



Martedì 27 ottobre 2015
Ore 9.00-13.30
Milano, Viale G.B. Gadio 2
Acquario Civico

Gli effetti dei cambiamenti “normativi” sulle malattie da lavoro

Alberto Baldasseroni
CeRIMP-Regione Toscana



Dust to Dust

A World History of Silicosis

Directed by Paul-André Rosental. Authors: Paul-André Rosental, David Rosner, Gerald Markowitz, Alberto Baldasseroni, Francesco Carnevale, Jock McCulloch, Martin Lengwiler, Joseph Melling, Julia Moses, Bernard Thomann, Éric Geerkens.

Qualche nota a carattere storico

Introduction: Why Silicosis?	3
Chapter 1: Why Is Silicosis So Important?	19
Chapter 2: The Genesis and Development of the Scientific Concept of Pulmonary Silicosis during the Nineteenth Century	36
Chapter 3: Johannesburg and Beyond: Silicosis as a Transnational and Imperial Disease (1900–1940).....	75
Chapter 4: The Politics of Recognition and Its Limitations: Legislating on Silicosis in the First Half of the Twentieth Century—a National or Transnational Process?	123
Chapter 5: Silicosis and “Silicosis”: Minimizing Compensation Costs, or Why Do Occupational Diseases Cost So Little	164
Chapter 6: Design and Implementation of Silicosis Prevention in Coal Mines in Western Economies (circa 1930–1980)	202
Conclusion: Silica, Silicosis and Occupational Health in the Globalized World of the Twenty-First Century.....	238

Mark W Bufton and Joseph Melling

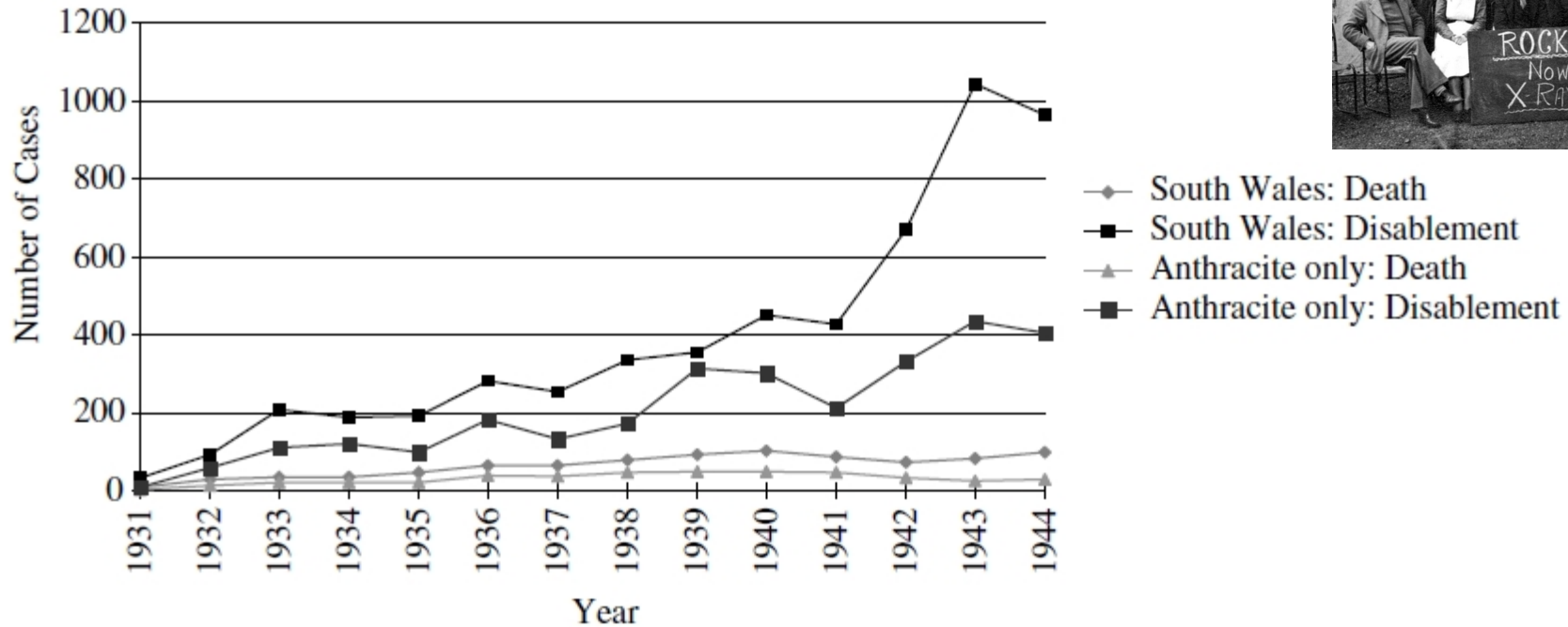


Figure 1: Silicosis and pneumoconiosis compensation awards to South Wales miners.

Durante gli anni della guerra si assiste a un drammatico incremento dei riconoscimenti di disabilità dovuti a Silicosi e Pneumoconiosi tra i lavoratori dei campi carboniferi del Galles del sud. Da questi dati prenderà avvio la celebre indagine di Archibald Cochrane sulla incidenza di malattie respiratorie tra i minatori di quella parte del Regno Unito, svolta tra il 1949 e il 1959.



