.

Valutazione della forza e della debolezza muscolare (Mayo Clinic, modificata)

	Punteggio	Forza residua (%)
NORMALITÀ		100
LIEVE DEFICIT Minima debolezza apprezzabile Debolezza moderata, segni di fatica muscolare	F4	90 75-85
MEDIO DEFICIT Debolezza intermedia, contro gravità e contro resistenza Debolezza media, gli arti si muovono solo contro gravità	F3 F2	50-75 30-50
GRAVE DEFICIT Debolezza grave, gli arti non si muovono contro gravità Debolezza gravissima, minima contrazione apprezzabile	F1	15-25 10
PARALISI Non si verifica alcuna contrazione muscolare	F0	0

N. B.: La valutazione dei deficit di forza, basata essenzialmente sulla collaborazione del paziente, dovrà essere preceduta da una scrupolosa descrizione obbiettiva del tono-trofismo muscolare e quindi documentata con gli opportuni accertamenti strumentali.

Tab.3 DEFICIT DELLA FORZA

Tetraplegia alta (n. 138)	100%
Tetraparesi a seconda del deficit di forza (n. 144)	Fino a 80%
Emiplegia flaccida (n. 139)	85%
Emiplegia spastica con possibilità di deambulare con appoggio ed arto superiore funzionalmente perduto. (n. 140)	75%
Emiparesi destra con grave deficit e maggior interessamento dell'arto superiore, perdita o grave difficoltà ai movimenti fini della mano dominante. (n. 149)	Fino a 60 %
Emiparesi con medio deficit di forza, possibilità di deambulazione, senza appoggio, difficoltà ai movimenti fini della mano dominante (n. 150)	Fino a 35%
Emiparesi con minimo deficit di forza e sfumati segni piramidali (n. 151)	Fino a 8%
Monoplegia dell'arto superiore dominante con grave deficit di forza e della compromissione dei movimenti della mano (n. 142)	Fino a 58%
Monoplegia dell'arto superiore non dominante con grave deficit di forza e della compromissione dei movimenti della mano. (n. 142)	Fino a 48%
Monoparesi dell'arto inferiore a seconda del deficit di forza e della compromissione deambulatoria. (n. 148)	25 – 35%

DEFICIT DI SENSIBILITÀ

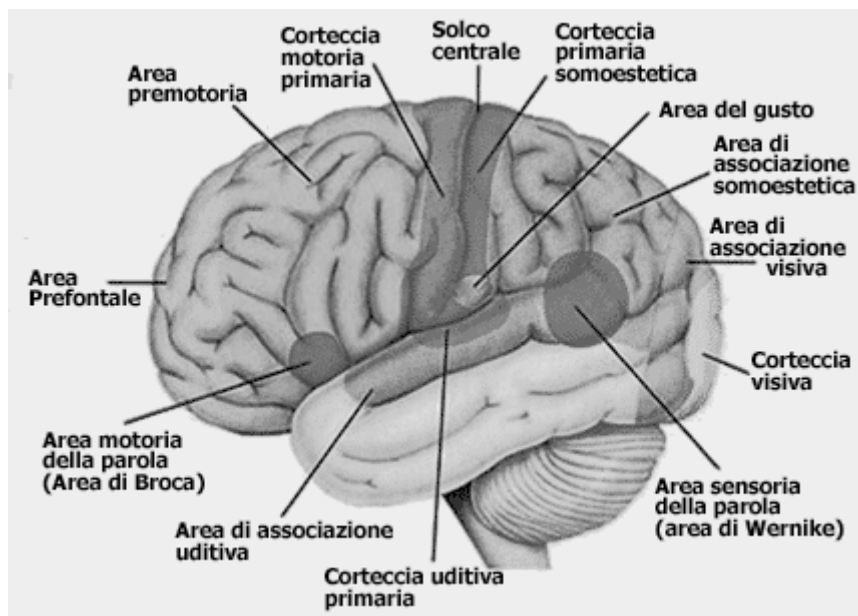
Al fine di quantificare attendibilmente un deficit di sensibilità, è indispensabile saggiare e riportare analiticamente le caratteristiche ed i livelli della:

- **Sensibilità tattile** (batuffolo di cotone)
- **Sensibilità dolorifica** (punta di spillo)
- **Sensibilità termica** (boccette di Erlemeyer con acqua calda e fredda)
- **Sensibilità vibratoria** (diapason a 128 Hz)
- **Sensibilità** della percezione del senso di movimento (motilità delle dita del paziente)
- **Sensibilità discriminativa** (doppio stimolo, riconoscimento di numeri, identificazione della forma e dimensioni, localizzazione).

Tab. 4 Deficit di Sensibilità (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Emianestesia totale (sindrome sensitiva corticale ed estinzione sensitiva, con topoagnosia e perdita del senso di posizione o sindrome di Verger - Déjerine, da lesione non profonda del lobo parietale)	Fino a 40%
---	-------------------

SINDROMI CORTICALI



SINDROME DEI LOBI FRONTALI

La sindrome frontale è una condizione patologica caratterizzata da una sintomatologia complessa e multifforme: disinibizione, impulsività, risposte inappropriate alle situazioni sociali, mancanza di iniziativa, ridotta flessibilità, incapacità a pianificare programmi per il futuro, ridotta capacità di argomentazione, difficoltà nell'esecuzione di comportamenti complessi.

La sindrome frontale può essere suddivisa in tre tipologie fondamentali, legate a lesioni anatomico - funzionali diverse.

TIPO DISESECUTIVO: diminuite capacità di giudizio, di pianificazione e di insight,

TIPO DISINIBITO: comportamento disinibito con scarso controllo degli impulsi e dei freni inibitori, facile irritabilità,

TIPO APATICO: diminuita spontaneità, diminuita produttività verbale e ridotto comportamento motorio.

Il lobo frontale è l'area della neocorteccia il cui sviluppo filogenetico risulta essere il più recente; occupa circa un terzo del volume della corteccia cerebrale. I lobi frontali sono le strutture che mediano le abilità di pensiero astratto, organizzano il comportamento in sequenze logiche ed in serie temporale, inibiscono risposte automatiche inappropriate agli stimoli ambientali.

Brodmann identifica tredici differenti aree: l'area 6 e parte dell'area 8 nella corteccia motoria; le aree 9, 10, 45 e 46 nella corteccia prefrontale; le aree 11, 12, 13, 24, 32 nella corteccia precentrale – basomediale.

Sono inoltre identificabili funzionalmente l'area motoria supplementare, l'area "frontal eye field" e l'area 44 di Broca.

L'area prefrontale è distinta in due regioni: la corteccia orbito frontale e la regione dorso laterale. L'uso di tecniche neurofunzionali, come la PET e la fRM ha permesso di evidenziare i complessi circuiti fronto corticali e fronto sottocorticali che si attivano durante determinate esperienze emotive, consentendo di superare una descrizione e classificazione anatomica rigida in un approccio descrittivo, forse ateoretico, ma che consente di classificare i disturbi a seconda del tipo di comportamento che essi inducono.

Sono stati identificati e descritti cinque circuiti sottocorticali:

1. il circuito motorio che origina dall'area supplementare motoria,
2. il circuito oculomotore che nasce nell'area frontale orbitale, che sono deputati alla funzionalità motoria,
3. il circuito prefrontale dorsolaterale deputato al controllo delle funzioni esecutive,
4. il circuito orbitofrontale laterale deputato al controllo del comportamento,
5. il circuito cingolato anteriore deputato al controllo della motivazione.

La valutazione delle lesioni del lobo frontale dovrà pertanto tenere conto degli aspetti neuropsicologici evidenziati attraverso la somministrazione di test appropriati

Tab.5

Sindrome prefrontale psicorganica non grave (n. 186)	Fino a 20%
Sindrome prefrontale psicorganica grave o severa (187)	>20%
Deterioramento mentale sostanzialmente comparabile a stato deficitario semplice (n. 188)	fino 50%

SINDROME DEI LOBI PARIETALI

I sintomi propri delle lesioni parietali unilaterali sia destre che sinistre sono: sindrome sensitiva corticale ed estinzione, lieve emiparesi, emianopsia laterale omonima incongrua, agnosie, abolizione del nistagmo optocinetico, compromissione della stereognosia. (vedi agnosia e aprassia).

Disturbi dello schema corporeo: anosognosia, anosodiaforia, emiasomatoagnosia, autopoagnosia, prosopoagnosia, emidisattenzione per lo spazio, asimbolia al dolore.

Disturbi delle prassie: aprassia ideomotoria, costruttiva, dell'abbigliamento.

Amiotrofia parietale, iperpatia, disturbi visivi (quadrantopsie), disturbi gustativi, atassia parietale, disturbi vestibolari.

Tab.6 (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Deficit da lesioni dell'area post centrale e del lobulo parietale superiore: sindrome sensitiva corticale e compromissione della stereognosia: astereognosia ipo - anestesia emisoma	10 - 20% 10 - 40 %
Deficit da lesioni del lobulo parietale inferiore dominante: autotopoagnosia, quadrantopsia inferiore omonima controlaterale.	Vedi tabelle deficit campimetrici
Deficit da lesioni del lobulo parietale inferiore non dominante: perdita della memoria topografica, anosognosia (negazione di deficit emisoma sinistro) e aprassia dell'abbigliamento, emisomatoagnosia.	20 - 60%

SINDROME DEI LOBI TEMPORALI

Insieme alla neocorteccia temporale, nel lobo temporale sono presenti strutture filogeneticamente più antiche e rappresentate dal sistema limbico.

I sintomi sono costituiti da:

- disturbi uditivi: l'area uditiva (area 41 e 42 di Brodman) si trova nella circonvoluzione temporale superiore,
- sintomi irritativi con allucinazioni uditive elementari (suoni semplici) o complesse (parole, musica),
- sintomi deficitari con sordità per lesioni bilaterali, ipoacusia per lesioni unilaterali,
- disturbi olfattivi e gustativi: prevalenti sono i sintomi di tipo irritativo con allucinazioni olfattive e gustative in genere sgradevoli e tipiche delle crisi uncinatate. Rappresentano uno dei sintomi principali di lesioni temporali.
- Disturbi vestibolari e dell'equilibrio: disturbi vestibolari parossistici nelle crisi epilettiche temporali, vertigini permanenti nei tumori temporali (rare),
- disturbi visivi
- lesioni distruttive: quadrantopsia superiore controlaterale per lesioni delle radiazioni ottiche,
- lesioni irritative: allucinazioni visive complesse spesso associate a fenomeni di visione di ricordi passati,
- disturbi delle funzioni simboliche,
- disturbi fascici: afasia di Wernicke e afasia amnestica,
- disturbi gnosici: agnosia uditiva (rara),
- disturbi pratici: aprassia ideatoria (rara),
- disturbi vegetativi e oro-genitali, lesioni irritative: sintomi molto caratteristici delle crisi epilettiche temporali rappresentati da aura epigastrica, crisi vegetative e oro-faringee),
- lesioni distruttive: sindrome di Klüver-Bucy con aumento e deviazione delle condotte orali e sessuali, docilità e passività, aumento delle reazioni a stimoli visivi con manipolazione di oggetti, tendenza a esaminare gli oggetti con la bocca,
- disturbi psichici, disturbi della sfera emotiva,
- episodi parossistici per focolai epilettogeni con accessi di collera, aggressività, depressione, euforia, spesso associati a crisi epigastriche e neurovegetative permanenti con alterazioni del carattere, labilità emotiva, euforia, depressione, disturbi psicomotori: alterazioni dello stato di coscienza con stati confusionali e pseudo assenze temporali, disturbi dell'attività motoria con automatismi mimici, gestuali e verbali,

- disturbi delle funzioni mnesiche e dell'apprendimento, deficit della memoria di fissazione (sindrome amnesica di Korsakoff da lesione ippocampale, demenze),
- disturbi delle funzioni cognitive.

Tab.7 (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

<p>Deficit da lesioni del lobo temporale dominante quadrantopsia omonima superiore, afasia non fluente, amusia, deficit nell'esecuzione di test con materiale presentato per via uditiva; Di grado lieve Di grado medio Di grado grave</p>	<p>Fino a 40% Fino a 60% > 65%</p>
<p>Deficit da lesioni del lobo temporale non dominante: deficit nell'esecuzione di test con materiale presentato per via uditiva e visiva, incapacità di giudizio su rapporti spaziali, agnosia per i suoni; sindrome apratto agnosica. In generale si tratta di quadri comiziali con quadrantopsia omonima controlaterale superiore.</p>	<p>Vedi tabelle epilessia e deficit campimetrici</p>

SINDROME DA LESIONE DEI LOBI OCCIPITALI

I sintomi propri delle lesioni unilaterali occipitali sia destre che sinistre sono: emianopsia omonima controlaterale congrua, sia centrale con divisione maculare che periferica con emiacromatopsia omonima, allucinazioni elementari, disturbi della funzione visiva: lesioni irritative: allucinazioni visive semplici - complesse, percezione distorta delle immagini (metamorfopsia), percezione errata delle dimensioni (micropsia / macropsia) e della posizione nello spazio (teleopsie), lesioni distruttive: deficit campimetrici talora negati dai pazienti, disturbi della motilità oculare riflessa, rotazione di occhi e capo verso il lato opposto per stimolazione del centro oculo-cefalogiro, perdita del riflesso di fissazione, di ammiccamento, di convergenza e accomodazione, nistagmo optocinetico (sindrome del sistema occipito-fugale) sindrome di Balint per lesioni parieto-occipitali, disturbi della percezione del tempo: valutazione errata del fluire del tempo e della successione degli avvenimenti, persistenza della percezione di un oggetto dopo che questo esce dal campo visivo (fenomeno della perseverazione visiva o poliopsia), disturbi psichici: deficit della memoria di fissazione, stati confusionali, sindromi demenziali, disturbi affettivi con ansia o depressione, disturbi del carattere con impulsività.

Tab.8 (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Deficit da lesioni dell'area 17: irritative: allucinazioni semplici come lampi e scotomi. Distruttive: deficit campimetrici.	Vedi tabella epilessie
Sintomi di lesioni delle aree 18 e 19: irritative: allucinazioni visive a forma definita, distruttive: difficoltà di fissazione, disattenzione visiva, alterazioni della visione stereoscopica e della memoria visiva, alterazioni della discriminazione delle forme, della dimensione e del colore e della relazione spaziale e della localizzazione accurata (utilizzare test). CECITÀ CORTICALE: La cecità corticale consegue alla lesione bilaterale dell'area 17. L'etiopatogenesi è per lo più vascolare e/o traumatica. Caratterizzata da una cecità assoluta di cui il paziente non si rende conto. <ul style="list-style-type: none"> - Riflessi pupillari normali. - Assenti il riflesso di fissazione, la convergenza, la fusione, l'accomodazione, l'ammiccamento alla minaccia. - Non si evoca il nistagmo optocinetico. 	Vedi tabella epilessie, e deficit campimetrici >85%

SINDROMI SOTTOCORTICALI (SOVRATENTORIALI)

SINDROMI TALAMICHE

La Sindrome talamica postero-laterale o sindrome di Dejerine e Roussy è caratterizzata da un'emiparesi sfumata, emianestesia, iperpatia e dolore talamico, emiatassia e emiastereognosia, movimenti coreo-atetosici e turbe vasomotorie.

Nella Sindrome talamica antero-laterale si riscontrano tremore a riposo e intenzionale, movimenti coreo-atetosici, mano talamica ed occasionalmente paralisi dello sguardo.

La Sindrome talamica mediale si presenta invece con turbe della termoregolazione, **turbe psichiche** e della memoria, della motilità gastrointestinale e della reattività vasoperiferica e della respirazione (di solito bilaterale).

Tab.10 (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Sindrome Talamica di lieve gravità (iperpatia a carico di un arto o più raramente di un emilato).	Fino 15%
Sindrome Talamica medio grave Demenza Talamica (rara)	Fino a 50% >90%

SINDROMI PARKINSONIANE

Sintomi primari: bradicinesia, tremori a riposo, rigidità e perdita dei riflessi posturali.

Sintomi secondari: ipomimia, disartria ipocinetica, ipofonia, scialorrea, disfagia, difficoltà respiratoria, perdita dei movimenti associati, andatura a piccoli passi, festinatio, micrografia, difficoltà nelle attività quotidiane, distonia, mioclonie, discinesie, postura in flessione, algie diffuse, cifosi e scoliosi, sintomi neuro-oftalmologici, disturbi del sonno, freezing, cinesia paradossa, sintomi vegetativi.

Eccezionalmente si può avere a seguito di un unico trauma: questo può slatentizzare in alcuni casi forme lievi o sub cliniche e/o aggravare la malattia già in atto; più frequentemente in ambito lavorativo la causa è rappresentata da **un'intossicazione da sostanze chimiche.**

Per i casi in terapia farmacologica va ricordato che l'attività terapeutica della L-Dopa e degli L-Dopa inibitori decresce con il passare degli anni.

STADI CLINICI D'INVALIDITÀ:

Stadio 1 forma monolaterale con minimo deficit funzionale.

Stadio 1.5 forma monolaterale con compromissione assiale.

Stadio 2 forma bilaterale senza disturbi dell'equilibrio.

Stadio 2.5 forma bilaterale con disturbi dell'equilibrio evidenti solo alle prove test.

Stadio 3 bilaterale con iniziali deficit dell'equilibrio: il paziente è capace di condurre una vita forma indipendente.

Stadio 4 il paziente è ancora capace di camminare e stare in piedi ma è gravemente invalido.

Stadio 5 il paziente è costretto a letto o in poltrona, dipende completamente dall'aiuto degli altri.

Tab.11 Valutazione delle sindromi parkinsoniane (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Bilaterale sfumata , in fase precoce, non è somministrata alcuna terapia farmacologica.	Fino a 18%
Bilaterale di grado lieve , senza disturbi posturali, segni e sintomi interferiscono lievemente con le attività quotidiane, è necessario somministrare una terapia farmacologica.	Fino a 35%
Bilaterale di grado moderato , segni e sintomi interferiscono con le attività quotidiane, la terapia farmacologica ottiene un buon controllo, anche se con oscillazioni.	Fino a 60%
Bilaterale in fase avanzata , il paziente può ancora deambulare, anche se il quadro sindromico è altamente invalidante, nonostante la terapia, è presente una evidente compromissione dei quadri I, II, III secondo la UDPRS, corrispondente ad un punteggio medio pari a 2 - 3.	Fino a 80%
Bilaterale di grado grave , il paziente non è autonomo.	>85%
Emiparkinsonismo sfumato con elettivo interessamento dell'arto superiore dominante.	Fino a 16%
Emiparkinsonismo sfumato con elettivo interessamento dell'arto inferiore dominante	fino a 12%
Emiparkinsonismo lieve con elettivo interessamento dell'arto superiore dominante.	fino a 30%
Emiparkinsonismo lieve con elettivo interessamento dell'arto inferiore dominante.	fino a 25%
Emiparkinsonismo moderato con elettivo interessamento dell'arto superiore dominante.	fino a 50%
Emiparkinsonismo moderato con elettivo interessamento dell'arto inferiore dominante.	fino a 42%
Emiparkinsonismo grave con elettivo interessamento dell'emisoma dominante.	fino a 70%

SINDROME IPOTALAMICA

È caratterizzata da diabete insipido, riscontrabile anche dopo un trauma cranio-encefalico.

Tab.12 Valutazione della sindrome ipotalamica (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Di grado lieve	11 %
Di grado medio	>15 %
Di grado grave	>25%

IDROCEFALO: la causa dell'idrocefalo è il risultato di un'aumentata produzione di liquido cerebrospinale (CSF), di un'ostruzione al suo deflusso o di un ridotto riassorbimento lungo il seno sagittale superiore.

Una menzione a parte merita comunque l'idrocefalo post-traumatico, caratterizzato da **mancanza di equilibrio**, cefalea intermittente, vomito, stato confusionale e sonnolenza, successivamente da **apatia e rallentamento psicomotorio**.

Può essere ipertensivo o normoteso; nel primo caso, di non rara origine post-traumatica, l'ipertensione endocranica viene controllata di regola tramite applicazione di una derivazione ventricolo-peritoneale.

Le cause più frequenti di un idrocefalo dovuto ad ostruzione sono rappresentate da un'emorragia sub aracnoidea con fenomeni ostruttivi dovuti a fibrosi meningea, da meningite, da trauma, da tumore, da malformazione di Arnold-Chiari.

La valutazione medico-legale dovrà tenere conto dell'effettiva compromissione psico-motoria, dalla possibilità di effettuare una derivazione e dalla possibilità del rischio di complicanze quali la sepsi, embolia polmonare, perforazione intestinale e insufficienza renale.

Mediamente si può riconoscere un danno biologico del 20-40%.

SINDROMI CEREBELLARI (SOTTOTENTORIALI)

Distinguiamo una sindrome EMISFERICA, caratterizzata da ipotonia, atassia (dissinergia, disdiadococinesia, dismetria), tremore, disartria (parola scandita, esplosiva), perdita di forza muscolare e nistagmo e una VERMIANA, caratterizzata da disturbi dell'equilibrio e della deambulazione (barcollante, a base allargata, arti rigidi, non ipotonici; i disturbi a carico degli arti superiori sono modesti).

Tab.13 (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Sindrome emisferica:	
Di grado lieve	15-25%
Di grado medio	Fino a 50%
Di grado grave	60-70%
Sindrome vermiana:	Fino a 40%

N. B.: le possibilità di compenso al deficit cerebellare per le lesioni che si sviluppano lentamente sono molto elevate.

SINDROMI TRONCOENCEFALICHE

Sono lesioni estremamente gravi se complete, raramente di origine traumatica, essendo assai spesso su base vascolare o tumorale. Riportiamo qui di seguito le più rappresentative, tenendo presente che la valutazione del danno permanente (di norma assai elevata) dovrà essere fatta caso per caso in rapporto all'effettiva entità delle menomazioni concretamente riscontrate.

Sindrome di Wallenberg, bulbare (radice discendente del V n. c., nucleo ambiguo, fibre oculo-simpatiche, fascio spino-cerebellare ventrale, tratto spino-talamico).

Omolateralmente alla lesione si rileva ipoestesia facciale termodolorifica, paralisi dei muscoli faringei, del velo pendulo e della corda vocale, sindrome di Bernard - Horner, nistagmo e atassia, mentre controlateralmente si ha una ipoestesia corporea termodolorifica.

Sindrome di Foville-Millard-Gubler, pontina: nuclei e fibre radicolari VI e VII n. c., fascicolo longitudinale mediale, lemnisco mediale, fascio spino-talamico, radice spinale del V n. c., peduncolo cerebellare inferiore.

E' caratterizzata dalla paralisi dei movimenti coniugati di sguardo verso il lato della sede di lesione, dalla paralisi omolaterale nucleare del VI e del VII n. c., da turbe cerebellari omolaterali, da un'emianestesia corporea termodolorifica e profonda controlaterale.

Sindrome di Millard-Gubler, pontina: fibre radicolari VI e VII n. c. e fibre piramidali.

Omolateralmente si riscontra la paralisi del facciale e dell'oculomotore esterno, controlateralmente un'emiparesi o un'emiplegia.

Sindrome di Weber, mesencefalica: vie cortico-spinali e cortico-bulbari, fibre radicolari del III n. c. e sostanza nera. Si ha la paralisi omolaterale dell'oculomotore comune ed un'emiparesi controlaterale.

CEFALEA POST TRAUMATICA

Traumi cranici anche minori possono dar luogo ad una sindrome cefalgica o aggravare una cefalea preesistente.

La cefalea, generalmente si manifesta come sintomo nell'ambito di una più complessa sindrome post traumatica quale una sindrome soggettiva.

Secondo la classificazione dell'IHS (Società Internazionale delle Cefalee) devono essere soddisfatti i seguenti criteri generali per le cefalee post traumatiche:

A) Cefalea post traumatica acuta:

1) Trauma cranico significativo in virtù di una delle seguenti situazioni:

- perdita di coscienza,
- amnesia post traumatica della durata di almeno 10 minuti,
- anomalie ad almeno 2 delle seguenti immagini: esame neurologico, Rx cranio, neuroimaging, esame del liquor, potenziali evocati, prove vestibolari, test neuropsicologici.

2) La cefalea si manifesta entro 14 giorni dal recupero di coscienza o dal trauma, cefalea *de novo*, raramente di tipo emicranico, frequentemente di tipo diffuso o loco-regionale.

3) La cefalea scompare entro 8 settimane dal recupero di coscienza o dal trauma.

Il persistere della cefalea per oltre due mesi depone per un andamento cronico del disturbo.

B) Cefalea post traumatica cronica:

1) Cefalea con esordio entro 14 giorni dall'evento traumatico, persistenza oltre le otto settimane.

2) Quadri clinici riconoscibili e classificabili con i criteri diagnostici delle varie forme primarie.

C) Cefalea primaria preesistente peggiorata o trasformata dall'evento traumatico:

Relazione temporale con l'evento.

D) Associazioni di A e C: associazione di più diagnosi e relative specificazioni.

E) Cefalee post traumatiche persistenti ad andamento ricorrente o continuo con eccezioni ai criteri di relazione temporale con l'evento:

Esordio con intervallo libero superiore a 14 giorni rispetto al trauma o successivo alla remissione di una forma acuta, con o senza intervallo libero.

Tab.14 (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Cefalea post traumatica quale sintomo di una sindrome soggettiva.	Valutare la sindrome soggettiva
Cefalea post traumatica sintomatica di un trauma cranio encefalico, simil emicranica. Valutare in relazione alla frequenza delle crisi e alla risposta alle terapie. Giornaliera. Settimanale Mensile.	Fino a 20% Fino a 8% Fino a 4%
Cefalea muscolo-tensiva. (con o senza vertigini)	Fino a 3%
Nevralgia occipitale a seguito di colpo di frusta "cervicogenica".	Fino a 3%
Nevralgia trigeminale (tabellata n. 173)	Fino a 20%

EPILESSIA POST TRAUMATICA

Le crisi epilettiche, isolate o raggruppate, si verificano durante il decorso di molte malattie, come segno del coinvolgimento del sistema nervoso in via primaria o secondaria. Le crisi, qualora si ripetano nel giro di pochi minuti possono rappresentare una minaccia per la vita del paziente, altre volte possono essere la manifestazione di una patologia evolutiva, come nel caso di tumori cerebrali.

Più frequente e più benigno è il caso in cui le crisi sono il risultato di un processo patologico ormai estinto, di cui resta solo la cicatrice. Questo è il caso della epilessia post-traumatica ove si osserva, di solito, la diminuzione della frequenza, nel tempo, delle crisi. L'epilessia post-traumatica si verifica, mediamente, nel 5% dei casi di pazienti che hanno sofferto di traumi cranici chiusi e nel 50% dei casi in cui si è verificato un trauma cranio-encefalico fratturativo. Per poter parlare di epilessia post-traumatica occorre che il paziente abbia presentato almeno tre crisi documentate; in tal caso è indispensabile acquisire la documentazione medica relativa alle visite specialistiche, alle terapie somministrate (con eventuali dosaggi ematici) ed i tracciati elettroencefalografici (dimostrativi di figure parossistiche tipiche o di periodi intercritici).

Classificazione dell'epilessia post traumatica

I principali parametri da tenere presenti per una corretta valutazione medico-legale dell'epilessia sono i seguenti:

- 1) il tipo di crisi: nei casi in cui si manifestano crisi di diverso tipo (crisi semplici parziali motorie con crisi jacksoniana e generalizzazione) deve farsi riferimento a quello prevalente.
- 2) la frequenza: deve essere adeguatamente documentata, considerando le eventuali modificazioni che si possono verificare nel tempo, spontaneamente o a seguito di terapia;
- 3) l'eventuale presenza di fattori di aggravamento prognostico, che rendono maggiormente invalidante il quadro morboso:
 - l'interessamento dello stato di coscienza;
 - la presenza di alterazioni caratteriali (epilessia temporale) e delle facoltà mentali (fino alla demenza);
 - la risposta alla farmacoterapia: le crisi possono rispondere in maniera variabile alla terapia farmacologica, tenendo comunque presente che la persistenza di crisi nonostante una terapia adeguata è fattore prognosticamente infausto;
 - l'eventuale presenza di alterazioni internistiche (cardio-respiratorie) associate alle crisi soprattutto generalizzate.

EPILESSIA POST TRAUMATICA

A) Epilessia immediata al momento del ricovero.

B) Epilessia precoce entro la prima settimana.

C) Epilessia tardiva (è la vera epilessia post traumatica).

È opinione comune: circa 6 mesi dopo il trauma, approssimativamente la metà dei pazienti che svilupperanno un'epilessia ha già avuto la prima crisi entro tre mesi dal trauma e verso la fine del secondo anno questa percentuale sale all'80% (Walker) e al 95% entro cinque anni.

Raro stato di male epilettico. Prognosi favorevole nei paziente con la prima crisi nella prima settimana. Bassa frequenza degli accessi. L'alcolismo ha un effetto sfavorevole su questi pazienti. Cicatrice corticale non sempre dimostrabile. Crisi generalizzate, crisi parziali.

Valutazione: si basa sulla tipologia, sulla frequenza, se si assumono farmaci, accurata anamnesi.

Tab.15 Valutazione dell'epilessia post traumatica.

Epilessia con sporadiche crisi, a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate) (n. 176)	Fino a 10%
Epilessia trattata farmacologicamente, a seconda della frequenza delle crisi (da mensili a settimanali) e del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate). (n. 177)	Fino a 30%
Epilessia non controllata farmacologicamente con crisi settimanali, plurime, alterazioni di natura psichiatrica, ideomotorie e comportamentali, svolgimento di attività protette, a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate) (n. 178)	Fino a 60%
Epilessia con grave compromissione psicofisica (scadimento sino alla perdita dell'autonomia personale) a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate) (n. 179)	> 60%

TRAUMI MIDOLLARI

CLASSIFICAZIONE NEUROLOGICA STANDARD PER I TRAUMI SPINALI

MOTORIA
MUSCOLI CHIAVE

	D	S	
C2			
C3			
C4			
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flessori del gomito
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estensori del polso
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estensori del gomito
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flessori delle dita (falangi distali o intermedie)
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adduttori delle dita (piccole falangi)
T2			
T3			
T4			
T5			
T6			
T7			
T8			
T9			
T10			
T11			
T12			
L1			
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flessori dell'anca
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estensori del ginocchio
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dorsiflessori della caviglia
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estensori lunghi delle dita del piede
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flessori plantari della caviglia
S2			
S3			
S4-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrazione anale volontaria (sì/no)

TOTALI + = **PUNTEGGIO MOTORIO**
 MASSIMO (50) (50) (100)

TOCCO LIEVE **PUNTURE D'AGO**

	D	S	D	S
C2				
C3				
C4				
C5				
C6				
C7				
C8				
T1				
T2				
T3				
T4				
T5				
T6				
T7				
T8				
T9				
T10				
T11				
T12				
L1				
L2				
L3				
L4				
L5				
S1				
S2				
S3				
S4-5				

TOTALI + = **PUNTEGGIO TOCCO LIEVE** + = **PUNTEGGIO PUNTURE D'AGO**
 MASSIMO (56) (56) (56) (56)

SENSITIVA
PUNTI SENSITIVI CHIAVE

0 = assente
 1 = compromesso
 2 = normale
 NT = non testabile

Sensibilità anale (sì/no)

PUNTEGGIO PUNTURE D'AGO (max: 112)
PUNTEGGIO TOCCO LIEVE (max: 112)

LIVELLO NEUROLOGICO <i>il segmento più caudale con funzionalità normale</i>		<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><td></td><td>D</td><td>S</td></tr> <tr><td>SENSITIVO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>MOTORIO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		D	S	SENSITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOTORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COMPLETO O INCOMPLETO <i>Incompleto = qualsiasi funzione sensitiva o motoria in S4-S5</i>		<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><td></td><td>D</td><td>S</td></tr> <tr><td>SENSITIVO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>MOTORIO</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		D	S	SENSITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOTORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D	S																					
SENSITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
MOTORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	D	S																					
SENSITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
MOTORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
		SCALA DI COMPROMISSIONE ASIA			ZONA DI PRESERVAZIONE PARZIALE <i>Segmenti parzialmente innervati</i>																		

Questo modulo può essere copiato gratuitamente, ma non può essere modificato senza il permesso dell'American Spinal Injury Association

Modulo di valutazione neurologica ASIA per le lesioni midollari.

I Traumi del Midollo Spinale vengono classificati e valutati secondo il meccanismo, la completezza e il livello della lesione.

Quattro tipi di forze possono essere applicate alla colonna vertebrale:

- 1) Flessione.
- 2) Estensione.
- 3) Compressione.
- 4) Rotazione.

Nella maggior parte dei casi, al momento del trauma, agisce una combinazione di queste forze e determina un impatto.

Un impatto più una compressione persistente del midollo da frattura vertebrale dislocata, frattura da scoppio, ernia discale, o corpi estranei, possono produrre una concussione, una compressione-contusione, una lacerazione di vario grado del midollo spinale (fino alla lesione completa).

Tipi di lesione: completa con perdita di tutte le funzioni al di sotto del livello del trauma, incompleta con funzione residua al di sotto del livello del trauma.

Tab.16 VALUTAZIONE DELLE LESIONI MIDOLLARI

Paraplegia (n. 141)	85%
Paraparesi con deficit di forza di media entità, deambulazione consentita con appoggio (n. 145)	46-50 %
Paraparesi con deficit di forza di live entità, deambulazione deficitaria ma possibile senza appoggio (n. 146)	40-45%

Tab. 16 bis (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Lesione trasversa a livello C2-C3-C4: a livello della lesione paralisi del trapezio, dello sternocleidomastoideo e del diaframma. A livello sottolesionale tetraplegia spastica e disturbi sfinterici.	Fino a 85%
Lesione trasversa a livello C5-T1: tre varianti C5-C6, C7, C8-T1. A livello lesionale da paralisi di tipo periferico-amiotrofico e turbe della sensibilità a tipo siringomielico e/o radicolare, a livello sottolesionale paraplegia spastica.	Fino a 85%
Lesione trasversa dorsale: paralisi atrofica dei m. intercostali e/o addominali. Le turbe sensitive permettono una diagnosi di livello. Paraplegia sotto lesionale.	85%
Lesione trasversa L1-L4: caratterizzata da paralisi flaccida del quadricipite con abolizione del riflesso rotuleo. I muscoli posteriori della coscia sono paretico spastici e/o intatti. Le turbe della sensibilità sono a bande radicolari verticali. Iperreflessia achillea, il plantare in estensione	>40%
Lesione trasversa L5-S1-S2 (epicono): caratterizzata da un quadro del tutto periferico con paralisi amiotrofica di tutti i muscoli della gamba e posteriori della coscia. Turbe sfinteriche. Ipo-anestesia della faccia antero-esterna e posteriore della gamba e posteriore della coscia.	>45%
Lesione trasversa S3-S4-S5 (cono): paralisi sfinterica, della erezione e della eiaculazione, anestesia a sella. Raramente pura ma con interessamento delle radici spinali contigue.	Valutare radici interessate e turbe genito-sfinteriche Indicativamente 50%
Sindrome da lesione completa della cauda: paraplegia flaccida e scomparsa dei riflessi, anestesia a sellino e ritenzione vescicale, rettale, compromissione della funzionale genitale. N. B.: è una patologia del sistema nervoso periferico.	85%

<p>Sindrome da lesione incompleta della cauda: alta radici L2-L3-L4. Paresi dell'estensione della gamba, iporeflexia rotulea e ipoestesia radicolare corrispondente. media radici L5-S1-S2. Paresi dei muscoli innervati dallo sciatico, ipo-areflexia achillea, ipo-anestesia dei distretti corrispondenti, alterazioni delle funzioni sfinteriche e genitale bassa radici S3-S4-S5. Disturbi genito-urinari, anestesia, abolizione dei riflessi bulbo-cavernoso e anale.</p>	<p>Fare riferimento alla tabella dei nervi periferici e dei plessi</p>
<p>Paraparesi con deficit di forza di media entità, deambulazione consentita con appoggio</p>	<p>46 – 50%</p>
<p>Paraparesi con deficit di forza di lieve entità, deambulazione deficitaria, ma senza con appoggio</p>	<p>40 – 45%</p>

SISTEMA NERVOSO PERIFERICO²

Il Sistema Nervoso Periferico (SNP) è quella struttura del sistema nervoso mielinizzata e comprende:

- a) Nervi Cranici
- b) Radici (motorie e sensitive che ad ogni livello spinale, distalmente al ganglio, si uniscono a formare i nervi spinali: 8 cervicali, 12 toracici, 5 lombari, 5 sacrali, 1 coccigeo).
- c) Plessi (dai rami ventrali dei nervi spinali)
- d) Nervi Periferici (secondo neurone motorio e il primo neurone sensitivo).
- e) Muscoli.

Non ne fanno parte il nervo olfattorio e il nervo ottico in quanto la loro mielina è prodotta dalle cellule oligodendrogliali. Questi due nervi, per semplicità d'esposizione, saranno trattati nel seguente capitolo. Qui ci dedicheremo solo ai nervi "cranici", rimandando ad altra pubblicazione esame dettagliato degli altri vari punti.

L'intensità e la sede anatomica delle lesioni condizionano il quadro clinico, la prognosi e la successiva valutazione dei postumi.

Il trauma può determinare una lesione dei tronchi nervosi provocando:

- una COMPRESSIONE (specie in corrispondenza del loro passaggio in spazi ristretti e/o con pareti inestensibili);
- uno STIRAMENTO (soprattutto a carico delle radici cervicali e del plesso brachiale per brusca e violenta trazione della spalla o dell'arto superiore);
- una ROTTURA (sezione o lacerazione dei tronchi nervosi, soprattutto di quelli con decorso superficiale).

Da un punto di vista fisiopatologico si potrà dunque verificare:

- una degenerazione Segmentaria o Neuroaprassia, ovvero la perdita di mielina con assone integro o temporanea interruzione della conduzione nervosa, seguita di regola da una piena ripresa funzionale.

Elettrofisiologicamente non tutte le fibre eccitate a monte sono in grado di trasmettere l'impulso nei propri segmenti posti a valle della lesione e pertanto una parte di questi risulterà non attivata con conseguente calo della risposta M.

- una Assonotmesi o Degenerazione Walleriana, in cui la continuità dell'assone è interrotta, con

² A cura di F. Rossi-Espagnet

degenerazione degli assoni distalmente alla lesione nonostante il mantenimento strutturale della guaina mielinica e l'integrità dei tubi endoneurali e del perinervio. Non vi è differenza tra stimolazione sopra e sotto lesionale.

- una Neurotmesi o lesione completa.

Seddon riconosce cinque gradi d'intensità di una lesione traumatica:

1° Grado: paralisi funzionale pura o neuroaprassia, regredisce completamente e rapidamente.

2° Grado: la continuità dell'assone è interrotta (axonotmesi) la ripresa avviene anche dopo mesi.

3° Grado: la struttura interna connettivale del nervo è danneggiata, si forma una cicatrice intraneurale. La prognosi è molto grave.

4° Grado: le parti del nervo sono totalmente sezionate (neurotmesi). Si può tentare la sutura chirurgica.

5° Grado: lesione da strappamento: impossibile la sutura chirurgica.

SEMEIOLOGIA DELLE LESIONI DEI PLESSI, DELLE RADICI E DEI NERVI PERIFERICI

- Alterazioni Della Forza Muscolare.
- Alterazioni Delle Sensibilità.
- Regime Dei Riflessi Profondi e Superficiali.
- Alterazioni Del Sistema Nervoso Vegetativo.

SCALE DI VALUTAZIONE

RANKIN Scale (modificata da Van Doorn, 1991)

0 = assenza di sintomi,

1 = sintomi non inabilitanti, che non interferiscono nelle attività della vita quotidiana,

2 = sintomi lievi che portano a modeste restrizioni nelle attività della vita quotidiana, ma non modificano la capacità del paziente a provvedere a se stesso,

3 = sintomi moderati che influenzano in modo significativo le attività della vita quotidiana o non permettono una totale indipendenza,

4 = sintomi gravi che non permettono una vita indipendente, ma non rendono necessaria un'assistenza continua,

5 = grave disabilità con dipendenza totale e necessità di assistenza costante.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC)

0 = nessuna contrazione muscolare,

1 = minima contrazione muscolare,

2 = movimento attivo in assenza di gravità,

3 = movimento attivo contro gravità,

4 = movimento attivo contro gravità e resistenza,

5 = forza muscolare normale.

NERVI CRANICI

NERVO OLFATTORIO (I)

Funzioni: trasporta la sensibilità olfattiva dalla mucosa nasale al bulbo olfattorio, al tratto olfattorio, alle radici (laterali), alle aree periamigdaloidea e prepiriforme della corteccia, all'uncus e al giro ippocampale.

Determinare se il deficit dell'odorato sia unilaterale o bilaterale, sia dovuto a patologia della mucosa nasale o a una lesione neurologica (traumi cranici responsabili di lacerazioni dei filamenti olfattivi, spesso in sede occipitale).

Tab.27 (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Anosmia (perdita totale della sensibilità olfattiva per lesione di un tratto olfattorio), dimostrata strumentalmente.	8%
Iposmia (perdita parziale della sensibilità olfattiva) dimostrata strumentalmente.	3-5%
Iperosmia (esagerata sensibilità olfattoria, nell'isteria, in alcuni stati psicotici, con l'iperacusia, nell'emicrania), Paraosmia (distorsione dell'odorato), è frequente nella fase di remissione di un deficit della sensibilità olfattiva conseguente ad un trauma cranico. Cacosmia (percezione sgradevole di un odore che in realtà non è tale) da malattie psichiche e lesioni dell'uncus	Valutare nell'ambito della patologia neurologica

NERVO OTTICO (II)

Funzioni: trasporta gli impulsi visivi dalla retina al chiasma ottico, al tratto ottico, ai corpi genicolati laterali, radiazioni ottiche, corteccia visiva. Agisce come via afferente del riflesso pupillare alla luce per mezzo di fibre che si collegano al collicolo superiore della lamina quadrigemina.

Determinare l'acuità visiva e valutare se un deficit sia attribuibile ad un problema oculare locale.

Mappare i campi visivi. Esaminare direttamente una parte del nervo stesso.

Si rimanda al capitolo specifico sul danno oculistico

NERVO OCULOMOTORE (III)**NERVO TROCLEARE (IV)****NERVO ABDUCENTE (VI)**

Funzioni: controllo di tutti i muscoli oculari estrinseci, dell'elevatore della palpebra, all'interno di questi nervi decorrono fibre del sistema nervoso autonomo che regolano i muscoli della pupilla.

Nervo oculomotore, motorio, costituito da due rami: quello superiore innerva i muscoli elevatore della palpebra superiore e retto superiore e il ramo inferiore innerva i muscoli retto mediale, obliquo inferiore, retto inferiore. Sfintere dell'iride e ciliare.

Nervo trocleare, motorio: innerva il muscolo grande obliquo.

Nervo abducente, motorio: innerva il muscolo retto laterale.

Azione dei muscoli estrinseci dell'occhio:

Retto Superiore: muove il globo in alto, adduce e ruota internamente.

Retto Inferiore: muove il globo in basso, adduce e ruota internamente.

Retto Mediale: muove il globo verso l'interno.

Retto Laterale: muove il globo verso l'esterno.

Grande Obliquo o superiore: muove il globo in basso, abduce e ruota esternamente.

Piccolo Obliquo o inferiore: muove il globo in alto, abduce e ruota esternamente.

La lesione dei muscoli oculomotori estrinseci produce diplopia.

1) la distanza tra l'immagine vera e l'immagine falsa aumenta nella direzione dell'azione fisiologica del muscolo paretico.

2) l'immagine vista più perifericamente è quella falsa.

Paralisi	Deviazione	Tipo di Diplopia
R.S.	basso - esterno	crociata, verticale, nello sguardo in alto e laterale
R.I.	alto - laterale	crociata, verticale, in basso e laterale
R.M.	laterale	crociata, orizzontale, mediale
R.L.	mediale	omonima, orizzontale
O.I.	basso - mediale	omonima, verticale, nello sguardo verso l'alto
O.S.	alto - mediale	omonima, verticale, nello sguardo verso il basso

DIPLOPIA (vedere tabella di legge)

NERVO TRIGEMINO (V)

Funzione: veicolare tutti i tipi di sensibilità dal viso, dalla parte anteriore del capillizio, dagli occhi e dai due terzi anteriori della lingua; fornire l'innervazione motoria ai muscoli masticatori; veicolare la sensibilità dai denti, dalle gengive, dalle mucose delle guance, dalle cavità nasali, dai seni paranasali e di gran parte del palato e del naso-faringe.

Studio del riflesso corneale e del riflesso mandibolare.

Le tre branche del nervo trigemino

Deficit masticatorio da lesione del trigemino (n. 174)	Fino 5%
Deficit sensitivo da lesione del trigemino (n. 175)	Fino a 5%

NERVO FACCIALE (VII)

Funzione: innervazione motoria dei muscoli mimici, di quelli facciali, del platisma e dello stapedio. Il nervo intermedio di Wrisberg trasporta fibre secretorie destinate alle ghiandole lacrimali attraverso il nervo grande petroso superficiale e alle ghiandole salivari attraverso la coda del timpano che trasporta anche la sensibilità gustativa dei due terzi anteriori della lingua.

Paralisi periferica totale, monolaterale del nervo facciale, a seconda della fase risolutiva (n. 172)	Fino 18%
---	----------

NERVO STATO-ACUSTICO (VIII)

NERVO COCLEARE: trasporta gli stimoli sonori dalle cellule cigliate dell'Organo del Corti, attraverso il ganglio spirale cocleare, ai nuclei cocleari pontini; la maggior parte delle fibre si decussa, decorre nel lemnisco laterale e raggiunge il corpo genicolato mediale, proiettandosi al giro temporale superiore. Le rimanenti fibre ascendenti non si decussano e pertanto la sordità dovuta ad una lesione unilaterale nella corteccia risulta, almeno in teoria, non possibile.

NERVO VESTIBOLARE: l'endolinfa spostandosi genera stimoli che colpiscono le cellule cigliate dell'ampolla dei canali semicircolari e gli otoliti del sacculo e dell'utricolo; le fibre decorrono fino al ganglio vestibolare e si portano ai nuclei vestibolari del midollo allungato: questi sono collegati al cervelletto, ai nuclei dei nervi oculomotori (il fascicolo longitudinale laterale), ai nuclei dei primi nervi cervicali, al midollo spinale e ai lobi temporali. Vedere il capitolo specifico su danno O.R.L.

NERVO GLOSSOFARINGEO (IX)

È un nervo misto, le cui fibre innervano i muscoli del faringe, le fibre sensitive vanno alla mucosa faringea e in terzo posteriore della lingua.

Funzione: sensibilità faringe, palato molle, tonsille e terzo posteriore della lingua (sensibilità gustativa), innervazione dei muscoli del palato e del faringe (muscoli stilofaringeo, stiloglosso, palatoglosso).

Tab.28 (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Lesione unilaterale: paralisi monolaterale dell'elevazione del faringe, scomparsa del riflesso faringeo monolaterale e emianestesia linguale nel terzo posteriore (ageusia) e del faringe e del palato e meato acustico esterno.	11%
Nevralgia del glossofaringeo:	
crisi rare	3%
crisi frequenti	7%

NERVO VAGO (X)

Funzione: innervazione delle corde vocali.
Valutazione della fonazione.

Tab.29 (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

<u>sindrome del nervo laringeo inferiore o ricorrente</u> : corda vocale ipsilaterale in posizione cadaverica e voce disfonica (paralisi abduzione unilaterale, paralisi totale unilaterale: la fonazione è possibile con tono della voce rauco).	8%
<u>Lesione bilaterale del nervo laringeo ricorrente</u> (la fonazione non è possibile). La valutazione del danno deve tener presente i vari gradi di alterazione della fonazione. La lesione bilaterale del n. vago completa è incompatibile con la vita.	11 - 20%

NERVO ACCESSORIO SPINALE (XI)

Funzione: innerva la parte superiore dei muscoli trapezio e sternocleidomastoideo, agendo nella postura, nei movimenti della testa e in parte del cingolo scapolare.
Le lesioni unilaterali sono dovute spesso a traumi del collo mentre le lesioni bilaterali sono dovute a distrofie muscolari e malattie del motoneurone quali poliomielite e polineuropatie.

Tab.30 (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Paralisi dello sternocleidomastoideo e della parte superiore del trapezio.	11%
--	-----

NERVO IPOGLOSSO (XII)

Funzione: controlla tutti i movimenti della lingua e alcuni dell'osso ioide e della laringe durante e dopo la deglutizione.
La lesione incide sulla masticazione, sulla fonazione e sulla deglutizione.

Tab.31 (non prevista in tabella di legge, valore solamente orientativo)

Paralisi dell'emilingua: emilingua atrofica, deviata verso il lato sano nel cavo orale, verso il lato paretico, se protrusa (azione di spinta del muscolo genioglosso indenne).	11%
---	-----

TOTAL NEUROPATHY SCALE (Cornblath et al., 1999)

Parametro	0	1	2	3	4
Sintomi sensitivi	Normale	Sintomi limitati a dita mani o piedi	Sintomi estesi a caviglie e polsi	Sintomi estesi a ginocchia o gomiti	Sintomi sopra ginocchia o gomiti o funzionalmente disabilitanti
Sintomi motori	Nessuno	Lieve difficoltà	Moderata difficoltà	Necessità di aiuto assistenza	Paralisi
Sintomi autonomici	0	1	2	3	4 o 5
Sensibilità dolorifica	Normale	Ridotta dita mani o piedi	Ridotta fino a polsi o caviglie	Ridotta fino a gomiti o ginocchia	Ridotta sopra ginocchia o gomiti
Sensibilità vibratoria	Normale	Ridotta dita mani o piedi	Ridotta fino a polsi o caviglie	Ridotta fino a gomiti o ginocchia	Ridotta sopra ginocchia o gomiti
Stenia	Normale	Ipostenia lieve	Ipostenia moderata	Ipostenia grave	Paralisi
Riflessi profondi	Normali	Achillei ridotti	Achillei assenti	Achillei assenti, altri ridotti	Areflessia generalizzata
Sensibilità vibratoria	Normale- <125% Limite superiore di normalità	126 - 150% Limite superiore di normalità	151 - 200% Limite superiore di normalità	201 - 300% Limite superiore di normalità	> 300% Limite superiore di normalità
Ampiezza SAP nervo surale	Normale- <5% limite inferiore di normalità	76 - 95% Limite inferiore di normalità	51 - 75% Limite inferiore di normalità	26 - 50% Limite inferiore di normalità	0 - 25% Limite inferiore di normalità
Ampiezza cMAP nervo peroneo	Normale- <5% Limite inferiore di normalità	76 - 95% Limite inferiore di normalità	51 - 75% Limite inferiore di normalità	26 - 50% Limite inferiore di normalità	0 - 25% Limite inferiore di normalità
Valutazione	0	Fino a 10%	Fino a 25%	Fino a 50%	Oltre il 51%

DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS³

Il disturbo post-traumatico da stress non era menzionato nei quadri psicopatologici fino a circa gli anni ottanta. Difatti l’A.P.A. (American Psychiatric Association), su ripetute segnalazioni da parte delle varie associazioni di veterani della guerra del Vietnam, riconobbe tale entità clinica ufficialmente e la incluse nella versione del 1980 del DSM III.

Difatti i Centres for Disease Control di Atlanta (1988) rilevarono che ben il 15 % di tutti i veterani del Vietnam aveva sofferto di DPTS per qualche tempo dopo il congedo. Ma tale disturbo non riguarda solo il sesso maschile e tra questi i veterani: difatti molte ricerche riportano traumi fisico-sessuali nell’infanzia di molte donne, sembra in almeno 1/3 della popolazione femminile. Da qui poi l’inclusione di diversi tipi di traumi come fattore di stress rilevante ed induttivo di un DPTS.

³ A cura di Carlo Maci

Quindi non possiamo non riportare, come riflessione clinica che ha favorito il riconoscimento di tale disturbo, il lavoro fondamentale di Horowitz del 1976 sull'impatto del trauma sulla personalità. Egli riconobbe come la vittima tendesse ad oscillare tra il diniego dell'evento e la sua ripetizione compulsiva tramite incubi o flashback.

Horowitz rilevò otto vissuti psicologici comuni che possono seguire un grave trauma nella vittima: "1) dolore o tristezza, 2) colpa per i propri impulsi di rabbia o distruttivi, 3) paura di diventare distruttivi, 4) sentimenti di colpa per essere sopravvissuti, 5) paura di identificarsi con le vittime, 6) vergogna rispetto al sentimento di impotenza e di vuoto, 7) paura di ripetere il trauma e 8) intensa rabbia diretta verso la fonte del trauma".

In seguito gli studi su popolazioni di pazienti riconosciuti come portatori di un DPTS hanno evidenziato come acquistasse minor valore la natura dell'evento stressante a fronte di una maggiore significatività nel tipo di risposta allo stress e quindi fattori soggettivi più determinanti della gravità dello stressor nella possibilità che si manifesti un DPTS.

Questi studi ha portato ad alcune modificazioni importanti nella definizione del DPTS nella versione del DSM IV, pur mantenendolo nella sezione dei disturbi d'ansia. Difatti è stato modificato il criterio che definisce lo stressor: " 1) la persona ha vissuto, è stata testimone o ha affrontato uno o più eventi che riguardano la morte sia reale o temuta o un danno grave o una minaccia per la propria integrità fisica o degli altri; 2) la risposta della persona è caratterizzata da un'intensa paura, da impotenza e da orrore. Nei bambini, ciò può essere espresso da un comportamento disorganizzato o agitato".

Quindi, in conclusione possiamo avere dei DPTS in persone che subiscono eventi traumatici meno gravi di altre vittime che però per le risorse personali, per la loro storia e per il significato che danno a quell'evento stressante non manifesteranno un DPTS. Possiamo dire che acquista grande importanza il significato soggettivo assegnato all'evento stressante specifico; quindi la non remissione spontanea entro i primi mesi post-trauma depone per un DPTS cronico moderato.

Mentre nei casi più gravi abbiamo come "lesione psicologica manifesta" e di grande rilevanza il disturbo di alessitimia, intesa come incapacità del soggetto a riconoscere o verbalizzare i propri vissuti emotivi, i propri stati affettivi emergenti.

Per quei pazienti che presentano chiaramente questo disturbo si è visto che non presenta efficacia terapeutica, ma di contro una certa iatrogenicità, una psicoterapia finalizzata ad aiutare il soggetto a ricostruire il trauma subito, la situazione traumatica.

Peraltro nessuna terapia specifica appare particolarmente efficace, ma utile sembra l'associazione di AD triciclici o anti MAO con un trattamento psicoterapico, sicuramente molto personalizzato nell'individuazione di criticità e risorse emerse nella storia evenemenziale del singolo soggetto in questione. Per esempio nei veterani con DPTS il rischio suicidario è associato al vissuto di colpa per aver ucciso in guerra o per aver reso possibile l'uccisione di persone e quindi all'idea di meritarsi una sorta di punizione riparatrice o espiatrice. Questi casi possono rientrare in DPTS cronico severo.

Infine si segnala, comunque, come in circa la metà dei casi di DPTS acuti vi sia una remissione spontanea entro tre mesi; mentre nei restanti casi che tendono a presentare un DPTS cronicizzato l'obiettivo di una psicoterapia può essere individuato con l'intento di evitare al soggetto qualunque peggioramento futuro, sostenendo le sue parti funzionanti, le sue risorse presenti e potenziali ed affrontando insieme quelle aree critiche che hanno permesso allo stressor di recare danno psicologico al soggetto-vittima e quindi di rendere il soggetto meno vulnerabile di fronte a stressor simili che si potrebbero ripresentare nella vita del soggetto.

Disturbo psicotico - sindrome dissociativa

L'interesse della psichiatria per la sindrome dissociativa coincide con la nascita del pensiero freudiano che inquadrava tale disturbo come un procedimento mentale attivo nei fenomeni isterici.

Negli anni a seguire però "un certo declino nosologico" dell'isteria favorì quindi un certo spegnimento d'interesse nei confronti della sindrome dissociativa.

Ora, a distanza di circa un secolo, tale sindrome ha riacquisito dignità nosologica in rapporto alla crescente consapevolezza della centralità del trauma nell'eziologia e nella patogenesi di molti disturbi psichiatrici. Da ciò alcuni autori come F.W. Putnam (1985) e D. Spiegel (1991) sostengono che essendo la dissociazione una risposta al trauma la maggior parte delle sindromi dissociative sarebbero disturbi post-traumatici; difatti gli stessi autori sostengono che la maggior parte dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress (DPTS) presentano una qualità dissociativa.

Altri autori come C.A. Ross (1991) hanno stimato la prevalenza della psicopatologia dissociativa nella popolazione generale in un range compreso tra il 5 ed il 10 %.

Lo stesso autore ha rilevato che il disturbo dissociativo più rilevante dal punto di vista clinico e più studiato è il disturbo di personalità multipla (MPD), che si verificherebbe nel 3% di tutti i ricoveri nei reparti psichiatrici.

La dissociazione ha come "finalità, utilità psicologica" quella di proteggere "la vittima" rispetto ad un trauma paralizzante, rispondendo ad una esigenza adattativa vitale. Da ciò ha acquistato pari valore patogenetico sia la struttura di personalità della vittima che il trauma subito, in un rapporto flessibile di rilevanza patogenetica.

Gli aspetti fenomenici della dissociazione riguardano perlopiù le aree psicopatologiche dell'identità, della coscienza e della memoria.

Difatti il DSM IV include nella categoria dei disturbi dissociativi: il disturbo dissociativo d'identità, meglio noto come disturbo di personalità multiplo (MPD), il disturbo dissociativo non altrimenti specificato (NAS) ed il disturbo da depersonalizzazione, l'amnesia dissociativa e la fuga psicogena.

Questi disturbi, apparentemente molto diversi tra loro, sostengono la funzione difensiva della dissociazione come capacità di "adattarsi al trauma", permettendo alla vittima di "compartimentalizzare l'esperienza", così da non renderla accessibile alla coscienza, a quel dolore psicologico per loro insostenibile. A questo riguardo si segnala, per una certa rilevanza patognomica, la differenza dalla rimozione, dove si ha una scissione orizzontale con spostamento nell'inconscio del materiale conflittuale, mentre nella dissociazione abbiamo una scissione verticale che colloca il materiale psicologico connesso al trauma in una serie di coscienze parallele, incompatibili tra di loro, non integrabili per un certo tempo.

Inoltre dirimente è anche la distinzione tra la dissociazione e la scissione: la prima riguarda una separazione di stati mentali dell'io mentre la seconda una separazione pertinente agli oggetti.

Queste considerazioni patogenetiche aprono la porta ad una riflessione terapeutica fondante e cioè al fatto che si deve tenere in considerazione la difficoltà di integrare il Sé traumatizzato con il concetto di Sé già costituito e perciò ci si deve muovere cautamente nella direzione dell'integrazione dei ricordi traumatici, così che l'immagine di Sé precostituita possa lentamente assimilare il Sé traumatizzato senza sentirsi schiacciato da esso. Tornando agli aspetti nosografici è doveroso ricordare ancora come da un lato il disturbo dissociativo dell'identità o disturbo di personalità multipla (MPD) sia sicuramente il disturbo dissociativo più significativo e rilevante ma dall'altro lato lo stesso disturbo abbia attivato posizioni cliniche molto controverse. Peraltro negli ultimi trent'anni il riconoscimento di tale disturbo è stato massiccio ed ha prevalso sui detrattori. R.P. Kluft (1991) ha definito il MPD come "una psicopatologia dissociativa cronica, complessa, caratterizzata da disturbi della memoria e dell'identità. Si distingue dagli altri disturbi mentali per

la crescente coesistenza di identità separate, relativamente costanti ma soggettivamente alternanti e per ricorrenti episodi di distorsione della memoria, franca amnesia, o per entrambi". Tale disturbo è più frequente nelle donne, ben nove volte che nei maschi; le prime tendono a rivivere la "familiarità del trauma" riproponendosi come vittime loro di abusi sessuali e violenze di ogni tipo mentre gli uomini tenderebbero a vivere la "rivittimizzazione" riproponendo su altri gli abusi subiti.

Anche per questa intensità e drammaticità anamnestiche, per una storia di vita segnata pesantemente dal trauma, tale disturbo non è sempre facile da diagnosticare, sia in ambito clinico che giuridico.

Peraltro non lo è anche per un certo "fastidio o fredda indifferenza" che il paziente con MPD può suscitare nel personale psichiatrico non troppo sensibilizzato sull'argomento o non troppo avvezzo a riconoscere propri vissuti controtransferali.

Un altro elemento che rende non facile la diagnosi, ce lo ricorda sempre Kluft, è il fatto che ben l'80% dei pazienti affetti da un MPD ha solo poche "finestre di possibilità diagnostica" che se non "aperte" alla presenza di un clinico, rendono poi più difficile la diagnosi; tra l'altro questi pazienti tendono a mantenersi "coperti e diffidenti" durante il colloquio clinico.

Questa difficoltà diagnostica rende ragione del fatto che la personalità e quindi l'identità del paziente, rappresentando tutte le personalità del soggetto, trovi collocazione clinica più adeguata nella definizione del DSM IV di disturbo dissociativo dell'identità (DID) che non in quello di MPD.

Il DSM IV ha stabilito la presenza dei seguenti criteri nosografici per poter fare diagnosi di disturbo dissociativo dell'identità:

1. Presenza di due o più identità o stati della personalità distinti (ciascuno con la sua modalità relativamente stabile di percepire, relazionarsi e considerare l'ambiente e il Sé).
2. Almeno due di queste identità o stati della personalità assumono alternativamente il controllo del comportamento della persona.
3. L'incapacità a ricordare importanti informazioni personali è decisamente eccessiva per poter essere spiegata come una normale dimenticanza.
4. Non è causata dagli effetti diretti di sostanze (ad esempio amnesie temporanee o comportamento caotico durante l'intossicazione alcolica) o da una considerazione generale di interesse internistico (ad esempio, epilessia parziale complessa).

Nei bambini i sintomi non devono essere attribuiti a giochi immaginari o altri giochi di fantasia.

Riguardo infine al disturbo mnesico alcuni autori come il già citato Kluft ci ricordano che diversi pazienti con il DID passano dei periodi in cui la barriera del non ricordo è più permeabile del solito; tale aspetto acquista rilevanza nella prognosi del trattamento psicoterapico.

