

Capitolo 2 - Ricostruzione normativa, prassi amministrativa e orientamenti giurisprudenziali

Sommario: 2.1 Il quadro normativo sovranazionale. – 2.2. L'evoluzione normativa Italiana. – 2.3. La tutela assicurativa, gli elenchi delle malattie professionali e la prassi amministrativa. – 2.4. Gli orientamenti giurisprudenziali.

2.1. Il quadro normativo sovranazionale

Le problematiche pertinenti i disturbi muscolo-scheletrici e le patologie da sovraccarico biomeccanico, sono da tempo oggetto di disciplina normativa a livello internazionale e comunitario.

Già dal 1967 l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) ha riconosciuto primaria importanza ai disturbi muscolo-scheletrici tanto da sottoscrivere a livello mondiale una convenzione ⁽⁵⁴⁾ sul peso massimo dei carichi trasportabili da un solo lavoratore.

La stessa convenzione, tra l'altro applicabile in tutti i settori economici rispetto ai quali negli Stati membri esiste un sistema d'ispezione sul lavoro, oltre a definire espressamente cosa si intende per trasporto manuale dei carichi e a precisare che per giovani lavoratori devono essere considerati tutti quelli al disotto dei diciotto anni di età, statuisce l'impiego ridotto o quantomeno in lavorazioni non gravose delle donne e dei giovani.

Da ultimo, ma non di secondario rilievo, va rimarcato come la convenzione ILO del 1967 è stata il primo atto a livello internazionale ad affermare che le attività in cui gli addetti sono solitamente impiegati in azioni di sollevamento dei carichi potrebbero nel tempo compromettere la salute degli stessi.

Sulla scorta dei principi comuni definiti attraverso gli accordi internazionali è stata poi articolata la normativa di livello comunitario, anche se occorre considerare che, in prevalenza, le direttive e i regolamenti europei, in materia di sicurezza, riguardano, nel contesto più generale, la protezione della salute e sicurezza sul lavoro contro

⁽⁵⁴⁾ Il riferimento è fatto alla convenzione ILO n.127 del 28 giugno 1967.

l'esposizione a tutte le tipologie di rischi. Perciò, rispetto ai fattori di rischi propri dei disturbi e patologie oggetto della presente analisi, la regolamentazione è ravvisabile esclusivamente in modo diretto o indiretto in apposite direttive.

Più specificatamente, le fonti normative cui pocanzi si faceva riferimento riguardano innanzitutto la cosiddetta direttiva quadro 89/391/CEE. Essa, definita anche come direttiva madre in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ha individuato quelle che sono le misure minime da attuare nei singoli Paesi membri. Al suo interno, particolare menzione deve essere fatta all'obbligo per tutti i datori di lavoro di adeguare le postazioni di lavoro e i metodi di produzione, anche attraverso l'impiego di attrezzature idonee, al fine di attenuare il lavoro monotono e ripetitivo così da ridurre gli effetti ergonomici negativi considerati tra i principali fattori di rischio per le malattie muscolo-scheletriche. Alla direttiva madre del 1989 che ha pianificato i requisiti basilari delle tutele di salute e sicurezza da garantire nei luoghi di lavoro, sono succeduti ulteriori provvedimenti ognuno dei quali riferito a specifiche problematiche. Tra questi si segnalano le direttive 654, 655 e 656 del 1989, ⁽⁵⁵⁾ emanate a corredo della direttiva madre e disciplinanti le prescrizioni minime di sicurezza nei luoghi di lavoro, i requisiti ergonomici da adottare e l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuali.

Solo con la direttiva 269 del 1990 è stata introdotta la prima vera normativa comunitaria specifica per la prevenzione dei disturbi muscolo-scheletrici dei lavoratori impiegati in attività di movimentazione manuale dei carichi. La direttiva in questione, oltre ad enunciare una definizione comune di movimentazione manuale dei carichi, invita il datore di lavoro ad adottare le misure organizzative necessarie per evitare tali attività e qualora ciò non fosse possibile a informare e formare i lavoratori sui rischi a cui sono esposti. Le ulteriori direttive definibili di particolare rilevanza in materia, nella versione aggiornata del 17 maggio 2006 (che ha implementato quanto già previsto con la precedente direttiva macchine 95/16/CE), ⁽⁵⁶⁾ riguardano l'utilizzo di macchinari, attrezzature, dispositivi e utensili da parte dei lavoratori che a seguito dell'eccessivo utilizzo in posizioni ergonomiche scorrette e senza rispettare i giusti periodi di riposo, possono nel tempo incorrere in patologie del rachide o degli arti inferiori e superiori.

Da ultimo, la sensibilità del legislatore comunitario è rivolta ad alleviare i problemi ergonomici posturali comportanti vibrazioni al corpo intero, rispetto ai quali la

⁽⁵⁵⁾ Direttive (89/654/CEE), (89/655/CEE), (89/656/CEE) adottate dal Consiglio europeo il 30 novembre 1989.

⁽⁵⁶⁾ Direttiva macchine (2006/42/CE) adottata dal Parlamento europeo e dal Consiglio europeo il 13 maggio 2006, modificante la precedente direttiva macchine (95/16/CE).

Commissione Europea ha emanato nel 2002 un'apposita direttiva, modificata poi dalla direttiva 2007/30/CE e dal regolamento 1137/2008/CE. ⁽⁵⁷⁾

Considerata l'evoluzione normativa, fin qui esaminata, è evidente che il cui *corpus iuris* nascente con la direttiva madre del 1989 e specificatosi poi in plurime direttive, definisce un quadro di tutele frammentario e non sempre recepito da tutti i Paesi comunitari. Tuttavia, nonostante questi aspetti critici, il vero passo in avanti verso una politica comune è stato mosso con la pubblicazione dell'elenco europeo delle malattie professionali attraverso la raccomandazione della Commissione Europea 90/326/CE del 22 maggio 1990, poi rivisitata con la raccomandazione 2003/670/CE.

Con tale atto sono state ricomprese le principali malattie professionali di carattere muscolo-scheletrico più propriamente inquadrate in:

- malattie osteo-articolari delle mani e dei polsi provocate dalle vibrazioni meccaniche;
- malattie angioneurotiche provocate dalle vibrazioni meccaniche (fenomeno di Rynauld di origine professionale);
- malattie provocate da super attività delle guaine tendinee;
- malattie provocate da super attività del tessuto peri tendineo;
- malattie provocate da super attività delle inserzioni muscolari e tendinee;
- lesioni del menisco provocate da lavori prolungati effettuati in posizione inginocchiata o accovacciata;
- paralisi dei nervi dovute alla pressione (neuropatia da intrappolamento).

Attualmente, la Commissione Europea è impegnata nel dibattito su progetti riguardanti agli agenti fisici propri delle vibrazioni relativi sia alle posture da lavoro (prEN 1005-1, prEN 1005-2, prEN 1005-3 prEN 1005-4) e sia alla valutazione del rischio nel caso di movimentazioni ripetitive ad alta frequenza.

Per quanto invece concerne lo stato di implementazione ⁽⁵⁸⁾ del quadro normativo comunitario, nei singoli Paesi membri, è bene precisare come al momento la materia

⁽⁵⁷⁾ In ordine le fonti normative in materia di vibrazioni meccaniche sono state: direttiva (2002/44/CE) del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 giugno 2002; direttiva (2007/30/CE) del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 giugno 2007; regolamento (CE) n. 1137/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 ottobre 2008,

⁽⁵⁸⁾ Commissione europea, Comunicazione della Commissione europea al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale europeo e al Comitato delle Regioni, Sull'attuazione pratica delle disposizioni delle direttive concernenti la salute e la sicurezza sul lavoro 89/391 (direttiva quadro), 89/654 (luoghi di lavoro), 89/655 (attrezzature di lavoro), 89/656 (attrezzature di protezione individuale), 90/269 (movimentazione manuale di carichi) e 90/270 (attrezzature munite di videoterminale), COM/2004/0062 del 05 febbraio 2004.

risultati disciplinata in maniera non uniforme nei vari ordinamenti nazionali creando, in seno alla Commissione, rilevanti problematiche di armonizzazione. In merito, l'indagine sullo stato di implementazione delle direttive europee, mostra che la mancanza di specificità e di efficacia dei provvedimenti rappresenta la causa principale che limita il recepimento delle misure stesse. La disomogeneità, sconta ovviamente le problematiche, sopra citate, di scarsa univocità scientifica e di gestione del tema. Argomentando più dettagliatamente ⁽⁵⁹⁾, in alcuni Paesi ad esempio sono state formulate politiche e programmi mirati alla prevenzione dei disturbi da stress fisici ripetuti o da sollevamento dei carichi collegati all'attività lavorativa professionale. Tali iniziative si sono esplicitate in modi diversi comprendendo:

- azioni preventive destinate a settori specifici;
- miglioramento dei sistemi interni di segnalazione dei casi;
- finanziamento di ricerche o studi puntuali;
- produzione di materiale informatico e linee guida;
- introduzione di protocolli per il monitoraggio delle condizioni di salute;
- programmi d'azione e obiettivi tesi a ridurre l'incidenza della patologia in questione.

