

Aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali dell'Industria (DM 10 ottobre 2023).

Andamento statistico delle malattie professionali e commento alle nuove tabelle

Premessa e aspetti generali

Dopo un lungo *iter*, i Ministeri del Lavoro e della Salute – sulla scorta delle indicazioni della Commissione scientifica prevista dall'art. 10 del Dlgs 38/2000 - hanno emanato il decreto interministeriale contenente l'aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali (previste dagli artt. 3 e 211 del DPR 1124/1965).

Il provvedimento è stato pubblicato nella [Gazzetta Ufficiale n. 270 del 18 novembre 2023](#) e l'Inail, con la [circolare n. 7 del 15 febbraio 2024](#), commenta le principali modifiche apportate dal decreto interministeriale.

Si ricorda che - nel sistema introdotto dalla sentenza n. 179/1988 della Corte costituzionale¹ - le tabelle in oggetto individuano le malattie professionali di cui è presunta l'eziologia professionale² e che si distinguono da quelle per le quali, non essendo contemplate nella tabella, il lavoratore deve provare il rapporto causale tra lavorazione e malattia.

La distinzione appare, quindi, fondamentale: solo una corretta definizione dei principi generali che legittimano l'inserimento nella tabella consente di attribuire con la dovuta precisione il determinismo causale nell'insorgenza e/o evoluzione della malattia alla lavorazione ed ai rischi in essa insiti.

Per il riconoscimento delle malattie di presunta origine professionale indicate nella tabella, a seguito delle precisazioni contenute nel decreto interministeriale in commento, occorre accertare tre elementi:

- l'esistenza della patologia nosologicamente indicata
- l'adibizione abituale e sistematica alla lavorazione indicata in tabella (**questa è una delle maggiori novità della nuova tabella**)
- la manifestazione della malattia entro il periodo massimo di indennizzabilità.

Spetterà all'Inail (o al datore di lavoro, in caso di controversia) l'onere di provare l'eventuale diversa eziologia (non professionale) della malattia ovvero l'inesistenza delle condizioni previste dalla legge³.

Parallelamente al tema odierno della revisione della tabella delle malattie di presunta origine professionale, resta aperta la questione della incidenza causale di fattori non professionali (es., individuali e ambientali) che concorrono a produrre la contrazione e lo sviluppo della malattia, così dando luogo alle cd malattie a genesi multifattoriale: in esse, il fattore lavorativo può infatti assumere un'efficacia causale determinante ovvero concorrere con altri fattori (l'età, i fattori di rischio presenti nell'ambiente, condizioni personali pregresse o sopravvenute, abitudini alimentari e stili di vita) senza che vi sia una predominanza del fattore lavorativo.

¹ Per effetto della sentenza n. 179/1988 della Corte costituzionale, l'assicurazione è obbligatoria anche per malattie diverse da quelle comprese nelle tabelle concernenti le malattie professionali nella industria e nella agricoltura e da quelle causate da una lavorazione specifica o da un agente patogeno indicato nelle tabelle stesse, purché si tratti di malattie delle quali sia comunque provata la causa del lavoro

² Queste tabelle non vanno confuse con quelle valide ai soli fini statistici, previste dall'art. 139 del DPR n. 1124/1965 (da ultimo aggiornate con DM 10 giugno 2014), secondo il quale "è obbligatoria per ogni medico, che ne riconosca la 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".

³ Ricordate nella circolare n. 7/2024.

Basti pensare all'origine di gran parte dei tumori o delle questioni legate ai danni uditivi, dove le abitudini personali (es. fumo) o i fattori esogeni al lavoro (fattori legati all'età ed al rumore presente in ambienti non lavorativi) incidono grandemente sulla contrazione e sullo sviluppo della malattia.

Questa distinzione è ancor oggi oggetto di dispute⁴, in quanto non appare coerente ricondurre al lavoro (ed alla responsabilità del datore di lavoro) eventi sui quali egli non può operare adeguate strategie prevenzionali.

La circolare dell'Inail non risolve questa criticità (legata all'applicazione giurisprudenziale⁵ del principio di equivalenza causale contenuto nell'art. 41 del codice penale⁶ anche al tema della eziologia delle malattie professionali) e conferma – laddove s'intenda disconoscere la presunzione d'origine professionale – la necessità della prova *“che la patologia sia riconducibile in via diretta ed esclusiva ad altra causa extralavorativa”*, così, appunto, confermando il principio dell'equivalenza causale in assenza di una diversa causa esclusiva.

A quest'ultimo proposito, si evidenzia che l'assolutezza con la quale l'Istituto pare prendere atto del principio di equivalenza, va temperata con le corrette puntualizzazioni della medesima giurisprudenza sopra richiamata, secondo la quale l'applicazione del principio di equivalenza causale ha due condizioni:

- il nesso causale tra l'esposizione a sostanze nocive e l'evento infausto può ritenersi dimostrato allorché, applicando leggi scientifiche universali o statistiche ovvero il metodo di giudizio controfattuale, pur non risultando in concreto possibile determinare con esattezza il momento di insorgenza della patologia, si raggiunga comunque la prova che la condotta doverosa omessa avrebbe potuto incidere anche soltanto sul tempo di latenza o sul decorso della malattia.
- nel caso di malattia ad eziologia multifattoriale, il nesso di causalità relativo all'origine professionale della malattia non può essere oggetto di semplici presunzioni tratte da ipotesi tecniche teoricamente possibili, ma necessita di una concreta e specifica dimostrazione, e, se questa può essere data anche in termini di probabilità sulla base delle particolarità della fattispecie (essendo impossibile, nella maggior parte dei casi, ottenere la certezza dell'eziologia), è necessario pur sempre che si tratti di "probabilità qualificata", da verificarsi attraverso ulteriori elementi (come, ad esempio, i dati epidemiologici), idonei a tradurre la conclusione probabilistica in certezza giudiziale.