A questo riguardo si segnala che, nei casi di sindrome dissociativa di media entità, diventa necessario stabilire un protocollo terapeutico poiché usualmente in questi casi, a differenza delle sindromi dissociative di lieve entità e quindi più transitorie, non si hanno frequenti remissioni spontanee; appare quindi pertinente segnalare che nei casi di sindrome dissociativa di media entità il trattamento di elezione per il DID o MPD è la psicoterapia individuale supportivo-espressiva a orientamento psicodinamico, potenziata quando è necessario dall'ipnosi; il trattamento è comunque non di breve durata e particolarmente complesso, anche per le particolari dinamiche controtransferali attivate soprattutto per la forte ambivalenza che questi pazienti hanno verso un contesto terapeutico affidabile, serio e regolare.

Infine, l'errore frequente è quello che il terapeuta si erga ad "arbitro della verità storica" e non tenga conto che la memoria è sempre un impasto tra fantasia e ricordo e per questi pazienti in modo particolare; ma spesso per la drammaticità dei traumi subiti e per l'innocenza dell'età della vittima questi pazienti rischiano anche "di essere troppo amati dai terapeuti".

Riguardo al trattamento terapeutico di quei pazienti con una sindrome dissociativa di grave entità è opportuno ricordare la necessità in alcune fasi della psicoterapia dell'utilizzo di farmaci antidepressivi e in particolare per quei pazienti che per lo stato di impotenza vissuta vivono con l'idea che per loro non ci sia nulla da fare e così spesso ricorrono a comportamenti anticonservativi che possono richiedere anche il trattamento ospedaliero in reparti psichiatrici.

Di contro, in ultimo, un breve cenno al disturbo della depersonalizzazione che può essere definito come un vissuto di estraneità e talvolta di irrealtà rispetto al proprio ambiente, alla propria persona ed al proprio corpo, proponendo un cambiamento significativo della propria percezione del Sé; tale disturbo può presentarsi in modo fugace e non persistente anche nella popolazione non psichiatrica e spesso in situazioni di forte e continuativo stress con riduzione momentanea del proprio funzionamento sociale; ma tale limitazione si conclude spesso con la sparizione dell'elemento stressante, del fattore traumatizzante.

Quindi, come ci ricorda il DSM IV, il disturbo della depersonalizzazione, vissuta come derealizzazione, diventa sintomo psichiatrico solo quando è persistente e grave, con grande limitazione nella quotidianità sociale del soggetto, che vive con molta angoscia e pena un suo stato d'impotenza rispetto al suo riconoscere come estranei, nuovi o irreali, aspetti che prima erano per lui familiari e rassicuranti nella loro consuetudine.

Tale disturbo si presenta nelle donne in una frequenza doppia rispetto agli uomini e preferibilmente in soggetti con meno di quarant'anni.

Riporto quindi i criteri esplicitati nel DSM IV per fare diagnosi di disturbo di depersonalizzazione, che comunque può essere considerato come una sindrome dissociativa di lieve entità:

1. Esperienze persistenti e ricorrenti di distacco e di apparente osservazione dall'esterno dei propri processi mentali e del proprio corpo (ad esempio, il sentirsi come in un sogno).
2. Durante l'esperienza di depersonalizzazione il rapporto di realtà rimane integro.
3. La depersonalizzazione è causa di un disturbo clinicamente significativo o di alterazioni sociali, lavorative o in altre importanti aree di funzionamento.
4. L'esperienza di depersonalizzazione non si verifica esclusivamente nel corso di un altro disturbo come la schizofrenia, il disturbo da attacchi di panico, o un altro disturbo dissociativo, e non è dovuta all'effetto fisiologico diretto di sostanze (ad esempio, abuso di droghe, farmaci) o una condizione generica di interesse internistico (ad esempio epilessia temporale).

Disturbo post traumatico da stress moderato a seconda dell'efficacia della psicoterapia (n. 180)	Fino a 6%
Disturbo post traumatico da stress severo a seconda dell'efficacia della psicoterapia (n. 181)	Fino 15 %
Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di lieve entità (n. 183)	10-20%
Disturbo psicotico- sindrome dissociativa di media entità (n. 184)	21-50 %
Disturbo psicotico- sindrome dissociativa di grave entità (n. 185)	>50 %

Le menomazioni dell'apparato ORL: criteriologia e valutazione medico legale¹

Aspetti medico-legali ed assicurativi in ambito Inail

PREMESSA

Le ipoacusie contratte sul lavoro sono, in termini quantitativi, di enorme rilevanza sociale; la maggior parte delle rendite Inail infatti sono state assegnate per ipoacusia professionale da rumore. I dati statistici attualmente in nostro possesso indicano al 31.12.91 che le rendite in gestione Inail per malattie professionali erano 288.000 di cui 140.000 per sordità da rumore.

Oltre alla MP da rumore, le ipoacusie professionali possono essere causate anche da trauma cranico o acustico. In questi casi generalmente si associa, in particolare modo nel caso dei traumi cranici, anche un danno dell'apparato vestibolare.

Le ipoacusie da rumore propriamente dette sono quelle ipoacusie che si manifestano per prolungata esposizione a rumore idoneo. Sarà molto importante in questi casi la valutazione della rumorosità ambientale e dei tempi di esposizione al rumore del lavoratore. Nel trauma acustico invece, il danno da rumore si manifesta istantaneamente, essendo in correlazione causale con una breve esposizione ad un rumore molto forte, come ad esempio un'esplosione. Nei traumi cranici sono molteplici le modalità che possono arrecare danno all'apparato uditivo e vestibolare.

Le ipoacusie e le vestibolopatie conseguenti a trauma cranico possono essere dovute sia a fratture della rocca petrosa che a contusione o commozione labirintica senza frattura cranica.

TRAUMA CRANICO CON FRATTURA DELLA ROCCA PETROSA

Le *fratture longitudinali* della rocca petrosa sono sicuramente le più frequenti. Sono generalmente secondarie ad una frattura della regione temporo-mandibolare. La linea fratturativa passa a livello del CUE portandosi verso l'estremità anteriore della rocca petrosa per arrivare al forame lacero anteriore. Sono descritti rari casi di frattura bilaterale longitudinale. Il labirinto in questi casi rimane indenne.

Le *fratture trasverse* della rocca petrosa sono meno frequenti delle longitudinali. Generalmente insorgono per traumi occipitali o mastoidei. Si estendono dalla fossa cranica media a quella posteriore. La rima fratturativa inizia a livello del foro lacero posteriore per arrivare prima sulla faccia posteriore e poi sulla faccia anteriore della rocca petrosa giungendo al foro lacero anteriore. In questo caso si manifestano danni a livello del labirinto anteriore e posteriore. Nella porzione cocleare sono più frequentemente interessate la rampa timpanica a livello della finestra rotonda e il giro basale. Nella porzione vestibolare le strutture coinvolte dal processo fratturativo sono in ordine di frequenza il canale semicircolare posteriore, il canale semicircolare orizzontale, il canale semicircolare verticale, la platina della staffa (faccia interna), l'acquedotto del vestibolo. Secondo Grove questa varietà di frattura trasversale è definita esterna, a differenza di quella la cui rima fratturativa interessa il CUI e la parete posteriore della coclea (frattura trasversa interna).

Le fratture *oblique* possono essere considerate come una varietà delle fratture longitudinali; il trauma agisce normalmente a livello occipitale e la rima di frattura interessa il cavo timpanico e il labirinto.

¹ A cura di M. Bisceglia, A. Goggiamani E. Ienzi, E. Savino

TRAUMA CRANICO SENZA FRATTURA DELLA ROCCA PETROSA

Le alterazioni che si manifestano a livello del labirinto membranoso sono molteplici; come descritto da Canciullo e colleghi, le caratteristiche anatomo-cliniche di queste lesioni sono due: la *contusione* e la *commozione labirintica*, che sono rispettivamente l'espressione di traumi con frattura e di traumi senza frattura della rocca petrosa.

È evidente che lesioni del labirinto membranoso siano pressoché immancabili nel caso di fratture trasverse della rocca, mentre sono un evento abbastanza raro nelle fratture longitudinali. Normalmente le alterazioni istopatologiche consistono in iperemia, trasudazione ed essudazione, degenerazione delle strutture cocleari e labirintiche a vari livelli, infiltrazioni emorragiche. Borghesan ha osservato, durante ricerche sperimentali, dopo frattura della capsula labirintica, stravasi ematici, degenerazione pressoché completa dell'organo di Corti, del ganglio spirale e della periferia del nervo acustico. Queste alterazioni si manifestano anche per fratture longitudinali pur se in questi casi sono minori le alterazioni a carico dell'organo di Corti. Nel caso di lesioni del labirinto senza frattura della rocca petrosa, Schuknecht, Neff e Perlman hanno dimostrato come ad una temporanea diminuzione d'udito non corrispondano lesioni microscopicamente apprezzabili dell'organo di Corti, mentre per ipoacusie più accentuate (oltre i 20 dB) si cominciano ad osservare alterazioni delle cellule ciliate esterne. Aumentando il grado di ipoacusia si passava alla distruzione delle cellule ciliate esterne e una iniziale sofferenza di quelle interne. Per sordità gravi si aveva anche la distruzione delle cellule ciliate interne. A carico del labirinto posteriore si evidenziavano lacerazioni dell'utricolo e del sacculo con varie e gravi alterazioni maculari di tipo degenerativo (più del 30 % delle cellule maculari distrutte).

ALTERAZIONI UDITIVE DOPO TRAUMA CRANICO CON FRATTURA DELLA ROCCA

I quadri audiologici che si manifestano dopo un trauma cranico con frattura della rocca petrosa possono essere i più vari, poiché a seconda dell'estensione della rima fratturativa e del tipo di frattura, oltre che dalla quasi sempre presente commozione labirintica, sono coinvolte sia le vie di trasmissione del suono che i centri recettoriali e nervosi.

Se ad essere interessate sono le strutture dell'orecchio medio ovviamente sarà prevalente la componente trasmissiva; se viene ad essere interessata la capsula labirintica, si manifesterà un'ipoacusia di tipo neurosensoriale con recruitment. Spesso una forma mista testimonia l'interessamento di entrambe le strutture anatomo-funzionali dell'orecchio. Quando si verifica una *frattura longitudinale della rocca* spesso si ha una compromissione delle strutture dell'orecchio medio ed emotimpano per cui ipoacusie percettive pure o addirittura sordità totali non si dovrebbero manifestare se non molto di rado. Quando è presente una componente percettiva saremo di fronte ad alterazioni del labirinto anteriore dovute per la maggior parte degli autori a versamenti ematici per emorragie lievi a livello perilabirintico e del condotto uditivo interno. Più raramente, come già accennato, può aversi una compromissione delle strutture anatomiche dell'orecchio interno più grave per cui sarà presente un'ipoacusia percettiva più profonda. In questo tipo di ipoacusia, susseguente a frattura longitudinale della rocca, è evidentemente difficile poter esprimere un giudizio prognostico. Se più frequentemente (Brunner) le sordità trasmissive, specie nei giovani, tendono alla guarigione pressoché completa, le sordità di percezione si comportano con estrema variabilità potendo parzialmente recuperare, specie nei primi giorni o peggiorare gradualmente nel tempo.

Grove ha rilevato per queste ipoacusie che la componente trasmissiva tende a guarire se non sono presenti lussazione dell'incudine, fratture degli ossicini o perforazione timpanica cui si sovrappone un processo suppurativo cronico. Generalmente per le ipoacusie esordite come di tipo misto

pantonale, si verifica un miglioramento della componente trasmissiva cui residua un dip sulle frequenze acute. Nelle *fratture trasversali della rocca*, come già visto, si hanno importanti compromissioni delle strutture labirintiche anteriori e posteriori in particolare a livello cocleare.

In questi casi si ha spesso una grave sordità che può arrivare alla cofosi. Spesso sono evidenziabili alterazioni dell'udito anche a livello dell'orecchio controlaterale pur se raramente della stessa entità dell'orecchio coinvolto nella frattura. Schuknecht ed altri autori hanno rilevato che questo tipo di frattura comporta la perdita totale di tutta la funzionalità labirintica ma che a volte la rima fratturativa possa interessare solo la porzione anteriore o quella posteriore del labirinto.

ALTERAZIONI UDITIVE NEI TRAUMI CRANICI SENZA FRATTURA DELLA ROCCA

Come già accennato in precedenza, in questo caso l'ipoacusia derivante dal trauma è dovuta ai processi patologici innescati dalla commozione labirintica. Un interessante lavoro di JEMMI svolto su 166 pazienti evidenzia il tipo di ipoacusia che si è instaurata dopo trauma cranico, il grado e la sede del trauma.

Traumi	N. Casi	A breve distanza di tempo dal trauma		Dopo un intervallo di tempo più prolungato	
		N. Casi %	Tipo di ipoacusia	N. Casi %	Tipo di ipoacusia
Anteriori o craniofacciali	46	7-8%	mista, di modica entità	4-5%	lieve e di percezione
Laterali	96	100%	mista, con prevalente lesione dell'apparato di trasmissione	75%	di percezione, di intensità variabile
Occipitali o posteriori	24	45%	mista	28%	di percezione
Totale	166				

L'ipoacusia interessa generalmente entrambe le orecchie anche se dal lato più vicino al trauma tende ad essere peggiore ed è principalmente di tipo percettivo. Pur se presente una grande variabilità di curve audiometriche, generalmente le alterazioni più comuni sono una curva in discesa sulle alte frequenze, un dip sulle alte frequenze, una ipoacusia pantonale, un'ipoacusia ad A, una curva in salita, una ipoacusia subtotale. (MOTTA).

Altro dato molto importante è la sede del trauma. Infatti sembra che per traumi temporali sia più frequente la compromissione delle strutture labirintiche e l'entità del danno subito.

I traumi che agiscono sul cranio in prossimità della linea mediana provocano un danno uditivo generalmente bilaterale, mentre per traumi laterali è l'orecchio omolaterale al trauma ad avere un danno maggiore.

EVOLUZIONE DELL'IPOACUSIA NEI TRAUMATIZZATI CRANICI

È evidente che la prognosi delle ipoacusie da trauma cranico ha grande importanza nel settore assicurativo e medico-legale.

In una revisione della letteratura sull'argomento sono presenti, pur nella grande variabilità di studi, alcuni elementi pressoché costanti nei lavori di numerosi autori.

Nelle ipoacusie associate a fratture longitudinali della rocca, le ipoacusie che hanno carattere prevalentemente trasmissivo tendono a regredire quasi totalmente, a meno che non siano presenti quelle situazioni patologiche già descritte quali perforazione timpanica con sovrapposizione di fatti infettivi cronici, lussazione dell'incudine o fratture degli ossicini.

A tal proposito Schuknecht ritiene che per queste ipoacusie siano soprattutto le frequenze gravi a recuperare, mantenendosi invece per i toni alti deficit di vario grado.

I deficit uditivi pantonali di tipo trasmissivo mostrano, secondo Crabbè ed al., una chiara tendenza al miglioramento che in certi casi giunge ad una quasi completa "restitutio ad integrum".

La componente percettiva dell'ipoacusia ha evoluzione estremamente variabile potendo nel tempo migliorare, restare invariata o peggiorare. Paradossalmente, secondo gli studi di Crabbè, è più comune che peggiori nel tempo un'ipoacusia da trauma commotivo con o senza frattura longitudinale della rocca nei giovani che non nei pazienti in età matura.

Nelle fratture di tipo trasversale della rocca petrosa la perdita uditiva è generalmente definitiva e su quest'affermazione sono concordi la quasi totalità degli autori.

In pratica le ipoacusie da trauma cranico per quanto riguarda la componente percettiva, a meno che non siano dovute a fratture trasversali o della capsula labirintica, possono nel tempo migliorare, rimanere invariate o peggiorare.

Tutti gli autori sono concordi nell'affermare che un'evoluzione dell'ipoacusia in qualsiasi direzione essa avvenga, se cioè in senso migliorativo o peggiorativo, si possa manifestare nell'arco dei 12 mesi dal trauma e possa dopo questo periodo ritenersi stabilizzata.

DIAGNOSI AUDIOLOGICA

Come già descritto, nel caso di un'ipoacusia post-trauma cranico, sono estremamente variabili i quadri audiometrici potendo manifestarsi ipoacusia di tipo trasmissivo, misto o percettivo con grande varietà dei tracciati audiometrici a seconda della sede, dell'intensità del trauma e della presenza o meno di frattura della rocca petrosa. A completamento degli accertamenti audiologici, oltre all'audiometria tonale, sarà necessaria l'esecuzione di un esame impedenziometrico per lo studio della funzionalità dell'orecchio medio e del riflesso stapediale. La misura dell'impedenza acustica e del riflesso stapediale fornisce all'esaminatore dati non inquinabili dal comportamento dell'esaminando, registrabili, riproducibili, costanti, tanto che senza alcun dubbio l'impedenziometria può essere annoverata tra le tecniche di *audiometria oggettiva*.

Ad esempio nelle ipoacusie percettive traumatiche la normalità del timpanogramma consente di escludere la preesistenza o la coesistenza di sofferenze dell'apparato di trasmissione a timpano chiuso. Ancora, l'assenza del riflesso, qualora si presuma un grave deficit uditivo a sospetta eziologia traumatica, con timpano integro e compliance entro i limiti della norma, documenta l'elevata entità del danno. I potenziali evocati uditivi sono un'altra preziosa fonte di dati audiologici oggettivi. Pur se nella valutazione della soglia uditiva presentano alcuni limiti circa l'accuratezza (secondo numerosi autori vi sono discrete fluttuazioni comprese tra 10 e 20 dB per

ogni frequenza sul valore reale di soglia), dal punto di vista clinico sono di grande importanza ed inoltre permettono il riconoscimento di eventuali esagerazioni o simulazioni.

VALUTAZIONE DEL DANNO Uditivo

La tabella tuttora in vigore per la valutazione delle ipoacusie professionali può dare utili suggerimenti per stabilire il quantum di danno sulle varie frequenze, tenendo naturalmente presente che queste indicazioni saranno valide sia per le ipoacusie percettive che per quelle ipoacusie *stabilizzate* con componente trasmissiva prevalente, per cui in questo caso il calcolo del danno sarà da effettuarsi sulla soglia audiometrica per via aerea. E' evidente inoltre che oltre al danno uditivo in sé il quadro clinico dell'Assicurato andrà valutato in toto, ad esempio l'eventuale insorgenza di una otite cronica post trauma cranico con frattura o meno della rocca petrosa, sarà un elemento di aggravamento di cui tener conto nella valutazione complessiva del quantum di danno.

ALTERAZIONE Uditive DA TRAUMA Acustico Acuto e Cronico

Il rumore è un fenomeno acustico rappresentato dalla sovrapposizione di onde acustiche irregolari e non periodiche, percepite come sensazioni uditive fastidiose o comunque moleste. Dal punto di vista fisico viene così distinto dal suono, fenomeno acustico prodotto invece da oscillazioni rapide e regolari.

La differenza tra rumore e suono è, come tale, non solo di tipo soggettivo, legata al contesto in cui il suono e il rumore sono inseriti ed alla personale percezione del fenomeno acustico, ma oggettivo e dunque dipendente dalla natura delle vibrazioni trasmesse, regolari (uguali una all'altra) nel suono, irregolari (diseguali tra loro) nel rumore.

Per tali caratteristiche fisiche il rumore è un fattore di rischio in grado di provocare effetti sulla salute di breve o lungo periodo e addirittura cronici, in particolar modo diretti sull'apparato uditivo. Tali effetti sono rappresentati dalla "ipoacusia da rumore", una malattia determinata dall'esposizione ad elevate intensità di rumore in grado di determinare un danno che si concretizza nella diminuzione dell'udito fino alla sua perdita funzionale.

Effetti extrauditivi sono invece quelli determinati dall'azione del rumore su altri apparati (in particolare sistema nervoso, cardiocircolatorio e digestivo) regolati dal sistema nervoso neurovegetativo.

Gli effetti del rumore intenso e transitorio o continuo, prolungato a bassi e medi livelli di intensità, si ripercuotono sull'apparato uditivo danneggiando la coclea sia attraverso processi di fatica metabolica che tramite un'azione meccanica diretta. Indipendentemente dall'esatto iter patogenetico, il risultato finale è un'alterazione della citoarchitettura dell'organo del Corti con successiva degenerazione delle cellule gangliari e delle fibre nervose corrispondenti.

Le caratteristiche del rumore importanti ai fini della valutazione della pericolosità sull'apparato uditivo, in quanto possono fornire una misura del tipo di risposta umana al fenomeno sonoro, sono quantificate dal punto di vista fisico misurando (in deciBel) la pressione sonora.

Le variazioni di pressione sul timpano, che vengono percepite come suono, sono le stesse variazioni che agiscono sul diaframma del microfono del fonometro, lo strumento impiegato per la misurazione dei livelli sonori.

L'orecchio umano è un organo molto sensibile che avverte alte variazioni di pressione sonora e una gamma di frequenze comprese fra 20 e 20.000 Hz. Tuttavia, la sensazione uditiva non è legata

ad una variazione lineare della pressione sonora, bensì a una relazione di tipo logaritmico; per tale motivo le grandezze acustiche sono espresse in deciBel (dB). Il deciBel non è un'unità di misura, ma un'unità di relazione logaritmica: $L_p = 10/\log (P/P_0)^2$, dove p: pressione acustica misurata; p_0 : pressione di riferimento, pari a 20 μ Pa.

METODOLOGIA DIAGNOSTICA STRUMENTALE

L'ipoacusia da rumore si può manifestare dopo l'esposizione a rumori istantanei di elevatissima intensità o dopo esposizione costante e protratta nel tempo a stimoli acustici di idonea qualità, intensità e durata.

L'ipoacusia da trauma acustico cronico è generalmente definita dall'esposizione professionale protratta nel tempo a livelli sonori superiori agli 80 dB.

In ambito assicurativo - previdenziale la malattia uditiva può dunque trovare un diverso riconoscimento a seconda che essa sia insorta a seguito di un trauma acustico acuto o diversamente sia stata causata dallo svolgimento di attività lavorativa in ambiente rumoroso. Nel primo caso sarà trattata quale "infortunio lavorativo", nel secondo caso sarà invece considerata "malattia professionale".

In entrambi i casi, tuttavia, l'indagine audiologica avrà esclusiva finalità di natura medico-legale, dovendo così distinguersi in parte da quella con sola finalità di ordine clinico. Al fine di coadiuvare l'azione medico-legale tesa all'accertamento del nesso di causalità ed alla valutazione del danno conseguente ad infortunio o malattia professionale, l'otoiatra dovrà infatti identificare correttamente la condizione funzionale uditiva per diagnosticare un'eventuale ipoacusia correlabile alla attività professionale. Scopo principale dell'esame audiologico con finalità medico-legale è così quello di fornire la prova della qualità e quantità del danno uditivo: qualità nei suoi riflessi prognostici, quantità nei suoi aspetti valutativi.

In particolare, un esame condotto con finalità cliniche ha lo scopo di accertare il tipo di alterazione uditiva, per instaurare un adeguato trattamento terapeutico; gli aspetti qualitativi dei dati audiologici vanno considerati in tal caso con la massima attenzione, mentre quelli quantitativi non sono che parzialmente determinanti.

Viceversa, nell'esame condotto con finalità medico-legali, è necessario non solo ricercare i dati qualitativi, ai fini dell'accertamento del nesso di causalità, ma definire la reale entità del danno acustico, i cui riflessi sulla validità potranno essere diversi anche per lievi differenze quantitative.

La batteria audiologica finalizzata al riscontro di un'ipoacusia neurosensoriale di origine cocleare compatibile con una diagnosi di ipoacusia da rumore si avvale dei seguenti accertamenti di base: audiometria tonale (esame soggettivo) + impedenziometria (esame oggettivo).

L'audiometria tonale è l'esame più importante nello studio della funzione uditiva, sia dal punto di vista clinico che medico-legale, in quanto consente di valutare la soglia uditiva per stimoli semplici come i toni puri, ossia i toni con una singola frequenza di vibrazione, testando sia la via ossea che quella aerea attraverso invio, al soggetto in esame, di segnali con due diverse modalità:

- per via aerea attraverso l'utilizzo di cuffie e/o inserti;
- per via ossea attraverso un vibratore osseo.

Quando lo stimolo viene inviato per via aerea il suono attraversa l'orecchio esterno e medio prima di raggiungere la coclea ed il nervo acustico; lo stimolo condotto per via ossea raggiunge invece la coclea attraverso le vibrazioni delle ossa craniche.

Per casi molto selezionati si potrà ricorrere alla successiva esecuzione di Potenziali Evocati Uditivi, BSERA (*Brain stem electric response audiometry*) e/o SVR (*slow vertex response*)

Nell'ambito delle numerose prove audiologiche si definiscono *soggettive* quelle che esigono risposte verbali o motrici e sono strettamente dipendenti dalla volontà e dalla collaborazione del soggetto in esame; al contrario *oggettive* sono quelle che, servendosi dell'analisi degli effetti elettrofisiologici o di fenomeni riflessi, trovano impiego al fine di escludere l'interferenza della volontà del soggetto anche se il loro utilizzo necessita di estrema collaborazione da parte del paziente al fine di evitare la possibile insorgenza di artefatti della risposta.

EVOLUZIONE AUDIOMETRICA DI UNA TECNOPATIA DA RUMORE

L'ipoacusia da rumore di natura professionale è un'ipoacusia bilaterale di tipo percettivo, simmetrica, con massimo dip nella regione della base cocleare (3-6000 Hz) e, almeno nelle fasi iniziali, una risalita sugli 8000 Hz.

Si tratta di una ipoacusia irreversibile, non evolutiva una volta terminata l'esposizione, con *recruitment* quasi sempre presente.

Il danno uditivo è dunque di tipo percettivo, cioè dovuto ad una sofferenza delle cellule acustiche (la cui localizzazione è a livello dell'orecchio interno, ovverosia zona basale della coclea). Il danno risulta irreversibile una volta che si è prodotto e, dunque, indipendentemente dalla sua entità e dallo stadio della malattia esso rappresenta una perdita della percezione uditiva non più recuperabile nel tempo.

L'evoluzione dell'ipoacusia da trauma acustico cronico è rapida nei primi 10-15 anni e tende poi a rallentare e stabilizzarsi in seguito.

L'ipoacusia da rumore segue questo andamento evolutivo tipico: inizio del danno sui 4000 Hz (a volte, seppur raramente ed in un tempo assai iniziale può iniziare sui 3000 Hz, ma si estende in breve tempo ai 4000 Hz ove rapidamente la perdita diventa prevalente) per estendersi con il tempo alle frequenze più acute (dapprima i 3000 Hz, poi i 2000 Hz ed i 1000 Hz).

L'andamento della curva audiometrica è dunque di tipo discendente con un maggiore innalzamento della soglia uditiva sulle frequenze alte e medie.

Quando la perdita per la frequenza 2000 Hz inizia, il deficit a 8000 Hz è sempre inferiore a quello a 4000. Solo quando il deficit diventa più grave e vengono ad essere coinvolti i 1000 Hz, gli 8000 Hz oltrepasserebbero come aumento di soglia tonale i 4000 Hz costituendosi appunto una perdita in discesa continua come in ogni ipoacusia percettiva neurosensoriale. (Albera e Beatrice, vedi bibliografia) invece rilevano come nei tecnoacusici il danno sia più spesso accentuato sui 6000 Hz e che "nel 40% dei casi la curva audiometrica è in discesa sulle frequenze più acute (cioè soglia sugli 8000 Hz peggiore di quella dei 4000 e 6000 Hz)". Un'eventuale lieve asimmetria tra AU Dx e Sn di non più di 10-15 dB di soglia, può essere dovuta all'esposizione di rumori a bassa potenza (può comparire cioè a seconda dell'eventuale posizione lavorativa del lavoratore) ed essere perciò compatibile con la diagnosi di ipoacusia da trauma acustico cronico.

Questa è dunque, la classica evoluzione audiometrica di una tecnopatia da rumore.

In molti casi altre patologie d'organo o di natura sistemica vengono tuttavia a coesistere con la tecnopatia da rumore, così concorrendo nella genesi del danno cocleare. Il tracciato audiometrico

appena descritto non è pertanto da ritenersi esclusivo della patologia uditiva da rumore di origine professionale.

Altre *noxae* patogene di origine extraprofessionale possono infatti causare un'ipoacusia secondo un andamento del tracciato audiometrico spesso sovrapponibile all'ipoacusia da traumatismo acustico cronico: malattie cardiocircolatorie, traumi cranici, farmaci ototossici (streptomina, chinino, aspirina, antibiotici amino glicosidi, diuretici, ecc.), diabete mellito, infezioni virali, alterazioni del quadro lipidico, traumi cervicali, alterazioni genetiche, insufficienza renale, presbiacusia.

In queste patologie, sebbene con diverso meccanismo patogenetico, sono danneggiate le cellule acustiche deputate alla ricezione delle frequenze acute, in particolare dei 3000-4000 Hz. E' quindi di estrema importanza, oltre ad un'accurata anamnesi lavorativa, anche un'attenta e precisa anamnesi patologica, principalmente motivata dalla raccolta di dati della storia clinica personale riguardanti eventuali patologie pregresse o concomitanti che possono determinare un innalzamento della soglia uditiva di tipo percettivo e che devono così essere esaminati al fine di una diagnosi differenziale con il tracciato dell'ipoacusia da rumore.

LA VALUTAZIONE DEL DANNO DA RUMORE

La tutela assicurativo - previdenziale gestita dall'Inail è fondata sul duplice presupposto normativo (D.P.R. n.1124/1965 e D.Lgs 38/2000) e giurisprudenziale (Sentenze Corte Costituzionale nn.179 e 206/88) e prevede un sistema misto (che opera in lavorazioni per le quali già sussiste l'obbligo assicurativo contro gli infortuni; ossia non si ha una forma di assicurazione autonoma per le malattie professionali ma si tratta di un "supplemento" assicurativo soltanto per i lavoratori già protetti contro gli infortuni) il quale, con diverso onere della prova, ammette a tutela ogni quadro morboso riconducibile al lavoro svolto.

Da quando la sordità da rumore è stata inclusa tra le malattie professionali indennizzabili la valutazione del danno uditivo è stata tutt'altro che agevole in quanto, fino all'introduzione della disciplina del danno biologico e del relativo D.M. 12/7/2000, non si disponeva di una tabella di valutazione unanimemente riconosciuta e definita per legge (gli unici riferimenti percentuali della invalidità permanente erano quelli relativi alla sordità completa di un orecchio, in Industria ed in Agricoltura rispettivamente apprezzati nel valore del 15% e 20%, ed alla sordità completa bilaterale riconosciuta nella misura del 60%). Ne conseguiva pertanto una estrema disomogeneità nell'approccio valutativo.

Fino al 1992, un riferimento valutativo è stato rappresentato dalla tabella di Rossi e coll., che consentiva una valutazione differenziata nelle gestioni Industria ed Agricoltura:

Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente da menomazioni dell'udito (proposta per l'Assicurazione Soc. del Lav.)				
Somma dei valori di soglia in dB (a 500, 1500 e 3000 Hz).	INDUSTRIA		AGRICOLTURA	
	Au peggiore	Au migliore	Au peggiore	Au migliore
70	0	0	0	0
80	1	3	1	3
90	2	5	2	5
100	3	8	3	7
110	3	10	4	9
120	4	12	5	11
130	5	15	6	13
140	6	17	8	15
150	6	19	9	17
160	7	22	10	19
170	8	24	11	21
180	9	26	12	23
190	10	29	13	26
200	10	31	14	28
210	11	33	15	30
220	12	36	16	32
230	13	38	17	34
240	13	40	18	36
250	14	43	19	38
260	15	45	20	40

Per superare tale disomogeneità, è stato siglato nel dicembre 1991 un primo **accordo Inail - Parti Sociali** volto ad introdurre, su tutto il territorio nazionale, l'adozione di una **tabella unica di valutazione del danno da ipoacusie professionali**, resa quindi operativa con la circolare Inail n. 17 del 31/3/1992. La finalità dell'accordo era esplicitamente quella di "garantire organicità e completezza di tutela nei confronti dei lavoratori colpiti da ipoacusia" e, nello stesso tempo, rappresentare il "prototipo di una strategia dell'Ente aperta e sensibile alla realtà sociale e sempre più ispirata in senso evolutivo a criteri di trasparenza nell'obiettivo della qualità totale del servizio all'utenza".

Nello stesso anno 1992 della Circolare attuativa Inail, le sentenze n.6846 e 7183 della Corte di Cassazione a Sezioni Riunite fissavano alcuni principi generali in tema di valutazione del danno uditivo da rumore che venivano recepiti dall'Inail portando nel 1994 ad una revisione della tabella già in vigore.

La nuova tabella Inail - Parti Sociali del 1994, oltre ad un innalzamento della soglia uditiva sulle frequenze della voce di conversazione, considerava anche quello sulla frequenza 4000 Hz, che è interessata per prima dal rumore, ed assegna un punteggio diverso alle frequenze. Rimane così sostanzialmente invariato il principio di privilegiare l'adeguata valutazione delle ipoacusie medie e medio-gravi, principio che aveva ispirato il precedente accordo, mentre veniva ad essere sostanzialmente contenuta la valutazione delle ipoacusie caratterizzate da alterazioni del solo rilievo strumentale secondo i principi delineati dalla Corte di Cassazione (che così definiva il nuovo indirizzo giurisprudenziale *“sono da considerarsi normali e quindi non espressione di danno uditivo ai fini lavorativi, le soglie acustiche innalzate fino ai 25 dB”*). Con quest'ultima tabella, la valutazione veniva effettuata secondo la seguente formula:

$$\text{Industria} = \frac{(\text{orecchio migliore} \times 3) + \text{orecchio peggiore}}{4} \times 0,6$$

$$\text{Agricoltura} = \frac{(\text{orecchio migliore} \times 2) + \text{orecchio peggiore}}{3} \times 0,6$$

Con l'avvento del D.lgs. 38/2000, pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 50 dell'1.3.2000, intitolato *“Disposizioni in materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'art. 55, comma 1, della Legge 17 maggio 1999 n. 144”* e la conseguente valutazione del *“danno biologico”*, è stata modificata, *de iure e de facto*, l'allora vigente metodologia.

Ai fini della valutazione medico-legale, allo stato, viene utilizzata la tabella allegata al D.Lgs. 38/2000, nella quale il valore percentuale assegnato alla perdita uditiva completa monolaterale è pari al 12% (cod. 310), mentre la sordità completa bilaterale è valutata nell'ordine del 50% cod. 311; dunque il valore assegnato alla sordità completa unilaterale è espressione di un rapporto (sordità completa monolaterale/sordità completa bilaterale) nella misura di uno a quattro.

Relativamente alla valutazione del danno biologico del deficit uditivo parziale bilaterale (cod. 312), viene applicata la seguente formula:

$$\text{Danno biologico} = \frac{(\text{orecchio migliore} \times 4) + \text{orecchio peggiore}}{5} \times 0,5$$

Questo procedimento valutativo consente di operare una valutazione del danno uditivo monolaterale sulla base del presupposto che la menomazione uditiva è di fatto menomazione di funzione di organo sensoriale, laddove nella definizione descrittiva di organo sensoriale viene a ricomprendersi, nel caso dell'orecchio, anche la definizione concettuale più estensiva di organo pari in quanto entità, sul piano funzionale, distinta dalla pura entità anatomica per la corrispondenza *“di funzione”* che esso esplica con altro organo che, morfologicamente, si ripete nell'altra metà del corpo. Dunque, ai fini della funzione uditiva, la parità d'organo è espressione di un *“sistema organo-funzionale”*, ossia di un sistema anatomo-funzionale nel quale tutte le strutture anatomiche sono chiamate allo svolgimento di analoga funzione sensoriale.

In ambito Inail, ai fini valutativi, l'indebolimento permanente dell'organo dell'udito, anche a seguito di sentenze di Cassazione, viene valutato quando la media delle perdite acustiche sulle frequenze 5000-1000-2000-3000-4000 Hz sia superiore a 25 dB, in applicazione di quanto previsto dall'apposita tabella:

perdita uditiva	percentuali di deficit per singole frequenze				
	In dB	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz
25	0	0	0	0	0
30	1.25	1.5	1.75	0.4	0.1
35	2.5	3	3.5	0.8	0.2
40	5	6	7	1.6	0.4
45	7.5	9	10.5	2.4	0.6
50	11.25	13.5	15.75	3.6	0.9
55	15	18	21	4.8	1.2
60	17.5	21	24.5	5.6	1.4
65	18.75	22.5	26.25	6	1.5
70	20	24	28	6.4	1.6
75	21.25	25.5	29.75	6.8	1.7
80	22.5	27	31.5	7.2	1.8
85	23.75	28.5	33.25	7.6	1.9
90	25	30	35	8	2

IL DANNO VESTIBOLARE PERIFERICO DA TRAUMA CRANICO

Un trauma cranico con o senza frattura della rocca petrosa provoca frequentemente disturbi dell'equilibrio. L'apparato vestibolare, costituito dalla sezione accelerocentrica angolare tramite i canali semicirculari e dalla sezione recetttrice delle accelerazioni lineari e di gravità tramite utricolo e sacculo, è preposto alla regolazione del tono muscolare, dell'equilibrio statico e dinamico ed alla sensibilità spaziale.

Tutte le funzioni vestibolari vengono svolte mediante l'attività integrata di strutture centrali e periferiche (sistema reticolare, cervelletto, sistema piramidale ed extra-piramidale ecc.) e non è perciò infrequente l'osservazione di sintomi tipici di danno vestibolare provocati da lesioni di strutture vestibolari centrali. Da questa considerazione deriva la necessità di utilizzare, quali indici della condizione funzionale labirintica, fenomeni *indiretti* quali il nistagmo, riflessi tonici, sensazioni rotatorie ecc., espressione finale di attività neurosensoriali complesse, che si servono di estesi circuiti neurali e neuro-muscolari.

Inoltre l'attività dei singoli sistemi recettori dei due lati diviene integralmente unitaria a livello del sistema nervoso centrale.

SINDROME VESTIBOLARE PERIFERICA

La sindrome vestibolare periferica si manifesta molto tipicamente con l'insorgenza di una vertigine oggettiva ad espressione acuta, di breve durata, con un corteo di sintomi neurovegetativi quali nausea, vomito, sudorazione ecc. Si evidenziano disturbi dell'equilibrio statico e dinamico con la tendenza a deviare o cadere verso il lato ipofunzionante. Caratteristicamente si ha la deviazione degli arti superiori verso il lato ipovalente. Compare quindi il nistagmo di primo o secondo grado, raramente di terzo, di tipo orizzontale-rotatorio, ritmico, battente verso il lato ipofunzionante.

TEORIE PATOGENETICHE

Molte sono le teorie patogenetiche circa il danno subito dalle strutture labirintiche dopo un trauma cranico.

Le uniche teorie suffragate da dati certi acquisiti tramite gli appropriati accertamenti clinico-diagnostici sono quelle del danno diretto fratturativo sulle strutture labirintiche, dai versamenti emorragici e dalle lesioni obiettabili delle vie nervose. Le altre teorie patogenetiche sono numerose e diverse. Senza entrare nel merito si cita la teoria dell'onda d'urto" o *stosswelle* che pur a distanza di molti anni rimane una delle più attendibili pur se riveduta e corretta in studi successivi da altri studiosi. Per questa teoria, è l'aumento della pressione liquorale istantanea, dovuta alla propagazione dell'onda d'urto traumatica, a provocare danno a livello delle strutture labirintiche. Si rammenta inoltre la possibile insorgenza di canalolitiasi dopo un trauma cranico per il distacco degli otoliti dalla macula dell'utricolo.

La canalolitiasi o vertigine parossistica posizionale benigna, si manifesta dopo particolari movimenti e posizioni del capo con una violenta vertigine oggettiva di breve durata.

DIAGNOSI CLINICO-STRUMENTALE

Ai fini dell'accertamento del danno labirintico è necessario prendere in esame:

- 1) I fenomeni soggettivi;
- 2) I fenomeni oggettivi quali il nistagmo spontaneo;
- 3) I riflessi labirintici evocati mediante stimoli extra-fisiologici;
- 4) La funzione uditiva.

Per quanto riguarda i fenomeni soggettivi un'attenta indagine anamnestica e una protratta osservazione consentono nella maggior parte dei casi di chiarire se la sintomatologia riferita dal paziente (vertigine cosiddetta *soggettiva* caratterizzata dalla sensazione che il corpo si muove mentre il mondo circostante rimane fermo) sia verosimile e se abbia i caratteri che la rendono conforme all'entità ed alle caratteristiche del trauma.

Per quanto riguarda invece i fenomeni oggettivi, nessuna modificazione può essere volontariamente apportata al nistagmo spontaneo. Il nistagmo spontaneo è l'espressione significativa di una turba funzionale del recettore periferico o del sistema vestibolare e ha un valore determinante ai fini medico-legali.

Lo studio dei riflessi labirintici è indispensabile all'accertamento del danno vestibolare. Mentre i dati quantitativi del nistagmo evocato con stimoli accelerativi rotatori e termici hanno valore puramente indicativo se rilevati mediante l'osservazione diretta dell'esaminatore, gli stessi dati,

evidenziati mediante la registrazione elettro-nistagmografica possono acquisire un significato determinante ai fini medico-legali. Si cercherà infatti di accertare se la riflettività vestibolare del soggetto in esame sia simmetrica, sia alle prove rotatorie, sia alle caloriche (simmetria dei parametri nistagmici da stimolazione del labirinto di un lato rispetto a quelli da stimolazione del lato opposto).

VALUTAZIONE DEL DANNO VESTIBOLARE PERIFERICO

Fino all'emanazione del D.lgs. 38/2000, la valutazione degli esiti di un danno vestibolare era effettuata basandosi sui principali riferimenti della letteratura scientifica di settore determinando, anche in questo caso, una notevole disomogeneità valutativa.

In grandi linee, in casi di vertigine oggettiva, presenza di nistagmo spontaneo persistente documentabile con registrazione elettro-nistagmografica, disturbi dell'equilibrio e sintomi da alterato tono muscolare rilevabili alle prove spontanee, tale quadro clinico-sintomatologico può comportare una valutazione dell'invalidità compresa tra il 15 ed il 30 %. Se in presenza di un'anamnesi di vertigine sporadica ed assenza di sintomi spontanei (nistagmo spontaneo, Romberg, deviazioni toniche ecc.), ma con presenza di asimmetria marcata o comunque con una differenza di più parametri del nistagmo superiore al 25 % alle prove caloriche e rotatorie sarà possibile valutare l'invalidità entro valori oscillanti tra il 5 e l'11 %. Il quadro descritto infatti indica che è necessaria una condizione extrafisiologica perché la sofferenza vestibolare divenga manifesta.

Per la valutazione del danno biologico, invece, il D.M. 12/7/2000 ha previsto specifici codici di riferimento per le sindromi vestibolari (dal codice 313 al codice 317), che vanno dall'*acufene* alla *sindrome vestibolare disarmonica*, con una crescente valutazione dal 4% al 18%.

Allegato 1

**PROTOCOLLO D'INTESA
INAIL - PATRONATI**

PREMESSA

- 1. CONTENUTI OPERATIVI**
- 2. OPPOSIZIONI E COLLEGIALI**
- 3. CONVENZIONE INPS/INAIL – CASI DI DUBBIA COMPETENZA**
- 4. ACCESSO AI SERVIZI E SCAMBIO DATI**
- 5. TAVOLI TECNICI CENTRALI**
- 6. TUTELA SANITARIA DEGLI INFORTUNATI E TECNOPATICI**
- 7. INTERVENTI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO**
- 8. ATTIVITA' FORMATIVA**
- 9. PIANI OPERATIVI TERRITORIALI**
- 10. NORMA FINALE**

ALLEGATO - MOTIVAZIONI AL MANCATO ESPLETAMENTO DELLA COLLEGIALE ALLE VALUTAZIONI MEDICO-LEGALI DEL DANNO ALLA PERSONA

mlf

PROTOCOLLO D'INTESA INAIL – PATRONATI

Premesso che:

L'INAIL

- in attuazione delle funzioni istituzionali svolte in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali ai fini della tutela prevista dal Testo Unico approvato con D.P.R. n. 1124/1965 e s.m.i., nonché ai fini della erogazione di specifiche prestazioni previdenziali nei confronti dei lavoratori della navigazione marittima ed aerea a seguito della entrata in vigore della L. n. 122/2010 ed in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, di cui al D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., intende accrescere l'efficacia e la qualità dei servizi erogati, attraverso la consolidata interazione con i Patronati e il costante confronto, anche preventivo, su temi di comune interesse;
- in linea con le più recenti innovazioni normative che prevedono, tra l'altro, modalità telematiche per lo scambio di dati, attua una progressiva informatizzazione e semplificazione delle comunicazioni con l'utenza;

gli Istituti di Patronato:

- nell'esercizio del ruolo attribuito dalla normativa vigente, da ultimo con Legge n. 152/2001, perseguono l'obiettivo di garantire un'effettiva tutela dei diritti dei propri utenti, anche attraverso la collaborazione e il raccordo diretto con gli Enti erogatori delle prestazioni, tra cui l'INAIL, nell'ambito del sistema di protezione sociale per gli infortunati e tecnopatici;

a tali fini

L'INAIL e i Patronati stipulano il presente Protocollo per la gestione dei rapporti ai vari livelli di responsabilità sul territorio nazionale, nel rispetto dei reciproci ruoli e competenze, con l'obiettivo di dare risposte adeguate e tempestive agli assicurati.

Concordano, inoltre, che la prassi della reciproca collaborazione sostiene il comune obiettivo della tutela globale dei lavoratori e convengono, pertanto, sull'esigenza di ampliarne sempre più la portata estendendola, oltreché alle tematiche istituzionali di riforma della tutela, agli indirizzi, alle linee guida ed anche a tutte le iniziative che possono incidere sulla qualità dei servizi.



Riconoscono, altresì, che tale prassi debba trovare momenti di realizzazione sistematica già a livello di condivisione delle informazioni e di lettura dell'andamento dei rapporti tra le parti anche rispetto alle diverse realtà territoriali.

Individuano modalità operative condivise che favoriscano l'omogeneità e la fluidità dell'iter istruttorio dei procedimenti, al fine di una maggiore tempestività nella definizione degli stessi, anche attraverso l'utilizzo di procedure informatiche e di strumenti di dialogo telematico.

1. CONTENUTI OPERATIVI

L'INAIL si impegna a:

- rendere disponibili con tempestività le innovazioni normative e gli indirizzi emanati sotto forma di circolari, istruzioni operative, linee guida e note interpretative rilevanti per l'attività di tutela, mediante la pubblicazione sul sito internet dell'Istituto o in ambiente dedicato o l'invio all'indirizzo di posta elettronica ordinaria o certificata (P.E.C.);
- garantire adeguata diffusione ad analoghe istruzioni emanate e rese disponibili dai Patronati stessi, ritenute di interesse per l'operatività delle proprie sedi;
- programmare incontri semestrali, o quando se ne ravvisi l'esigenza da parte dell'Istituto o dei Patronati, per approfondire tematiche di particolare rilievo o problematiche diffuse a livello territoriale, al fine di individuare possibili linee condivise di indirizzo, anche con l'obiettivo di prevenire o di limitare il contenzioso;
- rendere più efficaci ed omogenee a livello nazionale le comunicazioni agli assicurati (provvedimenti, formulari di contatto, atti istruttori, ecc.) in termini di chiarezza, trasparenza, esaustività ed attualizzazione dei contenuti rispetto alla normativa vigente, al fine di fornire all'utente ed al Patronato tutte le informazioni disponibili sulle motivazioni delle determinazioni assunte dall'Istituto;
- implementare, in linea con le innovazioni normative relative alla progressiva estensione del canale telematico, le procedure di gestione dei rapporti con i lavoratori e i Patronati e, in generale, dei servizi in termini di maggiore fruibilità per l'utenza;



- evidenziare, attraverso attività di monitoraggio, eventuali fenomeni che necessitano di interventi modificativi e/o evolutivi del sistema di tutela, anche al fine di promuovere conseguenti azioni comuni concordate;
- porre in essere piani di intervento per problematiche che presentino particolari criticità, al fine di una più efficace ed efficiente organizzazione dei servizi;
- riservare, compatibilmente con le esigenze delle proprie sedi, un canale preferenziale dedicato agli operatori del Patronato stabilendo i giorni e gli orari di accesso;
- valorizzare le iniziative territoriali orientate al miglioramento della qualità dei servizi all'utenza, in linea con gli indirizzi adottati a livello nazionale;
- rendere disponibile al Patronato delegato, anche con modalità telematica, copia della denuncia di infortunio e di malattia professionale, nonché l'estratto conto relativo al calcolo delle prestazioni economiche;
- mettere a disposizione (visione ed estrazione in copia), su richiesta dell'Ente patrocinante fornito di delega ad hoc, nel rispetto delle disposizioni contenute nella Legge 241/90 s.m.i. e nel D.Lg.vo 196/2003, tutta la documentazione medica e gli elementi utili per la verifica dei rischi dell'ambiente lavorativo e della relativa esposizione ai fini della valutazione, ed in particolare in caso di mancato riconoscimento di malattie professionali tabellate, fornire la documentazione inerente le lavorazioni per le quali è stata accertata l'assenza di esposizione al rischio ovvero esposizione a rischio inidoneo per natura o durata o intensità;
- fornire, per la trattazione delle malattie professionali non tabellate, adeguato sostegno nella dimostrazione della natura professionale della patologia denunciata, indicando gli accertamenti clinici e strumentali necessari o eseguendoli direttamente;
- fornire, in caso di revisioni attive, al Patronato che per ultimo ha assistito il lavoratore, notizia della convocazione a visita, fermo restando il semplice valore informativo di tale comunicazione e la necessità di nuovo mandato di assistenza per l'eventuale ulteriore intervento del Patronato;

I Patronati si impegnano a:

- presentare le domande di prestazioni in modo completo, corredate di mandato di assistenza, secondo la modulistica predisposta dall'Istituto, allegando contestualmente tutti i documenti e le certificazioni mediche previsti dalla

MAI

normativa vigente, nonché tutta la documentazione necessaria per il riconoscimento della prestazione richiesta. Nel caso di invio cartaceo di documentazione sanitaria deve essere garantita riservatezza nel trattamento dei dati, ai sensi della normativa vigente;

- privilegiare il canale telematico quale mezzo di scambio di dati ed informazioni e, in particolare, ad utilizzare la specifica procedura informatica messa a disposizione dall'Istituto e la posta elettronica anche certificata;
- acquisire le informazioni relative allo stato della trattazione della pratica attraverso la modalità di consultazione *on line*, direttamente dal sistema informativo dell'Istituto;
- utilizzare la procedura informatica messa a disposizione per la visualizzazione e la stampa diretta dei provvedimenti in relazione alle pratiche patrocinate;
- presentare, in caso di revisioni passive, certificato medico adeguatamente motivato, ai sensi dell'articolo 83, 2 c. del Testo Unico;
- collaborare con l'INAIL per la creazione e/o il potenziamento di strumenti di monitoraggio delle c.d. malattie emergenti, anche al fine di garantire la piena operatività del sistema di rilevazione previsto dall'art.10 del D.lgs. n.38/2000.

2. OPPOSIZIONI E COLLEGIALI

Fermo restando che l'opposizione amministrativa è disciplinata dall'art. 104 del Testo Unico, l'INAIL e i Patronati, nel riaffermare la validità della collegiale quale momento di approfondimento dei quadri diagnostici e valutativi, confermano, nella finalità di rafforzarne e qualificarne i contenuti, l'impegno a che tale strumento sia utilizzato nel pieno e primario obiettivo di confronto nel merito e di composizione informale dei casi controversi in materia di: causa violenta, nesso di causalità, valutazioni medico-legali del danno alla persona sia temporaneo che permanente, ecc..

Per quanto riguarda, in particolare, i provvedimenti dell'INAIL concernenti le valutazioni medico legali definitive dei danni permanenti, gli stessi devono contenere la puntuale descrizione delle menomazioni rilevate con la quantificazione sia del deficit funzionale sia degli eventuali riflessi sulla sfera psichica e relazionale dell'assicurato, in modo da consentire un corretto raffronto tra quanto accertato ed espresso nella diagnosi medico-legale ed il grado percentuale di danno attribuito dall'Istituto.

lily
5

Qualora il Patronato richieda chiarimenti in ordine alle valutazioni delle menomazioni dell'integrità psico-fisica, l'INAIL rilascerà copia della documentazione sanitaria su richiesta del medico dell'Ente patrocinante fornito di delega ad hoc, nel rispetto delle disposizioni contenute nella Legge 241/90 s.m.i. e nel D.Lg.vo 196/2003.

2.1. MOTIVAZIONI DELLE OPPOSIZIONI

I Patronati si impegnano a presentare le opposizioni con adeguata motivazione, ai sensi della vigente normativa, ai fini di un equo giudizio anche nel raffronto tra le parti.

In particolare, per quanto riguarda unicamente le opposizioni ai provvedimenti concernenti la valutazione medico legale definitiva del danno permanente e la durata dell'inabilità temporanea assoluta, ad esclusione delle altre diverse fattispecie che hanno determinato il contenzioso (es. causa violenta, nesso di causalità, ecc.), si specifica quanto segue:

a) **la valutazione medico legale definitiva del danno permanente** deve essere motivata, per le due distinte fattispecie, come segue:

- ***L'opposizione, condividendo la descrizione della menomazione, riguarda la valutazione percentuale della menomazione stessa***

L'opposizione deve essere motivata con l'indicazione della percentuale di danno richiesta, tenuto conto di quanto riportato nella "Tabella delle menomazioni" approvata con D.M. 12 luglio 2000, sia con riguardo al valore o ai valori percentuali, sia con riguardo ai criteri valutativi applicabili al caso di specie.

Qualora il grado percentuale richiesto sia determinabile esclusivamente con un esame strumentale, deve essere allegato il relativo referto.

Allorché sussista diversità di refertazione di esame strumentale (ad. es. audiogramma) di uguale valenza probatoria (refertazione rilasciata da struttura pubblica), l'opposizione è motivata riproponendo il referto della struttura pubblica e la valutazione proposta. La collegiale può essere espletata per verificare gli esami in questione, anche in assenza del lavoratore, e in tale sede sarà concordata l'eventuale esecuzione di ulteriori accertamenti.

- ***L'opposizione riguarda la descrizione della menomazione***

L'opposizione deve essere motivata con la descrizione della menomazione riscontrata e la formulazione del relativo grado percentuale, tenuto conto del quadro lesivo e morboso derivato dall'infortunio o dalla malattia oggetto dell'accertamento.

ua

Qualora alla presentazione dell'opposizione, le condizioni cliniche siano mutate, rendendo non affidabile la valutazione "ora per allora", l'opposizione deve essere motivata con i risultati di accertamenti clinici e/o strumentali, riferibili all'epoca dell'accertamento opposto, tali da rendere possibile la valutazione "ora per allora".

b) la valutazione medico-legale sulla durata dell'inabilità temporanea assoluta

L'opposizione è motivata e dà luogo alla collegiale se il certificato medico riporta, in coerenza con le precedenti certificazioni, le condizioni cliniche giustificative dell'eventuale prolungamento dello stato di inabilità temporanea assoluta, avuto riguardo all'attività di lavoro svolta dall'assicurato.

Le opposizioni alle valutazioni medico-legali, se motivate nei termini di cui sopra, danno luogo all'effettuazione delle collegiali. Nell'allegato A, che forma parte integrante del presente Protocollo e che può costituire oggetto di successivi aggiornamenti e/o modifiche, sono dettagliati i casi non rientranti nelle precedenti fattispecie.

In ogni caso, ove le collegiali non siano espletate, l'INAIL fornisce tempestiva e motivata comunicazione ai soggetti interessati, fermo restando che l'opposizione, in quanto tale, rimane valida ai fini della interruzione dei termini per l'eventuale azione giudiziaria che l'interessato e/o il Patronato volessero attivare.

2.2. ESPLETAMENTO DELLE COLLEGIALI

Le Parti si impegnano a pianificare, a livello territoriale, lo svolgimento delle collegiali al fine di garantirne l'espletamento nei tempi previsti dalla normativa vigente per i procedimenti di tutela.

L'INAIL, ai sensi della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e nel rispetto delle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 196/2003, consentirà al medico del Patronato, a cui sia stata rilasciata apposita delega (dati sensibili), previo accordo su tempi e modalità, anche preliminarmente alla presentazione della opposizione medico-legale, la visione e/o il rilascio della copia dei referti sanitari in possesso dell'Istituto, relativi a esami medici ai quali l'infortunato o il tecnopatico è stato sottoposto, della diagnosi emersa e di ogni altro documento di carattere medico-legale.

ml
7

L'Istituto, ove necessario, effettua eventuali accertamenti supplementari, la cui esigenza scaturisca dalla valutazione concorde dei sanitari dell'Istituto e dell'assistito in sede di collegiale.

In particolare, per le opposizioni alle valutazioni medico-legali sulla durata dell'inabilità temporanea assoluta, le parti concordano sulla necessità che le collegiali siano programmate ed espletate nel più breve tempo possibile.

Fatta salva l'esigenza di salvaguardare i diritti del lavoratore, le parti si impegnano nelle eventuali ulteriori fasi di trattazione del caso, ad operare coerentemente con la valutazione espressa in sede di collegiale concorde.

2.3. ATTIVITA' DI MONITORAGGIO

Al fine di verificare la puntuale applicazione di quanto concordato, l'andamento e la gestione a livello territoriale delle collegiali medico-legali (ad esempio: tempi di espletamento, esiti delle collegiali, numero delle richieste di collegiali respinte e relative motivazioni, situazioni di criticità, ecc.) saranno oggetto di monitoraggi concordati secondo specifiche esigenze rappresentate nell'ambito di uno apposito Tavolo tecnico centrale da tenersi con cadenza semestrale nel primo biennio.

3. CONVENZIONE INPS/INAIL - CASI DI DUBBIA COMPETENZA

In attuazione della convenzione stipulata tra INAIL ed INPS in data 25 novembre 2008, finalizzata a semplificare e velocizzare gli adempimenti connessi all'erogazione delle prestazioni economiche poste a carico dei due Istituti nei casi in cui è controversa la competenza nonché a garantire la continuità della tutela agli assicurati, l'INAIL si impegna a rispettare, per quanto di propria competenza, i termini e le modalità relative all'erogazione delle prestazioni, alle tempestive comunicazioni all'INPS, all'assicurato ed al Patronato delegato.

L'INAIL si impegna altresì, in presenza di un'opposizione del Patronato, ad effettuare la collegiale con il Patronato preventivamente alla definizione della competenza del caso.

Il Patronato si impegna a consentire l'espletamento della collegiale nei tempi ristretti prefissati dalle sedi dell'Istituto, onde permettere, in caso di esito negativo della stessa, la conclusione dell'iter relativo alla competenza nei termini previsti dalla stessa Convenzione.



4. ACCESSO AI SERVIZI E SCAMBIO DATI

Le Parti, nella consapevolezza che l'informatizzazione rappresenta il canale che consente di realizzare con maggiore efficienza e tempestività gli adempimenti connessi all'erogazione delle prestazioni, convengono sulla necessità di incrementare il ricorso a tutte quelle forme di dialogo informatico, inclusa la cooperazione applicativa, che snelliscono lo svolgimento delle attività in funzione dei servizi rispettivamente forniti.

In questa ottica, le Parti si impegnano a sviluppare tutte le attività necessarie alla ottimizzazione del flusso dei dati, all'accesso e allo scambio degli stessi, quale presupposto fondamentale per una migliore assistenza e tutela dei lavoratori nonché strumento indispensabile per le attività di controllo previste dal D.M. n. 193 del 2008.

In particolare:

- l'INAIL si impegna, al fine di implementare la fruibilità dei servizi a supporto dei Patronati, ad un progressivo sviluppo delle procedure informatiche in uso (Procedura GRAIWEB Patronati, Procedura di consultazione *on line* delle pratiche e dei provvedimenti);
- i Patronati si impegnano:
 - a) all'utilizzo delle modalità *on line* messe a disposizione dall'INAIL, nel rispetto delle regole tecniche adottate, nonché della posta elettronica ordinaria e certificata quale normale modalità di colloquio e, a tal fine, assicurano la fornitura e il costante aggiornamento degli indirizzi degli Uffici nazionali e locali mediante apposita funzione disponibile sul sito internet dell'Istituto;
 - b) in caso di utilizzo delle predette procedure *on line*, a conservare la documentazione cartacea utile per le relative verifiche da parte degli Enti preposti.

Eventuali problematiche connesse allo stato di realizzazione, da parte dell'Istituto, delle implementazioni procedurali relative alla trattazione delle pratiche e alla rilevazione del sistema di statisticazione, saranno materia di informazione e confronto nell'ambito di specifici tavoli tecnici a tale scopo istituiti.

Le Parti convengono, altresì, sulla opportunità di garantire, per quanto di rispettiva competenza, una capillare diffusione delle informazioni ed istruzioni connesse alle implementazioni o al rilascio di nuove procedure, al fine di assicurare uniformità di comportamento nell'espletamento delle specifiche attività.



Le Parti ritengono necessario sviluppare ulteriormente le sinergie di colloquio telematico privilegiando prioritariamente i seguenti ambiti di scambio dati:

- accesso e consultazione, da parte del Patronato, dello stato delle pratiche patrocinata;
- potenziamento dello scambio informatizzato di comunicazioni e di documentazione relative alle singole pratiche patrocinata;
- fornitura ai Patronati dei dati del Casellario Centrale Infortuni in forma aggregata e quanto più dettagliati possibili, anche per quanto riguarda la consultazione dei precedenti invalidanti;
- messa a disposizione dei dati statistici sul fenomeno infortunistico e tecnopatico e della banca dati normativa dell'INAIL;
- conoscenza delle iniziative in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro promosse dall'Istituto.

5. TAVOLI TECNICI CENTRALI

Allo scopo di consolidare ed arricchire la prassi di una consultazione sistematica e preventiva finalizzata a trovare adeguate soluzioni alle problematiche via via emergenti, operano Tavoli tecnici centrali composti da rappresentanti dell'Istituto e dei Patronati individuati secondo le specifiche materie oggetto del confronto. In particolare, i predetti Tavoli hanno la finalità di approfondire le tematiche più rilevanti, di effettuare un confronto periodico sui risultati degli accordi in essere, di condividere programmi e iniziative per la piena funzionalità della gestione dei fenomeni e per il miglioramento del servizio reso all'utenza. All'attenzione degli stessi Tavoli tecnici, potranno essere segnalate le casistiche non conformi al presente Protocollo, al fine di una loro analisi e dell'individuazione delle più opportune soluzioni.

6. TUTELA SANITARIA DEGLI INFORTUNATI E TECNOPATICI

In linea con il mutato quadro normativo in materia di erogazione di prestazioni sanitarie a infortunati e tecnopatici, ai sensi degli artt. 9, comma 4 lettera d bis) e 11, comma 5 bis del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i, l'INAIL si impegna ad intraprendere iniziative finalizzate sia all'ottimizzazione delle funzionalità e dei servizi resi agli assicurati, compresi quelli del settore marittimo, dai propri centri medico legali e polidiagnostici, nonché al potenziamento delle cure necessarie, a partire da quelle che

maf
10

presentano carattere di assoluta priorità, per un più pronto recupero dell'integrità psicofisica ed il reinserimento socio lavorativo degli stessi assicurati.