Breve cronistoria del riconoscimento delle MP in Italia

- ✓ Assicurazione obbligatoria contro le Malattie Professionali (RD 13 Maggio 1929, n.928, GU 14 Giugno 1929, n.138), entrata in vigore il 1° gennaio del 1934, ma per l'indennizzabilità delle malattie dal 1° luglio del 1934.
- ✓ Sei MP assicurate, le stesse proposte dalla Commissione Baccelli del 1902.
- ✓ Dal 1934 al 1937 59 casi riconosciuti con inabilità permanente e 14 casi mortali.
- ✓ Nel 1943 allargamento alle pneumoconiosi da silice e amianto, nell'intento, tra l'altro, di salvaguardare le aziende dai ricorsi dei lavoratori danneggiati di fronte alla giustizia ordinaria. (Legge 12 aprile 1943, n. 455 «Estensione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali alla silicosi e all'asbestosi»).

Breve cronistoria del riconoscimento delle MP in Italia

- ✓ Nel 1952 (Legge 15 novembre 1952 n. 1967) , nel 1958 (Legge 21 marzo 1958 n. 313), nel 1965 (D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124), nel 1975 (D.P.R. 9 giugno 1975 n. 482) e nel 1994 (D.P.R. 13 aprile 1994, n. 336) la lista delle MP indennizzabili subisce sostanziali ampliamenti su base legislativa.
- ✓ Nel 1977 una sentenza della Corte Cost. (n.93 del 30 maggio 1977), equiparando il regime delle MP a quello degli infortuni, provoca una modifica sostanziale nella percentuale di invalidità permanente che da luogo a una rendita che passa dal 21% all' 11%
- ✓ Nel 1988 una nuova sentenza della Corte Cost. (n.179 del febbraio 1988) modifica il principio della cosiddetta “lista chiusa” delle MP e apre la possibilità di accedere all' indennizzo anche per malattie acquisite a causa del lavoro, ma non previste dalle apposite tabelle.
- ✓ Nel 2000 (D.lgs. 23 febbraio 2000 n.38) si introduce il concetto di “danno biologico” che modifica radicalmente i criteri di valutazione dell' entità del danno e quindi dell' indennizzo (soglia d' indennizzabilità al 6%, ma in rendita dal 16%).
- ✓ Nel 2008 (D.M. 9 aprile 2008) la lista delle MP viene totalmente modificata e allargata
- ✓ Nel 2009 (D.M. 11 dicembre 2009) viene prodotta la nuova classificazione delle MP soggette a denuncia obbligatoria da parte del medico (tre liste di MP: Certe, probabili, possibili).

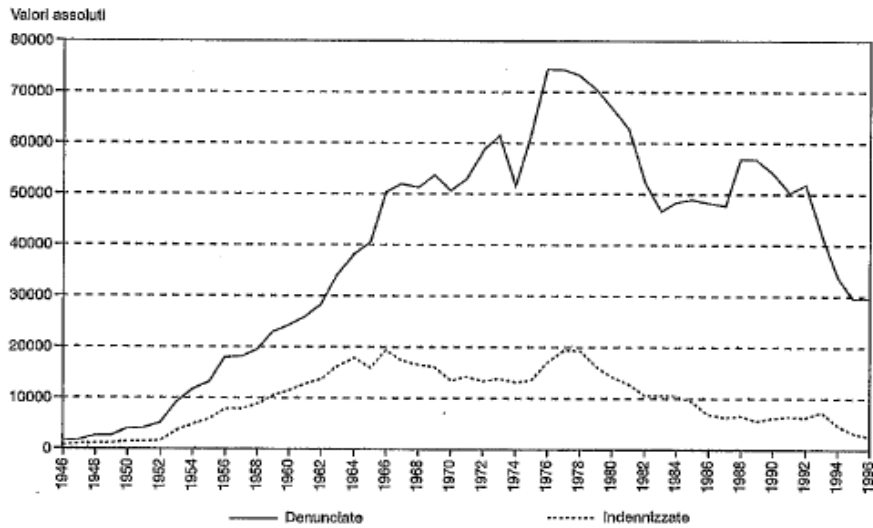


Fig. 1. *Andamento delle Mp denunciate e delle Mp indennizzate (1946-1996). Gestione Industria.*

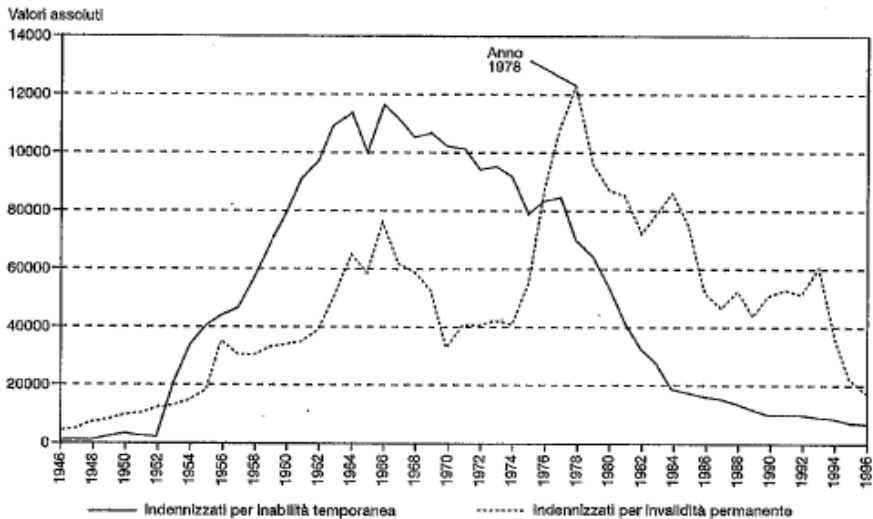


Fig. 2. *Andamento delle Mp indennizzate in temporanea e in permanente (1946-1996). Gestione Industria.*

