

Quel *pasticcio* delle malattie professionali.
di Graziano Maranelli

E' stato merito di [Magelli](#) quello di aver riaperto su questo sito la questione delle malattie professionali, o meglio le molteplici questioni che le riguardano, a cui sono seguiti gli interventi di [Falasca](#) e di [Magna](#) che hanno via via ripreso, aggiunto e approfondito altri aspetti: da quante e quali sono realmente a chi sono i soggetti che le individuano le segnalano, da quanto e come sono riconosciute assicurativamente alle evidenti disomogeneità territoriali per denuncia, natura e riconoscimento fino alle difficoltà, anche per insufficienza degli strumenti usati, di accertamento delle esposizioni al rischio e molto altro ancora.

[Mazzetti](#), forte anche di una lunga esperienza dentro INAIL, ha aggiunto al quadro ulteriori elementi, in parte diversi e talvolta discordanti in particolare con considerazioni di Falasca ma che hanno il merito, oltre che di aprire e di indicare fronti di necessario approfondimento e di analisi, di prospettare possibili soluzioni.

L'ultimo intervento in ordine di tempo su questi temi è quello di [Redaelli](#) che ha offerto ulteriori suggestioni sia in merito alle segnalazioni che alla documentazione a sostegno delle stesse.

Ricordiamo che aspetti di interesse sul tema delle malattie da lavoro sono stati trattati di recente in convegni e corsi di varia natura, quali quelli sulle malattie infettive da lavoro (a [Chieti](#) e a [Ferrara](#), con l'esperienza, tra le altre, di [Venezia](#)) e sulle [neoplasie](#) (CANCTUM 2025 e [Milano](#)). Da segnalare anche il cospicuo lavoro di recupero della documentazione relativa alle malattie professionali prodotta nel corso di circa quarant'anni dagli operatori dei Servizi PSAL di [Brescia](#), condotto da Pietro Gino Barbieri con la collaborazione della Fondazione Micheletti e di SNOP, cui sarà dedicata un seminario-[tavola rotonda](#) il 14 gennaio.

Crediamo che il merito degli articoli citati sia stato quello di aver ripreso una discussione che viaggia da molto tempo spesso sottotraccia e in maniera disordinata ma che periodicamente riemerge su singoli aspetti. Noi ci auguriamo di tenerla viva qui, stimolando la partecipazione di persone interessate, sia attraverso commenti (che possono essere inseriti nello spazio "Lascia un commento" in fondo agli articoli, registrandosi e connettendosi se già registrati) o con interventi inviati a presidenza@snop.it o a redazione@snop.it.

Vorremmo qui provare a mettere in fila almeno una parte di questi aspetti.

1. Quante sono le MP?

Stiamo dicendo, con sempre maggiore ascolto, che il *fenomeno* delle MP non è inferiore per dimensione, gravità, costi umani e sociali a quello, ben più trattato e forse più facilmente conoscibile, degli infortuni sul lavoro. Ma quando dobbiamo quantificare, cominciamo già a fare dei distinguo e delle precisazioni: quelle denunciate all'INAIL? E sono tutte denunciate quelle esistenti? Cioè: possiamo dire che le malattie professionali sono quelle "emerse"? Oppure, invece, dobbiamo considerare quelle "riconosciute" assicurativamente? Se queste sono mediamente inferiori al 50% di quelle denunciate, significa davvero che quelle *reali* sono meno della metà o ci sono motivi per ritenere che almeno una parte di queste siano erroneamente considerate non professionali? Altri sistemi di monitoraggio, compreso MalProf, hanno indubbi meriti circa la qualità delle informazioni raccolte e trattate ma

soffrono di una parzialità di copertura dei dati che, sebbene possano fornire utilissime indicazioni, queste necessiterebbero di verifiche sull'intero complesso dei dati reali. Occorre considerare che questi stessi dati alimentano il sistema del "Flussi informativi", che è in grado di integrarli con molte altre informazioni fino a livello aziendale ma che si trascina i vizi di fondo. I dati del sistema informativo generato dall'allegato 3B dovrebbero fornire altri elementi di informazione che provengono direttamente dalle aziende e dal lavoro dei medici competenti, ma anche in questo caso le deficienze e le disomogeneità rischiano di aggiungere ulteriori incertezze e incongruenze.

2. C'è un problema di sottonotifica delle MP?

Sarebbe, in tal caso, un problema di diagnosi mancate o alcune malattie non sarebbero segnalate perché dalla diagnosi alla segnalazione interverrebbero degli "ostacoli", delle resistenze?

La cultura medica (in generale, parliamo qui ora di tutti i medici e ben prima di qualsiasi scelta di segnalazione/denuncia) è preparata per una corretta diagnosi delle patologie che possono essere di origine professionale? I dati esistenti, pur parziali e imprecisi, sembrano rivelare modalità di comportamento diversificate verso la diagnosi di MP da parte di alcune categorie di medici (competenti, dei servizi pubblici, MMG, medici dei patronati) che parrebbero difficilmente giustificabili secondo criteri scientifici. E qui, mettendo insieme anche la grande variabilità regionale negli stessi comportamenti, si aggiungono elementi di maggiore dubbio.