I Patronati si impegnano ad assicurare ampia diffusione alle iniziative adottate in materia dall'Istituto nei confronti dell'utenza.

7. INTERVENTI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Le Parti convengono di valutare modalità di collaborazione e di interazione per la realizzazione di iniziative a livello nazionale e territoriale, anche in termini sistematici, in particolare nei confronti delle imprese artigiane, delle imprese agricole e delle piccole e medie imprese nelle aree di intervento e con le modalità di cui all'art. 10 del Decreto legislativo n. 81/2008 e s.m.i., valorizzando la convergenza dei rispettivi ruoli in logiche di tutela integrata dei lavoratori.

8. ATTIVITA' FORMATIVA

In coerenza con gli obiettivi di miglioramento qualitativo del servizio ed attraverso l'utilizzazione di tecnologie innovative le Parti concordano circa il ruolo fondamentale di una comune formazione dei rispettivi funzionari.

A tal fine, si impegnano a promuovere:

- la partecipazione ai percorsi formativi sulle tematiche istituzionali, per i profili normativi e per quelli procedurali;
- una specifica conoscenza delle logiche di base delle riforme organizzative e procedurali in atto nell'INAIL e nell'ambito dei Patronati, in modo da garantire la massima fluidità dei rapporti ai vari livelli di struttura e di funzioni;
- un progressivo orientamento dei sistemi informativi a supporto della anzidetta formazione.

9. PIANI OPERATIVI TERRITORIALI

Nel pieno rispetto dei principi, dei contenuti programmatici e/o delle modalità operative del presente Protocollo, possono essere individuati piani operativi territoriali tra Patronati e strutture regionali dell'Istituto in relazione alle diverse peculiarità locali, per la gestione di problematiche di comune interesse, al fine di far fronte - nel rispetto delle indicazioni contenute nel presente Protocollo - ad eventuali criticità locali di tipo operativo/gestionale.



10. NORMA FINALE

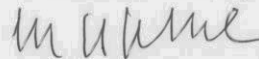
Il presente Protocollo, che include anche le modalità di comportamento per l'espletamento delle collegiali medico legali in materia di danno alla persona, temporaneo o permanente, in precedenza definite nel Codice di comportamento del 17 febbraio 2004, che si intendono abrogate - ha carattere vincolante sull'intero territorio nazionale .

Le Parti potranno proporre modifiche ritenute opportune in relazione all'evoluzione del quadro di riferimento.

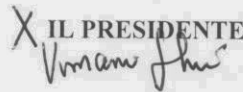
Roma, 24 LUG. 2012

PER L'ISTITUTO NAZIONALE
PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI
INFORTUNI SUL LAVORO

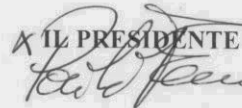
IL PRESIDENTE
(Prof. Massimo De Felice)



Per il Patronato A.C.A.I.

X IL PRESIDENTE


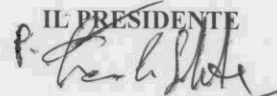
Per il Patronato A.C.L.I.

X IL PRESIDENTE


Per il Patronato A.N.M.I.L.

IL PRESIDENTE

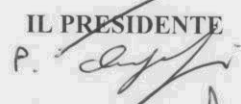

Per il Patronato C.L.A.A.I.

IL PRESIDENTE


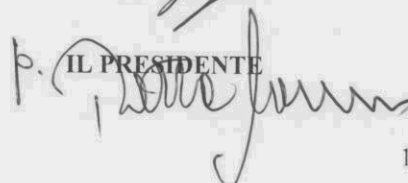
Per il Patronato E.A.S.A.

IL PRESIDENTE


Per il Patronato E.N.A.C.

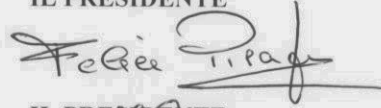
IL PRESIDENTE


Per il Patronato E.N.A.P.A.

IL PRESIDENTE



Per il Patronato E.N.A.S.

IL PRESIDENTE



Per il Patronato E.N.A.S.C.

IL PRESIDENTE

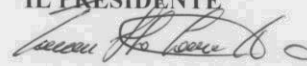


Per il Patronato 50&PIU' ENASCO

IL PRESIDENTE

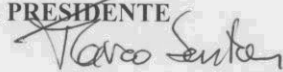
Per il Patronato E.N.C.A.L.

IL PRESIDENTE



Per il Patronato E.P.A.C.A.

IL PRESIDENTE



Per il Patronato E.P.A.S.

IL PRESIDENTE



Per il Patronato E.P.A.S.A.

IL PRESIDENTE



Per il Patronato F.E.N.A.L.C.A.

IL PRESIDENTE



Per il Patronato I.N.A.C.

IL PRESIDENTE



Per il Patronato I.N.A.P.A.

IL PRESIDENTE



Per il Patronato I.N.A.P.I.

IL PRESIDENTE



Per il Patronato I.N.A.S.

IL PRESIDENTE



Per il Patronato I.N.C.A.

IL PRESIDENTE

Per il Patronato INFORMA FAMIGLIA

IL PRESIDENTE

Per il Patronato I.N.P.A.L.

IL PRESIDENTE

Per il Patronato I.N.P.A.S.

IL PRESIDENTE

Per il Patronato I.T.A.C.O.

IL PRESIDENTE

Per il Patronato I.T.A.L.

IL PRESIDENTE

Per il Patronato L.A.B.O.R.

IL PRESIDENTE

Per il Patronato S.B.R.

X IL PRESIDENTE

Per il Patronato Se.N.A.S.

IL PRESIDENTE

Per il Patronato S.I.A.S.

IL PRESIDENTE

ALLEGATO A

Casi in cui la collegiale sulla valutazione medico-legale definitiva del danno permanente e sulla durata dell'inabilità temporanea assoluta potrà non essere espletata:

- Non è indicata la percentuale di danno richiesta (dopo invito da parte dell'Istituto a fornire tale indicazione); **(G1)**
- Stante la concordanza tra la descrizione delle menomazioni e la quantificazione del deficit funzionale, riportate nel provvedimento dell'Istituto e nel certificato medico allegato all'opposizione, la collegiale non viene espletata qualora la percentuale richiesta sia nettamente sproporzionata rispetto alla previsione massima tabellare per organo o funzione interessati, alla quale riferirsi anche solo in via analogica; **(G2)**
- Non sono stati allegati i referti degli esami strumentali posti alla base del grado percentuale richiesto allorché lo stesso sia determinabile esclusivamente con un esame strumentale (dopo invito da parte dell'Istituto a fornire tale documentazione); **(G3)**
- Non è riportata la descrizione della menomazione; **(G4)**
- La menomazione non ha alcun riferimento al quadro lesivo o morboso derivato dall'infortunio o dalla malattia professionale oggetto dell'accertamento, nei casi in cui sussista divergenza nella descrizione della menomazione e non siano riportati elementi ad integrazione del quadro lesivo/morboso inizialmente accertato; **(G5)**
- Non sono stati allegati accertamenti clinici e/o strumentali che consentano comunque di effettuare la valutazione "ora per allora", nei casi in cui sussista divergenza nella descrizione della menomazione; **(G6)**
- Non è stato allegato il certificato medico che riporta le condizioni cliniche giustificative dell'eventuale prolungamento dello stato di inabilità temporanea assoluta, avuto riguardo alla attività di lavoro svolta dall'assicurato, ove si tratti di opposizione a provvedimento contenente valutazioni medico-legali sulla durata dell'inabilità temporanea assoluta. **(G7)**



Allegato 2¹**SENTENZE DELLA CORTE COSTITUZIONALE**

Nel presente paragrafo sono riportate le sentenze più significative della Corte Costituzionale emesse dopo il D.P.R.n. 1124/65; ovviamente, per limiti di spazio, è stata trascritta solo la parte motiva della sentenza e non anche le integrali motivazioni ma, riteniamo egualmente interessante anche la semplice lettura del dispositivo perché dà ragione dell'evoluzione "legislativa" creata dalla Corte Costituzionale che, come noto si limita a valutare se una norma viola o non viola il dettame costituzionale ma, ciò facendo, inevitabilmente "riscrive" la legge. Caso emblematico sono state le tre sentenze del 1988 che, di fatto, hanno introdotto il sistema misto nell'assicurazione Inail. Ogni sentenza, qualora necessario sarà corredata da una breve considerazione.

La nozione di attività manuale.**Inquadramento per categoria o qualifica - Irrilevanza ai fini della sussistenza dell'obbligo assicurativo - Addetti ad elaboratori elettronici - Dichiarazione di infondatezza.**

Dichiarazione di infondatezza dell'art. 4, comma primo del D.P.R. n. 1124 del 1965- in riferimento agli artt. 3 e 38 Cost.- nella parte in cui si limiterebbe l'obbligo di assicurazione all'Inail a coloro che prestano opera manuale retribuita, escludendone gli addetti agli elaboratori elettronici, in quanto non svolgerebbero opera manuale. Infondatezza (nei sensi di cui in motivazione) dovendosi interpretare la norma nel senso che tutti i lavoratori dipendenti, sottoposti al medesimo rischio, per il servizio presso le macchine fruiscono della tutela assicurativa, a prescindere dalla qualifica, operaia Ovvero impiegatizia, sicché non si verifica la supposta sottrazione alla copertura assicurativa nel caso considerato (1).

Corte Cost. Sent. 114 del 9-6-1977.

(I) Nello stesso senso v., in motivazione, Corte Cost. Sent. 246 del 28-11-1986 (Infra), ove afferma che la nozione d'opera manuale retribuita di cui all'art 4, n. I, D.P.R. n. 1124 cit., va intesa nel senso di ricomprendere nell'ambito della tutela assicurativa «tutti i lavoratori che operino in condizioni di rischio, quale che sia la qualità dell'attività, manuale o intellettuale, dagli stessi prestata».

Nello stesso senso, inoltre, Corte Cost. ORD. 111 dell'1-8-1979. Sull'interpretazione del riferimento normativo alle opere manuali (art. 4, n. i), v., in motivazione, Corte Cost. 137 del 21-3-1989 (Infra).

- **Con questa sentenza, e con quelle in nota è stata data interpretazione univoca ed estensiva al concetto di "attività manuale"**

Limiti di età**Lavoratori agricoli autonomi - Esclusione dall'obbligo assicurativo se di età superiore ai settanta anni - Disparità di trattamento rispetto ad altri lavoratori autonomi. Dichiarazione di parziale illegittimità costituzionale.**

È costituzionalmente illegittimo - per violazione dell'art. 3 Cost. - l'art. 205, comma primo, del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, nella parte in cui esclude che i lavoratori agricoli autonomi di età superiore ai settanta anni siano soggetti all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul

¹ A cura di B. Algieri A. Ossicini

lavoro. In fatti la denunciata disparità di trattamento per motivi di età tra lavoratori agricoli autonomi e altri lavoratori autonomi, quali gli artigiani contemplati dall'art. 4, comma primo, n. 3 dello stesso D.P.R., non è fondata su presupposti logici obiettivi, né può considerarsi basata sulla diversa natura delle rispettive attività, artigianale e agricola, dato che nella materia in esame occorre avere riguardo al rischio, il quale non si presenta con caratteri di diversità. (Cost.art. 3; D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, art. 4, comma primo e art. 205, comma primo).

Corte Cost. Sent. 262 del 21-12-1976- Pres. Rossi – Rel. Rossano.

- **Con questa sentenza è stato ribadito il concetto che tutti i lavoratori sono soggetti a tutela senza limiti di età minimo e massimo; una recente D.L. n. 155/93 aveva riproposto un limite, pari 65 anni, tale limite era soprattutto collegato alle problematiche connesse ai contributi ed al deficit nella gestione agricoltura; ovviamente, poi, nella conversione tale limite è stato soppresso. Si veda Circ.53/93.**

Obbligo di iscrizione

Partecipanti all'impresa familiare che prestano opera manuale o a questa assimilata - Mancata previsione dell'obbligo assicurativo - Dichiarazione di illegittimità costituzionale parziale.

È costituzionalmente illegittimo - per contrasto con gli artt. 3 e 38, comma secondo della Costituzione - l'art. 4, comma primo, n. 6 del D.P.R. 30-6-1 965, n. 1124, nella parte in cui non ricomprende tra le persone assicurate i familiari partecipanti all'impresa familiare indicati nell'art. 230-bis Cod. civ. che prestano opera manuale od opera a questa assimilata ai sensi del precedente n. 2. È infatti rinvenibile l'esistenza, nella legislazione di settore, di un principio, implicito nel citato art. 4 (ma vedi anche l'art. 205 dello stesso D.P.R. n. 1124 del 1965, che sottopone ad assicurazione obbligatoria i familiari che prestano opera manuale nelle aziende agricole, prescindendo dal requisito della subordinazione), secondo il quale la protezione assicurativa in argomento è indifferente al titolo o al regime giuridico del lavoro protetto e prende in considerazione questo in quanto lavoro manuale - o di sovrintendenza immediata al lavoro manuale - prestato con obbiettiva esposizione al rischio derivante dalle lavorazioni indicate nel precedente art. 1. Rispetto a tale principio è ingiustificata, ed integra pertanto violazione dell'art. 3, comma primo, Cost., ed insieme dell'art. 38, comma secondo, Cost. - in base al quale a parità di esposizione al rischio deve corrispondere parità di tutela assicurativa - la mancata ricomprensione nell'elenco delle persone assicurate, racchiuso nell'art. 4, comma primo, D.P.R. n. 1124 del 1965, dei familiari che prestano attività avente i suddetti caratteri obiettivi se non riconducibile a un rapporto di lavoro subordinato o a un rapporto societario; come è appunto per il lavoro prestato nell'impresa familiare (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 1, comma primo, n. 6; Cost. artt. 3 e 38, comma 2).

Corte Cost. Sent. 476 del 10-12-1987 Pres. Saja - Rel. Corasaniti.

- **Viene ribadito che tutti i soggetti lavoratori soggiacciono all'obbligo contributivo**

Illegittimità costituzionale della difformità tra agricoltura e industria

Lavoratori agricoli addetti all'utilizzazione di macchine - Mancato riconoscimento del diritto alle prestazioni assicurative di cui al titolo I del TU n. 1124 del 1965 - Dichiarazione di illegittimità costituzionale.

È costituzionalmente illegittimo - per contrasto con gli artt. 3 e 38, comma secondo, Cost. - l'art. 209 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (TU delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria

contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali), «nella parte in cui non prevede che spettano le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria ai termini del titolo I (l'assicurazione infortuni e malattie professionali nella industria) dello stesso D.P.R. anche ai lavoratori agricoli comunque addetti all'utilizzazione delle macchine». Infatti, la disparità di trattamento emergente dal raffronto tra la norma censurata e l'art. 1, comma quinto, del D.P.R. n. 1124 - che ammette, invece, a fruire dell'assicurazione obbligatoria anche le persone comunque occupate dal datore in lavori complementari o sussidiari pur quando operino in locali diversi o separati da quelli in cui si svolge la lavorazione principale non si giustifica, di fronte all'art. 3 Cost., per il diverso settore di attività rispettivamente, agricolo e industriale - cui le norme stesse si riferiscono: dacché i lavoratori agricoli hanno diritto a tutela assistenziale non minore di quella di cui fruiscono i lavoratori industriali, avendo già la Corte constatato che «tra le lavorazioni di tipo agricolo e quelle di tipo industriale non esiste più una differenza tale da fondare una differenziazione di trattamento ai fini che interessano» (sent. n. 221/1985). Indipendentemente dalla identità dei rischi nei due settori, la mancata tutela dei lavoratori agricoli offende, inoltre, l'art. 38, comma secondo, Cost., il quale garantisce ai lavoratori il diritto ai mezzi adeguati alle loro esigenze di vita (anche) in caso di infortunio; onde s'impone l'estensione delle prestazioni assicurative nei termini di cui al titolo I del D.P.R. n. 1124 (del cui art. 1, commi primo e quarto, la Corte ha, con sent. n. 221/1986, dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale sollevata in giudizio tra Inail e datori soggetti alle disposizioni del medesimo titolo). (Cost. art. 3 e 38 (2); D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 209).

Corte Cost. Sent. 231 del 5-11-1986 - Pres. La Pergola - Rel. Andrioli.

Legittimità e fondamento del sistema tabellare rigido

Tassatività della tabella - Legittimità costituzionale - Dichiarazione di infondatezza.

Dichiarazione di infondatezza della questione di legittimità costituzionale dell'art. 3 del D.P.R. 30-6-1965 n. 1124 in relazione alla tabella allegato 4, voce 38, nella parte in cui limita la garanzia assicurativa della sordità da rumori ai soli casi in cui detta infermità sia contratta a causa e nell'esercizio di una delle lavorazioni elencate in tabella, in quanto il sistema tabellare costituisce - in linea di massima - una effettiva garanzia per i lavoratori interessati alla copertura del rischio delle malattie professionali. Tuttavia la Corte segnala l'opportunità di una soluzione legislativa mista, comprendente sia le tabelle, sia la possibilità per ogni lavoratore di provare l'eziologia professionale di una malattia non inclusa nelle stesse (1). (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 3; Cost. artt. 3, 4 e 38).

Corte Cost. Sent. 206 del 4-7-1974 - Pres. Bonifacio - Rel. Astuti.

(1) Decisione ribadita dalle ordinanze 141 dell'11-6-1975 e 24 del 4-2-1982 (dichiarazioni di manifesta infondatezza della medesima questione)

Dichiarazione di infondatezza della questione di legittimità costituzionale degli articoli 140, 142 e 143 del DPR 30-6-1965 n. 1124 in relazione alla tabella allegato 8, nonché dell'intero capo ottavo dello stesso DPR 30 giugno 1965 n. 1124, nella parte in cui limitano la garanzia assicurativa alle sole lavorazioni di materiali contenenti silice libera o che comunque esponano alla inalazione di polvere di silice libera per le medesime motivazioni di cui alla massima che precede. (D.P.R. 30-6-1965, n. 1124, artt. 140, 142 e 143; Cost. artt. 3, 4 e 38)

Corte Cost. Sent. 206 del 4-7-1974 - Pres. Bonifacio - Rel. Astuti.

Dichiarazione di infondatezza della questione di legittimità costituzionale dell'art. 3 del D.P.R. 30-6-1965, n. 1124.

Denuncia del sistema tabellare per la individuazione delle malattie da ritenere professionali e delle relative lavorazioni patogene (comportante l'automatico diritto alla rendita a favore del lavoratore se risultino contemplati nella tabella sia la malattia sia la lavorazione cui il lavoratore era addetto indipendentemente dalla prova del nesso eziologico). Con precedente sentenza n. 206 del 1974 la Corte ritenne legittimo tale sistema pur segnalando al governo ed al parlamento l'urgenza, oltre che l'opportunità, di consentire a tutti i lavoratori di provare la dipendenza delle lavorazioni anche delle malattie non previste nelle tabelle. Sul mancato accoglimento di tale segnalazione si basano i giudici a quibus per riproporre la questione sostenendo l'illegittimità del sistema tabellare che crea disparità di trattamento e non copre tutte le ipotesi di rischio professionale, senza comunque addurre nuovi argomenti e ragionando come se la sentenza n. 206 citata avesse riconosciuto la legittimità del sistema predetto soltanto in via interlocutoria ed il legislatore fosse restato completamente insensibile al monito. Vero è invece che la scelta tra sistema tabellare e sistema misto deve essere riservata al legislatore il quale nel modificare ed integrare le tabelle con D.P.R. n. 482 del 1975 ha inteso rispettare i valori costituzionali di cui agli artt. 3 e 38 Cost. aumentando il numero delle malattie tabellate e delle lavorazioni morbigena e soprattutto adottando formulazioni particolarmente generiche delle voci e delle sottovoci, sicché sostanzialmente nell'ambito del sistema tabellare dilatato, sono ricompresi tutti i processi lavorativi nei quali il rischio può esistere normalmente. Stante l'acquisito carattere dinamico del sistema tabellare viene svuotata di consistenza l'affermazione che la sentenza ammonitrice della Corte sarebbe rimasta del tutto inascoltata non possedendo più il sistema tabellare l'originaria rigidità. Le specifiche limitate ipotesi in cui, anziché definire genericamente le lavorazioni, ne viene data puntuale elencazione, si giustifica per ragioni tecniche, prima ancora che politiche. In definitiva viene ad essere assicurata congrua copertura del rischio professionale collegando l'area delle malattie morbigena a quella delle lavorazioni protette che si è venuta notevolmente ad allargare. L'art. 24 comma secondo Cost. non è invocabile nei casi in cui difetti positivamente la titolarità del diritto sostantivo. (DPR 30-6-1965, n. 1124, art. 3; Cost. artt. 3, 24 e 38).

Corte Cost. Sent. 140 del 21-7-1981 - Pres. A madei - Rel. Ferrari.

Sistema tabellare - Possibilità di modifica delle tabelle allegate alla legge con decreto presidenziale nonostante l'originaria approvazione sia avvenuta per legge - Pretesa incostituzionalità - Dichiarazione di infondatezza.

Non è fondata - in riferimento agli artt. 23, 38, 76 e 77 Cost. - la questione di legittimità costituzionale dell'art. 3 del D.P.R. n. 1124 del 1965, nella parte in cui autorizza a modificare, o integrare, con decreto presidenziale, su proposta del Ministro per il lavoro, di concerto con quello della sanità, e sentite le organizzazioni maggiormente rappresentative, le tabelle, anteriormente approvate con norma primaria delle malattie professionali e delle relative lavorazioni patogene. Si sostiene che la tabella, adottata con atto avente forza di legge, non potrebbe essere modificata ed integrata se non con atto di eguale valore normativo. Viceversa, il legislatore, inserendo come allegati di un testo normativo dati dalla realtà, individuati in base a criteri tecnici, demanda all'esecutivo di operare gli aggiustamenti che si rendono necessari. Questo status operandi, seppure non impeccabile dal punto di vista concettuale, non dà luogo a vizio di costituzionalità. La norma denunciata non integra una sub-delega (sicché risulta improprio il richiamo agli artt. 76 e 77 Cost., dovendosi escludere la natura normativa primaria del D.P.R. n. 482 del 1975). La contestualità dell'allegazione delle tabelle alla legge e della previsione della relativa modificazione mediante atto di normazione secondaria, dà la riprova che l'inserzione non è stata fatta con

l'intenzione di riservare al legislatore una materia, che anche intrinsecamente, implicando valutazioni di carattere tecnico rientra (logicamente e tradizionalmente) fra le competenze dell'esecutivo. L'art. 38 Cost. è stato invocato immotivatamente. La riserva relativa di legge, contenuta nell'art. 23 Cost. per le prestazioni imposte, viene ad essere rispettata quando la prestazione è richiesta con atto non legislativo, purché basato su una legge (ancorché delegata). (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 3; D.P.R. 9-6-1975, n. 482; Cost. artt. 23, 38, 76 e 77).

Corte Cost. Sent. 127 del 10-7-1981 - Pres. Amadei - Rel. Ferrari.

Sistema tabellare - Pretesa incostituzionalità di previsioni del D.P.R. n. 482 del 1975 - Carenza di forza di legge dell'atto denunciato - Inammissibilità della questione.

È inammissibile, stante il difetto di forza di legge dell'atto normativo denunciato, la questione di legittimità costituzionale del D.P.R. 9 giugno 1975 n. 482, nella parte in cui le relative tabelle riconoscono quali malattie professionali le broncopneumopatie causate da polveri di cereali solo nell'agricoltura (all. 5, voce 21) e non anche nell'industria (all. 4, voce 49) con assenta violazione del principio di eguaglianza.

Il D.P.R. n. 482 del 1975 trova la sua fonte in una legge delegata, ed è stato adottato non già dal Governo, ma dal Ministro della Sanità, di concerto con quello del Lavoro; esso non rientra, pertanto, fra gli atti di normazione primaria, né sotto il profilo soggettivo, né sotto quello formale. (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 3; D.P.R. 9-6-1975, n. 482 voce 21, all. 5 e voce 49, all. 4; Cost. art. 3).

Corte Cost. Sent. 127 del 10-7-1981 - Pres. Amadei - Rel. Ferrari.

Dichiarazione di inammissibilità della questione di legittimità costituzionale.

Per carenza di forza di legge del D.P.R. n. 482 del 1975 già riconosciuta con precedente sentenza n. 127 del 1981 (D.P.R. 9-6-1975, n. 482; Costit. Artt. 3 e 38). *Corte Cost. Sent. 140 del 21-7-1981*

- **Tutte le sentenze soprariportate concernono il concetto della legittimità e del fondamento giuridico del sistema tabellare rigido che, allo stato dell'arte in cui dette sentenze furono emesse, garantiva in maniera certa il lavoratore e senza oneri, non obbligandolo alla c.d. ardua prova per la dimostrazione del nesso causale tra attività lavorativa e patologia. La "presunzione legale di origine" una volta soddisfatti i requisiti della "malattia tabellata", della "lavorazione tabellata" e rispettato il "periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione del lavoro" era automatica, salvo prova contraria a carico dell'Istituto assicuratore.**

Sistema misto

Malattie professionali nell'industria - Sistema tabellare - Malattie diverse da quelle comprese nelle tabelle o da quelle causate da una lavorazione specificata o da un agente patogeno indicato nelle tabelle - Assicurazione obbligatoria a condizione che sia provata la causa di lavoro - Omessa previsione - Dichiarazione di illegittimità costituzionale.

È costituzionalmente illegittimo - in riferimento all'art. 38, comma secondo Cost. - l'art. 3, comma primo, del D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, nella parte in cui non prevede che «l'assicurazione contro le malattie professionali nell'industria è obbligatoria anche per malattie diverse da quelle comprese nelle tabelle allegate concernenti le dette malattie e da quelle causate da una lavorazione

specificata o da un agente patogeno indicato nelle tabelle stesse, purché si tratti di malattie delle quali sia comunque provata la causa di lavoro». (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 3, comma primo; Cost. art. 38, comma secondo).

Corte Cost. Sent. 179 del 18-2-1988 - Pres. Saja - Rel. Corasaniti.

Malattie professionali nell'agricoltura - Sistema tabellare - Malattie diverse da quelle comprese nelle tabelle o da quelle causate da una lavorazione specificata o da un agente patogeno indicato nelle tabelle - Assicurazione obbligatoria a condizione che sia provata la causa di lavoro - Omessa previsione - Dichiarazione di illegittimità costituzionale.

È costituzionalmente illegittimo - in riferimento allo stesso parametro per il quale è stata pronunciata dichiarazione di illegittimità dell'art. 3, comma primo, stesso decreto - l'art. 211, comma primo del D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, nella parte in cui non prevede che l'assicurazione è obbligatoria anche per malattie diverse da quelle comprese nella tabella concernente le malattie professionali nell'agricoltura e da quelle causate da una lavorazione specificata o da un agente patogeno indicato nelle tabelle stesse, purché si tratti di malattie delle quali sia comunque provata la causa di lavoro. (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 211, comma 10; Cost. art. 38, comma 20).

Corte Cost. Sent. 179 del 18-2-1988 - Pres. Sala - Rel. Corasanti.

Termine di indennizzabilità - Malattie professionali nell'industria - Dichiarazione di illegittimità costituzionale.

È costituzionalmente illegittimo - in riferimento all'art. 38, comma secondo, Cost. - l'art. 134, comma primo, del D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, dalla parola «sempreché» alla fine.

L'intervenuto progresso delle tecnologie diagnostiche, anche e particolarmente nel settore della medicina del lavoro - che determina una maggiore attendibilità dell'indagine sull'eziologia professionale - nonché l'intervenuto notevole sviluppo delle tecnologie produttive - che implica l'incremento dei fattori di rischio delle malattie professionali - hanno determinato un alteramento dei rapporti di rilevanza tra l'interesse all'accertamento presuntivo delle tecnopatie, che si è attenuato, e l'interesse all'allargamento dell'area della eziologia professionale, sicché la presunzione nascente dalle tabelle è divenuta insufficiente a compensare il divieto dell'indagine aperta sulla causa di lavoro. Ciò non solo per quel che concerne l'individuazione di nuove malattie, ma anche per quel che concerne gli ostacoli che all'accertamento dell'eziologia professionale delle malattie può opporre la distanza temporale fra la causa patologica e la manifestazione morbosa.

Di qui la dichiarazione di illegittimità costituzionale della norma sopraenunciata nella parte in cui, per l'ipotesi di abbandono da parte dell'assicurato della lavorazione morbigena, stabilisce che le prestazioni previdenziali previste per le malattie professionali nell'industria sono dovute sempreché le manifestazioni morbose si verificano entro un termine. (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 134, comma primo; Cost. art. 38a secondo).

Corte Cost. Sent. 179 del 18-2-1988 - Pres. Saja - Rel. Corasanti.

Termine di indennizzabilità - Malattie professionali nell'agricoltura - Dichiarazione di illegittimità costituzionale.

È costituzionalmente illegittimo - in riferimento allo stesso parametro per il quale è stata pronunciata (con la medesima sentenza) la illegittimità dell'art. 134, comma primo, del D.P.R. 30-6-1965 n. 1124 - l'art. 254 dello stesso decreto dalla parola «sempreché» alla fine e, dunque, nella parte in cui, per l'ipotesi di abbandono da parte dell'assicurato della lavorazione morbigena,

stabilisce che le prestazioni previdenziali previste per le malattie professionali nell'agricoltura sono dovute sempreché le manifestazioni morbose si verifichino entro un termine. (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 254, comma primo; Cost. art. 38, comma secondo).

Corte Cost. Sent. 179 dei 18-2-1988 - Pres. Sala - Rel. Corasanti.

- **La sentenza, giustamente definita storica, ha introdotto di fatto in Italia il sistema misto; la Corte ben conscia delle numerose sue sentenze in merito alla validità del sistema tabellare rigido con un excursus dottrinario effettua una brusca virata che nella parte relativa alle considerazioni risulta giustificata.**
- **In sintesi la Corte prende atto dei notevoli mutamenti avvenuti nella medicina del lavoro negli ultimi anni e operando una comparazione tra vantaggi e svantaggi a carico dei lavoratori, ora indica che la strada da perseguire è la "nuova" indicata.**
- **Afferma infatti che :*"..il risultato della comparazione, operata da questa Corte con la sent. 206/74, tra vantaggi e svantaggi per i lavoratori del sistema tabellare, vale a dire ravvisata prevalenza dei vantaggi che ha indotto allora questa Corte a ritenere non fondata la questione ora riproposta, poggia sull'individuazione di un equilibrio realizzato da sistema stesso fra interesse all'accertamento presuntivo dell'etiologia professionale, ma ad area (ontologica e temporale) limitata, e interesse ad allargare, sia pure con mezzi di prova ordinari l'area medesima. E tuttavia tale equilibrio è considerato come prossimo al punto di rottura dalla sentenza stessa che segnala al Governo e al Parlamento "l'opportunità e l'urgenza" dell'adozione di un sistema misto"***
- **La sentenza integrale è allegata alla cir.23/88**

Misura minima della inabilità permanente - uguaglianza

Grado minimo di inabilità permanente - Differente previsione per gli infortuni e le malattie professionali - Dichiarazione di illegittimità costituzionale.

Dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'art. 74, secondo comma, del D.P.R. n. 1124 del 1965 - in relazione agli artt. 3 e 38 Cost. - nella parte in cui non pone, agli effetti della rendita chi è colpito da malattia professionale nella stessa condizione di chi è invece colpito da infortunio sul lavoro (prevedendo un diverso grado minimo di inabilità permanente, rispettivamente del ventuno per cento e dell'undici per cento).

L'inabilità consegue tanto alla malattia professionale che all'infortunio e la disparità di trattamento previdenziale appare irrazionale in quanto, dal punto di vista medico-legale, trattasi di conseguenza identica. (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 74 (2); Cost. artt. 3 e 38).

Corte Cost. Sent. n. 93 del 30-5-1977 - Pres. Rossi - Rel. Amadei.

Grado minimo di inabilità ai fini dell'indennizzabilità della malattia - Malattie o lesioni causate ai medici dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive - Dichiarazione di illegittimità costituzionale.

È costituzionalmente illegittimo - per contrasto con l'art. 3 Cost. (assorbita la censura proposta in riferimento all'art. 38 Cost.) - l'art. 2, comma secondo, della legge 20 febbraio 1958, n. 93 (assicurazione obbligatoria dei medici contro le malattie e le lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive), nella parte in cui, in caso di malattie o lesioni causate ai medici dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive, richiede, ai fini della corresponsione della rendita, un grado minimo di inabilità permanente superiore al 20%, anziché al 10%. Il trattamento

previdenziale dei medici «comunque esposti al rischio» di radiazioni ionizzanti appare, infatti, ingiustificatamente deteriore rispetto a quello previsto dal regime generale (TU n. 1124 del 1965): il quale - omogeneamente, a seguito della legge n. 457 del 1972 e delle sentenze n. 93/1977 e 64/1981 - dispone la corresponsione di una rendita, anche se il grado di invalidità permanente, derivante da infortunio o malattia professionale, sia compreso tra 11% e il 20%. (Legge 20-2-1958 n. 93, art. 2; Cost. artt. 3 e 8).

Corte Cost. Sent. 246 del 28-11-1986 - Pres. Andrioli - Rel. Spanoli.

Grado minimo di inabilità permanente per silicosi e asbestosi - Differenziazione rispetto alle altre malattie professionali - Dichiarazione di illegittimità costituzionale.

È costituzionalmente illegittimo l'art. 145 lett. a) del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 (nel testo sostituito dall'art. 4 della legge 27 dicembre 1975 n. 780), nella parte in cui richiede, ai fini della corresponsione della rendita, in caso di silicosi o asbestosi, un grado minimo di inabilità permanente, superiore al venti per cento, anziché al dieci per cento. Va escluso che la pronuncia di illegittimità di cui alla sentenza n. 93 del 1977 (che ha dichiarato incostituzionale l'art. 74 comma secondo del D.P.R. n. 1124 nella parte in cui non pone nella stessa posizione, agli effetti della rendita da invalidità chi è colpito da malattia professionale e chi è colpito da infortunio) possa estendersi automaticamente anche all'art. 145 poiché le norme sulla silicosi e asbestosi ricevono una disciplina autonoma rispetto a quella delle malattie professionali in generale (consacrata in autonomo capo). Ma una volta riconosciuto che rispetto alla inabilità permanente (qualunque ne sia la causa) non è consentito differenziare la percentuale invalidante, appare irrazionale e ingiustificata la residuale differenziazione fondata sul tipo di malattia, specie considerando che nel trattamento più favorevole, di cui all'art. 74 sono ricomprese malattie molto simili alla silicosi, benché meno gravi, come la broncopneumopatia da silicati. Non varrebbe a fondare la diversità di trattamento la specialità della disciplina riguardante la silicosi e asbestosi introdotta allo scopo di assicurare ai colpiti da queste malattie particolarmente pericolose, una tutela più ampia.

NB:La Corte, riconosciuto il contrasto con il principio di eguaglianza, non ha esaminato il profilo riguardante l'art. 38 Cost., da ritenere implicitamente assorbito. (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 145, lett. a; Cost. artt. 3 e 38).

Corte Cost. Sent. 64 del 15-4-1981 - Pres. Amadei - Rel. Bucciarelli Ducci.

- **Le tre sentenze soprariportate portano indistintamente il minimo indennizzabile sopra al 10% sia per le malattie professionali, sia per silicosi ed asbestosi, sia per malattia da raggi rendendo univoco il minimo; da notare che l'art. 5 della L.457/72 aveva già provveduto a portare il minimo indennizzabile sopra al 10% anche nella gestione agricoltura.**

Rilevanza e presupposti del rischio ambientale

Rilevanza del rischio ambientale - Tassatività della tabella - Dichiarazione di infondatezza.

Dichiarazione di infondatezza dell'art. 3 sopraindicato che stabilisce l'obbligatorietà dell'assicurazione per le sole malattie professionali contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella. In quanto, non avendo la norma impugnata carattere di specialità e non derogando - quanto all'individuazione dei soggetti esposti al rischio delle malattie professionali - al principio generale del cosiddetto rischio ambientale, desumibile dall'art. 1, commi quarto, quinto e sesto, dello stesso decreto, la tutela assicurativa deve riconoscersi anche

ai lavoratori direttamente esposti al rischio delle lavorazioni elencate in tabella, pur senza essere ad esse specificamente addetti. (Cost. artt. 3, 35 (comma 1), 38 (commi 1 e 2); D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 3).

Corte Cost. Sent. n. 206 del 4-7-1974 - Pres. Bonifacio - Rel. Astuti.

Rilevanza del rischio ambientale - Svolgimento di attività manuale - Mansioni impiegate - Diritto all'assicurazione - Dichiarazione di infondatezza.

Dichiarazione di infondatezza della questione di legittimità costituzionale dell'art. 4, comma primo, in riferimento all'art. 3 del medesimo decreto per quanto attiene all'obbligo di assicurazione per le malattie professionali.

Assunto che la relativa tutela si estenda ai soli lavoratori che svolgano, nell'ambito delle attività protette, un tipo di attività manuale. Infondatezza della questione nei sensi di cui in motivazione portando a ritenere l'esatta interpretazione degli artt. 3 e 4 che rientrano nella copertura assicurativa tutti i dipendenti (impiegati e non) operanti nel medesimo ambiente morbigeno (1). (Cost. artt. 3 e 38; D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 4, comma 1).

Corte Cost. Sent. n. 114 del 9-6-1977.

(1) Nello stesso senso, v., in motivazione, Corte Cost. Sent. n. 246 del 28-11-1986 e, precedentemente, ord. 1-8-1979.

- **Le due sentenze citate rilevano al fine del "rischio ambientale"; viene cioè statuito che tutti i soggetti che operano nello stesso ambiente morbigeno hanno uguale tutela assicurativa**

Lavoratori italiani ammalatisi di silicosi nelle miniere di carbone in Belgio

CORTE COSTITUZIONALE

Periodo massimo di indennizzabilità della silicosi contratta nelle miniere di carbone del Belgio - Termine di 15 anni - Dichiarazione di illegittimità costituzionale.

Dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'art. 293, comma 1, sopraindicato, limitatamente alle parole «nonché la tabella allegata al D.P.R. n. 648 del 1956». Si denuncia la limitazione a quindici anni dalla cessazione del lavoro morbigeno del periodo massimo di indennizzabilità della silicosi contratta nelle miniere di carbone del Belgio da lavoratori italiani poi rimpatriati, e tale trattamento viene a dipendere dalla suddetta tabella richiamata dall'art. 293, secondo cui appunto il periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione dal lavoro è fissato in quindici anni, mentre nella tabella allegata n. 8 del TU non è previsto alcun limite per l'indennità stessa.

La evidenziata diversità di trattamento (da ritenersi persistente nonostante l'emanazione dell'art. 6 della legge n. 780 del 1975) sottolineata dalla giurisprudenza della Cassazione ed applicata nella prassi dell'Inail, si risolve in una irragionevole discriminazione innovativa (mentre in passato per la silicosi contratta in Belgio o in Italia, era ugualmente stabilito il periodo massimo di indennizzabilità di quindici anni). (D.P.R. del 30-6-1965 n. 1124, art. 293).

Corte Cost. Sentenza 54 del 7-4-1981 - Pres. Amadei - Rel. Reale.

- **Viene abolito il limite di 15 anni per i soggetti che hanno contratto "silicosi" in Belgio evitando la differenziazione con i soggetti che lavorano in Italia**

La rendita unica

Infortunati policroni intervallati da oltre dieci anni - Costituzione di un'unica rendita - Valutazione globale dell'invalidità

- Inoperatività del principio della consolidazione della rendita per il decorso di dieci anni dal precedente infortunio indennizzato - Dichiarazione di illegittimità costituzionale.

È costituzionalmente illegittimo - per contrasto con l'art. 3 della Costituzione l'art. 80, comma 1, del D.P.R. 30-6-1965, n. 1124, nella parte in cui non prevede che, qualora sopravvenga un ulteriore infortunio dopo il decorso di dieci anni dalla costituzione della rendita per un precedente infortunio, al lavoratore spetta una rendita non inferiore a quella già erogata.

Infatti, in tale ipotesi di infortuni policroni la valutazione del grado complessivo di invalidità, nel cui ambito il grado di inabilità originario costituisce un mero fattore concorrente, ben può condurre - ai sensi della disciplina vigente all'attribuzione di una rendita quantificata in misura pari o addirittura inferiore alla somma aritmetica della originaria percentuale di riduzione e di quella sopraggiunta. Nella valutazione globale, quindi, il grado di invalidità derivato dal precedente infortunio è soggetto a revisione, quale componente del giudizio complessivo, anche se il nuovo infortunio sia intervenuto dopo il decorso di dieci anni dalla costituzione della rendita correlata a quello precedente.

Mentre nell'ipotesi di unico infortunio è operante il principio della consolidazione della rendita per effetto del decorso del decennio (v. art. 83 del testo unico), l'assunzione - nel caso di infortuni policroni e dunque in un'ipotesi in cui vi è addirittura da presumere il peggioramento dell'inabilità del plurinfortunato - del presupposto della variabilità dell'invalidità al verificarsi di un nuovo infortunio, pur dopo il decennio, appare non conforme a ragionevolezza ed elusivo dell'esigenza di tenere conto dell'aspettativa del lavoratore in relazione al consolidamento della situazione di fatto e della rendita. (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 80, comma 1; Cost. art. 3).

Corte Cost. Sent. 318 del 6-6-1989 - Pres. Saja - Rel. Corasaniti

- **Il principio sancito dalla presente sentenza si basa sulla garanzia economica che viene concessa al lavoratore al termine del termine revisionale. Con la presente si afferma il principio che al lavoratore comunque spetta una rendita (fattore economico e non valutazione medico-legale) non inferiore a quella in godimento a seguito di nuovo infortunio con postumi ed unificazione postumi ex.art. 80 Sull'interpretazione di detta sentenza vi sono alcune posizioni dottrinarie e giuridiche difformi e si rimanda al paragrafo a commento degli art. 78-83 del T.U. n. 1124/65.**

Presupposti della revisione

Aggravamento del grado di riduzione permanente dell'attitudine al lavoro -Inabilità sopravvenuta derivante da cause extralavorative - Revisione della rendita Esclusione - Manifesta infondatezza.

È manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 83, primo comma, del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali), sollevata, in riferimento all'art. 3 Cost., nella parte in cui esclude la revisione della rendita allorché il grado di riduzione permanente dell'attitudine al lavoro risulti aggravato da inabilità sopravvenuta derivante da cause extralavorative per la disparità di trattamento che si verifica rispetto a coloro ammessi a siffatta

revisione per l'aggravamento che, a seguito di infortunio, si verifica relativamente alle menomazioni prodotte da malattia o altre cause preesistenti all'infortunio.

Invero, secondo l'indirizzo giurisprudenziale ormai costante, l'evoluzione del danno infortunistico deve essere collegato al fatto lavorativo e le modificazioni devono essere l'effetto di fattori non estranei al processo causale aperto dal trauma infortunistico, mentre le cause sopravvenute, autonomamente efficienti a produrre il danno, non possono essere valutate perché al di fuori del rischio assicurato: in altri termini, anche le circostanze sopravvenute devono trovare la loro causa efficiente e non solo occasionale nella lesione infortunistica; inoltre, colui che subisce un aggravamento del danno infortunistico, anche se sia stato affetto da causa patologica precedente all'infortunio, può chiedere ed ottenere la revisione della rendita sempre che l'aggravamento sia collegabile etiologicamente all'infortunio. (D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, art. 83, primo comma; Cost., art. 3).

Corte Cost. Ord. 906 del 26 luglio 1988.

- **Viene confermato il principio, sancito dall'art. 83 primo comma che, al fine della revisione di una rendita per aggravamento devono essere presi in considerazione solo peggioramenti ricollegabili all'evento che ha dato origine alla rendita.**

Disciplina dei termini per la domanda di revisione

Termini per il diritto alla revisione - Invalidità permanente da infortunio sul lavoro - Decorrenza dalla data di costituzione della rendita - Dichiarazione di infondatezza.

Domanda di revisione della rendita - Prescrizione triennale - Pretesa decorrenza dalla data di costituzione della rendita - Decorrenza dalla data di aggravamento della malattia - Dichiarazione di infondatezza.

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 83, commi 6 e 7, in riferimento all'art. 38, comma 2 Cost.; il termine di dieci anni dalla costituzione della rendita, previsto dal combinato disposto di dette norme, non risulta posto a pena di decadenza, né tanto meno comporta, con l'inutile suo decorso, l'estinzione per prescrizione del diritto alla revisione; peraltro esso segna il momento finale del periodo durante il quale l'aggravamento delle condizioni dell'assicurato fa sorgere il diritto alla revisione della rendita. La previsione di un simile termine ai fini della sussistenza del diritto alla revisione della rendita, non costituisce il risultato di una scelta arbitraria o ingiustificata, ma risponde ad un bisogno di certezza dei rapporti giuridici ed ha riscontro in dati di rilievo sanitario e statistico, secondo cui - nella grande maggioranza dei casi - entro il decennio dalla costituzione della rendita le condizioni dell'infortunato si stabilizzano e la misura dell'inabilità raggiunge il livello più alto.

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 112, comma 1, in riferimento all'art. 38, comma 2, Cost.; infatti la norma sostanzialmente dispone che il termine di prescrizione dell'azione diretta a conseguire le prestazioni assicurative comincia a decorrere dalla data in cui si verifici il fatto costitutivo del diritto. Pertanto, derivando il diritto alla revisione della rendita dall'aggravamento della malattia, il relativo termine decorre dalla data in cui si produce tale aggravamento. (D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, art. 83, commi 6 e 7 e art. 112, comma 1; Cost., art. 38, comma 2).

Corte Cost. Sent. n. 80 del 26-4-1971 - Pres. Branca - Rel. Trimarchi.

Termini per la richiesta di revisione o di nuova richiesta della rendita - Pretesa incostituzionalità - Dichiarazione di infondatezza.

Non è fondata, in riferimento all'art. 38, commi 1 e 2, Cost., la questione di legittimità costituzionale dell'art. 83, commi 7 e 8, che stabiliscono dei termini per la revisione, o la nuova richiesta, della rendita di inabilità.

Si sostiene che l'imposizione di un termine come tale contrasterebbe con il dettato dell'art. 38 Cost., essendo garantito in modo assoluto il diritto del lavoratore infortunato. Ma le norme impugnate non negano il diritto alla rendita, limitandosi a stabilire, nell'ambito di un apprezzamento riservato al legislatore, che ai fini della proponibilità dell'istanza, le condizioni richieste abbiano a verificarsi in un dato periodo di tempo. (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124, art. 83, com. 7 e 8; Cost., art. 38, commi 1 e 2).

Corte Cost. Sent. n. 32 del 18 gennaio 1977 - Pres. Rossi - Rel. Rossano.

Termini per il diritto alla revisione - Invalità permanente da infortunio e da malattia professionale - Giustificazione della diversità dei termini in relazione ai due eventi (v. sent. n. 80/1971) - Dichiarazione di infondatezza.

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale degli artt. 83 e 137 del D.P.R. n. 1124 del 1965, in riferimento agli artt. 3 e 38 Cost., nella parte in cui prevedono, ai fini della domanda di revisione della rendita per inabilità, due diversi termini, dieci anni dalla costituzione della rendita per gli infortuni, quindici per le malattie professionali.

Analogamente a quanto già affermato dalla Corte con sentenza n. 80 del 21 aprile 1971, il legislatore si è basato, anche con riguardo alle malattie professionali, su analoghi dati statistico-sanitari per stabilire il quindicennio come misura di stabilizzazione degli esiti invalidanti, con la conseguenza che, finché le acquisizioni della osservazione scientifica in materia resteranno invariate, la diversità dei due termini temporali non sarà censurabile né sotto il profilo della irrazionale disparità di trattamento, né sotto quello della incongrua attuazione legislativa del precetto di cui all'art. 38 Cost. (D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, artt. 83 e 187; Cost., artt. 3 e 38).

Corte Cost. Sent. n. 228 del 17-6-1987-Pres. Andrioli - Rel. Casavola.

Azione per il conseguimento della rendita- Prescrizione triennale - Legittimità costituzionale - Dichiarazione di infondatezza.

Non è fondata - in riferimento all'art. 38 comma 2 Cost. - la questione di legittimità costituzionale dell'art. 67, comma 1 del R.D. 17 agosto 1935 n. 1765, dell'art. 16, comma 1, della legge 19 gennaio 1963 n. 15 e dell'art. 112, comma 1, del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 nella parte in cui dispongono che l'azione per conseguire dall'Inail la rendita per l'inabilità permanente si prescrive nel termine triennale (decorrente di regola dal manifestarsi della malattia professionale), laddove si pretende che il diritto alla rendita dovrebbe essere imprescrittibile (1) (Cost. art. 38 (2); D.P.R. 30-6-1965 n. 1124 art. 112 (1)).

Corte Cost. Sent. 33 del 13-2-1974 - Pres. Bonifacio - Rel. Rossi.

(1) Nello stesso senso, e con richiamo alla motivazione di questa sentenza, con riguardo all'analogia prescrizione dell'azione per il riconoscimento della rendita per inabilità da infortuni sul lavoro: Sent. 33 del 18-1-1977 - Pres. Rossi, Rel. Rossano.

Non è fondata - in riferimento agli artt. 3 e 24 Cost. - la questione di legittimità costituzionale del combinato disposto degli artt. 111 e 112, in quanto stabiliscono in tre anni e centocinquanta giorni il termine prescrizionale del diritto alle prestazioni dell'Inail (con decorrenza dalla data dell'infortunio), mentre per le prestazioni relative ad infermità comuni, dovute dall'Inps, il termine è di dieci anni (Cfr art. 58 legge 30 aprile 1969 n. 153) (1) (Cost. art. 3 e 24; D.P.R. 30-6-1965 n. 1124 art. 112). (1) Nello stesso senso, v. Cost., ord. 145 del 31-5-1983

Corte Cost. Sent. 31 del 18-1-1977.

Decorrenza della prescrizione dal termine previsto (giorno dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia professionale) anche nel caso in cui, entro lo stesso termine, l'inabilità non abbia ancora ridotto l'attitudine al lavoro in misura superiore al minimo indennizzabile - Dichiarazione di parziale illegittimità costituzionale - Effetti della pronuncia di parziale illegittimità - Equiparazione dell'ipotesi considerata ad un caso di revisione - Decorrenza consequenziale del termine al momento del raggiungimento del grado minimo di indennizzabilità.

È costituzionalmente illegittimo - per contrasto con l'art. 38, c. 2, Cost. - l'art. 67, c. 1, del R.D. 17-8-1935, n. 1765, nella parte in cui dispone che l'azione per conseguire la rendita per inabilità permanente si prescrive col decorso del termine ivi previsto, anche nel caso in cui, entro lo stesso termine, tale inabilità non abbia ridotto l'attitudine al lavoro in misura superiore al minimo indennizzabile.

Sono costituzionalmente illegittimi, ricorrendo le stesse ragioni, l'art. 16, c. 1, della legge 19-1-1963, n. 15 (contenente modifiche ed integrazioni al R.D. n. 1765 del 1935) che ha portato da uno a tre anni il termine prescrizionale per conseguire dall'Inail la rendita per inabilità permanente, e l'art. 112, c. 1, del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, (riproduttivo del citato art. 16 della legge n. 15 del 1963). In base a tali disposizioni l'effetto estintivo della prescrizione consegue al mancato esercizio del diritto protratto per un periodo di tempo molto più lungo del precedente, e quindi si presenta ben più difficile a verificarsi l'eventualità che il minimo sufficiente di inabilità permanente sia raggiunto al di là della scadenza del limite del termine prescrizionale; ma poiché detta eventualità non può essere radicalmente esclusa, egualmente deve emettersi dichiarazione di illegittimità costituzionale.

Dalla dichiarazione di illegittimità costituzionale della norma *in parte qua* discende che, verificandosi in concreto un fatto capace di rientrare in quella previsione normativa, il diritto alla rendita può essere fatto valere nei modi o termini previsti per la revisione. Di questa ci si può servire non solo nel caso di modifica da apportare ad un precedente provvedimento emesso dall'istituto, ma anche nel caso di costituzione della rendita, e cioè di prima liquidazione della stessa, dovendosi considerare come posti sullo stesso piano e l'aggravamento dei postumi (già ritenuti indennizzabili) ed il raggiungimento del grado minimo indennizzabile, e dovendosi correlativamente, secondo la più recente giurisprudenza, considerare sullo stesso piano il titolare effettivo e quello potenziale della rendita (1). (R.D. 17-8-1935, n. 1765, art. 67; L. 11-3-1953, n. 87, art. 27; L. 19-1-1963, n. 15, art. 16; D.P.R. 30-6-1965, n. 1124, art. 112, comma 1; Cost. art. 38, comma 2).

Corte Cost. Sent. 116 dell'8-7-1969 - Pres. Branca - Rel. Trimarchi.

(1) In tema di prescrizione dell'azione per la revisione della rendita, v. Corte Cost. Sent. 80 del 26-4-1971 (Infra).

Decorrenza della prescrizione - Dalla data di manifestazione del danno provocato dall'evento lesivo - Dichiarazione di infondatezza.

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 112, comma primo, D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (TU delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali), sollevata in riferimento all'art. 38, comma secondo, Cost. - sul presupposto che l'azione per conseguire le prestazioni assicurative si prescriva nel termine di tre anni, decorrente dal giorno dell'infortunio, anche nell'ipotesi in cui il danno si manifesti in tempo successivo a quello dell'infortunio stesso. Infatti, tale interpretazione è ora disattesa dal dominante orientamento esegetico consolidatosi - a seguito della Sent. n. 116/1969, in materia di malattie professionali - nel senso che il termine prescrizionale di tre anni li rende appunto a decorrere dalla data della manifestazione del danno provocato dall'infortunio. (Cost. art. 38 (2); D.P.R. 30-6-1965 n. 1124 art. 112).

Corte Cost. Sent. 129 del 23-5-1986-Pres. Paladin - Rel. Andrioli.

Disciplina con particolare riguardo alle cause di interruzione.

Interruzione della prescrizione - Atto introduttivo della lite - Decorrenza - Dichiarazione di illegittimità costituzionale.

È costituzionalmente illegittimo - per contrasto con l'art. 3 Cost. - l'art. 112, comma primo, D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 (TU delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali) nella parte in cui non prevede che il termine triennale di prescrizione dell'azione per conseguire le prestazioni assicurative sia interrotto a far tempo dalla data del deposito del ricorso introduttivo della controversia, effettuato nella cancelleria dell'adito pretore, e seguito dalla notificazione del ricorso e del decreto pretorile di fissazione dell'udienza di discussione. Ed invero, l'art. 112, comma primo, cit. - da consolidata giurisprudenza interpretato nel senso che la sola domanda giudiziale vale ad interrompere il previsto termine triennale di prescrizione dell'azione per il conseguimento di prestazioni di assicurazione obbligatoria - non viola, col privare gli infortunati sul lavoro e gli affetti da malattie professionali dei mezzi stragiudiziali di interruzione della prescrizione spettanti alla generalità dei creditori (art. 2943, comma quarto, Cod. civ.), il principio d'eguaglianza, la anzidetta disparità giustificandosi, di per sé, di fronte all'art. 3 Cost., in base a peculiari esigenze delle controversie infortunistiche, non riscontrabili nella generalità dei rapporti di credito.

Il rispetto del principio d'eguaglianza impone, peraltro, ad evitare che ulteriormente deteriori ne sia la posizione, di non addossare a chi agisca per il conseguimento delle prestazioni di assicurazione obbligatoria (senz'altro mezzo, diversamente dagli altri creditori, per interrompere la prescrizione) i tempi della prolazione del decreto pretorile di fissazione dell'udienza di discussione, in difetto del quale - nel rito speciale del lavoro introdotto dalla legge n. 533 del 1973 - non può effettuarsi la *vocatio in ius*, e dunque, la notificazione al convenuto del ricorso introduttivo del giudizio. (D.P.R. 30-6-1965 n. 1124 art. 112(1) Cost. art. 3).

Corte. Cost. Sent. 129 del 23-5-1986 Pres. Paladin - Rel. Andrioli.

- **Le sentenze in oggetto oltre a dar conto di una corretta differenziazione tra il termine revisionale tra infortunio e malattia professionale, giustificandolo dal lato medico-legale, confermano la differenza tra le prestazioni erogate dall'Inail e quelle dell'INPS e pongono un punto fermo collegato al termine prescrizionale dei tre anni collegato al “..momento del raggiungimento del grado minimo di indennizzabilità”.**

Prestazioni - Rendita da infortunio precedente all'entrata in vigore del D.Lgs. n. 38/2000 - Infortunio successivo all'entrata in vigore del D.Lgs. n. 38/2000, con menomazione della integrità fisica del lavoratore inferiore al minimo indennizzabile ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. cit. - Divieto di procedere ad una valutazione complessiva dei postumi, conseguenti ad infortuni o malattie professionali disciplinati dal citato decreto legislativo, con quelli conseguenti ad infortuni e malattie professionali verificatesi o denunciate prima dell'entrata in vigore del medesimo decreto - Questione di legittimità costituzionale - Infondatezza della questione.

E infondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 13, comma 6, secondo e terzo periodo, del D.Lgs. n. 38/2000, sollevata in riferimento agli artt. 3, secondo comma, 38, secondo comma, e 76 della Costituzione, dal tribunale di Pisa e dal tribunale di Trieste.

Corte Costituzionale -19-12- 2006, n. 426 Pres. Bile Rel. Mazzella - D.P., G.F. E Inail.

- **La sentenza stabilisce che è costituzionalmente corretto, in presenza di danni dovuti a due regimi diversi, il non doversi procedere ad una valutazione complessiva del danno.**

Previdenza ed assistenza sociale (Assicurazioni e pensioni sociali) - Assicurazione per gli infortuni sul lavoro e per le malattie professionali - Indennità e rendite - Aggravamento della malattia professionale causata dal protrarsi dell'esposizione al medesimo rischio professionale - Irrilevanza, ai fini assicurativi, decorsi quindici anni dalla costituzione della rendita

Non è fondata, nei sensi di cui in motivazione, la q.l.c. degli art. 80 e 131 D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, censurati, in riferimento agli art. 3, 32 e 38 cost., nella parte in cui escludono la rilevanza, ai fini assicurativi, di fattori espositivi al rischio di aggravamento della malattia professionale successivi al momento di accertamento della malattia professionale indennizzabile. Le due norme, riferendosi all'ipotesi di "nuova" malattia professionale, devono essere interpretate nel senso che esse riguardano anche il caso in cui, dopo la costituzione di una rendita per una determinata malattia professionale ("vecchia", quindi, in contrapposizione alla "nuova"), il protrarsi dell'esposizione al medesimo rischio patogeno determini una "nuova" inabilità che risulti superiore a quella già riconosciuta, con conseguente inapplicabilità dell'art. 137 D.P.R. n. 1124 del 1965, il quale si riferisce esclusivamente all'aggravamento eventuale e consequenziale dell'inabilità derivante dalla naturale evoluzione della originaria malattia, e superamento del prospettato dubbio di costituzionalità.

Corte Costituzionale sent. 46/2010 Presidente Amirante. Redattore Mazzella

- **La sentenza stabilisce che in caso di aggravamento dei postumi causata da esposizione a rischio dopo la costituzione di rendita, e successivamente ai termini revisionali deve applicarsi l'art. 80 (come nuova malattia) e non già l'art. 137; in realtà, semmai il riferimento, nel caso di specie, era l'art. 13, comma 6, trattandosi di due regimi diversi e del comma 5 allorché una situazione futura riguarderà lo stesso regime.**
- **La Corte ha optato per non dichiarare l'incostituzionalità dell'art. 137 che non lega la decorrenza del termine revisionale alla cessazione dell'esposizione al rischio.**

SENTENZE DELLA CORTE di CASSAZIONE

Criteri per la valutazione dell'inabilità da infortunio e da malattia professionale)

Nel presente capitolo sono riportate le sentenze della Corte di Cassazione, ovviamente abbiamo riportate solo quelle più indicative ed interessanti per la fattispecie in esame.

Per limiti di spazio è stata trascritta solo la parte "dispositiva" della sentenza e non anche le integrali motivazioni – tutte le sentenze sono riprese dalla raccolta di "Giurisprudenza" degli infortuni sul lavoro e malattie professionali edita dall'Inail - lettura del dispositivo che appare già di per sé sufficiente per dare una idea dell'indirizzo, costante, che sempre ha dato la magistratura della Cassazione sulla criteriologia da adoperare per la valutazione dell'inabilità da infortunio e da malattia professionale.

Ogni sentenza è corredata da poche note esplicative necessarie.

Agli effetti dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali, la misura dell'inabilità lavorativa derivante dalla perdita parziale della funzionalità di un organo si determina, ai sensi dell'art. 78 T.U. n. 1124 del 1965, tenendo conto della percentuale legale prevista per la perdita totale della stessa funzione, ma non già con applicazione meccanica e in proporzione meramente aritmetica della percentuale stessa, bensì valutando, alla luce di questa, l'effettivo valore lavorativo della funzione perduta.

Corte Di Cassazione gennaio 1987, n. 1987, n. 616

- **Con detta sentenza viene commentato il terzo comma dell'art. 78 e la Corte supera il concetto puramente aritmetico delle limitazioni riscontrate rispetto alla perdita funzionale totale, laddove afferma che “.. la progressione di aumento non ha andamento costante, ma risulta evidentemente meno accentuata in corrispondenza ai livelli di deficit funzionale...:” e quindi bisogna valutare l'effettiva incidenza della menomazione.**

L'art. 80 T.U. n. 1124 del 1965 prescinde dai limiti temporali posti dall'art. 83 per l'istituto della revisione: pertanto, l'art. 80 è applicabile anche quando tra il primo e il secondo infortunio sia intercorso più del decennio di cui all'art. 83, ottavo comma, con l'ulteriore conseguenza che anche in tale caso il grado della riduzione complessiva dell'attività lavorativa, cui deve essere commisurata la rendita unica va determinato non sulla base di una somma aritmetica, bensì sulla base di un giudizio di sintesi che accerti in concreto l'esatta misura del danno in relazione a specifici elementi medico-legali considerati anche nella loro reciproca influenza.