Una corretta indagine sulla eziologia professionale influenza in modo decisivo anche l'azione prevenzionale, in quanto fondata sullo stretto nesso tra l'individuazione dei fattori di rischio e l'adozione delle misure a tutela della salute.

In particolare, è senz'altro utile analizzare l'andamento statistico delle malattie professionali indennizzate per cogliere le situazioni lavorative nelle quali si annida ancora il rischio e le lavorazioni nelle quali siano ancora presenti rilevanti esigenze di intervento prevenzionale.

I dati statistici più aggiornati

Per meglio comprendere la portata delle modifiche apportate alla tabella, sembra opportuno richiamare l'attenzione sulla rilevanza del fenomeno delle malattie professionali, sull'evoluzione dei fattori di rischio e sugli aspetti che permangono ancora maggiormente critici.

⁴ L'attuale riferimento è costituito, in sede amministrativa, dalle [Istruzioni operative dettate dall'Inail nel 2006](#).

⁵ Da ultimo, Cass., 21 luglio 2023, n. 21950

⁶ *“Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione od omissione e l'evento. Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento. In tal caso, se l'azione od omissione precedentemente commessa costituisce per sé un reato, si applica la pena per questo stabilita. Le disposizioni precedenti si applicano anche quando la causa preesistente o simultanea o sopravvenuta consiste nel fatto illecito altrui”*.

In primo luogo, va ricordato che le malattie professionali si caratterizzano per il loro sviluppo lento, a differenza degli infortuni. Questa caratteristica rileva su diversi profili: la durata (minima) della esposizione (fondamentale la distinzione tra carattere non occasionale ovvero abituale e sistematico), la presenza di eventuali periodi di latenza (ossia la lenta azione del fattore di rischio che si manifesta anche a distanza di anni) e, infine, l'evoluzione nel tempo (ad. es., cronicizzazione).

Tali elementi sono stati finalmente evidenziati nella recente tabella ed incidono profondamente sia sul collegamento causale con la lavorazione svolta (ai fini della connotazione della malattia come professionale) sia con il periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione (entro il quale può denunciare la malattia).

Ai fini della lettura del dato statistico, appare altresì fondamentale distinguere tra malattie denunciate, riconosciute e indennizzate, posto che il dato veramente incidente sulle decisioni prevenzionali si appunta anzitutto su quelle riconosciute/accertate dall'Inail e, poi, su quelle indennizzate.

Secondo i dati più recenti, estrapolati dalla banca dati dell'Inail, le **denunce** delle malattie professionali hanno riguardato prevalentemente il **sistema osteoarticolare ed il tessuto connettivo (41.960 casi)**.

Settore ICD-10	Anno di protocollazione				
	2018	2019	2020	2021	2022
Alcune malattie infettive e parassitarie (A00-B99)	21	16	6	3	12
Tumori (C00-D48)	2.682	2.646	1.717	1.832	1.785
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario (D50-D89)	18	14	8	14	13
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (E00-E90)	8	9	3	12	7
Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)	507	506	354	407	375
Malattie del sistema nervoso (G00-G99)	7.066	7.060	5.433	6.699	7.567
Malattie dell'occhio e degli annessi oculari (H00-H59)	80	72	47	39	44
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide (H60-H95)	4.945	4.586	3.176	3.894	4.174
Malattie del sistema circolatorio (I00-I99)	281	267	201	218	161
Malattie del sistema respiratorio (J00-J99)	2.820	3.008	1.914	1.785	1.771
Malattie dell'apparato digerente (K00-K93)	93	92	77	75	62
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (L00-L99)	476	434	227	239	274
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (M00-M99)	39.023	40.947	30.615	38.551	41.960
Malattie dell'apparato genitourinario (N00-N99)	14	20	6	4	7
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio non classificati altrove (R00-R99)	1	0	1	0	1
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne (S00-T98)	10	12	20	27	9
Non determinato	1.411	1.507	1.146	1.402	2.437
Totale	59.456	61.196	44.951	55.201	60.659

In generale, come risulta dalle evidenze consolidate degli anni **2018-2022**, il rapporto tra le malattie denunciate e quelle effettivamente indennizzate è circa di 3 ad 1.

Denunciate

Gestione	Anno di protocollazione				
	2018	2019	2020	2021	2022
Industria e Servizi	47.282	49.265	36.960	45.552	50.086
Agricoltura	11.504	11.289	7.516	9.155	10.023
Per conto dello Stato	670	642	475	494	550
Totale	59.456	61.196	44.951	55.201	60.659

Indennizzate

Anno di protocollazione	Tipo indennizzo					
	In temporanea (a)	Permanente in capitale (b)	Permanente in rendita diretta (c)	Permanente totale (d=b+c)	In rendita a superstiti (e)	Totale (f=a+d+e)
2018	360	12.872	4.816	17.688	804	18.852
2019	317	12.899	4.988	17.887	748	18.952
2020	182	8.861	3.390	12.251	472	12.905
2021	207	10.737	3.925	14.662	429	15.298
2022	222	9.463	3.552	13.015	230	13.467

Prendendo, poi, a riferimento l'ultimo anno dai dati consolidati (**2022**), delle **50.086 malattie denunciate**, alla sotto-gestione Industria – quella che rappresenta i settori d'interesse del sistema di aziende aderenti a Confindustria - sono riferibili **15.170** malattie.