A riguardo, si segnalano di particolare interesse le politiche introdotte in Spagna, Lussemburgo, e Paesi Bassi per i settori dell'edilizia, del credito e per gli addetti a videoterminali. Nei Paesi Scandinavi – tra i più evoluti in materia in ambito UE – le patologie muscolo-scheletriche lavoro-correlate rientrano tra le cinque priorità del programma nazionale di salute e sicurezza sul lavoro con il quale sono stati fissati obiettivi di ordine quantitativo volto a ridurre l'incidenza dei disturbi stessi. In Italia, Belgio, Paesi Bassi e Spagna sono state indette numerose campagne informative e ulteriori iniziative di cooperazione o accordi volontari con le parti sociali. Negli altri Stati membri, invece, la prevenzione di questi disturbi rientra nella politica globale di prevenzione dei rischi connessi all'attività lavorativa e di attuazione della normativa europea ⁽⁶⁰⁾.

⁽⁵⁹⁾ European Agency For Safety And Health At Work, *Repetitive strain injuries in the member of the European Union*, Bilbao, 2000.

⁽⁶⁰⁾ Maggiori approfondimenti riguardo l'implementazione delle norme di sicurezza a livello comunitario e internazionale possono leggersi in ⁽⁶⁰⁾ANMIL, *I disturbi muscolo-scheletrici e da sovraccarico biomeccanico dei lavoratori nel settore del commercio: un quadro comparato. Indagine teorico-sperimentale*, 2013, 87 e ss.

2.2. L'evoluzione normativa italiana

Tra le fonti normative italiane non sono presenti copiose disposizioni atte a regolare in modo esclusivo la prevenzione delle patologie da movimenti e sforzi ripetuti. Ne consegue, come tra l'altro accade in ambito internazionale e comunitario, che le varie prescrizioni in materia possono individuarsi da una lettura trasversale delle disposizioni normative più ampie in tema di tutela e gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Al fine di ricostruire in maniera organica quella che è stata l'evoluzione normativa nell'ordinamento italiano, che si presenta anch'essa piuttosto frammentata a seconda dei diversi recepimenti degli indirizzi comunitari, è utile suddividere la stessa in tre principali periodi, cui corrispondono altrettanti approcci regolamentari: una prima fase *ante* decreto legislativo n. 626/1994; una fase successiva rappresentata dalla prima grande riforma sulla salute e sicurezza sul lavoro; un'ultima fase identificata dalla emanazione del decreto legislativo n. 81/2008 meglio conosciuto come T.U. in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Nel periodo preesistente al decreto legislativo n. 626/1994 l'attenzione del legislatore è stata esclusivamente rivolta alla tutela delle fasce considerate più "deboli" della popolazione lavorativa, ossia giovani, donne e lavoratrici madri. In questo periodo sono state introdotte diverse norme tra cui la legge n. 653/1934, ⁽⁶¹⁾ attualmente vigente, in cui è stato fissato il limite massimo (20 kg) di peso sollevabile dalle donne adulte, e, ancora, la legge n. 977/1967, ⁽⁶²⁾ relativa al lavoro dei fanciulli (minori di 15 anni) e degli adolescenti (minori di 18 anni) in cui all'articolo 14, ad oggi abrogato ⁽⁶³⁾, determinava (seppure con riferimento al lavoro agricolo) i pesi massimi trasferibili dagli stessi a seconda del genere (fanciulli M = 10 Kg - F = 5 kg, adolescenti M = 20 kg - F = 15 kg), in vigore rimane, invece, l'articolo 19 il quale stabilisce testualmente che «gli adolescenti non possono essere adibiti al trasporto di pesi per più di 4 ore giornalmente, ivi compresi i ritorni a vuoto».

Altra disposizione normativa di questa prima fase, così come ricostruita, è riferita alla legge n. 1204 del 1971, ora abrogata ⁽⁶⁴⁾, con la quale si introduceva il divieto di adibire le lavoratrici madri in operazioni di trasporto e sollevamento di carichi.

Successivamente, la vera grande innovazione, nella seconda fase di cui sopra, si è avuta con l'inserimento (attraverso il recepimento della direttiva comunitaria 1990/269,

⁽⁶¹⁾ Legge ordinaria del Parlamento n. 653 del 26/04/1934 sulla Tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli.

⁽⁶²⁾ Legge ordinaria del Parlamento n. 977 del 17 ottobre 1967 sulla Tutela del lavoro dei bambini e degli adolescenti.

⁽⁶³⁾ L'abrogazione è avvenuta attraverso i decreti n. 345 del 1999 e n. 262 del 2000.

⁽⁶⁴⁾ La norma oggi è stata incorporata nella legge n. 151 del 2001.

allegato III, in modo sostanzialmente immutato) di un intero Titolo e di un allegato tecnico ⁽⁶⁵⁾, denominato movimentazione manuale dei carichi, nel decreto legislativo n. 626/1994 che per 14 anni è stata la principale fonte di riferimento in materia. Per la prima volta, quindi, tutti i lavoratori addetti alla movimentazione manuale dei carichi, e non solo quelli afferenti a determinati comparti come ad esempio quello agricolo in cui era possibile fruire di apposite disposizioni settoriali, venivano tutelati dai rischi fisici comportanti disfunzioni muscolo-scheletriche. Specificatamente, il Titolo V con tre articoli (n. 47, 48, 49) definiva il campo di applicazione chiarendo che per movimentazione manuale dei carichi dovevano intendersi: «le operazioni di trasporto o di sostegno di un carico ad opera di uno o più lavoratori, comprese le azioni del sollevare, deporre, spingere, tirare, portare o spostare un carico che, per le loro caratteristiche o in conseguenza delle condizioni ergonomiche sfavorevoli, comportano tra l'altro rischi di lesioni dorso-lombari», identificava nella valutazione dei rischi e nella sorveglianza sanitaria gli obblighi specifici del datore di lavoro e precisava il contenuto e le modalità dell'informazione e formazione da fornire ai lavoratori sui rischi a cui esposti. L'esame dell'allegato tecnico al decreto forniva, invece, un'ampia lista dei diversi fattori lavorativi e individuali che, se presenti, da soli o in modo reciprocamente correlato, comportavano un rischio più o meno elevato per il rachide dorso-lombare. Di tali elementi, fra loro integrati, andava tenuto debito conto tanto in fase di valutazione preliminare del rischio, quanto in fase di verifica dell'adeguatezza dei provvedimenti adottati per il contenimento del rischio medesimo. Sul piano più generale l'esistenza di un sovraccarico per i distretti muscolo-scheletrici del rachide e degli arti superiori quanto inferiori andava valutata tenendo conto del complesso dei diversi elementi di rischio lavorativi, riportati nell'allegato VI, da cui era possibile desumere che i limiti di carico movimentabile manualmente andavano selezionati in funzione delle quote di popolazione lavorativa che si intendeva effettivamente proteggere e tenendo conto almeno di fattori individuali quali il sesso e l'età; indicando in ogni caso che un carico era troppo pesante qualora risultasse maggiore dei 30 kg.

Con il decreto legislativo n. 81/2008, così come modificato dal decreto legislativo n.106/2009, si completa la terza fase evolutiva delle norme in materia di movimentazione manuale dei carichi. L'attuale *corpus* normativo ⁽⁶⁶⁾, ricomprende in quattro articoli (dal n. 167 al n. 170) e un allegato tecnico (allegato XXXIII), in maniera quasi letterale, l'intero dettato normativo precedente. Ma, oltre alle disposizioni contenute nello specifico Titolo VI, sono considerabili di particolare rilevanza anche altre disposizioni del Testo Unico

⁽⁶⁵⁾ Ci si riferisce al Titolo V e all'allegato tecnico VI del d.lgs. n. 626 del 1994.

⁽⁶⁶⁾ La disciplina ai sensi del d.lgs. n. 81 del 2008 è costituita dal Titolo VI rubricato: Movimentazione manuale dei carichi, e dall'allegato tecnico XXXIII.

Sicurezza che, seppur non direttamente riferibili alla tematica in oggetto, riguardano tutti i rischi presenti negli ambienti lavorativi, a favore di ogni persona in qualsiasi contesto impiegata a prescindere dalla tipologia contrattuale e dalle mansioni cui è addetta. Il riferimento è a diversi articoli tra cui, e non in via esaustiva, ritroviamo l'articolo 15 che nel prevedere le misure generali di tutela della sicurezza dei lavoratori si sofferma sul rispetto dei principi ergonomici nell'organizzazione del lavoro, nella concezione delle postazioni e nella scelta delle attrezzature, come anche, nella definizione dei metodi di lavoro e produzione. Altri riferimenti a riguardo sono presenti negli articoli 17, 22 e 28 in cui si fa riferimento all'esclusivo obbligo, indelegabile, del datore di lavoro di valutare tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori e alle ulteriori responsabilità dei progettisti alla conformità dei luoghi, degli impianti e delle postazioni di lavoro ai principi generali di prevenzione in materia e alle scelte progettuali tecniche ⁽⁶⁷⁾. Rilevante al riguardo (articolo 28) l'obbligo del datore di lavoro nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, di valutare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro.

Tornando alle disposizioni in materia di movimentazione manuale dei carichi e del sovraccarico biomeccanico, è opportuna una breve analisi dei primi tre articoli del Titolo VI del decreto legislativo n. 81/2008 (articoli 167, 168 e 169), ⁽⁶⁸⁾ nonché dell'articolo 170 ⁽⁶⁹⁾ relativo alle sanzioni a carico del datore di lavoro e del dirigente.

Ivi si ritrovano infatti le definizioni, gli obblighi del datore di lavoro e le ulteriori previsioni di dettaglio per quello che attiene alla informazione, formazione e addestramento dei lavoratori esposti al rischio.

Entrando nello specifico, nell'articolo 167, applicabile a tutte le attività lavorative contemplanti la movimentazione manuale, si precisa che deve intendersi per:

⁽⁶⁷⁾ Disposizione che va letta in maniera congiunta con la direttiva macchine 2006/42/CE.

