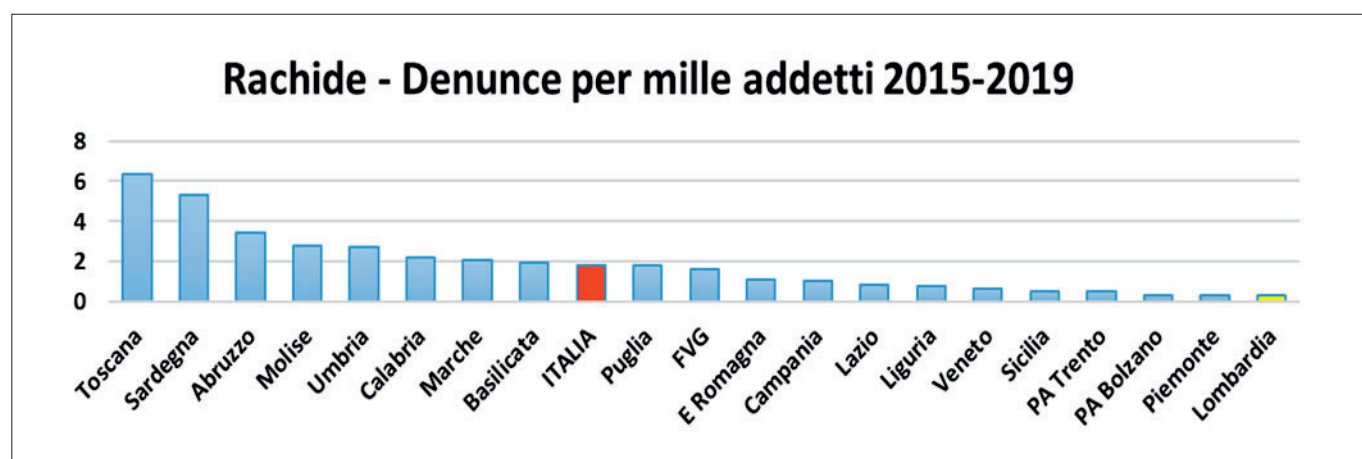


Progetto mappe di rischio

LE ANALISI INFRAREGIONALI/3

Dopo aver analizzato i dati nazionali, rilevando come effettivamente le **malattie muscoloscheletriche** rappresentino la quota di gran lunga più significativa tra le malattie denunciate in Italia; come in seno a tale classe di patologie, i **disturbi a carico del rachide**, in correlazione a movimentazione manuale di carichi o vibrazioni trasmesse a corpo intero, siano i più frequenti e come la numerosità assoluta di tali patologie in Italia, **non** corrisponda a una **omogenea distribuzione sul territorio**, ma, al contrario, si possano enucleare cluster di denunce superiori alla media nazionale in alcune specifiche realtà geografiche del Paese, abbiamo preso in esame, analiticamente, la situazione della regio-

ne **Sardegna**. Si estende per 24mila km quadrati e ospita 1.600.000 abitanti. Le attuali province sono tornate ad essere quelle ante riforma del 2001, con l'eccezione della Sud Sardegna, con capoluogo Carbonia, che ha assorbito le precedenti Medio Campidano e buona parte dei comuni della provincia di Cagliari, oggi Città metropolitana, che da sola ospita poco meno di un terzo dei residenti regionali. Le sedi Inail sono: Cagliari, Carbonia, Oristano, Nuoro, Sassari e Olbia. Nella graduatoria regionale costruita ordinando le regioni per tasso di denuncia di tecnopatologie interessanti il rachide ogni mille addetti del comparto Industria, la **Sardegna si colloca al secondo posto**, dietro solamente alla Toscana.



Classifica delle regioni per tasso di denuncia su mille addetti Malattie del rachide 2015-2019

Fonte: Flussi informativi - Rielaborazioni III settore SSC

Ricordiamo che, come per le puntate già pubblicate dello Studio, la fonte primaria dei dati è la banca **Flussi Informativi**, integrata dalle informazioni estratte dai singoli casi studiati uno per uno su Car.Cli. Per disporre di una base di analisi equilibrata, combinando più parametri di estra-

zione abbiamo integrato i dati assoluti con quelli relativi agli **addetti totali**, estrapolando un **tasso**, strumento semplice ed estremamente utile per contestualizzare i numeri assoluti ed evitare che i contesti economici e demografici regionali, estremamente diversificati tra loro, condizionassero

significativamente il dato di incidenza della Malattia Professionale. Una precisazione importante deve riguardare il dato relativo al **numero di addetti**. Questo elemento, infatti, viene riportato, nella banca dati Flussi Informativi, come derivato da un processo indiretto che mette in rapporto l'ammontare dei premi riscossi e la retribuzione media individuale di quella realtà produttiva. Si tratta dunque di una stima, più che di una effettiva fotografia della realtà, soggetta a più fattori di approssimazione. Abbiamo per questo stabilito di estrarre il nostro dato direttamente dalla **Banca Dati di Istat**; tale fonte, tuttavia, riporta il dato (annuale e non cumulativo) **fino all'anno 2018**.

Abbiamo dunque assunto arbitrariamente che il dato di addetti 2018 fosse **uguale a quello per il 2019**, avendo comunque verificato che la variazione media nel numero degli addetti da un anno all'altro supera assai di rado il 5%, e abbiamo sommato le annualità dal 2015 al 2019 per ogni categoria Ateco e ogni provincia, per ottenere il dato cumulativo.

L'abituale esame analitico del dato provinciale, studiato per tasso di denuncia, evidenzia valori molto elevati nelle categorie produttive tradizionalmente più interessate dalle malattie del rachide. Riportiamo qui i dati solo di alcune delle attività studiate.

REGIONE SARDEGNA - DATO PROVINCIALE CUMULATIVO 2015-2019 -								
CATEGORIE ATECO 2007 - FONTE: FLUSSI INFORMATIVI (Addetti: ISTAT 2021)								
ELABORAZIONI: SETTORE TERZO SSC								

PROVINCIA	F41 - COSTRUZIONE DI EDIFICI							
Sede INAIL	Addetti	DEN	RIC	T	NT	ND	tasso	%
CAGLIARI	14721	339	193	106	165	68	23,03	56,9
CARBONIA	11332	53	32	20	20	13	4,68	60,4
ORISTANO	5603	93	73	17	66	10	16,60	78,5
SASSARI	21891	29	19	3	20	6	1,73	65,5
OLBIA	...	9	5	2	6	1	...	55,6
NUORO	6848	65	33	21	36	8	9,49	50,8
TOTALI	60395	588	355	169	313	106	9,74	60,4

PROVINCIA	F42 - Ingegneria civile							
Sede INAIL	Addetti	DEN	RIC	T	NT	ND	tasso	%
CAGLIARI	3921	24	14	8	14	2	6,12	58,3
CARBONIA	1168	4	3	2	1	1	3,42	75,0
ORISTANO	698	8	5	0	7	1	11,46	62,5
SASSARI	1877	5	5	1	4	0	3,19	100,0
OLBIA	...	1	0	0	0	1	...	0,0
NUORO	972	11	6	1	9	1	11,32	54,5
TOTALI	8636	53	33	12	35	6	6,14	62,3

PROVINCIA	F43 -LAVORI DI COSTRUZIONE SPECIALIZZATI							
Sede INAIL	Addetti	DEN	RIC	T	NT	ND	tasso	%
CAGLIARI	24918	198	104	54	104	40	7,95	52,5
CARBONIA	15124	35	15	11	19	5	2,31	42,9
ORISTANO	7283	80	56	10	56	14	10,98	70,0
SASSARI	28581	29	18	5	18	6	1,25	62,1
OLBIA	...	5	1	1	2	2	...	20,0
NUORO	10077	25	16	7	17	1	2,48	64,0
TOTALI	85983	372	210	88	216	68	4,33	56,5

PROVINCIA	B - ESTRAZIONE DI MINERALI DA CAVE E MINIERE							
Sede Inail	Addetti	DEN	RIC	T	NT	ND	tasso	%
CAGLIARI	787	29	12	2	19	8	36,85	41,4
CARBONIA	380	57	24	11	37	9	150,00	42,1
ORISTANO	349	6	5	1	5	0	17,19	83,3
SASSARI	1545	2	2	0	2	0	1,94	100,0
OLBIA	...	1	0	0	0	1	...	0,0
NUORO	1741	7	4	1	5	1	4,02	57,1
TOTALI	4802	102	47	15	68	19	21,24	46,1

Confronto con la Toscana

GROSSETO	397	7	7	1	6	0	17,63	100
LIVORNO	421	2	0	0	2	0	4,75	0
LUCCA	1306	17	13	7	10	0	14,54	76,5
MASSA CARR	4241	35	24	2	31	2	8,25	68,6
TOTALI	8328	68	49	11	54	3	8,17	72,1

Nella ricognizione effettuata, sono stati riscontrati valori molto significativi dei tassi di denuncia nelle categorie produttive del settore Edile (F41-