Gestione Tariffaria	Tariffa INAIL (Grande gruppo)	Anno di protocollazione				
		2018	2019	2020	2021	2022
Industria	GG1 Lav. agricole e alimenti	248	234	195	240	226
	GG2 Chimica, carta e cuoi	376	385	288	292	273
	GG3 Costruzioni e impianti	1.327	1.298	987	1.204	1.173
	GG4 Energia e comunicazioni	45	42	38	36	28
	GG5 Legno e affini	173	145	150	163	148
	GG6 Metalli e macchinari	1.781	1.853	1.255	1.477	1.200
	GG7 Mineraria, rocce e vetro	355	279	242	277	233
	GG8 Tessile e confezioni	436	424	319	394	368
	GG9 Trasporti e magazzini	602	555	414	386	365
	GG0 Attività varie	344	389	290	318	287
	X Non determinato	7.944	8.521	6.501	8.473	10.869
Totale		13.631	14.125	10.679	13.260	15.170

Di queste, l'indennizzo effettivo riguarda (nel quinquennio) una ridotta parte di lavoratori, come emerge dalla tabella seguente.

Anno di protocollazione	Tipo Indennizzo					
	In temporanea (a)	Permanente in capitale (b)	Permanente in rendita diretta (c)	Permanente totale (d=b+c)	In rendita a superstiti (e)	Totale (f=a+d+e)
2018	101	2.687	916	3.603	220	3.924
2019	89	2.619	918	3.537	215	3.841
2020	50	1.929	655	2.584	98	2.732
2021	54	2.251	755	3.006	92	3.152
2022	56	1.947	615	2.562	57	2.675

Più in particolare, nel **2022** sono **2.675 lavoratori interessati**, con la distribuzione sotto indicata tra le diverse attività dell'Industria.

Gestione Tariffaria	Tariffa INAIL (Grande Gruppo)	Tipo Indennizzo					
		In temporanea (a)	Permanente in capitale (b)	Permanente in rendita diretta (c)	Permanente totale (d=b+c)	In rendita a superstiti (e)	Totale (f=a+d+e)
Industria	GG1 Lav. agricole e alimenti	9	88	15	103	1	113
	GG2 Chimica, carta e cuoi	5	111	23	134	3	142
	GG3 Costruzioni e impianti	3	480	200	680	4	687
	GG4 Energia e comunicazioni	0	10	5	15	0	15
	GG5 Legno e affini	1	54	16	70	0	71
	GG6 Metalli e macchinari	19	422	141	563	22	604
	GG7 Mineraria, rocce e vetro	0	84	51	135	1	136
	GG8 Tessile e confezioni	11	123	15	138	1	150
	GG9 Trasporti e magazzini	2	195	45	240	8	250
	GG0 Attività varie	2	118	45	163	9	174
	X Non determinato	4	262	59	321	8	333
Totale		56	1.947	615	2.562	57	2.675

Le attività inerenti a metalli e macchinari (**604**) e costruzioni (**687**) registrano una maggiore presenza di lavoratori ai quali è stata indennizzata una malattia professionale.

In conclusione, può dirsi che – al di là della normale e doverosa considerazione di tutti i fattori di rischio – una particolare attenzione va ancor oggi dedicata in particolare al tema delle **malattie muscoloscheletriche**, soprattutto nei due settori della **metallurgia e costruzione di macchinari** e delle **costruzioni**.

La nuova tabella delle malattie professionali

La revisione delle tabelle appare destinata ad influire anche su questi dati e sulle conseguenti considerazioni in tema di prevenzione (soprattutto con riferimento alla abitudine e sistematicità della lavorazione).

Nel lungo *iter* di aggiornamento delle tabelle, le parti sociali hanno rappresentato le proprie osservazioni, alcune delle quali positivamente raccolte dalla Commissione.

Confindustria, in particolare, ha sottolineato con forza la necessità di dare alla tabella un carattere di maggior precisione e tassatività, in linea con la logica della presunzione di origine delle malattie professionali. In particolare, sono state evidenziate le richieste di:

- maggiore certezza e selettività nella individuazione delle voci tabellate
- eliminare il generico riferimento ad *“altre malattie...”* ovunque contenuto nelle tabelle

- fare riferimento ad un concetto di causalità maggiormente efficiente, sul presupposto che la tabellazione costituisce l’approdo e la cristallizzazione di giudizi scientifici specifici sul nesso di causalità (Cass., 16248/2018)

- precisare che l’azione patogenetica dei fattori di rischio presenti nelle lavorazioni sia riferita non alla *“non occasionalità”* ma a parametri di abitudine e sistematicità

- riferire le malattie a fattori controllabili e gestibili (in termini prevenzionali) dal datore di lavoro (valorizzando, ad es., l’efficacia dei DPI nel proteggere la salute ed escludendo riferimenti a situazioni *“ambientali”*).

Tutte queste logiche sono state recepite nel testo finale delle tabelle⁷.

L’Inail, nella circolare sopra richiamata, evidenzia opportunamente alcuni di questi passaggi, sottolineando la necessità dello svolgimento della lavorazione tabellata in maniera *“abituale e sistematica”* e che il lavoratore sia stato *“esposto concretamente all’azione dell’agente causale connesso alla lavorazione tabellata, in misura idonea a cagionare la patologia accertata”*.

La logica strutturale

Sul piano strutturale, non vi sono modifiche: la tabella riporta, nelle tre colonne, la malattia (catalogata secondo la classificazione internazionale delle malattie, incidenti e cause di morte - ICD), le lavorazioni ed il periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione.

Ancora sul piano strutturale, va osservato che nessuna modifica è stata apportata sul versante del tema delle malattie ad origine multifattoriale ed alla loro esclusione dalla lista, valorizzando le condizioni per applicare il criterio di presunzione d’origine professionale (legato alla causalità efficiente e prevalente del fattore

⁷ I primi commentatori della riforma hanno colto questa logica di revisione come peggiorativa della tutela dei lavoratori, avendo tolto clausole di chiusura e introdotto parametri di maggior dettaglio. V. [A Ossicini, Nuova tabella delle malattie professionali: le prime considerazioni](#)

lavorativo). Va comunque rilevato che la Commissione non sarebbe potuta intervenire su tale aspetto di natura tipicamente normativa in quanto riconducibile al principio dell'equivalenza causale (art. 41 cp) adottato in questa materia dalla giurisprudenza, come ricordato in premessa.