⁽⁶⁸⁾ Art. 167, *Campo di applicazione*, Titolo VI, *Movimentazione Manuale dei Carichi*, Capo I, *Disposizioni Generali*, del d.lgs. n. 81/2008; art. 168, *Obblighi del datore di lavoro*, Titolo VI, *Movimentazione Manuale dei Carichi*, Capo I, *Disposizioni Generali*, del d.lgs. n. 81/2008; art. 169, *Informazione, formazione e addestramento*, Titolo VI, *Movimentazione Manuale dei Carichi*, Capo I, *Disposizioni Generali*, del d.lgs. n. 81/2008.

⁽⁶⁹⁾ Art. 170, *Sanzioni a carico del datore di lavoro e del dirigente*, Titolo VI, *Movimentazione Manuale dei Carichi*, Capo II, *Sanzioni*, del d.lgs. n. 81/2008.

1. *movimentazione manuale dei carichi*: «de operazioni di trasporto o di sostegno di un carico ad opera di uno o più lavoratori, comprese le azioni del sollevare, deporre, spingere, tirare, portare o spostare un carico, che, per le loro caratteristiche o in conseguenza delle condizioni ergonomiche sfavorevoli, comportano rischi di patologie da sovraccarico biomeccanico, in particolare dorso-lombari»;

In letteratura ⁽⁷⁰⁾ è riconosciuto, in via del tutto unanime, che il riferimento alla locuzione “in particolare” riguardo alle affezioni da sovraccarico biomeccanico è fatto perché nella movimentazione manuale di carichi possono ricorrere anche altri tipi di rischio, quali quelli di infortunio, o rischi a carico di altri segmenti dell'apparato locomotore diversi dal rachide dorso-lombare (ad esempio, alterazioni da sovraccarico biomeccanico del tratto cervicale e degli arti superiori), o ancora per altri apparati organici (come quello cardiovascolare). Questi ultimi, infatti, che pur non essendo l'oggetto principale di trattazione da parte del Titolo V andranno comunque considerati sulla scorta delle indicazioni dello stesso decreto legislativo n. 81/2008, nella parte in cui si obbliga a valutare tutti i rischi, e di altre norme di carattere generale o particolare.

2. *patologie da sovraccarico biomeccanico*: «patologie delle strutture osteo-articolari, muscolo tendinee e nervo vascolari».

Il successivo articolo 168, (*Rubricato Obblighi del datore di lavoro*), per quanto condensi una disciplina breve e sintetica, rappresenta il cuore della regolamentazione in materia. La lettura testuale e letterale della citata disposizione che si riporta di seguito integralmente, dà conto infatti di una previsione che oltre a disposizioni secche e cogenti, si articola nell'ambito e dei limiti del potere di organizzazione della propria impresa e dei propri processi produttivi da parte del datore di lavoro, rispetto alle specifiche – e talvolta ineliminabili esigenze del processo produttivo – e delle correlate nozioni della scienza e della tecnica disponibili sul punto. Essa si configura, infatti, prettamente come norma di organizzazione la cui applicazione si configura cogente nei livelli mini di tutela, ma estremamente duttile per i profili di adattamento agli specifici contesti/settori e livelli di rischio. Prevede infatti che:

«Il datore di lavoro adotta le misure organizzative necessarie e ricorre ai mezzi appropriati, in particolare attrezzature meccaniche, per evitare la necessità di una movimentazione manuale dei carichi da parte dei lavoratori.

⁽⁷⁰⁾ E. Sala, D. Torri, P. Apostoli, *Esperienze di applicazione della valutazione del rischio dalle Linee Guida SIMLII sul rischio biomeccanico dell'arto superiore*; *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro e dell'Ergonomia*, 2008, Vol. 30, 20-25.

Qualora non sia possibile evitare la movimentazione manuale dei carichi ad opera dei lavoratori, il datore di lavoro adotta le misure organizzative necessarie, ricorre ai mezzi appropriati e fornisce ai lavoratori stessi i mezzi adeguati, allo scopo di ridurre il rischio che comporta la movimentazione manuale di detti carichi, tenendo conto dell'allegato XXXIII, ed in particolare:

- a) organizza i posti di lavoro in modo che detta movimentazione assicuri condizioni di sicurezza e salute;
- b) valuta, se possibile anche in fase di progettazione, le condizioni di sicurezza e di salute connesse al lavoro in questione tenendo conto dell'allegato XXXIII;
- c) evita o riduce i rischi, particolarmente di patologie dorso-lombari, adottando le misure adeguate, tenendo conto in particolare dei fattori individuali di rischio, delle caratteristiche dell'ambiente di lavoro e delle esigenze che tale attività comporta, in base all'allegato XXXIII;
- d) sottopone i lavoratori alla sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41, sulla base della valutazione del rischio e dei fattori individuali di rischio di cui all'allegato XXXIII.

Le norme tecniche costituiscono criteri di riferimento per le finalità delle disposizioni normative compreso l'allegato XXXIII, ove applicabili. Negli altri casi si può fare riferimento alle buone prassi e alle linee guida»

Pare opportuno soffermarsi *in primis* sui commi 2 e 3 dai quali emerge chiaramente che la movimentazione manuale dei carichi, ove essa effettivamente si configuri secondo i parametri fisici di riferimento, può rappresentare anche passaggio ineliminabile del processo produttivo e che, in tal caso, il datore di lavoro è obbligato a tener conto delle prescrizioni di norme tecniche di settore, ma sempre contemperandone l'applicazione con le condizioni individuali di rischio, delle caratteristiche dell'ambiente di lavoro e delle esigenze che l'attività comporta. È chiara dunque la inapplicabilità, in capo al datore, di schemi e automatismi normativi ed organizzativi, e di contro la necessità di valutazione caso per caso da parte dello stesso, in base alle esigenze e peculiarità organizzative del settore, del contesto e delle mansioni specifiche di riferimento.

Altra notazione di rilievo è quella concernente i limiti di applicazione della sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 del decreto legislativo n. 81/2008. Al riguardo, infatti, l'articolo 168 co. 2 lett. d) prescrive che il datore di lavoro «sottopone i lavoratori alla sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41, sulla base della valutazione del rischio e dei fattori individuali di rischio di cui all'allegato XXXIII». Ciò implica la necessità di rispettare in ogni caso la propedeuticità della corretta valutazione dei rischi, rispetto all'eventuale ricorso alla sorveglianza sanitaria la cui stessa applicazione, essendo

obbligatoriamente prevista solo con riferimento a settori e mansioni specifiche cosiddette “a rischio”, non può assolutamente essere oggetto di automatismi aprioristici, ma solo il frutto di evidenze rilevate e documentate nel DVR che testimonino il ricorso del rischio specifico. La valutazione afferisce poi necessariamente all’annosa problematica inerente alle diverse modalità e tecniche di valutazione del rischio specifico sviluppate nel tempo che, per la complessità stessa della materia rappresentano strumenti suppletivi e gestionali, dotati di validazione scientifica più o meno condivisa a seconda dei contesti e degli ordinamenti nazionali di riferimento ma sempre nell’ambito di una scelta convenzionale di fondo non infallibile e che può presentare sempre margini di errore, come meglio precisato nella parte che segue sulle norme tecniche

Va da ultimo osservato che, le stesse norme tecniche generali nonché quelle di cui all’allegato XXXIII, come sancito dal successivo comma 3, costituiscono parametro di riferimento organizzativo, gestionale e valutativo purché siano effettivamente applicabili allo specifico contesto.

In sintesi, rinviando all’allegato XXXIII per quanto concerne le disposizioni tecniche, la disposizione identifica gli obblighi specifici del datore di lavoro, tracciando una precisa strategia di azioni, con un chiaro ordine delle priorità, ossia:

- l’individuazione dei compiti che comportano una movimentazione manuale potenzialmente a rischio di danno;
- la meccanizzazione dei processi in cui vi sia movimentazione di carichi proprio per eliminarne il rischio;
- laddove ciò non sia possibile, l’ausiliazione degli stessi processi e/o l’adozione di adeguate misure organizzative per il massimo contenimento del probabile danno;
- l’uso condizionato della forza manuale. In questo caso si tratta prima di valutare l’esistenza e l’entità della probabilità del rischio di danno muscolo-scheletrico e poi di adottare le eventuali misure per il suo contenimento tenendo conto di quanto riportato nell’allegato XXXIII;
- la sorveglianza sanitaria (quali accertamenti preventivi e periodici) dei lavoratori addetti alle attività residuali di movimentazione manuale.

Nell’implementazione di queste strategie, secondo l’ordine di priorità appena citato, il legislatore ha previsto che il datore di lavoro può, nella fase valutativa, utilizzare norme tecniche, ove applicabili, buone prassi o linee guida quali criteri di riferimento per l’adempimento dei propri obblighi. Precisando, che tra le norme tecniche da assumere

come riferimento sono specificatamente indicate le norme ISO della serie 11288 (la cui dotazione non è obbligatoria, ma volontaria) che comprendono le tre seguenti:

- ISO 11228-1 (sollevamento e trasporto di carichi);
- ISO 11228-2 (traino e spinta manuale di carichi);
- ISO 11228-3 (compiti ripetitivi di movimentazione di piccoli carichi ad alta frequenza).