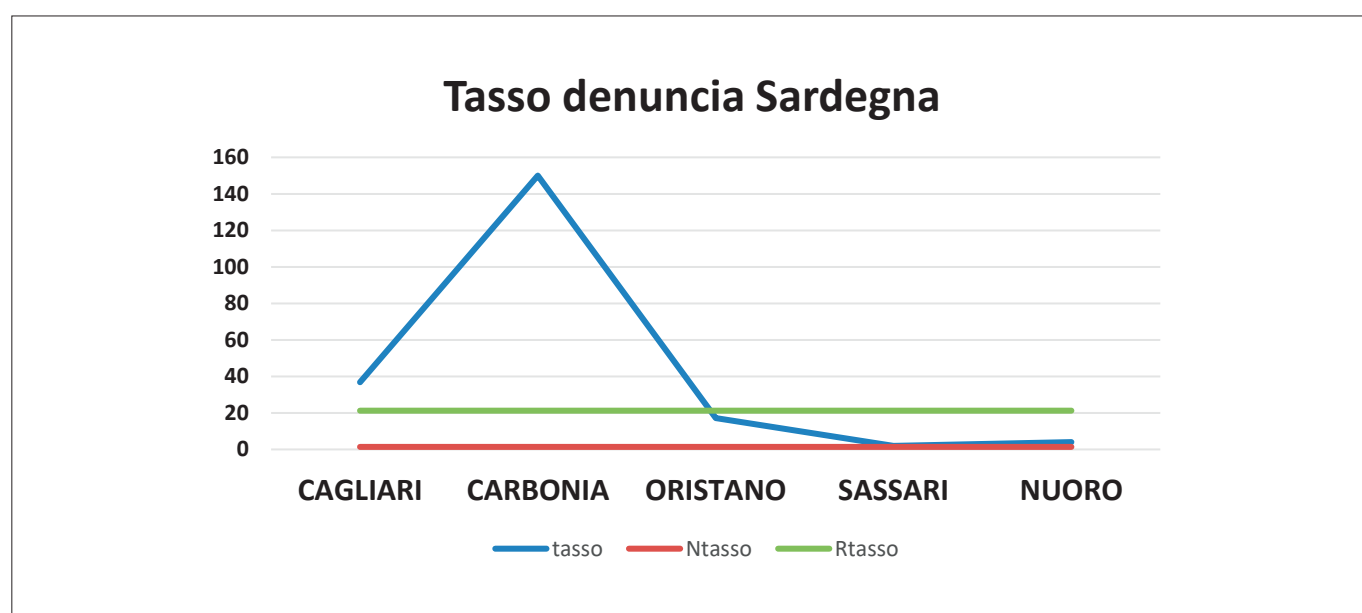
42-43), come accaduto in altre regioni. Inoltre, abbiamo rilevato un tasso molto elevato nel Settore Ateco B, relativo alle attività di estrazioni

di minerali da cave e miniere, qui focalizzato, anche in considerazione del fatto che la regione che più si avvicina agli indici di rischiosità rilevati in Sardegna per questa attività, ovvero la Toscana, presenta tassi di denuncia medi pari a 1/3 di quelli sardi. Il fenomeno appare tanto più significativo quanto più si consideri che su tutto il territorio nazionale, nel quinquennio oggetto dello studio, sono **285**, complessivamente, le denunce relative alle malattie del rachide, su 205.932 addetti cumulativi nei 5 anni, per un tasso di **1,38** denunce per mille addetti. Ebbene, di questi casi, ben **102** si sono registrati in Sardegna (**35,7% del totale**), su un numero totale di **4802** addetti

nel quinquennio (dati Istat), per un tasso regionale di **21,24 denunce per mille**, ovvero **più di 15 volte superiore** a quello nazionale.

Va precisato che il numero di addetti è riportato da Istat **su base provinciale**, mentre l'estrazione dati da Flussi informativi fornisce il dettaglio delle denunce **per Sede Inail**. Nei casi in cui nella medesima provincia sia presente più di una sede, come per Sassari e Olbia, abbiamo calcolato il tasso provinciale sommando le denunce delle due sedi.

La ricognizione regionale evidenzia macroscopicamente che la distribuzione dei casi (e dei tassi) **non è omogenea** nelle diverse realtà provinciali.



Fonte: Flussi informativi - Rielaborazioni III settore SSC

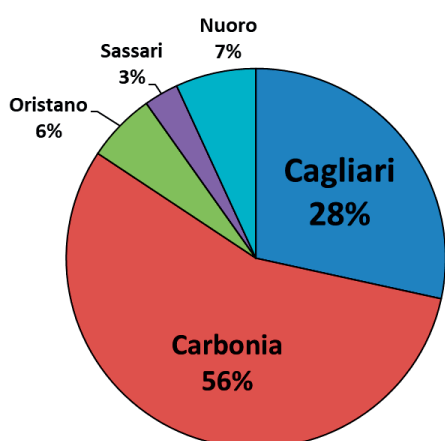
La **Sede di Carbonia**, per un numero cumulativo di addetti di appena **380** nel quinquennio (7,9% degli addetti regionali), raccoglie 57 denunce (55% del totale regionale), il che la pone come il distretto con il maggior numero di denunce in Italia (**20% del totale nazionale**, con un numero di addetti pari allo **0,18%**). Il tasso di denuncia per mille addetti è addirittura **100 volte maggiore del tasso nazionale e 5 volte maggiore di quello regionale**, pure elevatissimo. Spicca il raffronto con la provincia di **Sassari** che, pur registrando **1545** addetti (32% del totale regionale), fa rilevare appena 3 denunce nel quinquennio, attestandosi su tassi decisamente in linea con

quelli nazionali. Se si estende l'analisi al bacino estrattivo del Sud Sardegna, che interessa anche i casi trattati dalla Sede di Cagliari, si registra un totale di **86 denunce**, per un tasso complessivo di **73 per mille**.

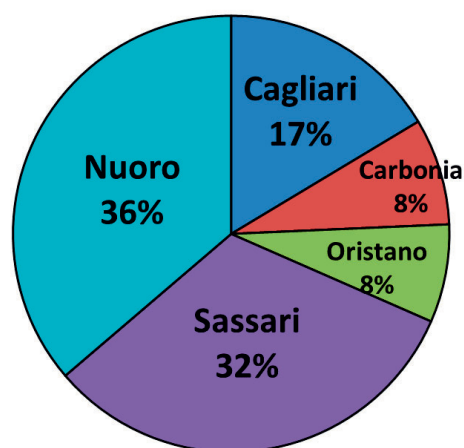
In estrema sintesi, il **30% delle denunce di malattie del rachide** di questo settore produttivo, in Italia, avviene nel comprensorio **Cagliari-Carbonia**, che assomma appena lo **0,56%** degli addetti italiani nel quinquennio.

Il confronto tra i due grafici che illustrano la distribuzione degli addetti e delle denunce, mostra sinotticamente le significative differenze del fenomeno nelle diverse province sarde.

Denunce Sardegna 2015-2019



Addetti Sardegna 2015-2019



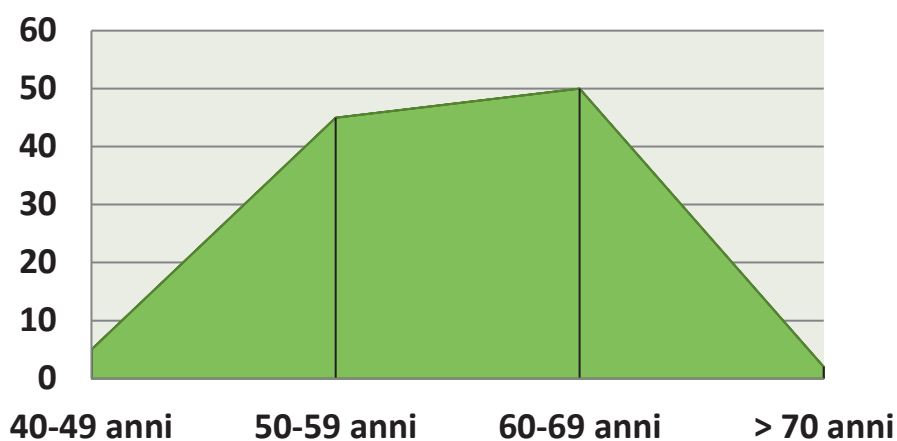
Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Fatte queste premesse, abbiamo iniziato un'analisi dettagliata dei singoli casi, estraendo il numero caso da Flussi Informativi, per poi accedere alla cartella clinica di ogni singolo assicurato.

Delle **102 denunce esaminate**, **100** riguardano

uomini, **2 donne**. L'età **media** del denunciante è di **60 anni**, con il più giovane denunciante di 40 anni e il più anziano di 72. Questa la distribuzione per **fasce d'età**: 40-49 anni: 5 casi; 50-59 anni: 45 casi; 60-69 anni: 50 casi; >70 anni: 2 casi.

Fasce di età delle denunce

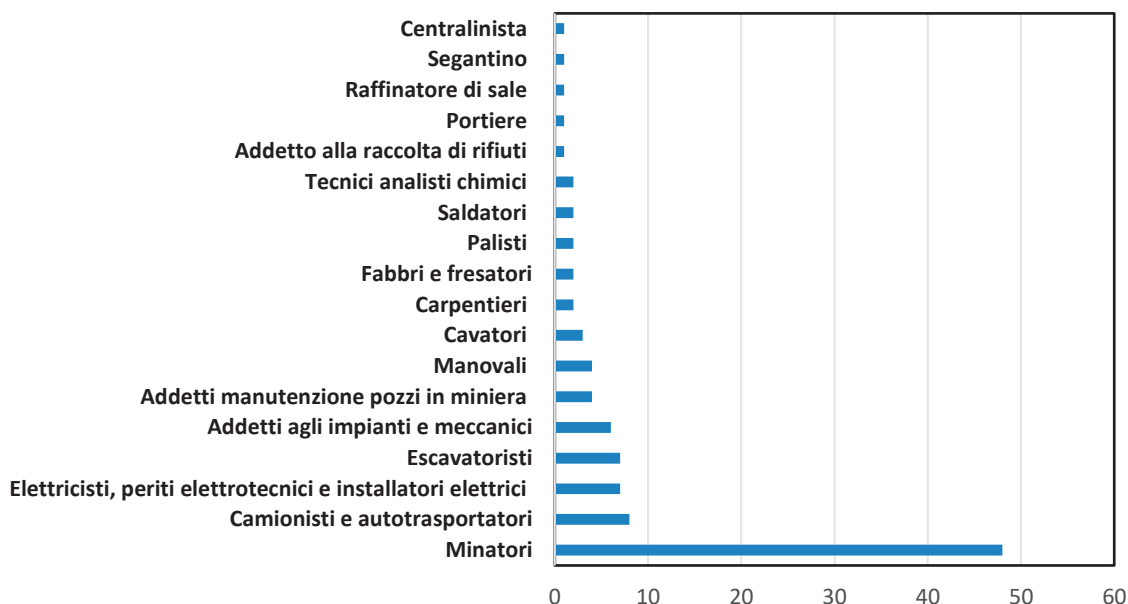


Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Nelle aziende classificate secondo la Classe Ateco B, oggetto di questo studio, si rilevano diverse

mansioni. Questa la loro frequenza:

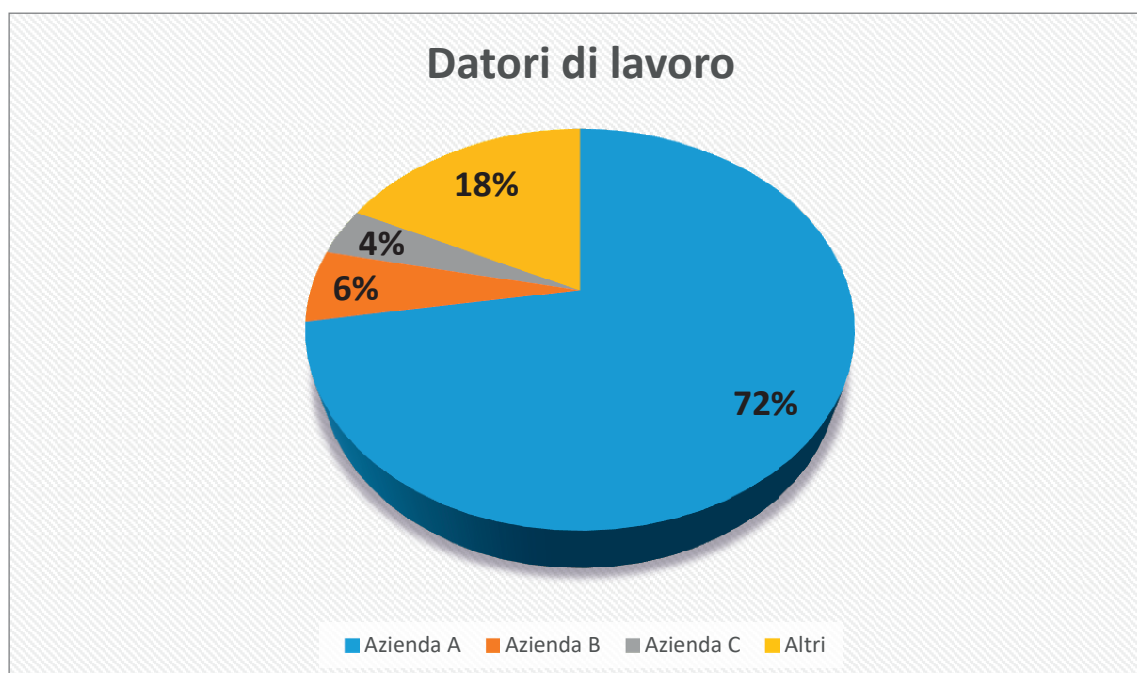
Mansioni



Fonte: Flussi informativi - Rielaborazioni III settore SSC

Da rilevare che la totalità delle mansioni registrate è presente anche in altre categorie Ateco.

Per quanto attiene alle aziende di provenienza dei lavoratori, abbiamo rilevato questa distribuzione:



Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

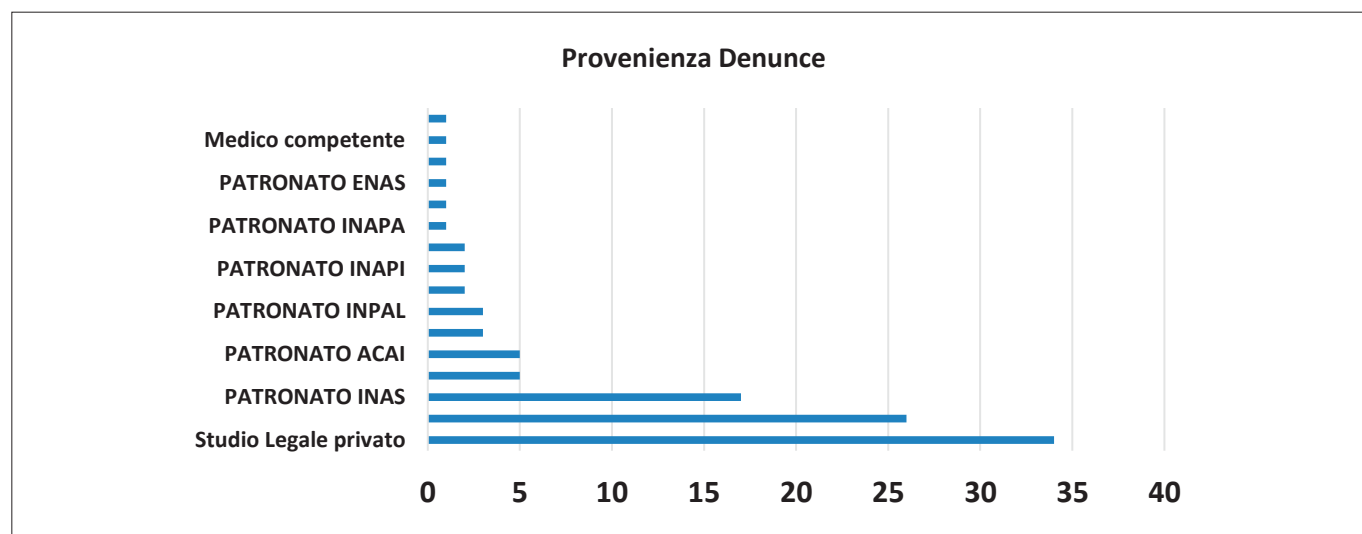
È questo dunque un primo dato sorprendente. Oltre il 70% delle denunce regionali, per questa specifica attività produttiva, **provengono da una medesima azienda**, stesso datore di lavoro, stessa unità produttiva. Questo potrebbe far ipotizzare una omogeneità nella presentazione dei fascicoli

delle denunce alle Sedi, in ordine alla natura della documentazione presente. Eppure non è così. Paradigmatico in tal senso è il dato della presenza nella pratica del DVR, che si supporrebbe esserci in tutti i casi provenienti dalla medesima Azienda di grandi dimensioni. Invece, su **102 casi**, il

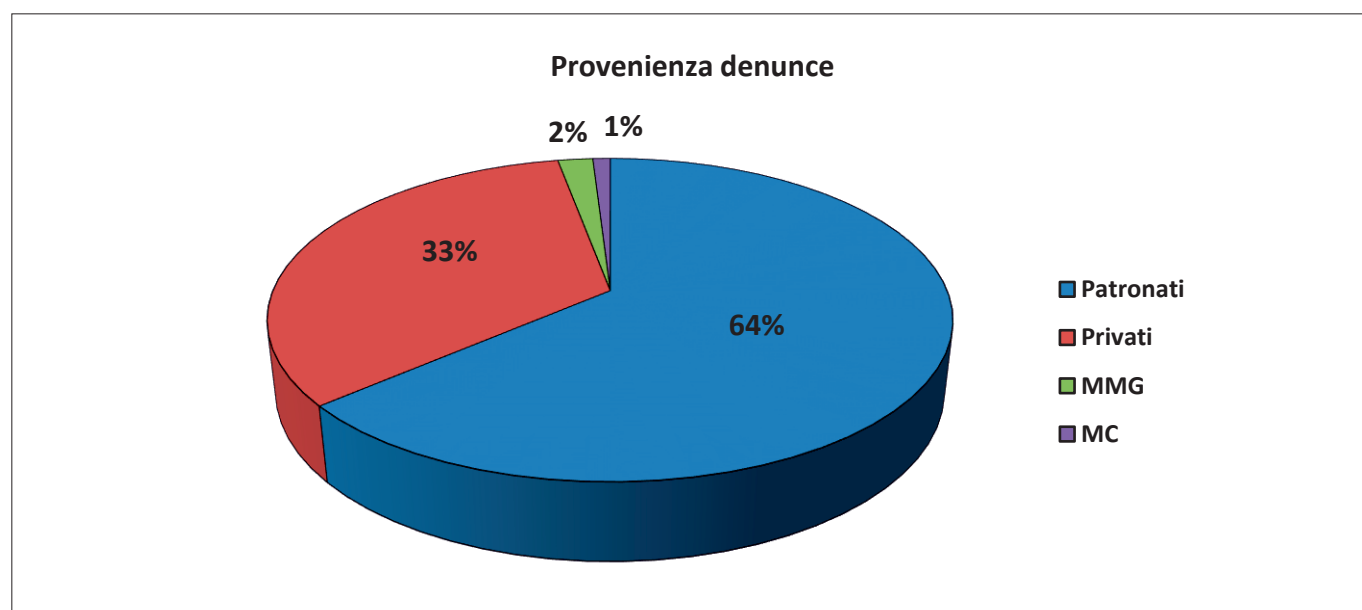
DVR era presente in appena **34 casi**, (33 del totale). Tra gli **80 casi negativi** in prima battuta, il DVR era presente **28 volte (35% del totale)**, mentre tra i **22 positivi** è presente **6 volte (27% del totale)**. Nei 24 casi in cui si respinge per documentazione insufficiente, agli atti è presente il DVR in 14 casi, assente in 10. In estrema sintesi, **non è possibile rilevare correlazione statistica significativa tra presenza di DVR o la sua assenza ed esito della domanda**.

In ordine alla provenienza delle denunce, ovvero alla natura del denunciante, il dato più significa-

tivo, anche in relazione alle realtà osservate sul resto del territorio nazionale, è la consistenza numerica delle denunce provenienti da **studi legali e/o professionali privati** (con prevalenza assoluta di un **singolo Studio legale di Cagliari**). Questo dato presenta un riscontro evidente con quello del contenzioso legale, che esamineremo successivamente. Ancora una volta, come in altre regioni, la presenza sul territorio di Enti di Patronato attivi è un fattore determinante, mentre si conferma la totale ininfluenza del Medico competente e del Medico di Medicina generale.