Dovremmo distinguere tra diagnosi clinica e diagnosi eziologica: purtroppo, dai deboli dati noi riusciamo a vedere solo l'esito finale, cioè quello della attribuzione eziologica al lavoro e non riusciamo a capire se, quando manca questa, vi sia comunque un riconoscimento clinico della malattia o se anche questa sia stata esclusa. Oltretutto, oggi siamo di fronte, per la gran parte, a malattie "correlate al lavoro" (le *work related diseases* degli anglosassoni), per le quali l'attribuzione del momento eziologico è molto meno diretto rispetto alle "classiche" malattie professionali, che in diversi casi sono o erano patognomoniche dal punto di vista anche eziologico.

Dal momento che la certificazione di malattia professione è redatta anche nel caso di "sospetto" (anche se si ritiene che il sospetto possa riguardare la sua natura professionale più che l'esistenza della malattia), quanti di questi casi *sospetti* rientrano infine nella quota delle MP non riconosciute? Quanto, quindi, queste *incertezze* (o, come alcuni suggeriscono, *insufficienze*) diagnostiche di partenza potrebbero contenere motivi per il rigetto da parte di INAIL?

3. Quali sono le MP, oggi?

La transizione dalle malattie professionali "classiche" alle malattie correlate al lavoro è avvenuta gradualmente negli anni, sia per importanti modifiche nell'esposizione al rischio (per avanzamenti della prevenzione ma spesso anche per transizioni produttive), per motivi di avanzamenti nella conoscenza scientifica ma anche per interventi normativi (es. l'adeguamento delle "tabelle"): ma devono essere sottolineati anche gli effetti di fattori socioculturali, politici e giuridici che hanno modificato l'attribuibilità di alcune patologie a fattori lavorativi.

È significativo, ad esempio, osservare che fino a un paio di decenni fa le malattie muscoloscheletriche non avessero un riconoscimento assicurativo (al di fuori della "causa di servizio" dei dipendenti pubblici) mentre ora costituiscono la gran parte

delle MP denunciate e di quelle indennizzate, senza che sia realmente avvenuta una “epidemia” di tali malattie. Altro caso esemplare può essere quello delle patologie di natura psichica, che solo di recente cominciano a ricevere attenzione in relazione all’esposizione a rischi di natura psicosociale, benché tuttora rimangano pesanti limiti al riconoscimento assicurativo.

D’altra parte, ancora, come non ricordare l’*epidemia* di ipoacusia da rumore che provocò l’applicazione del capo “rumore” del D.Lgs. 277/91?

Che dire, infine, del pur difficile capitolo dei “tumori professionali” che risente, oltre che dei citati fattori, di specifici e talvolta irrisolti aspetti, scientifici e no? Qui le discrepanze con i registri degli esposti, con i quali dovrebbero essere incrociati i dati, risulterebbero significative. I registri di patologie neoplastiche (RENAM, RENATUNS e ora il registro nazionale dei tumori professionali a bassa frazione eziologica – ReNaLOccam) rappresentano una via di grande interesse (ed impegno) e offrono informazioni di notevole qualità, la cui portata è anch’essa ostacolata dalle disomogeneità territoriali e dalla parzialità della copertura dei dati.

Le malattie professionali che conosciamo dipendono dal quadro di quelle che arrivano a diagnosi e denuncia, che dipendono anche da quali vengono cercate e con che strumenti: a questo proposito si potrebbero citare gli effetti di campagne di emersione avviate da singole ASL o Regioni, in particolare rispetto ad alcune tipologie di patologie.

Quindi, assistiamo a variazioni “storiche” delle caratteristiche del fenomeno MP che risente di vari fattori, compresi quelli – meno razionali – delle “mode” e che, nel complesso, ci impediscono di operare corrette analisi epidemiologiche, specie quelle di incidenza. Tutto questo fa sì che il quadro che abbiamo delle malattie da lavoro non sia del tutto uno “specchio” della realtà delle *patologie* presenti, pur senza dimenticare che le *malattie* stesse rappresenterebbero comunque un indicatore di scarsa precisione nel descrivere compiutamente le condizioni di *salute* dei lavoratori. Quindi, se abbiamo difficoltà a quantificare le MP, anche per quanto riguarda la loro natura e la loro diffusione relativa dobbiamo fare i conti con elementi che rendono i dati non rappresentativi della realtà.

4. Perché una gran parte delle MP non è riconosciuta da INAIL?

Da parte dell’istituto assicurativo viene spesso obiettata una debolezza delle documentazioni associate alle denunce di MP: si tratta di un riscontro talvolta oggettivo ma occorre dire che questo rischia, in molti casi, di offrire semplice occasione di interruzione dell’iter assicurativo, a sfavore del lavoratore. Anche il supporto fornito ai lavoratori dai patronati potrebbe in diversi casi essere non adeguato ad ovviare alle carenze documentali.

Se questo fattore è davvero importante, allora ci sarebbe da fare un grande lavoro di miglioramento che, se all’INAIL potrebbe interessare indirettamente, dovrebbe invece essere di grande interesse per i lavoratori assicurati ma anche per i medici che tenessero alla efficacia del proprio lavoro.