Con l'articolo 169, in tema di informazione, formazione e addestramento dei lavoratori, per alcuni versi si struttura un vero e proprio *training* di addestramento al corretto svolgimento delle specifiche manovre di movimentazione manuale dei carichi specifico e aggiuntivo rispetto agli obblighi generali in materia di formazione già disciplinati agli articoli 36 e 37 ⁽⁷¹⁾. Più precisamente, il datore di lavoro dovrà fornire ai lavoratori le informazioni adeguate relativamente al peso e alle ulteriori caratteristiche del carico movimentato, assicurando allo stesso tempo, la formazione opportuna in relazione ai rischi e alla modalità corretta di esecuzione delle attività, fornendo in ogni caso l'addestramento adeguato.

L'allegato tecnico XXXIII, a cui come già detto fanno riferimento nelle loro prescrizioni gli articoli 168 e 169, fornendo una lista dei fattori lavorativi e individuali che possono comportare un rischio più o meno elevato per il rachide dorso-lombare, in particolare se interagenti tra loro, si occupa della prevenzione del rischio di patologie da sovraccarico biomeccanico, connesse alle attività lavorative di movimentazione manuale dei carichi, considerando, in modo integrato, il complesso dei fattori di rischio rilevabili, tra cui:

1. *caratteristiche del carico*: perché la movimentazione manuale di un carico può costituire un rischio nei casi in cui questo è troppo pesante, ingombrante o difficile da afferrare, in equilibrio instabile o il suo contenuto rischia di spostarsi, o quando è collocato in una posizione tale per cui deve essere tenuto e/o maneggiato a una certa distanza dal tronco e a motivo della struttura esterna e della consistenza, può comportare lesioni per il lavoratore, in particolare in caso di urto;

⁽⁷¹⁾ Si segnala l'approvazione, in data 21 dicembre 2011, degli Accordi della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di formazione dei datori di lavoro, dirigenti preposti e lavoratori. Riguardo ai lavoratori, accanto alla formazione generica viene prevista una formazione specifica, modulata in base al pericolo aziendale del settore di attività, con riferimento alle attrezzature e ai rischi specifici dettagliatamente precisati e tra cui sono ricompresi la movimentazione manuale dei carichi e la movimentazione delle merci con apparecchi di sollevamento e mezzi di trasporto. Deve aggiungersi, poi, l'ulteriore Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, approvato in data 22 febbraio 2012, dove sono elencate le attrezzature per le quali è richiesta agli operatori una formazione specifica al fine di acquisire l'attestazione abilitazione all'esercizio.

2. *sforzo fisico richiesto*: in quanto può presentare rischi se è eccessivo o quando può essere effettuato soltanto con un movimento di torsione del tronco;

3. *caratteristiche dell'ambiente di lavoro*: responsabili di aumentare l'incidenza dei rischi nel caso in cui ci sia poco spazio libero, in particolare verticale e comunque insufficiente per lo svolgimento dell'attività richiesta, il pavimento o il piano di lavoro presenta dislivelli che implicano la manipolazione di carichi a livelli diversi, la temperatura, l'umidità o la ventilazione sono inadeguate;

4. *esigenze connesse all'attività*: sono considerate attività rischiose quando comportano sforzi fisici (troppo frequenti o troppo prolungati) che sollecitano in particolare la colonna vertebrale, pause e periodi di recupero fisiologico insufficienti; distanze troppo grandi di sollevamento, di abbassamento o di trasporto e un ritmo imposto da un processo che non può essere modulato dal lavoratore.

A differenza dell'allegato tecnico al precedente decreto n. 626 del 1994, in cui era fatto specifico riferimento al limite massimo dei pesi sollevabili dai lavoratori, individuato allora in 30 kg, nel nuovo allegato, che lo ha interamente sostituito, non è fatto alcun riferimento ai predetti limiti, rinviando lo stesso alle norme tecniche ISO della famiglia 11228 e alla Uni EN 1005-2 da cui è possibile desumere che l'attuale limite di peso sollevabile è di 25 kg.

Tabella 16 – Pesi massimi sollevabili dalla popolazione lavorativa

| Popolazione lavorativa | Peso massimo consentito in (Kg) |
|---|--|
| Maschi (18-45 anni) | 25 |
| Femmine (18-45) | 20 |
| Maschi (fino a 18 anni) ed anziani (oltre 45 anni) | 20 |
| Femmine giovani (fino a 18 anni) ed anziane (oltre i 45 anni) | 15 |

Fonte: *Norme tecniche ISO 11228, Uni EN 1005-2*

A chiusura del gruppo di disposizioni specifiche di cui al Titolo VI, l'articolo 170 ⁽⁷²⁾ si occupa delle sanzioni per il datore di lavoro e del dirigente in caso di mancato rispetto degli articoli 168 e 169 riassunti nello schema che segue.

Tabella 17 – Elenco sanzioni per datore di lavoro e dirigente

| Ai sensi dell'articolo 170 del decreto legislativo n. 81/2008, il datore di lavoro ed il dirigente sono puniti: | |
|--|---|
| Violazione articolo 168, commi 1 e 2. | Arresto da 3 a 6 mesi; o Ammenda da 2.500 fino a 6400 euro. |
| Violazione dell'articolo 169, comma 1. | Arresto da 2 a 4 mesi; o Ammenda da 750 a 4000 euro. |

Fonte: *articolo 170, decreto legislativo n. 81/2008*

2.3. La tutela assicurativa, gli elenchi delle malattie professionali e la prassi amministrativa

Oltre alla disciplina normativa in materia prevenzionistica e organizzativa, pare opportuno soffermarsi sul sistema istituzionale di riconoscimento legale delle malattie muscolo-scheletriche e sulle conseguenti prestazioni indennitarie, ciò almeno in un'ottica di completezza del presente lavoro dopo aver descritto l'aspetto fenomenologico, statistico e normativo del tema trattato.

In origine la tutela assicurativa delle malattie professionali ha avuto effettivo inizio, in Italia, con una legge varata nel 1929 ma entrata in vigore nel 1934. Tale legge tutelava sei malattie professionali nosologicamente definite e corredate da un elenco di lavorazioni rispetto alle quali il lavoratore doveva essere addetto al fine della richiesta di indennizzo. Il periodo massimo d'indennizzabilità dalla cessazione del lavoro, in via generale, era

⁽⁷²⁾ Art. 170, *Sanzioni a carico del datore di lavoro e del dirigente*, Titolo VI, *Movimentazione Manuale dei Carichi*, Capo II, *Sanzioni*, del d.lgs. n. 81/2008.

stabilito in un anno. Peculiarità che ancora persiste nel nostro ordinamento, riguardava la statuizione della tutela delle stesse con presunzione legale di origine professione (ossia il lavoratore era sollevato dall'onere di dar prova di aver contratto la malattia a causa della lavorazione cui era addetto). Tale assetto amministrativo era definito quale sistema tabellare chiuso e fu integralmente riportato nel testo unico varato con Regio Decreto n°1765 del 17 agosto 1935.

Con l'eccezione della legge n. 455 del 12 aprile 1943, riguardante la tutela della silicosi e asbestosi, il legislatore ha rivisitato la tabella delle malattie professionali il 15 novembre 1952, col D.P.R. 1967, operandone una radicale ristrutturazione nella formulazione delle patologie, delle lavorazioni e dei periodi massimi di indennizzabilità. Il numero delle malattie tutelate arrivò a quaranta, fu eliminata la specifica elencazione dei quadri morbosità tutelati, furono indicate le lavorazioni che esponevano a determinati agenti senza scendere in una elencazione particolareggiata, e il periodo massimo d'indennizzabilità fu rimodulato introducendo il limite di dieci anni in caso di manifestazioni neoplastiche.

Alla voce n. 36 furono inserite le *“malattie osteoarticolari e angioneurotiche causate da vibrazioni di utensili ad aria compressa o ad asse flessibile”*. Le lavorazioni prevedevano *“lavori nei quali si impiegano utensili ad aria compressa o ad asse flessibile”*. Il periodo massimo di indennizzabilità era di *“due anni”*.

La successiva legge n. 313 del 21 marzo 1958 estendeva per la prima volta ai lavoratori agricoli la tutela di sette malattie professionali (anchilostomiasi, arsenico, mercurio, solfuro di carbonio, fosforo, idrocarburi, fenoli e cresoli).

Le tabelle del 1952, per l'industria, e quelle del 1958, per l'agricoltura, furono integralmente riportate nel testo unico del 1965 (D.P.R. 1124). Detto T.U., pur con le numerose modifiche e integrazioni, è ancora vigente, anche se la tabella delle malattie professionali è stata più volte rivisitata e aggiornata.

Il primo aggiornamento dopo l'emanazione del testo unico avvenne il 9 giugno 1975 col D.P.R. n. 482; l'assetto della tabella rimase invariato, mentre il numero delle voci salì a 49 per l'industria e 21 per l'agricoltura. La voce n. 42 così recitava *“malattie osteoarticolari e angioneurotiche causate da vibrazioni meccaniche prodotte da strumenti di lavoro e loro conseguenze dirette”*; *“lavori nei quali si impiegano utensili ad aria compressa o ad asse flessibile, macchine ribattitrici, macchine riga suole e riga tacchi, motoseghe portatili”*. Il periodo massimo d'indennizzabilità era fissato in *“sei anni”*. Nella tabella dell'agricoltura, invece, continuavano ad essere assenti le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico.

Il sistema c.d. chiuso, con le sue articolazioni in distinte tabelle per il settore industriale e per il settore agricolo, resse fino al 1988 quando con la sentenza della Corte Costituzionale n. 179 che, ammetteva a tutela anche le malattie non tabellate, fu introdotto il c.d. “*sistema misto*”.