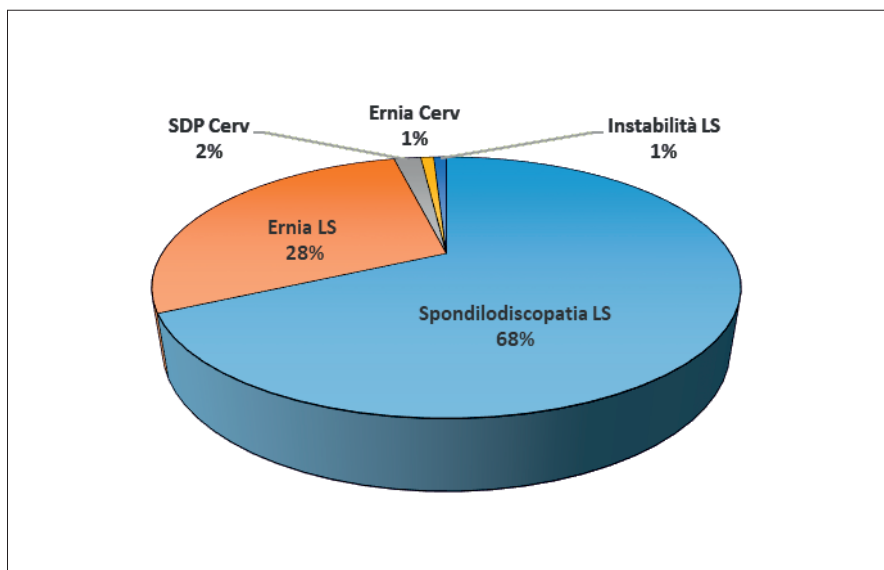


Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC



Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Tra le **diagnosi accertate**, questa la frequenza riscontrata:

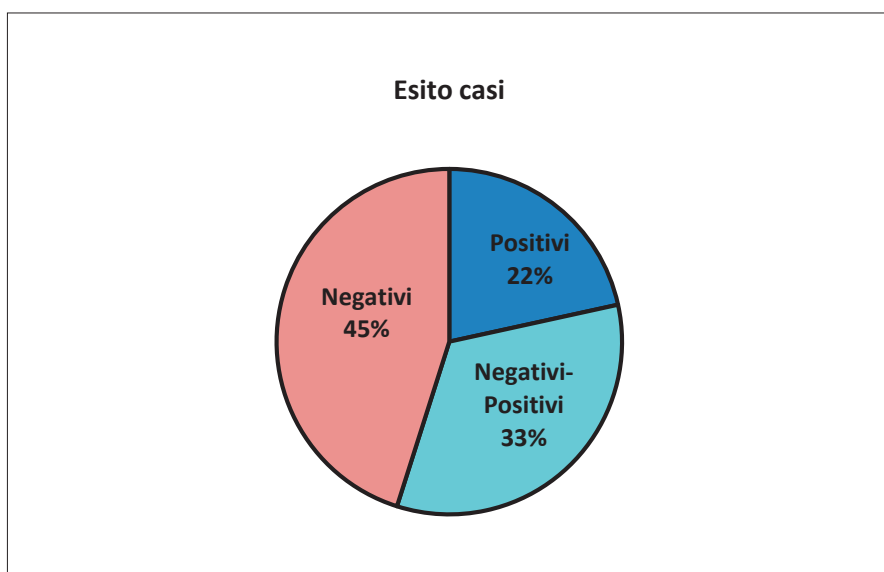


Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Come prevedibile, la patologia più denunciata è la **Spondilodiscopatia del tratto lombosacrale**, senza franche focalità erniarie, seguita dall'**Ernia lombosacrale**. In tutto, il 97% delle denunce riguarda patologie che interessano il tratto lombosacrale e appena il 3% quello cervicale.

Per quanto attiene all'esito delle denunce, abbiamo il **21,5%** di **casi positivi** al primo accertamento (di cui il 23% Tabellate (M51.2); il DVR o il DSS era consultabile nel 31,8% dei

casi) e il **33,3%** di **casi** che sono stati **dapprima respinti e poi accolti in contenzioso**, amministrativo o giudiziale (di cui il 21% Tabellate (M51.2) -il DVR o il DSS era consultabile nel 32,4%). Il **totale dei casi positivi**, a seguito di contenzioso si è dunque esteso al **54,8%**. Nel **45%** dei casi (di cui il 9% di patologie tabellate; il DVR o il DSS era consultabile nel 34,8% dei casi) il **giudizio è stato negativo** e tale è rimasto.



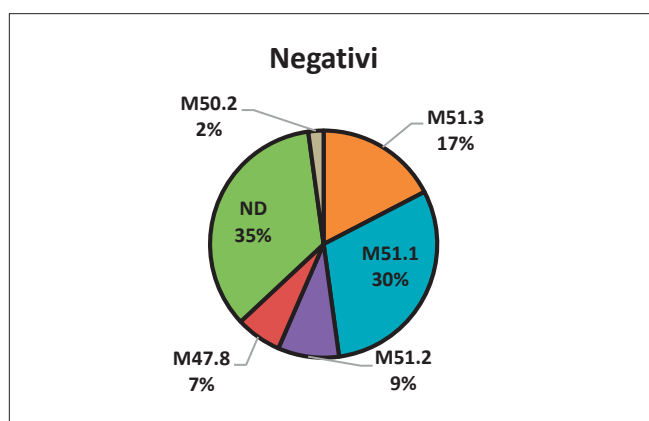
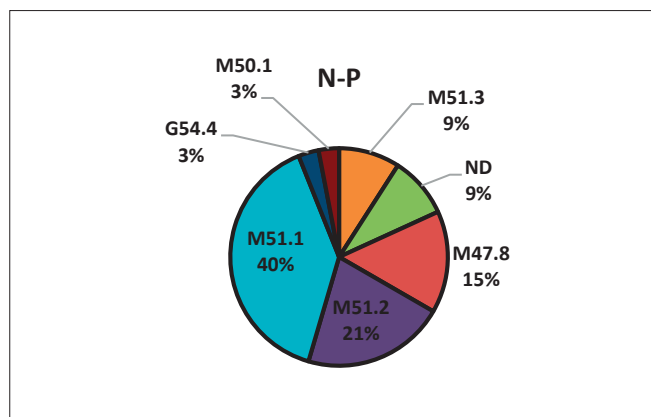
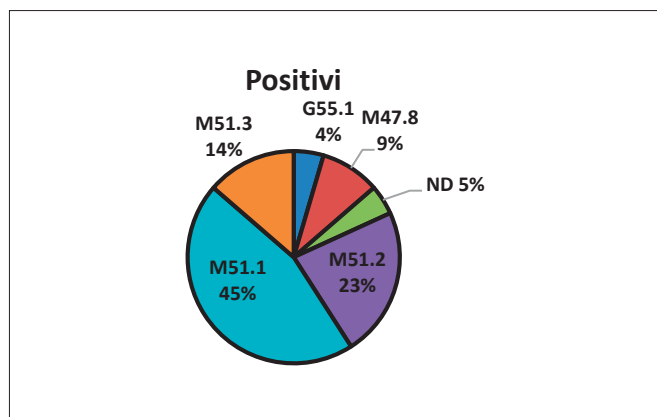
Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Delle denunce presentate, dunque, il **78 % viene respinto in prima istanza**, il **22% accolto**. Degli **80 giudizi di respingimento formulati** in prima

istanza, il **42% viene cambiato in contenzioso**. Ci siamo chiesti quale relazione intercorresse tra **diagnosi ed esito** della denuncia. Nei grafici sot-

to riportati, si sono confrontate le percentuali relative alle diverse patologie, identificate con i codici ICD X dettagliati nella legenda; sono stati distinti tre gruppi di casi in relazione all'esito:

Positivi in prima battuta, **inizialmente negativi e poi riconosciuti (N-P)**, **Negativi** in prima battuta e restati tali.



Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Legenda:

M50.1 Disturbo di disco cervicale associato a radicolopatia

M50.2 Ernia cervicale

M51.1 Disturbi di disco intervertebrale lombare e di altra sede associati a radicolopatia;

M51.2 Ernia di altro disco intervertebrale specificato;

M51.3 Degenerazione di altro disco intervertebrale specificato;

M47.8 Altre spondilosi.

G55.1 Compressioni delle radici nervose e dei plessi in disturbi dei dischi intervertebrali (M50 M51)

G54.4 Disturbi delle radici lumbosacrali non classificati altrove

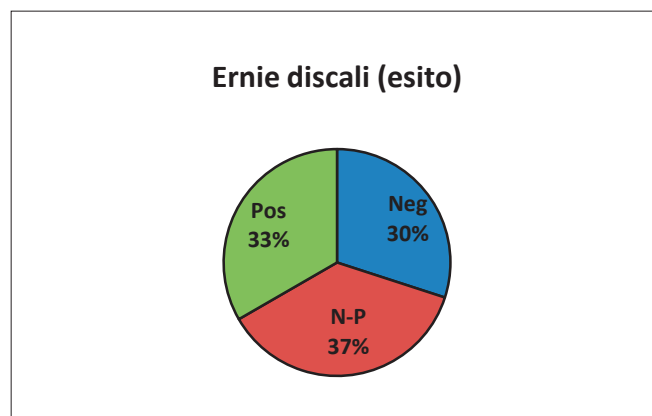
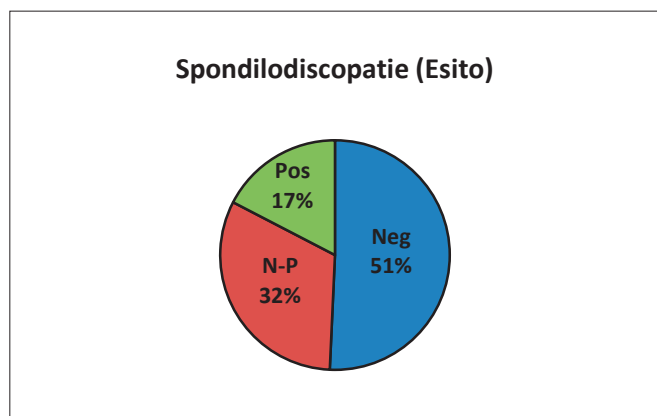
In ognuna delle casistiche prevalgono i casi di **Spondilodiscopatia lumbosacrale (SDPLS)** essendo statisticamente la patologia di gran lunga più denunciata. Interessante il dato delle **Non Determinate**, che incide per una quota significativa sul contingente di negative (35%), essendo al contrario residuale in quello delle positive (5%), ad indicare che una approssimazione nella diagnosi o una inconsistenza della documentazione medica in istruttoria indirizza inevitabilmente l'esito. Le **Ernie discali** sono prevedibilmente molto rappresentate nelle positive in prima e se-

conda battuta, mentre diventano minoritarie nelle negative che restano tali. Questo dato è evidentemente correlato al **sistema di tabellazione**, che permette di presumere l'origine professionale della patologia in caso di congrua esposizione solo nel caso dell'ernia e non in quello della discopatia senza focalità.