Francesco Carnevale
Alberto Baldasseroni

MAL DA LAVORO
Storia della salute
dei lavoratori

Introduzione
di Giorgio Cosmacini



Editori Laterza

Nicolas Hatzfeld

L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996)

Sensibilités de terrain, définitions d'experts et débats scientifiques



LES MALADES DU TRAVAIL FACE AU DÉNI ADMINISTRATIF : LA LONGUE BATAILLE DES AFFECTIONS PÉRIARTICULAIRES (1919-1972)

Nicolas Hatzfeld

Belin | « Revue d'histoire moderne et contemporaine »

2009/1 n° 56-1 | pages 177 à 196



MALADIES PROFESSIONNELLES : LA RECONNAISSANCE DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

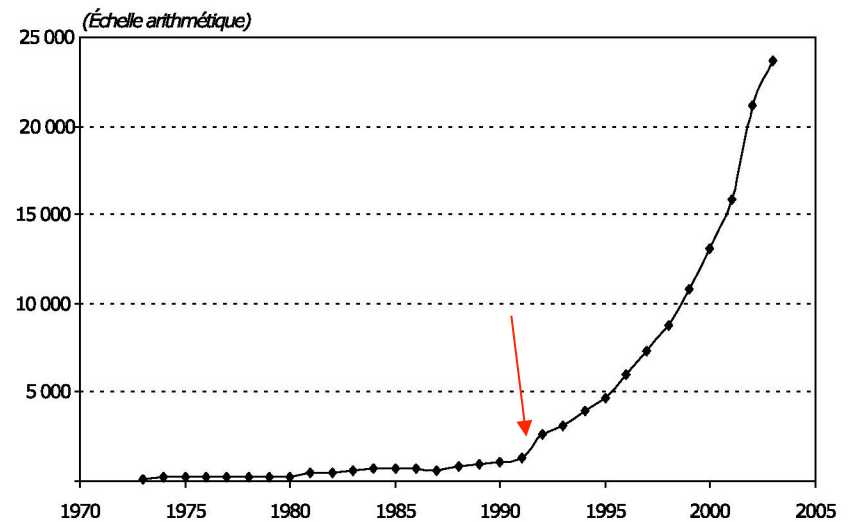
Une histoire administrative et scientifique (1982-1996)

Nicolas Hatzfeld

Dilecta | « Corps »