Corte Di Cassazione 21 febbraio 1987. n. 1895

Ai sensi dell'art. 80, primo comma, TU. n. 1124 del 1965, qualora il titolare di una rendita di inabilità sia colpito da nuovo infortunio indennizzabile con altra rendita, si procede alla costituzione di un'unica rendita non già rappresentata dalla somma aritmetica delle due rendite ma proporzionata al grado di riduzione complessiva dell'attitudine al lavoro causata dalle lesioni (sinergiche od indipendenti) determinate dal precedente o dai precedenti infortuni e dal nuovo; detta fattispecie è distinta da quella concernente la procedura di revisione della rendita disciplinata dall'art. 83 T.U. citato e quindi non soggiace alle modalità e alle limitazioni temporali stabilite dallo stesso art. 83.

Corte Di Cassazione 20 marzo 1987, n. 2777

- **Nelle sentenze viene affermata la diversità della fattispecie di cui all'articolo 80, da quella di cui all'art. 83 – diversità dei limiti temporali- e si ribadisce che il giudizio sulla valutazione della riduzione dell'attitudine al lavoro deve essere un giudizio globale di sintesi sull'influenza reciproca delle diverse menomazioni. In merito al primo punto giova ricordare la sentenza della Corte Costituzionale n. 318/89 – Revisione *in peius* inammissibile.**

Il grado della riduzione complessiva dell'attitudine al lavoro al quale, ai sensi degli artt. 78 e 80 T.U. n. 1124 del 1965, deve essere commisurata la rendita unica da liquidarsi all'assicurato, va determinato sulla base di un giudizio di sintesi che accerti in concreto l'esatta misura del danno in relazione a specifici elementi medico-legali, considerati anche nella loro reciproca influenza. Ciò non comporta che la valutazione del grado complessivo di invalidità debba essere sempre superiore alla somma aritmetica delle singole percentuali di riduzione in quanto l'invalidità complessiva può essere determinata anche in misura pari o addirittura inferiore alla predetta somma aritmetica.

Corte Di Cassazione 26 marzo 1987, n. 2950

- **Viene affrontato il problema di una valutazione finale complessiva collegata ad una diversità di "danni" e si conclude con il concetto, sempre presente, che il giudizio finale è un giudizio globale su quanto evidenziato e detta sintesi può portare a tre diverse soluzioni, che dovranno essere verificate in concreto, e cioè più della somma matematica, uguale alla somma matematica, inferiore alla somma matematica.**

Il sistema di valutazione dell'inabilità permanente complessiva di cui all'art. 80 T.U. n. 1124 del 1965 risponde alla esigenza di unificazione delle rendite per inabilità omogenee, appartenenti cioè ad una stessa gestione assicurativa degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Se uno o più infortuni concorrano con preesistenti invalidità derivanti da infortuni da una diversa gestione assicurativa o da fatti estranei al lavoro, al procedimento di unificazione si deve pervenire dopo che, attraverso la formula espressa dall'art. 79, sia matematicamente individuato il grado di riduzione della attitudine dell'assicurato al lavoro causata da quello o da quegli infortuni inabilitanti che vengono in considerazione agli effetti dall'art. 80, ma che risultano anche aggravanti nel senso specifico di cui all'art. 79.

Corte Di Cassazione 3 febbraio 1989, n. 687

- **Si indica la via da percorrere in caso di danni plurimi concorrenti con un danno preesistente che aggrava la situazione. Tale via, precisa, comporta che dapprima deve essere valutato ciascun danno con una preesistenza che lo aggravi e solo dopo deve essere fatta l'unificazione ex. Art. 80**

Nel caso in cui l'infortunio o la malattia professionale abbia determinato la perdita totale o parziale, anatomica e funzionale di più arti od organi o di più parti di essi, il grado della riduzione complessiva dell'attitudine lavorativa, cui deve essere commisurata la rendita unica da liquidarsi all'assicurato, non va determinato sulla base della somma aritmetica delle singole percentuali di riduzione della capacità di lavoro, calcolate a norma dell'art. 78, terzo comma T.U. n. 1124 del 1965, ma deve essere determinato, a norma del quarto comma dello stesso articolo, sulla base di un giudizio di sintesi, che accerti in concreto l'esatta misura del danno risentito dall'infortunato, in relazione a specifici elementi medico-legali considerati anche nella loro reciproca influenza.

Corte Di Cassazione 30 maggio 1989, n. 2614

- **Viene chiosato il comma 4 dell'art. 78 e dopo aver fatto presente che detto articolo riguarda indistintamente sia gli infortuni che le malattie professionali ribadisce che sempre presente deve essere il "giudizio globale" sulla reale incidenza delle menomazioni sulla riduzione dell'attitudine al lavoro.**

La disciplina dell'art. 80 T.U. n. 1124/1965 è ispirata all'esigenza di unificazione della rendita in relazione ad infortuni policroni non richiedendo, peraltro, che ciascun infortunio sia autonomamente indennizzabile ma che gli eventi nel loro insieme siano determinativi d'inabilità indennizzabile, intendendosi per tale insieme il risultato non tanto della somma aritmetica delle singole percentuali di riduzione attribuibili ai vari esiti delle singole lesioni, quanto di un giudizio di sintesi, che accerti in concreto l'esatta misura del danno sofferto dall'infortunato, in base a specifici elementi medico-legali, considerati anche nella loro reciproca influenza; con l'unica limitazione costituita dall'appartenenza degli infortuni ad una stessa (industriale ovvero agricola) gestione assicurativa.

Corte Di Cassazione 9 agosto 1991, n. 8703

- **Con detta sentenza si afferma un principio importante. Partecipano alla valutazione ex. Art. 80 tutti i "danni" residuati e non solo quelli che singolarmente superano il minimo indennizzabile e si sottolinea la sola limitazione dovuta ad una diversa gestione.**

La inabilità permanente parziale conseguente a malattia professionale deve determinarsi in proporzione del valore lavorativo della funzione perduta ed è indennizzabile, ove raggiunga almeno il grado dell'11 per cento, alla stregua di un giudizio che è tipicamente medico-legale; e tale giudizio deve tenere conto della entità ed incidenza nel caso concreto della tecnopatia sull'attitudine al lavoro, intesa questa in senso generico e non specifico, ossia non relativa soltanto alla particolare attività nel cui esercizio la malattia è stata contratta, ma riferita a tutte le situazioni in cui il soggetto potrebbe svolgere una proficua attività lavorativa; ed il giudice del merito, nel procedere ad un siffatto accertamento, è tenuto ad adottare il criterio di valutazione più idoneo a conseguire l'anzidetto risultato, avvalendosi, come previsto dall'art. 445 c.p.c., della assistenza di un consulente tecnico d'ufficio e, nel caso di contestazione della validità del metodo di valutazione seguito da tale consulente, sostenendosi la superiore validità scientifica e la maggiore aderenza al dato normativo di altro metodo in materia (nella specie il c.d. metodo Rossi), il giudice del merito, se ritenga di disattendere un tale assunto, deve indicare con adeguata e coerente motivazione le ragioni per cui la condivisa valutazione del consulente tecnico sia aderente ai criteri di legge e corretta sul piano medico-legale.

Corte Di Cassazione 6 febbraio 1992, n. 1309

Ai sensi dell'art. 131 T.U. n. 1124/1965, anche per la malattia professionale trova applicazione la norma di favore posta dall'art. 79 dello stesso T.U., in base alla quale il grado di riduzione permanente dell'attitudine al lavoro causata da infortunio, quando risulti aggravato da inabilità preesistenti derivanti da fatti estranei al lavoro o da altri infortuni, deve essere rapportato non all'attitudine al lavoro normale ma a quella ridotta per effetto delle preesistenti inabilità.

Corte Di Cassazione 4 novembre 1993, n. 10898

- **Queste sentenze evidenziano, se ve ne era bisogno, che non vi è differenza alcuna tra danno da infortunio e danno da malattia professionale rispondendo entrambe agli art. 78, 79 e 80 e quindi deve essere usata la medesima criteriologia.**

In tema di valutazione della inabilità permanente derivante da infortunio, nella ipotesi disciplinata dall'art. 78, quarto comma, T.U. n. 1124/1965, in cui vi sia perdita (totale o parziale) concernente più arti od organi, o più parti di essi, e la molteplicità delle lesioni non figuri espressamente nella tabella allegata al T.U. cit., il grado di riduzione della attitudine al lavoro deve essere calcolato tenendo conto di quanto, in conseguenza dell'infortunio e per effetto della coesistenza delle singole lesioni, è diminuita l'attitudine al lavoro dell'assicurato; è necessario peraltro, ai fini di tale valutazione, distinguere il caso in cui sussistano menomazioni interessanti più arti od organi sinergici o aventi comunque affinità funzionale, nel quale il grado di riduzione della attitudine al lavoro deve essere determinato sulla base di un giudizio di sintesi, dal caso in cui le menomazioni interessino più arti o più organi non affini o sinergici, nel quale deve applicarsi la "formula proporzionalistica a scalare".

Corte Di Cassazione 11 gennaio 1995, n. 264

- **Come è noto l'unico "formula matematica" nel testo unico è quella che scaturisce dall'art. 79 (Formula Gabrielli); nessuna altra formula viene citata; al contrario nella valutazione di invalidità civile la formula c.d. scalare è normata nel D.M.5.2.92.**
- **Per la prima volta una sentenza della Cassazione afferma esplicitamente che può essere utilizzata la "formula proporzionalistica a scalare" e viene fatta differenza tra menomazione con ripercussioni sinergiche e non.**
- **Il quarto comma parla semplicemente di "coesistenza" di singole lesioni non differenziando se gli esiti di tali lesioni comportano una concorrenza o una coesistenza di "danno"; ufficialmente, anche se ormai era prassi, ora la Cassazione effettua tale differenziazione.**

Occasione di lavoro - Infortunio in itinere - Indennizzabilità - Limiti - Rischio elettivo - Configurabilità - Modalità - Fattispecie.

Nell'infortunio in itinere il rischio elettivo va valutato con maggior rigore che nell'attività lavorativa diretta; pertanto la violazione di norme fondamentali del codice della strada può integrare, secondo la valutazione nella fattispecie concreta del giudice di merito, un aggravamento del rischio tutelato (percorso casa-lavoro) talmente esorbitante dalle finalità di tutela, da escluderla alla radice (nella specie la S.C. ha confermato la sentenza appellata che aveva ritenuto che, la violazione del divieto di transito (stop) posta in essere dal lavoratore assicurato, aveva aggravato il rischio fino al punto da escludere il nesso di causalità, con la conseguenza della non indennizzabilità dell'infortunio.

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 6 Agosto 2003, n. 11885

- **Viene confermato che il rischio elettivo non è assicurato**

Prestazioni - Rendita da infortunio - Revisione - Termine decennale previsto dall'art. 83 T.U. n. 1124/1965 - Natura - Domanda di aggravamento dei postumi non indennizzabili rilevati nel decennio dell'infortunio, esercitata dall'assicurato entro un anno da tale termine - Prescrizione della domanda - Esclusione.

In materia di revisione della rendita Inail, il termine decennale di cui all'art. 83 T.U. n. 1124/1965 non è di prescrizione, e neppure di decadenza, ma serve semplicemente a delimitare l'ambito temporale di rilevanza dell'aggravamento o del miglioramento delle condizioni dell'assicurato, che fa sorgere il diritto alla revisione, la quale, come risulta dall'art. 83, terzo comma, T.U. cit., ha per oggetto non solo il provvedimento positivo di concessione di una rendita, ma anche il

provvedimento che, accertato il nesso causale con un infortunio sul lavoro o malattia professionale, determina i postumi permanenti, anche in misura negativa o inferiore al minimo indennizzabile; inoltre l'istituto della prescrizione di cui all'articolo 112 T.U. n. 1124/1965 non opera nelle fattispecie regolate dagli artt. 83 e 137 stesso T. U, con riguardo alla domanda dell'interessato o alla iniziativa dell'Inail per la revisione della misura della rendita di inabilità; ne consegue che, l'assicurato dichiarato dall'istituto assicuratore guarito con postumi non indennizzabili, non incorre in prescrizione se chiede l'aggravamento di tali postumi rilevati nel decennio dall'infortunio, entro un anno da tale termine; in particolare non ha alcuna rilevanza prescrittiva l'accertamento peritale non richiesto, estraneo al procedimento amministrativo (configurato dall'art. 83 cit.) e alla domanda giudiziale, che abbia valutato i postumi in misura superiore al minimo indennizzabile.

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 10 Febbraio 2004, N. 2653

➤ **Conferma del termine prescrizionale entro un anno da tale termine decennale**

Prestazioni - Rendita da inabilità permanente - Riacutizzazione dei postumi dell'infortunio - Indennità giornaliera - Attribuzione - Esclusione.

In tema di assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro, a norma degli artt. 68, 74, secondo comma, e, 215, comma 1, del T.U. n. 1124/1965; nel caso del riacutizzarsi dei postumi dell'infortunio, non può attribuirsi, oltre alla rendita di infortunio già riconosciuta, anche l'indennità giornaliera; con la conseguenza che nella ipotesi di lavoratore già munito di rendita da infortunio, ma in attività di servizio, che abbia tuttavia bisogno dell'assistenza malattia, deputato alla erogazione delle prestazioni sanitarie economiche (indennità di malattia) è solo l'INPS; e ciò anche quando lo stato di malattia si riveli come aggravamento degli esiti dell'infortunio sul lavoro suscettibile di stabilizzazione ad un diverso maggiore livello invalidante (nel qual caso potrà richiedersi la revisione della rendita) o comunque come ulteriore conseguenza e recrudescenza temporanea dell'infortunio stesso.

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 24 Gennaio 2005, n. 1380

➤ **La temporanea in caso di postumi già indennizzati non può essere ulteriormente concessa anche a seguito di aggravamento.**

Le sentenze sotto riportate sono tute relativa al "nesso di causa"

Malattia professionale - Fattori concorrenti all'infermità invalidante di natura sia professionale sia extraprofessionale - Artt. 40 e 41 c.p. - Applicabilità nella materia civile e previdenziale - Operatività.

In tema di malattie professionali, ove l'infermità invalidante derivi da fattori concorrenti di natura sia professionale che extraprofessionale, trovano applicazione i principi di cui agli artt. 40 e 41 c.p. (norme che si ispirano al principio della equivalenza causale, per cui causa di un evento è ogni condizione indispensabile al suo verificarsi), che per la loro completezza e nell'assenza di regole diverse altrove rinvenibili, assurgono a principi generali dell'ordinamento giuridico applicabili anche nella materia civile e previdenziale; suddette norme si ispirano al principio della equivalenza causale, per cui causa di un evento è ogni condizione indispensabile al suo verificarsi e, nel caso di concorso di più cause (preesistenti, simultanee o sopravvenute) nella produzione dell'evento, deve riconoscersi efficacia causale a ciascuna causa, anche se di minore spessore quantitativo o

qualitativo rispetto alle altre, salvo che la causa sopravvenuta sia stata da sola sufficiente a determinare l'evento.

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 24 Gennaio 2005, n. 1370

Infortunio o malattia professionale - Causa violenta - Nozione - Nesso di causalità - Prova - Valutazione - Criteri.

Nell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, la nozione attuale di causa violenta comprende qualsiasi fattore presente nell'ambiente di lavoro che, in maniera esclusiva o in misura significativamente diversa rispetto all'ambiente esterno, agisca in forma concentrata o lenta, provocando, nel primo caso, un infortunio sul lavoro e, nel secondo, una malattia professionale.

La prova del nesso di causalità deve avere un grado di ragionevole certezza, nel senso che va esclusa la mera possibilità dell'eziopatogenesi professionale, la quale invece, può essere ravvisata in presenza di un rilevante grado di probabilità, per accertare il quale il giudice deve valutare le conclusioni probabilistiche del consulente, desunte anche da dati epidemiologici.

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 26 Maggio 2006, n. 12559

Malattia professionale - Origine professionale della malattia - Accertamento del nesso di causalità tra l'agente patogeno tabellato e la patologia sofferta dall'assicurato - Presunzione legale - Operatività - Sussistenza del nesso di causalità anche in un giudizio di probabilità desunto da studi scientifici e dati epidemiologici - Rilevanza.

In tema di tutela di malattie professionali, in ipotesi di agente patogeno tabellato suscettibile di causare una tipica malattia su uno specifico organo bersaglio, e non altre della stessa famiglia, la presunzione legale di origine professionale riguarda solo le patologie delle quali la scienza medica abbia accertato in generale il nesso causale con l'agente patogeno tabellato. Tale nesso può risiedere anche in un giudizio di ragionevole probabilità, desunta dagli studi scientifici ed anche da dati epidemiologici.

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 5 Settembre 2006, n. 19047

Malattia professionale - Tabellata - Presunzione di eziologia dalla lavorazione anch'essa tabellata - Applicazione da parte del giudice - Derivazione extralavorativa della malattia - Onere dimostrativo dell'Istituto assicuratore.

In tema di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, una volta accertato che la malattia denunciata dall'assicurato, manifestatasi entro il periodo massimo di indennizzabilità, sia astrattamente compresa fra quelle c.d. tabellate, il giudice deve applicare la presunzione di eziologia della malattia dalla lavorazione anch'essa tabellata. Con il conseguente onere per l'Inail di dimostrare l'addotta derivazione extralavorativa della malattia su cui è basato il diritto alla rendita fatto valere in giudizio dal lavoratore.

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 3 Maggio 2007, n. 10192

Malattia professionale - Malattia non tabellata - Obbligo gravante sul lavoratore di provare l'eziologia professionale - Valutazione del giudice in termini di ragionevole certezza - Portata - Fattispecie.

Nel giudizio di accertamento di malattia professionale non tabellata (come il fumo passivo) e del relativo nesso di causalità con l'attività lavorativa, la prova della causa di lavoro, gravante

sull'assicurato, deve essere valutata in termini di ragionevole certezza, nel senso che, esclusa la rilevanza della mera probabilità dell'origine professionale, questa può essere ravvisata in presenza di un rilevante grado di probabilità. (Nella specie la S. C. ha confermato la sentenza impugnata che ha dichiarato il diritto del lavoratore alla costituzione da parte dell'Inail della rendita per inabilità permanente, avendo il medesimo provato di aver contratto la malattia denunciata a seguito di esposizione al rischio ambientale per oltre 30 anni, 5 ore al giorno, in un locale non areato e aperto al pubblico, insieme ad altro collega fumatore).

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 10 Febbraio 2011, n. 3227

Malattia professionale - Malattia ad eziologia multifattoriale - Rapporto di causalità con le lavorazioni - Accertamento per presunzioni - Insufficienza — Dimostrazione in via di probabilità - Ammissibilità - Condizioni.

Nell'ipotesi di malattia ad eziologia multifattoriale (come il tumore), il nesso di causalità relativo all'origine professionale di essa 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 "un elevato grado di probabilità"

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 22 Dicembre 2011, n. 28218

Malattia professionale - Non tabellata o ad Eziologia multifattoriale – Nesso di causalità fra attività lavorativa ed evento - Prova - Onere a carico del lavoratore - Valutazione - Criteri - Effetti.

Nell'ipotesi di malattia professionale non tabellata o anche in quella di malattia ad eziologia multifattoriale (come il neurinoma del nervo acustico e quello del trigemino), 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 riconosciuta in presenza di un rilevante 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 in relazione all'entità e all'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.

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 12 Ottobre 2012, n. 17438

In concreto, le stesse affermano:

- applicabilità degli art. 40 e 41 c.p. al nesso di causa anche in campo assicurativo Inail
- tra i criteri da prendere in considerazione sulla "probabilità" vi sono anche quelli epidemiologici/statistici
- obbligo dell'Istituto di dimostrare la causa extra lavorativa in caso di diniego di malattia tabellata che soddisfa i tre requisiti delle fincature

Infortunio - Scelta del lavoratore di rischi non inerenti alla sua attività lavorativa - Rischio elettivo - Indennizzabilità - Esclusione.

Non è indennizzabile l'infortunio sul lavoro allorché ricorra il rischio elettivo, derivante cioè da una scelta del lavoratore il quale affronti volontariamente dei rischi non inerenti alla sua attività lavorativa. L'elettività del rischio esclude il rapporto di causalità tra lavoro e infortunio che è necessario perché operi la copertura assicurativa (la C.S. ha confermato la sentenza impugnata, che aveva ritenuto trattarsi di rischio elettivo l'evento dannoso occorso al lavoratore il quale, non richiesto dal datore di lavoro che aveva affidato ad altro dipendente il compito di rimuovere un intonaco pericolante, si era allontanato da un gruppo di lavoratori, senza che questi ultimi si accorgessero delle sue intenzioni, era salito su un balcone e si era sporto per rimuovere l'intonaco, nonostante che il preposto lo richiamasse a gran voce, ed era quindi precipitato).

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 4 Aprile 2007, n. 8399

Occasione di lavoro - Infortunio - Elezione del rischio da parte del lavoratore motivato però da finalità produttive - Nesso di causalità tra l'infortunio e l'attività lavorativa - Sussistenza - Conseguenze.

In materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, il rischio elettivo, quale limite all'indennizzabilità degli infortuni sul lavoro, si distingue, dall'atto colpevole del lavoratore, e cioè dall'atto volontario posto in essere con imprudenza, negligenza o imperizia, ma che, motivato, comunque, da finalità produttive, non vale a interrompere il nesso fra l'infortunio e l'attività lavorativa e non ne esclude, perciò, l'indennizzabilità.

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 18 Maggio 2009, n. 11417

- **Conferma del diniego del rischio elettivo che NON è assicurato, se necessitato o motivato per finalità di lavoro**

Prestazioni - Rendita - Revisione - Termine - Natura di decadenza o di prescrizione - Esclusione - Conseguenze.

In materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, il termine decennale dalla data di costituzione della rendita per infortunio di cui al TU n. 1124/1965, art. 83, entro il quale si può procedere, a domanda dell'assicurato o per disposizioni dell'Istituto, alla revisione della rendita da infortunio sul lavoro, non è di prescrizione, e neppure di decadenza - non incidendo sull'esercizio ma sull'esistenza del diritto - bensì serve semplicemente a delimitare l'ambito temporale di rilevanza dell'aggravamento o del miglioramento delle condizioni dell'assicurato, perché la legge collega al trascorrere del tempo una presunzione assoluta per effetto della quale devono ritenersi definitivamente stabilizzate le condizioni fisiche. Con la conseguenza che l'attivazione del procedimento di revisione e l'accertamento medico-legale possono avere anche luogo oltre il suddetto termine di dieci anni, purché le modificazioni delle condizioni fisiche dell'assicurato siano avvenute entro il suddetto limite temporale.

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro - 12 Ottobre 2010 n. 20994

- **Sui termini revisionali di prescrizione e di decadenza**

Prestazioni - Rendita da malattia professionale - Domanda di aggravamento della tecnopatia originaria - Prosecuzione della prestazione lavorativa con le stesse condizioni ambientali, modalità e tempi di esposizione - Rilevanza.

In materia di rendita di inabilità da malattia professionale, il termine di quindici anni di cui all'art. 137 T.U. n. 1124/1965, corrisponde al principio della stabilizzazione dei postumi basato sulle acquisizioni della scienza medica, per cui si presume che oltre quel termine la tecnopatia (nella specie angiopatia) non evolva sia in *melius* sia in *pejus*. Ne consegue che, allorché in costanza di stesse condizioni ambientali, di stessi tempi e modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, si verifichi un aggravamento della tecnopatia originaria, l'aspetto che viene in considerazione non riguarda l'evoluzione della patologia, causata dal fattore morbigeno accertato e valutato dall'Istituto assicuratore, ma la concorrenza con il primo di altro fattore costituito dalla prosecuzione dell'esposizione lavorativa al medesimo rischio morbigeno.

Corte Di Cassazione - Sezione Lavoro-9 Marzo 2011, n. 5550

- **La sentenza della Corte di metodo ribadisce il nuovo principio fissato dalla Corte Costituzionale 46/2010 che stabilisce che in caso di aggravamento dei postumi, causato da esposizione allo stesso rischio dopo la costituzione di rendita, e riconosciuto successivamente ai termini revisionali deve ritenersi "nuova malattia"**

Allegato n. 3¹

L'infornunio in itinere

La problematica inerente l'infornunio *in itinere*, la cui trattazione prima del 2000 era, di fatto, affidata all'interpretazione giurisprudenziale, in costante evoluzione sul tema e recepita, di volta in volta, con note tecniche da parte dell'Istituto, ha trovato finalmente un definitivo inquadramento normativo con l'art. 12 del D.lgs. n. 38/2000², anche se ancora la giurisprudenza effettua puntuali aggiustamenti.

L'Inail, all'indomani dell'emanazione del decreto 38/2000, ha provveduto, con istruzioni operative, ad individuare i punti da reperire per la trattazione e la valutazione dei casi al fine di omogeneizzare i provvedimenti sul territorio nazionale.

Il contenuto di queste e di altre comunicazioni (si segnala la recente circolare del 23 ottobre 2013, n. 52), qui appresso riportate in forma di tabella ed in ordine cronologico, se pure attinenti a tematiche di pertinenza quasi esclusivamente amministrativa (rischio tutelato, utilizzo del mezzo privato, interruzione del percorso, limiti spaziali e temporali della tutela etc.), è comunque di indubbio interesse medico legale.

DOCUMENTO	OGGETTO
Lettera DCP del 15 marzo 2000	<p>Decreto Legislativo 23.02.2000, n. 38. Articolo 12 "Infornunio in itinere". Istruzioni operative</p> <p>Si richiamano le precedenti note del 4 maggio 1998 (<i>Linee guida per la trattazione dei casi di infornunio in itinere</i>) e dell'8 luglio 1998 (<i>Criteri per la trattazione dei casi di infornuni sul lavoro con particolare riferimento alla nozione di rischio generico aggravato</i>).</p> <p>Nelle citate <i>Linee guida</i> si forniscono la definizione di infornunio <i>in itinere</i>, le indicazioni sui limiti della tutela, sulle condizioni di indennizzabilità, sull'esistenza di un rischio specifico o generico aggravato, sul nesso causale tra evento, sul percorso seguito ed il lavoro, sulla presenza di servizi di mensa aziendale, sul rischio oggetto di copertura assicurativa e sull'infornunio avvenuto per colpa del lavoratore.</p> <p>Nella lettera si sottolinea come rimane valido il criterio giurisprudenziale della "ragionevolezza" attraverso il quale, salvaguardando le esigenze umane e familiari del lavoratore costituzionalmente garantite e conciliandole con i doveri derivanti dal rapporto di lavoro, la Suprema Corte aveva reso sempre più penetrante la protezione assicurativa in materia.</p>
Delibere C.I.V. del 24 marzo 2003 e del 29 settembre 2003	<p>Direttive su monitoraggio infornunio in itinere ed emanazione linee guida Politiche di tutela: danno biologico, infornunio "in itinere", malattie professionali, infornuni in ambito domestico, contenzioso</p> <p>Preso atto dell'incremento dei casi registrati nel 2001 ed anche in riferimento a quelli disponibili relativi all'anno 2002, tenuto conto di un'interpretazione eccessivamente rigida di alcuni parametri valutativi stabiliti dalle istruzioni operative in vigore, con particolare riferimento all'ipotesi di utilizzo non necessitato del mezzo privato di trasporto, si delibera la necessità di fornire alle strutture territoriali linee-guida aggiornate che consentano una trattazione</p>

¹ A cura di A. Mele

² Art. 12. Infornunio *in itinere*: «All'articolo 2 e all'articolo 210 del testo unico è aggiunto, in fine, il seguente comma: "Salvo il caso di interruzione o deviazione del tutto indipendenti dal lavoro o, comunque, non necessitate, l'assicurazione comprende gli infornuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e, qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale, durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti. L'interruzione e la deviazione si intendono necessitate quando sono dovute a cause di forza maggiore, ad esigenze essenziali ed improrogabili o all'adempimento di obblighi penalmente rilevanti. L'assicurazione opera anche nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, purché necessitato. Restano, in questo caso, esclusi gli infornuni direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; l'assicurazione, inoltre, non opera nei confronti del conducente sprovvisto della prescritta abilitazione di guida».

	<p>omogenea delle denunce d'infortunio <i>in itinere</i>, soprattutto nei casi più controversi, alla luce della più recente evoluzione giurisprudenziale nonché delle eventuali indicazioni scaturite dagli esiti del contenzioso giudiziario.</p> <p>Si delibera, altresì, lo studio di un protocollo per l'analisi e la trattazione standardizzata delle varie fattispecie, funzionale alla facilitazione dell'attività del personale coinvolto nella valutazione dei casi di infortunio <i>in itinere</i>.</p>
<p>Lettera DCP del 12 gennaio 2004</p>	<p>Infortunio <i>in itinere</i>. Limiti spaziali del percorso tutelato</p> <p>Si esclude la tutela dell'infortunio <i>in itinere</i> occorso “entro l'ambito domestico, comprensivo delle pertinenze dell'abitazione e delle parti condominiali (pianerottoli, scale, cortili, viali, strade interne o, comunque, riservate all'uso esclusivo dei privati proprietari, etc.)”.</p> <p>Può rientrare, invece, nella tutela “l'infortunio occorso su strade che, pur di proprietà privata, sono destinate a soddisfare le esigenze di una comunità indifferenziata e sono, perciò, aperte al traffico di un numero indeterminato di veicoli. Rispetto al luogo di lavoro, l'infortunio occorso fuori dalle pertinenze dello stesso luogo di lavoro, va inquadrato come infortunio <i>in itinere</i>”.</p>
<p>Lettera DCP del 24 gennaio 2005</p>	<p>Infortunio <i>in itinere</i>. Interruzioni non necessitate del normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro. Ordinanza della Corte Costituzionale n. 1 del 10 gennaio 2005</p> <p>Le Unità Territoriali “sono invitate ad uniformarsi al nuovo orientamento giurisprudenziale secondo cui le brevi soste che non espongono l'assicurato a un rischio diverso da quello che avrebbe dovuto affrontare se il normale percorso casa-lavoro fosse stato compiuto senza soluzione di continuità, non interrompono il nesso causale tra lavoro e infortunio e non escludono l'indennizzabilità dello stesso”.</p>
<p>Lettera DCP del 25 giugno 2008</p>	<p>Tutelabilità dell'infortunio <i>in itinere</i> riconducibile a rapina</p> <p>Richiamando la nozione di rischio generico aggravato di cui alla lettera DCP dell'8 luglio 1998 ed i contenuti della lettera DCP del 15 marzo 2000, si ritengono indennizzabili gli infortuni occorsi <i>in itinere</i> e dipendenti da fatti delittuosi di terzi, ivi comprese le rapine.</p>
<p>Lettera DCP del 22 luglio 2011</p>	<p>Trattazione dei casi di infortunio <i>in itinere</i></p> <p>Si richiama l'attenzione sull'acquisizione di tutta la documentazione necessaria e delle informazioni utili alla definizione dei casi di infortunio <i>in itinere</i>.</p> <p>Tra le possibili anomalie elencate a titolo esemplificativo, viene anche citata “la mancata richiesta sia dei verbali delle Autorità competenti intervenute sul luogo dell'incidente, sia dei referti medici emessi dalle Strutture sanitarie dai quali risulti il tasso alcolemico dell'infortunato, ovvero gli esami tossicologici effettuati nei confronti di quest'ultimo”.</p>
<p>Lettera DCP del 7 novembre 2011</p>	<p>Utilizzo mezzo privato di trasporto (bicicletta) e del servizio di bike-sharing</p> <p>In caso di utilizzo di bicicletta da parte del lavoratore non viene esclusa l'indennizzabilità dell'infortunio <i>in itinere</i> su percorso protetto ed interdetto al traffico dei veicoli a motore. Nel caso di percorso misto, in parte su pista ciclabile, in parte su strada aperta ai veicoli a motore, se l'infortunio avviene in quest'ultimo tratto, deve essere indennizzato solo in presenza delle condizioni che rendano necessitato l'uso della bicicletta. Il servizio di <i>bike-sharing</i> non può essere assimilato al mezzo di trasporto pubblico.</p>
<p>Lettera DCP 17 novembre 2011</p>	<p>Art. 53 TU 1124/1965 – Applicabilità in caso di infortunio <i>in itinere</i> non indennizzabile</p> <p>L'obbligo previsto dall'art. 53 del T.U. di cui al D.P.R. n. 1124/1965 deve essere soddisfatto dal datore di lavoro “a prescindere da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità dell'evento lesivo”.</p>
<p>Lettera DCP del 26 aprile 2012</p>	<p>Infortunio <i>in itinere</i> violazione del codice della strada</p> <p>Si afferma che “l'infortunio <i>in itinere</i> che si sia verificato per il comportamento colposo del lavoratore, a causa della mancata osservanza di norme del codice della strada, possa essere tutelato, salvo che, considerate le circostanze del caso concreto, nel comportamento del lavoratore sia ravvisabile una scelta volontaria e consapevole che configuri l'assunzione di un rischio elettivo, in quanto tale idoneo ad escludere l'indennizzabilità dell'infortunio. Pertanto, nella trattazione dei casi di</p>

	<p><i>tali infortuni in itinere, ciò a cui si deve avere riguardo non è tanto una classificazione delle violazioni del codice della strada in base alla loro astratta gravità, quanto, e piuttosto, la dinamica dell'evento in concreto, al fine di valutare se la violazione costituisca causa efficiente dell'evento lesivo e se la condotta dell'infortunato, che detta violazione ha commesso, sia dovuta a mera distrazione o sia riconducibile, invece, ad una scelta deliberata e volutamente imprudente".</i></p>
<p>Circolare n. 52 del 23 ottobre 2013</p>	<p>Criteria per la trattazione dei casi di infortunio avvenuti in missione e in trasferta Partendo dall'iter logico-argomentativo sviluppato dalla Suprema Corte con la sentenza n. 9211/2003, si chiarisce che <i>"tutti gli eventi occorsi al lavoratore in missione e/o trasferta, dal momento in cui questi lascia la propria abituale dimora fino a quello in cui vi fa rientro, derivanti dal compimento anche degli atti prodromici e strumentali alla prestazione lavorativa, siano indennizzabili quali infortuni avvenuti in occasione di lavoro, in attualità di lavoro, proprio perché condizionati dalla particolare situazione determinata dalla condizione di missione e/o trasferta"</i>.</p>

Allegato 4

21-7-2008

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 169

NUOVA TABELLA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI NELL'INDUSTRIA DI CUI ALL'ART. 3
DEL D.P.R. 1124/1965 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI
(ALL. N. 4 al D.P.R. 1124/1965)

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
1) MALATTIE CAUSATE DA ANTIMONIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) ANEMIA EMOLITICA (D59.8)	Lavorazioni che espongono a stibina.	1 anno
b) PNEUMOCONIOSI NON SCLEROGENA (J63.8)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'antimonio, leghe e composti.	10 anni
c) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ANTIMONIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
2) MALATTIE CAUSATE DA ARSENICO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) ANEMIA EMOLITICA (D59.8)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'idrogeno arsenicale.	1 anno
b) POLINEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'arsenico, leghe e composti.	3 anni
c) DERMOPATIE: CHERATOSI PALMO PLANTARE (L85.1), ULCERE (L98.4), MELANODERMA (L 81.4)		3 anni
d) EPATOPATIA CRONICA (K71)		3 anni
e) CARCINOMA DEL POLMONE (C34)		Illimitato
f) EPITELIOMA CUTANEO (C44)		Illimitato
g) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ARSENICO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
3) MALATTIE CAUSATE DA BERILLIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) GRANULOMATOSI POLMONARE (BERILLIOSI) (J63.2)	Lavorazioni che espongono all'azione del berillio, leghe e composti.	10 anni
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) GRANULOMI CUTANEI (L92.3)		10 anni
d) CARCINOMA DEL POLMONE (C34)		Illimitato
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A BERILLIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		4 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
4) MALATTIE CAUSATE DA CADMIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (J68.4)	Lavorazioni che espongono all'azione del cadmio, leghe e composti.	6 anni
b) NEFROPATIA TUBULARE (N14.3)		3 anni
c) OSTEOMALACIA (M83)		6 anni
d) CARCINOMA DEL POLMONE (C34)		Illimitato
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CADMIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
5) MALATTIE CAUSATE DA CROMO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) ULCERE E PERFORAZIONI DEL SETTO NASALE (J34.8)	Lavorazioni che espongono all'azione del cromo, leghe e composti.	3 anni
b) DERMATITE ULCERATIVA (L98.4)		3 anni
c) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23.0)		6 mesi
d) ASMA BRONCHIALE (J45.0)		18 mesi
e) CARCINOMA DEL POLMONE (C34)	Lavorazioni che espongono all'azione del cromo esavalente.	Illimitato
f) CARCINOMA DEI SENI PARANASALI (C31)	Lavorazioni che espongono all'azione del cromo leghe e composti.	Illimitato
g) CARCINOMA DELLE CAVITA' NASALI (C30)		Illimitato
h) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CROMO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
6) MALATTIE CAUSATE DA MANGANESE, LEGHE E COMPOSTI:		
a) PARKINSONISMO MANGANICO (G21)	Lavorazioni che espongono all'azione del manganese, leghe e composti.	10 anni
b) PSICOSINDROME ORGANICA (F07.9)		4 anni
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A MANGANESE, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		4 anni.
7) MALATTIE CAUSATE DA MERCURIO, AMALGAME E COMPOSTI:		
a) SINDROME CEREBELLARE-EXTRAPIRAMIDALE (tremore, atassia, diplopia) (T56.1)	Lavorazioni che espongono all'azione del mercurio, amalgame e composti.	4 anni
b) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)		4 anni
c) POLINEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)		4 anni
d) NEFROPATIA (N14.3)		4 anni
e) GENGIVOSTOMATITE (K05.1)		1 anno
f) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A MERCURIO, AMALGAME E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		4 anni
8) MALATTIE CAUSATE DA NICHEL, LEGHE E COMPOSTI:		
a) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23.0)	Lavorazioni che espongono all'azione del nichel, leghe e composti.	6 mesi
b) ASMA BRONCHIALE (J45.0)		18 mesi
c) CARCINOMA DEL POLMONE (C34)		Illimitato
d) CARCINOMA DELLE CAVITA' NASALI (C30)		Illimitato
e) CARCINOMA DEI SENI PARANASALI (C31)		Illimitato
f) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A NICHEL, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
9) MALATTIE CAUSATE DA OSMIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'osmio, leghe e composti.	6 mesi
b) CHERATOCONGIUNTIVITE (H16.2)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A OSMIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
10) MALATTIE CAUSATE DA PIOMBO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) NEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)	Lavorazioni che espongono all'azione del piombo, leghe e composti.	4 anni
b) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)		4 anni
c) NEFROPATIA (N14.3)		8 anni
d) ANEMIA SATURNINA (D64)		3 anni
e) COLICA SATURNINA (T56.0)		1 anno
f) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A PIOMBO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		4 anni
11) MALATTIE CAUSATE DA PIOMBO TETRAETILE E TETRAMETILE:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione del piombo tetraetile e tetrametile.	18 mesi
b) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A PIOMBO TETRAETILE E TETRAMETILE (ICD10 DA SPECIFICARE)		18 mesi
12) MALATTIE CAUSATE DA SELENIO, LEGHE E COMPOSTI		
a) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione del selenio, leghe e composti.	6 mesi
b) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)		18 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A SELENIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
13) MALATTIE CAUSATE DA STAGNO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) STANNOSI (J63.5)	Lavorazioni che espongono all'azione dello stagno, leghe e composti.	5 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A STAGNO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
14) MALATTIE CAUSATE DA TALLIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) NEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)	Lavorazioni che espongono all'azione del tallio, leghe e composti.	3 anni
b) ALOPECIA (L63)		6 mesi
c) NEFROPATIA (N14.3)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A TALLIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
15) MALATTIE CAUSATE DA URANIO E COMPOSTI (effetti non radioattivi):		
a) NEFROPATIA TUBULARE (N14.3)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'uranio e composti.	3 anni
b) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A URANIO E COMPOSTI (effetti non radioattivi). (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
16) MALATTIE CAUSATE DA VANADIO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) ASMA BRONCHIALE (J45)	Lavorazioni che espongono all'azione del vanadio, leghe e composti.	18 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A VANADIO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
17) MALATTIE CAUSATE DA ZINCO, LEGHE E COMPOSTI:		
a) PNEUMOCONIOSI BENIGNA (J63.0)	Lavorazioni che espongono all'azione dello steurato di zinco.	5 anni
b) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A ZINCO, LEGHE E COMPOSTI (ICD10 DA SPECIFICARE)	Lavorazioni che espongono all'azione dello zinco leghe e composti.	3 anni
18) MALATTIE CAUSATE DA BROMO E SUOI COMPOSTI INORGANICI:		
a) TRACHEOBRONCHITE (J40)	Lavorazioni che espongono all'azione del bromo e suoi composti inorganici.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ACNE (L70.8)		6 mesi
d) BROMISMO (F13.2)		3 anni
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A BROMO E SUOI COMPOSTI INORGANICI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
19) MALATTIE CAUSATE DA CLORO E SUOI COMPOSTI INORGANICI:		
a) TRACHEOBRONCHITE (J40)	Lavorazioni che espongono all'azione del cloro e suoi composti inorganici.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ACNE (L70.8)		6 mesi
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CLORO E SUOI COMPOSTI INORGANICI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
20) MALATTIE CAUSATE DA IODIO E SUOI COMPOSTI INORGANICI:		
a) TRACHEOBRONCHITE (J40)	Lavorazioni che espongono all'azione dello iodio e suoi composti inorganici.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ACNE (L70.8)		6 mesi
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A IODIO E SUOI COMPOSTI INORGANICI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
21) MALATTIE CAUSATE DA FLUORO E SUOI COMPOSTI INORGANICI:		
a) TRACHEOBRONCHITE (J40)	Lavorazioni che espongono all'azione del fluoro e suoi composti inorganici.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) OSTEOFLUOROSI (M85.1)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A FLUORO E SUOI COMPOSTI INORGANICI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
22) MALATTIE CAUSATE DA OSSIDO DI CARBONIO:		
a) OSSICARBONISMO (T58)	a) Lavorazioni inerenti alla produzione, distribuzione e trattamento industriale dell'ossido di carbonio e di miscele gassose contenenti ossido di carbonio. b) produzione di carbone da legna. c) condotta termica dei forni, delle fornaci, delle fucine e degli apparecchi a combustione in genere, ricottura e sinterizzazione dei metalli. d) seconda lavorazione del vetro. e) lavori di saldatura autogena e taglio dei metalli con arco elettrico e con fiamma ossidrica o ossiacetilenica. f) prova dei motori a combustione interna in ambienti chiusi. g) altre lavorazioni che espongono all'azione dell'ossido di carbonio, svolte in ambiente confinato.	18 mesi
23) MALATTIE CAUSATE DA CLORURO DI CARBONILE O FOSGENE:		
a) EDEMA POLMONARE TARDIVO (J68.1)	Lavorazioni che espongono all'azione del fosgene.	1 mese
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CLORURO DI CARBONILE O FOSGENE (ICD10 DA SPECIFICARE)		18 mesi
24) MALATTIE CAUSATE DA COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO:		
a) NECROSI DEL MASCELLARE (K10.2)	Lavorazioni che espongono all'azione dei composti inorganici del fosforo.	6 anni
b) ALVEOLITI DEL MASCELLARE (K10.3)		6 anni
c) EPATOPATIA TOSSICA (K71)		2 anni
d) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		3 anni
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO (ICD10 DA SPECIFICARE)		6 anni
25) MALATTIE CAUSATE DA COMPOSTI ORGANICI DEL FOSFORO:		
a) POLINEUROPATIA (G62.2)	Lavorazioni che espongono all'azione dei composti organici del fosforo.	3 anni
b) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A COMPOSTI ORGANICI DEL FOSFORO (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
26) MALATTIE CAUSATE DA ACIDO SOLFORICO:		
a) BLEFAROCONGIUNTIVITE (H10.5)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'acido solforico.	1 anno
b) EROSIONI DENTARIE (K03.2)		1 anno
c) BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (J68.4)		6 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ACIDO SOLFORICO (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
27) MALATTIE CAUSATE DA SOLFURO DI CARBONIO:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione del solfuro di carbonio.	3 anni
b) POLINEUROPATIA (G62.2)		3 anni
c) VASCULOPATIA CORONARICA (I25.1)		4 anni
d) VASCULOPATIA CEREBRALE (I67.2)		8 anni
e) VASCULOPATIA ARTI INFERIORI (I70.2)		4 anni
f) NEFROANGIOSCLEROSI (I12.9)		4 anni
g) VASCULOPATIA RETINICA (I70.8)		4 anni
h) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A SOLFURO DI CARBONIO (ICD10 DA SPECIFICARE)		4 anni
28) MALATTIE CAUSATE DA IDROGENO SOLFORATO:		
a) TRACHEOBRONCHITE (J40)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'idrogeno solforato.	6 mesi
b) CONGIUNTIVITE (H10.4)		6 mesi
c) SINDROME NEUROASTENIFORME CON AMNESIA (F48.0)		6 mesi
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A IDROGENO SOLFORATO (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
29) MALATTIE CAUSATE DA n-ESANO E ALTRI IDROCARBURI ALIFATICI LINEARI E CICLICI		
a) POLINEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)	Lavorazioni che espongono all'azione del n-esano.	3 anni
b) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)		3 anni
c) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione del butadiene e miscele che lo contengono.	6 mesi
d) TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO (C82-C96)		Illimitato
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A n-ESANO E ALTRI IDROCARBURI ALIFATICI LINEARI E CICLICI (ICD10 DA SPECIFICARE)	Lavorazioni che espongono all'azione del n-esano e altri idrocarburi alifatici lineari e ciclici.	3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
30) MALATTIE CAUSATE DA ETERE DI PETROLIO:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'etere di petrolio.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) NEFROPATIA (N14.4)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A ETERE DI PETROLIO (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
31) MALATTIE CAUSATE DA ACQUA RAGIA MINERALE (WHITE SPIRIT):		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'acqua ragia minerale.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) NEFROPATIA (N14.4)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ACQUA RAGIA MINERALE (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
32) MALATTIE CAUSATE DA IDROCARBURI AROMATICI MONONUCLEARI:		
a) SINDROME EMOCITOPENICA (D61.2)	Lavorazioni che espongono all'azione del benzene.	3 anni
b) LEUCEMIA MIELOIDE (prevalentemente mieloblastica acuta) (C92)		Illimitato
c) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione degli idrocarburi aromatici mononucleari.	3 anni
d) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A IDROCARBURI AROMATICI MONONUCLEARI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
33) MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE A IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI:		
a) TUMORE DEL POLMONE (C34)	Lavorazioni che espongono a idrocarburi policiclici aromatici comprese: a) produzione di gas dal carbone. b) produzione di coke. c) produzione dell'alluminio. d) fusione del ferro e dell'acciaio. Lavorazioni che espongono a: e) fuliggine. f) peci di catrame di carbone. g) catrame di carbon fossile.	Illimitato
b) EPITELIOMA CUTANEO (C44)	Lavorazioni che espongono a idrocarburi policiclici aromatici comprese: a) produzione ed impiego di pece, catrame e catrame di carbone. b) produzione del coke. c) produzione del gas dal carbone. Lavorazioni che espongono a: d) fuliggine. e) olii di schisti bituminosi. f) olii minerali non trattati o blandamente trattati.	Illimitato
c) TUMORE DELLA VESCICA (C67)	Lavorazioni che espongono a idrocarburi policiclici aromatici comprese: a) Produzione dell'alluminio con processo Sodeberg. b) Produzione ed impiego di pece. c) Produzione di gas dal carbone.	Illimitato
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (ICD10 DA SPECIFICARE).	Lavorazioni che espongono a idrocarburi policiclici aromatici.	3 anni. 6 mesi in caso di dermatiti. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche.

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
34) MALATTIE CAUSATE DAL CLORURO DI VINILE:		
a) ACROOSTEOLISI FALANGI UNGUEALI DELLE MANI E DEI PIEDI (M89.5)	Lavorazioni che espongono all'azione del cloruro di vinile.	3 anni
b) SINDROME RAYNAUD-SIMILE DELLE MANI E DEI PIEDI (I73.0)		3 anni
c) EPATOPATIA FIBROTICA (K71.7)		10 anni
d) ANGIOSARCOMA EPATICO (C22.3)		Illimitato
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CLORURO DI VINILE (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
35) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI (escluso il cloruro di vinile)		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G 92)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati alogenati e/o nitrici degli idrocarburi alifatici saturi e non saturi, ciclici e non ciclici.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) EPATOPATIA TOSSICA (K71)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
36) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI AROMATICI:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati alogenati e/o nitrici degli idrocarburi aromatici.	3 anni
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) EMOPATIA DA METAEMOGLOBINEMIA (D58.2)		1 anno
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI AROMATICI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
37) MALATTIE CAUSATE DA TERPENI:		
a) ASMA BRONCHIALE (J45.0)	Lavorazioni che espongono all'azione di essenza di trementina, limonene e altri terpeni.	18 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A TERPENI (ICD10 DA SPECIFICARE)		18 mesi
38) MALATTIE CAUSATE DA AMINE ALIFATICHE E DERIVATI:		
a) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione delle amine alifatiche e derivati.	6 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ASMA BRONCHIALE (J45.0)		18 mesi
d) LESIONI CORNEALI (H16)	Lavorazioni che espongono all'azione della metilamina.	6 mesi
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD AMINE ALIFATICHE E DERIVATI (ICD10 DA SPECIFICARE)	Lavorazioni che espongono all'azione delle amine alifatiche e derivati.	3 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
39) MALATTIE CAUSATE DA AMINE AROMATICHE E DERIVATI:		
a) EMOPATIA DA METAEMOGLOBINEMIA (D58.2)	Lavorazioni che espongono all'azione delle amine aromatiche e derivati.	1 anno
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ASMA BRONCHIALE (J45.0)		18 mesi
d) TUMORI DELLA VESCICA (C67)	Lavorazioni che espongono alla azione delle amine aromatiche cancerogene comprese: benzidina, 4-aminodifenile, beta-naftilamina, e alla produzione ed impiego di auramina, di magenta, di safranina.	Illimitato
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD AMINE AROMATICHE E DERIVATI (ICD10 DA SPECIFICARE)	Lavorazioni che espongono all'azione delle amine aromatiche e derivati.	3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
40) MALATTIE CAUSATE DA AMMIDI:		
a) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono alle ammidi.	6 mesi
b) NEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)		3 anni
c) EPATOPATIA TOSSICA (K71)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD AMMIDI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
41) MALATTIE CAUSATE DA ACIDO CIANIDRICO, CIANURI, NITRILI, ISOCIANATI:		
a) ASMA BRONCHIALE (J45.0)	Lavorazioni che espongono all'azione degli isocianati e resine poliuretatiche.	18 mesi
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'acido cianidrico, cianuri, nitrili, isocianati e resine poliuretatiche.	6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ACIDO CIANIDRICO, CIANURI, NITRILI, ISOCIANATI (ICD10 DA SPECIFICARE)		3 anni
42) MALATTIE CAUSATE DA CHETONI E DERIVATI ALOGENATI:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dei chetoni e derivati alogenati.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) POLINEUROPATIA PERIFERICA (G62.2)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CHETONI E DERIVATI ALOGENATI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
43) MALATTIE CAUSATE DA ALDEIDI E DERIVATI:		
a) TUMORI DEL NASOFARINGE (C11)	Lavorazioni che espongono a formaldeide.	Illimitato
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)	Lavorazioni che espongono all'azione di aldeidi e derivati.	6 mesi
c) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
d) TRACHEOBRONCHITE (J 42)		6 mesi
e) ASMA BRONCHIALE (J45.0)		18 mesi
f) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ALDEIDI E DERIVATI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
44) MALATTIE CAUSATE DA CHINONI E DERIVATI		
a) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)	Lavorazioni che espongono all'azione di chinoni e derivati.	6 mesi
b) CHERATITE (H16)		1 anno
c) LEUCODERMIA (VITILIGO) (L81.5)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CHINONI E DERIVATI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
45) MALATTIE CAUSATE DA ALCOLI, TIOLI E DERIVATI ALIFATICI E AROMATICI		
a) NEURITE OTTICA (H46)	Lavorazioni che espongono all'azione dell'alcol metilico.	1 anno
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione di alcoli, tioli e derivati alifatici e aromatici.	6 mesi
c) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
d) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)		3 anni
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ALCOLI, TIOLI E DERIVATI ALIFATICI E AROMATICI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
46) MALATTIE NEOPLASTICHE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PER LA PRODUZIONE DI ALCOL ISOPROPILICO:		
a) TUMORI DELLE CAVITA' NASALI (C30)	Lavorazioni che espongono alla produzione di alcol isopropilico con il processo dell'acido forte.	Illimitato
b) TUMORI DEI SENI PARANASALI (C31)		Illimitato
47) MALATTIE CAUSATE DA ETERI E LORO DERIVATI:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione di eteri e loro derivati.	3 anni
b) TUMORI DEL POLMONE (C34)	Lavorazioni che espongono a bisclorometilene e clorometilene.	Illimitato
c) TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO (C82-C96)	Lavorazioni che espongono ad ossido di etilene.	Illimitato
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALL'ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A ETERI E LORO DERIVATI (ICD-10 DA SPECIFICARE)	Lavorazioni che espongono all'azione di eteri e loro derivati.	3 anni. Illimitato in caso di manifestazioni neoplastiche
48) MALATTIE CAUSATE DA ACIDO CARBAMMICO, ACIDO TIOCARBAMMICO, CARBAMMATI, TIOCARBAMMATI:		
a) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione di acido carbammico, carbammati, tiocarbammati.	6 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ACIDO CARBAMMICO, TIOCARBAMMICO, CARBAMMATI, TIOCARBAMMATI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
49) MALATTIE CAUSATE DA ESTERI ORGANICI E DERIVATI:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione di esteri organici e derivati.	3 anni
b) ASMA BRONCHIALE (J45.0)		18 mesi
c) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
d) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ESTERI ORGANICI E DERIVATI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
50) MALATTIE CAUSATE DA ESTERI ORGANICI DELL'ACIDO NITRICO:		
a) CRISI ANGINOSE (I20)	Lavorazioni che espongono all'azione del nitroglicole.	6 mesi
b) CEFALEA VASCOLARE (G44.1)		6 mesi
c) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ESTERI ORGANICI DELL' ACIDO NITRICO (ICD-10 DA SPECIFICARE)	Lavorazioni che espongono all'azione di esteri organici dell'acido nitrico.	3 anni
51) ASMA BRONCHIALE (J45.0) CON LE SUE CONSEGUENZE DIRETTE CAUSATO DAI SEGUENTI AGENTI NON COMPRESI IN ALTRE VOCI:		
a) Polveri e farine di cereali	Trasporto, immagazzinamento e lavorazioni che espongono a polveri e/o farine di cereali.	18 mesi
b) Semi di soia, ricino, caffè verde, carrube	Trasporto, immagazzinamento e utilizzo dei semi di soia, ricino, caffè verde, carrube.	
c) Polveri di legno	Lavorazioni che espongono a polveri di legno allergizzanti.	
d) Enzimi	Lavorazioni che espongono agli enzimi papaina, pepsina, bromelina, pancreatina, subtilisina, tripsina, amilasi.	
e) Lattice	Produzione ed utilizzo di articoli in lattice.	
f) Gomma Arabica	Lavorazioni che espongono alla gomma arabica comprese quelle della industria farmaceutica, dolciaria, cosmetica, tipografica.	
g) Derivati animali: dermici (forfora, peli, piume), liquidi biologici (sangue e urine), escrementi	Allevamento, addestramento, accudienza e custodia di animali. Attività veterinaria. Attività di laboratorio che espongono a derivati animali. Concerie e pelliccerie. Macellazione. Altre lavorazioni che espongono a derivati animali.	
h) Acari (delle derrate e del pollame)	Allevamento e macellazione aviaria, produzione latte-casearia.	
i) Miceti	Lavorazioni che espongono a miceti comprese quelle del legno, delle granaglie, di prodotti alimentari.	
l) Prepolimeri, Oligomeri, catalizzatori della polimerizzazione di resine sintetiche	Produzione ed impiego di resine sintetiche.	
m) Metalli (platino, cobalto, palladio)	Lavorazioni che espongono a platino, cobalto, palladio e composti.	
n) Colofonia	Lavorazioni che espongono a colofonia compresa la microsaldatura e quelle dell' industria dei fiammiferi, della produzione ed impiego di vernici, di colle per carta, di mastice, di gomma.	
o) Persolfati	Lavorazioni che espongono a persolfati comprese quelle dell'industria alimentare, farmaceutica e cosmetica. Produzione ed impiego di agenti sbiancanti.	
p) Farmaci	Esposizione a farmaci (compresi i principi attivi e gli intermedi) ad azione allergizzante nell'industria farmaceutica e nelle attività sanitarie e veterinarie. Produzione ed impiego di mangimi additivati con farmaci.	
q) Anidridi (ftalica, maleica, trimellitica)	Lavorazioni che espongono alle anidridi ftalica, maleica, trimellitica.	