Questo fenomeno si osserva ancor meglio se si ribalta il punto di vista e si studia la frequenza degli esiti a partire dalle diagnosi. Tra le denunce con diagnosi di **spondilodiscopatia lumbosacrale**, il 51% hanno esito negativo, ma il

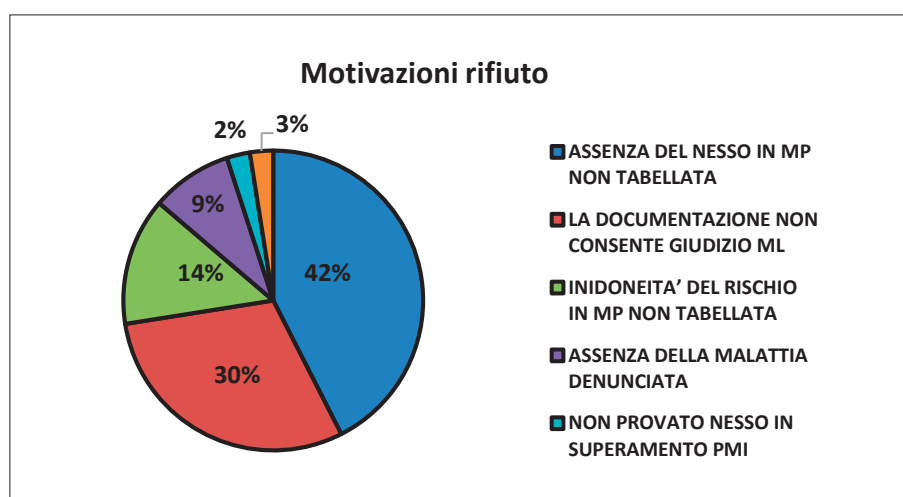
32% delle denunce totali da negative diventano positive dopo opposizione, mentre il 17% sono positive già in prima battuta. Nei casi in cui è stata diagnosticata **un'ernia**, gli esiti positivi in

prima battuta salgono al 33% del totale, quelli che diventano positivi a seguito di opposizione sono addirittura il 37%, mentre i negativi che restano tali sono il 30%.



Una fase importante del lavoro è consistita nello **studio dei casi negativi in prima battuta**. Degli

80 casi respinti in prima istanza, questa la distribuzione dei visti negativi:



Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Tra i visti negativi, dunque, si registra una significativa prevalenza di quello per '**Assenza del nesso in malattia non tabellata**', che viene utilizzato molto spesso quando il quadro clinico dimostrato dalla documentazione non devia dalla media riscontrabile nella popolazione generale per l'età e dunque non può essere attendibilmente correlato a un'esposizione lavorativa. È un caso frequente per le spondilodiscopatie lombosacrali, patologie diffuse nella popolazione generale e a genesi multifattoriale. Un altro aspetto da evidenziare è l'elevata frequenza del visto negativo perché la '**Documentazione non consente giudizio ML**' (30%) e per '**Assenza**

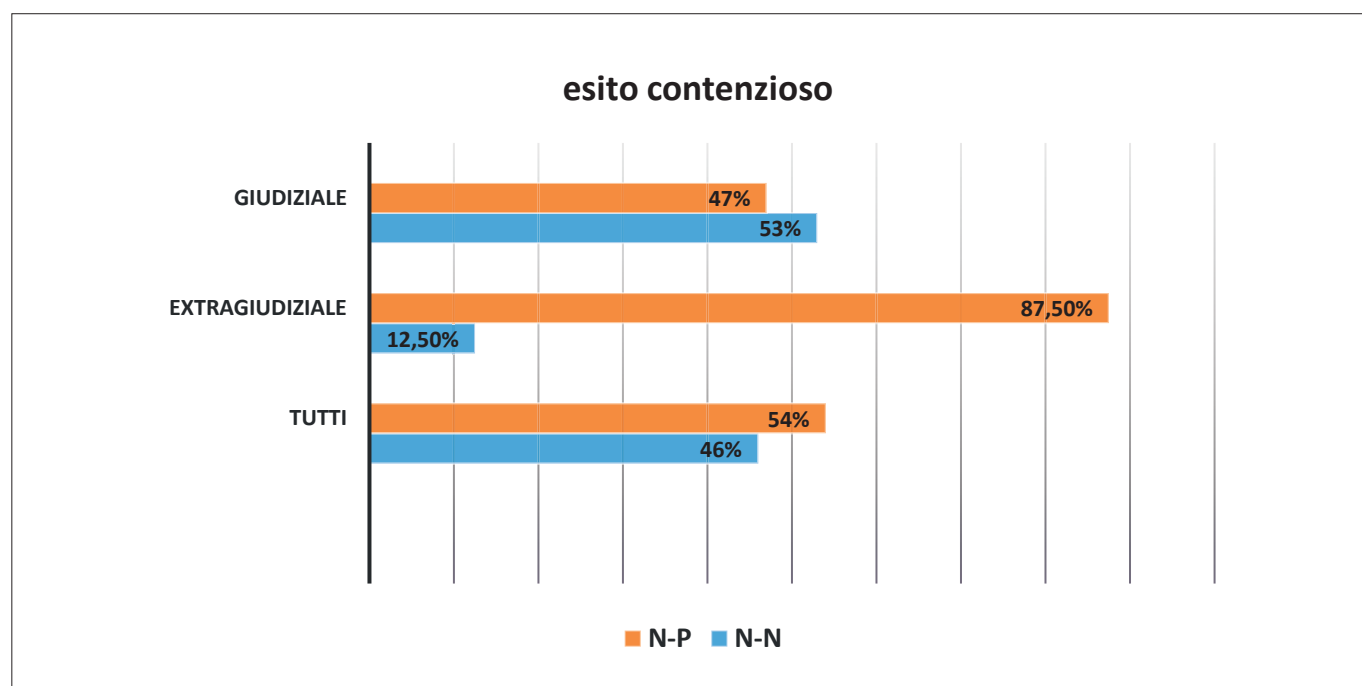
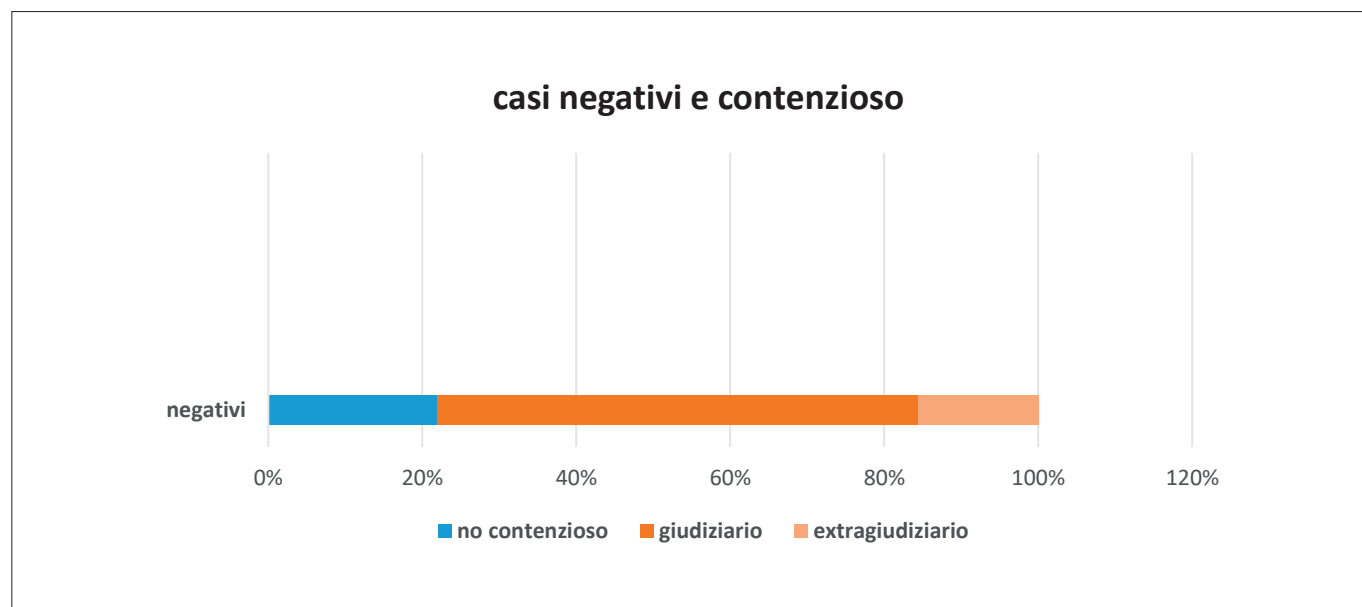
della malattia denunciata' (9%) entrambi correlati a una insufficiente istruttoria della pratica da parte del denunciante.

Abbiamo quindi condotto uno studio del **contenzioso**, che ha riguardato il **78% dei casi negativi** in prima battuta. Il **20%** di questi casi segue la via extragiudiziale, e viene definito a seguito di **collegiale medica**. Dei casi che sono discussi in collegiale, **l'87,5%** vede modificato il visto da negativo in positivo.