In altri termini, a seguito della sentenza della Corte Costituzionale, è stato ridefinito l'attuale sistema di riconoscimento delle malattie professionali. Sostanzialmente, superando il vizio di incostituzionalità delle previgenti tabelle causa lesione del principio di uguaglianza in materia di tutela dei lavoratori, ad oggi tutte le malattie causate dal lavoro sono passibili di tutela assicurativa con la sola differenza che per quelle non riportate in tabella - ove non vige il principio della presunzione legale d'origine - l'onere della prova resta in capo al lavoratore.

La successiva rivisitazione e aggiornamento delle tabelle è avvenuta il 13 aprile 1994 col D.P.R. n. 336. Il numero delle malattie è stato elevato a 58 per l'industria e a 27 per l'agricoltura.

Nel campo delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico la vera svolta, dopo sessanta anni, si è avuta con la rivisitazione delle tabelle avvenuta col D.M. 9 aprile 2008. Nella tabella dell'industria le malattie hanno raggiunto il numero di 85, mentre nell'agricoltura sono diminuite da 27 a 24. Oltre alle “*malattie causate da vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio*” (n. 76 e 21) già presenti nella precedente stesura delle tabelle, è stata inserita la “*ernia discale lombare*” (n. 77 e 22) e le “*malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore*” (n. 78 e 23). Solo per l'industria, inoltre, sono state inserite le “*malattie da sovraccarico biomeccanico del ginocchio*”.

Un primo esame delle tabelle aggiornate nel 2008, nel loro insieme, consente di fare alcune considerazioni di carattere generale.

Mentre nelle stesure successive alla prima tabella del 1934 era stato fatto ricorso alla formulazione generica “*malattia causata da ...*” seguita dall'agente fisico chimico o biologico, ma senza specificare nosologicamente la patologia, nella vigente tabella si è preferito specificare quali sono le malattie tutelate. Pregi e difetti di tale scelta sono evidenti: nella formulazione generica sono ammesse a tutela con presunzione legale di origine professionale tutte le malattie che l'evidenza scientifica associava all'esposizione a determinati fattori di rischio. Nella formulazione specifica, invece, sono tutelate tassativamente solo le patologie elencate. In quest'ultimo caso c'è il vantaggio, per il lavoratore, di avere immediata percezione della patologia che può derivare dall'esposizione al rischio lavorativo.

Quanto alla prassi amministrativa in materia, essa è racchiusa in modo molto consistente e quasi esclusivo nelle circolari dell'Istituto Assicuratore (INAIL) ⁽⁷³⁾ che, oltre ad indicare eventualmente linee-guida interpretative in materia, rileva essenzialmente per le indicazioni riguardo alla valutazione del nesso di causalità tra patologia e attività lavorativa ai fini del riconoscimento dell'indennizzo per malattia professionale.

Infatti, già dalle prime circolari che hanno avuto ad oggetto i disturbi muscolo-scheletrici e le patologie da sovraccarico biomeccanico - precedentemente al riconoscimento della presunzione legale di origine introdotta nel 2008 - sono state fornite opportune precisazioni, nel contesto più generale delle malattie non tabellate, al fine di facilitare l'onere della prova, cioè la dimostrazione dell'origine lavorativa della malattia da parte del lavoratore. Il riferimento è alla circolare INAIL n. 80 del 27 marzo del 1997 che ha introdotto soluzioni abbastanza innovative per quanto concerne l'onere della prova, secondo cui il medico INAIL deve attivarsi per acquisire ogni possibile elemento documentale utile a formulare un giudizio valutativo pertinente in ordine alla determinazione del nesso di causa, rovesciando l'originaria impostazione che prevedeva la dimostrazione della prova a carico del richiedente. Nella stessa circolare era portato ad esempio il caso, che calza pienamente nella presente analisi, del riconoscimento della sindrome del tunnel carpale, esclusivamente qualora l'anamnesi lavorativa evidenziava l'esistenza di un rischio professionale di natura, durata ed intensità tali da far ragionevolmente considerare la sua influenza di grado superiore, o quanto meno uguale, a quella esercitata dai fattori eziologici extraprofessionali.

Di rilevante importanza sono anche le circolari INAIL n. 81 del 27 dicembre del 2000 e la circolare INAIL n. 25 del 15 aprile del 2004 che si sono occupate prevalentemente, e per la prima volta, delle malattie del rachide da sovraccarico biomeccanico e movimentazione manuale dei carichi, per le quali in passato sussistevano grosse problematiche nel riconoscimento richiedendo, quindi, ulteriori iniziative di analisi e studio. Con la n. 81, quindi, poiché il riconoscimento dell'origine professionale di queste patologie non risulta essere di agevole interpretazione, considerata la genesi multifattoriale delle stesse, è precisato che il rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori si concretizza al verificarsi di quattro principali fattori di rischio, variamente combinati tra loro, quali:

- ripetitività;
- forza;

⁷³ Si vedano le circolari: INAIL, *Circolare n. 35* del 16 luglio 1992; INAIL, *Circolare n. 81* del 27 dicembre 2000; INAIL, *Circolare n. 71* del 17 dicembre 2003; INAIL, *Circolare n. 25* del 15 aprile del 2004; INAIL, *Istruzioni del direttore generale* del 16 febbraio 2006. INAIL, *Circolare n. 47* del 24 luglio 2008.

- posture incongrue;
- inadeguati periodi di recupero.

Maggiormente riscontrabili, secondo l'elenco rilevato dalla Sovrintendenza Medica Generale, nelle lavorazioni di:

- montaggio, assemblaggio e cablaggio su linea a ritmi prefissati con o senza l'ausilio di strumenti manuali, elettrici e pneumatici;
- approvvigionamento e/o scarico linea macchina (torni, frese, presse) a ritmi prefissati e/o elevati;
- confezionamento, imballaggio su linea a ritmi prefissati e/o elevati;
- operazioni di cernita/selezione a ritmi prefissati e/o elevati (es. industria della ceramica e alimentare);
- levigatura manuale e/o con levigatrice orbitale nella lavorazione del legno, autocarrozzeria, ecc.;
- lavorazione della plastica (operazioni di rifilatura e sbavatura);
- lavori di tappezzeria e rivestimenti in ambito industriale e artigianale;
- industria tessile (filatura, orditura ecc.);
- industria dell'abbigliamento, camicerie, maglierie, jeanserie, calzifici ecc. (taglio, cucitura a macchina o a mano, orlatura e altre rifiniture, stiratura a mano o con presse);
- industria calzaturiera e pelletteria (taglio, montaggio, cucitura, incollaggio ecc. a ritmi prefissati e/o elevati);
- lavori in edilizia (posatori di pavimenti e rivestimenti, imbianchini, stuccatori) quando svolti con continuità per buona parte del turno lavorativo;
- lavorazione del marmo, di pietre, del legno, di metalli (incisione, taglio, scultura, ecc.);
- lavori di carpenteria con uso di martello, mazza per almeno un terzo del turno lavorativo;
- lavorazione delle carni (pollame, suini): macellazione (scuoio, eviscerazione, disosso ecc.), insaccamento a ritmi prefissati e/o elevati;
- movimentazione dei carichi per facchinaggio (porto, aeroporto, traslochi, ecc.), magazzinaggio, alcuni reparti nosocomiali;
- conduzione mezzi meccanici movimento terra, trattorista, gruista, carrellista, ecc.

- alcuni lavori agricoli (potatura, raccolta e cernita, tosatura, mungitura manuale, ecc.) eseguiti con continuità.

A queste devono aggiungersi altre attività di meritevole attenzione, da valutare comunque nelle singole fattispecie, tra cui:

- massofisioterapista;
- parrucchiere;
- stiratrice;
- cassiera full time in supermercati;
- addetti ai videoterminali (in particolare archivisti, *data entry*).

La circolare n. 25 del 15 aprile del 2004, invece, si è occupata degli stessi disturbi, come anticipato più sopra, ma in chiave di movimentazione manuale dei carichi, dimostrando che l'analisi dei casi di patologie della colonna vertebrale denunciate all'INAIL riguardava quasi esclusivamente determinate situazioni lavorative quali:

- attività di facchinaggio;
- di magazzinaggio;
- nel lavoro del personale ausiliario e infermieristico;
- e nelle lavorazioni manuali edili;

considerate senza tralasciare la valutazione dei fattori di rischio non professionale come:

- età;
- fattori ereditari;
- traumi pregressi;
- fattori patologici acquisiti;
- condizioni ambientali.

Quanto ai recenti riscontri in materia di indennizzo e riconoscimenti essi sono valutabili nella circolare INAIL n. 47 del 24 luglio 2008 secondo cui, a fronte della denuncia di una malattia nosologicamente definita, cioè nominativamente indicata in tabella, la presunzione legale d'origine è operante una volta accertata l'esistenza della patologia e l'adibizione non sporadica o occasionale alla mansione o alle lavorazioni che espongono all'agente patogeno indicato in tabella, ovvero, nell'ipotesi in cui siano state

genericamente indicate le lavorazioni che espongono a un dato agente, l'esposizione lavorativa all'agente patogeno indicato in tabella.

In tali casi, l'INAIL potrà superare la presunzione legale d'origine professionale della patologia denunciata solo ed esclusivamente dimostrando che:

- il lavoratore sia stato addetto in maniera sporadica o occasionale alla mansione o alla lavorazione tabellata;
- il lavoratore sia stato concretamente esposto all'agente patogeno connesso alla lavorazione tabellata in misura non sufficiente a cagionare la patologia;
- la malattia sia riconducibile ad altra causa di origine extralavorativa.