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
52) ALVEOLITE ALLERGICA ESTRINSECA CON O SENZA EVOLUZIONE FIBROTICA (J67) CAUSATA DA:		
a) Actinomiceti termofili	Lavorazioni che espongono ad actinomiceti termofili e miceti, compresa la produzione di carta e cartone, la manutenzione impianti di areazione, la produzione di birra e malto, la produzione di manufatti in legno, la produzione manufatti in sughero, le lavorazioni casearie, la manipolazione e stoccaggio di granaglie, la produzione di zucchero di canna.	3 anni
b) Miceti (aspergilli, penicilli, altri)		
c) Derivati proteici animali		
d) Altri agenti di natura chimica e vegetale che possono causare la alveolite allergica estrinseca		
53) ANTRACOSI (J60)		
	Lavorazioni che espongono a polvere di carbone.	5 anni
54) BARITOSI (J63.8)		
	Lavorazioni che espongono a polvere di bario (barite e simili).	5 anni
55) SIDEROSI (J63.4)		
	Lavorazioni che espongono alla inalazione di ossidi di ferro, molitura, rettificazione di ferro o acciaio.	5 anni
56) PNEUMOCONIOSI DA POLVERI DI PIETRA POMICE (LIPAROSI) (J62.8)		
	Estrazione, trattamento, lavorazione e utilizzo della pomice.	20 anni
57) MALATTIE DA ASBESTO (esclusa l'asbestosi):		
a) PLACCHE E ISPESSIMENTI PLEURICI CON O SENZA ATELETTASIA ROTONDA (J92)	Lavorazioni che espongono all'azione delle fibre di asbesto.	Illimitato
b) MESOTELIOMA PLEURICO (C45.0)		
c) MESOTELIOMA PERICARDICO (C45.2)		
d) MESOTELIOMA PERITONEALE (C45.1)		
e) MESOTELIOMA DELLA TUNICA VAGINALE E DEL TESTICOLO (C45.7)		
f) CARCINOMA POLMONARE (C34)		
58) MALATTIE DA ERIONITE:		
a) PLACCHE E ISPESSIMENTI PLEURICI (J92)	Estrazione e utilizzazione dell'erionite.	Illimitato
b) MESOTELIOMA PLEURICO (C45.0)		Illimitato
c) MESOTELIOMA PERITONEALE (C45.1)		Illimitato
59) PNEUMOCONIOSI DA TALCO (TALCOSI) (J62.0)		
	Estrazione e utilizzazione del talco.	20 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
60) PNEUMOCONIOSI DA MICA (J63.8)		
	Estrazione e utilizzazione della mica.	20 anni
61) PNEUMOCONIOSI DA CAOLINO (J63.8)		
	Estrazione e utilizzazione del caolino.	20 anni
62) PNEUMOCONIOSI DA POLVERI DI SILICATI DEL TIPO ARGILLE (J63.8)		
	Produzione e utilizzo di terre di follone, bentonite, attapulgitte.	20 anni
63) MALATTIE CAUSATE DA POLVERI E FUMI DI ALLUMINIO:		
a) FIBROSI POLMONARE DA POLVERI DI ALLUMINIO (J68.4)	Fabbricazione degli esplosivi con fini polveri di alluminio (polveri "piro").	20 anni
b) PNEUMOCONIOSI BENIGNA (ALLUMINOSI) (J63.0)	Lavorazioni che espongono a polveri e fumi di alluminio.	5 anni
64) MALATTIE CAUSATE DA METALLI DURI (CARBURI METALLICI SINTERIZZATI)		
a) FIBROSI POLMONARE (J68.4)	a) Produzione di oggetti in metallo duro (utensili e mole diamantate). b) Fabbricazione di manufatti metallo-ceramici. c) Affilatura di utensili in metallo duro. d) Manipolazione di materiali in polvere prima della sinterizzazione.	20 anni
65) BISSINOSI (J66.0)		
	Lavorazione delle fibre tessili vegetali allo stato grezzo nelle prime fasi della lavorazione (apertura, mischia, battitura, cardatura).	3 anni
66) BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (J44)		
	a) Lavorazioni di scavo e smarino nel sottosuolo. b) Produzione di soda, potassa caustica, calce viva. c) Insaccamento e travaso del cemento sfuso. d) Estrazione, scavo e trattamento meccanico di rocce silicatiche, calcari e dolomie. e) Lavorazioni dell'industria marnifera, del cemento, dei refrattari, della carta, della gomma, delle smalterie e della calce. f) Lavorazioni che espongono a polveri di feldspati, di cemento, di calcari, dolomie e di altri silicati naturali e artificiali. g) Fusione artigianale e artistica del vetro. h) Lavorazioni che espongono all'ammoniaca. i) Lavorazioni che espongono all'acido nitrico. l) Lavorazioni che espongono all'anidride solforosa. m) Lavorazioni che espongono ad acidi organici, tioacidi, anidridi e loro derivati. n) Lavorazioni che espongono ad ossidi di azoto. o) Lavorazioni industriali che espongono all'ozono. p) Saldatura elettrica, saldatura e taglio all'ossiacetilene.	6 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
67) MALATTIE NEOPLASTICHE CAUSATE DA POLVERI DI LEGNO DURO:		
a) TUMORI DELLE CAVITA' NASALI (C30)	Lavorazioni che espongono a polveri di legno duro.	Illimitato
b) TUMORI DEI SENI PARANASALI (C31)		Illimitato
68) MALATTIE NEOPLASTICHE CAUSATE DA POLVERI DI CUOIO:		
a) TUMORI DELLE CAVITA' NASALI (C30)	Lavorazioni che espongono a polveri di cuoio.	Illimitato
b) TUMORI DEI SENI PARANASALI (C31)		Illimitato
69) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23) CAUSATA DA AGENTI NON COMPRESI IN ALTRE VOCI:		
a) Cemento	Lavori che espongono a cemento.	6 mesi
b) Metalli non compresi in altre voci (cobalto, oro, rame)	Lavorazioni che espongono a cobalto, oro, rame, loro leghe e composti.	
c) Resine naturali (colofonia, gommalacca, lattice, essenza di trementina)	Lavorazioni che espongono a resine naturali e utilizzo di guanti o altri presidi in lattice.	
d) Resine artificiali (epossidiche, fenoliche, fenolfomaldeidiche, acriliche, melaminiche)	Produzione e utilizzo di resine artificiali.	
e) Perossido di benzoile	Lavorazioni che espongono a perossido di benzoile.	
f) Glicole etilenico e propilenico	Lavorazioni che espongono a glicoli (etilenico e propilenico).	
g) Idrazine	Lavorazioni che espongono a idrazine.	
h) Coloranti organici e tinture a base di parafenilendiamina, paratoluendiamina, para-aminofenolo	Lavorazioni che comportano l'utilizzo di coloranti - tinture a base di parafenilendiamina, paratoluendiamina, para-aminofenolo.	
i) Additivi della gomma (ditiocarbammati, mercaptobenzotiazolo, tiurami, esametilentetramina, difenilguanidina, parafenilendiammina e suoi derivati)	Produzione e utilizzo di manufatti in gomma.	
l) Disinfettanti e detergenti	Lavorazioni che espongono a disinfettanti e detergenti.	
m) Chemioterapici, antibiotici	Manipolazione di chemioterapici, antibiotici compresa l'attività degli operatori sanitari.	
n) Derivati di piante e fiori ad azione allergizzante	Lavori che espongono a derivati di piante e fiori.	
o) Fluidi lubrorefrigeranti	Lavorazioni che espongono a fluidi lubrorefrigeranti.	
p) Altri agenti cutisensibilizzanti	Lavorazioni che espongono ad altri agenti cutisensibilizzanti.	
70) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24) CAUSATA DA AGENTI NON COMPRESI IN ALTRE VOCI:		
	Lavorazioni che espongono ad agenti chimici ossidanti, disidratanti, precipitanti, cheratolitici, cheratogenici, delipidizzanti; ad agenti urticanti di origine vegetale o animale; a microtraumatismi.	6 mesi
71) DERMATITE FOLLICOLARE DA OLII MINERALI (L24.1)		
	Lavorazioni che espongono a olii minerali.	6 mesi
72) CLORACNE (L70.8)		
	Lavorazioni che espongono all'azione di composti aromatici alogenati (diossine, cloronaftaline e difenili-policlorurati).	1 anno

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
73) DERMATITE IRRITATIVA O MISTA DA FIBRE DI VETRO (L24)		
	Lavorazioni che espongono a fibre di vetro.	6 mesi
74) DERMATITE IRRITATIVA O MISTA DA MALTA CEMENTIZIA E CALCESTRUZZO (L24)		
	Lavorazioni che espongono a malta cementizia e calcestruzzo.	6 mesi
75) IPOACUSIA DA RUMORE (H83.3)		
	<p>Lavorazioni che espongono a rumore in assenza di efficace isolamento acustico.</p> <p>a) martellatura, cianfrinatura, scriccatura, molatura ed aggiustaggio nella costruzione di caldaie, serbatoi e tubi metallici.</p> <p>b) picchettaggio e disincrostazione di contenitori metallici: vasche, cisterne, serbatoi, gasometri.</p> <p>c) martellatura, molatura, ribattitura di materiali metallici (lamiere, chiodi, altri).</p> <p>d) punzonatura o tranciatura alle presse di materiali metallici.</p> <p>e) prova al banco dei motori a combustione interna.</p> <p>f) prova dei motori a reazione e a turboelica.</p> <p>g) frantumazione o macinazione ai frantoi, molini e macchine a pestelli di: minerali o rocce, clincker per la produzione di cemento, resine sintetiche per la loro riutilizzazione.</p> <p>h) fabbricazioni alle presse di chiodi, viti e bulloni.</p> <p>i) filatura, torcitura e ritorcitura di filati; tessitura ai telai a navetta</p> <p>j) taglio di marmi o pietre ornamentali con dischi di acciaio o con telaio multilame.</p> <p>k) perforazioni con martelli pneumatici.</p> <p>l) avvitatura con avvitatori pneumatici a percussione.</p> <p>m) conduzioni di forni elettrici ad arco.</p> <p>n) formatura e distaffatura in fonderia con macchine vibranti.</p> <p>o) sbavatura in fonderia con mole.</p> <p>p) formatura di materiale metallico, mediante fucinatura e stampaggio.</p> <p>q) lavorazione meccanica del legno con impiego di seghe circolari, seghe a nastro, piallatrici e toupies.</p> <p>r) lavori in galleria con mezzi meccanici ad aria compressa.</p> <p>s) stampaggio di vetro cavo.</p> <p>t) prova di armi da fuoco.</p> <p>u) conduzioni delle riempitrici automatiche per l'imbottigliamento in vetro o l'imbarattolamento in metallo.</p> <p>v) addetti alla conduzione dei motori in sala macchine a bordo delle navi.</p> <p>w) Altre lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano una esposizione personale, giornaliera o settimanale, a livelli di rumore superiori a 80 dB(A).</p>	4 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
76) MALATTIE CAUSATE DA VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO:		
a) SINDROME DI RAYNAUD SECONDARIA dita mani (I73.01)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano l'impiego di utensili, attrezzature, macchine ed apparecchi che trasmettono vibrazioni al sistema mano-braccio.	1 anno
b) OSTEOARTROPATIE (POLSO, GOMITO, SPALLA) (M19.2)		4 anni
c) NEUROPATIE PERIFERICHE (n.mediano e ulnare) (G56.0)		4 anni
77) ERNIA DISCALE LOMBARE (M51.2)		
	a) Lavorazioni svolte in modo non occasionale con macchine che espongono a vibrazioni trasmesse 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.	1 anno
78) MALATTIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DELL'ARTO SUPERIORE:		
a) TENDINITE DEL SOVRASPINOSO (M75.1)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano a carico della spalla movimenti ripetuti, mantenimento prolungato di posture incongrue.	2 anni
b) TENDINITE DEL CAPOLUNGO BICIPITE (M75.2)		2 anni
c) TENDINITE CALCIFICA (MORBO DI DUPLAY) (M75.3)		4 anni
d) BORSITE (M75.5)		2 anni
e) EPICONDILITE (M77.0)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano movimenti ripetuti dell'avambraccio, e/o azioni di presa della mano con uso di forza.	2 anni
f) EPITROCLEITE (M77.1)		2 anni
g) BORSITE OLECRANICA (M70.2)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano un appoggio prolungato sulla faccia posteriore del gomito.	2 anni
h) TENDINITI E PERITENDINITI FLESSORI/ESTENSORI (POLSO-DITA) (M65.8)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano movimenti ripetuti e/o azioni di presa e/o posture incongrue della mano e delle singole dita.	1 anno
i) SINDROME DI DE QUERVAIN (M65.4)		1 anno
l) SINDROME DEL TUNNEL CARPALE (G56.0) ALTRE	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano movimenti ripetuti o prolungati del polso o di prensione della mano, mantenimento di posture incongrue, compressione prolungata o impatti ripetuti sulla regione del carpo.	2 anni
79) MALATTIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEL GINOCCHIO:		
a) BORSITE (M70.4)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, con appoggio prolungato sul ginocchio.	2 anni
b) TENDINOPATIA DEL QUADRICIPITE FEMORALE (M76.8)	Lavorazioni svolte in modo non occasionale con movimenti ripetuti di estensione o flessione del ginocchio e/o mantenimento di posture incongrue.	2 anni
c) MENISGOPATIA DEGENERATIVA (M23.3)		2 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
80) MALATTIE CAUSATE DA LAVORI SUBACQUEI ED IN CAMERE IPERBARICHE:		
a) OTOPATIE BAROTRAUMATICHE (T70.0)	Lavori subacquei ed in camere iperbariche.	3 anni
b) SINUSOPATIE BAROTRAUMATICHE (T70.1)		3 anni
c) OSTEOARTROPATIE (MALATTIA DEI CASSONI, MALATTIA DEI PALOMBARI) (M90.3)		10 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A LAVORI SUBACQUEI ED IN CAMERE IPERBARICHE (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
81) MALATTIE CAUSATE DA RADIAZIONI IONIZZANTI:		
a) RADIODERMITE (L58)	Lavorazioni che espongono alle radiazioni ionizzanti.	1 anno
b) OPACITA' DEL CRISTALLINO (H26.9)		2 anni
c) SINDROME EMOCITOPENICA (D61.2)		5 anni
d) TUMORI SOLIDI (C97)		Illimitato
e) TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO (C96.9)		Illimitato
f) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A RADIAZIONI IONIZZANTI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		5 anni
82) MALATTIE CAUSATE DA RADIAZIONE LASER:		
a) LESIONI RETINICHE (H35.9)	Lavorazioni che comportano l'esposizione a radiazione laser.	2 anni
b) LESIONI DELLA CORNEA (H18.9)		2 anni
c) OPACITA' DEL CRISTALLINO (H26.9)		2 anni
d) OPACITA' DEL CORPO VITREO (H43.3)		2 anni
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A RADIAZIONI LASER (ICD-10 DA SPECIFICARE)		2 anni
83) MALATTIE CAUSATE DALLE RADIAZIONI INFRAROSSE:		
a) OPACITA' DEL CRISTALLINO (H26.9)	Lavorazioni di fusione del vetro e dei metalli.	2 anni
b) ERITEMA PERMANENTE (L59.0)	Lavorazioni su masse incandescenti.	2 anni
84) MALATTIE CAUSATE DALLE RADIAZIONI U.V. COMPRESSE LE RADIAZIONI SOLARI:		
a) CHERATOSI ATTINICHE (L57.0)	Lavorazioni che espongono alle radiazioni UV. Lavorazioni che espongono alle radiazioni solari presso stabilimenti balneari, a bordo di navi, in cantieri di edilizia stradale, in cave e miniere a cielo aperto.	2 anni
b) EPITELIOMI CUTANEI DELLE SEDI FOTOESPOSTE (C44)		Illimitato
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE ALLE RADIAZIONI U.V. COMPRESSE LE RADIAZIONI SOLARI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		2 anni Illimitato in caso di malattie neoplastiche
85) MALATTIE CAUSATE DALL'ANCYLOSTOMA DUODENALIS:		
a) ANCHILOSTOMIASI (B76.0)	Lavori di scavo e di bonifica in terreni irrigui e argillosi. Manutenzione degli impianti fognari e di depurazione delle acque di scarico.	3 anni

**NUOVA TABELLA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI NELL'AGRICOLTURA DI CUI
ALL'ART. 211 DEL D.P.R. 1124/1965 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI
(ALL. N. 5 AL D.P.R. 1124/1965)**

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
1) MALATTIE DA ARSENICO E COMPOSTI:		
a) CARCINOMA DEL POLMONE (C34)	Lavorazioni che espongono ad arsenico e composti.	Illimitato
b) EPITELIOMI CUTANEI (C44)		Illimitato
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD ARSENICO E COMPOSTI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni. Illimitato in caso di malattie neoplastiche
2) MALATTIE CAUSATE DA COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO:		
a) EPATOPATIA TOSSICA (K71)	Lavorazioni che espongono all'azione dei composti inorganici del fosforo.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
3) MALATTIE CAUSATE DA COMPOSTI ORGANICI DEL FOSFORO:		
a) POLINEUROPATIA (G62.2)	Lavorazioni che espongono all'azione dei composti organici del fosforo.	3 anni
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A COMPOSTI ORGANICI DEL FOSFORO (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
4) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI ALOGENATI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati alogenati degli idrocarburi alifatici.	3 anni
b) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A DERIVATI ALOGENATI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
5) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI DEL BENZENE ED OMOLOGHI:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati del benzene ed omologhi.	3 anni
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A DERIVATI DEL BENZENE ED OMOLOGHI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
6) MALATTIE CAUSATE DA COMPOSTI DEL RAME:		
a) PNEUMOPATIA GRANULOMATOSA (I70)	Lavorazioni che espongono all'azione di composti del rame.	3 anni
b) EPATOPATIA GRANULOMATOSA (K 71.8)		3 anni
c) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)		6 mesi
d) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
e) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A COMPOSTI DEL RAME (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
7) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI DELL'ACIDO CARBAMMICO E TIOCARBAMMICO:		
a) SINDROME PARKINSONIANA (G21)	Lavorazioni che espongono all'azione del etilenbisditiocarbammato di manganese.	10 anni
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati dell'acido carbammico e tiocarbammico.	6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE ALL'ACIDO CARBAMMICO E TIOCARBAMMICO (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
8) MALATTIE CAUSATE DA COMPOSTI ORGANICI DELLO STAGNO:		
a) ENCEFALOPATIA TOSSICA (G92)	Lavorazioni che espongono all'azione dei composti organici dello stagno.	3 anni
b) EPATOPATIA GRANULOMATOSA (K 71.8)		3 anni
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A COMPOSTI ORGANICI DELLO STAGNO (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
9) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI DELL'ACIDO FTALICO E FTALIMIDE:		
a) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati dell'acido ftalico e della ftalimide.	6 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A DERIVATI DELL'ACIDO FTALICO E FTALIMIDE (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
10) MALATTIE CAUSATE DA DERIVATI DEL DIPIRIDILE:		
a) FIBROSI POLMONARE (J68.4)	Lavorazioni che espongono all'azione del paraquat.	3 anni
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)	Lavorazioni che espongono all'azione dei derivati del dipiridile.	6 mesi
c) NEFROPATIA TOSSICA (N14.4)		3 anni
d) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A DERIVATI DEL DIPIRIDILE (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
11) MALATTIE DA FORMALDEIDE:		
a) ASMA BRONCHIALE ALLERGICO (J45.0)	Lavorazioni di disinfezione in zootecnia che espongono a formaldeide.	18 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
12) MALATTIE CAUSATE DA ZOLFO E ANIDRIDE SOLFOROSA:		
a) BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (J44)	Lavorazioni che espongono all'azione dello zolfo e dell'anidride solforosa.	6 anni
b) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A ZOLFO E ANIDRIDE SOLFOROSA (ICD-10 DA SPECIFICARE)		3 anni
13) MALATTIE CAUSATE DA OLII MINERALI:		
a) DERMATITE FOLLICOLARE (L24.1)	Lavorazioni che espongono all'azione degli olii minerali.	6 mesi
b) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23)		6 mesi
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD OLII MINERALI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		6 mesi. Illimitato in caso di malattie neoplastiche
14) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (L23) CAUSATA DA:		
a) derivati degli arilsolfoni	Lavorazioni che espongono ad arilsolfoni.	6 mesi
b) derivati delle diazine e delle triazine	Lavorazioni che espongono a diazine e triazine.	
c) composti azotati	Lavorazioni che espongono a composti azotati.	
d) cianocomposti	Lavorazioni che espongono a cianocomposti.	
e) chinoni	Lavorazioni che espongono a chinoni.	
f) additivi per mangimi: antibiotici, sulfamidici, antielmintici	Lavorazioni che espongono ad additivi per mangimi in zootecnia.	
g) conservanti, stabilizzanti ed emulsionanti per mangimi	Lavorazioni che espongono a conservanti, stabilizzanti ed emulsificanti per mangimi in zootecnia (acido etilendiaminotetracetico, potassio meta bisolfito, glicole polietilenico, altri).	
h) cera d'api, propoli	Lavorazioni di apicoltura.	
i) derivati di piante e fiori (primula, crisantemi, gerani, tulipani)	Lavorazioni di floricoltura.	
l) composti organici di origine vegetale (piretroidi, rotenone, benzoato di benzile)	Lavorazioni che espongono a piretroidi, rotenone, benzoato di benzile.	

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
15) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (L24) CAUSATA DA:		
a) polisolfuro di calcio o di sodio	Lavorazioni che espongono a polisolfuro di calcio o di sodio.	6 mesi
b) derivati clorurati dell'acido benzoico	Lavorazioni che espongono a acido diclorometossibenzoico.	
c) composti azotati	Lavorazioni che espongono a composti azotati.	
16) CLORACNE (L70.8) CAUSATA DA:		
a) derivati clorurati del fenolo e omologhi	Lavorazioni che espongono a derivati clorurati del fenolo e omologhi.	1 anno
b) derivati clorurati dei composti ammidici (3,4-diclorofenilpropionamide)	Lavorazioni che espongono a derivati clorurati dei composti ammidici (3,4-diclorofenilpropionamide).	
c) fenossi derivati	Lavorazioni che espongono a fenossi derivati.	
17) ASMA BRONCHIALE (J45.0) CAUSATO DA:		
a) Polveri di granaglie	Lavorazioni che espongono a polveri di granaglie compreso l'immagazzinamento e la molitura dei cereali.	18 mesi
b) Semi di cotone, lino, soia, ricino, girasole	Lavorazioni che espongono a semi di cotone, lino, soia, ricino, girasole compresa la raccolta e l'immagazzinamento di semi.	
c) Pollini da coltivazioni di graminacee, oleacee composite (girasole)	Lavorazioni che espongono a pollini da coltivazioni di graminacee, oleacee composite comprese le coltivazioni di cereali, dell'olivo e del girasole.	
d) Spore fungine (alternaria, cladosporium, aspergilli, penicilli)	Lavorazioni che espongono a alternaria, cladosporium, aspergilli, penicilli.	
e) Acari (del pollame e delle derrate)	Allevamento di pollame. Produzione latte-casearia.	
f) Derivati dermici (forfora, peli, piume), deiezioni animali	Allevamento di animali.	
18) ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE CON O SENZA EVOLUZIONE FIBROTICA (J67) CAUSATE DA:		
a) Spore di actinomiceti termofili	Lavorazioni che espongono ad actinomiceti termofili.	3 anni
b) Miceti (aspergilli, penicilli, altri)	Lavorazioni che espongono a miceti.	
c) Derivati proteici (aviari, suini, bovini)	Allevamento di uccelli, volatili da cortile, suini, bovini.	

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
19) MALATTIE CAUSATE DA RADIAZIONI SOLARI:		
a) CHERATOSI ATTINICHE (L57.0)	Lavorazioni svolte prevalentemente all'aperto.	2 anni
b) EPITELIOMI CUTANEI DELLE SEDI FOTOESPOSTE (C44)		Illimitato
c) ALTRE MALATTIE CAUSATE DALLA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE ALLE RADIAZIONI SOLARI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		2 anni. Illimitato in caso di malattie neoplastiche
20) IPOACUSIA DA RUMORE (H83.3)		
	Lavorazioni forestali nelle quali si impiegano, in modo non occasionale, motoseghe portatili prive di efficaci sistemi di insonorizzazione. Altre lavorazioni, svolte in modo non occasionale che comportano l'esposizione personale professionale, quotidiana o settimanale, a livelli di rumore superiori a 80 dB(A).	4 anni
21) MALATTIE CAUSATE DA VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO:		
a) SINDROME DI RAYNAUD SECONDARIA (I73.01)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano l'impiego di utensili, attrezzature, macchine ed apparecchi che trasmettono vibrazioni al sistema mano-braccio.	1 anno
b) OSTEOARTROPATIE DEL POLSO, DEL GOMITO, DELLA SPALLA (M19.2)		4 anni
c) NEUROPATIE PERIFERICHE DEL NERVO MEDIANO E ULNARE (G56.0)		4 anni
22) ERNIA DISCALE LOMBARE (M51.2)		
	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, con macchine che espongono a vibrazioni trasmesse al corpo intero: trattori, mietitrebbia, vendemmiatrice semovente. Lavorazioni di movimentazione manuale dei carichi svolte in modo non occasionale in assenza di ausili efficaci.	1 anno
23) MALATTIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI:		
a) TENDINITE DELLA SPALLA, DEL GOMITO, DEL POLSO, DELLA MANO (M75)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano movimenti ripetuti, mantenimento di posture incongrue e impegno di forza.	1 anno
b) SINDROME DEL TUNNEL CARPALE (G56.0)		2 anni
c) ALTRE MALATTIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI (ICD-10 DA SPECIFICARE)		1 anno

MALATTIE (ICD-10)	LAVORAZIONI	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
24) MALATTIE CUSATE DALL'ANCYLOSTOMA DUODENALIS:		
a) ANCHILOSTOMIASI (B76.0)	Raccolta del riso, della canna da zucchero.	3 anni

08A05160

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 10 giugno 2014

Approvazione dell'aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali e' 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. (14A06940)

(GU n.212 del 12-9-2014)

IL MINISTRO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Visto l'art. 139 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965 n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni.

Visto l'art. 10, comma 1, del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, che prevede la costituzione di una Commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco delle malattie di cui all'art. 139, oltre che delle tabelle di cui agli artt. 3 e 211 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965 n. 1124.

Visto l'art. 10, comma 4, del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, che, tra l'altro, prevede che gli aggiornamenti dell'elenco di cui al citato art. 139 sono effettuati, con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale su proposta della Commissione scientifica sopra richiamata.

Visto il decreto ministeriale 19 febbraio 2010 e successive integrazioni e modificazioni di ricostituzione della Commissione scientifica.

Visto il decreto ministeriale 11 dicembre 2009, concernente «Elenco delle malattie per le quali e' obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965 n. 1124».

Viste la delibera e l'allegata relazione della Commissione scientifica, assunte in data 28 aprile 2014, concernenti la proposta di aggiornamento e revisione dell'elenco delle malattie di cui all'art. 139 del testo unico, approvato con il decreto ministeriale 11 dicembre 2009.

Considerato che la Commissione Scientifica, come indicato nella citata delibera e nella relativa relazione tecnica, ha ritenuto di dover procedere all'aggiornamento dell'elenco con riferimento ai

14/9/2014

*** ATTO COMPLETO ***

codici ICD10 e alle malattie relative ad alcuni agenti.

Decreta:

Art. 1

E' approvato, nel testo allegato al presente decreto di cui forma parte integrante, l'aggiornamento dell'elenco delle malattie di cui al decreto ministeriale dell'11 dicembre 2009 per le quali e' obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965 n. 1124.

Art. 2

L'aggiornamento dell'elenco riguarda esclusivamente, in tutte le tre liste, il gruppo 6 «tumori professionali» e il gruppo 2 «malattie da agenti fisici» con riferimento alle sole patologie muscolo scheletriche.

Il presente decreto sara' trasmesso alla Corte dei Conti per il visto e la registrazione e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali www.lavoro.gov.it nella sezione pubblicita' legale.

Roma, 10 giugno 2014

Il Ministro: Poletti

Registrato alla Corte dei conti il 28 luglio 2014
Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro, foglio n. 3004

Allegato

Parte di provvedimento in formato grafico

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

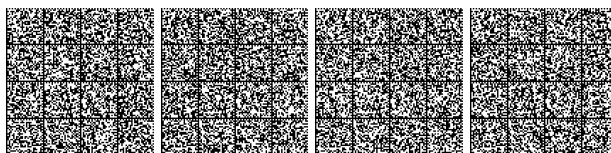
Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modifiche e integrazioni

LISTA I - MALATTIE LA CUI ORIGINE LAVORATIVA È DI ELEVATA PROBABILITÀ

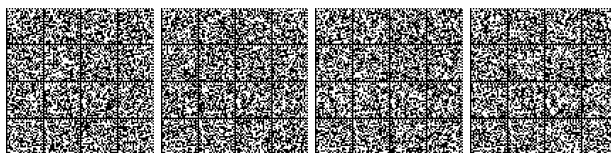
LISTA I			
GRUPPO I - MALATTIE DA AGENTI CHIMICI ESCLUSI I TUMORI IN QUANTO RIPORTATI NEL GRUPPO 6			
AGENTI	MALATTIE	CODICE(#) IDENTIFICATIVO	
<i>METALLI, loro leghe, amalgame, composti inorganici e organici</i>			
01	ANTIMONIO leghe e composti	PNEUMOCONIOSI NON SCLEROGENA ANEMIA EMOLITICA (iduro di antimonio o sifbina) TRACHEOBRONCHITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.01. I.1.01. I.1.01. I.1.01. I.1.01. I.1.01.
02	ARSENICO leghe e composti	CONGIUNTIVITE RINITE PERFORAZIONE SETTO NASALE EPATOPATIA CRONICA ANEMIA EMOLITICA POLINEUROPATIA PERIFERICA <i>DERMOPATIE:</i> CHERATOSI PALMO-PLANTARE ULCERE MELANODERMA	I.1.02. I.1.02. I.1.02. I.1.02. I.1.02. I.1.02. I.1.02. I.1.02. I.1.02. I.1.02. I.1.02. I.1.02.
03	BERILLIO leghe e composti	TRACHEOBRONCHITE GRANULOMATOSI POLMONARE (BERILLIOSI) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO GRANULOMI CUTANEI ULCERE CUTANEE	I.1.03. I.1.03. I.1.03. I.1.03. I.1.03. I.1.03.



04	CADMIO leghe e composti	RINITE ATROFICA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA NEFROPATIA OSTEOMALACIA	I.1.04. I.1.04. I.1.04. I.1.04.	J31.0 J44 N14.3 M83
05	CROMO leghe e composti	ULCERE E PERFORAZIONI DEL SETTO NASALE DERMATITE UL CERATIVA DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO ASMA BRONCHIALE	I.1.05. I.1.05. I.1.05. I.1.05.	J34.8 L98.4 L23.0 J45.0
06	MANGANESE leghe e composti	PARKINSONISMO MANGANICO PSICOSINDROME ORGANICA	I.1.06. I.1.06.	G21 F07.9
07	MERCURIO amalgame	SINDROME CEREBELLARE-EXTRAPIRAMIDALE (tremore, atassia, diplopia) ENCEFALOPATIA TOSSICA POLINEUROPATIA PERIFERICA NEFROPATIA GENGIVOSTOMATITE	I.1.07. I.1.07. I.1.07. I.1.07. I.1.07.	T56.1 G92 G62.2 N14.3 K05.1
08	NICHEL leghe e composti	DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO ASMA BRONCHIALE	I.1.08. I.1.08.	L23.0 J45.0
09	OSMIO leghe e composti	DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO CHERATOCONGIUNTIVITE TRACHEOBRONCHITE	I.1.09. I.1.09. I.1.09.	L24 H16.2 J40
10	PIOMBO leghe e composti	ORLETTO GENGIVALE DI BURTON GASTRODUODENITE COLICA SATURNINA POLINEUROPATIA PERIFERICA ENCEFALOPATIA NEFROPATIA ANEMIA	I.1.10. I.1.10. I.1.10. I.1.10. I.1.10. I.1.10. I.1.10.	T56.0 K29.9 T56.0 G62.2 G92 N14.3 D64
11	RAME leghe e composti	CONGIUNTIVITE RINITE ASMA BRONCHIALE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO GRANULOMATOSI POLMONARE (solfato di rame) EPATOPATIA GRANULOMATOSA	I.1.11. I.1.11. I.1.11. I.1.11. I.1.11. I.1.11. I.1.11.	H10.4 J31.0 J45.0 L24 L23 J70 K71.8

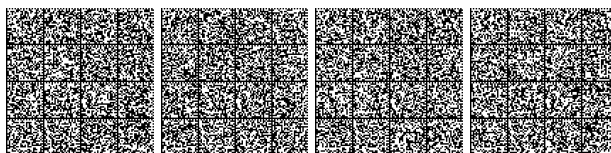


12	SELENIO leghe e composti	BRONCHITE IRRITATIVA DERMATITE ENCEFALOPATIA TOSSICA	I.1.12. I.1.12. I.1.12.	J40 L25 G92
13	STAGNO leghe e composti	STANNOSI DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.13. I.1.13.	J63.5 L24
14	TALLIO leghe e composti	NEUROPATIA PERIFERICA GASTROENTERITE ALOPECIA EPATOPATIA NEFROPATIA	I.1.14. I.1.14. I.1.14. I.1.14. I.1.14.	G62.2 K52.1 L63 K71 N14.3
15	URANIO e composti (effetti non radioattivi)	NEFROPATIA	I.1.15.	N14.3
16	VANADIO leghe e composti	TRACHEOBRONCHITE ASMA BRONCHIALE FIBROSI POLMONARE CONGIUNTIVITE DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	I.1.16. I.1.16. I.1.16. I.1.16. I.1.16.	J40 J45.0 J63 H10.4 L23
17	ZINCO leghe e composti	BRONCHITE PNEUMOCONIOSI BENIGNA (stearato di zinco) FEBBRE DA FUMI METALLICI	I.1.17. I.1.17. I.1.17.	J40 J63.8 T56.5
<i>ALOGENI e loro composti inorganici</i>				
18	BROMO, CLORO, IODIO	TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO ACNE BROMISMO	I.1.18. I.1.18. I.1.18. I.1.18. I.1.18.	J40 H10.4 L24 L70.8 F13.2
19	FLUORO E COMPOSTI INORGANICI	TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO OSTEOFLOROSIS ANEMIA	I.1.19. I.1.19. I.1.19. I.1.19. I.1.19.	J40 H10.4 L24 M85.1 D64

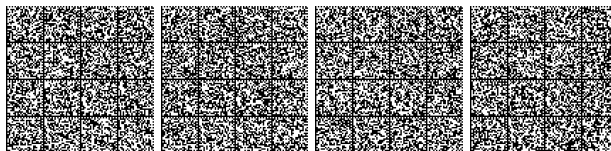


COMPOSTI INORGANICI DELL'AZOTO, CARBONIO, ZOLFO E FOSFORO	
20	COMPOSTI INORGANICI DELL'AZOTO (ossido di azoto, acido nitrico, ammoniaca)
21	OSSIDO DI CARBONIO
22	CLORURO DI CARBONILE O FOSGENE
23	COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO
24	ZOLFO, POLISOLFURI (polisolfuro di bario, di calcio, di sodio)
25	ANIDRIDE SOLFOROSA
26	ACIDO SOLFORICO
27	SOLFURO DI CARBONIO

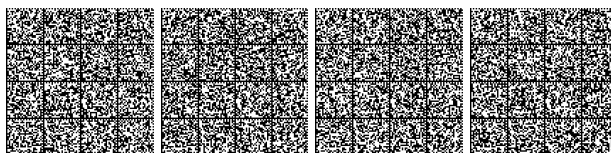
TRACHEOBRONCHITE	I.1.20.	J40
CONGIUNTIVITE	I.1.20.	H10.4
OSSICARBONISMO: VERTIGINI, ASTENIA, CEFALEA, TURBE CARDIACHE DEL RITMO E DELLA CONDUZIONE	I.1.21.	T58
(SEQUELE NEUROLOGICHE E CARDIACHE D'INTOSSICAZIONI ACUTE)		
TRACHEOBRONCHITE	I.1.22.	J40
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.22.	L24
EDEMA POLMONARE TARDIVO	I.1.22.	J68.1
MIOCARDITE	I.1.23.	I51.4
NECROSI DEL MASCELLARE	I.1.23.	K10.2
ALVEOLITI DEL MASCELLARE	I.1.23.	K10.3
TRACHEOBRONCHITE	I.1.23.	J40
EPATOPATIA	I.1.23.	K71
NEFROPATIA	I.1.23.	N14.4
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.23.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.24.	L24
CONGIUNTIVITE	I.1.24.	H10.4
TRACHEOBRONCHITE	I.1.25.	J40
CONGIUNTIVITE	I.1.25.	H10.4
BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	I.1.25.	J44
BLEFAROCONGIUNTIVITE	I.1.26.	H10.5
ODONTOPATIE	I.1.26.	K03.2
PERIODONTOPATIE	I.1.26.	K05.5
BRONCHITE	I.1.26.	J40
RADS (SINDROME DA DISFUNZIONE REATTIVA DELLE VIE AEREE)	I.1.26.	J68.3
PSICOSINDROME ORGANICA	I.1.27.	F07.9
POLINEUROPATIA SENSITIVA MOTORIA ARTI INFERIORI	I.1.27.	G62.2
ARTERIOSCLEROSI DISTRETTO CORONARICO	I.1.27.	I25.1
ARTERIOSCLEROSI DISTRETTO CEREBRALE	I.1.27.	I67.2
ARTERIOSCLEROSI ARTERIE ARTI INFERIORI	I.1.27.	I70.2
ARTERIOSCLEROSI DISTRETTO RENALE	I.1.27.	I12.9
ARTERIOSCLEROSI DISTRETTO RETINICO	I.1.27.	I70.8
IPERTENSIONE ARTERIOSA	I.1.27.	I10



28	IDROGENO SOLFORATO	TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE SINDROME NEUROASTENIFORME CON AMNESIA	I.1.28. I.1.28. I.1.28.	J40 H10.4 F48.0
<i>IDROCARBURI ALIFATICI E AROMATICI</i>				
29	N-ESANO	POLINEUROPATIA PERIFERICA ENCEFALOPATIA TOSSICA	I.1.29. I.1.29.	G62.2 G92
30	BUTADIENE	TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.30. I.1.30. I.1.30.	J40 H10.4 L24
31	ETERE DI PETROLIO WHITE SPIRIT	DEPRESSIONE SISTEMA NERVOSO CENTRALE TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO NEFROPATIA	I.1.31. I.1.31. I.1.31. I.1.31. I.1.31.	F18 J40 H10.4 L24 N14.4
32	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI Diclorometano, triclorometano (cloroformio), tetraclorometano (tetracloruro di carbonio), diclorometano, triclorometano, dibromoetano, dicloroetilene, tricloroetilene (trielina), tetra- cloroetilene (percloroetilene)	ENCEFALOPATIA (trielina) TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO EPATOPATIA TOSSICA NEFROPATIA POLINEUROPATIA PERIFERICA	I.1.32. I.1.32. I.1.32. I.1.32. I.1.32. I.1.32. I.1.32.	G92 J40 H10.4 L24 K71 N14.4 G62.2
33	DICLOROACETILENE	TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.33. I.1.33. I.1.33.	J40 H10.4 L24
34	CLORURO DI VINILE	FIBROSI POLMONARE ACROSTEOlisi (FALANGI UNGUEALI) SINDROME RAYNAUD SIMILE EPATOPATIA FIBROTICA	I.1.34. I.1.34. I.1.34. I.1.34.	J68.4 M89.5 I73.0 K74.0
35	BENZENE	PANCITOPENIA DI TIPO IPOIGENERATIVO	I.1.35.	D61.2
36	TOLUENE	PSICOSINDROME ORGANICA	I.1.36.	F07.9
37	XILENE	PSICOSINDROME ORGANICA TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.37. I.1.37. I.1.37. I.1.37.	F07.9 J40 H10.4 L24



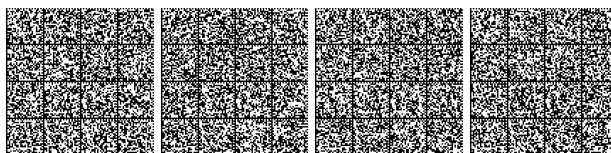
38	STIRENE		PSICOSINDROME ORGANICA NEUROPATIA PERIFERICA TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.38. I.1.38. I.1.38. I.1.38. I.1.38.	F07.9 G62.2 J40 H10.4 L24
39	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEL BENZENE Monoclorobenzene, diclorobenzene, dinitroclorobenzene, esaclorobenzene		PSICOSINDROME ORGANICA EPATOPATIA DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (dinitroclorobenzene) PORFIRIA TOSSICA (esaclorobenzene)	I.1.39. I.1.39. I.1.39. I.1.39.	F07.9 K71 L23 E80.2
40	IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (IPA) MISCELE (catrame, bitumi, pece, fuliggine, olii minerali, olii e fluidi da taglio, olio di creosoto)		DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO DERMATITE FOLLICOLARE ACNEIFORME (oli minerali)	I.1.40. I.1.40. I.1.40.	L24 L23 L24.1
41	TERPENI (essenza di trementina, limonene, altri)		TRACHEOBRONCHITE ASMA BRONCHIALE DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	I.1.41. I.1.41. I.1.41.	J40 J45.0 L23
42	FENOLO, TIOFENOLO, NAFTAOLO, NAFTOLO E LORO OMOLOGHI E DERIVATI ALOGENATI, NITRICI, SOLFORICI E FOSFORATI		TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.42. I.1.42. I.1.42.	J40 H10.4 L24
43	AMINE ALIFATICHE primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche e derivati (etilendiammina, trietilentetramina, nitrosammina, metilammina, altri)		DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO ASMA BRONCHIALE CONGIUNTIVITE LESIONI CORNEALI (metilammina)	I.1.43. I.1.43. I.1.43. I.1.43. I.1.43.	L24 L23 J45.0 H10.4 H16
44	AMINE AROMATICHE primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche, e loro derivati (amilina, parafenilendiammina (PFD), beta-naftilammina, 4-amindifenile, benzidina, altri)		ASMA BRONCHIALE (PFD) METAEMOGLOBINEMIA ANEMIA EMOLITICA DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO CISTITE EMORRAGICA	I.1.44. I.1.44. I.1.44. I.1.44. I.1.44.	J45.0 D74.8 D59 L23 N30.9
45	AMMIDI (Dimetilformammide, dimetilacetammide, acrilammide, altri)		TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO EPATOPATIA NEUROPATIA PERIFERICA (acrilammide)	I.1.45. I.1.45. I.1.45. I.1.45. I.1.45.	J40 H10.4 L24 K71 G62.2



46	ACIDO CIANIDRICO, CIANURI, NITRILI (acrilonitrile, altri)	SEQUELE NEUROLOGICHE DI INTOSSICAZIONI ACUTE: SINDROME PARKINSONIANA SINDROMI CEREBELLOSPASTICHE QUADRI EPILETTICI TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.46. I.1.46. I.1.46. I.1.46. I.1.46. I.1.46.	G21 R26.1 G40.1 J40 H10.4 L24
47	OZONO, OZONURI E PEROSSIDI	TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE	I.1.47. I.1.47.	J40 H10.4
48	CETONI e derivati alogenati (acetone, metilbutilchetone (MBK), altri)	TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO NEUROPATIA PERIFERICA (metilbutilchetone) ENCEFALOPATIA TOSSICA	I.1.48. I.1.48. I.1.48. I.1.48. I.1.48.	J40 H10.4 L24 G62.2 G92
49	ALDEIDI e derivati (formaldeide, glutaraldeide, altri)	TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO ASMA BRONCHIALE DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	I.1.49. I.1.49. I.1.49. I.1.49. I.1.49.	J40 H10.4 L24 J45.0 L23
50	DIISOCIANATI (toluendiisocianato (TDI), difenilmetanodisocianato (MDI), esametilendiisocianato (HDI), naftalendiisocianato (NDI), altri)	ASMA BRONCHIALE TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.50. I.1.50. I.1.50. I.1.50.	J45.0 J40 H10.4 L24
51	CHINONI e derivati (idrochinone, benzochinone, altri)	DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO DEPIGMENTAZIONE CONGIUNTIVITE CHERATITE	I.1.51. I.1.51. I.1.51. I.1.51.	L23 L81.9 H10.4 H16
52	ALCOLI e derivati (alcol metilico, alcol butilico, alcol isopropilico, altri)	DEPRESSIONE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE NEURITE OTTICA (a. metilico) TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.1.52. I.1.52. I.1.52. I.1.52. I.1.52.	F18 H46 J40 H10.4 L24



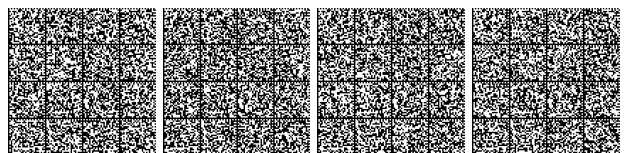
53	GLICOLI e derivati (glicole etilenico, glicole dietilenico, metilcellosolve, cellosolve, altri)	TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE NISTAGMO OSSALURIA ANEMIA MACROCITICA (metice _l osolve) TREMORE (INTOSSICAZIONE ACUTA) ATASSIA (INTOSSICAZIONE ACUTA)	I.1.53. I.1.53. I.1.53. I.1.53. I.1.53. I.1.53. I.1.53.	J40 H10.4 H55 E74.8 D52.9 G25.2 R26.0
54	ETERI e derivati (etere etilico, clorometilene (CMME) bisclorometilene (BCME), altri)	CONGIUNTIVITE PSICOSINDROME ORGANICA	I.1.54. I.1.54.	H10.4 F07.9
55	ACIDI ORGANICI ALIFATICI, AROMATICI, TIO-ACIDI E LORO DERIVATI (acido carbammico, acido tiocarbammico, carbammati, tiocarbammati, acido formico, acido acetico, acido tricloroacetico, acido tioglicolico, altri)	TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO GOZZO (ditiocarbammati) EPATOPATIA	I.1.55. I.1.55. I.1.55. I.1.55. I.1.55. I.1.55.	J40 H10.4 L24 L23 E04.9 K71
56	ANIDRIDI e derivati (anidride maleica, anidride trimellitica, anidride ftalica, altre)	TRACHEOBRONCHITE ASMA BRONCHIALE	I.1.56. I.1.56.	J40 J45.0
57	COMPOSTI ORGANICI DEL FOSFORO	POLINEUROPATIA	I.1.57.	G62.2
58	ESTERI ORGANICI e derivati (acetato di amile, acetato di butile, acetato di etile, acetato di propile, butilftalato, metacrilato di metile, altri)	DEPRESSIONE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC) NEUROPATIA PERIFERICA SENSITIVA (metacrilato di metile) TRACHEOBRONCHITE CONGIUNTIVITE ASMA BRONCHIALE (metacrilato di metile) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (metacrilato di metile) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (metacrilato di metile)	I.1.58. I.1.58. I.1.58. I.1.58. I.1.58. I.1.58. I.1.58.	F18 G62.2 J40 H10.4 J45.0 L24 L23
59	ESTERI ORGANICI DELL'ACIDO NITRICO (nitroglicole, nitroglicerina, nitrocellulosa, altri)	CEFALEA VASCOLARE CRISIANGINESE (NITROGLICOLE) DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO ULCERE SOTTOUNGUEALI	I.1.59. I.1.59. I.1.59. I.1.59.	G44.1 I20 L23 L60.8



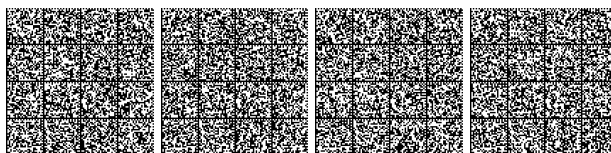
LISTA I			
GRUPPO 2 - MALATTIE DA AGENTI FISICI ESCLUSI I TUMORI IN QUANTO RIPORTATI NEL GRUPPO 6			
AGENTI	MALATTIE	CODICE(#) IDENTIFICATIVO	
01	RUMORE OTOLESIVO	I.2.01.	H83.3
	02	VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO	I.2.02.
OSTEOARTROPATIE (POLSO, GOMITO, SPALLA)		I.2.02.	M19 ^A
SINDROME DEL TUNNEL CARPALE		I.2.02.	G56.0
ALTRE NEUROPATIE DEGLI ARTI SUPERIORI		I.2.02.	G56
TENDINITI-TENOSINOVITI MANO-POLSO		I.2.02.	M65.8
TENDINITE DEL TRATTO LOMBALE		I.2.03.	M47.8
03	MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI ESEGUITA CON CONTINUITÀ DURANTE IL TURNO LAVORATIVO	I.2.03.	M51.2
	04	<i>SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DELLA SPALLA:</i>	
TENDINITE DEL SOVRASPINOSO (o tendinite cuffia rotatori)		I.2.04.	M75.1
TENDINITE CAPOLUNGO BICIPITE		I.2.04.	M75.2
TENDINITE CALCIFICA (MORBO DI DUPLOY)		I.2.04.	M75.3
BORSITE		I.2.04.	M75.5
<i>SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEL GOMITO:</i>			
EPICONDILITE		I.2.04.	M77.0
EPTROCLEITE		I.2.04.	M77.1
BORSITE OLECRANICA		I.2.04.	M70.2
<i>SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO POLSO-MANO:</i>			
05	TENDINITI FLESSORI/ESTENSORI (POLSO-DITA)	I.2.04.	M65.8
	SINDROME DI DE QUERVAIN	I.2.04.	M65.4
	DITO A SCATTO	I.2.04.	M65.3
	SINDROME DEL TUNNEL CARPALE	I.2.04.	G56.0
	BORSITE	I.2.05.	M70.4
	TENDINOPATIA DEL QUADRICIPITE FEMORALE	I.2.05.	M76.8
06	MENISCOPATIA DEGENERATIVA	I.2.05.	M23.3
	OTOPATIE BAROTRAUMATICHE	I.2.06.	T70.0
	SINUSOPATIE BAROTRAUMATICHE	I.2.06.	T70.1
	EMBOLIE GASSOSE DA DECOMPRESSIONE	I.2.06.	T70.3
	OSTEOARTROPATIE (MALATTIA DEI CASSONI, MALATTIA DEI PALOMBARI)	I.2.06.	M90.3



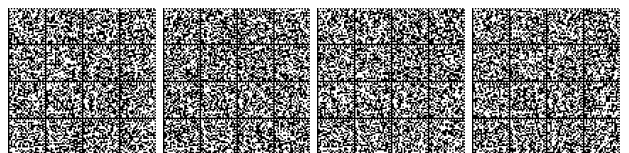
07	RADIAZIONI IONIZZANTI	RADIODERMITE	I.2.07.	L58
		OPACITÀ DEL CRISTALLINO	I.2.07.	H26.9
		ANEMIA IPORIGENERATIVA	I.2.07.	D61.9
		PIASTRINOPENIA	I.2.07.	T66
		LEUCOPENIA	I.2.07.	D70
		PANCIOPENIA	I.2.07.	D69.5
		INFERTILITÀ TEMPORANEA O PERMANENTE MASCHILE	I.2.07.	N46
		CHERATOSI ATTINICHE	I.2.08.	L57.0
		LESIONI RETINICHE	I.2.09.	H35.9
		LESIONI DELLA CORNEA	I.2.09.	H18.9
09	LASER	OPACITÀ DEL CRISTALLINO	I.2.09.	H26.9
		OPACITÀ DEL CORPO VITREO	I.2.09.	H43.3
		OPACITÀ DEL CRISTALLINO	I.2.10.	H26.9
		ERITEMA PERMANENTE	I.2.10.	L59.0
10	RADIAZIONI INFRAROSSE	OPACITÀ DEL CRISTALLINO	I.2.10.	H26.9
		ERITEMA PERMANENTE	I.2.10.	L59.0
11	RADIOFREQUENZE, MICROONDE	OPACITÀ DEL CRISTALLINO	I.2.11.	H26.9
		INFERTILITÀ MASCHILE TEMPORANEA	I.2.11.	N46
12	VIBRAZIONI TRASMESSE AL CORPO INTERO PER LE ATTIVITÀ GUIDA DI AUTOMEZZI PESANTI E CONDUZIONE DI MEZZI MECCANICI [^]	ERNIA DISCALE LOMBAR [^]	I.2.12. [^]	M51.2 [^]



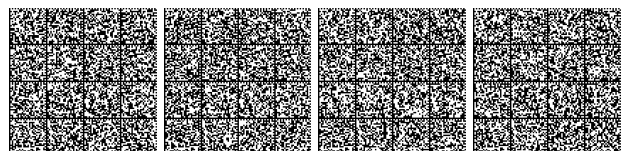
LISTA I			
GRUPPO 3 - MALATTIE DA AGENTI BIOLOGICI ESCLUSI I TUMORI IN QUANTO RIPORTATI NEL GRUPPO 6			
AGENTI	MALATTIE	CODICE(#) IDENTIFICATIVO	
BATTERIE E ORGANISMI SIMILI			
01	CLOSTRIDIUM TETANI	TETANO	I.3.01. A35
02	BRUCELLA (melitensis, abortus, suis, canis)	BRUCELLOSE NELLE VARIE FORME CLINICHE	I.3.02. A23
03	MICOBATTERI TUBERCOLARI TIPICI E ATIPICI	TUBERCOLOSI DEL POLMONE TUBERCOLOSI DI ALTRI ORGANI/APPARATI	I.3.03. A15 I.3.03. A18
04	MICOBATTERIO DELLA LEBBRA	LEBBRA	I.3.04. A30
05	STREPTOCOCCUS SUIIS	MENINGITE SETTICEMIA E LORO COMPLICANZE	I.3.05. G00.2 I.3.05. A40.8
06	BACILLO DELL'ANTRACE	CARBONCHIO CUTANEO, POLMONARE E GASTROENTERICO	I.3.06. J60
07	RICKETTSIE	FEBBRE Q RICKETTSIOSI NELLE VARIE FORME CLINICHE	I.3.07. A78 I.3.07. A79
08	NEISSERIA (meningitidis)	MENINGITE	I.3.08. G01
09	SALMONELLA	SALMONELLOSI	I.3.09. A01
10	LISTERIA	LISTERIOSI (LOCALIZZATA E SISTEMICA)	I.3.10. A32
11	ERYSPELOTHRIX RHUSIOPATHIAE	ERISPELOIDE NELLE VARIE FORME CLINICHE (MAL ROSSINO O MALATTIE DEI PESCIVENDOLI)	I.3.11. A26
12	FRANCISELLA TULARENSIS	TULAREMIA NELLE VARIE FORME CLINICHE	I.3.12. A21
13	CHLAMYDIA TRACHOMATIS	TRACOMA	I.3.13. A71
14	CHLAMYDIA PSITTACI	ORNITOSI (PSITTACOSI) E SUE COMPLICAZIONI	I.3.14. A70
15	BORRELLIA	MALATTIA DI LYME NELLE VARIE FORME CLINICHE (PRECOCI E TARDIVE)	I.3.15. A69.2
16	LEPTOSPIRE	LEPTOSIPIROSI	I.3.16. A27
17	YERSINIA PESTIS	PESTE NELLE VARIE FORME CLINICHE	I.3.17. A20
VIUS			
18	VIRUS EPATITE "A"	EPATITE ACUTA "A"	I.3.18. B15
19	VIRUS EPATITE "B"	EPATITE ACUTA "B" EPATITE CRONICA "B"	I.3.19. B16 I.3.19. B18.1
20	VIRUS EPATITE "C"	EPATITE ACUTA "C" EPATITE CRONICA "C" CRIOGLOBULINEMIA MISTA ALTRE SEQUELE	I.3.20. B17.1 I.3.20. B18.2 I.3.20. D89.1 I.3.20. B94.2



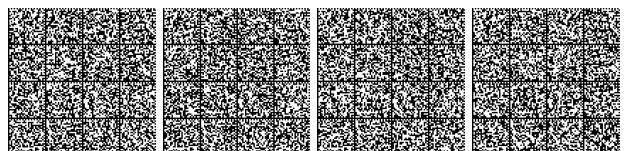
21	VIRUS HIV	SINDROME DA IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (AIDS)	I.3.21.	B24
22	VIRUS DELLA RABBIA	RABBIA	I.3.22.	A82
23	ARENAVIRUS	FEBBRE EMORRAGICA	I.3.23.	A96
24	ALTRI VIRUS DELLA FEBBRE EMORRAGICA	FEBBRE EMORRAGICA	I.3.24.	A98
25	PAPILLOMA VIRUS	VERRUCHE CUTANEE	I.3.25.	B07
26	AGENTI ASSOCIATI CON LE ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI	I.3.26.	A81.0
<i>PARASSITI</i>				
27	ANCYLOSTOMA DUODENALIS	ANCHILOSTOMIASI	I.3.27.	B76.0
28	ECHINOCOCCUS GRANULOSUS	IDATIDIOSI	I.3.28.	B67
29	ENTAMOEBE HISTOLYTICA	AMEBIASI INTESTINALE E ASCESUALE	I.3.29.	A06
30	GIARDIA (LAMBLIA)	GIARDIASI (LAMBLIASI)	I.3.30.	A07.1
31	PLASMODIUM FALCIPARUM	MALARIA	I.3.31.	B50
32	PLASMODIUM VIVAX	MALARIA	I.3.32.	B51
33	PLASMODIUM MALARIAE	MALARIA	I.3.33.	B52
34	PLASMODIUM OVALE	MALARIA	I.3.34.	B53.0
35	SCHISTOSOMI	SCHISTOSOMIASI	I.3.35.	B65
36	LEISHMANIA	LEISHMANIOSI	I.3.36.	B55
<i>MICETI (FUNGHI)</i>				
37	ASPERGILLUS FUMIGATUS	ASPERGILLOSI BRONCO POLMONARE ALLERGICA	I.3.37.	B44.0
		ASPERGILLOMA	I.3.37.	B44
		ASPERGILLOSI SISTEMICA	I.3.37.	B44.7
38	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS (o FILOBASIDIELLA NEOFORMANS)	CRIPTOCOCCOSI	I.3.38.	B45
<i>ARTROPODI</i>				
39	SARCOPTES SCABIEI	SCABBIA	I.3.39.	B86



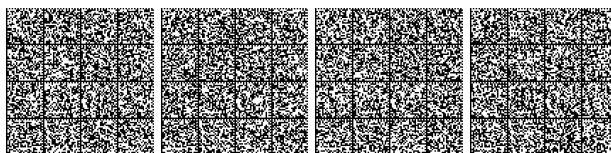
GRUPPO 4 - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO NON COMPRESI IN ALTRE VOCI ESCLUSI I TUMORI IN QUANTO RIPORTATI NEL GRUPPO 6			
LISTA I			
AGENTI	MALATTIE	CODICE(%) IDENTIFICATIVO	
01 SILICE LIBERA CRISTALLINA	SILICOSI POLMONARE	I.4.01.	J62.8
02 POLVERI MISTE A BASSO CONTENUTO IN SILICE LIBERA CRISTALLINA	<i>PNEUMOCONIOSI FIBROGENE:</i>		
	PNEUMOCONIOSI DEI MINATORI DI CARBONE	I.4.02.	J60
	SIDEROSILICOSI, LIPAROSI, ALTRE	I.4.02.	J62.8
03 ASBESTO	ASBESTOSI POLMONARE	I.4.03.	J61
	PLACCHE E/O ISPESSEMENTI DELLA PLEURA	I.4.03.	J92
<i>ALTRI SILICATI:</i>			
04 TALCO	TALCOSI	I.4.04.	J62.0
05 CAOLINO	CAOLINOSI	I.4.05.	J63.8
06 MICHE, BENTONITE, ALTRI	PNEUMOCONIOSI FIBROGENA	I.4.06.	J63.8
<i>POLVERI INERTI:</i>			
07 CARBONE PURO, GRAFITE PURA	ANTRACOSI	I.4.07.	J60
08 OSSIDI DI FERRO	SIDEROSI	I.4.08.	J63.4
09 BARIO	BARITOSI	I.4.09.	J63.8
10 STAGNO	STANNOSI	I.4.10.	J63.5
11 ALTRE	ALTRE PNEUMOCONIOSI DA ACCUMULO	I.4.11.	J63
12 CEMENTO, CALCE, GESSO, CALCE, ALTRE POLVERI	BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	I.4.12.	J44
<i>ALTRI AGENTI:</i>			
13 ALLUMINIO	ALLUMINOSI	I.4.13.	J63.0
14 CARBURI METALLICI SINTERIZZATI (METALLI DURI)	FIBROSII POLMONARE	I.4.14.	J68.4
15 FUMI E GAS DI SALDATURA	BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	I.4.15.	J44
<i>FIBRE TESSILI VEGETALI:</i>			
16 COTONE	BISSINOSI	I.4.16.	J66.0
17 CANAPA, JUTA, SISAL	ALTRE BRONCOPNEUMOPATIE DA FIBRE TESSILI	I.4.17.	J66.8
<i>FIBRE ARTIFICIALI (M.M.F.):</i>			
18 FIBRE MINERALI (lana di roccia e lana di scoria)	TRACHEOBRONCHITE	I.4.18.	J40
19 FIBRE VETROSE	TRACHEOBRONCHITE	I.4.19.	J40



AGENTI A PREVALENTE MECCANISMO IMMUNO-ALLERGICO CAUSA DI ASMA BRONCHIALE			
20	<p><i>DI ORIGINE VEGETALE:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - POLVERI E FARINE DI CEREALI - SEMI (soia, grano saraceno, ricino, caffè verde) - POLVERI DI LEGNO - ENZIMI (papaina, pepsina, bromelina) - LATTICE - ALTRI 	<p>ASMA BRONCHIALE</p> <p>-----</p> <p>RINITE</p> <p>-----</p> <p>CONGIUNTIVITE</p> <p>-----</p>	<p>I.4.20</p> <p>-----</p> <p>I.4.20</p> <p>-----</p> <p>I.4.20</p> <p>-----</p> <p>J45.0</p> <p>-----</p> <p>J30.4</p> <p>-----</p> <p>H10.1</p> <p>-----</p>
21	<p><i>DI ORIGINE ANIMALE:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - DERIVATI DERMICI (forfora, peli, piume) - LIQUIDI BIOLOGICI (sangue e urine) ED EScrementI - ACARI (delle derrate, del pollame) - ENZIMI (pancreatina, subtilisima, tripsina) - ALTRI 	<p>ASMA BRONCHIALE</p> <p>-----</p> <p>RINITE</p> <p>-----</p> <p>CONGIUNTIVITE</p> <p>-----</p>	<p>I.4.21</p> <p>-----</p> <p>I.4.21</p> <p>-----</p> <p>I.4.21</p> <p>-----</p> <p>J45.0</p> <p>-----</p> <p>J30.4</p> <p>-----</p> <p>H10.1</p> <p>-----</p>
22	<p><i>MICETI:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ALTERNARIA - ASPERGILLI - PENICILLI - ALTRI 	<p>ASMA BRONCHIALE</p> <p>-----</p> <p>RINITE</p> <p>-----</p> <p>CONGIUNTIVITE</p> <p>-----</p>	<p>I.4.22</p> <p>-----</p> <p>I.4.22</p> <p>-----</p> <p>I.4.22</p> <p>-----</p> <p>J45.0</p> <p>-----</p> <p>J30.4</p> <p>-----</p> <p>H10.1</p> <p>-----</p>
23	<p><i>AGENTI CHIMICI:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - DIISOCIANATI (TDI MDI) - SALI DI PLATINO - COLOFONIA - PERSOLFATI - ALTRI AGENTI CLASSIFICATI R42 	<p>ASMA BRONCHIALE</p>	<p>I.4.23</p> <p>-----</p> <p>J45.0</p> <p>-----</p>
AGENTI A PREVALENTE MECCANISMO IMMUNO-ALLERGICO CAUSATI ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE			
24	ACTINOMICETI TERMOFILI	POLMONE DEL CONTADINO	I.4.24.
25	ALTRI MICETI	ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE CON O SENZA EVOLUZIONE FIBROTICA	I.4.25.
26	PROTEINE AVIARIE (siero e deiezioni di piccioni e tacchini)	ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE CON O SENZA EVOLUZIONE FIBROTICA	I.4.26.