Viceversa, sono stati introdotte ("*tabellate*") alcune fattispecie nosologiche e lavorative prima ricondotte a malattie non tabellate ma ormai ricorrenti e consolidate nel riconoscimento da parte dell'Inail.

Principali modifiche di ordine generale

Le osservazioni di Confindustria relative ai **principi generali** ai quali deve ispirarsi la tabella hanno trovato pieno riscontro nel testo del decreto Ministeriale.

- La prima generale osservazione di rilievo riguarda la eliminazione, ovunque fosse prevista, della previsione "**Altre malattie causate da...**", : una simile locuzione estendeva in modo indeterminato il novero delle malattie professionali tabellate, malattie che ora devono invece ritenersi non tabellate, quindi con onere della prova della eziologia professionale a carico del lavoratore. Questa dizione impediva, poi, una univoca attribuzione causale, introducendo di fatto oneri probatori che il sistema tabellare, per sua natura, intende invece semplificare. Si tratta di una modifica rilevante e positiva nella logica della tassatività delle ipotesi di malattie inserite nella tabella⁸. L'Inail precisa, allora, che "*in definitiva restano tabellate esclusivamente le malattie elencate*".
- La seconda osservazione riguarda l'inserimento della specificazione del carattere necessariamente **cronico** di molte patologie tutelate (ai fini del riconoscimento): questo elemento aggiuntivo modifica il presupposto per il riconoscimento della malattia, differenziandosi in particolare dalle ipotesi di malattie con manifestazioni a carattere acuto, eventualmente riconducibili alla categoria di infortunio. La cronicizzazione è evidentemente in linea con la natura "lenta" dello sviluppo della malattia professionale rispetto all'infortunio (come precisa anche l'Inail nella propria circolare).
- Un ulteriore intervento notevolmente positivo riguarda il fatto che, per alcune malattie e lavorazioni legate agli agenti fisici (ipoacusia, malattie muscoloscheletriche, epiteliomi cutanei causati da radiazioni UV), la qualificazione come "*non occasionale*" della esposizione è stata finalmente sostituita dal termine "**abituale e sistematica**", così eliminando l'ampio parametro della "*non occasionalità*", criterio che non può più trovare cittadinanza a fini assicurativi. La logica del riconoscimento della eziologia professionale viene, così, ricondotta nei corretti parametri assicurativi, riaffermando alcune considerazioni svolte a suo tempo dall'Istituto⁹ e superando sia la genericità del testo precedente sia il generico principio affermato dal medesimo Istituto¹⁰ laddove riteneva che "*in caso di malattia tabellata, una volta che sia accertata l'adibizione non saltuaria od occasionale alla lavorazione specificamente indicata in tabella, l'esposizione a rischio deve intendersi sussistente, salvo*

⁸ L'Inail – nella circolare 47/2008 – aveva confermato trattarsi di una estensione riferita a "*patologie non nosologicamente definite*" per non produrre un arretramento del livello di tutela. In effetti, dunque, si trattava di una clausola non fondata su evidenze medico-scientifiche ma di una malattia cd "*a formula aperta*", in realtà non tabellata, e dove – essendo indicata non la malattia ma l'agente patogeno -rimane da accertare caso per caso se la malattia rientri in una categoria per la quale la scienza medica riconosce un rapporto causale con l'agente patogeno indicato nella prima colonna.

⁹ Inail, circolare n. 47/2008

¹⁰ Inail, Criteri da seguire per l'accertamento della origine professionale delle malattie denunciate - Circolare prot. 7876/bis – 2006

che non sia provato, da parte dell'INAIL, che la lavorazione stessa non abbia, in concreto, idoneità lesiva sufficiente a causare la patologia."

- Ancora linea con le osservazioni di Confindustria, si registra che in più voci relative alle lavorazioni viene adottata la dizione "***lavorazione che espone all'azione di...***", il che valorizza ulteriormente il rapporto causale tra l'esposizione, l'azione morbigena della sostanza pericolosa e la malattia. Viene così evidenziata l'insufficienza della mera presenza di un fattore di rischio e la necessità della sua azione effettiva sull'organismo. Questo anche nella logica che il fondamento della presunzione legale d'origine deve essere collegata alla effettiva esposizione al rischio più che alla semplice adibizione ad una mansione. Aspetto, questo, rilevato anche nella recente circolare dell'Istituto laddove evidenzia che "*il lavoratore dev'essere stato esposto concretamente all'azione dell'agente causale connesso alla lavorazione tabellata, in misura idonea a cagionare la patologia accertata*".

Va, comunque, rilevato che – considerata la tabella relativa alle malattie accertate sotto riportata – moltissime di esse (tabellate e non) sono praticamente scomparse, almeno nel sistema industriale nazionale. Tuttavia, pur se non più attuali nelle lavorazioni in Italia, permangono all'interno della tabella in considerazione del fatto che le imprese italiane svolgono anche attività in Paesi nei quali le condizioni di lavoro possono non essere allineate con le nostre.

- Ancora da rilevare che, in alcune ipotesi di tumore, si è precisato (es. malattie causate dalla esposizione a idrocarburi ciclici aromatici) che deve trattarsi di fattori ***cancerogeni*** e, in altre ipotesi tumorali, deve trattarsi di tumore ***maligno*** (es. tumore maligno della vescica, malattie causate da radiazioni ionizzanti, malattie causate dall'esposizione a radon), così restringendo il campo della tabellazione ad ipotesi scientificamente maggiormente ed univocamente comprovate quanto all'eziologia professionale. Vengono, quindi, escluse anche forme tumorali benigne.

Approfondimento. Le malattie da sovraccarico biomeccanico.