In molti casi, però, è possibile che si creino sovrapposizioni o confusione tra infortunio e/o malattia professionale. In sostanza può accadere che vengano denunciati come infortunio sul lavoro o come malattia professionale casi che tali non sono o sono quanto meno dubbi. Al fine di favorire il lavoratore e per i soli casi denunciati a partire dal 2009 è stata stipulata tra INPS e INAIL una specifica convenzione che attribuisce all'INAIL la competenza specifica ad accertare il nesso di causalità delle malattie professionali e la valutazione di ogni altro elemento utile per qualificare l'evento lesivo come professionale; mentre all'INPS è affidato il compito, nell'ambito della rilevazione degli stati di malattia, dell'individuazione dei casi di sospetta competenza INAIL, nonché l'eventuale integrazione della documentazione pervenuta, se non già valutata dall'INAIL.

La rilevazione è di non poco conto se si considera che, proprio con riferimento alle patologie muscolo-scheletriche il problema della multifattorialità e quello della frequente origine extra-lavorativa è segnalato come argomento di preoccupazione per una esatta delimitazione del campo di operatività degli istituti giuridici di tutela, al fine di garantire che le prestazioni assicurative INAIL possano operare nei casi in cui si accerti in modo inequivocabile l'origine strettamente lavoro-correlata della patologia e sempre che non sia derivante da uno specifico evento infortunistico ⁽⁷⁴⁾. C'è dunque da auspicare che il raccordo interistituzionale INPS-INAIL sopra descritto funzioni in modo sempre efficiente e lungo un iter procedurale coerente al suo interno.

Alla luce quanto fin qui esposto riguardo al sistema amministrativo italiano, le malattie professionali tabellate godono, come noto, di tutela con presunzione legale di origine. L'articolo 2728 del codice civile prevede, nel caso di presunzioni di legge, che il richiedente sia sollevato dall'onere della prova. In altri termini, se il lavoratore affetto da

⁽⁷⁴⁾ Come precisato in merito nel Rapporto ANMIL, *I disturbi muscolo-scheletrici e da sovraccarico biomeccanico dei lavoratori nel settore del commercio: un quadro comparato. Indagine teorico-sperimentale*, 2013, 187.

una malattia presente nella tabella, ha svolto la lavorazione prevista e la malattia è insorta entro il lasso di tempo anch'esso indicato in tabella, non è tenuto a fornire la prova di aver contratto la malattia "nell'esercizio e a causa della lavorazione".

Il riconoscimento, però, sarà concesso solo se l'istituto assicuratore non dimostrerà che la malattia è insorta per cause diverse da quelle lavorative.

Sul punto, infatti, per il riconoscimento dell'esistenza di un rapporto di causa-effetto in medicina è necessario verificare positivamente i criteri legali e cioè: qualitativo, quantitativo, cronologico, topografico, modale, esclusione di altre cause, così come riportati nella tabella seguente.

Tabella 18 - Specificazione dei criteri medico legali delle malattie professionali tabellate

| |
|--|
| Criterio qualitativo |
| Indica la natura del rischio e la sua generica idoneità a produrre la malattia. Nel caso di agenti chimici sarà la sostanza o il composto chimico; nel caso di agenti fisici saranno radiazioni, rumore, vibrazioni, posture incongrue, movimentazione manuale di carichi ecc. Detti agenti sono riportati in tabella nella colonna delle lavorazioni. |
| Criterio quantitativo |
| Indica l'intensità e la durata di esposizione al rischio . La verifica di questo criterio avviene da parte del medico legale dopo aver attentamente valutato la storia familiare, patologica e lavorativa del presunto tecnopatico, le sue caratteristiche fisiche e psichiche, le risultanze epidemiologiche e gli studi effettuati su coorti di soggetti esposti a rischi analoghi. |
| Criterio cronologico |
| Indica il periodo di tempo che intercorre tra l'esposizione al rischio lavorativo e l'insorgenza della malattia. Anche il periodo massimo di indennizzabilità (indicato in tabella) dalla cessazione della lavorazione tutelata rappresenta una sorta di criterio cronologico stabilito per legge. |
| Criterio topografico |
| Indica l'organo bersaglio ovvero la natura e tipologia della malattia. In altri termini è la malattia indicata in tabella. |

| |
|---|
| Criterio modale |
| Indica la modalità con cui ha agito la causa lavorativa. Nel caso delle malattie professionali si tratta di causa lenta, diluita nel tempo; nel caso di infortunio si tratta di causa violenta, concentrata nel tempo. |
| Criterio di esclusione di altre cause |
| Tende ad escludere che la patologia denunciata sia dovuta a cause diverse da quelle lavorative. Nel caso di patologie a genesi multifattoriali non basta accertare l'esistenza di fattori extralavorativi che possano aver determinato l'insorgenza della malattia; per una verifica positiva è sufficiente accertare che i rischi lavorativi abbiano avuto idoneità ed efficienza causale (lettera del direttore Generale INAIL del 16.02.2006). |

Specificatamente riguardo alle patologie oggetto della presente analisi, nelle voci n. 76, 77, 78 e 79 per l'industria, e in quelle dell'agricoltura n. 21, 22 e 23 della tabella legale di ultima revisione (21 luglio 2008), per le patologie da sovraccarico biomeccanico dell'apparato muscolo scheletrico sono state inserite, nel riquadro delle lavorazioni le frasi: *“svolte in modo non occasionale”, “appoggio prolungato”, “mantenimento prolungato”, “movimenti ripetuti o prolungati”* meritevoli delle seguenti considerazioni.

L'inserimento delle citate locuzioni si presume voglia essere, nelle intenzioni del legislatore, un modo per circoscrivere il rischio tutelato al fine di impedire il dilagare dei riconoscimenti delle malattie in questione le quali, come evidenziato nelle statistiche enunciate nel primo capitolo, sono molto diffuse nella popolazione anche in soggetti non esposti a rischi lavorativi.

Paradossalmente l'effetto che si ottiene è diametralmente opposto e condiziona la valutazione del nesso causale da parte dei medici Inail e di eventuali consulenti tecnici d'ufficio. Infatti, posto che il criterio qualitativo è presupposto della lavorazione tabellata, che il criterio topografico è insito nella malattia riportata in tabella, anch'essa presupposto per la tutela, che il criterio modale è presupposto delle malattie a causa lenta, che il criterio cronologico è indirettamente fornito dalla tabella, che l'esclusione di altre cause è stato correttamente affrontato dalla Corte di Cassazione e dalla lettera circolare Inail sopra ricordata, non resta che il criterio quantitativo. Quest'ultimo è l'unico criterio che il medico legale ha realmente a disposizione della sua professionalità,

esperienza ed aggiornamento; dovrà, quindi, giudicare se l'intensità e la durata dell'esposizione al rischio tabellato è stata idonea a far insorgere la patologia.

In altri termini il medico Inail (o il CTU) dovrebbe stabilire se l'intensità e la durata della esposizione al rischio tabellato sia o meno in grado di fare insorgere la malattia. Ma se la durata è già stabilita in tabella con le locuzioni sopra ricordate e l'intensità è insita nell'uso di macchinari o modalità del lavoro, appare chiaro che basta dimostrare che le lavorazioni sono state svolte "in modo non occasionale" o l'appoggio è stato "prolungato" o i movimenti sono stati "ripetuti" per escludere altre valutazioni di natura medico legale. D'altra parte è stato già precisato che la tabella di legge è, per sua natura, tassativa e non può dar luogo a interpretazioni estensive, restrittive o soggettive.

Per tale ragione l'Inail, percependo il pericolo di una interpretazione letterale, si è affrettata a emanare una circolare (n. 47/08) in cui, invocando una vecchia sentenza di Cassazione (n°3476/1994), precisa che il concetto di "non occasionalità" coinciderebbe con quello di "abitualità" e "sistematicità", tamponando così una questione particolarmente spinosa.

2.4. Gli orientamenti giurisprudenziali

La tutela contro le malattie professionali o tecnopatie, oltre al contributo legislativo e della dottrina, è ascrivibile alla parziale anticipazione dell'operato giurisprudenziale che, già prima dell'emanazione del regio decreto n. 928/1929 introduttivo del primo elenco delle malattie professionali riconosciute, utilizzava gli strumenti giuridici disponibili della colpa contrattuale o aquiliana e del rischio professionale per sancire il riconoscimento delle malattie da origine lavorativa.

A seguito dell'introduzione del sistema tutelare a c.d. forma tabellare rigida, che non prevedeva il riconoscimento di ulteriori malattie al di fuori dell'elenco normativo, la giurisprudenza ⁽⁷⁵⁾ è riuscita nel tempo, attraverso un orientamento consolidato, ad indurre l'Istituto Assicuratore a prendere in con considerazione un nesso causale diverso da quello tabellato così da superare la posizione della presunzione assoluta esclusivamente per l'elenco legale.

La conseguente evoluzione tecnologica delle organizzazioni produttive, e l'utilizzo di nuovi materiali e sostanze nei cicli di lavoro, ha suscitato numerosi dubbi sulla validità delle tabelle a fornire un'adeguata protezione ai lavoratori, tant'è che nelle more di

⁽⁷⁵⁾ Per questo orientamento si suggeriscono le sentenze: Cass. 25 agosto 1986, n. 5180; Cass. 20 marzo 1990, n. 2303; Cass. 13 ottobre 1992, n. 11143; Cass. 8 maggio 1995, n. 4297; Cass. 26 luglio 2004, n. 14023; Cass. 6 aprile 2006, n. 8002; Cass. 3 aprile 2008, n. 8638.

sostanziali provvedimenti legislativi – limitatisi solo all'aggiornamento delle tabelle – numerose sono state le remissioni alla Consulta per la dichiarazione di illegittimità costituzionale delle stesse; rispetto a queste ultime in un primo momento la Corte costituzionale ha resistito ⁽⁷⁶⁾ alle sollecitazioni dei giudici remittenti.