LISTA I			
GRUPPO 5 - MALATTIE DELLA PELLE ESCLUSI I TUMORI IN QUANTO RIPORTATI NEL GRUPPO 6			
AGENTI	MALATTIE	CODICE(#) IDENTIFICATIVO	
01	SOSTANZE E PREPARATI SCIENTIFICAMENTE RICONOSCIUTI COME ALLERGIZZANTI O IRRITANTI PRESENTI NELL'AMBIENTE DI LAVORO	DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (DAC) DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (DIC) ORTICARIA DA CONTATTO E ALTRE REAZIONI DA CONTATTO IMMEDIATE	I.5.01. L23 I.5.01. L24 I.5.01. L50.6
02	COMPOSTI FOTOATTIVI	DERMATITI ESOGENE DI NATURA FOTOALLERGICA E/O FOTOTOSSICA	I.5.02. L56
03	OLII MINERALI	DERMATITE FOLLICOLARE	I.5.03. L24.1
04	FIBRE LANA DI VETRO	DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	I.5.04. L24
05	DIOSSINA E COMPOSTI AROMATICI POLIALOGENATI	CLORACNE	I.5.05. L70.8
06	RADIAZIONI IONIZZANTI	RADIODERMITI	I.5.06. L58
07	RADIAZIONI SOLARI	CHERATOSI ATTINICHE	I.5.07. L57.0
08	RADIAZIONI UV	CHERATOSI ATTINICHE	I.5.08. L57.0
09	RADIAZIONI INFRAROSSE	ERITEMA PERMANENTE	I.5.09. L59.0



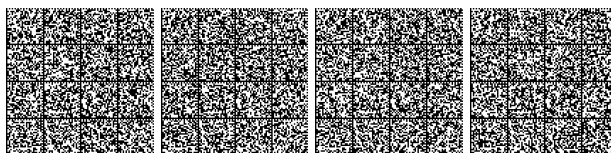
LISTA I GRUPPO 6 - TUMORI PROFESSIONALI			MALATTIE	CODICE(#) IDENTIFICATIVO
AGENTI				
01	AMMINE AROMATICHE [4-4'metilenebis(2)cloroanilina (MOCA), benzidina 2-naftilamina, ortotolidina e pigmenti metabolizzati a benzidina, 4-aminodifenile e loro Sali] ^		TUMORE DELLA VESCICA	I.1.44. C67
02	ARSENICO e composti		TUMORE DELLA CUTE TUMORE DEL POLMONE TUMORE DELLA VESCICA ^	I.1.02. I.1.02. I.6.02.^ C44 C34 C67^
03	ASBESTO e altri minerali contenenti fibre di asbesto ^		MESOTELIOMA PLEURICO MESOTELIOMA PERICARDICO MESOTELIOMA PERITONEALE MESOTELIOMA TUNICA VAGINALE DEL TESTICOLO TUMORE DEL POLMONE TUMORE DELLA LARINGE ^ TUMORE DELL'OVAIO ^	I.4.03. I.6.03. I.6.03. I.6.03. I.4.03. I.6.03.^ I.6.03.^ C45.0 C45.2 C45.1 C45.7 C34 C32^ C56^
04	BENZENE		LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA ^ LEUCEMIA MIELOIDE SUBACUTA ^ LEUCEMIA PROMIELOCITICA ^ LEUCEMIA ACUTA MONOCITICA ^ LEUCEMIA ACUTA MIELOMONOCITICA ^ LEUCEMIA MONOCITICA SUBACUTA ^ ERITREMIA ED ERITROLEUCEMIA ACUTA ^ ALTRE LEUCEMIE ACUTE NON LINFATICHE ^	I.6.04.^ I.6.04.^ I.6.04.^ I.6.04.^ I.6.04.^ I.6.04.^ I.6.04.^ I.6.04.^ C92.0^ C92.2^ C92.4^ C93.0^ C92.5^ C93.2^ C94.0^ C94.2-C94.5^
05	BERILLIO e composti		TUMORE DEL POLMONE	I.1.03. C34
06	BISCLOROMETILETERE E CLOROMETILETERE		TUMORE DEL POLMONE	I.1.54. C34
07	CADMIO e composti		TUMORE DEL POLMONE	I.1.04. C34
08	CLORURO DI VINILE		ANGIOSARCOMA EPATICO EPATOCARCINOMA ^	I.1.34. I.6.08^ C22.3 C22.0^
09	CROMO (composti esavalenti)		TUMORE DEL POLMONE	I.1.05. C34
10	FIBRE ASBESTIFORMI (erionite, fluoro-edenite) ^		MESOTELIOMA PLEURICO MESOTELIOMA PERITONEALE ^	I.6.10. I.6.10.^ C45.0 C45.1^



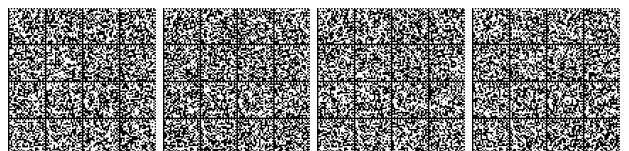
11	COMPOSTI DEL NICHEL	TUMORE DEL POLMONE TUMORE DELLE CAVITÀ NASALI TUMORE DEI SENI PARANASALI	I.1.08. I.6.11. I.1.08.	C34 C30.0 [^] C31
14	2,3,7,8-TETRACLORO-DIBENZO-PARA-DIOSSINA	TUMORE DEL POLMONE SARCOMA DEI TESSUTI MOLLI LINFOMA NON HODGKIN	I.6.14. I.6.14. I.6.14.	C34 C49 C82-C85
15	RADIAZIONI IONIZZANTI	TUMORI DEL SISTEMA EMOLINPOIETICO esclusa la LEUCEMIA LINFATICA CRONICA [^] TUMORE DEL POLMONE [^] TUMORE DELLE GHIANDOLE SALIVARI [^] TUMORE DELL'ESOFAGO [^] TUMORE DELLO STOMACO [^] TUMORE DEL COLON-RETTO [^] TUMORE DELLE OSSA [^] TUMORE DELL'ENCEFALO [^] TUMORE DELLA MAMMELLA [^] TUMORE DEL RENE [^] TUMORE DELLA VESCICA [^] TUMORE DELLA TIROIDE [^]	I.2.07. [^] I.6.15. [^] I.6.15. [^] I.6.15. [^] I.6.15. [^] I.6.15. [^] I.6.15. [^] I.6.15. [^] I.6.15. [^] I.6.15. [^] I.6.15. [^] I.6.15. [^] I.6.15. [^]	C82-C91.0 C91.2-C95 [^] C34 [^] C07-C08 [^] C15 [^] C16 [^] C18-C20 [^] C40-C41 [^] C71 [^] C50 [^] C64 [^] C67 [^] C73 [^]
16	RADIAZIONI SOLARI	EPITELIOMA CUTANEO DELLE SEDI FOTIESPOSTE	I.5.07.	C44
17	RADON E SUOI PRODOTTI DEL DECADIMENTO	TUMORE DEL POLMONE	I.6.17.	C34
18	HBV [^]	EPATOCARCINOMA	I.6.18.	C22.0
19	HCV [^]	EPATOCARCINOMA LINFOMA NON HODGKIN LINEA CELLULARE B [^]	I.6.19. I.6.19. [^]	C22.0 C82 [^]
20	HIV Tipo I [^]	SARCOMA DI KAPOSI	I.6.20.	C46
39	1,3- BUTADIENE; BUTANO e ISOBUTANO contenenti > 0,1% di Butadiene	LINFOMA NON HODGKIN	I.6.20.	C82-C85
40	FORMALDEIDE	TUMORI DEL SISTEMA EMOLINPOIETICO	I.6.39.	C82-C96
41	IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI: miscele contenenti IPA cancerogeni (tipicamente Benzo [A] pirene) [^]	TUMORE DEL NASOFARINGE LEUCEMIA MIELOIDE [^] TUMORE DELLA CUTI TUMORE DEL POLMONE TUMORE DELLA VESCICA	I.6.40. I.6.40. [^] I.6.41. I.6.41. I.6.41.	C11 C92 [^] C44 C34 C67
42	SILICE LIBERA CRISTALLINA in forma di quarzo e cristobalite [^]	TUMORE DEL POLMONE [^]	I.6.42.	C34



		MISCELE		
21	FULIGGINE		TUMORE DELLA CUTE	I.6.21. C44
			TUMORE DEL POLMONE	I.6.21. C34
22	OLII DI SCIISTI BITUMINOSI [^]		TUMORE DELLA CUTE	I.6.22. C44
23	OLII MINERALI NON TRATTATI O BLANDAMENTE TRATTATI		TUMORE DELLA CUTE	I.6.23. C44
24	PECE DI CATRAME DI CARBONE E CATRAME DI CARBONE		TUMORE DELLA CUTE	I.6.24. C44
			TUMORE DEL POLMONE	I.6.24. C34
25	POLVERI DI LEGNO [^]		TUMORE DELLE CAVITÀ NASALI	I.6.25. C30.0 [^]
			TUMORE DEI SENI PARANASALI	I.6.25. C31
			TUMORE DEL NASOFARINGE [^]	I.6.25. C11 [^]
		LAVORAZIONI/ESPOSIZIONI		
26	ESPOSIZIONI A NEBBIE DI ACIDI INORGANICI FORTI, CONTENENTI ACIDO SOLFORICO		TUMORE DELLA LARINGE	I.6.26. C32
29	FONDERIE DEL FERRO E DELL'ACCIAIO [^]		TUMORE DEL POLMONE	I.6.29. C34
30	INDUSTRIA DELLA GOMMA		TUMORE DEL POLMONE [^]	I.6.30. C34 [^]
			TUMORE DELLA VESCICA	I.6.30. C67
			TUMORE DELLO STOMACO [^]	I.6.30. C16 [^]
			LEUCEMIE	I.6.30. C91-C95
			LINFOMA (compreso il mieloma multiplo) [^]	I.6.30. C82-C85 C90 [^]
31	PRODUZIONE DELL'ALCOOL ISOPROPILICO (PROCESSO DELL'ACIDO FORTE)		TUMORE DELLE CAVITÀ NASALI	I.6.31. C30.0 [^]
			TUMORE DEI SENI PARANASALI	I.6.31. C31
32	PRODUZIONE DELL'ALLUMINIO		TUMORE DEL POLMONE	I.6.32. C34
			TUMORE DELLA VESCICA	I.6.32. C67
33	PRODUZIONE DELL'AURAMINA		TUMORE DELLA VESCICA	I.6.33. C67
34	PRODUZIONE DEL COKE		TUMORE DEL POLMONE	I.6.34. C34
35	PRODUZIONE DEL GAS DAL CARBONE		TUMORE DEL POLMONE	I.6.35. C34
36	PRODUZIONE DI MAGENTA		TUMORE DELLA VESCICA	I.6.36. C67
38	ATTIVITÀ DEL VERNICIATORE		TUMORE DEL POLMONE	I.6.38. C34
			TUMORE DELLA VESCICA	I.6.38. C67
43	DISTILLAZIONE DEL CATRAME DI CARBONE (COAL TAR DISTILLATION)		TUMORE DELLA CUTE	I.6.43. C44
44	FUMO PASSIVO (attività lavorative che espongono a fumo passivo)		TUMORE DEL POLMONE	I.6.44. C34
45	AFLATOSSINA B1 [^]		EPATOCARCINOMA [^]	I.6.45. C22.0 [^]



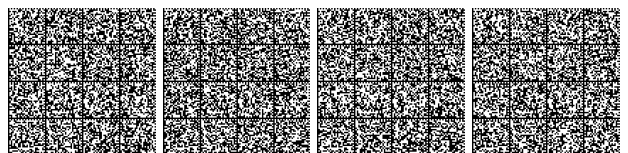
46	ATTIVITÀ DI SALDATURA [^]	MELANOMA OCULARE [^]	I.6.46. [^]	C69.9 [^]
47	EMISSIONI DI MOTORI DIESEL [^]	TUMORE DEL POLMONE [^]	I.6.47. [^]	C34 [^]
48	IPRITE [^]	TUMORE DEL POLMONE [^]	I.6.48. [^]	C34 [^]
		TUMORE DELLA LARINGE [^]	I.6.48. [^]	C32 [^]
49	POLICLOROBIFENILI come miscele sia diossino-simili sia non diossino-simili [^]	MELANOMA CUTANEO [^]	I.6.49. [^]	C43 [^]
50	POLVERI DI CUOIO [^]	TUMORE DELLE CAVITÀ NASALI [^]	I.6.50. [^]	C30.0 [^]
		TUMORE DEI SENI PARANASALI [^]	I.6.50. [^]	C31 [^]
51	TRICLOROETILENE [^]	TUMORE DEL RENE [^]	I.6.51. [^]	C64 [^]



LISTA II - MALATTIE LA CUI ORIGINE LAVORATIVA È DI LIMITATA PROBABILITÀ

LISTA II		
GRUPPO 1 - MALATTIE DA AGENTI CHIMICI ESCLUSI I TUMORI IN QUANTO RIPORTATI NEL GRUPPO 6		
AGENTI E LAVORAZIONI	MALATTIE	CODICE(#) IDENTIFICATIVO
01 ANIDRIDE FTALICA	ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE	II.1.01. J68
02 ANIDRIDE TRIMELLITICA	ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE	II.1.02. J68
03 DIISOCIANATI (TDI MDI)	ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE	II.1.03. J68
04 CLORURO DI POLIVINILE (PVC)	GRANULOMATOSI POLMONARE	II.1.04. J70
05 SILICE LIBERA CRISTALLINA	SCLERODERMIA	II.1.05. M34.9
	ARTRITE REUMATOIDE	II.1.05. M06
	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	II.1.05. M32.9

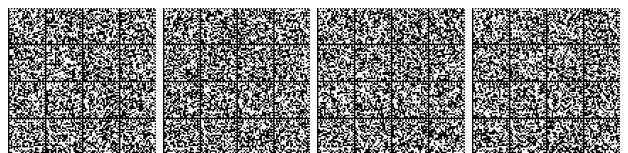
LISTA II		
GRUPPO 2 - MALATTIE DA AGENTI FISICI		
AGENTI E LAVORAZIONI	MALATTIE	CODICE(#) IDENTIFICATIVO
01 MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEGLI ARTI SUPERIORI PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON RITMI CONTINUI E RIPETITIVI PER ALMENO LA METÀ DEL TEMPO DEL TURNO LAVORATIVO	<i>SINDROMI DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO:</i>	
	SINDROME DA INTRAPPOLAMENTO DEL NERVO ULNARE AL GOMITO	II.2.01. G56.2
	TENDINOPATIA INSERZIONE DISTALE TRICIPITE	II.2.01. M77
	SINDROME DEL CANALE DI GUYON	II.2.01. G56.2
02 MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA PER ATTIVITÀ ESEGUITE DURANTE IL TURNO LAVORATIVO	TALALGIA PLANTARE (enthesopatia)	II.2.02. M77.5
	TENDINITE DEL TENDINE DI ACHILLE	II.2.02. M76.6
	SINDROME DEL TUNNEL TARSALE	II.2.02. G57.5
	SPONDILODISCOPATIE DEL TRATTO LOMBARE	II.2.03. M47.8
03 VIBRAZIONI TRASMESSE AL CORPO INTERO PER LE ATTIVITÀ DI GUIDA DI AUTOMEZZI PESANTI E CONDUZIONE DI MEZZI MECCANICI		
04 SFORZI PROLUNGATI DELLE CORDE VOCALI	NODULI ALLE CORDE VOCALI	II.2.04. J38.2



LISTA II GRUPPO 6 - TUMORI PROFESSIONALI			
AGENTI	MALATTIE	CODICE(#) IDENTIFICATIVO	
01 AMMINE AROMATICHE 4-cloro-orto-toluidina e loro Sali [^]	TUMORE DELLA VESCICA	II.6.01.	C67
02 ANTIBLASTICI DEL GRUPPO 1 E GRUPPO 2A DELLA IARC (manipolazione da parte del personale addetto) [^]	TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO	II.6.02.	C82-C96
03 ASBESTO	TUMORE DELLA FARINGE [^]	II.6.03. [^]	C10-C13 [^]
	TUMORE DELLO STOMACO [^]	II.6.03. [^]	C16 [^]
	TUMORE DEL COLON RETTO [^]	II.6.03. [^]	C18-C20 [^]
04 BIFENILI POLICLORURATI (PCB)	LINFOMA NON HODGKIN [^]	II.6.04. [^]	C82-C85 [^]
	TUMORE DELLA MAMMELLA [^]	II.6.04. [^]	C50 [^]
07 CREOSOTI	TUMORE DELLA CUTE	II.6.07.	C44
	TUMORE DEL POLMONE [^]	II.6.07. [^]	C34 [^]
09 FORMALDEIDE	TUMORE DELLE CAVITÀ NASALI	II.6.09.	C30.0 [^]
	TUMORE DEI SENI PARANASALI	II.6.09.	C31
10 EMISSIONE DI MOTORI DIESEL [^]	TUMORE DELLA VESCICA	II.6.10.	C67
11 IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (IPA) :	TUMORE DEL POLMONE	II.6.11.	C34
Dibenzo[a,h]antracene	TUMORE DELLA CUTE	II.6.11.	C44
Dibenzo[a,l]pyrene	TUMORE DELLA VESCICA	II.6.11.	C67
Cyclopenta[cd]pyrene			
14 TETRACLOROETILENE (percloroetilene)	TUMORE DELLA VESCICA [^]	II.6.14. [^]	C67 [^]
15 TRICLOROETILENE (trielina)	LINFOMA NON HODGKIN	II.6.15.	C82-C85
	TUMORE DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	II.6.15.	C22
23 COBALTO METALLICO CON CARBURO DI TUNGSTENO [^]	TUMORE DEL POLMONE	II.6.23.	C34
25 COMPOSTI INORGANICI DEL PIOMBO	TUMORE DELLO STOMACO	II.6.25.	C16



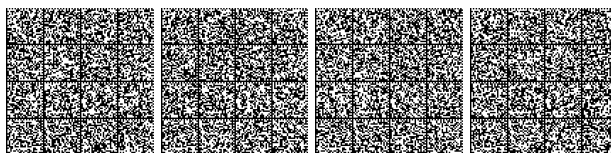
LAVORAZIONI/ESPOSIZIONI			
19	ATTIVITÀ DEI PARRUCCHIERI E DEI BARBIERI	TUMORE DELLA VESCICA	II.6.19. C67
20	RAFFINAZIONE DEL PETROLIO	LEUCEMIE LINFOMI [^] TUMORE DELLA CUTI	II.6.20. C91-C95 II.6.20. [^] C82-C85 [^] II.6.20. C44
21	VETRI ARTISTICI, CONTENITORI DI VETRO, VETRO STAMPATO (MANIFATTURA)	TUMORE DEL POLMONE	II.6.21. C34
28	MANIFATTURA DI ELETTRODI DI CARBONE	TUMORE DEL POLMONE	II.6.28. C34
29	INSETTICIDI NON ARSENICALI (IRRORAZIONE E APPLICAZIONE) [^]	TUMORE DEL POLMONE	II.6.29. C34
30	ARSENICO e composti [^]	TUMORE DEL FEGATO [^] TUMORE DEL RENE [^] TUMORE DELLA PROSTATA [^]	II.6.30. [^] C22 [^] II.6.30. [^] C64 [^] II.6.30. [^] C61 [^]
31	ATTIVITÀ DI SALDATURA [^]	TUMORE DEL POLMONE [^]	II.6.31. [^] C34 [^]
32	BENZENE [^]	LEUCEMIA LINFOIDE [^] LINFOMA NON HODGKIN [^] MIELOMA MULTIPO [^]	II.6.32. [^] C91 [^] II.6.32. [^] C82-C85 [^] II.6.32. [^] C90 [^]
33	CADMIO e COMPOSTI [^]	TUMORE DELLA PROSTATA [^] TUMORE DEL RENE [^]	II.6.33. [^] C61 [^] II.6.33. [^] C64 [^]
34	CROMO (composti esavalenti) [^]	TUMORE DELLE CAVITÀ NASALI [^] TUMORE DEI SENI PARANASALI [^]	II.6.34. [^] C30.0 [^] II.6.34. [^] C31 [^]
35	ESPOSIZIONI A NEBBIE DI ACIDI INORGANICI FORTI, CONTENENTI ACIDO SOLFORICO [^]	TUMORE DEL POLMONE [^]	II.6.35. [^] C34 [^]
36	FULIGGINE [^]	TUMORE DELLA VESCICA [^]	II.6.36. [^] C67 [^]
37	INDUSTRIA DELLA GOMMA [^]	TUMORE DELLA LARINGE [^] TUMORE DELLA PROSTATA [^] TUMORE DELL'ESOFAGO [^]	II.6.37. [^] C32 [^] II.6.37. [^] C61 [^] II.6.37. [^] C15 [^]
38	OSSIDO DI ETILENE [^]	LINFOMA NON HODGKIN [^] MIELOMA MULTIPO [^] LEUCEMIA LINFATICA CRONICA [^] TUMORE DELLA MAMMELLA [^]	II.6.38. [^] C82-C85 [^] II.6.38. [^] C90 [^] II.6.38. [^] C91.1 [^] II.6.38. [^] C50 [^]
39	PECE DI CATRAME DI CARBONE E CATRAME DI CARBONE [^]	TUMORE DELLA VESCICA [^]	II.6.39. [^] C67 [^]
40	RADIAZIONI IONIZZANTI [^]	TUMORE DEL FEGATO [^] TUMORE DEL PANCREAS [^] TUMORE DELL'OVAIO [^] TUMORE DELLA PROSTATA [^]	II.6.40. [^] C22 [^] II.6.40. [^] C25 [^] II.6.40. [^] C56 [^] II.6.40. [^] C61 [^]
41	RADON e SUOI PRODOTTI DEL DECADIMENTO [^]	LINFOMI [^] LEUCEMIE [^]	II.6.41. [^] C82-C85 [^] II.6.41. [^] C91-C95 [^]



LISTA II			
GRUPPO 7 - MALATTIE PSICHICHE E PSICOSOMATICHE DA DISFUNZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO			
AGENTI	MALATTIE	CODICE(%) IDENTIFICATIVO	
01 DISFUNZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO (costrittività organizzative (%))	<i>MALATTIE PSICHICHE E PSICOSOMATICHE:</i> DISTURBO DELL'ADATTAMENTO CRONICO (con ansia, depressione, reazione mista, alterazione della condotta e/o della emotività, disturbi somatoformi) ----- DISTURBO POST-TRAUMATICO CRONICO DA STRESS	II.7.01.	F43.2
		II.7.01.	F43.1

(%)

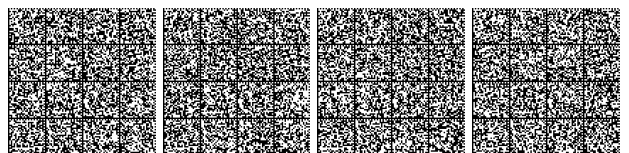
marginalizzazione dalla attività lavorativa, svuotamento delle mansioni, mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata, mancata assegnazione prolungata attribuzione di compiti dequalificanti o con eccessiva frammentazione esecutiva, rispetto al profilo professionale posseduto
 prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi, anche in relazione ad eventuali condizioni di handicap psico-fisici
 impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie
 inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro
 esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale
 esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo
 altre assimilabili.



LISTA III - MALATTIE LA CUI ORIGINE LAVORATIVA É POSSIBILE

LISTA III		
GRUPPO 1 - MALATTIE DA AGENTI CHIMICI ESCLUSI I TUMORI IN QUANTO RIPORTATI NEL GRUPPO 6		
AGENTI	MALATTIE	CODICE(%) IDENTIFICATIVO
01 SILICE LIBERA CRISTALLINA (esposizione con o senza silicosi)	POLIANGITE MICROSCOPICA GRANULOMATOSI DI WEGENER	III.1.01.-----M30.8 III.1.01.-----M31.3
02 FIBRE CERAMICHE	FIBROSI POLMONARE PLACCHE E/O ISPESSEMENTI DELLA PLEURA	III.1.02.-----J68.4 III.1.02.-----J92

LISTA III		
GRUPPO 2 - MALATTIE DA AGENTI FISICI		
AGENTI	MALATTIE	CODICE(%) IDENTIFICATIVO
01 RUMORE (effetti extrauditivi)	MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO, DIGERENTE, ENDOCRINO, NEUROPSICHICHE	III.2.01.-----
02 MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE DEGLI ARTI SUPERIORI PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON RITMI CONTINUI E RIPETITIVI PER ALMENO LA METÀ DEL TEMPO DEL TURNO LAVORATIVO	<i>SINDROMI DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO:</i> SINDROME DELLO STRETTO TORACICO (esclusa la forma vascolare) MORBO DI DUPUYTREN	III.2.02.-----G54.8 III.2.02.-----M72.0



LISTA III GRUPPO 6 - TUMORI PROFESSIONALI			
AGENTI	MALATTIE	CODICE(%) IDENTIFICATIVO	CODICE(%) IDENTIFICATIVO
02 AMMINE AROMATICHE (Cl basic red 9; 3-3' dimetossibenzidina)	TUMORE DELLA VESCICA	III.6.02.	C67
03 ASBESTO	TUMORE DELL'ESOFAGO [^]	III.6.03. [^]	C15 [^]
04 CLORURO DI VINILE	TUMORE DEL POLMONE	III.6.04.	C34
	TUMORE CEREBRALE	III.6.04.	C71
	TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO	III.6.04.	C82-C96
05 COBALTO E SUOI SALI	TUMORE DEL POLMONE	III.6.05.	C34
06 1,2-DIBROMO-3-CLOPROPANO	TUMORE DEL POLMONE	III.6.06.	C34
	TUMORE DEL FEGATO E VIE BILIARI	III.6.06.	C22-C24
	TUMORE DELLA CERVICIA UTERINA	III.6.06.	C53
07 1,2 DICLOROETANO	TUMORE CEREBRALE	III.6.07.	C71
	TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO	III.6.07.	C82-C96
	TUMORE DELLO STOMACO	III.6.07.	C16
	TUMORE DEL PANCREAS	III.6.07.	C25
08 DINITROTOLUENE	TUMORE DEL FEGATO E DELLA COLECISTI	III.6.08.	C22-C23
09 FIBRE CERAMICHE REFRATTARIE [^]	TUMORE DEL POLMONE	III.6.09.	C34
10 SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o IB UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO:			
10.01 ACRILAMMIDE	TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO	III.6.10.01.	C00-C97
10.02 BROMURO DI VINILE		III.6.10.02.	C00-C97
10.03 CAPTAFOLO		III.6.10.03.	C00-C97
10.04 DIBROMOETILENE		III.6.10.04.	C00-C97
10.05 DIMETILSOLFATO		III.6.10.05.	C00-C97
10.06 DIMETILCARBAMOILCLORURO		III.6.10.06.	C00-C97
10.07 FLORURO DI VINILE		III.6.10.07.	C00-C97
10.08 GLICIDIOLO		III.6.10.08.	C00-C97
10.09 STIRENE 7,8 OSSIDO		III.6.10.09.	C00-C97
10.10 1,2,3-TRICLOROPROPANO		III.6.10.10.	C00-C97
10.11 TRIS (2,3-DIBROMOPROPIL)FOSFATO		III.6.10.11.	C00-C97
10.12 DIETILSOLFATO [^]		III.6.10.12. [^]	C00-C97 [^]
10.13 EPICLORIDINA [^]		III.6.10.13. [^]	C00-C97 [^]
10.14 N-METIL-NITROSOGUANIDINA [^]		III.6.10.14. [^]	C00-C97 [^]
10.15 3,3',4,4',5-PENTACHLOROBIPHENYL [^]		III.6.10.15. [^]	C00-C97 [^]
10.16 2,3,4,7,8-PENTACHLORODIBENZOFURAN [^]		III.6.10.16. [^]	C00-C97 [^]
10.17 POLIBROMOBIFENILI [^]		III.6.10.17. [^]	C00-C97 [^]

10.18	TOLUENI, ALFACLORURATI [^]		III.6.10.18. [^]	C00-C97 [^]
11	ALTRI AGENTI CANCEROGENI OCCUPAZIONALI NON MENZIONATI NELLE LISTE I, II, III, CLASSIFICATI H350, H350i DALLA UE, PER I QUALI NON SONO STATI ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO E AGENTI CANCEROGENI CLASSIFICATI 2B DALLA IARC [^]	TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO [^]	III.6.11. [^]	C00-C97 [^]
12	VETRI ARTISTICI, CONTENITORI DI VETRO, VETRO STAMPATO (MANIFATTURA) [^]	TUMORE DELLA LARINGE [^] ----- TUMORE DELLO STOMACO [^] ----- TUMORE DELL'INTESTINO [^]	III.6.12. [^] ----- III.6.12. [^] ----- III.6.12. [^]	C32 [^] ----- C16 [^] ----- C17 [^]
13	OLII MINERALI NON TRATTATI O BLANDAMENTE TRATTATI [^]	MELANOMA DELLA CUTE [^]	III.6.13. [^]	C43 [^]

(#) CODICE IDENTIFICATIVO: numero lista (I, II, III); numero gruppo (da 1 a 7); numero progressivo dell'agente; codice della malattia (ICD-10)

APPENDICE

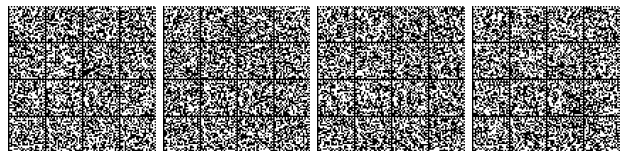
Gli aggiornamenti e le integrazioni effettuati con il presente decreto all'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 sono evidenziate in grassetto e con l'apice. I nuovi inserimenti sono riportati alla fine del relativo gruppo indipendentemente dall'appartenenza alle tipologie agenti/ miscele e lavorazioni/esposizioni.



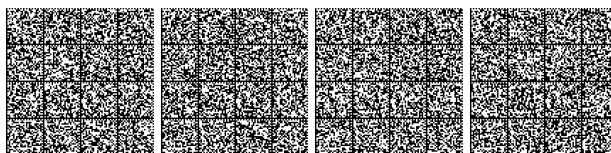
**INDICE ALFABETICO DELLE MALATTIE PROFESSIONALI
EX ART. 139 T.U. D.P.R. 1124/1965 E S.M.I.**

LISTA I - Malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità

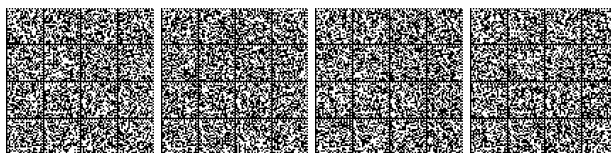
Malattia	Agente	Codice identificativo(#)
ACNE	BROMO, CLORO, IODIO	I.1.18.
ACROSTEOLOSIS (FALANGI UNGUEALI)	CLORURO DI VINILE	I.1.34.
ALLUMINOSI	ALLUMINIO	I.4.13.
ALOPECIA	TALLIO leghe e composti	I.1.14.
ALTRE BRONCOPNEUMOPATIE DA FIBRE TESSILI	FIBRE TESSILI VEGETALI: CANAPA, JUTA, SISAL	I.4.17.
ALTRE LEUCEMIE ACUTE NON LINFATICHE[^]	BENZENE	I.6.04.[^]
ALTRE NEUROPATIE DEGLI ARTI SUPERIORI	VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO	I.2.02.
ALTRE PNEUMOCONIOSI DA ACCUMULO	ALTRE POLVERI INERTI	I.4.11.
ALTRE SEQUELE	VIRUS EPATITE "C"	I.3.20.
ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE CON O SENZA EVOLUZIONE FIBROTICA	AGENTI A PREVALENTE MECCANISMO IMMUNO-ALLERGICO: ALTRI MICETI	I.4.25.
ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE CON O SENZA EVOLUZIONE FIBROTICA	AGENTI A PREVALENTE MECCANISMO IMMUNO-ALLERGICO: PROTEINE AVIARIE (siero e deiezioni di piccioni e tacchini)	I.4.26.
ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE: POLMONE DEL CONTADINO	AGENTI A PREVALENTE MECCANISMO IMMUNO-ALLERGICO: ACTINOMICETI TERMOFILI	I.4.24.
ALVEOLITI DEL MASCELLARE	COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO	I.1.23.
AMEBIASI INTESTINALE E ASCESSUALE	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA	I.3.29.
ANCHILOSTOMIASI	ANCYLOSTOMA DUODENALIS	I.3.27.
ANEMIA	FLUORO E COMPOSTI INORGANICI	I.1.19.
ANEMIA	PIOMBO leghe e composti	I.1.10.
ANEMIA EMOLITICA	AMINE AROMATICHE primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche, e loro derivati (anilina, paraftilendiamina (PFD), beta-naftilamina, 4-amindifenile, benzidina, altri)	I.1.44.



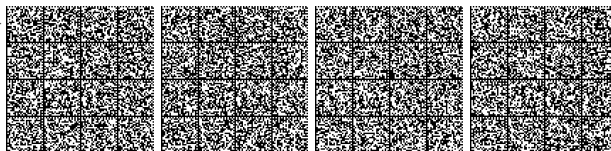
ANEMIA EMOLITICA (idruro di antimonio o stibina)	ANTIMONIO leghe e composti	I.1.01.	D59.8
ANEMIA EMOLITICA	ARSENICO leghe e composti	I.1.02.	D59.8
ANEMIA IPOREGNERATIVA	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.2.07.	D61.9
ANEMIA MACROCITICA (metilcellosolve)	GLICOLI e derivati (glicole etilenoico, glicole dietilenoico, metilcellosolve, cellosolve, altri)	I.1.53.	D52.9
ANGIOSARCOMA EPATICO	CLORURO DI VINILE	I.1.34.	C22.3
ANTRACOSI	POLVERI INERTI: CARBONE PURO, GRAFITE PURA	I.4.07.	J60
ARTERIOSCLEROSI ARTERIE ARTI INFERIORI	SOLFURO DI CARBONIO	I.1.27.	I70.2
ARTERIOSCLEROSI DISTRETTO CEREBRALE	SOLFURO DI CARBONIO	I.1.27.	I67.2
ARTERIOSCLEROSI DISTRETTO CORONARICO	SOLFURO DI CARBONIO	I.1.27.	I25.1
ARTERIOSCLEROSI DISTRETTO RENALE	SOLFURO DI CARBONIO	I.1.27.	I12.9
ARTERIOSCLEROSI DISTRETTO RETINICO	SOLFURO DI CARBONIO	I.1.27.	I70.8
ASMA BRONCHIALE	AGENTI A PREVALENTE MECCANISMO IMMUNO-ALLERGICO DI ORIGINE ANIMALE: DERIVATI DERMICI (forfora, peli, piume), LIQUIDI BIOLOGICI (sangue e urine) ED ESCREMENTI, ACARI (delle derrate, del pollame), ENZIMI (pancreatina, subtilisina, tripsina), ALTRI	I.4.21	J45.0
ASMA BRONCHIALE	AGENTI A PREVALENTE MECCANISMO IMMUNO-ALLERGICO DI ORIGINE VEGETALE: POLVERI E FARINE DI CERALI, SEMI (soia, grano saraceno, ricino, caffè verde), POLVERI DI LEGNO, ENZIMI (papaina, pepsina, bromelina), LATTICE, ALTRI	I.4.20.	J45.0
ASMA BRONCHIALE	AGENTI CHIMICI: DIISOCIANATI (TDI MDI), SALI DI PLATINO, COLOFONIA, PERSOLFATI, ALTRI AGENTI CLASSIFICATI R42	I.4.23.	J45.0
ASMA BRONCHIALE	ALDEIDI e derivati (formaldeide, glutaraldeide, altri)	I.1.49.	J45.0
ASMA BRONCHIALE	AMINE ALIFATICHE primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche e derivati (etilendiammina, trietilendiammina, nitrosammina, metilammina, altri)	I.1.43.	J45.0
ASMA BRONCHIALE (PFD)	AMINE AROMATICHE primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche, e loro derivati (anilina, parafenilendiamina (PFD), beta-naftilamina, 4-amindifenile, benzidina, altri)	I.1.44.	J45.0
ASMA BRONCHIALE	ANIDRIDI e derivati (anidride maleica, anidride trimellitica, anidride ftalica, altre)	I.1.56.	J45.0



ASMA BRONCHIALE	CROMO leghe e composti	I.1.05.	J45.0
ASMA BRONCHIALE	DIISOCIANATI [toluendiisocianato (TDI), difenilmetandiisocianato (MDI), esametildiisocianato (HDI), naftalendiisocianato (NDI), altri]	I.1.50.	J45.0
ASMA BRONCHIALE (metaacrilato di metile)	ESTERI ORGANICI e derivati (acetato di amile, acetato di butile, acetato di etile, acetato di propile, butilftalato, metacrilato di metile, altri)	I.1.58.	J45.0
ASMA BRONCHIALE	MICETI: ALTERNARIA, ASPERGILLI, PENICILLI, ALTRI	I.4.22.	J45.0
ASMA BRONCHIALE	NICHEL leghe e composti	I.1.08.	J45.0
ASMA BRONCHIALE	RAME leghe e composti	I.1.11.	J45.0
ASMA BRONCHIALE	TERPENE (essenza di trementina, limonene, altri)	I.1.41.	J45.0
ASMA BRONCHIALE	VANADIO leghe e composti	I.1.16.	J45.0
ASPERGILLOMA	ASPERGILLUS FUMIGATUS	I.3.37.	B44
ASPERGILLOSI BRONCO POLMONARE ALLERGICA	ASPERGILLUS FUMIGATUS	I.3.37.	B44.0
ASPERGILLOSI SISTEMICA	ASPERGILLUS FUMIGATUS	I.3.37.	B44.7
ATASSIA (INTOSSICAZIONE ACUTA)	GLICOLI e derivati (glicole etilenico, glicole dietilenico, metilcellosolve, cellosolve, altri)	I.1.53.	R26.0
BARITOSI	POLVERI INERTI: BARIO	I.4.09.	J63.8
BISSINOSI	FIBRE TESSILI VEGETALI: COTONE	I.4.16.	J66.0
BLEFAROCONGIUNTIVITE	ACIDO SOLFORICO	I.1.26.	H10.5
BORSITE	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEL GINOCCHIO PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON CONTINUITÀ DURANTE IL TURNO LAVORATIVO	I.2.05.	M70.4
BROMISMO	BROMO, CLORO, IODIO	I.1.18.	F13.2
BRONCHITE	ACIDO SOLFORICO	I.1.26.	J40
BRONCHITE	ZINCO leghe e composti	I.1.17.	J40
BRONCHITE IRRITATIVA	SELENIO leghe e composti	I.1.12.	J40
BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	ANIDRIDE SOLFOROSA	I.1.25.	J44
BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	CADMIO leghe e composti	I.1.04.	J44
BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	CEMENTO, CALCIARE, GESSO, CALCE, ALTRE POLVERI	I.4.12.	J44



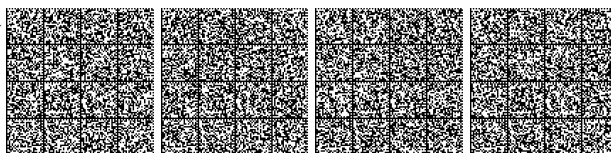
BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	FUMI E GAS DI SALDATURA	I.4.15	J44
BRUCELLOSI NELLE VARIE FORME CLINICHE	BRUCELLA (melitensis, abortus, suis, canis)	I.3.02.	A23
CAOLINOSI	CAOLINO	I.4.05.	J63.8
CARBONCHIO CUTANEO, POLMONARE E GASTROENTERICO	BACILLO DELL'ANTRACE	I.3.06.	J60
CEFALEA VASCOLARE	ESTERI ORGANICI DELL'ACIDO NITRICO (nitroglicole, nitroglicerina, nitrocellulosa, altri)	I.1.59.	G44.1
CHERATITE	CHINONI e derivati (idrochinone, benzoquinone, altri)	I.1.51.	H16
CHERATOCONGIUNTIVITE	OSMIO leghe e composti	I.1.09.	H16.2
CHERATOSI ATTINICHE	RADIAZIONI SOLARI	I.5.07.	L57.0
CHERATOSI ATTINICHE	RADIAZIONI UV	I.5.08.	L57.0
CHERATOSI ATTINICHE	RADIAZIONI UV	I.2.08.	L57.0
CHERATOSI PALMO-PLANTARE	ARSENICO leghe e composti	I.1.02.	L85.1
CISTITE EMORRAGICA	AMINE AROMATICHE primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche, e loro derivati (anilina, paraftendiamina (PFD), beta-naftilamina, 4-amindifenile, benzidina, altri)	I.1.44.	N30.9
CLORACNE	DIOSSINA E COMPOSTI AROMATICI POLIALOGENATI	I.5.05.	L70.8
COLICA SATURNINA	PIOMBO leghe e composti	I.1.10.	T56.0
CONGIUNTIVITE	ACIDI ORGANICI ALIFATICI, AROMATICI, TIO-ACIDI E LORO DERIVATI (acido carbammico, acido tiocarbammico, carbammati, tiocarbammati, acido formico, acido acetico, acido tricloroacetico, acido tioglicolico, altri)	I.1.55.	H10.4
CONGIUNTIVITE	ACIDO CIANIDRICO, CIANURI, NITRILI (acrilonitrile, altri)	I.1.46.	H10.4
CONGIUNTIVITE	AGENTI A PREVALENTE MECCANISMO IMMUNO-ALLERGICO DI ORIGINE ANIMALE: DERIVATI DERMICI (forfora, peli, piume), LIQUIDI BIOLOGICI (sangue e urine) ED ESCREMENTI, ACARI (delle derrate, del pollame), ENZIMI (pancreatina, subtilisina, tripsina), ALTRI	I.4.21	H10.1



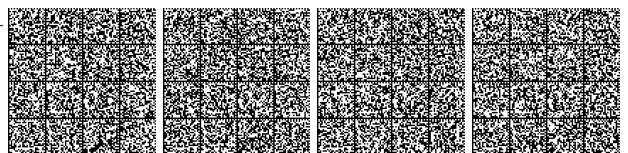
CONGIUNTIVITE	AGENTI A PREVALENTE MECCANISMO IMMUNO-ALLERGICO DI ORIGINE VEGETALE: POLVERI E FARINE DI CERALI, SEMI (soia, grano saraceno, ricino, caffè verde), POLVERI DI LEGNO, ENZIMI (papaina, pepsina, bromelina), LATTICE, ALTRI	I.4.20.	H10.1
CONGIUNTIVITE	ALCOLI e derivati (alcol metilico, alcol butilico, alcol isopropilico, altri)	I.1.52.	H10.4
CONGIUNTIVITE	ALDEIDI e derivati (formaldeide, glutaraldeide, altri)	I.1.49.	H10.4
CONGIUNTIVITE	AMINE ALFATICHE primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche e derivati (etilendiammina, trielentetramina, nitrosammina, metilamina, altri)	I.1.43.	H10.4
CONGIUNTIVITE	AMMIDI (Dimetilformamide, dimetilacetamide, acrilamide, altri)	I.1.45.	H10.4
CONGIUNTIVITE	ANIDRIDE SOLFOROSA	I.1.25.	H10.4
CONGIUNTIVITE	ARSENICO leghe e composti	I.1.02.	H10.4
CONGIUNTIVITE	BROMO, CLORO, IODIO	I.1.18.	H10.4
CONGIUNTIVITE	BUTADIENE	I.1.30.	H10.4
CONGIUNTIVITE	CHETONI e derivati alogenati [acetone, metilbutilchetone (MBK), altri]	I.1.48.	H10.4
CONGIUNTIVITE	CHINONI e derivati (idrochinone, benzochinone, altri)	I.1.51.	H10.4
CONGIUNTIVITE	COMPOSTI INORGANICI DELL'AZOTO (ossido di azoto, acido nitrico, ammoniaca)	I.1.20.	H10.4
CONGIUNTIVITE	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI: Diclorometano, trichlorometano (cloroformio), tetraclorometano (tetracloruro di carbonio), dicloroetano, trichloroetano, dibromoetano, dicloroetilene, trichloroetilene (trielina), tetracloroetilene (percloroetilene)	I.1.32.	H10.4
CONGIUNTIVITE	DICLOROACETILENE	I.1.33.	H10.4
CONGIUNTIVITE	DIISOCIANATI [toluendiisocianato (TDI), difenilmetandiisocianato (MDI), esametildiisocianato (HDI), naftalendiisocianato (NDI), altri]	I.1.50.	H10.4



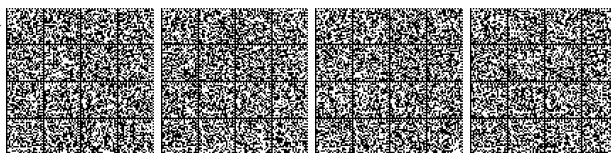
CONGIUNTIVITE	ESTERI ORGANICI e derivati (acetato di amile, acetato di butile, acetato di etile, acetato di propile, butilftalato, metacrilato di metile, altri)	I.1.58.	H10.4
CONGIUNTIVITE	ETERE DI PETROLIO WHITE SPIRIT	I.1.31.	H10.4
CONGIUNTIVITE	ETERI e derivati [etere etilico, clorometiletero (CMME) bisclorometiletero (BCME), altri]	I.1.54.	H10.4
CONGIUNTIVITE	FENOLO, TIOFENOLO, NAFTOLO E LORO OMOLOGHI E DERIVATI ALOGENATI, NITRICI, SOLFONICI E FOSFORATI	I.1.42.	H10.4
CONGIUNTIVITE	FLUORO E COMPOSTI INORGANICI	I.1.19.	H10.4
CONGIUNTIVITE	GLICOLI e derivati (glicole etilenoico, glicole dietilenoico, metilcellosolve, cellosolve, altri)	I.1.53.	H10.4
CONGIUNTIVITE	IDROGENO SOLFORATO	I.1.28.	H10.4
CONGIUNTIVITE	MICETI: ALTERNARIA, ASPERGILLI, PENICILLI, ALTRI	I.4.22.	H10.1
CONGIUNTIVITE	OZONO, OZONURI E PEROSSIDI	I.1.47.	H10.4
CONGIUNTIVITE	RAME leghe e composti	I.1.11.	H10.4
CONGIUNTIVITE	STIRENE	I.1.38.	H10.4
CONGIUNTIVITE	VANADIO leghe e composti	I.1.16.	H10.4
CONGIUNTIVITE	XILENE	I.1.37.	H10.4
CONGIUNTIVITE	ZOLFO, POLISOLFURI (polisolfuro di bario, di calcio, di sodio)	I.1.24.	H10.4
CRIOGLOBULINEMIA MISTA	VIRUS EPATITE "C"	I.3.20.	D89.1
CRIPTOCOCCOSI	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS (o FILOBASIDIELLA NEOFORMANS)	I.3.38.	B45
CRISI ANGINOSE (Nitroglicole)	ESTERI ORGANICI DELL'ACIDO NITRICO (nitroglicole, nitroglicerina, nitrocellulosa, altri)	I.1.59.	I20
DEPIMENTAZIONE	CHINONI e derivati (idrochinone, benzochinone, altri)	I.1.51.	L81.9
DEPRESSIONE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE	ALCOLI e derivati (alcol metilico, alcol butilico, alcol isopropilico, altri)	I.1.52	F18



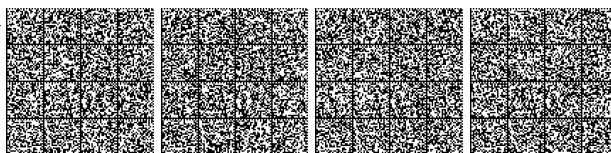
DEPRESSIONE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC)	ESTERI ORGANICI e derivati (acetato di amile, acetato di butile, acetato di etile, acetato di propile, butilfitalato, metacrilato di metile, altri)	I.1.58	F18
DEPRESSIONE SISTEMA NERVOSO CENTRALE	ETERE DI PETROLIO WHITE SPIRIT	I.1.31.	F18
DERMATITE	SELENIO leghe e composti	I.1.12.	L25
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	ACIDI ORGANICI ALIFATICI, AROMATICI, TIO-ACIDI E LORO DERIVATI (acido carbammico, acido tiocarbammico, carbammati, tiocarbammati, acido formico, acido acetico, acido tricloroacetico, acido tioglicolico, altri)	I.1.55.	L23
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	ALDEIDI e derivati (formaldeide, glutaraldeide, altri)	I.1.49.	L23
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	AMINE ALIFATICHE primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche e derivati (etilendiammina, trietilendiammina, nitrosamine, metilamina, altri)	I.1.43.	L23
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	AMINE AROMATICHE primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche, e loro derivati (anilina, paraftendiamina (PFD), beta-naftilamina, 4-amindifenile, benzidina, altri)	I.1.44.	L23
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	BERILLIO leghe e composti	I.1.03.	L23
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	CHINONI e derivati (idrochinone, benzoquinone, altri)	I.1.51.	L23
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	CROMO leghe e composti	I.1.05.	L23.0
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (dinitroclorobenzene)	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEL BENZENE Monoclorobenzene, diclorobenzene, dinitroclorobenzene, esaclorobenzene	I.1.39.	L23
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	ESTERI ORGANICI DELL'ACIDO NITRICO (nitroglicole, nitroglicerina, nitrocellulosa, altri)	I.1.59.	L23
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (metacrilato di metile)	ESTERI ORGANICI e derivati (acetato di amile, acetato di butile, acetato di etile, acetato di propile, butilfitalato, metacrilato di metile, altri)	I.1.58.	L23
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (IPA) MISCELE (catrame, bitumi, pece, fuliggine, olii minerali, olii e fluidi da taglio, olio di creosoto)	I.1.40.	L23



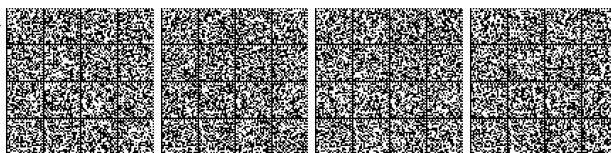
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	NICHEL leghe e composti	I.1.08.	L23.0
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	RAME leghe e composti	I.1.11.	L23
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO (DAC)	SOSTANZE E PREPARATI SCIENTIFICAMENTE RICONOSCIUTI COME ALLERIZZANTI O IRRITANTI PRESENTI NELL'AMBIENTE DI LAVORO	I.5.01.	L23
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	TERPENI (essenza di trementina, limonene, altri)	I.1.41.	L23
DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	VANADIO leghe e composti	I.1.16.	L23
DERMATITE FOLLICOLARE ACNEIFORME (oili minerali)	IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (IPA) MISCELE (catrame, bitumi, pece, fuliggine, oli minerali, olii e fluidi da taglio, olio di creosoto)	I.1.40.	L24.1
DERMATITE FOLLICOLARE	OLII MINERALI	I.5.03.	L24.1
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	ACIDI ORGANICI ALIFATICI, AROMATICI, TIO-ACIDI E LORO DERIVATI (acido carbammico, acido tiocarbammico, carbammati, tiocarbammati, acido formico, acido acetico, acido tricloroacetico, acido tioglicolico, altri)	I.1.55.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	ACIDO CIANIDRICO, CIANURI, NITRILI (acrilonitrile, altri)	I.1.46.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	ALCOLI e derivati (alcol metilico, alcol butilico, alcol isopropilico, altri)	I.1.52.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	ALDEIDI e derivati (formaldeide, glutaraldeide, altri)	I.1.49.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	AMINE ALIFATICHE primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche e derivati (etilendiammina, trietilentetramina, nitrosammina, metilamina, altri)	I.1.43.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	AMMIDI (Dimetilformammide, dimetilacetammide, acrilammide, altri)	I.1.45.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	ANTIMONIO leghe e composti	I.1.01.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	BROMO, CLORO, IODIO	I.1.18.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	BUTADIENE	I.1.30.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	CETONI e derivati alogenati [acetone, metilbutilchetone (MBK), altri]	I.1.48.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	CLORURO DI CARBONILE O FOSGENE	I.1.22.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO	I.1.23.	L24



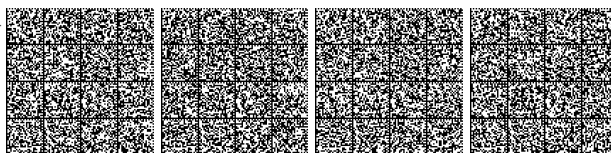
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI: Diclorometano, trichlorometano (cloroformio), tetrachlorometano (tetrachloruro di carbonio), dicloroetano, trichloroetano, dibromoetano, dicloroetilene, trichloroetilene (trielina), tetrachloroetilene (perchloroetilene)	I.1.32.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	DICLOROACETILENE	I.1.33.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	DIISOCIANATI [toluendiisocianato (TDI), difenilmetandiisocianato (MDI), esametildiisocianato (HDI), naftalendiisocianato (NDI), altri]	I.1.50.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (metacrilato di metile)	ESTERI ORGANICI e derivati (acetato di amile, acetato di butile, acetato di etile, acetato di propile, butilfitalato, metacrilato di metile, altri)	I.1.58.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	ETERE DI PETROLIO WHITE SPIRIT	I.1.31.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	FENOLO, TIOFENOLO, NAFTOLO E LORO OMOLOGHI E DERIVATI ALOGENATI, NITRICI, SOLFONICI E FOSFORATI	I.1.42.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	FIBRE LANA DI VETRO	I.5.04.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	FLUORO E COMPOSTI INORGANICI	I.1.19.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (IPA) MISCELE (catrame, bitumi, pece, fuliggine, olii minerali, olii e fluidi da taglio, olio di creosoto)	I.1.40.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	OSMIO leghe e composti	I.1.09.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	RAME leghe e composti	I.1.11.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO (DIC)	SOSTANZE E PREPARATI SCIENTIFICAMENTE RICONOSCIUTI COME ALLERIZZANTI O IRRITANTI PRESENTI NELL'AMBIENTE DI LAVORO	I.5.01.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	STAGNO leghe e composti	I.1.13.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	STIRENE	I.1.38.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	XILENE	I.1.37.	L24
DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO	ZOLFO, POLISOLFURI (polisolfuro di bario, di calcio, di sodio)	I.1.24.	L24
DERMATITE ULCERATIVA	CROMO leghe e composti	I.1.05.	L98.4



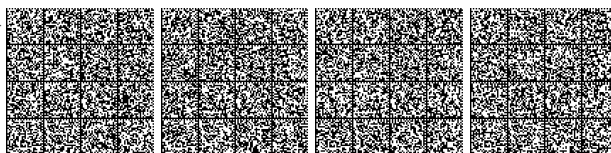
DERMATITI ESOGENE DI NATURA FOTOALLERGICA E/O FOTOTOSSICA	COMPOSTI FOTOATTIVI	I.5.02.	L56
EDEMA POLMONARE TARDIVO	CLORURO DI CARBONILE O FOSGENE	I.1.22.	J68.1
EMBOLIE GASSOSE DA DECOMPRESSIONE	LAVORI SUBACQUEI ED IN CAMERE IPERBARICHE	I.2.06.	T70.3
ENCEFALOPATIA (trielina)	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI: Diclorometano, trichlorometano (cloroformio), tetrachlorometano (tetrachloruro di carbonio), dicloroetano, trichloroetano, dibromoetano, dicloroetilene, trichloroetilene (trielina), tetrachloroetilene (perchloroetilene)	I.1.32.	G92
ENCEFALOPATIA	PIOMBO leghe e composti	I.1.10.	G92
ENCEFALOPATIA TOSSICA	CETONI e derivati alogenati [acetone, metilbutilchetone (MBK), altri]	I.1.48.	G92
ENCEFALOPATIA TOSSICA	MERCURIO amalgame	I.1.07.	G92
ENCEFALOPATIA TOSSICA	N-ESANO	I.1.29.	G92
ENCEFALOPATIA TOSSICA	SELENIO leghe e composti	I.1.12.	G92
ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI	AGENTI ASSOCIATI CON LE ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE)	I.3.26.	A81.0
EPATITE ACUTA "A"	VIRUS EPATITE "A"	I.3.18.	B15
EPATITE ACUTA "B"	VIRUS EPATITE "B"	I.3.19.	B16
EPATITE ACUTA "C"	VIRUS EPATITE "C"	I.3.20.	B17.1
EPATITE CRONICA "B"	VIRUS EPATITE "B"	I.3.19.	B18.1
EPATITE CRONICA "C"	VIRUS EPATITE "C"	I.3.20.	B18.2
EPATOCARCINOMA ^	AFLATOSSINA BI ^	I.6.45. ^	C22.0 ^
EPATOCARCINOMA ^	CLORURO DI VINILE	I.6.08. ^	C22.0 ^
EPATOCARCINOMA	HBV ^	I.6.18.	C22.0
EPATOCARCINOMA	HCV ^	I.6.19.	C22.0
EPATOPATIA	ACIDI ORGANICI ALIFATICI, AROMATICI, TIO-ACIDI E LORO DERIVATI (acido carbammico, acido tiocarbammico, carbammati, tiocarbammati, acido formico, acido acetico, acido tricloroacetico, acido tioglicolico, altri)	I.1.55.	K71
EPATOPATIA	AMMIDI (Dimetilformammide, dimetilacetammide, acrilammide, altri)	I.1.45.	K71
EPATOPATIA	COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO	I.1.23.	K71



EPATOPATIA	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEL BENZENE Monoclorobenzene, diclorobenzene, dinitroclorobenzene, esaclorobenzene	I.1.39.	K71
EPATOPATIA	TALLIO leghe e composti	I.1.14.	K71
EPATOPATIA CRONICA	ARSENICO leghe e composti	I.1.02.	K71
EPATOPATIA FIBROTICA	CLORURO DI VINILE	I.1.34.	K74.0
EPATOPATIA GRANULOMATOSA	RAME leghe e composti	I.1.11.	K71.8
EPATOPATIA TOSSICA	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI: Diclorometano, trichlorometano (cloroformio), tetraclorometano (tetracloruro di carbonio), dicloroetano, trichloroetano, dibromoetano, dicloroetilene, trichloroetilene (trielina), tetracloroetilene (percloroetilene)	I.1.32.	K71
EPITELIOMA CUTANEO DELLE SEDI FOTUESPOSTE	RADIAZIONI SOLARI	I.5.07.	C44
ERISPELOIDE NELLE VARIE FORME CLINICHE (MAL ROSSINO O MALATTIE DEI PESCEVENDOLI)	ERYSIPELOTHRIX RHUSIOPATHIAE	I.3.11.	A26
ERITEMA PERMANENTE	RADIAZIONI INFRAROSSE	I.2.10.	L59.0
ERITEMA PERMANENTE	RADIAZIONI INFRAROSSE	I.5.09.	L59.0
ERITREMIA ED ERITROLEUCEMIA ACUTA ^	BENZENE	I.6.04.^	C94.0^
ERNIA DISCALE LOMBARE	MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI ESEGUITA CON CONTINUITA' DURANTE IL TURNO LAVORATIVO	I.2.03.	M51.2
ERNIA DISCALE LOMBARE^	VIBRAZIONI TRASMESSE AL CORPO INTERO PER LE ATTIVITÀ DI GUIDA DI AUTOMEZZI PESANTI E CONDUZIONE DI MEZZI MECCANICI^	I.2.12.^	M51.2^
FEBBRE DA FUMI METALLICI	ZINCO leghe e composti	I.1.17.	T56.5
FEBBRE EMORRAGICA	ALTRI VIRUS DELLA FEBBRE EMORRAGICA	I.3.24.	A98
FEBBRE EMORRAGICA	ARENNAVIRUS	I.3.23.	A96
FEBBRE Q	RICKETTSIE	I.3.07.	A78
FIBROSI POLMONARE	CARBURI METALLICI SINTERIZZATI (METALLI DURI)	I.4.14.	J68.4
FIBROSI POLMONARE	CLORURO DI VINILE	I.1.34.	J68.4



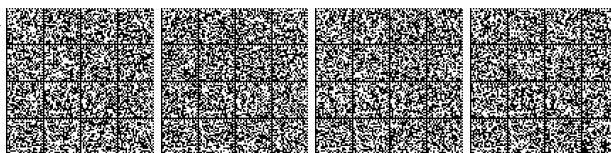
FIBROSI POLMONARE	VANADIO leghe e composti	I.1.16.	J63
GASTRODUODENITE	PIOMBO leghe e composti	I.1.10.	K29.9
GASTROENTERITE	TALLIO leghe e composti	I.1.14.	K52.1
GENGIVOSTOMATITE	MERCURIO amalgame	I.1.07.	K05.1
GIARDIASI (LAMBLIASI)	GIARDIA (LAMBLIA)	I.3.30.	A07.1
GOZZO (ditiocarbammati)	ACIDI ORGANICI ALIFATICI, AROMATICI, TIO-ACIDI E LORO DERIVATI (acido carbammico, acido tiocarbammino, carbammati, tiocarbammati, acido formico, acido acetico, acido tricloroacetico, acido tioglicolico, altri)	I.1.55.	E04.9
GRANULOMATOSI POLMONARE (BERILLIOSI)	BERILLIO leghe e composti	I.1.03.	J63.2
GRANULOMATOSI POLMONARE (solfato di rame)	RAME leghe e composti	I.1.11.	J70
GRANULOMI CUTANEI	BERILLIO leghe e composti	I.1.03.	L92.3
IDATIDOSI	ECHINOCOCCUS GRANULOSUS	I.3.28.	B67
INFERTILITÀ TEMPORANEA O PERMANENTE MASCHILE	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.2.07.	N46
INFERTILITÀ MASCHILE TEMPORANEA	RADIOFREQUENZE, MICROONDE	I.2.11.	N46
IPERTENSIONE ARTERIOSA	SOLFURO DI CARBONIO	I.1.27.	I10
IPOACUSIA PERCETTIVA BILATERALE	RUMORE OTOLESIVO	I.2.01.	H83.3
LEBBRA	MICOBATTERIO DELLA LEBBRA	I.3.04.	A30
LEISHMANIOSI	LEISHMANIA	I.3.36.	B55
LEPTOSIROSIS	LEPTOSPIRE	I.3.16.	A27
LESIONI CORNEALI (metilamina)	AMINE ALIFATICHE primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche e derivati (etilendiammina, trietilentetramina, nitrosamine, metilamina, altri)	I.1.43.	H16
LESIONI DELLA CORNEA	LASER	I.2.09.	H18.9
LESIONI RETINICHE	LASER	I.2.09.	H35.9
LEUCEMIA ACUTA MIELOMONOCITICA^	BENZENE	I.6.04.^	C92.5^
LEUCEMIA ACUTA MONOCITICA ^	BENZENE	I.6.04.^	C93.0^
LEUCEMIA MIELOIDE^	FORMALDEIDE	I.6.40.^	C92^
LEUCEMIA MIELOIDE ACUTA ^	BENZENE	I.6.04.^	C92.0^
LEUCEMIA MIELOIDE SUBACUTA ^	BENZENE	I.6.04.^	C92.2^



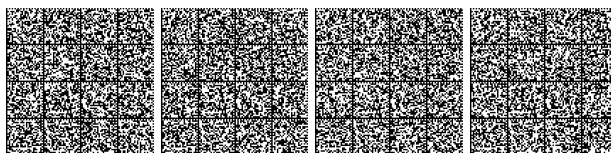
LEUCEMIA MONOCITICA SUBACUTA ^	BENZENE	I.6.04.^	C93.2^
LEUCEMIA PROMIELOCITICA ^	BENZENE	I.6.04.^	C92.4^
LEUCEMIE	INDUSTRIA DELLA GOMMA	I.6.30	C91-C95
LEUCOPENIA	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.2.07.	D70
LINFOMA (compreso il mieloma multiplo)^	INDUSTRIA DELLA GOMMA	I.6.30.^	C82-C85 C90^
LINFOMA NON HODGKIN LINEA CELLULARE R^	HCV^	I.6.19.^	C82^
LINFOMA NON HODGKIN	HIV Tipo I^	I.6.20.	C82-C85
LINFOMA NON HODGKIN	2,3,7,8-TETRACLORO-DIBENZO-PARA-DIOSSINA	I.6.14.	C82-C85
LISTERIOSI (LOCALIZZATA E SISTEMICA)	LISTERIA	I.3.10.	A32
MALARIA	PLASMODIUM FALCIPARUM	I.3.31.	B50
MALARIA	PLASMODIUM MALARIAE	I.3.33.	B52
MALARIA	PLASMODIUM OVALE	I.3.34.	B53.0
MALARIA	PLASMODIUM VIVAX	I.3.32.	B51
MALATTIA DI LYME NELLE VARIE FORME CLINICHE (PRECOCI E TARDIVE)	BORRELIAE	I.3.15.	A69.2
MELANODERMA	ARSENICO leghe e composti	I.1.02.	L81.4
MELANOMA CUTANEO^	POLICLOROBIFENILI come miscele sia diossino-simili sia non diossino-simili^	I.6.49.^	C43^
MELANOMA OCULARE^	ATTIVITÀ DI SALDATURA ^	I.6.46.^	C69.9^
MENINGITE	NEISSERIA (meningitidis)	I.3.08.	G01
MENINGITE	STREPTOCOCCUS SUIS	I.3.05.	G00.2
MENISCIOPATIA DEGENERATIVA	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEL GINOCCHIO PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON CONTINUITÀ DURANTE IL TURNO LAVORATIVO	I.2.05.	M23.3
MESOTELIOMA PERICARDICO	ASBESTO e altri minerali contenenti fibre di asbesto^	I.6.03.	C45.2
MESOTELIOMA PERITONEALE	ASBESTO e altri minerali contenenti fibre di asbesto^	I.6.03.	C45.1
MESOTELIOMA PERITONEALE ^	FIBRE ASBESTIFORMI (erionite, fluoro-edenite)^	I.6.10.^	C45.1^
MESOTELIOMA PLEURICO	ASBESTO e altri minerali contenenti fibre di asbesto^	I.4.03.	C45.0
MESOTELIOMA PLEURICO	FIBRE ASBESTIFORMI (erionite, fluoro-edenite)^	I.6.10.	C45.0