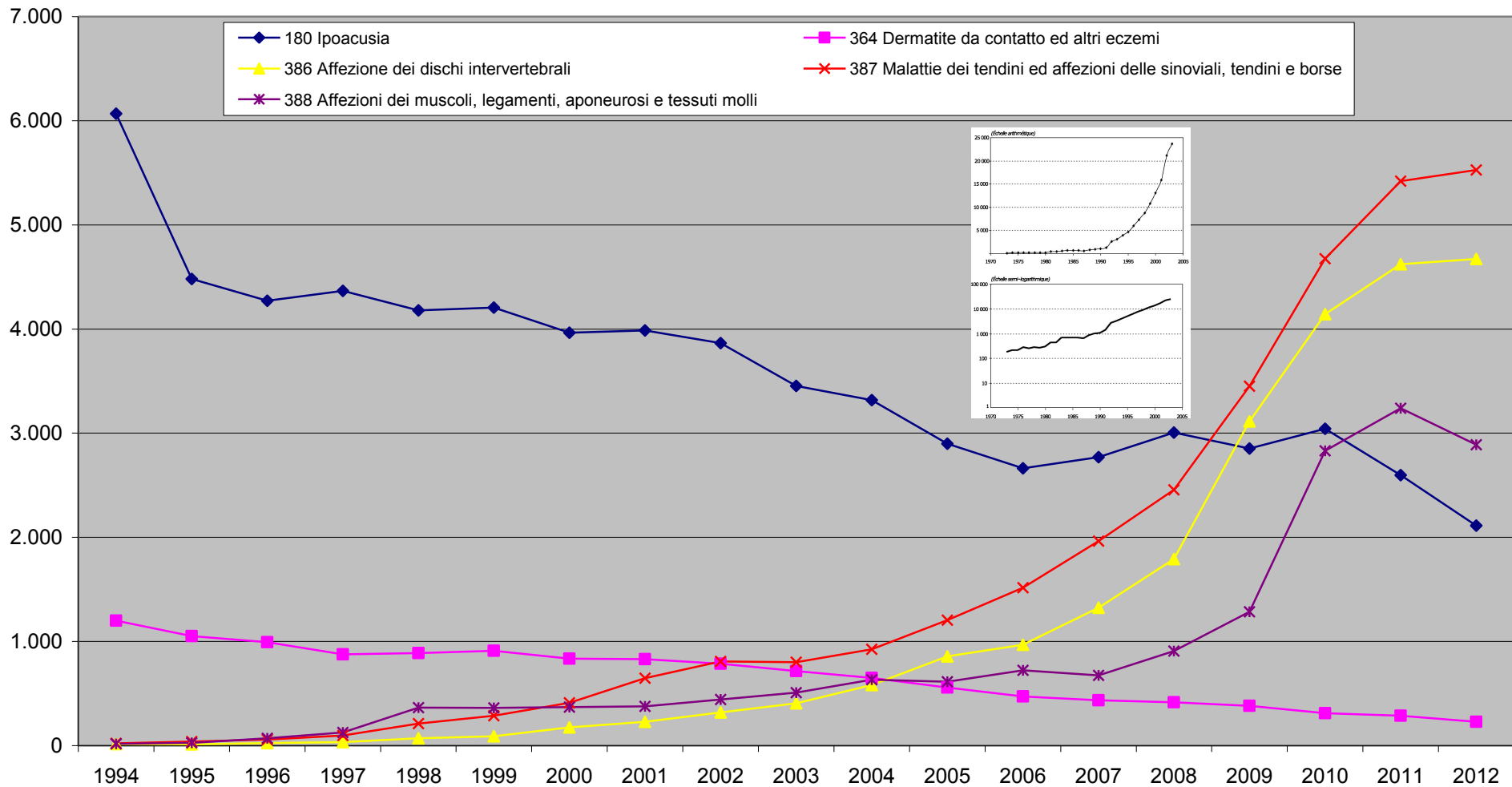
2009/1 n° 6 | pages 47 à 52

Nel 1991 interviene una modifica alla tabella delle Malattie Professionali che apparentemente provoca un incremento drammatico dei casi riconosciuti.

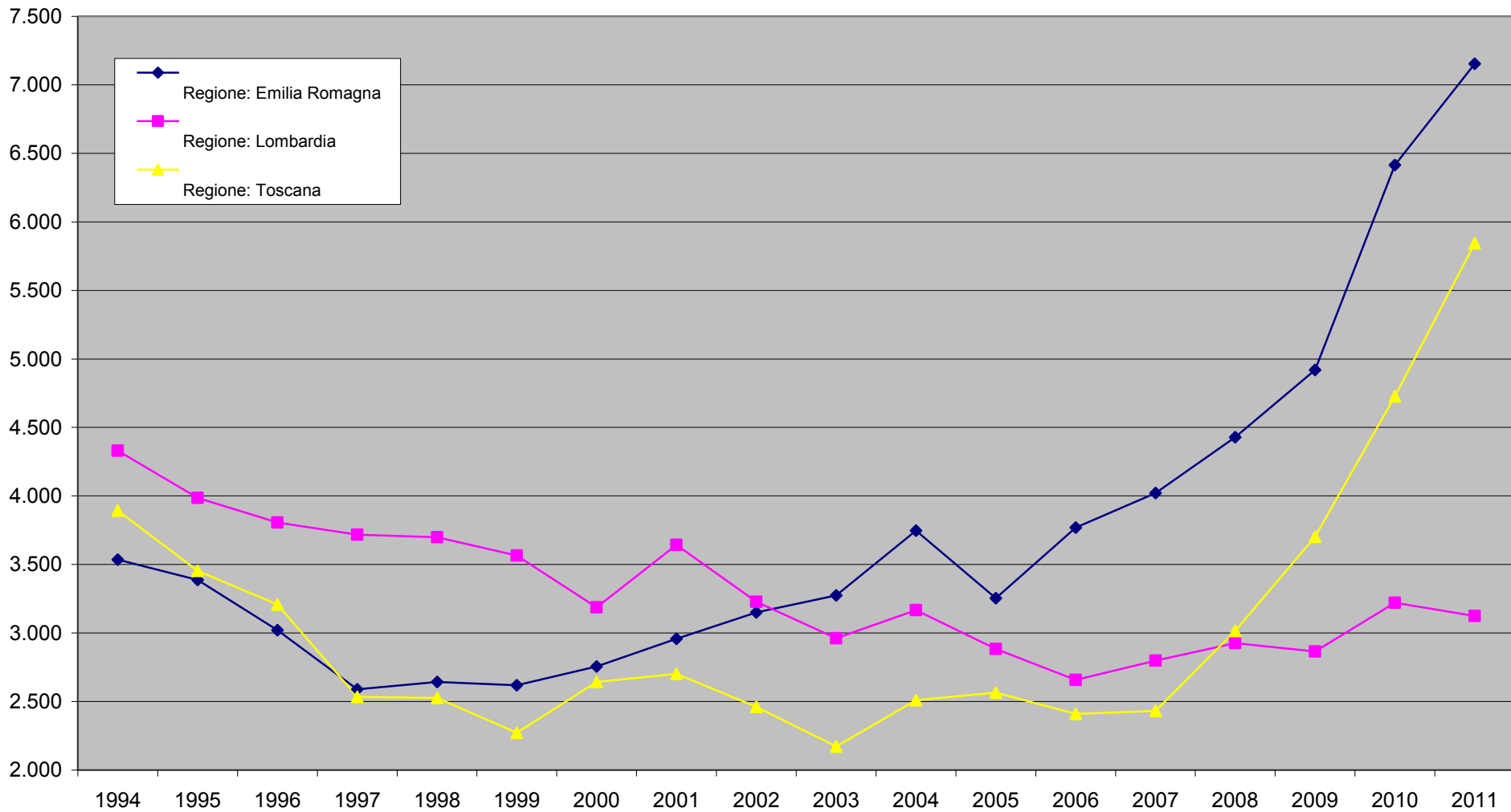


In realtà l'incremento era già iniziato negli anni '80, quando una particolare MP, l'igroma del ginocchio, era stata "usata" come Cavallo di Troia per consentire il riconoscimento di un numero sempre crescente di altre, analoghe MP MSK, pur senza poter garantire una corretta definizione del problema.

Figura 1 - Andamento dei riconoscimenti con indennizzo delle 5 più frequenti malattie professionali (codice nosologico) nel periodo 1994 - 2012. Fonte INAIL, elaborazione SNOP



**Andamento delle denunce di MP all'INAIL (Malattie Manifestatesi). Anni 1994-2011. Fonte: INAIL.
Elaborazioni SNOP.**



... ma gli effetti deformanti delle nuove norme non si limitano ad ampliare il numero delle malattie tutelate ...