Considerato il dato statistico sopra riportato, una analisi particolare va effettuata rispetto alle ***modifiche relative alle malattie da sovraccarico biomeccanico.***

Per le *malattie causate da vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano-braccio* e per l'*ernia discale lombare* va innanzitutto sottolineata la qualificazione della lavorazione come "***abituale e sistematica***" e non più semplicemente come "***non occasionale***".

Per l'*ernia discale lombare*, la Commissione scientifica proponeva di modificare la voce introducendo la differente "*protrusione discale del tratto lombare e delle relative cerniere*". La modifica non è stata introdotta perché – come rilevato nelle osservazioni di Confindustria – l'assenza di condivisione sul concetto di protrusione discale (che rischia di comprendere qualsiasi variazione del disco intervertebrale, senza che la stessa possa qualificarsi né come protrusione né come ernia) avrebbe prodotto un inutile ed impropria impennata delle denunce e dei potenziali riconoscimenti, con conseguente incremento degli oneri.

La nuova tabella distribuisce le malattie a carico del braccio in relazione al distretto interessato (spalla, gomito, polso).

Al *distretto della spalla*, fanno ora riferimento la tendinopatia degenerativa della cuffia dei rotatori (in precedenza denominata "*tendinite del sovraspinoso*"), la tendinite calcifica e la borsite (oggi opportunamente qualificata dal carattere della cronicità). Le lavorazioni di riferimento sono quelle "*svolte in modo abituale e sistematico, che comportano a carico della spalla movimenti ripetuti con mantenimento prolungato di posture incongrue e impegno di forza*". Da notare le novità: la tendinopatia della cuffia dei rotatori dev'essere degenerativa; la borsite dev'essere cronica; tutte e tre le malattie devono ora essere riferite a lavorazioni che

devono essere svolte in modo sistematico ed abituale (e non più solo non occasionali) e devono richiedere l'impegno della forza.

Al *distretto del gomito* fanno riferimento l'epitrocleite cronica, l'epicondilite cronica e la borsite olecranica cronica. Anche in questo caso, tutte e tre le malattie sono ora qualificate dal carattere della cronicità e devono essere svolte in modo abituale e ripetuto (e non solo non occasionale). C'è poi da osservare che, per la epicondilite e l'epitrocleite, mentre prima era sufficiente che le lavorazioni comportassero "*movimenti ripetuti dell'avambraccio, e/o azioni di presa della mano con uso di forza*", secondo la nuova tabella i movimenti ripetuti dell'avambraccio devono avvenire "*con mantenimento prolungato di posture incongrue e azioni di presa della mano con impegno di forza*".

Da notare, poi, che, con riferimento alla borsite olecranica cronica, mentre prima la lavorazione era caratterizzata dal fatto di "*comportare un appoggio prolungato sulla faccia posteriore del gomito*", secondo le nuove tabelle occorre che venga svolta la stessa lavorazione prevista per l'epicondilite e l'epitrocleite.

Al distretto del *polso e delle dita*, sono ricomprese la sindrome di De Quervain, la tendinite, la peritendinite dei flessori /estensori (polso/dita) (ora con il requisito della cronicità). Le lavorazioni di riferimento (prima distinte tra le tre malattie) sono ora accomunate, prevedono una lavorazione condotta in modo abituale e sistematico e devono comportare movimenti ripetuti con azioni di presa, impegno di forza, posture incongrue della mano e/o delle singole dita.

Importante evidenziare che, in tutte le ipotesi sopra considerate, i diversi elementi che caratterizzano le lavorazioni **non sono più alternativi ma devono ricorrere sempre congiuntamente**.

Anche per le malattie muscoloscheletriche del *ginocchio* si sottolinea l'introduzione del carattere abituale e sistematico delle lavorazioni ed il carattere cronico della borsite e degenerativo della tendinopatia del quadricipite femorale.

La qualificazione della lavorazione come "**abituale e sistematica**" consente di individuare – anche nella lettura del documento di valutazione dei rischi – quali attività possano porsi a base dello sviluppo della malattia professionale e quali, in mancanza di tale carattere, non sono dotate di analoga efficienza causale.

Così come importanti sono la corretta descrizione delle procedure di lavoro e l'indicazione dell'eventuale impiego di supporti per escludere l'esercizio della presa o della forza o le posture incongrue.

		Anno di protocollazione				
Settore ICD-10	Classe ICD-10	2018	2019	2020	2021	2022
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (M00-M99)	Artropatie (M00-M25)	164	139	143	148	136
	Dorsopatie (M40-M54)	1.584	1.578	1.230	1.350	1.239
	Disturbi dei tessuti molli (M60-M79)	1.694	1.745	1.420	1.637	1.492
	Osteopatie e condropatie (M80-M94)	2	0	0	1	1
Totale		3.444	3.462	2.793	3.136	2.868

Per ciascuna delle Classi ICD-10, è, poi, possibile individuare i dati relativi alle singole patologie. Emerge, così, ad esempio, che nel caso dei disturbi dei tessuti molli (che nel 2022 hanno fatto registrare il maggior numero

di casi), la fattispecie prevalente è la sindrome della cuffia dei rotatori, che rientra tra le patologie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore ed è prevalentemente riferita a lavorazioni come montaggio, assemblaggio, micro-assemblaggio su linea, confezionamento su linea; operazioni di cernita con uso degli arti superiori (industria della ceramica, alimentare, ecc.); lavorazioni con uso di strumenti vibranti quali mole, frese, martelli, pneumatici, ecc.; operazioni di taglio manuale o con taglierine elettriche, cucitura manuale o a macchina, orlatura e altre rifiniture, stiratura a mano o con presse nel settore dell'abbigliamento.