MESOTELIOMA TUNICA VAGINALE DEL TESTICULO	ASBESTO e altri minerali contenenti fibre di asbesto^	I.6.03.	C45.7
METAEMOGLOBINEMIA	AMINE AROMATICHE primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche, e loro derivati (ammina, paraftendiadmina (PFD), beta-naftilamina, 4-amindifenile, benzidina, altri)	I.1.44.	D74.8
MIOCARDITE	COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO	I.1.23.	I51.4
NECROSI DEL MASCELLARE	COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO	I.1.23.	K10.2
NEFROPATIA	CADMIO leghe e composti	I.1.04.	N14.3
NEFROPATIA	COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO	I.1.23.	N14.4
NEFROPATIA	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI: Diclorometano, trichlorometano (cloroformio), tetrachlorometano (tetrachloruro di carbonio), dicloroetano, trichloroetano, dibromoetano, dicloroetilene, trichloroetilene (trielina), tetrachloroetilene (percloroetilene)	I.1.32.	N14.4
NEFROPATIA	ETERE DI PETROLIO WHITE SPIRIT	I.1.31.	N14.4
NEFROPATIA	MERCURIO amalgame	I.1.07.	N14.3
NEFROPATIA	PIOMBO leghe e composti	I.1.10.	N14.3
NEFROPATIA	TALLIO leghe e composti	I.1.14.	N14.3
NEFROPATIA	URANIO e composti (effetti non radioattivi)	I.1.15.	N14.3
NEURITE OTTICA (a. metilico)	ALCOLI e derivati (alcol metilico, alcol butilico, alcol isopropilico, altri)	I.1.52.	H46
NEUROPATIA PERIFERICA (acrilamide)	AMMIDI (Dimetilformammide, dimetilacetammide, acrilammide, altri)	I.1.45.	G62.2
NEUROPATIA PERIFERICA (metilbutilchetone)	CHETONI e derivati alogenati [acetone, metilbutilchetone (MBK), altri]	I.1.48.	G62.2
NEUROPATIA PERIFERICA	STIRENE	I.1.38.	G62.2
NEUROPATIA PERIFERICA	TALLIO leghe e composti	I.1.14.	G62.2
NEUROPATIA PERIFERICA SENSITIVA (metacrilato di metile)	ESTERI ORGANICI e derivati (acetato di amile, acetato di butile, acetato di etile, acetato di propile, butilftalato, metacrilato di metile, altri)	I.1.58.	G62.2
NISTAGMO	GLICOLI e derivati (glicole etilenico, glicole dietilenico, metilcellosolve, cellosolve, altri)	I.1.53.	H55
ODONTOPATIE	ACIDO SOLFORICO	I.1.26.	K03.2
OPACITÀ DEL CORPO VITREO	LASER	I.2.09.	H43.3



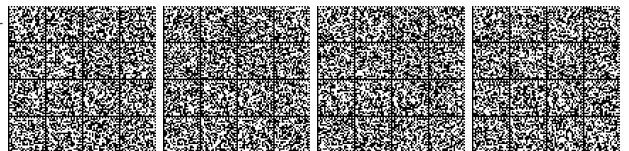
OPACITÀ DEL CRISTALLINO	LASER	I.2.09.	H26.9
OPACITÀ DEL CRISTALLINO	RADIAZIONI INFRAROSSE	I.2.10.	H26.9
OPACITÀ DEL CRISTALLINO	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.2.07.	H26.9
OPACITÀ DEL CRISTALLINO	RADIOFREQUENZE, MICROONDE	I.2.11.	H26.9
ORLETTO GENGIVALE DI BURTON	PIOMBO leghe e composti	I.1.10.	T56.0
ORNITOSI (PSITTACOSI) E SUE COMPLICAZIONI	CHLAMYDIA PSITTACI	I.3.14.	A70
ORTICARIA DA CONTATTO E ALTRE REAZIONI DA CONTATTO IMMEDIATE	SOSTANZE E PREPARATI SCIENTIFICAMENTE RICONOSCIUTI COME ALLERGIZZANTI O IRRITANTI PRESENTI NELL'AMBIENTE DI LAVORO	I.5.01.	L50.6
OSSALURIA	GLICOLI e derivati (glicole etilenico, glicole dietilenico, metilcellosolve, cellosolve, altri)	I.1.53.	E74.8
OSSICARBONISMO: VERTIGINI, ASTENIA, CEFALEA, TURBE CARDIACHE DEL RITMO E DELLA CONDUZIONE (SEQUELE NEUROLOGICHE E CARDIACHE DI INTOSSICAZIONI ACUTE)	OSSIDO DI CARBONIO	I.1.21.	T58
OSTEOARTROPATIE (MALATTIA DEI CASSONI, MALATTIA DEI PALOMBARI)	LAVORI SUBACQUEI ED IN CAMERE IPERBARICHE	I.2.06.	M90.3
OSTEOARTROPATIE (POLSO, GOMITO, SPALLA)	VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO	I.2.02.	M19^
OSTEOFLUOROSI	FLUORO E COMPOSTI INORGANICI	I.1.19.	M85.1
OSTEOMALACIA	CADMIO leghe e composti	I.1.04.	M83
OTOPATIE BAROTRAUMATICHE	LAVORI SUBACQUEI ED IN CAMERE IPERBARICHE	I.2.06.	T70.0
PANCITOPENIA	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.2.07.	D69.5
PANCITOPENIA DI TIPO IPORIGENERATIVO	BENZENE	I.1.35.	D61.2
PARKINSONISMO MANGANICO	MANGANESE leghe e composti	I.1.06.	G21
PERFORAZIONE SETTO NASALE	ARSENICO leghe e composti	I.1.02.	J34.8
PERIODONTOPATIE	ACIDO SOLFORICO	I.1.26.	K05.5
PESTE NELLE VARIE FORME CLINICHE	YERSINIA PESTIS	I.3.17.	A20
PIASTRINOPENIA	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.2.07.	T66
PNEUMOCONIOSI BENIGNA (stearato di zinco)	ZINCO leghe e composti	I.1.17.	J63.8



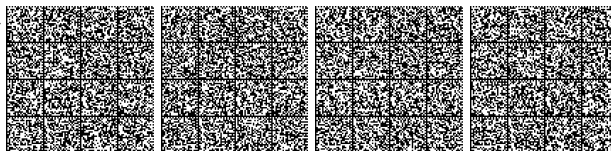
PNEUMOCONIOSI FIBROGENA	MICHE, BENTONITE, ALTRI	I.4.06.	J63.8
PNEUMOCONIOSI FIBROGENE: ASBESTOSI POLMONARE	ASBESTO	I.4.03.	J61
PNEUMOCONIOSI FIBROGENE: PLACCHE E/O ISPESSEMENTI DELLA PLEURA	ASBESTO	I.4.03.	J92
PNEUMOCONIOSI FIBROGENE: PNEUMOCONIOSI DEI MINATORI DI CARBONE	POLVERI MISTE A BASSO CONTENUTO IN SILICE LIBERA CRISTALLINA	I.4.02.	J60
PNEUMOCONIOSI FIBROGENE: SIDEROSILICOSI, LIPAROSI, ALTRE	POLVERI MISTE A BASSO CONTENUTO IN SILICE LIBERA CRISTALLINA	I.4.02.	J62.8
PNEUMOCONIOSI NON SCLEROGENA	ANTIMONIO leghe e composti	I.1.01.	J63.8
POLINEUROPATIA	COMPOSTI ORGANICI DEL FOSFORO	I.1.57.	G62.2
POLINEUROPATIA PERIFERICA	ARSENICO leghe e composti	I.1.02.	G62.2
POLINEUROPATIA PERIFERICA	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI: Diclorometano, trichlorometano (cloroformio), tetrachlorometano (tetrachloruro di carbonio), dicloroetano, trichloroetano, dibromoetano, dicloroetilene, trichloroetilene (trielina), tetrachloroetilene (percloroetilene)	I.1.32	G62.2
POLINEUROPATIA PERIFERICA	MERCURIO amalgame	I.1.07.	G62.2
POLINEUROPATIA PERIFERICA	N-ESANO	I.1.29.	G62.2
POLINEUROPATIA PERIFERICA	PIOMBO leghe e composti	I.1.10.	G62.2
POLINEUROPATIA SENSITIVA MOTORIA ARTI INFERIORI	SOLFURO DI CARBONIO	I.1.27.	G62.2
PORFIRIA TOSSICA (esaclorobenzene)	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEL BENZENE Monoclorobenzene, diclorobenzene, dinitroclorobenzene, esaclorobenzene	I.1.39.	E80.2
PSICOSINDROME ORGANICA	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEL BENZENE Monoclorobenzene, diclorobenzene, dinitroclorobenzene, esaclorobenzene	I.1.39.	F07.9
PSICOSINDROME ORGANICA	ETERI e derivati [etere etilico, clorometilene (CMME) biscclorometilene (BCME), altri]	I.1.54.	F07.9
PSICOSINDROME ORGANICA	MANGANESE leghe e composti	I.1.06.	F07.9



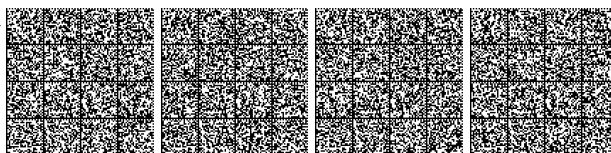
PSICOSINDROME ORGANICA	SOLFURO DI CARBONIO	I.1.27.	F07.9
PSICOSINDROME ORGANICA	STIRENE	I.1.38.	F07.9
PSICOSINDROME ORGANICA	TOLUENE	I.1.36.	F07.9
PSICOSINDROME ORGANICA	XILENE	I.1.37.	F07.9
RABBIA	VIRUS DELLA RABBIA	I.3.22.	A82
RADIODERMITE	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.2.07.	L58
RADIODERMITI	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.5.06.	L58
RADS (SINDROME DA DISFUNZIONE REATTIVA DELLE VIE AEREE)	ACIDO SOLFORICO	I.1.26	J68.3
RICKETTSIOSI NELLE VARIE FORME CLINICHE	RICKETTSIE	I.3.07.	A79
RINITE	AGENTI A PREVALENTE MECCANISMO IMMUNO-ALLERGICO DI ORIGINE ANIMALE: DERIVATI DERMICI (forfora, peli, piume), LIQUIDI BIOLOGICI (sangue e urine) ED ESCREMENTI, ACARI (delle derrate, del pollame), ENZIMI (pancreatina, subtilisina, tripsina), ALTRI	I.4.21	J30.4
RINITE	AGENTI A PREVALENTE MECCANISMO IMMUNO-ALLERGICO DI ORIGINE VEGETALE: POLVERI E FARINE DI CERALI, SEMI (soia, grano saraceno, ricino, caffè verde), POLVERI DI LEGNO, ENZIMI (papaina, pepsina, bromelina), LATTICE, ALTRI	I.4.20.	J30.4
RINITE	ARSENICO leghe e composti	I.1.02.	J31.0
RINITE	MICETI: ALTERNARIA, ASPERGILLI, PENICILLI, ALTRI	I.4.22.	J30.4
RINITE	RAME leghe e composti	I.1.11.	J31.0
RINITE ATROFICA	CADMIO leghe e composti	I.1.04.	J31.0
SALMONELLOSI	SALMONELLAE	I.3.09.	A01
SARCOMA DEI TESSUTI MOLLI	2,3,7,8-TETRACLORO-DIBENZO-PARA-DIOSSINA	I.6.14.	C49
SARCOMA DI KAPOSI	HIV Tipo I[^]	I.6.20.	C46
SCABBIA	SARCOPTES SCABIEI	I.3.39.	B86



SCHISTOSOMIASI	SCHISTOSOMI	I.3.35.	B65
SEQUELE NEUROLOGICHE DI INTOSSICAZIONI ACUTE: QUADRI EPILETTICI	ACIDO CIANIDRICO, CIANURI, NITRILI (acrilonitrile, altri)	I.1.46.	G40.1
SEQUELE NEUROLOGICHE DI INTOSSICAZIONI ACUTE: SINDROME PARKINSONIANA	ACIDO CIANIDRICO, CIANURI, NITRILI (acrilonitrile, altri)	I.1.46.	G21
SEQUELE NEUROLOGICHE DI INTOSSICAZIONI ACUTE: SINDROMI CEREBELLOSPASTICHE	ACIDO CIANIDRICO, CIANURI, NITRILI (acrilonitrile, altri)	I.1.46.	R26.1
SETTICEMIA E LORO COMPLICANZE	STREPTOCOCCUS SUIS	I.3.05.	A40.8
SIDEROSI	POLVERI INERTI: OSSIDI DI FERRO	I.4.08.	J63.4
SILICOSI POLMONARE	SILICE LIBERA CRISTALLINA	I.4.01.	J62.8
SINDROME CEREBELLARE-EXTRAPIRAMIDALE (tremore, atassia, diplopia)	MERCURIO amalgame	I.1.07.	T56.1
SINDROME DA IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (AIDS)	VIRUS HIV	I.3.21.	B24
SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEL GOMITO: BORSITE OLECRANICA	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	I.2.04.	M70.2
SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEL GOMITO: EPICONDILITE	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	I.2.04.	M77.0
SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEL GOMITO: EPITROCLEITE	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	I.2.04.	M77.1
SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DELLA SPALLA: BORSITE	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	I.2.04.	M75.5



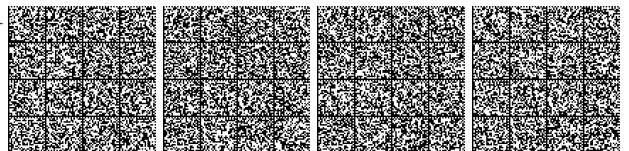
SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DELLA SPALLA: TENDINITE CALCIFICA (MORBO DI DUPLAY)	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEGLI ARTI SUPERIORI PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON RITMI CONTINUI E RIPETITIVI PER ALMENO LA METÀ DEL TEMPO DEL TURNO LAVORATIVO	I.2.04.	M75.3
SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DELLA SPALLA: TENDINITE CAPOLONGO BICIPITE	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	I.2.04.	M75.2
SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DELLA SPALLA: TENDINITE DEL SOVRASPINOSO (o tendinite cuffia rotatori)	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	I.2.04.	M75.1
SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO POLSO-MANO: SINDROME DI DE QUERVAIN	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	I.2.04.	M65.4
SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO POLSO-MANO: SINDROME DEL TUNNEL CARPALE	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	I.2.04.	G56.0
SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO POLSO-MANO: TENDINITI FLESSORI/ESTENSORI (POLSO-DITA)	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	I.2.04.	M65.8
SINDROME DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO POLSO-MANO: DITO A SCATTO	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	I.2.04.	M65.3



SINDROME DEL TUNNEL CARPALE	VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO	I.2.02.	G56.0
SINDROME DI RAYNAUD SECONDARIA (ANGIONEUROSI DITA MANI)	VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO	I.2.02.	I73.0
SINDROME NEUROASTENIFORME CON AMNESIA	IDROGENO SOLFORATO	I.1.28.	F48.0
SINDROME RAYNAUD SIMILE	CLORURO DI VINILE	I.1.34.	I73.0
SINUSOPATIE BAROTRAUMATICHE	LAVORI SUBACQUEI ED IN CAMERE IPERBARICHE	I.2.06.	T70.1
SPONDILODISCOPATIE DEL TRATTO LOMBARE	MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI ESEGUITA CON CONTINUITÀ DURANTE IL TURNO LAVORATIVO	I.2.03.	M47.8
STANNOSI	POLVERI INERTI: STAGNO	I.4.10.	J63.5
STANNOSI	STAGNO leghe e composti	I.1.13.	J63.5
TALCOSI	TALCO	I.4.04.	J62.0
TENDINITI-TENOSINOVITI MANO-POLSO	VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO	I.2.02.	M65.8
TENDINOPATIA DEL QUADRICIPITE FEMORALE	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEL GINOCCHIO PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON CONTINUITÀ DURANTE IL TURNO LAVORATIVO	I.2.05.	M76.8
TETANO	CLOSTRIDIUM TETANI	I.3.01.	A35
TRACHEOBRONCHITE	ACIDI ORGANICI ALIFATICI, AROMATICI, TIO-ACIDI E LORO DERIVATI (acido carbammico, acido tiocarbammico, carbammati, tiocarbammati, acido formico, acido acetico, acido tricloroacetico, acido tioglicolico, altri)	I.1.55.	J40
TRACHEOBRONCHITE	ACIDO CIANIDRICO, CIANURI, NITRILI (acrilonitrile, altri)	I.1.46.	J40
TRACHEOBRONCHITE	ALCOLI e derivati (alcol metilico, alcol butilico, alcol isopropilico, altri)	I.1.52.	J40
TRACHEOBRONCHITE	ALDEIDI e derivati (formaldeide, glutaraldeide, altri)	I.1.49.	J40
TRACHEOBRONCHITE	AMMIDI (Dimetilformammide, dimetilacetammide, acrilammide, altri)	I.1.45.	J40
TRACHEOBRONCHITE	ANIDRIDE SOLFOROSA	I.1.25.	J40
TRACHEOBRONCHITE	ANIDRIDI e derivati (anidride maleica, anidride trimellitica, anidride ftalica, altre)	I.1.56.	J40



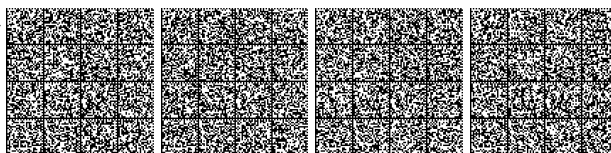
TRACHEOBRONCHITE	ANTIMONIO leghe e composti	I.1.01.	J40
TRACHEOBRONCHITE	BERILLIO leghe e composti	I.1.03.	J40
TRACHEOBRONCHITE	BROMO, CLORO, IODIO	I.1.18	J40
TRACHEOBRONCHITE	BUTADIENE	I.1.30.	J40
TRACHEOBRONCHITE	CETONI e derivati alogenati [acetone, metilbutilchetone (MBK), altri]	I.1.48.	J40
TRACHEOBRONCHITE	CLORURO DI CARBONILE O FOSGENE	I.1.22.	J40
TRACHEOBRONCHITE	COMPOSTI INORGANICI DELL'AZOTO (ossido di azoto, acido nitrico, ammoniaca)	I.1.20.	J40
TRACHEOBRONCHITE	COMPOSTI INORGANICI DEL FOSFORO	I.1.23.	J40
TRACHEOBRONCHITE	DERIVATI ALOGENATI E/O NITRICI DEGLI IDROCARBURI ALIFATICI: Diclorometano, triclorometano (cloroformio), tetraclorometano (tetracloruro di carbonio), dicloroetano, tricloroetano, dibromoetano, dicloroetilene, tricloroetilene (trielina), tetracloroetilene (percloroetilene)	I.1.32.	J40
TRACHEOBRONCHITE	DICLOROACETILENE	I.1.33.	J40
TRACHEOBRONCHITE	DISSOCIANATI [toluendiisocianato (TDI), difenilmetandiisocianato (MDI), esametildiisocianato (HDI), naftalendiisocianato (NDI), altri]	I.1.50.	J40
TRACHEOBRONCHITE	ESTERI ORGANICI e derivati (acetato di amile, acetato di butile, acetato di etile, acetato di propile, butilftalato, metacrilato di metile, altri)	I.1.58.	J40
TRACHEOBRONCHITE	ETERE DI PETROLIO WHITE SPIRIT	I.1.31.	J40
TRACHEOBRONCHITE	FENOLO, TIOFENOLO, NAFTOLO E LORO OMOLOGHI E DERIVATI ALOGENATI, NITRICI, SOLFONICI E FOSFORATI	I.1.42.	J40
TRACHEOBRONCHITE	FIBRE ARTIFICIALI (M.M.F.): FIBRE MINERALI (lana di roccia e lana di scoria)	I.4.18.	J40
TRACHEOBRONCHITE	FIBRE ARTIFICIALI (M.M.F.): FIBRE VETROSE	I.4.19.	J40
TRACHEOBRONCHITE	FLUORO E COMPOSTI INORGANICI	I.1.19.	J40
TRACHEOBRONCHITE	GLICOLI e derivati (glicole etilenico, glicole dietilenico, metilcellosolve, cellosolve, altri)	I.1.53.	J40



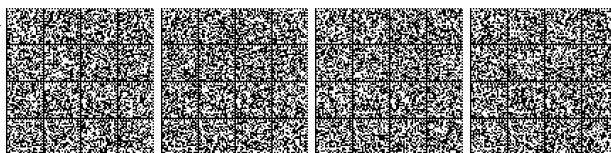
TRACHEOBRONCHITE	IDROGENO SOLFORATO	I.1.28.	J40
TRACHEOBRONCHITE	OSMIO leghe e composti	I.1.09.	J40
TRACHEOBRONCHITE	OZONO, OZONURI E PEROSSIDI	I.1.47.	J40
TRACHEOBRONCHITE	STIRENE	I.1.38.	J40
TRACHEOBRONCHITE	TERPENI (essenza di trementina, limonene, altri)	I.1.41.	J40
TRACHEOBRONCHITE	VANADIO leghe e composti	I.1.16.	J40
TRACHEOBRONCHITE	XILENE	I.1.37.	J40
TRACOMA	CHLAMYDIA TRACHOMATIS	I.3.13.	A71
TREMORE (INTOSSICAZIONE ACUTA)	GLICOLI e derivati (glicole etilenico, glicole dietilenico, metilcellosolve, cellosolve, altri)	I.1.53.	G25.2
TUBERCOLOSI DEL POLMONE	MICOBATTERI TUBERCOLARI TIPICI E ATIPICI	I.3.03.	A15
TUBERCOLOSI DI ALTRI ORGANI/APPARATI	MICOBATTERI TUBERCOLARI TIPICI E ATIPICI	I.3.03.	A18
TULAREMIA NELLE VARIE FORME CLINICHE	FRANCISELLA TULARENSIS	I.3.12.	A21
TUMORE DEI SENI PARANASALI	COMPOSTI DEL NICHEL	I.1.08.	C31
TUMORE DEI SENI PARANASALI[^]	POLVERI DI CUOIO[^]	I.6.50.[^]	C31[^]
TUMORE DEI SENI PARANASALI	POLVERI DI LEGNO[^]	I.6.25.	C31
TUMORE DEI SENI PARANASALI	PRODUZIONE DELL'ALCOOL ISOPROPILICO (PROCESSO DELL'ACIDO FORTE)	I.6.31.	C31
TUMORE DEL COLON-RETTO[^]	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.6.15.[^]	C18-C20[^]
TUMORE DEL NASOFARINGE	FORMALDEIDE	I.6.40.	C11
TUMORE DEL NASOFARINGE[^]	POLVERI DI LEGNO[^]	I.6.25.[^]	C11[^]
TUMORE DEL POLMONE	ASBESTO e altri minerali contenenti fibre di asbesto[^]	I.4.03.	C34
TUMORE DEL POLMONE	ARSENICO e composti	I.1.02.	C34
TUMORE DEL POLMONE	ATTIVITÀ DEL VERNICIATORE	I.6.38.	C34
TUMORE DEL POLMONE	BERILLIO e composti	I.1.03.	C34
TUMORE DEL POLMONE	BISCLOROMETILETERE E CLOROMETILETERE	I.1.54.	C34
TUMORE DEL POLMONE	CADMIO e composti	I.1.04.	C34
TUMORE DEL POLMONE	COMPOSTI DEL NICHEL	I.1.08.	C34
TUMORE DEL POLMONE	CROMO (composti esavalenti)	I.1.05.	C34
TUMORE DEL POLMONE[^]	EMISSIONI DI MOTORI DIESEL[^]	I.6.47.[^]	C34[^]



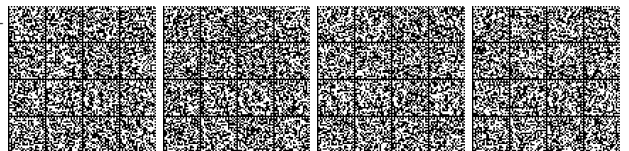
TUMORE DEL POLMONE	FONDERIE DEL FERRO E DELL'ACCIAIO [^]	I.6.29.	'C34
TUMORE DEL POLMONE	FULIGGINE	I.6.21.	'C34
TUMORE DEL POLMONE	FUMO PASSIVO (attività lavorative che espongono a fumo passivo)	I.6.44.	'C34
TUMORE DEL POLMONE	IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (IPA): Miscela contenenti IPA cancerogeni (tipicamente Benzo [A] pirene) [^]	I.6.41.	'C34
TUMORE DEL POLMONE [^]	INDUSTRIA DELLA GOMMA	I.6.30. [^]	'C34 [^]
TUMORE DEL POLMONE [^]	IPRITE [^]	I.6.48. [^]	'C34 [^]
TUMORE DEL POLMONE	PECE DI CATRAME DI CARBONE E CATRAME DI CARBONE	I.6.24.	'C34
TUMORE DEL POLMONE	PRODUZIONE DEL COKE	I.6.34.	'C34
TUMORE DEL POLMONE	PRODUZIONE DEL GAS DAL CARBONE	I.6.35.	'C34
TUMORE DEL POLMONE	PRODUZIONE DELL'ALLUMINIO	I.6.32.	'C34
TUMORE DEL POLMONE [^]	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.6.15. [^]	'C34 [^]
TUMORE DEL POLMONE	RADON E SUOI PRODOTTI DEL DECADIMENTO	I.6.17.	'C34
TUMORE DEL POLMONE [^]	SILICE LIBERA CRISTALLINA in forma di quarzo e cristobalite [^]	I.6.42.	'C34
TUMORE DEL POLMONE	2,3,7,8-TETRACLORO-DIBENZO-PARA-DIOSSINA	I.6.14.	'C34
TUMORE DEL RENE [^]	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.6.15. [^]	'C64 [^]
TUMORE DEL RENE [^]	TRICLOROETILENE [^]	I.6.51. [^]	'C64 [^]
TUMORE DELLA CUTE	ARSENICO e composti	I.1.02.	'C44
TUMORE DELLA CUTE	DISTILLAZIONE DEL CATRAME DI CARBONE (COAL TAR DISTILLATION)	I.6.43.	'C44
TUMORE DELLA CUTE	FULIGGINE	I.6.21.	'C44
TUMORE DELLA CUTE	IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (IPA): Miscela contenenti IPA cancerogeni (tipicamente Benzo [A] pirene) [^]	I.6.41.	'C44
TUMORE DELLA CUTE	OLII MINERALI NON TRATTATI O BLANDAMENTE TRATTATI	I.6.23.	'C44
TUMORE DELLA CUTE	OLII DI SCISTI BITUMINOSI [^]	I.6.22.	'C44
TUMORE DELLA CUTE	PECE DI CATRAME DI CARBONE E CATRAME DI CARBONE	I.6.24.	'C44
TUMORE DELLA LARINGE [^]	ASBESTO e altri minerali contenenti fibre di asbesto [^]	I.6.03. [^]	'C32 [^]
TUMORE DELLA LARINGE	ESPOSIZIONI A NEBBIE DI ACIDI INORGANICI FORTI, CONTENENTI ACIDO SOLFORICO	I.6.26.	'C32
TUMORE DELLA LARINGE [^]	IPRITE [^]	I.6.48 [^]	'C32 [^]



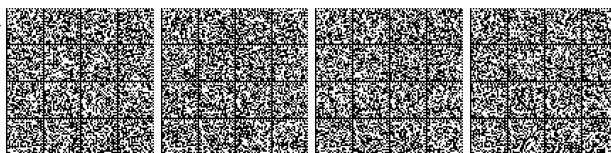
TUMORE DELLA MAMMELLA ^	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.6.15.^	C50^
TUMORE DELLA TIROIDE ^	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.6.15.^	C73^
TUMORE DELLA VESCICA	AMMINE AROMATICHE [4-4' metilenebis (2)cloroanilina MOCA), benzidina 2-naftilamina, ortotoluidina e pigmenti metabolizzati a benzidina, 4-aminodifenile e loro Salij^	I.1.44.	C67
TUMORE DELLA VESCICA ^	ARSENICO e composti	I.6.02.^	C67^
TUMORE DELLA VESCICA	ATTIVITÀ DEL VERNICIATORE	I.6.38.	C67
TUMORE DELLA VESCICA	IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (IPA): Miscela contenenti IPA cancerogeni (tipicamente Benzo [A] pirene)^	I.6.41.	C67
TUMORE DELLA VESCICA	INDUSTRIA DELLA GOMMA	I.6.30.	C67
TUMORE DELLA VESCICA	PRODUZIONE DELL'ALLUMINIO	I.6.32.	C67
TUMORE DELLA VESCICA	PRODUZIONE DELL'AURAMINA	I.6.33.	C67
TUMORE DELLA VESCICA	PRODUZIONE DI MAGENTA	I.6.36.	C67
TUMORE DELLA VESCICA ^	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.6.15.^	C67^
TUMORE DELLE CAVITÀ NASALI	COMPOSTI DEL NICHEL	I.6.11.	C30.0^
TUMORE DELLE CAVITÀ NASALI ^	POLVERI DI CUOIO ^	I.6.50.^	C30.0^
TUMORE DELLE CAVITÀ NASALI	POLVERI DI LEGNO ^	I.6.25.	C30.0^
TUMORE DELLE CAVITÀ NASALI	PRODUZIONE DELL'ALCOOL ISOPROPILICO (PROCESSO DELL'ACIDO FORTE)	I.6.31.	C30.0^
TUMORE DELLE GHIANDOLE SALIVARI ^	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.6.15.^	C07-C08^
TUMORE DELLE OSSA ^	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.6.15.^	C40-C41^
TUMORE DELL'ENCEFALO ^	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.6.15.^	C71^
TUMORE DELL'ESOFAGO ^	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.6.15.^	C15^
TUMORE DELLO STOMACO ^	INDUSTRIA DELLA GOMMA	I.6.30.^	C16^
TUMORE DELLO STOMACO ^	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.6.15.^	C16^
TUMORE DELL'OVAIO ^	ASBESTO e altri minerali contenenti fibre di asbesto ^	I.6.03.^	C56^
TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO	1,3- BUTADIENE; BUTANO e ISOBUTANO contenenti > 0,1% di Butadiene	I.6.39.	C82-C96
TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO esclusa la LEUCEMIA LINFATICA CRONICA ^	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.2.07.^	C82-C91.0 C91.2-C95^



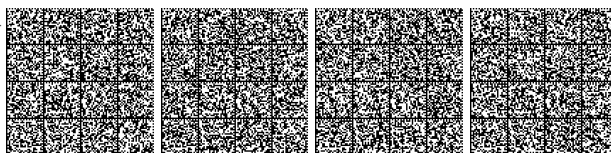
ULCERE	ARSENICO leghe e composti	I.1.02.	L98.4
ULCERE CUTANEE	BERILLIO leghe e composti	I.1.03.	L98.4
ULCERE E PERFORAZIONI DEL SETTO NASALE	CROMO leghe e composti	I.1.05.	J34.8
ULCERE SOTTOUNGUEALI	ESTERI ORGANICI DELL'ACIDO NITRICO (nitroglicole, nitroglicerina, nitrocellulosa, altri)	I.1.59.	L60.8
VERRUCHE CUTANEE	PAPILLOMA VIRUS	I.3.25.	B07



LISTA II - Malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità		
Malattia	Agente	Codice identificativo(®)
ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE	ANIDRIDE FTALICA	J68
ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE	ANIDRIDE TRIMELLITICA	J68
ALVEOLITI ALLERGICHE ESTRINSECHE	DIISOCIANATI (TDI MDI)	J68
ARTRITE REUMATOIDE	SILICE LIBERA CRISTALLINA	M06
GRANULOMATOSI POLMONARE	CLORURO DI POLIVINILE (PVC)	J70
LEUCEMIA LINFATICA CRONICA ^	OSSIDO DI ETILENE ^	C91.1 ^
LEUCEMIA LINFOIDE ^	BENZENE ^	C91 ^
LEUCEMIE ^	RADON e SUOI PRODOTTI DEL DECADIMENTO ^	C91-C95 ^
LEUCEMIE	RAFFINAZIONE DEL PETROLIO	C91-C95
LINFOMA NON HODGKIN ^	BENZENE ^	C82-C85 ^
LINFOMA NON HODGKIN ^	BIFENILI POLICLORURATI (PCB)	C82-C85 ^
LINFOMA NON HODGKIN ^	OSSIDO DI ETILENE ^	C82-C85 ^
LINFOMA NON HODGKIN	TRICLOROETILENE (trielina)	C82-C85
LINFOMI ^	RADON e SUOI PRODOTTI DEL DECADIMENTO ^	C82-C85 ^
LINFOMI ^	RAFFINAZIONE DEL PETROLIO	C82-C85 ^
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	SILICE LIBERA CRISTALLINA	M32.9
MALATTIE PSICHICHE E PSICOSOMATICHE: DISTURBO DELL'ADATTAMENTO CRONICO (con ansia, depressione, reazione mista, alterazione della condotta e/o della emotività, disturbi somatoformi)	DISFUNZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO (costrittività organizzative (°))	F43.2
MALATTIE PSICHICHE E PSICOSOMATICHE: DISTURBO POST-TRAUMATICO CRONICO DA STRESS	DISFUNZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO (costrittività organizzative (°))	F43.1
MIELOMA MULTIPLO ^	BENZENE ^	C90 ^
MIELOMA MULTIPLO ^	OSSIDO DI ETILENE ^	C90 ^
NODULI ALLE CORDE VOCALI	SFORZI PROLUNGATI DELLE CORDE VOCALI	I38.2



SCLERODERMIA	SILICE LIBERA CRISTALLINA	II.1.05.	M34.9
SINDROME DEL TUNNEL TARSALE	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA PER ATTIVITÀ ESEGUITE DURANTE IL TURNO LAVORATIVO	II.2.02	G57.5
SINDROMI DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO: SINDROME DA INTRAPPOLAMENTO DEL NERVO ULNARE AL GOMITO	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEGLI ARTI SUPERIORI PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON RITMI CONTINUI E RIPETITIVI PER ALMENO LA METÀ DEL TURNO LAVORATIVO	II.2.01	G56.2
SINDROMI DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO: SINDROME DEL CANALE DI GUYON	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEGLI ARTI SUPERIORI PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON RITMI CONTINUI E RIPETITIVI PER ALMENO LA METÀ DEL TURNO LAVORATIVO	II.2.01	G56.2
SINDROMI DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO: TENDINOPATIA INSERZIONE DISTALE TRICIPITE	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEGLI ARTI SUPERIORI PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON RITMI CONTINUI E RIPETITIVI PER ALMENO LA METÀ DEL TURNO LAVORATIVO	II.2.01	M77
SPONDILODISCOPATIE DEL TRATTO LOMBARE	VIBRAZIONI TRASMESSE AL CORPO INTERO PER LE ATTIVITÀ DI GUIDA DI AUTOMEZZI PESANTI E CONDUZIONE DI MEZZI MECCANICI	II.2.03	M47.8
TALALGIA PLANTARE (entesopatia)	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA PER ATTIVITÀ ESEGUITE DURANTE IL TURNO LAVORATIVO	II.2.02	M77.5
TENDINITE DEL TENDINE DI ACHILLE	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA PER ATTIVITÀ ESEGUITE DURANTE IL TURNO LAVORATIVO	II.2.02	M76.6
TUMORE DEI SENI PARANASALI [^]	CROMO (composti esavalenti) [^]	II.6.34. [^]	C31 [^]
TUMORE DEI SENI PARANASALI	FORMALDEIDE	II.6.09.	C31
TUMORE DEL COLON RETTO [^]	ASBESTO	II.6.03. [^]	C18-C20 [^]
TUMORE DEL FEGATO [^]	ARSENICO e composti [^]	II.6.30. [^]	C22 [^]
TUMORE DEL FEGATO [^]	RADIAZIONI IONIZZANTI [^]	II.6.40. [^]	C22 [^]
TUMORE DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	TRICLOROETILENE (trielina)	II.6.15.	C22
TUMORE DEL PANCREAS [^]	RADIAZIONI IONIZZANTI [^]	II.6.40. [^]	C25 [^]
TUMORE DEL POLMONE [^]	ATTIVITÀ DI SALDATURA [^]	II.6.31. [^]	C34 [^]
TUMORE DEL POLMONE	COBALTO METALLICO CON CARBURO DI TUNGSTENO [^]	II.6.23.	C34
TUMORE DEL POLMONE [^]	CREOSOTI	II.6.07. [^]	C34 [^]



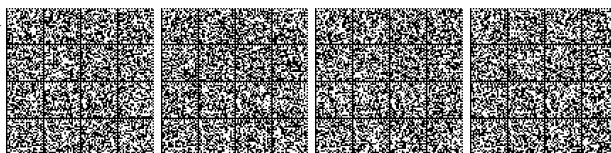
TUMORE DEL POLMONE [^]	ESPOSIZIONI A NEBBIE DI ACIDI INORGANICI FORTI, CONTENENTI ACIDO SOLFORICO [^]	II.6.35. [^]	C34 [^]
TUMORE DEL POLMONE	IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (IPA) : Dibenzo[a,h] antracene, Dibenzo[a,i]pyrene, Cyclopenta[cd]pyrene	II.6.11.	C34
TUMORE DEL POLMONE	INSETTICIDI NON ARSENICALI (IRRORAZIONE E APPLICAZIONE) [^]	II.6.29.	C34
TUMORE DEL POLMONE	MANIFATTURA DI ELETTRODI DI CARBONE	II.6.28.	C34
TUMORE DEL POLMONE	VETRI ARTISTICI, CONTENITORI DI VETRO, VETRO STAMPATO (MANIFATTURA)	II.6.21.	C34
TUMORE DEL RENE [^]	ARSENICO e composti [^]	II.6.30. [^]	C64 [^]
TUMORE DEL RENE [^]	CADMIO e COMPOSTI [^]	II.6.33. [^]	C64 [^]
TUMORE DELLA CUTE	CREOSOTI	II.6.07.	C44
TUMORE DELLA CUTE	IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (IPA) : Dibenzo[a,h] antracene, Dibenzo[a,i]pyrene, Cyclopenta[cd]pyrene	II.6.11.	C44
TUMORE DELLA CUTE	RAFFINAZIONE DEL PETROLIO	II.6.20.	C44
TUMORE DELLA FARINGE [^]	ASBESTO	II.6.03. [^]	C10-C13 [^]
TUMORE DELLA LARINGE [^]	INDUSTRIA DELLA GOMMA [^]	II.6.37. [^]	C32 [^]
TUMORE DELLA MAMMELLA [^]	BIFENILI POLICLORURATI (PCB)	II.6.04. [^]	C50 [^]
TUMORE DELLA MAMMELLA [^]	OSSIDO DI ETILENE [^]	II.6.38. [^]	C50 [^]
TUMORE DELLA PROSTATA [^]	ARSENICO e composti [^]	II.6.30. [^]	C61 [^]
TUMORE DELLA PROSTATA [^]	CADMIO e COMPOSTI [^]	II.6.33. [^]	C61 [^]
TUMORE DELLA PROSTATA [^]	INDUSTRIA DELLA GOMMA [^]	II.6.37. [^]	C61 [^]
TUMORE DELLA PROSTATA [^]	RADIAZIONI IONIZZANTI [^]	II.6.40. [^]	C61 [^]
TUMORE DELLA VESCICA	AMMINE AROMATICHE 4-cloro-orto-toluidina e loro Sali [^]	II.6.01.	C67
TUMORE DELLA VESCICA	ATTIVITÀ DEI PARRUCCHIERI E DEI BARBIERI	II.6.19.	C67
TUMORE DELLA VESCICA	EMISSIONE DI MOTORI DIESEL [^]	II.6.10.	C67
TUMORE DELLA VESCICA [^]	FULIGGINE [^]	II.6.36. [^]	C67 [^]



TUMORE DELLA VESCICA	IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI (IPA) : Dibenzo[a,h] antracene, Dibenzo[a,l]pyrene, Cyclopenta[cd]pyrene	II.6.11.	C67
TUMORE DELLA VESCICA ^	PECE DI CATRAME DI CARBONE E CATRAME DI CARBONE ^	II.6.39.^	C67^
TUMORE DELLA VESCICA ^	TETRACLOROETILENE (percloroetilene)	II.6.14.^	C67^
TUMORE DELLE CAVITÀ NASALI ^	CROMO (composti esavalenti)^	II.6.34.^	C30.0^
TUMORE DELLE CAVITÀ NASALI	FORMALDEIDE	II.6.09.	C30.0^
TUMORE DELL'ESOFAGO ^	INDUSTRIA DELLA GOMMA ^	II.6.37.^	C15^
TUMORE DELLO STOMACO ^	ASBESTO	II.6.03.^	C16^
TUMORE DELLO STOMACO	COMPOSTI INORGANICI DEL PIOMBO	II.6.25.	C16
TUMORE DELL'OVAIO ^	RADIAZIONI IONIZZANTI ^	II.6.40.^	C56^
TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO	ANTIBLASTICI DEL GRUPPO 1 E GRUPPO 2A DELLA IARC (manipolazione da parte del personale addetto) ^	II.6.02.	C82-C96

(9)

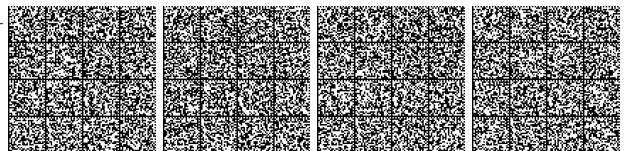
marginalizzazione dalla attività lavorativa, svuotamento delle mansioni, mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata, mancata assegnazione prolungata attribuzione di compiti dequalificanti o con eccessiva frammentazione esecutiva, rispetto al profilo professionale posseduto
 prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi, anche in relazione ad eventuali condizioni di handicap psico-fisici
 impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie
 inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro
 esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale
 esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo
 altre assimilabili.



LISTA III - Malattie la cui origine lavorativa è possibile		
Malattia	Agente	Codice identificativo(##)
FIBROSI POLMONARE	FIBRE CERAMICHE	J68.4
GRANULOMATOSI DI WEGENER	SILICE LIBERA CRISTALLINA (esposizione con o senza silicosi)	M31.3
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO, DIGERENTE, ENDOCRINO, NEUROPSICHICHE	RUMORE (effetti extrauditivi)	III.2.01.
MELANOMA DELLA CUTE[^]	OLII MINERALI NON TRATTATI O BLANDAMENTE TRATTATI[^]	III.6.13[^]
PLACCHE E/O ISPESSIMENTI DELLA PLEURA	FIBRE CERAMICHE	J92
POLIANGITE MICROSCOPICA	SILICE LIBERA CRISTALLINA (esposizione con o senza silicosi)	III.1.01.
SINDROMI DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO: MORBO DI DUPUYTREN	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE DEGLI ARTI SUPERIORI PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON RITMI CONTINUI E PER ALMENO LA METÀ DEL TEMPO DEL TURNO LAVORATIVO	III.2.02.
SINDROMI DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO: SINDROME DELLO STRETTO TORACICO (esclusa la forma vascolare)	MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE DEGLI ARTI SUPERIORI PER ATTIVITÀ ESEGUITE CON RITMI CONTINUI E PER ALMENO LA METÀ DEL TEMPO DEL TURNO LAVORATIVO	G54.8
TUMORE CEREBRALE	CLORURO DI VINILE	III.6.04.
TUMORE CEREBRALE	1,2 DICLOROETANO	III.6.07.
TUMORE DEL FEGATO E DELLA COLECISTI	DINITROTOLUENE	III.6.08.
TUMORE DEL FEGATO E VIE BILIARI	1,2-DIBROMO-3-CLOROPROPANO	III.6.06.
TUMORE DEL PANCREAS	1,2 DICLOROETANO	III.6.07.
TUMORE DEL POLMONE	1,2-DIBROMO-3-CLOROPROPANO	III.6.06.
TUMORE DEL POLMONE	CLORURO DI VINILE	III.6.04.
TUMORE DEL POLMONE	COBALTO E SUOI SALI	III.6.05.
TUMORE DEL POLMONE	FIBRE CERAMICHE REFRAATTARIE[^]	III.6.09.
TUMORE DELLA CERVICE UTERINA	1,2-DIBROMO-3-CLOROPROPANO	III.6.06.
TUMORE DELLA LARINGE[^]	VETRI ARTISTICI, CONTENITORI DI VETRO, VETRO STAMPATO (MANIFATTURA)[^]	III.6.12.[^]



TUMORE DELLA VESCICA	AMMINE AROMATICHE (C1 basic red 9; 3-3' dimetossibenzidina)	III.6.02.	C67
TUMORE DELL'ESOFAGO^	ASBESTO	III.6.03.^	C15^
TUMORE DELL'INTESTINO^	VETRI ARTISTICI, CONTENITORI DI VETRO, VETRO STAMPATO (MANIFATTURA)^	III.6.12.^	C17^
TUMORE DELLO STOMACO	1,2 DICLOROETANO	III.6.07.	C16
TUMORE DELLO STOMACO^	VETRI ARTISTICI, CONTENITORI DI VETRO, VETRO STAMPATO (MANIFATTURA)^	III.6.12.^	C16^
TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOIETICO	CLORURO DI VINILE	III.6.04.	C82-C96
TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOIETICO	1,2 DICLOROETANO	III.6.07.	C82-C96
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOIETICO^	ALTRI AGENTI CANCEROGENI OCCUPAZIONALI NON MENZIONATI NELLE LISTE I, II, III, CLASSIFICATI H350, H350i DALLA UE, PER I QUALI NON SONO STATI ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO E AGENTI CANCEROGENI CLASSIFICATI 2B DALLA IARC^	III.6.11.^	C00-C97^
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOIETICO	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: ACRILAMMIDE	III.6.10.01.	C00-C97
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOIETICO	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: BROMURO DI VINILE	III.6.10.02.	C00-C97
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOIETICO	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: CAPTAFOLE	III.6.10.03.	C00-C97
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOIETICO	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: DIBROMOETILENE	III.6.10.04.	C00-C97
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOIETICO	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: DIMETILCARBAMOILCLORURO	III.6.10.06.	C00-C97
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOIETICO	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: DIMETILSOLFATO	III.6.10.05.	C00-C97
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOIETICO	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: FLORURO DI VINILE	III.6.10.07.	C00-C97



TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: GLICIDOLO	III.6.10.08.	C00-C97
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: STIRENE, 7,8 OSSIDO	III.6.10.09.	C00-C97
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: 1,2,3-TRICLOROPROPANO	III.6.10.10.	C00-C97
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: TRIS (2,3-DIBROMOPROPIL)FOSFATO	III.6.10.11.	C00-C97
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO^	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: DIETILSOLFATO^	III.6.10.12.^	C00-C97^
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO^	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: EPICLORIDINA^	III.6.10.13.^	C00-C97^
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO^	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: N,METIL,3-NITROSOGUANIDINA^	III.6.10.14.^	C00-C97^
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO^	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: 3,3',4,4',5-PENTACHLOROBIPHENYL^	III.6.10.15.^	C00-C97^
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO^	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: 2,3,4,7,8-PENTACHLORODIBENZOFURAN^	III.6.10.16.^	C00-C97^
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO^	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: POLIBROMOBIFENILI^	III.6.10.17.^	C00-C97^
TUMORI SOLIDI e TUMORI DEL SISTEMA EMOLINFOPOIETICO^	SOSTANZE DEL gruppo 1 e 2A IARC e/o 1B UE DI CUI NON SONO ANCORA DEFINITI NELL'UOMO GLI ORGANI BERSAGLIO: TOLUENI ALFACLORURATI^	III.6.10.18.^	C00-C97^

(#) CODICE IDENTIFICATIVO: numero lista (I, II, III); numero gruppo (da 1 a 7); numero progressivo dell'agente; codice della malattia (ICD-10)



Allegato n. 6

DANNO BIOLOGICO PERMANENTE

TABELLA DELLE MENOMAZIONI

CRITERI APPLICATIVI

L'**elencazione delle menomazioni** segue una numerazione progressiva funzione dell'ordine alfabetico seguito per apparati / sensi / tessuti di riferimento.

Nella specie: cardio-circolatorio, cicatrici e dermopatie, digerente, emopoietico, endocrino, patologia erniaria, neoplasie, nervoso, osteoarticolare e muscolare, otorinolaringoiatrico, respiratorio, sessuale, visivo.

La **descrizione della menomazione** esplicitata nelle singole voci è riferibile al valore massimo indicato in tabella.

Nel caso di **danni composti**, vale a dire comprensivi di più menomazioni, la valutazione non potrà essere il risultato della somma delle singole menomazioni tabellate. In tali casi, infatti, si dovrà procedere a stima complessiva del danno con riferimento all'entità del pregiudizio effettivo dell'apparato e/o della funzione interessata dalle menomazioni.

In caso di **danni policroni professionali**, sia riferibili a menomazioni ricadute in franchigia, sia a menomazioni indennizzate con capitale o in rendita, il danno biologico permanente finale sarà sempre il risultato di una valutazione complessiva. La stessa sarà guidata dai criteri comunemente utilizzati nella valutazione di menomazioni coesistenti e concorrenti.

Per **menomazioni concorrenti** devono intendersi quelle che incidono su organi od apparati strettamente sinergici.

In caso di **abolizione di funzione di organo o di senso pari** (reni, occhi, ecc.), qualora la stessa ricada su soggetti portatori di preesistenza extralavorativa o lavorativa, incidente sullo stesso organo o senso, il danno biologico permanente sarà uguale all'abolizione bilaterale tabellata.

L'applicazione della **formula Gabrielli** nei casi previsti dalla normativa vigente è, invece, indicata qualora debbano valutarsi anche perdite parziali di organo o senso pari.

Nella valutazione del danno la **perdita funzionale** non è equiparata a quella anatomica. Quest'ultima assume, di norma, connotazione di maggiore gravità.

Nell'ambito della stima del danno, il computo dei **disturbi correlati**, a carattere locale, non può portare a valutazioni superiori a quelle previste per la perdita anatomica del segmento interessato.

Ulteriori criteri applicativi sono stati inseriti al termine dell'elencazione delle voci tabellari.

– MENOMAZIONE –		- % -
1.	Cardiopatie riconducibili a classe I NYHA	Fino a 10
2.	Cardiopatie riconducibili a classe II NYHA Con frazione d'eiezione tra 50% e 40%	11-30
3.	Cardiopatie riconducibili a classe III NYHA a) con frazione d'eiezione tra 39% e 30% b) con frazione d'eiezione inferiore a 30%	31-70 31- 60 61-70
4.	Cardiopatie riconducibili a classe IV NYHA	> 70
5.	Esiti anatomici di pericardite o pericardiectomia senza disturbi funzionali di rilievo	Fino a 8
6.	Disturbi del ritmo e/o della conduzione di significato clinico-patologico ma non richiedenti trattamento farmacologico	Fino a 5
7.	Disturbi del ritmo e/o della conduzione complessi controllabili con trattamento farmacologico e/o con impianto di pace maker	Fino a 10
8.	Disturbi del ritmo e/o della conduzione persistenti nonostante trattamento farmacologico o impianto di pace maker, a seconda della complessità del disturbo residuo	Fino a 45
9.	Trapianto di cuore, con insufficienza residua riconducibile a classe I NYHA	40
10.	Trapianto di cuore, con insufficienza residua riconducibile a classe II NYHA	50
11.	Trapianto di cuore, con insufficienza residua riconducibile a classe III NYHA	75
12.	Ipertensione arteriosa non complicata e controllata con trattamento dietetico o farmacologico	Fino a 5
13.	Ipertensione arteriosa non complicata, non perfettamente controllata con terapia ovvero controllata mediante complesso trattamento farmacologico	Fino a 10
14.	Ipertensione arteriosa con ipertrofia ventricolare sinistra ecocardiograficamente apprezzabile, alterazioni del fondo oculare di 1° e 2° grado e/o iniziale interessamento renale	Fino a 25
15.	Ipertensione arteriosa con ipertrofia ventricolare sinistra, alterazioni del fondo oculare di 3° grado, insufficienza renale moderata	Fino a 40

16.	Ipertensione arteriosa con ipertrofia ventricolare sinistra, alterazioni del fondo oculare di 3° grado, insufficienza renale grave	Fino a 50
17.	Ipertensione maligna, a seconda dell'interessamento sistemico	> 50
18.	Arteriopatia arti superiori - Il paziente non accusa dolore a riposo né sotto sforzo, calcificazioni e dilatazioni dei vasi apprezzabili strumentalmente	Fino a 5
19.	Arteriopatia arti superiori - Dolore a seguito di impegno fisico degli arti; sono presenti ulcere persistenti, a seconda del livello e della mono o bilateralità	Fino a 20
20.	Arteriopatia arti superiori - Presenza di disturbi trofici con amputazioni, a seconda del livello e della mono o bilateralità	21-85
21.	Sindrome dello stretto toracico in fase iniziale, a seconda della mono o bilateralità	Fino a 6
22.	Arteriopatia arti inferiori - Pazienti in stadio I di Fontaine-Lériché	Fino a 5
23.	Arteriopatia arti inferiori - Pazienti in stadio II di Fontaine-Lériché	6-20
24.	Arteriopatia arti inferiori - Pazienti in stadio IIb di Fontaine-Lériché	21-30
25.	Arteriopatia arti inferiori - Pazienti in stadio III di Fontaine-Lériché	31-55
26.	Arteriopatia arti inferiori - Pazienti in stadio IV di Fontaine-Lériché	Fino a 80
27.	Flebo-linfopatie arti inferiori - Soggetti con flebolinfostasi regredibile mediante adeguata elastocompressione, con edema serotino, cianosi, parestesie, sofferenza alla marcia	Fino a 5
28.	Flebo-linfopatie arti inferiori - Sindrome postflebitica totalmente o parzialmente ricanalizzata. Varici complicate da varicoflebiti con segni importanti di stasi e/o turbe trofiche. In ambedue i casi possono essere presenti retrazioni cicatriziali	Fino a 20

29.	Flebo-linfopatie arti inferiori - Pazienti portatori di: trombosi venosa profonda, malattia post-flebitica con ostruzione permanente dei collettori profondi e importanti segni di stasi. Linfedema medio-grave ed irreversibile; ulcerazioni profonde bilaterale; varicorragie	Fino a 50
30.	Linfedema mostruoso, irreversibile, degli arti inferiori	Fino a 70
31.	Vasculopatia, aneurismi dell'aorta – 1 a) Esiti di intervento chirurgico o di endoprotesi su aneurisma dell'aorta, a seconda del livello e dei disturbi residui b) Esiti di intervento chirurgico su aneurisma complicato dell'aorta, a seconda del livello e dei disturbi residui	Fino a 20 Fino a 30
32.	Vasculopatia, aneurismi dell'aorta – 2 Aneurisma dell'aorta non operabile, a seconda del tratto, dell'estensione e del diametro	Fino a 45
33.	Vasculopatia, sindrome di Raynaud – 1 Assenza del fenomeno di Raynaud, assenza del recupero della temperatura cutanea e del polso sino a 40' dalla fine del cold-test, pronta risposta alla trinitrina	Fino a 5
34.	Vasculopatia, sindrome di Raynaud – 2 Forme subcliniche con fenomenologia di Raynaud; comparsa di tipica crisi ischemica nel corso del cold-test a carico delle falangi distale ed intermedia di più dita, pronta risposta alla trinitrina	Fino a 12
35.	Vasculopatia, sindrome di Raynaud – 3 Presenza di disturbi trofici: ulcerazioni superficiali a carico dell'estremità superiori, assenza assoluta di risposta alla trinitrina	Fino a 20
36.	Cicatrici cutanee, non interessanti il volto ed il collo, distrofiche, discromiche	Fino a 5
37.	Cicatrici cutanee deturpanti, non interessanti il volto ed il collo	Fino a 12
38.	Cicatrici cutanee, interessanti il volto ed il collo, a seconda della natura, della estensione e del complessivo pregiudizio fisionomico o fisiognomico, fino alla deturpazione	Fino a 30
39.	Dermopatia cronica a genesi irritativa, con alterazione della sensibilità, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni	Fino a 7

40.	Dermopatia cronica a genesi irritativa, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni, comunque interessanti il volto e/o il collo e gli arti, con alterazione della sensibilità ed apprezzabile pregiudizio estetico	Fino a 16
41.	Stato di sensibilizzazione con risposta dermatitica ad allergene (professionale, non professionale) a seconda della gravità e della frequenza delle riacutizzazioni	Fino a 5
42.	Dermopatia cronica a genesi allergica, con alterazione della sensibilità, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni	Fino a 8
43.	Dermopatia cronica a genesi allergica, con alterazione della sensibilità ed apprezzabile pregiudizio estetico, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni, comunque interessanti il volto e/o il collo e gli arti	Fino a 20
44.	Perdita di singoli elementi dentari, se non protesizzabili ¹ a) incisivo inferiore b) incisivo superiore c) canino d) premolare e) I molare f) II molare g) III molare	0.5 1 1.25 0,75 1,25 1 0,5
45.	Esiti di fratture del condilo mandibolare consistenti in sintomi ed alterazioni condilari minori	Fino a 4
46.	Esiti di fratture del condilo mandibolare consistenti in sintomi ed alterazioni condilari maggiori	Fino a 8
47.	Esiti di lesione del condilo mandibolare consistenti in importante sindrome algico-disfunzionale e irreversibile deficit articolare (distanza i.c. intorno a 20 mm)	Fino a 12
48.	Stenosi esofagea di grado moderato con alterazione del transito e necessità di adeguato regime alimentare, senza ripercussioni sullo stato nutrizionale generale, a seconda del grado di disfagia	Fino a 10
49.	Stenosi esofagea marcata con ripercussioni sullo stato nutrizionale generale, necessità di trattamento terapeutico e di alimentazione semiliquida	Fino a 20
50.	Stenosi esofagea serrata e disturbi funzionali conseguenti	Vedasi voci da n. 53 a n. 56
51.	Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomi e segni saltuari senza ripercussione sullo stato generale, richiedente trattamento dietetico e/o farmacologico, senza palese limitazione delle attività ordinarie ed usuali	Fino a 8

52.	Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomatologia intermittente, apprezzabile nelle fasi di acuzie, non condizionante funzioni di assorbimento ed escretorie, con opportunità di trattamento medico e cautele igieniche costanti, con apprezzabile e concreta limitazione di alcune delle attività ordinarie ed usuali	Fino a 15
53.	Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomatologia subcontinua, ripercussione sullo stato generale ed eventuale perdita di peso, richiedente necessità di trattamento farmacologico, dietetico e cautele igieniche, interferenza sulle attività ordinarie superiore a quella della classe precedente	Fino a 25
54.	Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomi e segni continui di grado moderato, compromissione dello stato generale e perdita di peso intorno al 20% rispetto a quello usuale per il soggetto e comunque al di sotto di quello ideale, necessità di trattamento medico e/o chirurgico, limitazione concreta delle attività ordinarie ed usuali	Fino a 40
55.	Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomi e segni continui o subcontinui di entità severa, rilevante perdita di peso comunque superiore ai livelli della classe precedente, trattamento medico e/o chirurgico non efficace, conservazione dell'autonomia gestionale e relazionale nel contesto di una concreta e grave limitazione delle attività svolte dal soggetto	Fino a 55
56.	Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, severa compromissione dello stato generale conseguente alla alterazione delle funzioni gastro-intestinali, inefficacia dei trattamenti medici e/o chirurgici, dimagrimento non altrimenti controllato, riflessi sull'autonomia personale del soggetto e/o con obbligata degenza a letto e/o con impossibilità allo svolgimento delle attività minime relazionali	> 55
57.	Incontinenza dello sfintere anale totale e permanente, con disturbi secondari locali	Fino a 40
58.	Ano preternaturale, a seconda della malattia di base ²	Fino a 40
59.	Esiti di lesione epatica contusivo-emorragica e/o discontinuativa consistente in cicatrici, disturbi post-aderenziali e/o modeste alterazioni bioumorali	Fino a 8

60.	Esiti di epatectomia per 1/3 dell'organo, con alterazioni bioumorali	Fino a 16
61.	Epatite cronica con alterazioni morfologiche ecografiche e cliniche di lieve entità, modifiche modeste degli indici bioumorali, assenza di fibrosi	Fino a 8
62.	Epatite cronica con segni di moderata fibrosi, alterazione costante degli indici bioumorali di necrosi e funzionalità, epatomegalia	Fino a 25
63.	Epatite cronica con segni di discreta attività, alterazione costante degli indici bioumorali di necrosi e funzionalità, splenomegalia; a seconda anche della positività HBV o HCV in caso di genesi virale	Fino a 45
64.	Epatite cronica con segni di ascite conclamata ma controllabile con trattamento medico-dietetico, a seconda del grado di encefalopatia	Fino a 60
65.	Epatite cronica con segni di ascite scompensata, difficilmente controllabile con terapia medico-dietetica, a seconda delle complicanze comparse e soprattutto del grado di encefalopatia	> 60
66.	Esiti di colecistectomia, a seconda dei disturbi residui	Fino a 5
67.	Pancreatite cronica con dolore continuo-subcontinuo, con segni di iniziale insufficienza esocrina e necessità di trattamento farmacologico	Fino a 15
68.	Pancreatite cronica con conclamata sindrome da malassorbimento e rilevante calo ponderale	Fino a 40
69.	Anemia aplastica di grado non grave, a seconda anche dell'efficacia del trattamento	Fino a 20
70.	Anemia aplastica grave, a seconda delle manifestazioni cliniche e dell'efficacia del trattamento (<i>neutrofili < 500 /mm³, piastrine < 20.000 /mm³, reticolociti < 40.000 /mm³</i>)	Fino a 60
71.	Anemia aplastica molto grave, a seconda anche dell'efficacia del trattamento (<i>neutrofili < 200 /mm³, piastrine < 20.000 /mm³, reticolociti < 40.000 /mm³</i>)	> 60
72.	Anemia emolitica non immune con buon compenso midollare	Fino a 10
73.	Anemia emolitica non immune con necessità terapeutiche, a seconda delle manifestazioni cliniche	Fino a 35

74.	Anemia emolitica non immune grave	> 35
75.	Disordini emorragici da piastrinopenia non grave, a seconda della frequenza e della gravità dei disturbi	Fino a 10
76.	Disordini emorragici da piastrinopenia grave, a seconda della frequenza e della gravità dei disturbi (<i>piastrine</i> $\leq 20.000 /mm^3$)	Fino a 40
77.	Disordini emorragici da piastrinopenia severa, a seconda della frequenza e della gravità dei disturbi (<i>piastrine</i> $\leq 10.000 /mm^3$)	> 40
78.	Porfiria cutanea tarda con manifestazioni cliniche apprezzabili e costanti	Fino a 10
79.	Porfiria cutanea tarda, complicata con epatopatia a seconda del grado	> 10
80.	Leucemia mieloide cronica in fase iniziale, asintomatica, a seconda delle necessità e degli effetti terapeutici	Fino a 40
81.	Leucemia mieloide cronica con disturbi minori	Fino a 80
82.	Leucemia mieloide cronica in fase accelerata	> 80
83.	Leucemia mieloide cronica in fase blastica	100
84.	Leucemia linfatica cronica con interessamento sino a tre stazioni linfonodali, stadio A della classificazione internazionale, a seconda dei disturbi e delle necessità terapeutiche	Fino a 30
85.	Leucemia linfatica cronica con più di tre stazioni linfonodali coinvolte, stadio B della classificazione internazionale, a seconda dei sintomi sistemici progressivi	Fino a 80
86.	Leucemia linfatica cronica stadio C della classificazione internazionale, con anemia e piastrinopenia gravemente sintomatiche, indipendentemente dalle stazioni linfonodali coinvolte	> 80
87.	Linfomi non-Hodgkin's – Linfomi B a basso grado di malignità, secondo classificazione di Kiel, in base allo stadio di maturazione linfocitaria ed alla capacità di risposta alla terapia	Fino a 30