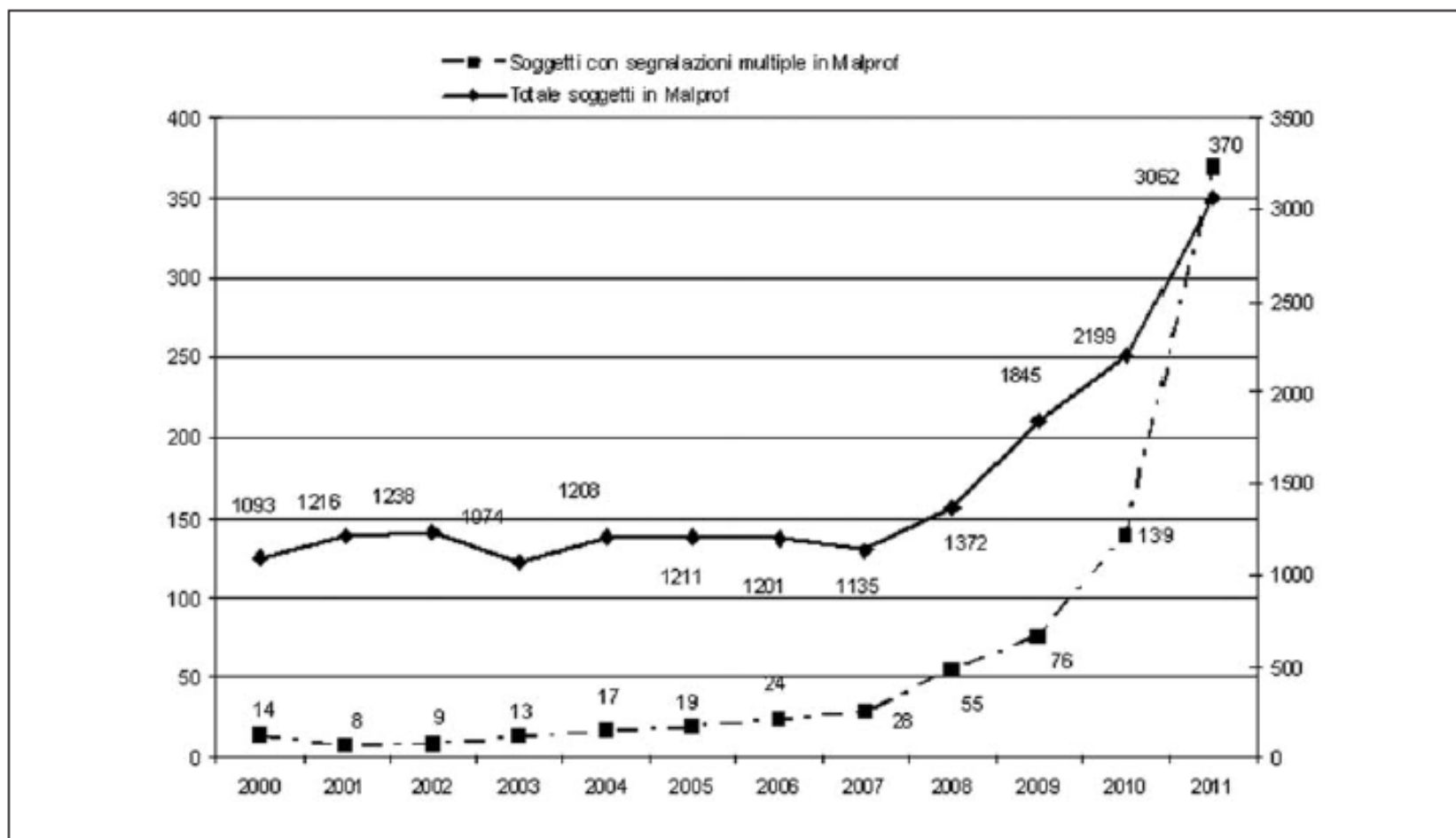


Figura 1 - Trend dei soggetti con segnalazione multipla. Fonte: MALPROF Toscana anni 2000-2011

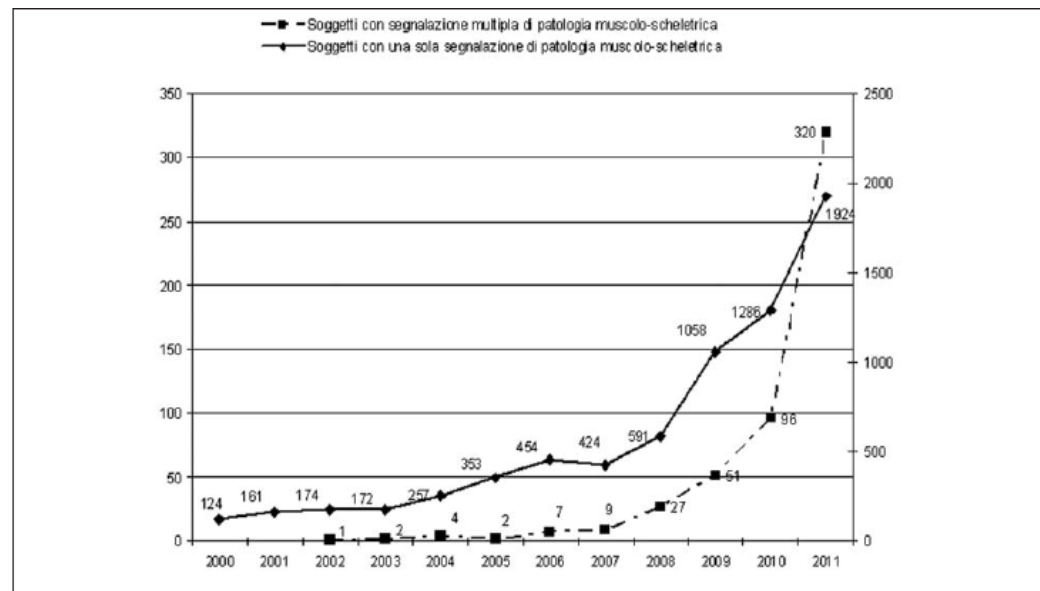


Figura 2 - Trend dei soggetti con segnalazione di patologia muscolo-scheletrica. Fonte Mal Prof Toscana anni 2000-2011