Settore ICD-10	Classe ICD-10	ICD-10	Anno di protocollazione				
			2018	2019	2020	2021	2022
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (M00-M99)	Disturbi dei tessuti molli (M60-M79)	Altri disturbi muscolari	0	0	0	1	1
		Sinovite e tenosinovite	21	16	12	13	18
		Dito a scatto	24	22	17	18	17
		Tenosinovite dello stiloide radiale (De Quervain)	51	75	62	52	47
		Altre sinoviti e tenosinoviti	97	103	98	90	76
		Borsite dell'olecrano	1	1	1	2	1
		Borsite prepatellare	2	4	1	4	1
		Fibromatosi della fascia palmare (Dupuytren)	2	1	1	4	5
		Lesioni della spalla	82	73	53	76	84
		Capsulite adesiva della spalla	0	1	2	0	1
		Sindrome della cuffia dei rotatori	812	811	659	795	670
		Tendinite bicipitale	20	26	20	22	20
		Tendinite calcificante della spalla	77	90	71	67	81
		Sindrome da "impingement" (o da conflitto anteriore o da attrito acromion-omeroale) della spalla	47	60	44	36	37
		Borsite della spalla	11	10	9	7	8
		Tendinite di Achille	1	0	1	0	0
		Altre entesopatie degli arti inferiori, escluso il piede	3	2	5	3	5
		Altre entesopatie	4	5	6	1	10
		Epicondilita mediale	340	335	264	348	306
		Epicondilita laterale	97	107	93	96	104
Periartrite del polso	2	1	0	1	0		
Altra entesopatia del piede	0	2	1	1	0		
Totale			1.694	1.745	1.420	1.637	1.492

Principali modifiche puntuali

In molti casi, le variazioni inserite sono legate alle **nuove evidenze scientifiche**, sostanzialmente riconducibili alle seguenti ipotesi:

- venir meno della significatività delle voci (come nel caso del carcinoma dei seni paranasali e delle cavità nasali causati da cromo – **voce n. 5**)
- nuova valutazione delle fonti scientifiche (come nel caso della cheratocongiuntivite nelle malattie determinate dall'osmio – **voce n. 9**; delle malattie causate da selenio – **precedente voce n. 12** ; della tracheobronchite e dell'asma bronchiale nelle malattie causate da aldeidi – **voce n. 39**; dell'encefalopatia tossica nelle malattie causate da esteri organici – **voce n. 46**)
- riconduzione ad ipotesi di infortunio di situazioni caratterizzate da manifestazioni acute (malattie causate da fosgene – **precedente voce n. 23**; malattie causate da composti organici del fosforo – **precedente voce 25** o da idrogeno solforato; malattie causate da cloruro di carbonile – **precedente voce 28**; anchilostomiasi causata dall'Ancylostoma duodenalis – **precedente voce 85**)
- malattie per le quali non si verifica un reale eccesso di rischio (come per gli effetti del butadiene nel caso delle neoplasie causate da N-Esano e altri idrocarburi alifatici- **voce n. 25**)
- necessità di modificare le lavorazioni che danno luogo ad alcune malattie (come nel caso della esposizione a idrocarburi policiclici aromatici - **voce n. 29**)
- patologie non collegate ad esposizione professionale (come nel caso della neurite ottica nel caso di esposizione ad alcoli – **voce n. 41**)
- malattie con limitata evidenza cancerogena secondo la IARC (come nel caso dei tumori del sistema emolinfopoietico nel caso di lavorazioni che espongono ad ossido di etilene e agli eteri e loro derivati – **voce n. 43**)
- necessità di ridefinire le malattie associate in relazione alle nuove evidenze scientifiche (come nel caso della specificazione delle patologie conseguenti alla esposizione alle radiazioni ionizzanti – **voce n. 77**)
- riconduzione della malattia al fattore causale specifico legato ad evidenze scientifiche e statistiche (come nel caso della leucemia linfatica nel caso delle malattie causate da N-esano – **voce n. 25**)
- eliminazione di malattie perché scientificamente non convalidate (es. eliminazione dell'acne e del bromismo nel caso delle malattie causate dal bromo – **voce n. 17**; eliminazione dell'acne dalle malattie da cloro e dalle malattie da iodio – **voce n. 19**).

In alcuni casi, si introducono **specifiche ipotesi di lavorazioni o di malattie nuove**, sempre in collegamento con l'evoluzione scientifica, come nel caso di:

- ulcere nella esposizione ad arsenico - **voce n. 2**
- tumore maligno della laringe o carcinoma al polmone per esposizione a nebbie e vapori da acido solforico – **voce n. 23**
- epatocarcinoma tra le malattie determinate da esposizione al cloruro di vinile – **voce n. 30**
- encefalopatia cronica tossica in caso di esposizione ad ammidi – **voce n. 36**
- tumore maligno alla laringe e tumore maligno dell'ovaio per esposizione all'asbesto – **voce n. 53**
- rinfaringite cronica e laringite cronica nel caso di malattie causate da acido solforico – **voce n. 22**
- stati precancerosi nel caso di tumore alla vescica causato da esposizione a idrocarburi policiclici aromatici cancerogeni – **voce n. 29**
- epatocarcinoma nel caso di esposizione a cloruro di vinile – **voce n. 30**
- tumori per esposizione alle radiazioni ionizzanti – **voce n. 77**
- tumore maligno del polmone per esposizione a radon in ambienti sotterranei – **voce n. 81**.

In alcuni di questi casi, ci sono – come quasi sempre accade – anche evidenze scientifiche di segno diverso rispetto a quello che hanno guidato la commissione scientifica, che però non hanno formato oggetto di un reale confronto in sede tecnico-scientifica, nonostante le nostre richieste.

È, ad esempio, il caso delle **malattie neoplastiche causate da polveri di legno – voce n. 63 (precedente voce n. 67)**, prima limitate alle ipotesi del legno cd duro. La considerazione scientifica alla base della modifica ampliativa è che tutte le polveri di legno sarebbero, seppure con potenza diversa, cancerogene. In realtà, l'aggiornamento del 2020 (Dlgs 44/2020), nel ridurre i livelli di esposizione, continua a fare riferimento al solo legno duro; così come vi sono studi più recenti rispetto alle valutazioni del 1995 della IARC¹¹ secondo le quali *“vi sono prove di qualità da bassa a moderata che supportano un'associazione causale tra l'incidenza del cancro e l'esposizione professionale alla polvere di legno”*. Un livello, quindi, non tale da introdurre i presupposti per la presunzione d'origine professionale.

