Organo: INAIL - DIREZIONE CENTRALE PRESTAZIONI
Documento: Circolare n. 70 del 24 ottobre 2001
Oggetto: Malattie professionali non tabellate. Nuove modalità di trattazione.

1. Rapporti tra Sedi e Direzioni Regionali.

La più che decennale esperienza acquisita in tema di sistema misto di tutela delle tecnopatie, la progressiva realizzazione di strumenti metodologici (protocolli, linee guida), informatici (procedura "cartella clinica") e formativi a garanzia della correttezza ed uniformità di comportamenti, la forte accelerazione impressa dall'Istituto alla piena attuazione del decentramento in tutti i settori, e - non da ultimo - il potenziamento della autonomia e della responsabilità decisionale della funzione sanitaria di Sede (assegnazione dei Dirigenti medici di 2° livello), inducono a ritenere mature le condizioni per ridefinire il procedimento di trattazione delle pratiche di malattie professionali non tabellate, riconducendolo nell'ambito del generale assetto organizzativo dell'Istituto.

L'attuale flusso procedurale, infatti, prevedendo il sistematico e obbligatorio esame e parere delle Direzioni Regionali sulle singole fattispecie prima della loro definizione positiva da parte delle Sedi, si concretizza di fatto in una diretta partecipazione delle Direzioni Regionali stesse alla funzione di produzione propria delle Unità operative e rappresenta, quindi, una anomalia rispetto alle vigenti regole ordinamentali.

Per le considerazioni prima indicate, si ritiene che le esigenze di omogeneizzazione e di coordinamento che all'epoca motivarono la particolare procedura possano, oggi, essere adeguatamente soddisfatte all'interno delle normali funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo proprie della Direzione Generale e delle Direzioni Regionali, restituendo alle Sedi la completa autonomia nella attività di produzione.

Si dispone, pertanto, che tutte le pratiche di malattie non tabellate siano definite direttamente in Sede, senza necessità del preliminare esame e parere della Direzione Regionale.

Fanno eccezione le patologie del rachide, le patologie da campi elettromagnetici e le patologie da stress e disagio lavorativo, per le quali permane la necessità di visione e governo complessivi a livello centrale e regionale, stante l'esigenza di ulteriori approfondimenti e di un congruo periodo di sperimentazione delle ipotesi di soluzione. Per questa tipologia di malattie, pertanto, si confermano le direttive vigenti (cfr. circolare n. 81/2000 e lettera del 12 settembre 2001).

2. Rapporti tra Sedi e CON.T.A.R.P. regionali

Diverso dalle logiche sopraesposte è il rapporto tra Sedi e CON.T.A.R.P. regionali in quanto queste ultime strutture, pur essendo incardinate presso le Direzioni Regionali, svolgono – nella materia che qui interessa – anche funzioni che sono direttamente finalizzate alle attività di produzione delle Sedi, ed in particolare dell'area sanitaria.

Si ritiene, tuttavia, che anche le relazioni tra funzione delle Consulenze tecniche e funzione medica di Sede debba essere oggetto di riconsiderazione, sia per verificare se sono ancora attuali le ragioni che a suo tempo indussero a rendere sistematico e obbligatorio l'esame e parere tecnico sulle singole fattispecie (circolare n. 51/1995), sia più in generale per puntualizzare la natura del contributo specialistico che le CON.T.A.R.P. debbono offrire alle esigenze della diagnosi medico – legale.

Al riguardo è opportuno, innanzitutto, richiamare alcuni principi che appartengono al patrimonio storico di conoscenze in materia e trovano continuo e puntuale riscontro nella prevalente giurisprudenza di legittimità e di merito.

· La nozione assicurativa di malattia professionale, tabellata e non, si caratterizza per l'esistenza di una causa lavorativa adeguata a produrre l'evento, ma non esclude la concorrenza di uno o più fattori concausali extraprofessionali, i quali possono anzi rappresentare, in determinate condizioni, fattori di potenziamento del rischio lavorativo e aumentarne l'efficacia lesiva.

· Il giudizio sulla natura professionale della malattia, tabellata e non, è funzione, quindi, squisitamente medico – legale e, come tale, implica l'apprezzamento delle caratteristiche individuali, peculiari e non standardizzabili, della persona.

Ciò significa, tra l'altro, che valori limite e/o indicatori statistici di rischio hanno per il medico un valore orientativo ma non possono assurgere a elemento dirimente per il giudizio, stante l'esigenza di considerare la risposta individuale del soggetto alla causa nociva, diversa essendo la capacità di resistenza di ciascun organismo.

· Il sistema di tutela prevenzionale e quello di tutela assicurativo-previdenziale delle tecnopatie, pur avendo ovviamente punti di convergenza, restano concettualmente distinti ed autonomi, diverse essendo la ratio e le finalità.

Ciò significa, tra l'altro, che i criteri normativamente enunciati a scopi prevenzionali hanno valore vincolante per le aziende che sono tenute ad uniformarsi, ma non possono condizionare la valutazione medico-legale sul danno alla salute che il singolo lavoratore può subire nonostante l'adozione delle prescritte misure prevenzionali.

· Nell'ambito del sistema tabellare la presunzione legale d'origine è superabile soltanto con "la prova contraria" che deve essere rigorosa e sempre riferita al caso concreto e che, dunque, può scaturire soltanto dall'accertamento medico – legale.