Esistono oggettive difficoltà di ricostruzione delle esposizioni legate, ad esempio, alle modificazioni nei livelli espositivi (che aprono anche questioni di fiducia nelle misure di igiene industriale, quando appropriate e presenti), a fattori temporali – nel caso di patologie e lunga latenza – oppure alla crescente instabilità e variabilità temporale delle occupazioni dei singoli lavoratori. Anche l’attribuzione dei livelli di rischio a

differenti momenti della storia occupazione del singolo contribuisce a maggiori incertezze.

Esistono, a parere di molti, dei difetti procedurali, in parte anche originati dalle norme di legge, che renderebbero impervi alcuni passaggi nel processo di accertamento assicurativo e tali da far pendere dalla parte del rigetto la bilancia della valutazione di alcune condizioni, ponendo comunque il lavoratore in una posizione svantaggiata.

Esistono, a tal proposito, alcuni articoli dello stesso Testo unico sui quali si potrebbe ragionare ai fini del miglioramento della tutela.

Uno degli oggetti delle critiche al sistema di accertamento dell'Ente è la scelta di basare gli stessi principalmente sui documenti aziendali di valutazione del rischio, anche con, non infrequentemente, discrepanze temporali rispetto all'origine della sospetta malattia. Se la qualità e la accettabilità di molti dei DVR è messa in discussione, ci si chiede come si possa *tout court* affidarsi unicamente e acriticamente a documenti di parte aziendale, quando l'azienda-datore di lavoro è in ogni caso parte interessata nel procedimento. Benché l'attività di prevenzione e di vigilanza dei servizi pubblici possa e debba contribuire a migliorare appropriatezza ed efficacia delle valutazioni del rischio, non sarebbe logico attribuirne le insufficienze o le pilotate sottostime a carenze delle azioni di controllo.

A lato di queste difficoltà di natura assicurativa, non vanno dimenticati i rarissimi e disomogenei esiti giudiziari intorno ai casi delle malattie professionali, che potrebbero rivelare oltre ai già annotati problemi di riconoscimento altri legati alla rilevanza giudiziaria dei danni e delle responsabilità.

5. Chi denuncia le MP?

Era la domanda iniziale che ha posto Magelli. Le denunce di MP sono cresciute abbastanza costantemente negli anni recenti, anche se le loro caratteristiche si sono piuttosto modificate nel tempo. Parrebbe anche cambiata l'attitudine a denunciare da parte di alcune categorie di medici. In particolare, nei medici competenti sembra cresciuta una certa resistenza, a giustificazione della quale vengono citati timori per le possibili ricadute sui contratti esistenti con i datori di lavoro preoccupati per gli esiti (es. rivalse e procedimenti giudiziari) che ne potrebbero derivare.

C'è da dire che i dati non mostrerebbero nemmeno nei medici dei Servizi ASL omogenei atteggiamenti di denuncia autonoma né di ricerca attiva. L'atteggiamento di medici ospedalieri viene spesso giustificato con la loro lontananza dal contesto di vita e di lavoro del paziente (anche se nel caso di malattie più caratteristiche sarebbe poco accettabile) ma questo non dovrebbe certo valere per il medico di MG che del proprio paziente quel contesto dovrebbe conoscere bene.

Da ultimo è interessante prendere nota di discrepanze che talora sembrano esistere tra i risultati "positivi" di alcuni studi scientifici a cui si dedicano anche nostri istituti universitari e le mancate segnalazioni di MP che sarebbero conseguentemente attese.

6. A cosa serve contare e conoscere le MP?

Si potrebbe dire che lo si fa per equità, per giustizia, per tutela dei diritti del lavoratore: garantire il riconoscimento di un danno alla salute dovuto, anche in parte, al lavoro ha inoltre una forte connotazione etica.

Ma lo si dovrebbe fare anche e soprattutto per fini di prevenzione. "Conoscere per prevenire" è il principio che ci deve muovere e per questo il fondamento deve essere l'epidemiologia.

Comprendere il complicato mondo delle malattie da lavoro è uno degli strumenti (non unico né sufficiente) per conoscere lo stato di salute nel lavoro e – come buon indicatore dei rischi, anche di quelli con effetti a media e lunga latenza - è indispensabile per fare una prevenzione mirata.

La carenza di informazioni relative alle malattie professionali, della loro diffusione reale, della loro incidenza così come della loro variegata natura produce un difetto di conoscenza epidemiologica che indebolisce l'individuazione di obiettivi di prevenzione e quindi la programmazione delle azioni necessarie.

È anche da considerare che, dal momento che i confini tra malattia vera e propria e altri stati di sofferenza possono essere sfumati, conoscere e rilevare anche condizioni di disagio o di modificazioni dello stato di benessere (“quasi malattie”) può svolgere la funzione di “sentinella” verso situazioni di rischio che meritano correzione.

In quest'ambito, il lavoro da fare è molto consistente ma l'attenzione e le risorse che vi sono dedicate sono decisamente insufficienti.

10 gennaio 2026