L'80% invece viene definito attraverso un **ricorso alla autorità giudiziaria**, senza il passaggio preliminare attraverso il contenzioso amministrativo. Di questi casi finiti in giudi-

zio, 4 sono ancora aperti. Dei restanti, nel 53% viene confermato il giudizio negativo, nel 47% il giudizio da negativo passa a positivo. In to-

tale, tra collegiali e ricorsi, nel **54% dei casi il giudizio viene modificato** da negativo in positivo.



Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

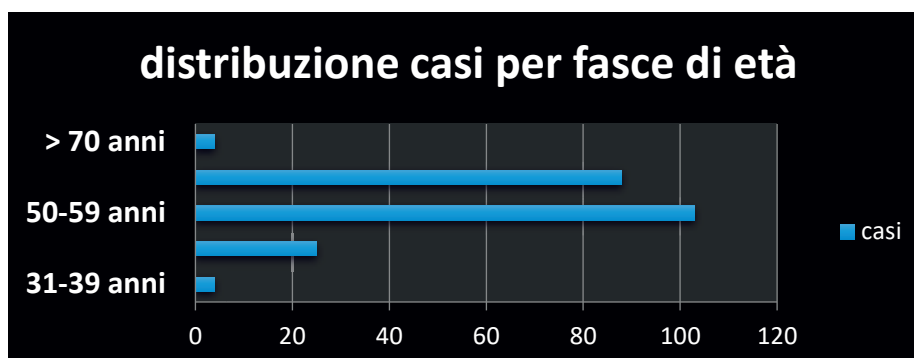
STUDIO MINATORI E CAVATORI ITALIA 2015-2019

Dal lavoro fin qui svolto, abbiamo tratto la convinzione che le mansioni del **Minatore** e del **Cavatore**, pur con le relative specifiche che non le rendono completamente sovrapponibili, sono tra quelle che fanno registrare tra i più alti tassi di incidenza di denunce di malattie a carico del rachide. Le due mansioni non sono esclusive della Categoria Ateco B, nella quale vengono classificate le azien-

de che si occupano prevalentemente di estrazione mineraria. Soprattutto quella del minatore è una **mansione trasversale a molte classi produttive**, quali ad esempio le Costruzioni specializzate (F43) o l'Ingegneria civile (F42). Abbiamo pertanto deciso di estrarre **tutti i casi di denuncia di malattie del rachide relativi a lavoratori operanti in queste mansioni**, a prescindere dalla categoria Ateco dell'azienda datrice di lavoro, su tutto il territorio nazionale, nel quinquennio di riferimento.

Analisi del campione - Abbiamo dunque esaminato l'intero contingente di denunce registrate in Italia per queste due mansioni nel quinquennio 2015-2019, aprendo uno per uno tutti i casi in CarCli, dopo aver ricavato la lista di

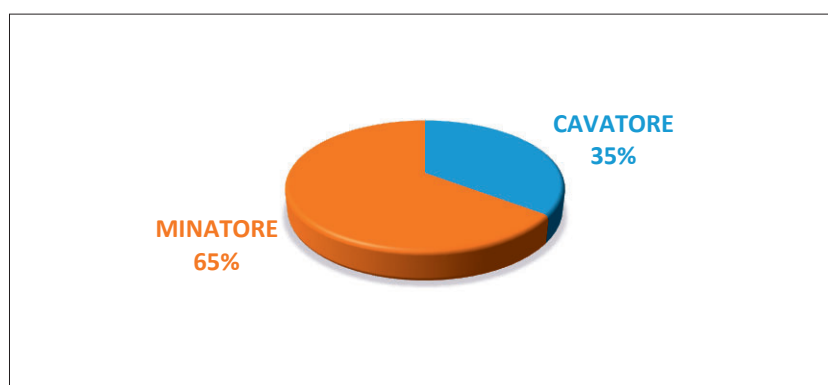
numeri caso dalla procedura Flussi. I casi esaminati sono **224**, tutti maschi. L'età media è di 57,3 anni, con età minima registrata di 32 anni, massima di 73 anni. Questa la distribuzione per fasce d'età:



Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Tra le due mansioni indagate, prevale largamente quella di **Minatore (65%)** su quella di

Cavatore (35%).



Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Le prime cinque sedi d'Italia per numero di casi, sono: Carbonia (37); Carrara (35); Cagliari (27); Cosenza (23); Crotona (20). Le prime cinque regioni per numero casi: Sardegna (71); Toscana (55); Calabria (48); Lazio (9); Liguria (7).

Lo studio delle tipologie di datore di lavoro ha ancora una volta evidenziato una forte concentrazione dei casi. Ben $\frac{1}{4}$ di tutte le denunce proviene da

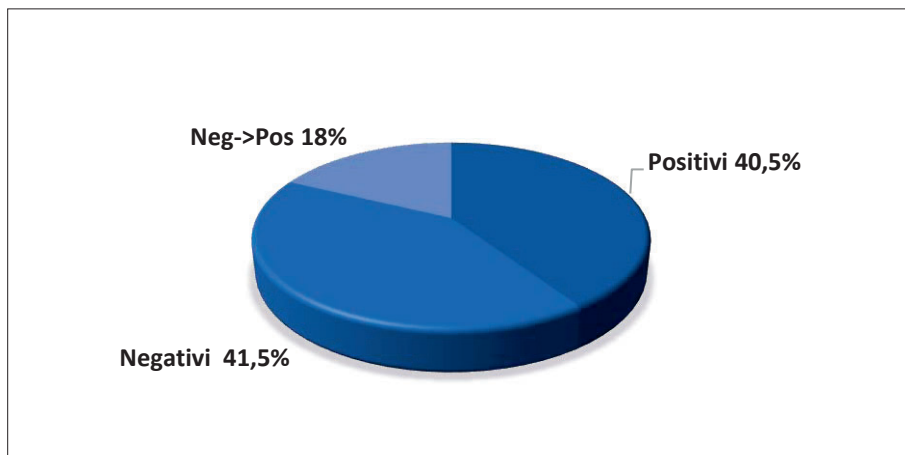
un'unica grande azienda estrattiva (antracite) del Sud Sardegna (A), la medesima individuata nella precedente analisi. un numero importante è registrato anche in un grande consorzio che si occupa di **edilizia civile** e in particolare di gallerie ferroviarie e stradali (B). l'Azienda A assomma il 24 % di tutti i casi denunciati per questa mansione in Italia nel quinquennio in esame.

Azienda	Tipologia	% sul totale Italia
A	Estrattiva	24%
B	Consorzio Edile	10%
C	Estrattiva	3,5%
D	Edilizia	2%
Altre		60%

Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

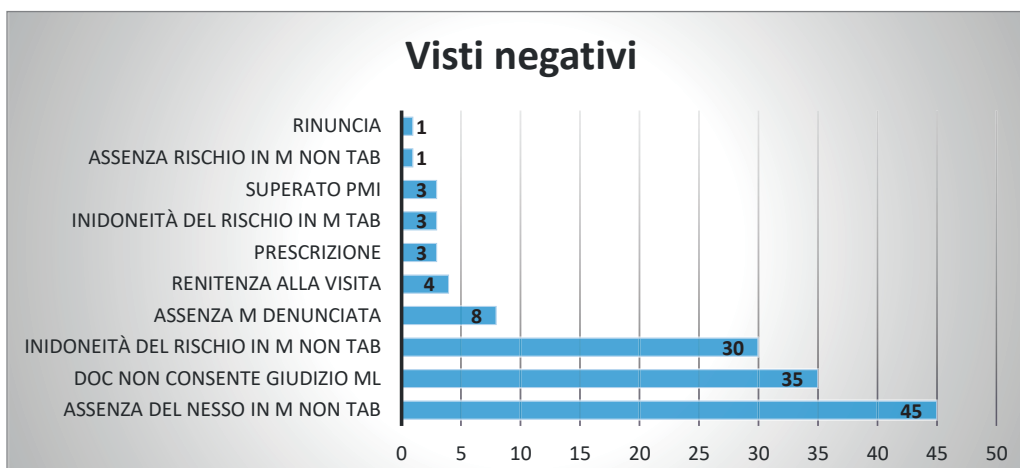
Per quanto attiene all'**esito delle denunce**, abbiamo rilevato **il 59,5%** di casi giudicati negativi e il **40,5% positivi**, in prima battuta; dopo con-

tenzioso, una quota imponente del totale (**18%**) diventa positivo.



Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

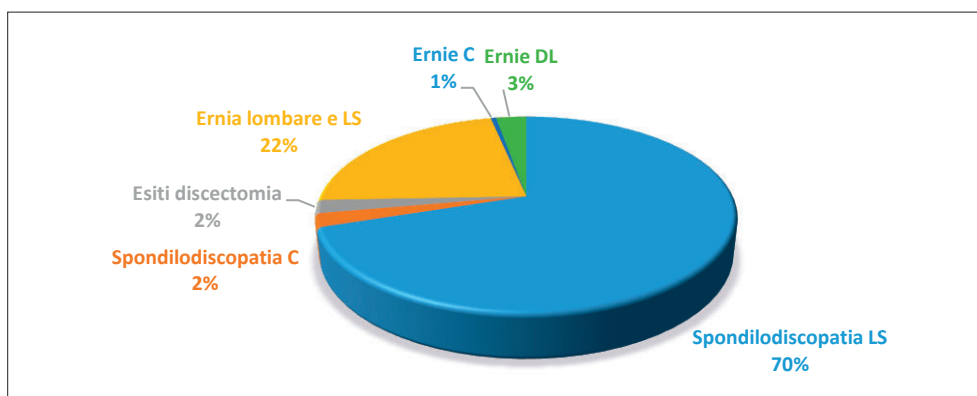
I casi inizialmente **negativi**, presentano la seguente **distribuzione di motivazioni di respingimento:**



Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Ancora una volta, il più frequente visto negativo è 'Assenza del nesso in MP non tabellata'; le tipologie di visto in qualche modo correlabili alla **imperfetta istruzione della pratica** da parte del

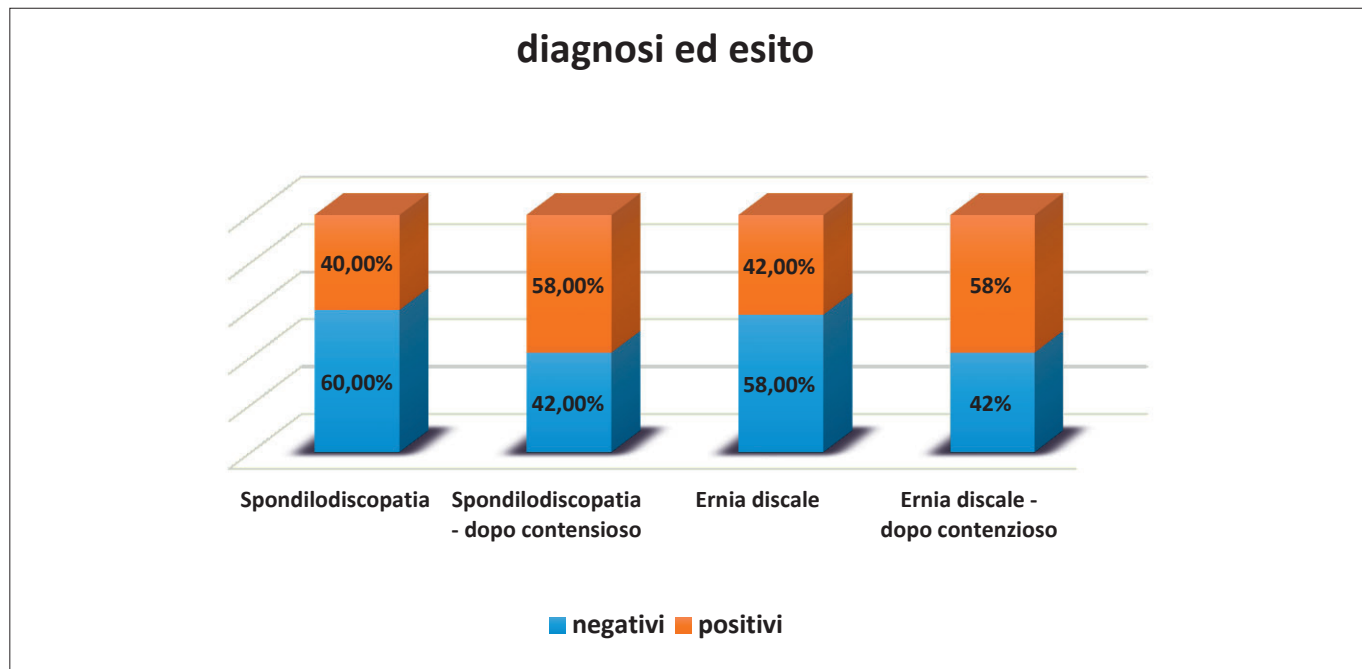
denunciante, assommano ad oltre il **40%** dei casi. Tra tutti i casi esaminati, questa la frequenza delle diagnosi:



Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Dunque, ancora netta prevalenza delle Spondilodiscopatie, che assommano i $\frac{3}{4}$ delle denunce complessive. Un'indagine del rapporto tra dia-

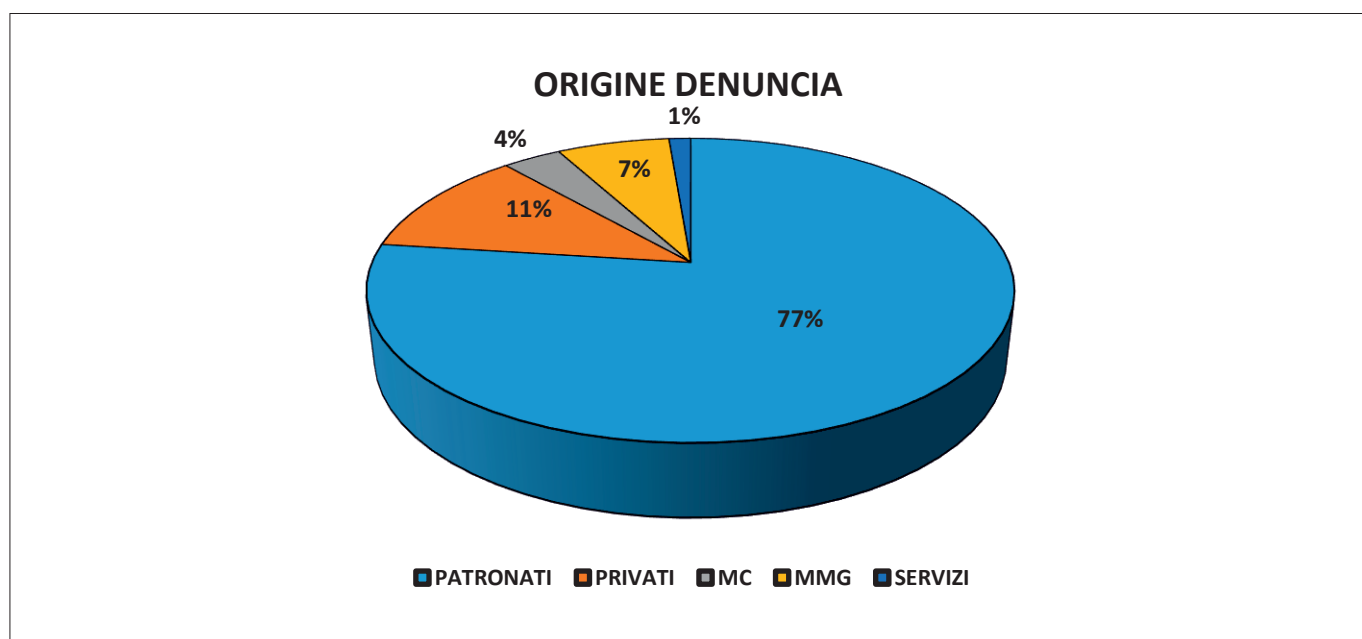
gnosi ed esito della denuncia fornisce elementi di riflessione.



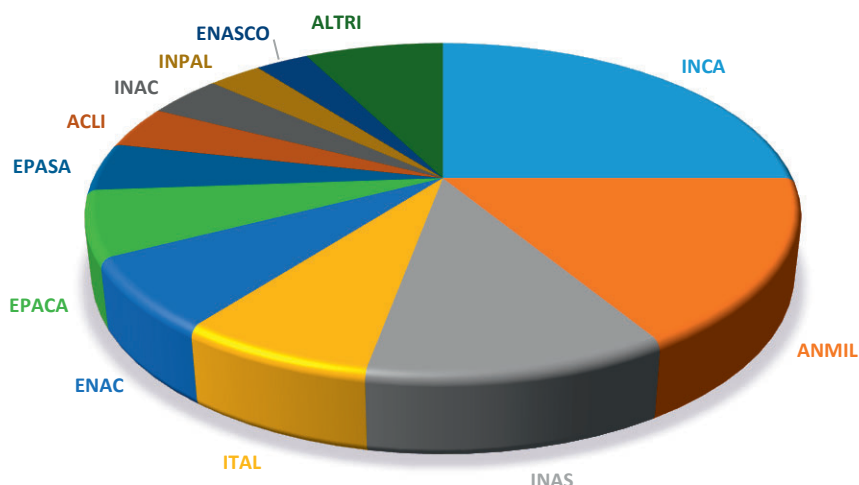
Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Si rileva che le percentuali di respingimento tanto nelle ernie quanto nelle spondilodiscopatie sono praticamente sovrapponibili e il contenzioso sortisce il medesimo effetto per entrambe le patologie. **La tabellazione della patologia Ernia discale**, dunque, **non** è decisiva ai fini dell'esito della denuncia, rispetto ad altre affezioni del ra-

chide non tabellate. Anche il **DVR**, presente nel 29% dei casi totali, si ritrova nel 28% dei casi definiti negativamente e nel 30,5% dei casi positivi in prima. Praticamente, si dimostra ininfluenza ai fini del riconoscimento. Abbiamo indagato da dove provenisse la denuncia. Questi i risultati:



PATRONATI



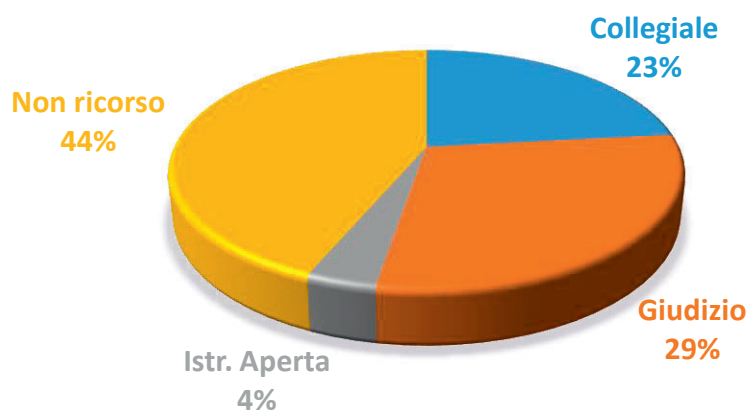
Fonte: Flussi informativi – Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

Lo **studio dei negativi** e degli esiti del contenzioso, ha evidenziato alcune differenze con l'analisi dedicata alla sola Sardegna. Tra tutti i casi negativi, appena il **56%** ha dato luogo a **contenzioso**, a fronte del 78% che avevamo verificato in Sardegna. Di questi, il **41%** ha seguito la **via extragiudiziale** e il **59%** è finita **in giudizio**: i valori erano, rispettivamente, 20% e 80% in Sardegna, dove, evidentemente, si preferisce di gran lunga adire le vie legali. Il dato non può non essere correlato a quello della provenienza delle denunce che, come visto, nella provincia del Sud Sardegna in particolare si focalizza su un unico Studio legale.