Dall'insieme di questi principi, che costituiscono il quadro di riferimento dell'attività istituzionale in materia, discendono due corollari:

· la centralità della figura professionale del medico nello specifico settore e la conseguente necessità che lo stesso medico assuma le funzioni di governo e la responsabilità dell'intero procedimento che porta alla qualificazione della patologia;

· la peculiarità del giudizio medico – legale, che considera tutte le variabili in gioco (dati anamnestici comprensivi della storia lavorativa completa, dati clinici e strumentali, caratteristiche ed evoluzione della patologia, entità del danno, risultanze più recenti della medicina del lavoro e della epidemiologia, informazioni sulle condizioni di salute dei compagni di lavoro o di altri lavoratori similari, ecc.) e che, solo all'interno di questo complessivo contesto, valuta l'idoneità lesiva del rischio lavorativo.

Rispetto alla descritta centralità della funzione sanitaria, il ruolo delle CON.T.A.R.P. regionali è principalmente quello di integrazione delle conoscenze mediche e di supporto specialistico alle esigenze della diagnosi medico – legale, in una sorta di ideale continuità e complementarietà delle competenze di medicina – legale, di medicina del lavoro e di igiene industriale.

Ne consegue che il supporto tecnico alla componente medica è tanto più efficace quanto più si manifesta in termini di arricchimento e di condivisione del patrimonio conoscitivo sul rischio tecnopatico nelle aziende e nei settori produttivi che formano il contesto territoriale di riferimento e, quindi, quanto più si sposta dall'esame del caso singolo alla analisi generale dei processi produttivi, dei cicli tecnologi, dei materiali e macchinari usati e dell'organizzazione del lavoro, soprattutto negli aspetti meno indagati, insufficientemente approfonditi o del tutto sconosciuti.

In questa prospettiva, il parere tecnico sulla singola fattispecie assume spessore se ed in quanto apporta un contributo di informazioni e conoscenze specialistiche di cui il medico non sia già in possesso, traducendosi in un ampliamento delle sue cognizioni utilizzabili con portata generale.

Sul piano operativo, la declinazione di questi concetti conduce alle seguenti conclusioni:

· i pareri tecnici sulle singole fattispecie devono essere espressi solo su motivata richiesta del Dirigente Medico di Sede a completamento degli elementi di valutazione già noti all'area sanitaria, nel presupposto, tra l'altro, che la professionalità sanitaria, grazie anche alla esperienza maturata dal 1988, sia in possesso di tutto il bagaglio di conoscenze necessario per governare il processo di acquisizione della documentazione sul rischio e per fornire una adeguata lettura interpretativa della stessa documentazione ai fini della diagnosi medico – legale;

· i pareri tecnici sulle singole fattispecie devono essere tendenzialmente strutturati in modo da consentire la loro applicazione estensiva a situazioni analoghe. E' cura delle Direzioni Regionali mettere tali pareri a disposizione delle aree sanitarie delle Unità dipendenti;

· è altresì compito delle Direzioni Regionali, di concerto con la CON.T.A.R.P. centrale, orientare l'attività delle CON.T.A.R.P. verso studi di settore e tematiche di particolare rilievo nel territorio di competenza;

· il parere tecnico, sia che si esprima su singole fattispecie sia che venga reso su tematiche o situazioni generali, non vincola il giudizio del Dirigente Medico di Sede, alla cui esclusiva ed autonoma competenza appartiene la responsabilità decisionale sulla idoneità lesiva del rischio nel caso concreto.

3. Nuova procedura di trattazione delle pratiche di malattie non tabellate.

A conclusione e sintesi di tutte le considerazioni che procedono, si riassumono i passaggi essenziali della procedura istruttoria delle pratiche di cui si tratta.

A. Tutte le pratiche di malattie non tabellate, salvo quanto previsto al successivo punto E, sono definite direttamente in Sede, senza necessità del preliminare esame e parere della Direzione Regionale.

B. Nei casi in cui il Dirigente Medico di Sede ritenga necessario il parere tecnico, deve essere assicurata la massima celerità e snellezza all'iter delle pratiche attraverso il diretto colloquio tra Sede e Consulenze tecniche.

C. I pareri tecnici devono essere tendenzialmente strutturati in modo da permettere la loro applicazione a casi analoghi e devono esprimersi in termini di contributo alle conoscenze del medico sulle caratteristiche del rischio (natura, entità, durata, ecc.), anche in relazione alle specifiche richieste del medico stesso.

D. La definizione dei casi denunciati da soggetti tutelati non può prescindere dal parere del Dirigente Medico di Sede reso a conclusione dell'intera istruttoria.

E. Continueranno ad essere trasmesse alla Direzione Generale, nel rispetto delle modalità dettate dalle specifiche direttive, soltanto le malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo, compreso il "mobbing" (cfr. lettera del 12 settembre 2001), le patologie del rachide da sollecitazioni biomeccaniche, le patologie da campi elettromagnetici nonché particolari fattispecie che, per il loro carattere del tutto inedito, richiedono il pronunciamento delle competenti strutture centrali (cfr. circ. n. 81/2000).

F. Restano ferme le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo delle Direzioni Regionali, comprese quelle di rendere pareri amministrativi e medici su fattispecie di motivata complessità e di attivare mirati interventi formativi e di sostegno in presenza di rilevate criticità.

G. Per quanto attiene alle attività di monitoraggio da parte delle Direzioni Regionali, si confermano le direttive impartite con la circolare n. 81/2000, punto d).

Le presenti istruzioni si applicano con effetto immediato; è demandata a ciascuna Direzione Regionale la decisione in ordine alle pratiche in istruttoria presso la Direzione stessa.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Alberigo RICCIOTTI