La grande evoluzione e innovazione, se vogliamo, nell'ordinamento di cui si dibatte è stata originata dalla storica sentenza della Corte costituzionale del 1988, n. 179 attraverso cui si è introdotta una radicale inversione ⁽⁷⁷⁾ di tendenza – senza eliminare i vantaggi presuntivi del sistema tabellare – integrando la possibilità per l'assicurato di dimostrare l'origine professionale delle malattie non tabellate e altresì di quelle tabellate e non, manifestatesi dopo i limiti temporali previsti dalle tabelle, introducendo così il c.d. sistema misto già vigente in numerosi Paesi comunitari.

L'ulteriore passaggio che si è dovuto affrontare ha riguardato le questioni concernenti il nesso causale e le relative concause ⁽⁷⁸⁾.

La determinazione dell'origine professionale di una patologia nel caso in cui non sia stata tabellarizzata dall'Ente previdenziale è connessa alla tracciabilità o meno del cd. nesso di causalità tra esposizione del lavoratore a fattori di rischio sul luogo di lavoro ed insorgenza della malattia.

In tal senso il legislatore ha fissato i criteri giuridici di riferimento in due norme del codice penale, ovvero l'art. 40 e 41 c.p., che definiscono rispettivamente i concetti di causa e concausa di un evento-danno. Quanto al primo, è necessario distinguere tra causa materiale e giuridica di un evento: infatti, se al primo comma dell'art. 40 si definisce la causalità da comportamento attivo, nel secondo comma si assiste ad un'equiparazione tra azione ed omissione rispetto alla provocazione dell'evento. Il legislatore quindi, equiparando comportamenti attivi a quelli omissivi, in presenza di un obbligo di legge di impedire il verificarsi di un certo evento ai fini della sostenibilità e sufficienza del nesso causale, pone sullo stesso piano causalità materiale e giuridica.

Tuttavia, nel corso del tempo dottrina e giurisprudenza si sono spesso interrogate su quali dovessero essere i criteri di sostenibilità di tale nesso, specie nel caso di reati omissivi, come nel caso delle malattie professionali in cui l'insorgere di una patologia si apprezza solo in un certo lasso di tempo e non nelle immediatezze dell'esposizione ad un

⁽⁷⁶⁾ Sul punto: C. cost. 27 giugno 1974, n. 206; C. cost. 10 luglio 1981, n. 127; C. cost. 21 luglio 1981, n. 140.

⁽⁷⁷⁾ Cfr. C. cost. 18 febbraio 1988, n. 179; C. cost. 25 febbraio 1988, n. 206.

⁽⁷⁸⁾ In materia di affezioni muscolo-scheletriche dovute alla movimentazione manuale dei carichi tale principio è stato ben argomentato dalla Cassazione con l'affermazione del principio di equivalenza causale. Principio tutt'oggi assolutamente consolidato già dalla sentenza di Cassazione 21 gennaio 1988, n. 535.

fattore di rischio. Ed ancora, un volta elaborate le diverse teorie in materia di nesso causale in ambito penale, sino all'affermazione della cd. teoria della causalità adeguata che fonda il nesso causale su un giusto connubio tra obbligo giuridico, dato statistico-probabilistico e leggi scientifiche di supporto per verificare l'incidenza della condotta omissiva sulla causazione della patologia, si è posto il quesito sull'opportunità o meno di mutuare tale criterio in ambito civilistico ed ai fini del riconoscimento delle prestazioni previdenziali.

Ma non solo, quanto detto deve necessariamente fare i conti con la successiva disposizione di cui all'art. 41 c.p., che sancisce che il nesso causale non sia interrotto da "concausali" antecedenti, contemporanee o successive alla condotta, a meno che queste da sole non siano sufficienti a provocare l'evento-danno. Proprio nel termine "sufficienti" risiede una delle problematiche più discusse in tema di malattie professionali, specie nel caso di esposizione ad molteplici fattori di rischio ed ancora di più se non tutti siano presenti sul luogo di lavoro, come nel caso di lavoratori con affetti da cancro ai polmoni, esposti ad amianto ma fumatori.

Quindi, riconoscere una malattia professionale caratterizzata da diverse peculiarità, è sempre molto difficile, anche nell'ambito di un procedimento giudiziale. A differenza dell'infortunio sul lavoro, esiste una difficoltà probatoria dovuta, fondamentalmente, al fatto che la malattia può dipendere da cause naturali oppure, in seguito all'esposizione ad alcuni fattori di rischio presenti negli ambienti di lavoro, può maturare nel tempo per effetto di una lenta azione morbigena, che può manifestarsi anche a distanza di anni dall'avvenuta esposizione. È sostanziale riuscire a capire, in occasione di un accertamento giudiziale, se la malattia contratta dal lavoratore è stata effettivamente causata dall'esposizione a un determinato rischio non controllato in modo corretto dal datore; è necessario, quindi, che venga accertato il rapporto di causalità tra la malattia e la prestazione di lavoro.

In un processo penale in cui un soggetto è imputato per lesioni o per omicidio colposo, in relazione a una malattia professionale e/o alla conseguente morte di un lavoratore, il problema specifico che si pone (a differenza dei processi per infortuni) è quello del rapporto di causalità tra la malattia e la prestazione di lavoro. È causa penalmente rilevante la condotta umana, attiva o omissiva, che si pone come condizione necessaria nella catena degli antecedenti che hanno concorso a produrre il risultato; condotta senza la quale l'evento da cui dipende l'esistenza del reato non si sarebbe verificato (cosiddetta teoria condizionalistica). Vi è stato, in passato, un certo indirizzo giurisprudenziale che ha sostituito *la condicio sine qua non* con la causalità generale, o idoneità delle sostanze a produrre un certo tipo di evento, nonché con l'interpretazione della *condicio sine qua non*

non come condizione necessaria dell'evento, ma dell'aumento del rischio ⁽⁷⁹⁾. Questa impostazione è stata decisamente rigettata in quanto costituisce la negazione logica dell'articolo 40, codice penale. Ai sensi di questo disposto, il rapporto di causalità (che deve esistere prima ancora dei profili soggettivi del dolo o della colpa) implica un legame tra causa ed evento e non tra causa e aumento del rischio che si verifichi l'evento. Per l'ordinamento italiano, il comportamento dell'uomo deve essere *condizione sine qua non* dell'evento e non dell'aumento del rischio ⁽⁸⁰⁾.

Fino al 2000, l'orientamento maggioritario era diverso, e ancora oggi si leggono versioni di vecchio stampo, moderate dei profili più estremi. È necessario sottolineare che questo "cedimento", sul piano della certezza della regola valutativa e, quindi, sul piano della responsabilità penale, può avere una sua spiegazione in virtù della particolare natura giuridica dei reati contestati. Ci si trova, nei processi per lesioni o morte ricondotte a malattie professionali (analogamente a quanto avviene nei giudizi per attività medico/chirurgiche), di fronte a reati omissivi, commessi omettendo di attivarsi a fronte degli speciali doveri collegati alla posizione di garanzia che l'ordinamento riconosce all'imputato. Questi doveri si concretizzano (nel settore della prevenzione dagli infortuni e dalle malattie professionali) nell'obbligo di adottare una serie di precauzioni (organizzative, tecniche, strutturali ecc.), stabilite per legge ⁽⁸¹⁾ (o previste dalle regole dell'arte o dalla comune prudenza), che il legislatore ha imposto per tutelare i lavoratori dal rischio infortuni e dalle malattie o che sono utilizzate, comunque, nel settore secondo regole di buona prassi. Pertanto, l'omessa adozione di queste precauzioni finisce con l'essere utilizzata, consciamente o inconsciamente, come elemento integratore della legge scientifica adottata per individuare il rapporto di causalità e risultata non in grado di esprimersi in termini di certezza. In altri termini, si finisce per integrare il "meno" del rapporto di causalità con il "più" che scaturisce dalla riscontrata violazione della regola cautelare.

Le Sezioni Unite della Cassazione ⁽⁸²⁾ hanno evidenziato proprio questa possibile distorsione sottolineando che *«la presenza nei reati omissivi, accanto all'equivalente normativo della causalità, di un ulteriore, forte, nucleo normativo, relativo sia alla posizione di garanzia che agli specifici doveri di diligenza, la cui inosservanza fonda la colpa dell'agente, tende ad agevolare una*

⁽⁷⁹⁾ Secondo Cass. pen., sez. IV, 2 luglio 1999, «in tema di malattie professionali affinché sussista il rapporto eziologico è sufficiente che si realizza una condizione di lavoro idonea a produrre la malattia da cui consegue l'evento».

⁽⁸⁰⁾ Per un approfondimento sul tema, si veda, di F. Sella, *Giustizia e Modernità – La protezione dell'innocente e la tutela delle vittime*, Giuffrè, Milano, 2003.

⁽⁸¹⁾ Si veda, in tema di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, i vari d.P.R. anni 50, il d.lgs. n. 626/1994 e le altre numerose normative di settore.