Nel caso di malattie introdotte nella nuova tabella sulla base dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche, occorrerà aumentare l'attenzione nel gestire il processo produttivo nel quale siano presenti i fattori di rischio rilevanti, sul piano della corretta adozione delle più aggiornate misure di prevenzione e protezione.

Proposte della Commissione ed esito del confronto con le parti sociali

Ciò che non appare dal provvedimento approvato sono le ***proposte della Commissione formulate nel corso dell'iter di revisione che hanno formato oggetto di confronto e poi non accolte o modificate.***

In alcuni casi, queste non hanno trovato riscontro, anche a seguito di rilievi tecnici appositamente avanzati da Confindustria.

È il caso, ad esempio della proposta di

- trasformazione di alcune ipotesi di polineuropatie in neuropatie (es. malattie causate da arsenico – **voce n. 1**, malattie causate da mercurio – **voce n. 7**, malattie causate da N-esano – **voce n. 25**, da chetoni – **voce n. 38**; polineuropatia periferica nelle malattie causate da piombo – **voce n. 10** o da tallio – **voce n. 13**)
- introduzione della emopatia da metaemoglobinemia per esposizione all'azione del nitroetano – **voce n. 31**
- inserimento del melanoma cutaneo per esposizione a lavorazioni che espongono all'azione dei policlorobifenili tra le malattie causate da derivati alogenati – **voce n. 36**
- introduzione dell'ipertiroidismo dalle nuove malattie per esposizione ad acido carbammico – **voce 44**
- inserimento di una sotto-voce generica (*“altri agenti asmogeni classificati come sensibilizzanti respiratori”*) con riferimento alle lavorazioni che sono causa di asma bronchiale – **voce n. 47**
- inserire, nel caso dell'alveolite allergica estrinseca, le lavorazioni in ambienti condizionati – **voce n. 48**
- aggiungere, nel caso di ipoacusia da rumore, la previsione secondo cui le lavorazioni contemplate dalla tabella espongono a rumore in assenza di efficace isolamento acustico “ambientale” – **voce n. 71**
- inserire l'ipotesi della protrusione discale del tratto lombare nel caso di ernia discale del tratto lombare – **voce n. 73**

¹¹ Alonso-Sardón M, Chamorro AJ, Hernández-García I, Iglesias-de-Sena H, Martín-Rodero H, Herrera C, Marcos M, Mirón-Canelo JA. Association between Occupational Exposure to Wood Dust and Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015 Jul 20;10(7):e0133024. doi: 10.1371/journal.pone.0133024. PMID: 26191795; PMCID: PMC4507857.

- introdurre l'ipotesi del "dito a scatto" nel caso di malattie da sovraccarico biomeccanico riferite al distretto delle dita – **voce n. 74**
- introdurre l'eritema permanente come malattia conseguente alla esposizione alle radiazioni laser – **voce n. 78**

In altre ipotesi ancora, **la Commissione ha modificato la propria posizione accogliendo le argomentazioni di Confindustria**, come, ad esempio, nel caso di:

- richiesta di eliminazione della voce delle malattie causate da ossido di carbonio – **precedente voce n. 22**
- richiesta di eliminazione del riferimento alle miscele (come ad es. nel caso delle malattie causate da idrocarburi policiclici aromatici) – **voce n. 29**
- richiesta di eliminazione del melanoma cutaneo tra le malattie conseguenti alla esposizione a derivati alogenati e/o nitrici degli idrocarburi aromatici – **voce n. 32**
- richiesta di trasformazione di ipotesi di neuropatia in polineuropatia (come nel caso delle malattie causate da ammidi) – **voce n. 36**
- richiesta di associazione corretta di lavorazioni e malattie (come nel caso del riferimento della polineuropatia periferica alle lavorazioni che espongono all'azione del metil-n-butil chetone in luogo della neuropatia riferita alla esposizione a e non del metil-iso-butil chetone) – **voce n. 38**
- richiesta di eliminare l'ipotesi della leucemia mieloide nel caso delle malattie causate da esposizione ad aldeidi e derivati – **voce n. 39.**

Insomma, un processo complesso che ha portato ad una tabella finalmente caratterizzata dai canoni propri delle malattie professionali per le quali è presunta l'eziologia professionale.

In allegato, una **tabella di confronto** che consente di cogliere immediatamente le modifiche apportate rispetto alla tabella del 2008.

Gli effetti finanziari

Il decreto in esame non contiene alcun riferimento a considerazioni attinenti agli effetti finanziari delle modifiche apportate.

Il precedente DM 9 aprile 2008, invece, faceva un espresso rinvio ad un documento dell'Inail contenente la valutazione degli effetti finanziari della proposta di modifica delle tabelle delle malattie professionali.

Si tratta di un aspetto non irrilevante, in quanto la considerazione afferente alla sostenibilità finanziaria dell'impatto delle modifiche è determinante al fine di valutare l'adeguatezza dei premi assicurativi.

Applicazione delle nuove tabelle

Il DM in commento è stato pubblicato dapprima nel [sito internet del Ministero del lavoro](#) il 13 novembre 2023 con protocollo 175/2023 e, successivamente, nella [Gazzetta Ufficiale n. 270 del 18 novembre 2023](#).

Per quanto riguarda l'efficacia intertemporale, la circolare dell'Inail offre alcuni chiarimenti.

In primo luogo, viene presa a riferimento la data della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale (e non quella nel sito internet del Ministero del lavoro): il nuovo sistema tabellare si applica, quindi, alle **fattispecie denunciate a partire dal 19 novembre 2023**.