88.	Linfomi non-Hodgkin's – Linfomi B ad alto grado di malignità, secondo classificazione di Kiel, in base allo stadio di maturazione linfocitaria ed alla capacità di risposta alla terapia	> 30
89.	Linfomi non-Hodgkin's – Linfomi T a basso grado di malignità, secondo classificazione di Kiel, comprensivi dei linfomi T periferici non specificati, in base allo stadio di maturazione linfocitaria ed alla capacità di risposta alla terapia	Fino a 30
90.	Linfomi non-Hodgkin's – Linfomi T ad alto grado di malignità, secondo classificazione di Kiel, comprensivi dei linfomi T periferici non specificati, in base allo stadio di maturazione linfocitaria ed alla capacità di risposta alla terapia	> 30
91.	Recidive di linfomi non-Hodgkin's, già trattati con trapianto di midollo allogenico	> 80
92.	Linfoma non-Hodgkin's in AIDS	> 80
93.	Morbo di Hodgkin, stadio IA, IIA secondo Ann Arbor in base agli effetti cronici della terapia	Fino a 10
94.	Morbo di Hodgkin, stadio IA, IIA con interessamento di almeno quattro siti o con presenza di massa tumorale; stadio IIIA, IB, IIB secondo Ann Arbor in base anche alla persistenza di sintomi ed alla capacità di risposta alla terapia	Fino a 40
95.	Morbo di Hodgkin, stadio IIIB, IVA, IVB secondo Ann Arbor	> 40
96.	Mieloma multiplo in stadio I secondo Durie e Salmon, in base all'entità ed alla completezza del quadro sindromico (funzionalità renale e lesioni osteolitiche in particolare)	Fino a 45
97.	Mieloma multiplo in stadio II secondo Durie e Salmon, in base all'entità ed alla completezza del quadro sindromico (funzionalità renale e lesioni osteolitiche in particolare)	Fino a 80
98.	Mieloma multiplo in stadio III secondo Durie e Salmon, in base all'entità ed alla completezza del quadro sindromico (funzionalità renale e lesioni osteolitiche in particolare)	> 80
99.	Policitemia vera in fase proliferativa o stabile, a seconda del grado di eritrocitosi e trombocitosi, della sussistenza dei sintomi correlati e delle necessità terapeutiche	Fino a 25

100.	Policitemia vera in fase spenta, a seconda del quadro sindromico, della natura e dell'entità delle complicanze	> 25
101.	Policitemia vera complicata da tumori o in trasformazione leucemica	> 80
102.	Infezione cronica da HIV in asintomatico o con linfadenopatia generalizzata persistente (PGL), con linfociti TCD4+ > 500 /mm ³ , a seconda della carica virale plasmatica	Fino a 16
103.	Infezione cronica da HIV in asintomatico o con linfadenopatia generalizzata persistente (PGL), in trattamento, con linfociti TCD4+ compresi tra 200 e 500 /mm ³	Fino a 30
104.	Infezione cronica da HIV in asintomatico o con linfadenopatia generalizzata persistente (PGL), in trattamento, con linfociti TCD4+ < 200 /mm ³	Fino a 45
105.	Infezione cronica da HIV in sintomatico, in stadio iniziale, con linfociti TCD4+ > 500 /mm ³ , a seconda della natura e della gravità delle complicanze cliniche ³	Fino a 25
106.	Infezione cronica da HIV in sintomatico, in stadio intermedio, con linfociti TCD4+ compresi tra 200 e 500 /mm ³ , a seconda della natura e della gravità delle complicanze cliniche	Fino a 45
107.	Infezione cronica da HIV in sintomatico, in stadio avanzato, con linfociti TCD4+ < 200 /mm ³ , a seconda della natura e della gravità delle complicanze cliniche	Fino a 80
108.	Infezione cronica da HIV in stadio tardivo, con linfociti TCD4+ < 50 /mm ³ , a seconda della natura e della gravità delle complicanze cliniche	> 80
109.	Splenectomia con necessità di accorgimenti terapeutici	Fino a 9
110.	Diabete Mellito di tipo II in buon controllo metabolico	Fino a 10
111.	Diabete Mellito di tipo II insulino-trattato, ben compensato	Fino a 15
112.	Diabete Mellito di tipo II senza adeguato controllo metabolico	Fino a 25
113.	Diabete Mellito di tipo II scompensato, a seconda dell'interessamento sistemico	> 25

114.	Diabete Mellito di tipo I	Fino a 25
115.	Diabete Mellito di tipo I instabile, a seconda dell'interessamento sistemico	> 25
116.	Diabete insipido con assente o residuale poliuria, polidipsia, in trattamento	Fino a 5
117.	Diabete insipido in controllo farmacologico incompleto, a seconda della sindrome residuale	Fino a 25
118.	Esiti di tireopatia, ipo – iper, richiedenti trattamento, con manifestazioni cliniche conseguenti a disturbi funzionali marcati, persistenti	Fino a 20
119.	Esiti di tiroidectomia, parziale o totale, a seconda dell'efficacia del trattamento sostitutivo farmacologico, con manifestazioni cliniche conseguenti a disturbi funzionali marcati	Fino a 22
120.	Insufficienza surrenalica ben compensata con trattamento sostitutivo, in assenza o con sfumati effetti iatrogeni	Fino a 16
121.	Insufficienza surrenalica non controllata farmacologicamente e a seconda delle crisi addisoniane e degli squilibri idro-elettrolitici	Fino a 50
122.	Obesità con indice di massa corporea (IMC o BMI) compreso tra 40 e 60 ⁴	Fino a 16
123.	Ernia inguinale operabile	Fino a 5
124.	Ernia crurale operabile	Fino a 5
125.	Ernia epigastrica, ombelicale, ipogastrica operabile	Fino a 5
126.	Laparocele, a seconda delle dimensioni (>10 cm)	Fino a 8
127.	Ernie operate con successo	Da valutarsi come cicatrici semplici
128.	Ernia diaframmatica operabile	Fino a 5
129.	Ernia non operabile	Fino a 9

130.	Lesioni precancerose efficacemente trattate	Fino a 5	
131.	Neoplasie maligne che si giovano di trattamento medico e/o chirurgico locale, radicale ⁵	Fino a 10	
132.	Recidive di neoplasia maligna che si giovano di trattamento medico e/o chirurgico locale, radicale ⁶	Fino a 16	
133.	Neoplasie maligne che si giovano di trattamento medico e/o chirurgico ai fini di una prognosi <i>quoad vitam</i> superiore a 5 anni, a seconda della persistenza e dell'entità di segni e sintomi minori di malattia, comprensivi degli effetti collaterali della terapia	Fino a 30	
134.	Neoplasie maligne che non si giovano di trattamento medico e/o chirurgico ai fini di una prognosi <i>quoad vitam</i> superiore a 5 anni; i pazienti richiedono speciali cure ed assistenza, sono sostanzialmente abili allo svolgimento delle necessità primarie ed agli atti del vivere comune	Fino a 60	
135.	Neoplasie maligne che non si giovano di trattamento medico e/o chirurgico ai fini di una prognosi <i>quoad vitam</i> superiore a 5 anni, il supporto terapeutico ed assistenziale è necessario e continuo, il soggetto è severamente disabile, è indicata l'ospedalizzazione	Fino a 80	
136.	Neoplasie maligne con metastasi plurime diffuse e severa compromissione dello stato generale con necessità di ospedalizzazione ovvero di presidi domiciliari equivalenti, sebbene la morte non sia imminente	> 80	
137.	Cachessia neoplastica	100	
138.	Tetraplegia alta ⁷	100	
139.	Emiplegia flaccida	85	
140.	Emiplegia spastica con possibilità di deambulare con appoggio ed arto superiore funzionalmente perduto	Fino a 75	
141.	Paraplegia ⁸	85	
142.	Monoplegia dell'arto superiore	d. 58	n. d. ⁹ 48
143.	Monoplegia arto inferiore	55	

144.	Tetraparesi, a seconda del deficit di forza	Fino a 80	
145.	Paraparesi con deficit di forza di media entità, deambulazione consentita con appoggio	46 – 50	
146.	Paraparesi con deficit di forza di lieve entità, deambulazione deficitaria ma possibile senza appoggio	40 – 45	
147.	Monoparesi dell'arto superiore con grave deficit di forza e della compromissione dei movimenti fini della mano	d. fino a 45	n. d. ⁹ fino a 40
148.	Monoparesi dell'arto inferiore a seconda del deficit di forza e della compromissione deambulatoria	25-35	
149.	Emiparesi con grave deficit di forza, deambulazione con appoggio, perdita o grave difficoltà ai movimenti fini della mano dominante	Fino a 60	
150.	Emiparesi con medio deficit di forza, possibilità di deambulazione senza appoggio, difficoltà ai movimenti fini della mano dominante	Fino a 35	
151.	Emiparesi con minimo deficit di forza e sfumati segni piramidali	Fino a 8	
152.	Afasia non fluente (motoria o dell'area di Broca): - Sfumata - Lieve - Media - Grave	10 Fino a 20 Fino a 30 Fino a 45	
153.	Afasia fluente (sensoperceptiva o dell'area del Wernicke): - Sfumata - Lieve - Media - Grave	Fino a 20 Fino a 35 Fino a 45 Fino a 65	
154.	Afasia globale: - Media - Grave	Fino a 65 >80	
155.	Paralisi totale del plesso brachiale	d. 58	n. d. ⁹ 48
156.	Sindrome radicolare superiore tipo Duchenne-Erb, a seconda del lato	Fino a 42	
157.	Sindrome radicolare media tipo Remak, a seconda del lato	Fino a 25	

158.	Sindrome radicolare superiore tipo Dejerine-Klumpke, a seconda del lato	Fino a 40
159.	Paralisi totale del nervo radiale a seconda del lato - alta	Fino a 35
160.	Paralisi totale del nervo radiale a seconda del lato - bassa	Fino a 25
161.	Paralisi totale del nervo mediano, a seconda del lato e della fase (irritativa, deficitaria, paralitica) - alta	Fino a 40
162.	Paralisi totale del nervo mediano, a seconda del lato e della fase (irritativa, deficitaria, paralitica) - bassa	Fino a 35
163.	Esiti neurologici di sindromi canalicolari (a tipo tunnel carpale) con sfumata compromissione funzionale, a seconda dell'efficacia del trattamento e della mono o bilateralità	Fino a 7
164.	Paralisi totale del nervo ulnare, a seconda del lato e del livello	Fino a 25
165.	Esiti neurologici di sindromi canalicolari (a tipo tunnel/canale di Guyon, canale cubitale) con sfumata compromissione funzionale, a seconda dell'efficacia del trattamento, a seconda della mono o bilateralità	Fino a 6
166.	Paralisi totale del nervo circonflesso	16
167.	Paralisi completa del nervo muscolo-cutaneo	15
168.	Paralisi totale del nervo femorale	30
169.	Paralisi totale del nervo sciatico, a seconda del livello	Fino a 40
170.	Paralisi totale del nervo sciatico popliteo interno	18
171.	Paralisi totale del nervo sciatico popliteo esterno	22
172.	Paralisi periferica totale, monolaterale, del nervo facciale	Fino a 18
173.	Nevralgia del trigemino, a seconda della frequenza delle crisi	Fino a 20

174.	Deficit masticatorio da lesione del trigemino	Fino a 5
175.	Deficit sensitivo da lesione del trigemino	Fino a 5
176.	Epilessia con sporadiche crisi, a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate)	Fino a 10
177.	Epilessia trattata farmacologicamente, a seconda della frequenza delle crisi (da mensili a settimanali) e del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate)	Fino a 30
178.	Epilessia non controllata farmacologicamente con crisi settimanali plurime, alterazioni di natura psichiatrica, ideomotorie e comportamentali, svolgimento di attività protette, a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate)	Fino a 60
179.	Epilessia con grave compromissione psicofisica (scadimento sino alla perdita dell'autonomia personale) a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate)	> 60
180.	Disturbo post-traumatico da stress cronico moderato, a seconda dell'efficacia della psicoterapia	Fino a 6
181.	Disturbo post-traumatico da stress cronico severo, a seconda dell'efficacia della psicoterapia	Fino a 15
182.	Sindrome soggettiva del traumatizzato cranico	Fino a 4
183.	Disturbo psicotico - sindrome dissociativa di lieve entità	10-20
184.	Disturbo psicotico - sindrome dissociativa di media entità	21-50
185.	Disturbo psicotico - sindrome dissociativa di grave entità	> 50
186.	Sindrome prefrontale psicorganica non grave	Fino a 20
187.	Sindrome prefrontale psicorganica grave o severa	> 20
188.	Deterioramento mentale, sostanzialmente comparabile a stato deficitario semplice	Fino a 50

189.	Deterioramento mentale generale	> 50
190.	Demenza vera	> 90
191.	Anchilosi ¹⁰ del rachide in toto, a seconda del coinvolgimento nervoso	Fino a 60
192.	Patologia vertebrale con deficit funzionale complessivo di media o grave entità, con disturbi trofico-sensitivi ¹¹ anche persistenti e disturbi motori solo episodici ma reversibili; quadro diagnostico-strumentale di discoartrosi pluridistrettuale, di grado severo, comunque presente nei tratti cervicale e lombare	Fino a 35
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
194.	Esiti di frattura somatica dell'atlante o dell'epistrofeo consistenti in deficit funzionale medio, in assenza di segni e sintomi neurologici persistenti	Fino a 10
195.	Anchilosi del rachide cervicale in posizione favorevole	25
196.	Esiti di frattura di vertebra cervicale con residua deformazione somatica, deficit funzionale di media entità e disturbi trofico-sensitivi intercorrenti	Fino a 10
197.	Esiti di duplice frattura vertebrale cervicale con residua deformazione somatica, deficit funzionale di media entità ed artrosi reattiva locoregionale	Fino a 16
198.	Esiti di frattura apofisaria cervicale con disfunzionalità residua	Fino a 5
199.	Esiti di distorsione del rachide cervicale con deficit funzionale apprezzabile su base antalgica, disturbi radicolari di natura trofico-sensitiva	Fino a 4
200.	Anchilosi del tratto dorsale	10
201.	Esiti di frattura di vertebra dorsale con residua deformazione somatica e dolore riflesso	Fino a 6
202.	Esiti di frattura della XII vertebra dorsale con residua deformazione somatica e deficit funzionale di media entità	Fino a 10
203.	Esiti di frattura dell'arco o di processo trasverso o di elementi posteriori con dolore riflesso	Fino a 3

204.	Anchilosi del tratto lombare con risentimento trofico-sensitivo, a seconda dei disturbi motori	Fino a 25
205.	Esiti di frattura di vertebra lombare con residua deformazione somatica, deficit funzionale di media entità e/o disturbi trofico-sensitivi intercorrenti	Fino a 10
206.	Esiti di duplice frattura vertebrale lombare con residua deformazione somatica, deficit funzionale di media entità ed artrosi reattiva locoregionale	Fino a 16
207.	Esiti di frattura apofisaria lombare con disfunzionalità residua	Fino a 4
208.	Esiti di frattura somatica vertebrale, apprezzabili strumentalmente, in assenza di ripercussione funzionale	Fino a 5
209.	Esiti di trauma distorsivo o contusivo-distorsivo del rachide lombare con deficit funzionale apprezzabile e disturbi radicolari intercorrenti di natura trofico-sensitiva	Fino a 6
210.	Esiti di frattura sacrale con deformazione residua e riflesso antalgico disfunzionale	Fino a 5
211.	Esiti di frattura coccigea consistenti in coccigodinia reattiva e deformazione ossea residua	Fino a 6
212.	Ernia discale del tratto cervicale con disturbi trofico-sensitivi persistenti	Fino a 12
213.	Ernia discale del tratto lombare con disturbi trofico-sensitivi persistenti	Fino a 12
214.	Esiti di frattura di clavicola apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 2
215.	Esiti di lussazione acromioclaveare o sternoclaveare apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 4
216.	Esiti di frattura dello sterno apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 5
217.	Esiti di frattura della scapola, apprezzabili strumentalmente, in assenza di compromissione funzionale	Fino a 3
218.	Esiti di frattura di una costa apprezzabili con indagini strumentali	2
219.	Esiti di fratture costali multiple, viziosamente consolidate; per ogni costa	Fino a 1

220.	Perdita bilaterale degli arti superiori ¹²	85	
221.	Perdita del braccio per disarticolazione scapolo-omerale, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	d 60- 65	n. d. ⁹ 50-55
222.	Perdita del braccio per amputazione al terzo superiore o terzo medio, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	d 55- 60	n. d. ⁹ 45-50
223.	Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole	d 25	n. d. ⁹ 20
224.	Limitazione dei movimenti dell'articolazione scapolo-omerale ai gradi estremi	3	
225.	Esiti di lussazione di spalla, apprezzabili strumentalmente, in assenza di ripercussioni funzionali	Fino a 4	
226.	Instabilità di spalla: <i>a)</i> di grado severo (a tipo lussazione abituale) <i>b)</i> di grado medio (a tipo lussazione recidivante)	d 12 6	n. d. ⁹ 10 5
227.	Esiti di lesione delle strutture muscolo-tendinee della spalla, apprezzabili strumentalmente, non comprensive del danno derivante dalla limitazione funzionale	Fino a 4	
228.	Esiti di lesioni tendinee del muscolo bicipite brachiale, a seconda del deficit di forza	Fino a 6	
229.	Esiti di frattura d'omero diafisaria, viziosamente consolidata, con dismorfismo, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 4	
230.	Anchilosi del gomito in posizione favorevole con prono-supinazione libera	d. 18	n. d. ⁹ 15
231.	Anchilosi del gomito in posizione sfavorevole	d. 24	n. d. ⁹ 20
232.	Esiti di epicondiliti, epitrocleiti e patologie muscolo-tendinee assimilabili, apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale, a seconda della mono o bilateralità	Fino a 5	
233.	Perdita totale dell'avambraccio, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	d. 50- 55	n. d. ⁹ 40-45
234.	Esiti di frattura di radio, viziosamente consolidata, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 4	
235.	Esiti di frattura di ulna, viziosamente consolidata, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 4	

236.	Anchilosi del polso in estensione rettilinea, in supinazione	d. 20	n. d. ⁹ 16
237.	Anchilosi del polso in estensione rettilinea, senza limitazione della pronosupinazione	d. 10	n. d. ⁹ 8
238.	Movimenti di flesso-estensione del polso limitati ai gradi estremi	2	
239.	Perdita bilaterale della mano	75	
240.	Perdita della mano	d. 55	n. d. ⁹ 45
241.	Perdita di tutte le dita della mano	d. 48	n. d. ⁹ 41
242.	Perdita del pollice e del I metacarpo	d. 22	n. d. ⁹ 18
243.	Perdita totale del pollice	d. 20	n. d. ⁹ 16
244.	Perdita totale dell'indice	d. 11	n. d. ⁹ 9
245.	Perdita totale del medio	d. 7	n. d. ⁹ 6
246.	Perdita totale dell'anulare	d. 6	n. d. ⁹ 5
247.	Perdita totale del mignolo	d. 8	n. d. ⁹ 7
248.	Perdita della falange ungueale del pollice	d. 9	n. d. ⁹ 8
249.	Perdita della falange ungueale dell'indice	d. 5	n. d. ⁹ 4
250.	Perdita della falange ungueale del medio	d. 3	n. d. ⁹ 2
251.	Perdita della falange ungueale dell'anulare	2	
252.	Perdita della falange ungueale del mignolo	d. 3	n. d. ⁹ 2

253.	Perdita delle ultime due falangi dell'indice	d. 7	n. d. ⁹ 6
254.	Perdita delle ultime due falangi del medio	d. 5	n. d. ⁹ 4
255.	Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	3	
256.	Perdita delle ultime due falangi del mignolo	d. 5	n. d. ⁹ 4
257.	Esiti di frattura di scafoide con evoluzione in pseudoartrosi	Fino a 5	
258.	Esiti di frattura di altro osso carpale, apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3	
259.	Esiti di frattura del primo osso metacarpale apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3	
260.	Esiti di frattura di altro osso metacarpale, apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 2	
261.	Anchilosi del pollice (metacarpofalangea e interfalangea) in posizione favorevole	d. 15	n. d. ⁹ 12
262.	Anchilosi dell'articolazione interfalangea del pollice	d. 5	n. d. ⁹ 4
263.	Anchilosi rettilinea dell'indice	d. 8	n. d. ⁹ 5
264.	Anchilosi rettilinea del medio	d. 5	n. d. ⁹ 4
265.	Anchilosi rettilinea dell'anulare	3	
266.	Anchilosi rettilinea del mignolo	d. 5	n. d. ⁹ 4
267.	Esiti di tenovaginaliti del distretto polso-mano, apprezzabili strumentalmente, a seconda del grado e dell'estensione, in assenza o con sfumata limitazione funzionale	Fino a 4	
268.	Perdita totale di coscia, bilateralmente, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	Fino a 80	
269.	Perdita totale di coscia per disarticolazione coxo-femorale, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	45-60	

270.	Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	35-50
271.	Anchilosi completa coxo-femorale con arto in posizione favorevole	30
272.	Esiti di frattura di femore, apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 8
273.	Anchilosi rettilinea del ginocchio (180°)	23
274.	Esiti di patellectomia, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 6
275.	Deficit articolare del ginocchio con flessione possibile da 50° a 90°	0 - 7
276.	Deficit articolare del ginocchio con estensione impossibile negli ultimi 15° (da 165° a 180°) ¹³	Fino a 12
277.	Lassità articolare del ginocchio per lesioni legamentose che non necessitano di intervento (a tipo di rotture parziali di un legamento, oppure di rotture complete ma ben compensate dal tono muscolare)	Fino a 4
278.	Lassità articolare del ginocchio da rottura di uno dei due legamenti collaterali, non operata	Fino a 7
279.	Lassità articolare del ginocchio da rottura, parziale o totale, di uno dei due legamenti crociati, non operata	Fino a 8
280.	Lassità articolare del ginocchio da rottura, parziale o totale, dei due legamenti crociati, non operata e bisognevole di tutore	Fino a 16
281.	Esiti di condropatie, a seconda del grado, non comprensivi del danno derivante dalla limitazione funzionale	Fino a 4
282.	Esiti di meniscectomia artroscopica	2
283.	Esiti di rottura di un menisco, non operata, a seconda del riflesso sulla funzionalità articolare	Fino a 4
284.	Esiti di borsectomia, sinoviectomia, a seconda del comparto aggredito chirurgicamente, in assenza di compromissione funzionale, a seconda della mono o bilateralità	Fino a 5
285.	Perdita della gamba al terzo medio con ginocchio mobile, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	30-40

286.	Perdita del piede	30
287.	Perdita dell'avampiede, a seconda del livello	Fino a 20
288.	Perdita anatomica dell'alluce	4
289.	Perdita delle altre dita del piede, a seconda del numero	Fino a 4
290.	Esiti di frattura isolata di tibia apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3
291.	Esiti di frattura isolata di perone apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3
292.	Esiti di fratture biossee della gamba, apprezzabili con indagini strumentali, con disturbi di circolo, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 8
293.	Anchilosi della caviglia in posizione favorevole	12
294.	Anchilosi in posizione favorevole della caviglia e del complesso sottoastragalico-mediotarsico	15
295.	Esiti di rottura, parziale o totale, del tendine d'Achille, trattati chirurgicamente	Fino a 8
296.	Esiti di frattura del calcagno apprezzabili con indagini strumentali, con disturbi di circolo, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 8
297.	Esiti di frattura dell'astragalo apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 5
298.	Esiti di frattura dello scafoide apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3
299.	Esiti di frattura del cuboide apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 2
300.	Esiti di frattura di un cuneiforme apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 2
301.	Esiti di frattura del primo metatarso apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 2
302.	Esiti di frattura di due o più metatarsi, comprensivi del primo e/o del quinto, apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 4

303.	Anchilosi favorevole prima metatarso-falangea	3
304.	Anchilosi favorevole di due o più articolazioni metatarso falangee comprensive del primo e del quinto raggio	Fino a 5
305.	Anchilosi dell'interfalangea dell'alluce	2
306.	Mezzi di sintesi in sede non comprensivi del danno derivante dalla limitazione funzionale del corrispondente segmento osteo-articolare	Fino a 3
307.	Artroprotesi di anca, non comprensiva del danno funzionale, a seconda dell'età	Fino a 5
308.	Artroprotesi di ginocchio, non comprensiva del danno funzionale, a seconda dell'età	Fino a 4
309.	Accorciamento di arto intorno a 5 cm, a seconda dell'efficacia del presidio ortopedico	Fino a 6
310.	Sordità completa unilaterale	12
311.	Sordità completa bilaterale	50
312.	Deficit uditivo bilaterale parziale	Vedasi all. n. 1
313.	Acufeni	Vedasi all. n. 1
314.	Vertigine parossistica posizionale benigna	Fino a 4
315.	Sindrome labirintica deficitaria unilaterale o bilaterale, in accettabile compenso	Fino a 5
316.	Sindrome labirintica deficitaria unilaterale mal compensata	Fino a 10
317.	Sindrome vestibolare centrale disarmonica	Fino a 18
318.	Disturbi della funzione gustativa sino all'ageusia	Fino a 5
319.	Disturbi della funzione olfattiva con residua capacità funzionale	Fino a 5

320.	Anosmia vera	8
321.	Sinusopatia cronica mascellare, a seconda dei sintomi e dell'impegno del seno	Fino a 5
322.	Sinusopatia cronica etmoido-sfenoidale o frontale, a seconda dei sintomi e dell'impegno del seno	Fino a 7
323.	Esiti di frattura delle ossa nasali con minima alterazione del profilo nasale e lievi difficoltà respiratorie	Fino a 4
324.	Esiti di frattura delle ossa nasali con minima alterazione del profilo nasale diminuzione della pervietà nasale bilaterale intorno al 50%	Fino a 10
325.	Esiti di lesioni traumatiche o malattia cronica del laringe che incidono apprezzabilmente sulla funzione fonatoria	Fino a 8
326.	Esiti di lesioni traumatiche o malattia cronica del laringe che determinano una disfonia molto grave ovvero subtotale	Fino a 30
327.	Rinite allergica, a seconda degli episodi	Fino a 10
328.	Esiti di exeresi polmonare segmentaria o atipica, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 8
329.	Esiti di exeresi lobare, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 12
330.	Esiti di exeresi polmonare totale monolaterale	Fino a 25
331.	Danno anatomico (a tipo: placche pleuriche; ovvero esiti di processo specifico; esito di scissuriti) in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 5
332.	Danno anatomico riferibile a nodulazioni parenchimali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale, a seconda dell'estensione	Fino a 6
333.	Insufficienza respiratoria lieve, secondo i parametri di cui all'all. 2 parte A	Fino a 15
334.	Insufficienza respiratoria media, secondo i parametri di cui all'all. 2 parte A	Fino a 40
335.	Insufficienza respiratoria grave, secondo i parametri di cui all'all. 2 parte A	Fino a 60
336.	Insufficienza respiratoria severa, secondo i parametri di cui all'all. 2 parte A	> 60

337.	Stato di sensibilizzazione ad allergeni con risposta dell'apparato respiratorio, eccezionali episodi anafilattici	Fino a 5
338.	Crisi asmatiche documentate con assenza di deficit ventilatorio nel periodo intercritico, a seconda della frequenza delle riacutizzazioni e dell'entità delle crisi	Fino a 8
339.	Asma, prima classe secondo i parametri di cui all'all.2 parte B	Fino a 20
340.	Asma, seconda classe secondo i parametri di cui all'all.2 parte B	Fino a 35
341.	Asma, terza classe secondo i parametri di cui all'all.2 parte B	Fino a 60
342.	Asma, quarta classe secondo i parametri di cui all'all.2 parte B	> 60
343.	Stato di male asmatico, a seconda dell'insufficienza ventilatoria, della natura e della gravità delle complicanze extrapolmonari	> 70
344.	Esiti di evirazione totale, comprensiva delle turbe psico-relazionali, a seconda dell'età	Fino a 50
345.	Perdita del pene, senza applicazione di correttivo, comprensiva delle turbe psicorelazionali, a seconda dell'età	Fino a 40
346.	Impotenzia coeundi organica (non corretta), comprensiva delle turbe psicorelazionali, a seconda dell'età	Fino a 30
347.	Impotenzia coeundi lieve correggibile con trattamento medico o difficoltà al coito psicogena, comprensiva delle turbe psicorelazionali, a seconda dell'età	Fino a 15
348.	Castrazione totale, comprensiva delle turbe psicorelazionali, a seconda dell'età	Fino a 30
349.	Perdita di un testicolo	6
350.	Isteroannessiectomia totale: a) dalla pubertà fino ai 45 anni con incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici b) oltre 45 anni con incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici	Fino a 40 Fino a 25

351.	Isterectomia: a) fino ai 45 anni con eventuale incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici b) oltre 45 anni con eventuale incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici	Fino a 35 Fino a 15
352.	Ovariectomia bilaterale: a) dalla pubertà fino ai 45 anni con incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici b) oltre i 45 anni con incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici	Fino a 30 Fino a 20
353.	Ovariectomia monolaterale, a seconda dell'età	Fino a 6
354.	Dismetrie del bacino (oltre al danno ortopedico) con necessità di parto per via addominale (impotentia parturiendi)	Fino a 7
355.	Dispareunia e/o perturbazioni della sfera psico-sessuale dimostrabili e di cui possa essere accertata la causa	Fino a 15
356.	Perdita di un rene (con rene superstite indenne), comprensiva degli esiti chirurgici cutanei	18
357.	Perdita di entrambi i reni con trattamento dialitico	Fino a 75
358.	Trapianto renale, con necessità terapeutica, e segni di insufficienza renale, a seconda della gravità (lieve, moderata)	Fino a 45
359.	Trapianto renale con insufficienza d'organo e manifestazioni secondarie della terapia adottata di grado severo	Fino a 60
360.	Idronefrosi unilaterale, a seconda dei disturbi funzionali	Fino a 25
361.	Insufficienza renale ¹⁴ di lieve entità	Fino a 10
362.	Insufficienza renale moderata	Fino a 25
363.	Insufficienza renale grave	Fino a 40
364.	Insufficienza renale severa	> 50
365.	Cistite cronica	Fino a 12

366.	Esiti di rottura della vescica trattati chirurgicamente, a seconda dei disturbi funzionali e flogistici	Fino a 12
367.	Cistectomia definitiva, a seconda dell'efficacia del trattamento chirurgico	Fino a 25
368.	Incontinenza urinaria assoluta, non migliorabile con mezzi palliativi, a seconda dell'età	Fino a 20
369.	Cecità assoluta bilaterale	85
370.	Cecità assoluta monolaterale	28
371.	Deficit dell'acuità visiva	Vedasi all. n. 3, Parte A
372.	Deficit del campo visivo	Vedasi all. n. 3, Parte B
373.	Pseudoafachia, a seconda se monoculare o binoculare, comprensiva della correzione con lenti	Fino a 5
374.	Afachia monoculare	Vedasi all. n. 3, Parte C
375.	Afachia binoculare	Fino a 10
376.	Diplopia nelle posizioni alte dello sguardo, a seconda dei meridiani interessati	Fino a 10
377.	Diplopia nella parte inferiore del campo, a seconda dei meridiani interessati	Fino a 20
378.	Diplopia nel campo centrale	Fino a 25
379.	Diplopia in tutte le posizioni dello sguardo senza neutralizzazione, tale da obbligare ad occludere un occhio in permanenza	Fino a 28
380.	Acromatopsia, Discromatopsia	Fino a 8
381.	Enucleazione o atrofia del bulbo oculare con possibilità di protesi estetica	28
382.	Enucleazione o atrofia del bulbo oculare, senza possibilità di protesi estetica	35

383.	Enucleazione di entrambi i bulbi oculari senza possibilità di protesi estetica	Fino a 90
384.	Blefarospasmo	Fino a 5
385.	Ectropion, entropion, lagofalmo, epifora	Fino a 5
386.	Obliterazione delle vie lacrimali, a seconda dei disturbi secondari ¹⁵ a) monolaterale b) bilaterale	Fino a 4 Fino a 10
387.	Correzione con lenti, a seconda del potere refrattivo	Fino a 3

1. In caso di protesizzazione o di reimpianto, già effettuato al momento della valutazione dei postumi, l'indicazione percentuale proposta nella guida è ridotta della metà.
In caso di protesizzazione successiva degli elementi dentari già valutati ed indennizzati, dovrà procedersi a rivalutazione del danno per miglioramento in sede di prima revisione utile.

2. La valutazione dell'ano preternaturale, espressa con valore massimo (40%), è comprensiva della patologia di base qualora la stessa non comporti maggiore valutazione.

3. La ascrivibilità del paziente con HIV sintomatica ad uno degli stadi indicati in tabella, è funzione del livello di CD4+ e delle patologie opportunistiche e/o neoplastiche e/o neurologiche manifestate.

La teorica relazione tra i due fondamenti valutativi (numero dei linfociti e sindrome clinica) non esclude che pazienti con gravi e persistenti complicanze opportunistiche e con buon livello di CD4+ siano valutati ed inseriti nello stadio più avanzato rispetto a quello indicato dai CD4+. In altri termini, in caso di discordanza tra il livello di CD4+ ed il tipo e la gravità della patologia opportunistica o neoplastica o neurologica, la valutazione del danno sarà guidata e motivata essenzialmente dal secondo dei due elementi (complicanze cliniche). Detta stadiazione, cosiddetta aperta, è tanto più applicabile in quanto si è in presenza di plurime patologie opportunistiche ricadenti tra quelle maggiori.

4. L'Indice di Massa Corporea o Body Mass Index è espresso dalla seguente formula:

$$IMC = \frac{P}{h^2}, \quad \text{ove } P \text{ è il peso espresso in Kg, } h \text{ è l'altezza espressa in metri.}$$

5. Deve intendersi per trattamento radicale l'exeresi, locale e/o distrettuale della massa tumorale con interruzione presuntiva del processo neoplastico.

6. Nel caso di recidive multiple il punteggio complessivamente assegnato, a seguito di accertamenti policroni, deve far riferimento alla voce che costituisce il limite massimo di danno indennizzabile.

7. Il valore percentuale del 100% va esclusivamente riservato ai casi di menomazione corrispondenti alla tetraplegia alta ovvero, in altri termini, alla pentaplegia degli anglosassoni; l'interessamento midollare a livello più basso, con condizioni di deficit più sfumato, non giustificano l'eccezionale attribuzione percentuale.
8. Il valore percentuale pari ad 85% è riservato alla condizione di disautonomia motoria del tronco, degli arti inferiori con anche danno genito-urinario.
9. Le sigle d. e n. d. sono da riferirsi, rispettivamente, a lato o arto dominante ed a lato o arto non dominante.
10. La voce anchilosi, utilizzata per i vari segmenti osteo-articolari, deve intendersi come impossibilità attiva e passiva a qualsiasi movimento articolare.
11. Devono intendersi disturbi trofico-sensitivi i disturbi del trofismo cutaneo (a tipo pallore, acrocianosi, ecc.) e disturbi della sensibilità tattile e termo-dolorifica (a tipo ipoestesia, anestesia, parestesie).
12. Per quanto attiene alla perdita dei due arti superiori, il valore massimo dell'85% va riservato ai casi di amputazione di entrambi gli arti superiori con eventuale sofferenza dolorosa del moncone.
13. I gradi compresi tra 180° e 175° comportano una valutazione minima.
14. Le diverse classi d'insufficienza renale si individuano come di seguito:
 - i.r. lieve: clearance creatinina tra 80 e 60 ml/min, creatininemia normale,
 - i.r. moderata: clearance creatinina tra 59 e 46 ml/min, creatininemia inferiore a 1.3 mg,
 - i.r. grave: clearance creatinina tra 45 e 16 ml/min, creatininemia tra 1.5 e 7 mg,
 - i.r. severa: clearance creatinina inferiore a 15 ml/min, creatininemia sup.re a 7 mg.
15. La valutazione del danno oculare monolaterale, qualora concomitino più patologie di annessi, dovrà computare tutte le fattispecie in una stima complessiva sino ad un massimo del 10%.

Allegato 1

Per la valutazione delle ipoacusie intermedie si propone la tabella elaborata da Marellò nella quale sono prese in considerazione cinque frequenze: 500, 1000, 2000, 3000 e 4000 Hz.

La tabella assegna un valore ponderato per ogni singola frequenza. Ne consegue che ognuna di queste ha un diverso peso nella produzione del danno uditivo.

perdita uditiva IN DB	PERCENTUALI DI DEFICIT per singole frequenze				
	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz
25	0	0	0	0	0
30	1.25	1.5	1.75	0.4	0.1
35	2.5	3	3.5	0.8	0.2
40	5	6	7	1.6	0.4
45	7.5	9	10.5	2.4	0.6
50	11.25	13.5	15.75	3.6	0.9
55	15	18	21	4.8	1.2
60	17.5	21	24.5	5.6	1.4
65	18.75	22.5	26.25	6	1.5
70	20	24	28	6.4	1.6
75	21.25	25.5	29.75	6.8	1.7
80	22.5	27	31.5	7.2	1.8
85	23.75	28.5	33.25	7.6	1.9
90	25	30	35	8	2

IN TUTTI I CASI DI **PERDITA Uditiva Bilaterale**, LA PERCENTUALE DI DANNO BIOLOGICO SI RICAVA CALCOLANDO LA PERDITA DI FUNZIONALITÀ Uditiva PER CIASCUN ORECCHIO ED APPLICANDO LA SEGUENTE FORMULA:

$$\text{DANNO} = \left[\frac{(4 \times \text{ORECCHIO MIGLIORE}) + \text{ORECCHIO PEGGIORE}}{5} \right] \times 0.5$$

Nel caso di **deficit uditivo unilaterale** si sommano i valori corrispondenti alla perdita in dB per ciascuna frequenza.

La valutazione del danno biologico inerente il solo orecchio leso sarà il risultato dell'applicazione della percentuale totale (somma delle percentuali relative alle singole frequenze) rapportata a 12 (valore previsto per la sordità monolaterale).

In relazione alla valutazione di **menomazioni preesistenti**, lavorative o non, si rimanda a quanto già esposto in sede di criteri applicativi generali.

Gli **acufeni** sono compresi nel danno ipoacusico tabellato e non danno luogo ad indennizzo qualora concorrano nella loro forma ordinaria.

Per tali esiti può essere prevista una percentuale pari a 1 – 2% qualora essi non accompagnino un'ipoacusia già valutata e sia possibile documentare la loro eccezionale persistenza a distanza di uno o due anni dal trauma.

Allegato 2
PARTE A

Tabella relativa alle PNEUMOPATIE OSTRUTTIVE
con riferimento all'indice FEV1

RIDUZIONE PERCENTUALE DELL'INDICE	PERCENTUALE DI DANNO BIOLOGICO
Insufficienza respiratoria LIEVE	
-25%	6%
-35%	11%
-40%	15%
Insufficienza respiratoria MEDIA	
-45%	20%
-55%	33%
-60%	40%
Insufficienza respiratoria GRAVE	
FEV1 RIDOTTO A MENO DI 1/3 E CONTESTUALE COMPROMISSIONE ANCHE DEGLI ALTRI INDICI DISPNEA STADIO IV COMPLICANZE EXTRAPOLMONARI IN PARZIALE COMPENSO IPOSSIEMIA CON RIDUZIONE DELLA PAO ₂ INTORNO AL 55% DEL VALORE NORMALE	FINO A 60%
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA SEVERA	
FEV1 RIDOTTO A MENO DEL 70%, CON CONTESTUALE COMPROMISSIONE ANCHE DEGLI ALTRI INDICI DISPNEA STADIO V COMPLICANZE EXTRAPOLMONARI, A SECONDA DELLA GRAVITÀ IPOSSIEMIA CON PAO ₂ RIDOTTA PER OLTRE IL 55% RISPETTO AL VALORE NORMALE IPERCAPNIA (> 50 MMHG) OSSIGENOTERAPIA A PERMANENZA	> 60%

**Tabella relativa alle PNEUMOPATIE RESTRITTIVE
con riferimento all'indice FVC**

RIDUZIONE PERCENTUALE DELL'INDICE	PERCENTUALI DI DANNO BIOLOGICO
Insufficienza respiratoria LIEVE	
-25%	6%
-35%	11%
-40%	15%
Insufficienza respiratoria MEDIA	
-45%	25%
-50%	40%
Insufficienza respiratoria GRAVE	
FVC ridotto a meno del 50%, con contestuale compromissione anche degli altri indici. Complicanze extrapolmonari in parziale compenso Ipossiemia con PaO ₂ intorno al 55% del valore normale di riferimento	Fino a 60%
Insufficienza respiratoria SEVERA	
FVC ridotto a meno di 1/3, con contestuale compromissione anche degli altri indici Dispnea stadio V Complicanze extrapolmonari, a seconda della gravità Ipossiemia con PaO ₂ ridotta per oltre il 55% rispetto al valore normale di riferimento Ipercapnia (> 50 mmHg) Ossigenoterapia a permanenza	> 60%

TABELLA RELATIVA ALLE INTERSTIZIOPATIE PURE
CON RIFERIMENTO ALL'INDICE DLCO

RIDUZIONE PERCENTUALE DELL'INDICE	PERCENTUALI DI DANNO BIOLOGICO
Insufficienza respiratoria LIEVE	
-25%	6%
-35%	11%
-40%	15%
Insufficienza respiratoria MEDIA	
-45%	25%
-50%, con contestuale compromissione anche degli altri indici	40%
Insufficienza respiratoria GRAVE	
DLCO ridotta a meno del 50%, con contestuale compromissione anche degli altri indici. Complicanze extrapolmonari in parziale compenso Ipossiemia con PaO ₂ intorno al 55% del valore normale di riferimento	Fino a 60%
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA SEVERA	
DLCO ridotto a meno di 1/3, con contestuale compromissione anche degli altri indici Dispnea stadio V Complicanze extrapolmonari, a seconda della gravità Ipossiemia con PaO ₂ ridotta per oltre il 55% rispetto al valore normale di riferimento Ipercapnia (> 50 mmHg) Ossigenoterapia a permanenza	> 60%

In caso di **pneumopatie con deficit a tipo misto**, la valutazione sarà guidata dall'indice di ostruzione o di restrizione, indicato nelle rispettive tabelle di cui sopra, maggiormente compromesso.

PARTE B

TABELLA RELATIVA ALL'ASMA
CON RIFERIMENTO ALL'INDICE FEV1

RIDUZIONE PERCENTUALE DELL'INDICE	PERCENTUALI DI DANNO BIOLOGICO
-----------------------------------	--------------------------------

ASMA prima classe

-25%	FINO A 12%
-35%	FINO A 16%
-40%	FINO A 20%

ASMA seconda classe

-45%	FINO A 35%
------	------------

ASMA terza classe

-50%	Fino a 42%
FEV1 ridotto oltre il 50%, con contestuale compromissione anche degli altri indici Ipossimia con PaO ₂ ridotta intorno al 55% del valore normale di riferimento	Fino a 60%

ASMA quarta classe

FEV1 ridotto a meno di 1/3, con contestuale compromissione anche degli altri indici Dispnea stadio V Complicanze extrapolmonari, a seconda della gravità Ipossimia con PaO ₂ ridotta per oltre il 55% rispetto al valore normale di riferimento Ipercapnia (> 50 mmHg) Ossigenoterapia a permanenza	> 60%
---	-------

La dizione "**fino a**", relativamente al danno per l'asma, è utilizzata perché il danno complessivo in questo caso è funzione anche del numero e della frequenza delle crisi.

Allegato 3
PARTE A

La percentuale relativa al danno biologico conseguente a menomazione da deficit dell'acuità visiva è calcolata, di norma, sull'acutezza visiva per lontano.

Di seguito è proposta la tabella di valutazione.

↓ →	visus residuo per lontano in occhio peggiore												
		9 /10	8 /10	7 /10	6 /10	5 /10	4 /10	3 /10	2 /10	1 /10	1 /20	< 1 /20	OS*
Visus Residuo per lontano in occhio migliore	10/10	1	1	3	5	7	9	14	18	22	24	26	28
	9/10	3	3	5	7	9	11	16	20	24	26	28	30
	8/10		3	5	7	9	11	16	20	24	26	28	30
	7/10			9	11	13	15	20	24	28	30	32	34
	6/10				15	17	19	24	28	32	34	36	38
	5/10					21	23	28	32	36	38	40	42
	4/10						27	32	36	40	42	44	46
	3/10							42	46	50	52	54	56
	2/10								54	58	60	62	64
	1/10									67	69	71	73
	1/20										73	75	77
	<1/20											79	81
	OS*												85

OS*: L'ACRONIMO EQUIVALE ALLA DIZIONE OCCHIO SPENTO

Le **percentuali** si riferiscono al **visus corretto**.

In caso di **lenti** non tollerate la valutazione va effettuata sul visus naturale.

La **valutazione del danno** è effettuata con misurazione del visus per lontano.

Solo qualora siano presenti rilevanti **dissociazioni tra l'incapacità visiva per lontano e quella per vicino** sarà necessario tenere conto di un'apposita tavola di rilevazione.

In tale eventualità, sarà opportuno ricavare il danno biologico effettuando la media aritmetica dei valori derivanti dalla misurazione per lontano e per vicino secondo la seguente formula:

$$\frac{\text{danno per lontano} + \text{danno per vicino}}{2}$$

Sulla scorta di tale raccomandazione si propone di seguito un tavola relativa al danno per vicino. L'esame per vicino è limitato e giustificato, al massimo, sino al 10° carattere.

↓ →	visus residuo per vicino in occhio peggiore										
		1° c.	2° c.	3° c.	4° c.	5° c.	6° c.	7° c.	8° c.	9° c.	10° c.
VISUS RESIDUO PER VICINO IN OCCHIO MIGLIORE	1° c.	0	2	2	7	10	13	16	20	25	28
	2° c.		6	6	11	14	17	20	24	29	32
	3° c.			6	11	14	17	20	24	29	32
	4° c.				23	26	29	32	36	41	44
	5° c.					34	37	40	44	49	52
	6° c.						43	46	50	55	58
	7° c.							51	55	60	63
	8° c.								62	67	70
	9° c.									75	78
	10° c.										85

In relazione alla valutazione di **menomazioni preesistenti**, lavorative o non, si rimanda a quanto già esposto in sede di criteri applicativi generali.

PARTE B

Per la determinazione del **campo visivo**, l'accertamento deve essere eseguito mediante perimetria computerizzata.

Per la valutazione percentuale dei punti difettosi, deve essere seguito il criterio in base al quale un difetto assoluto ha valore di "0,8" ed un difetto relativo ha un valore di "0,4". [Prima ipotesi]

Nei casi in cui i punti con difetto assoluto siano pari o superiori a 70 sui 100 esaminati, il valore di ognuno di essi sarà pari a "1", mentre i punti con difetto relativo in questo caso hanno un valore di "0.5". [Seconda ipotesi]

Ne deriva che ai fini della valutazione del danno possano prospettarsi due ipotesi:

Prima ipotesi

Se vengono esplorati 100 punti e di questi 30 sono normali, 30 presentano un difetto assoluto, 40 un difetto relativo, il danno viene così calcolato:

30 punti normali	(30% dei punti esaminati)	danno oculistico 0%
30 punti con difetto assoluto	(30% dei punti esaminati x 0,8)	danno oculistico 24%
40 punti con difetto relativo	(40% dei punti esaminati x 0,4)	danno oculistico 16%

danno oculistico complessivo = 40% del valore dell'occhio

Danno biologico permanente: $\frac{40 \times 28}{100} = 11\%$

Seconda ipotesi

Se vengono esplorati 100 punti e di questi 10 sono normali, 75 presentano un difetto assoluto, 15 un difetto relativo, il danno viene così calcolato:

10 punti normali	(10% dei punti esaminati)	danno oculistico 0%
75 punti con difetto assoluto	(75% dei punti esaminati x 1)	danno oculistico 75%
15 punti con difetto relativo	(15% dei punti esaminati x 0,5)	danno oculistico 7.5%

danno oculistico complessivo = 82.5% del valore dell'occhio

Danno biologico permanente: $\frac{81 \times 28}{100} = 23\%$

Per la valutazione del **danno binoculare** si esegue lo stesso tipo di esame e si calcola il valore medio relativo al danno oculistico per i due occhi.

Il danno biologico permanente sarà il risultato dell'applicazione del predetto valore alla seguente formula:

Danno biologico permanente: $\frac{\text{Valore medio} \times 85}{100}$

PARTE C

Afachia monolaterale

Tabella relativa ad occhio afachico qualora migliore (Tab. C1) e tabella relativa ad occhio afachico qualora peggiore (Tab. C2).

Nei casi in cui l'acuità visiva dei due occhi risulti uguale, l'occhio afachico è da presumersi sempre quale occhio peggiore, con conseguente applicazione della tabella relativa.

Tab. C1

↓ →	visus residuo per lontano in occhio migliore afachico													
		10 / 10	9 /10	8 /10	7 /10	6 /10	5 /10	4 /10	3 /10	2 /10	1 /10	1 /20	< 1 /20	OS*
visus residuo per lontano in occhio peggiore	10/10	\												
	9/10	11												
	8/10	11	13											
	7/10	13	15	15										
	6/10	15	17	17	21									
	5/10	17	19	21	23	25								
	4/10	19	21	21	25	27	31							
	3/10	24	26	26	30	32	36	38						
	2/10	28	30	30	34	36	40	42	53					
	1/10	32	34	34	38	40	44	46	57	67				
	1/20	34	36	36	40	42	46	48	59	69	74			
	<1/20	36	38	38	42	44	48	50	61	71	76	81		
	OS*	38	40	40	44	46	50	52	63	73	78	83	85	\

Tab. C2

↓ →	visus residuo per lontano in occhio peggiore afachico													
		10 /10	9 /10	8 /10	7 /10	6 /10	5 /10	4 /10	3 /10	2 /10	1 /10	1 /20	<1 /20	OS*
Visus Residuo per lontano in occhio migliore	10/10	10	10	11	12	14	16	18	21	23	25	26	28	28
	9/10		12	13	14	16	18	20	23	25	27	28	30	30
	8/10			13	14	16	18	20	23	25	27	28	30	30
	7/10				18	20	22	24	27	29	31	32	34	34
	6/10					24	26	28	31	33	35	36	38	38
	5/10						30	32	35	37	39	40	42	42
	4/10							36	39	41	43	44	46	46
	3/10								49	51	53	54	56	56
	2/10									59	61	62	64	64
	1/10										70	71	73	73
	1/20											75	77	77
	<1/20												81	81
	OS*													85

OS*: L'acronimo equivale alla dizione occhio spento

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.Lgs 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 psicofisica, esperienze lavorative, ecc.); 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.

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'attività 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 di appartenenza, compatibili con le residue capacità psicofisiche anche mediante interventi di 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 attività lavorativa, o consente il reimpiego solo in attività che necessitano di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale.

Grado di menomazione: da 86% a 100% Coefficiente: 1,0

È 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 in una fascia di grado superiore.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

- American Medical Association, Guida alla valutazione dell'invalidità permanente, Centro Scientifico Editore, Torino, 2004: 87-115.
- Abbritti, Candura et altri, Medicina del Lavoro, Ediz. Monduzzi, 1995.
- Adamo, Bargagna, Barni, Manuale di Medicina legale e delle assicurazioni, Monduzzi Editore, Bologna, 1991.
- Agostini F., Massimario delle sentenze della Corte di Cassazione sulle malattie professionali nell'ultimo decennio. 1979-1990, Edizioni INCA, Roma, 1990.
- Alibrandi G., Infortuni sul lavoro e malattie professionali, Giuffrè, Milano, 1997.
- Ambrosi-Foa', Trattato di Medicina del Lavoro, UTET, Torino, 1994.
- Antoniotti F., Galasso F., Medicina legale e assicurativa degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, SEU, Roma, 1993.
- Aragona F., Medicina legale e delle assicurazioni, Ermes, Milano, 1986.
- Bargagna M., Canale M., Consigliere F., Palmieri L., Umani Ronchi G., Guida orientativa per la valutazione del danno biologico permanente, Giuffrè, Milano, 1996 e 2001.
- Bonaccorso C., La tutela antinfortunistica dei lavoratori, Buffetti, Roma, 1995.
- Bonsignore G., Ostruzione bronchiale reversibile, Masson, Milano, 1994.
- Borri L., Gli infortuni sul lavoro sotto il rispetto medico-legale, S.E.L., Milano, Vol.II,1910.
- Buzzi F., Rapportabilità delle nuove tabelle Inail nell'ambito della responsabilità civile e nella valutazione del danno biologico, in Atti Conv. Naz. «Il danno biologico danno base ...», Riccione 9-11 maggio 2001.
- Cimaglia G., Rossi P., Danno biologico. Le tabelle di legge, Giuffrè, Milano, 2006.
- Casale G., L'Assicurazione infortuni e malattie professionali, profili giuridici e pratici, Pirola, Firenze, 1997.
- Crepet M., Medicina del Lavoro, UTET, Torino, 1989.
- Diez S., Infortunistica, Patologia Traumatica e Medicina Legale, Minerva Medica, Torino, 1959.
- Ercolani G., Mezzetti A., Elementi pratici di procedura operativa in infortunistica sul lavoro, Ediz. Inail, 1989.
- Ferrari G., Ferrari G., Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, CEDAM, Padova, 1979.
- Gerin C., Antoniotti F., Merli S., Medicina Legale e delle Assicurazioni, SEU, Roma, 1991.
- Gobbato F., Il Medico del Lavoro, P.M.S., Udine, 1994.
- Luvoni R., Bernardi L., Mangili F., Guida alla valutazione medico-legale dell'inabilità permanente (responsabilità civile, infortunistica sul lavoro, infortunistica privata), Giuffrè, Milano, 1989 e 2002.
- Miraldi G., Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, CEDAM, Padova, 1979.
- Puccini C., Istituzioni di Medicina Legale Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1993.
- Rubino G.F., Pettinati L., Medicina del lavoro, Minerva Medica, Roma, 1993.
- Sartorelli E., Medicina del Lavoro, Piccin, Padova, 1990.
- Zangani P., Sciaudone G. et all., Medicina Legale e delle assicurazioni, Morano, Napoli, 1990.
- Guida alla Prestazioni Inail, Inail, 1997 e 2010.

BIBLIOGRAFIA PUBBLICAZIONI

- Antoniotti F., Ossicini A., Osservazioni sul riconoscimento di tecnopatia non indennizzabile, *Zacchia*, Anno 64, 1: 39-45, 1991.
- Antoniotti F., Ossicini A., Metodologia della valutazione del danno Inail, in *Zacchia*, Anno 64, 2-3: 199-212, 1991.
- Antoniotti F., Ossicini A., Ulteriori riflessioni sul riconoscimento di tecnopatia non indennizzabile, in *Difesa Sociale*, LXXI n.2: 143-147, 1992.
- Antoniotti F., Ossicini A., Riflessioni sulle malattie in rapporto causale con l'attività lavorativa, in *Difesa Sociale*, LXXI n.2: 83-90; 1992.
- Barni M., Note medico-legali sulla nuova dimensione assicurativa delle malattie professionali, in *Riv.It.Prev.Soc.*, 29, 193, 1976.
- Betocchi G., Valutazione di lesioni plurime da unico infortunio; la formula a "scalare", in *Dir.Lav.*, II, 150, 1949.
- Betocchi G., La concorrenza delle menomazioni nella valutazione della rendita infortunistica, in *Riv.it. pre. soc.*, 484 ss., 1971.
- Bracci C., Comba P., L'individuazione di relazioni causali attraverso indagini epidemiologiche, in *Rass.Med.Lav.*, 1: 55,1986.
- Calcagni C., Ossicini A., Valutazione del danno in infortunistica lavorativa ai sensi dell'art.78 comma 3 del T.U. n.1124/65, in *Difesa Sociale* LXXI, n. 2 : 143-147, 1992.
- Calcagni C., Ossicini A., Riflessioni sulla valutazione di danni policroni professionali concorrenti con danno extralavorativo concorrente, in *Jura Medica*, Anno IV, n. 3, vol.9: 541-544, 1991.
- Calcagni C., Ossicini A., Tempi prescrizionali per l'assegno di assistenza personale continuativa, in *Difesa Sociale*, 4: 107-113, 1992.
- Caporale R., Bisceglia M., Le ipoacusie da rumore in ambito Inail: Aspetti medico-legali, Ediz.Inail, 1997.
- Casale M.C., Roca A., Proposta per un metodo di valutazione medico-legale dell'inabilità permanente nelle tecnopatie dell'apparato respiratorio, in *Riv.Inf. e M.P. Inail*, n. 3: 283-297, 1996.
- Casale M.C., Settanta malattie minacciano il futuro, in *Rivista Inail "IL"*, 2: 24-26, 1997.
- Casale M.C., Aspetti clinici, diagnostici e valutativi del dermatiti da contatto professionali, Edizione Inail, Roma, 1995.
- Farneti A., La tariffazione della invalidità indennizzabile nell'infortunistica del lavoro, in *Sic. Soc.* 577, 1970.
- Ferrari G., Sui criteri di valutazione dell'inabilità permanente da infortunio sul lavoro e da malattia professionale, in *Protezione Sociale*, 397, 1966.
- Fiori A., Problemi di oggi e domani dell'assicurazione sociale contro le malattie professionali, in *Riv.Inf. Mal.Prof. Inail*, 71: 11, 1984.
- Gobbato F., Valutazione epidemiologica della patologia professionale, in *La diagnosi e la denuncia di malattia professionale*, I.P.Z.S., Roma, 51, 1984.
- Introna F., Non si può escludere e pertanto si deve ammettere (ovvero il nesso di causalità secondo la Corte dei Conti), in *Riv.It.Med.Leg.*, 6, 3, 1984.
- Lenzi G., Su alcuni criteri di valutazione medico-legale del danno da infortunio, in *Rivista Inf. e Mal.Prof. Inail*, II, 221 e ss., 1952.
- Maranzana P., La valutazione del danno in regime di assicurazione per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, in *Rivista Infortuni e Malattie professionali*, I, 462 ss., 1971.

- Mazzella Di Bosco M., Sistema della lista e tutela integrale della patologia da lavoro, in Riv. Inf. Mal. Prof. Inail, 73, 205, 1986.
- Mazzella Di Bosco M., Nesso di causalità e malattie professionali, in Riv. Inf. Mal. Prof., Fasc.4-5, 1984.
- Mazzella Di Bosco M., Le malattie professionali alla luce di una recente sentenza, in Arch. Scien. Lav., Vol.4, n. 1, 1988.
- Mazzella Di Bosco M., La denuncia di malattia professionale Inail, in Atti Convegno Roma "Diagnosi e denuncia malattia professionale", 29-30, 1984.
- Napoli F., La valutazione medico-legale del danno negli infortuni sul lavoro in presenza di inabilità preesistenti, in Atti XXII Cong. Naz. Soc. Med. del Lav. (Roma ottobre 1971) 114, Milano, 1973.
- Ossicini A. et al., Modifiche del sistema di assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali alla luce delle sentenza n.179/88 della Corte Costituzionale, in Atti Conv. Naz. Ceramica, Civita Castellana VT, 387-390, 1989.
- Ossicini A. et al., D.P.R. n.1124/65 art.79. Sull'applicazione della formula Gabrielli, in Atti Congresso Medicina Legale Porto Ferraio Isola d'Elba, 1990.
- Ossicini A. et al., D.P.R. n.1124/65 Art.80 e 83. Separati in casa? -IX Giornate Mediterranee di Medicina Legale Isola Capo Rizzuto (CZ), 1990.
- Ossicini A. et al., Importanza dei fattori professionali nel determinismo del Morbo di Dupuytren. - LIV Cong. Naz. SIMLII - L'Aquila Monduzzi EDI 861-864, 1991.
- Ossicini A. et al., Contra non valentem agere non currit praescriptio ovvero il concetto di manifestazione di malattia professionale della Corte Costituzionale ai sensi dell'art.112 del T.U. n.1124/65 LVI°, in Atti Congresso SIMLII Venezia, Vol. II, 1309-1312, 1993.
- Ossicini A. et al., Tabella acutezza visiva, dubbi di incostituzionalità, in Jura Medica, n.1 Anno VIII, 105-116: 1995.
- Ossicini A. et al., Indicazioni per la valutazione della acutezza visiva in caso di afachia monolaterale con visus migliore, in Riv. Inf. E M.P. Inail, n.3: 281-291, 1995.
- Ossicini A. et al., Attualità e divenire del rischio professionale, in Atti Convegno SISMLA, Serramazzoni (Modena), 1995.
- Pellegrini R., In tema di concorso di invalidità, in Ass. Soc., 182, 1938.
- Pietrantonio L., La valutazione della inabilità permanente da infortunio sul lavoro, INCA, Roma, 1970.
- Zanolli M., Coesistenza e concorso di invalidità, in Riv. Giur. Lav., 23, 1953.
- Zanolli M., Ancora in tema di valutazione del danno infortunistico in caso di preesistenti invalidità, in Riv. It. Prev. Soc., 706, 1956.

BIBLIOGRAFIA

- De Bernardi M., Sturani C., Zanasi A., Diagnosi e terapia delle malattie dell'apparato respiratorio, Ed. Medico-Scientifiche, Pavia, 1991.
- Farneti A., Definizione di danno biologico alla persona sotto il profilo medico legale, in Atti Conv. Naz., «Il danno biologico danno base ...», Riccione 9-11 maggio 2001.
- Fuciarelli R., Pecoraro A.R., Le fibrosi polmonari: importanza della diagnosi differenziale nella trattazione della malattia professionale, in Atti VIII Convegno Nazionali Medicina Legale Previdenziale, Sorrento 13-15 ottobre 2010.
- Guidelines for the evaluation of impairment/disability in patients with asthma, in Am Rev Respir Dis., 14: 1056-1061, 1993.
- Innocenti A., Quercia A., Roscelli F., Appunti di spirometria per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori e dei fumatori, Azienda USL Viterbo, Seconda Edizione, 2011.
- Luvoni R., Mangili F., Bernardi L., Guida alla valutazione medico-legale del danno biologico e dell'invalidità permanente, Giuffrè, Milano, 2002.
- Palmieri L., Umani Ronchi G., Bolino G., Fedeli P., La valutazione medico-legale del danno biologico in responsabilità civile, Giuffrè, Milano, 2006.
- Rossi P., Raggruppamento delle menomazioni ai fini di un classamento statistico, in Riv. It. Med. Leg., 3: 1285, 2013.
- Umani Ronchi G., Bolino G., Castrica R., Ceccarelli Morolli M., Lista L., Ossicini A., La consulenza tecnica in medicina legale. Metodologia operativa, Giuffrè, Milano, 2001: 151-156.
- Vasapollo D., Guida pratica alla valutazione del danno biologico, Bonomia University Press, Bologna, 2005.