⁽⁸²⁾ Storica sentenza Franzese 2002 (Cass., sez. un., 11 settembre 2002, n. 303228).

prevaricazione di questi elementi rispetto all'ordinaria sequenza che deve muovere dalla spiegazione del nesso eziologico così sovrapponendosi aspetti deontologici e di colpa professionale per violazione del principio di precauzione a scelte politico-legislative dettate in funzione degli scopi della repressione penale ed al problema, strutturalmente distinto, dell'accertamento degli elementi costitutivi della fattispecie criminosa tipica». In certi casi, «nella ricostruzione del fatto lesivo e nell'indagine controfattuale sull'evitabilità dell'evento la giurisprudenza confonde la componente omissiva dell'inosservanza delle regole cautelari, attinente ai profili di "colpa" del garante, rispetto all'ambito – invero prioritario – della spiegazione e dell'imputazione causale».

La sentenza delle Sezioni Unite scaturisce proprio dalla necessità di risolvere il contrasto tra i due indirizzi giurisprudenziali ⁽⁸³⁾. La Corte ha ribadito, innanzitutto, che il rapporto di causalità deve essere esaminato alla stregua della cosiddetta teoria condizionalistica (escludendo la teoria della causalità adeguata) e ha affermato che è causa penalmente rilevante la condotta umana, attiva o omissiva, che si pone come condizione necessaria nella catena degli antecedenti che hanno concorso a produrre il risultato; condotta senza la quale l'evento (l'evento e non l'aumento del rischio), da cui dipende l'esistenza del reato, non si sarebbe verificato.

Nel contempo, però, la Corte ha individuato una soluzione di "compromesso" nella consapevolezza che l'adozione del criterio della "certezza assoluta", alla stregua delle leggi scientifiche, sarebbe equivalsa a negare la possibilità di un accertamento penale nella quasi totalità dei processi per malattie professionali. La soluzione di compromesso è consistita nel ribadire il livello di assoluta certezza che deve assistere un giudizio penale di condanna ma, scorporando il dato tecnico/scientifico dalla valutazione finale del giudice e facendo ricorso, a questo scopo, al valore del procedimento logico/induttivo con il quale il giudice, utilizzando (anche, ma non solo) la legge scientifica di copertura, può giungere alla valutazione del caso specifico sottoposto al suo giudizio. Secondo le Sezioni Unite, il giudizio di responsabilità penale deve essere ancorato a un alto grado di credibilità razionale; deve essere un giudizio di elevata probabilità logica o probabilità prossima alla certezza, ma non bisogna confondere, sostiene la Corte, il giudizio del giudice con quello della scienza medica. I pareri del consulente scientifico sono cosa diversa dal giudizio del magistrato, in quanto il secondo si avvale dei dati forniti dal primo, ma anche di tutti quegli altri che il processo sarà in grado di fornirgli ai fini del suo ragionamento. In realtà, se è assolutamente condivisibile sostenere il principio che costituisce diritto/dovere del giudice integrare sempre e comunque i dati emergenti dal giudizio scientifico, di fatto, però, nei processi riguardanti le malattie professionali sono i

⁽⁸³⁾ È necessario precisare che la sentenza riguardava un processo per omicidio colposo nell'ambito di attività medico chirurgica, ma i principi esposti, per l'analogia delle questioni e per espliciti richiami, sono perfettamente estensibili alle malattie professionali.

dati scientifici gli unici oggettivamente applicabili. Se in una determinata vicenda processuale il perito dovesse affermare in modo categorico che non è possibile affermare, in termini di certezza o di probabilità confinante con la certezza, che il lavoratore, ove non fosse stato esposto a quelle fonti di rischio, non si sarebbe ammalato o che, comunque, avrebbe manifestato la malattia in tempi apprezzabilmente diversi, il giudice avrà ben pochi strumenti per integrare quel divario che separa la probabilità dalla certezza. Nella maggioranza dei casi, il giudice avrà a disposizione solo e soltanto quegli elementi fattuali che già sono stati esaminati dal perito; ritenere che egli, meno esperto in quel determinato ambito, possa fare collegamenti logico induttivi “superiori” rispetto a quelli del perito è cosa poco plausibile.

Considerati, quindi, gli orientamenti succedutisi nel tempo nel tempo e così consolidatisi nello specifico per quel che rileva il nesso di causalità, si segnala che le considerazioni generali precedenti, che quindi valgono per ogni malattia professionale, devono comunque guardarsi come specifici indirizzi anche riguardo alle situazioni conseguenti da movimentazione manuale dei carichi e del rischio da sovraccarico biomeccanico su cui copiosa giurisprudenza si è già espressa ⁽⁸⁴⁾.

Sul punto, in ambito penale la stessa giurisprudenza di legittimità si è più volte espressa, affermando prima che *“il nesso di causalità nelle tecnopatie può essere valutato in termini di ragionevole certezza ovvero in presenza di un elevato grado di probabilità o di probabilità qualificata (rilevante, elevata, marcata, concreta) quindi non la semplice possibilità né, tantomeno, la mera probabilità”* ⁽⁸⁵⁾.

In tema di patologie multifattoriali di recente si è affermato che: *“Nel caso di patologie multifattoriali, cioè riconducibili ad una pluralità di possibili fattori causali, il giudice non può ricercare il legame eziologico, necessario per la tipicità del fatto, sulla base di una nozione di concausalità*

⁽⁸⁴⁾ Si segnalano i recenti orientamenti in tema di riconoscimento del danno morale e biologico, dei termini di decorrenza e accertamento della malattia professionale e in particolare sui vizi di omessa o insufficiente motivazione nelle consulenze tecniche per il riconoscimento delle patologie, enunciati dalle varie sentenze tra cui: Cass. 26 ottobre 2002, n. 15133; Cass. pen. 26 febbraio 2010, n. 7970; Cass. 3 agosto 2011, n. 16923.

Per le situazioni riguardanti i provvedimenti disciplinari minori e quelli relativi al licenziamento a seguito del superamento del periodo di comporto o all'impossibilità della ricollocazione idonea dei lavoratori affetti da patologie muscolo-scheletriche lavoro correlate, si veda: Tribunale di Milano, 30 aprile 2011, n. 2129, Tribunale di Bari, 22 aprile 2005; Cass. 29 agosto 2011, n. 17720.

Mentre, sugli orientamenti recenti della Cassazione penale, configuranti il reato di lesione personale colposa in attività di movimentazione manuale dei carichi svolte senza l'ausilio di DPI e macchinari idonei, si vedano le sentenze: Cass. pen. 12 ottobre 2010, n. 36358; Cass. pen. 11 dicembre 2009, n. 47095; Cass. pen. 16 gennaio 2009, n. 1777; Cass. pen. 4 dicembre 2008, n. 45073.

In merito alla movimentazione manuale dei carichi e valutazione dei rischi gravemente insufficiente o per mancata valutazione del rischio da movimenti frequenti e ripetitivi si segnalano gli ultimi orientamenti della Cassazione: Cassazione Penale, Sez. 4, 15 novembre 2011, n. 42018 Cassazione Penale, Sez. 3, 20 febbraio 2012, n. 6643.

⁽⁸⁵⁾ Cass. n. 12337/2003, Cass. n. 6722/2003, Cass. n. 5014/2004, Cass. n. 10042/2004, Cass. n. 17421/2005.

meramente medica; infatti, in tal caso, le conoscenze scientifiche vanno ricondotte nell'alveo di categorie giuridiche ed in particolare di una causa condizionalistica necessaria. Ciò implica che, per poter affermare la causalità della condotta omissiva ascritta all'imputato, rispetto alla patologia sofferta dal lavoratore, è necessario dimostrare che questa non ha avuto un'esclusiva origine nel diverso fattore astrattamente idoneo e che l'esposizione al fattore di rischio di matrice lavorativa è stata una condizione necessaria per l'insorgere o per una significativa accelerazione della patologia." (86).

Tuttavia si rileva che sul piano dell'accertamento causale dell'origine professionale della patologia ai fini del trattamento assicurativo-previdenziale, si sta assistendo in tempi più recenti ad un assimilazione dei concetti e criteri di "sostenibilità" causale sempre più vicini a quelli testé descritti, nonostante la conflittualità tutt'oggi esistente tra presunzione d'origine per le malattie tabellate e necessità della prova in case by case per le non tabellate.

In merito è opportuno dare conto del recente orientamento espresso dalla Suprema Corte, che in tema di nesso causale ai fini del riconoscimento del relativo trattamento previdenziale affermano: *"La presunzione legale circa l'eziologia professionale delle malattie contratte nell'esercizio delle lavorazioni morbigene investe soltanto il nesso tra la malattia tabellata e le relative specificate cause morbigene (anch'esse tabellate) e non può esplicitare la sua efficacia nell'ipotesi di malattia ad eziologia multifattoriale in cui il nesso di causalità non può essere oggetto di semplici presunzioni tratte da ipotesi tecniche teoricamente possibili, ma necessita di concreta e specifica dimostrazione - quanto meno in via di probabilità - in relazione alla concreta esposizione al rischio ambientale e alla sua idoneità causale alla determinazione dell'evento morboso."* (Cfr. Cass. Civ. Sez. Lav. 13.07.2011, n. 15400).

Certo è che la scarsa consistenza della prassi giurisprudenziale in materia di patologie dell'apparato muscolo-scheletrico, a sostegno interpretativo peraltro di una disciplina normativa specifica anch'essa poco consistente, rappresenta indubbiamente un *vulnus* nell'attuale sistema per la interpretazione degli aspetti fenomenologici, regolamentari e gestionali di una materia di per sé molto complessa e ancora in fase di studio sotto i vari profili.

(86) Cass. Pen. 29.01.13 n. 4489.