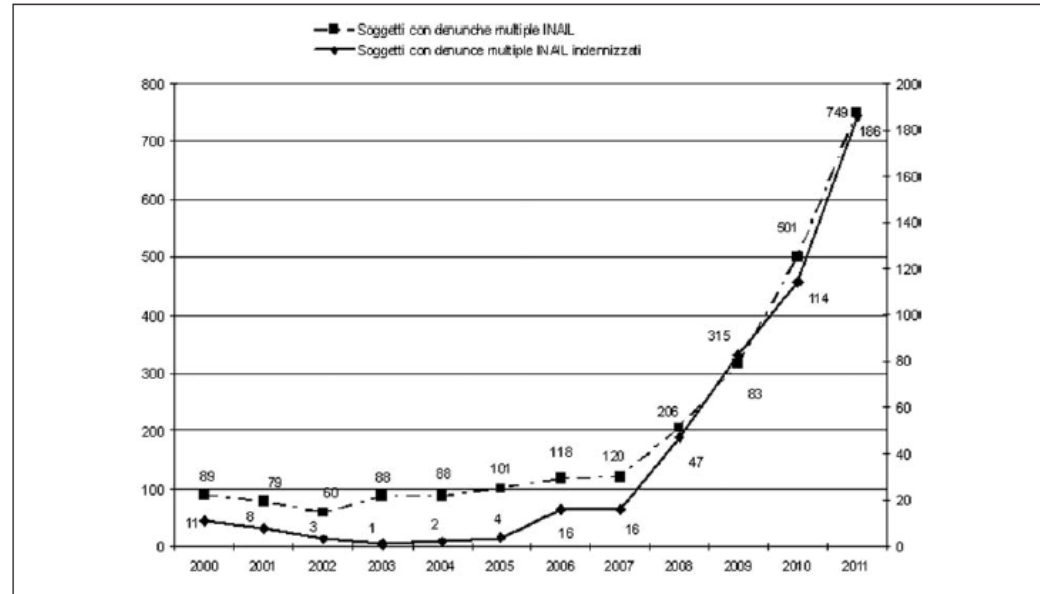


Figura 3 - Trend dei soggetti con denunce multiple e indennizzati per patologie multiple - Fonte INAIL, Toscana anni 2000-2011

Per la prima volta nel 2014, la Relazione che il Presidente dell' INAIL svolge ogni anno in luglio di fronte al Parlamento ha offerto dati aggregati per soggetti e non solo per casi/ patologie.

Anno di protocollo	Genere		Positivo		Negativo		In istruttoria		Totale	
2014	Maschi	lavoratori	12.579	40,87%	17.436	56,66%	760	2,47%	30.775	100,00%
		casi	14.734	36,24%	25.035	61,58%	885	2,18%	40.654	100,00%
	Femmine	lavoratori	4.450	36,91%	7.400	61,38%	206	1,71%	12.056	100,00%
		casi	5.443	32,52%	11.057	66,06%	237	1,42%	16.737	100,00%
	Totale	lavoratori	17.029	39,76%	24.836	57,99%	966	2,26%	42.831	100,00%
		casi	20.177	35,16%	36.092	62,89%	1.122	1,96%	57.391	100,00%



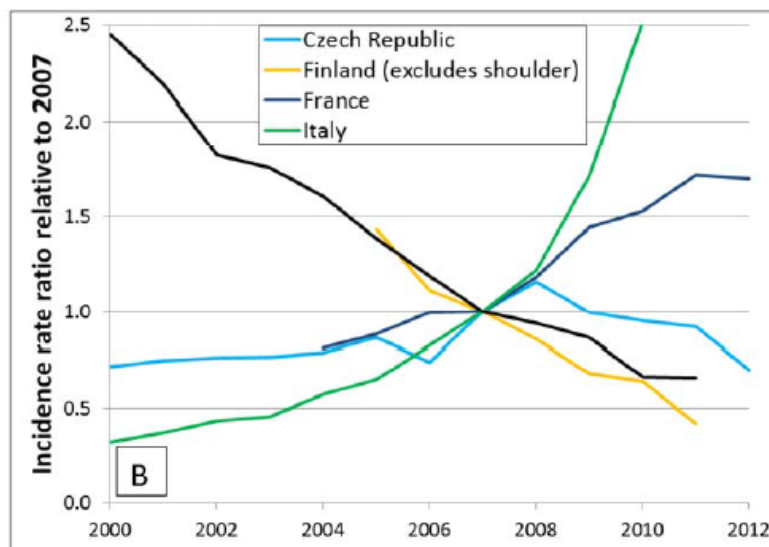
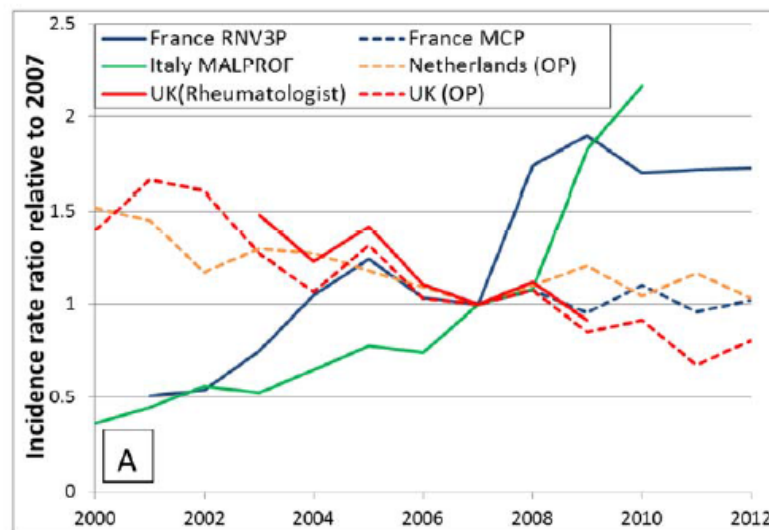
Editor's choice
Scan to access more
free content