Per i **casi rientranti nel precedente sistema e non previsti nel nuovo** – per tipologia della malattia o della lavorazione o per differente periodo massimo di indennizzabilità - per i quali l'assicurato abbia già presentata la richiesta di riconoscimento anche tramite l'invio della certificazione medica, tuttora in corso di istruttoria, **continua a essere applicata la normativa in vigore al momento della presentazione della domanda.**

È tuttavia evidente che, essendo l'aggiornamento delle tabelle la risultanza di acquisizioni scientifiche, che ben potrebbero comunque supportare la domanda del lavoratore in ordine alla prova del nesso di causalità, in applicazione del generale principio del *favor laboratoris* ed in continuità con l'impostazione a suo tempo seguita¹², **per i casi non rientranti nel precedente sistema tabellare e previsti invece nel nuovo, per i quali l'assicurato abbia già presentato domanda attualmente in trattazione**, si dovrà procedere come segue:

- per i casi in istruttoria per il riconoscimento della malattia, per i quali non è stato emesso alcun provvedimento, dovranno essere applicate le nuove tabelle;
- per i casi di opposizione ex articolo 104 del Testo unico approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, ancora in istruttoria dovranno essere applicate le nuove tabelle;
- per i casi relativamente ai quali pende contenzioso giudiziario, le Avvocature territoriali valuteranno, in relazione allo stato del giudizio, l'opportunità di sollecitare il riesame della fattispecie alla luce delle nuove tabelle e degli elementi di prova acquisiti al giudizio al fine dell'adozione di un provvedimento di riconoscimento della patologia da adottarsi in sede di autotutela;
- per i casi definiti con sentenza di rigetto passata in giudicato o prescritti non potrà essere effettuato alcun riesame.

Importanza della cartella sanitaria e di rischio

Le malattie professionali, per definizione, hanno uno sviluppo lento e spesso hanno rilevanti tempi di latenza (tra esposizione e manifestazione). Molte di esse sono caratterizzate da una genesi multifattoriale (ossia in presenza di una noxa professionale e di fattori causali sociali o individuali). Per molte ipotesi la revisione della tabella ha introdotto il carattere della necessaria cronicizzazione. Insomma, il decorso temporale della malattia diviene maggiormente rilevante al fine della sua configurabilità come di eziologia professionale.

Per altro verso, in molte ipotesi di contenzioso, in presenza di plurimi rapporti di lavoro nel tempo, l'Inail imputa all'ultima azienda la responsabilità, e l'ultima frazione di esposizione (laddove non irrilevante) attrae anche le precedenti.

Diviene, allora, ancor più importante conoscere la storia professionale del lavoratore (le mansioni esercitate nel tempo e l'attività svolta dalle aziende precedenti), soprattutto sul piano sanitario.

Si ricorda, a questo proposito, che l'art. 25, comma 1, lett. e-bis) del D.gs 81/2008 prevede che *“in occasione della visita medica preventiva o della visita medica preventiva in fase preassuntiva di cui all'articolo 41, richiede al lavoratore di esibire copia della cartella sanitaria e di rischio rilasciata alla risoluzione del precedente rapporto di lavoro e ne valuta il contenuto ai fini della formulazione del giudizio di idoneità, salvo che ne sia oggettivamente impossibile il reperimento”*.

¹² V. Inail, circolare n. 47 del 24 luglio 2008

Soprattutto se condotta in sede preassuntiva, la visita preventiva e l'acquisizione della cartella sanitaria diviene un momento assai rilevante al fine di scongiurare una responsabilità per esposizione a fattori nocivi prima dell'inizio del rapporto di lavoro, così orientando consapevolmente ogni valutazione dell'azienda.

Al fine del reperimento della cartella sanitaria e di rischio si ricorda che il medico competente è obbligato (Dlgs 81/2008, art. 25, comma 1, lett. e) a *“consegnare al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, copia della cartella sanitaria e di rischio, e gli fornisce le informazioni necessarie relative alla conservazione della medesima; l'originale della cartella sanitaria e di rischio va conservata, nel rispetto di quanto disposto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, da parte del datore di lavoro, per almeno dieci anni”*.

Dati statistici riportati nel sito Inail

Come sopra evidenziato, una corretta analisi del dato statistico consente di svolgere decisive considerazioni sul tema della prevenzione.

L'Inail ha rinnovato la propria [banca dati statistica](#) (argomento sul quale si tornerà a valle di un confronto con l'Istituto).

Ovviamente, le statistiche relative alle malattie professionali non riportano le modifiche introdotte dal nuovo provvedimento, né le voci nuove né gli aspetti che sono stati oggetto di modifica, come evidentemente riportano ancora il riferimento a voci non più esistenti.

Conclusioni

Seppure in alcune ipotesi specifiche alcune valutazioni di ordine tecnico-scientifico non risultino pienamente condivisibili (non essendo stato aperto con le parti sociali un reale confronto sul piano tecnico-scientifico), la valutazione delle modifiche relative all'impostazione generale del provvedimento appare positiva e coerente.

Da un lato, si è riusciti a far introdurre logiche più coerenti con la presunzione d'origine professionale e, dall'altro, sono stati evitati interventi che sarebbero stati fortemente impattanti sia sulle logiche della prevenzione sia sulla responsabilità (assicurativa, innanzitutto) per le imprese (con conseguente potenziale incremento degli oneri assicurativi).

Per quanto, infine, si sia detto in giurisprudenza che non vi è una diretta relazione tra il riconoscimento Inail e la responsabilità penale, indubbiamente la revisione delle tabelle nel senso della maggior tassatività e chiarezza delle situazioni nelle quali si presume il nesso di causalità tra lavorazione e malattia introduce elementi che, sul piano penale, costituiscono un vantaggio per le imprese.