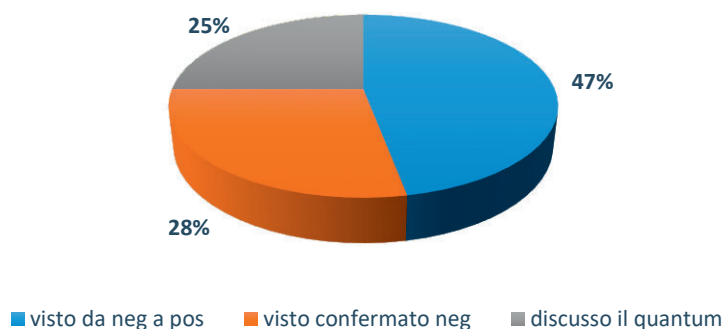
Tra i casi decisi in **Collegiale**, nel 58% il visto si è modificato da negativo in positivo, nel 23% è rimasto negativo, nel restante 19% è stato modificato il quantum.

Tra i casi in cui si è andati in **Giudizio**, nel **39%** è stata **ribaltata la valutazione di respingimento** dell'Inail; nel **32%** è **stato confermato il visto negativo** dell'Inail; nel **18%** è **stato modificato il quantum**; il restante **11%** è **ancora in via di definizione**. Quindi, su tutti i casi definiti in contenzioso, extragiudiziale o giudiziale, nel 47% il ricorso dell'assicurato ha ribaltato il visto inizialmente negativo.

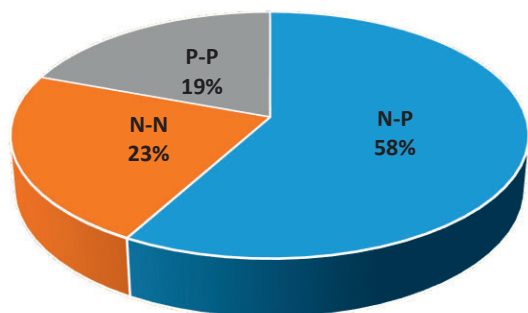
CASI NEGATIVI



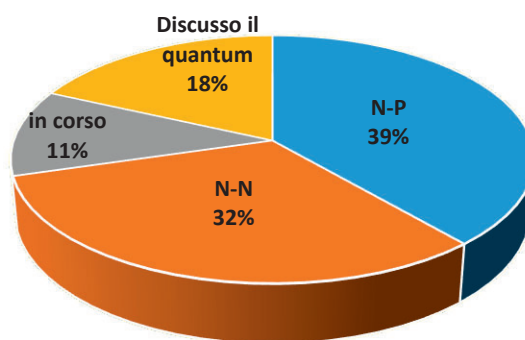
Esito contenzioso



Collegiali



Giudizio



Fonte: Flussi informativi - Car.Cli. - Rielaborazioni III settore SSC

CONCLUSIONI

L'analisi quantitativa delle attività a livello provinciale e di sede, ha dimostrato una **significativa disomogeneità** nella propensione alla denuncia, nella modalità di istruzione della stessa e, non di rado, nella metodologia di approccio medico-legale alle medesime casistiche. Questo richiama la necessità di una promozione, dal livello centrale verso il territorio, di **elementi di standardizzazione**: istruzioni tecnico-scientifiche e operative, in primis; formazione, interazioni tra diverse realtà e audit, in secondo luogo.

La rassegna sulle tipologie di visto negativo nei casi di respingimento (**studio dei negativi**) ha evidenziato una forte concentrazione di motivazioni legate alla **incompletezza del dato** a disposizione e alla sua scarsa qualità, dovute, a loro volta, ad omissioni nella raccolta, alla lentezza della risposta di molte realtà produttive alle richieste di

integrazione dell'Inail, in rapporto alle tempistiche imposte dagli obiettivi legati alla performance, alla mediocre qualità e specificità dei DVR.

La lentezza della risposta alla richiesta dei documenti può essere ricondotta per lo più alla differente operatività dei **patronati** e delle **Asl**, o alla puntualità del **lavoratore stesso**. Per ognuna di queste fattispecie sono ipotizzabili **azioni di miglioramento**: potrebbe essere senz'altro utile un incontro con i Patronati, che raccolgono oltre il 60% della casistica, con il supporto delle nostre strutture regionali e nazionali; potrebbero essere illustrati, dati alla mano, gli elementi di carenza prevalenti nelle denunce, o le evidenze tecnico-scientifiche che ne dovrebbero essere il presupposto, per concordare una policy condivisa nella presentazione dei casi; potrebbero essere forniti dalla SSC indirizzi operativi relativi alla modalità di richiesta di informazioni su eventuali indagini

ispettive presso le Aziende di interesse del medico Inail; potrebbe essere immaginato uno strumento informativo di semplice consultazione, rivolto ai lavoratori che intendono presentare riconoscimento di malattia professionale. Lo stesso strumento potrebbe essere inviato al medico di famiglia, per la agevolare la compilazione del primo certificato.

Sul fronte interno, è senz'altro matura una riflessione sulle modalità di individuazione degli **obiettivi di performance** in tema di Malattie Professionali, prendendo atto della pericolosità del sistema adottato attualmente, che fissa termini cronologici perentori per la definizione della pratica.

L'altro gruppo di motivazioni estratte dalla casistica dei visti negativi, è legato alla **impossibilità di stabilire un nesso di causalità tra malattia denunciata e rischio**, in malattia non tabellata. Questa criticità, si riferisce esplicitamente alla spondilodiscopatia del rachide lombare in soggetti di età compresa tra i 50 e i 70 anni, a prescindere dalla esposizione al rischio per movimentazione manuale di carichi. Il fenomeno è peraltro concentrato in alcune realtà provinciali e assente in altre. Vista la numerosità dei casi coinvolti da questa fattispecie, sarebbe senz'altro utile, a nostro avviso, un **lavoro di approfondimento della tematica tecnico-scientifica**, con la produzione di una pubblicazione e di una linea guida specifica, a cura della SSC e della Contarp, che si prefigga di supportare le decisioni dei colleghi medici per uniformarle il più possibile nella direzione della massima accuratezza e di una medicina legale basata sulle evidenze.

Un altro elemento emerso dal nostro studio è il fenomeno della **concentrazione** di un alto tasso di denunce provenienti da singole realtà produttive. Potrebbe essere utile, in questi casi, una interazione con i Servizi delle Asl di riferimento, per verificare l'effettuazione di **attività ispettiva** o eventualmente con l'INL, per sollecitarla. Potrebbe essere altresì indicata un'interazione tra Direzione territoriale (o regionale) Inail e attività produttiva, per valutare insieme la possibilità di attuazione di programmi di prevenzione attraverso **progetti specificamente dedicati**.

E ancora, l'esame delle tipologie e dell'esito del **contenzioso**, nelle realtà territoriali analizzate, dimostra che il ricorso, sia per via extragiudiziale che giudiziaria, nella gran parte ci vede soccombenti in una quota significativa di casi.

- **Un'attività formativa e di indirizzo** sui presupposti tecnico-scientifici del riconoscimento di MP, rivolta ai medici inail sul territorio, potrebbe anche in queste casistiche produrre un effetto positivo sui dati e sui carichi di lavoro;
- Per il contenzioso extragiudiziale, l'**incontro con i Patronati** proposto in precedenza per l'individuazione di policy standard per la presentazione delle domande, potrebbe rivelarsi utile anche in questa fattispecie, abbreviando i tempi della trattazione e dando maggiore certezza di riconoscimento.
- Nel contenzioso giudiziario, appare necessario **favorire la partecipazione del Medico Inail alle operazioni peritali**, che dovrebbero essere pretese dall'Ente in orario di lavoro, oppure retribuite al medico con compensi extra, valutando il tempo impiegato, ad esempio, come straordinario e riconoscendo il trattamento di missione.
- In alcune realtà, ove in particolare si concentra il contenzioso giudiziario, andrebbe favorito un **incontro tra Dirigenza amministrativa e sanitaria dell'Unità territoriale** (o della DR) con i dirigenti del **Tribunale di riferimento**. In questa circostanza, si potrebbe chiedere: la nomina di CTU solo tra medici legali e del lavoro referenziati; che i quesiti formulati dal Giudice al CTU siano condivisi ed eventualmente integrati dal medico Inail; che il CTU che riconosce una MP in prima istanza respinta dall'Inail inoltri obbligatoriamente il referto all'autorità giudiziaria;

Altro aspetto emerso dall'analisi del contenzioso è l'**elevato numero di azioni giudiziarie intraprese** senza aver esperito la collegiale. Deve essere preteso dall'Istituto che il contenzioso giunga in Tribunale solo se la fase extragiudiziale è stata del tutto esperita.

In alcune realtà, infine, i dati dimostrano una seria difficoltà di **emersione** del fenomeno Ma-

lattia Professionale. Gli eventi non sono denunciati, arrivano con molta più fatica all'attenzione dei nostri uffici, a differenza di quanto avviene in altri territori. In queste realtà, in un'ottica di prevenzione oltre che di tutela assicurativa, pos-

sono essere attuate dalle DR **strategie di ricerca attiva**, con il supporto della struttura nazionale: corsi, seminari, eventi formativi sul territorio, destinati a medici della sanità pubblica, medici di famiglia, medici di patronato.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Contatti: sovransentrale@inail.it

SITOGRAFIA

<https://inail.it/www.inail.it/intracs/intranet/informazioni/minisiti/strutture-tecniche-centrali/sovrintendenza-sanitaria-centrale.html>

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

Banca dati statistici INAIL;

Flussi Informativi INAIL;

Car.Cli.

PAROLE CHIAVE

Lombardia; prevenzione; tutela; rischio; mappa; malattia professionale

Autori: P. Rossi; M. Innocenzi; E. Saldutti; G. Norcia; D. Mandolesi; S. Manetta

©2022 Inail

isbn 978-88-7484-732-7

Tipolitografia Inail - Milano, marzo 2022