ORIGINAL ARTICLE

Trends in incidence of occupational asthma, contact dermatitis, noise-induced hearing loss, carpal tunnel syndrome and upper limb musculoskeletal disorders in European countries from 2000 to 2012

S Jill Stocks,^{1,2} Roseanne McNamee,³ Henk F van der Molen,⁴ Christophe Paris,^{5,6} Pavel Urban,^{7,8} Giuseppe Campo,⁹ Riitta Sauni,¹⁰ Begoña Martínez Jarreta,¹¹ Madeleine Valenty,¹² Lode Godderis,^{13,14} David Miedinger,^{15,16} Pascal Jacquetin,¹⁷ Hans M Gravseth,¹⁸ Vincent Bonneterre,¹⁹ Maylis Telle-Lamberton,²⁰ Lynda Bensefa-Colas,^{21,22} Serge Faye,²³ Godewina Mylle,¹⁴ Axel Wannag,²⁴ Yogindra Samant,²⁴ Teake Pal,⁴ Stefan Scholz-Odermatt,^{15,25} Adriano Papale,⁹ Martijn Schouteden,¹⁴ Claudio Colosio,²⁶ Stefano Mattioli,²⁷ Raymond Agius,¹ Working Group 2; Cost Action IS1002—Monitoring trends in Occupational Diseases and tracing new and Emerging Risks in a NETWORK (MODERNET)

Supplementary Fig 4. Estimated annual changes in of incidence occupational upper limb musculoskeletal disorders; physician reported (A) and recognised compensation claims (B)



Le nuove patologie

INAIL - Codice Sanitario

133 Stati psicotici organici senili e presenili

137 Altre forme psicotiche

138 Sindromi neurotiche - Disturbi della personalità - Turbe e deviazioni sessuali

141 Affezioni psicosomatiche

142 Sintomi o disturbi non classificati altrove

144 Disturbo dell'adattamento cronico

145 Disturbo post traumatico da stress cronico

Mal Prof - Descrizione ICD IX

(293) Stati psicotici organici transitori

(296) Psicosi affettive

(298) Altre psicosi non organiche

(300) Disturbi neurotici

(301) Disturbi della personalità

(306) Disfunzioni somatiche originate da fattori psichici

(307) Sintomi o sindromi speciali non classificati altrove

(308) Reazione acuta a situazioni stressanti

(309) Reazione di adattamento

(310) Disturbi psichici specifici non psicotici consecutivi

(311) Disturbi depressivi non classificati altrove

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Totale
TOSCANA	Denunciate	6	23	15	29	54	71	61	55	61	47	47	55	59	52	635
	Def_positive	2	9	7	11	12	10	9	10	7	9	12	13	11	10	132
	% def_pos/ den	33%	39%	47%	38%	22%	14%	15%	18%	11%	19%	26%	24%	19%	19%	21%
ITALIA	Denunciate	101	214	209	311	592	620	575	632	574	563	578	605	561	541	6676
	Def_positive	34	83	62	67	92	85	64	66	69	56	60	57	52	33	880
	% def_pos/ den	34%	39%	30%	22%	16%	14%	11%	10%	12%	10%	10%	9%	9%	6%	13%

Italia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Totale
F	7	17	18	19	30	36	30	26	37	25	22	27	18	22	334
M	27	66	44	48	62	49	34	40	32	31	38	30	34	11	546
Totali	34	83	62	67	92	85	64	66	69	56	60	57	52	33	880
F/M	26%	26%	41%	40%	48%	73%	88%	65%	116%	81%	58%	90%	53%	200%	61%
Toscana	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
F	0	1	2	4	4	6	4	5	4	3	4	5	5	8	55
M	2	8	5	7	8	4	5	5	3	6	8	8	6	2	77
Totali	2	9	7	11	12	10	9	10	7	9	12	13	11	10	132
F/M	0%	13%	40%	57%	50%	150%	80%	100%	133%	50%	50%	63%	83%	400%	71%

Fonte dei dati: INAIL, elaborazione CeRIMP

Gli studi epidemiologici documentano in maniera robusta che lo stress causa incrementi nella patologia dei lavoratori esposti. Tuttavia i sistemi di monitoraggio delle malattie professionali attualmente esistenti nel nostro paese non sono in grado di cogliere questo fenomeno, dato che sono basati sull' accertamento individuale del rischio e del nesso tra esposizione e malattia. In assenza di sistemi di sorveglianza epidemiologica orientata a seguire (follow-up) il destino di salute di coorti di lavoratori esposti a *noxae* patogene, quali per esempio lo stress, è difficile che anche nel prossimo futuro si possa disporre di stime accurate dei danni dovuti a questo fattore di rischio. Si può quindi dire, in accordo con le conclusioni di un recente lavoro di La Montagne e coll. dedicato proprio a stimare le discrepanze fra riconoscimenti assicurativi per malattie mentali dovute a stress lavorativo, e frazione attribuibile a tale fattore su base epidemiologica che:

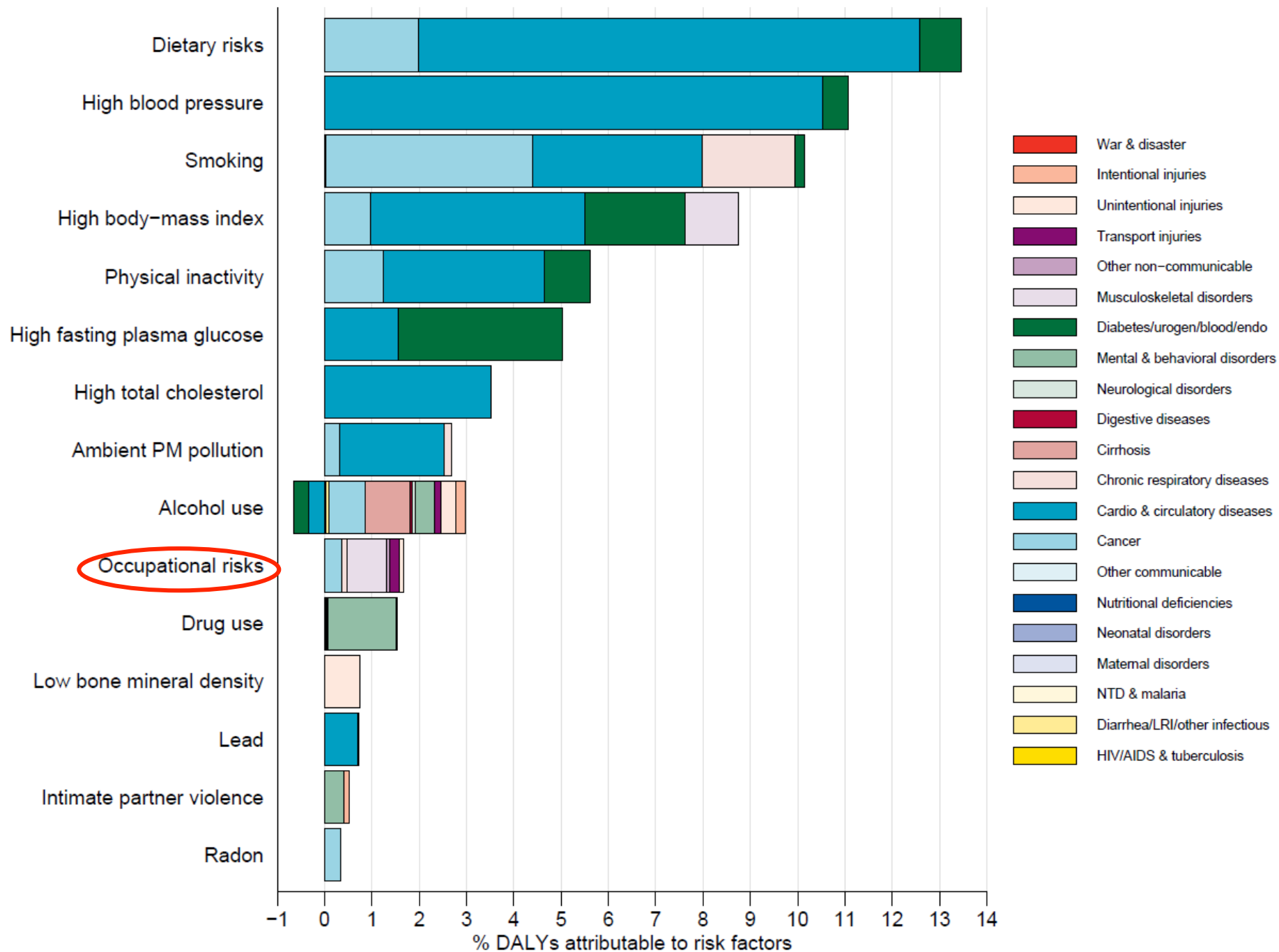
“Job strain and associated depression risks represent a substantial, preventable, and inequitably distributed public health problem. The social patterning of job strain-attributable depression parallels the social patterning of mental illness, suggesting that job strain is an important contributor to mental health inequalities. The numbers of compensated 'mental stress' claims compared to job strain-attributable depression cases suggest that there is substantial under-recognition and under-compensation of job strain-attributable depression”.^[1]

^[1] LaMontagne AD, Keegel T, Vallance D, Ostry A, Wolfe R. Job strain -attributable depression in a sample of working Australians: assessing the contribution to health inequalities. BMC Public Health. 2008 May 27;8:181.

Conclusioni 1

- Per avere un' idea più vicina alla realtà del carico di danni dovuto alle MP è importante uscire dalla “gabbia” del nesso individuale di causalità e dedicare risorse anche a stimare il *burden of disease* attribuibile al lavoro per decidere priorità e esigenze di salute.

Burden of disease attributable to 15 leading risk factors in 2010, expressed as a percentage of Italy DALYs



Conclusioni 2

- In attesa di disporre di tali stime è comunque doveroso far buon uso degli strumenti basati sul computo dei casi di malattie per le quali sia stata individuata una causa lavorativa e che sono ormai disponibili per la programmazione e la valutazione del lavoro di prevenzione.

