

49° Congresso Nazionale SICM
**Ricostruzione delle perdite di sostanza
dell'arto superiore**

8 OTTOBRE 2011

PROBLEMATICHE MEDICO LEGALI IN CHIRURGIA DELLA MANO

G. CARUSO¹, L. CARA², M. DEL BENE³, A. DE MAS⁴, A. VIGASIO⁵

¹SC Ortopedia e Traumatologia Ospedale San Giovanni di Dio Firenze; SS Chirurgia della mano e Arto Superiore Ospedale Palagi, Firenze

²S.C. di Ortopedia e Microchirurgia Ricostruttiva P.O. Marino, Cagliari

³UO Chirurgia Plastica Ricostruttiva, Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ricostruttiva, Ospedale San Gerardo, Monza

⁴S.C. Chirurgia della Mano e Microchirurgia, Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli, Pordenone

⁵Centro di Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ortopedica, Istituto Clinico Città di Brescia, Brescia

CORSO DI ISTRUZIONE: PROBLEMATICHE MEDICO-LEGALI IN CHIRURGIA DELLA MANO

INTRODUZIONE

(Giancarlo Caruso)

Le problematiche medico legali hanno subito negli ultimi anni una vera e propria impennata a causa di vari fattori. Se da un lato l'uso di procedure e tecniche sempre più sofisticate e avanzate permettono di raggiungere traguardi sempre più ambiziosi, d'altro canto i pazienti, non sempre ben informati e influenzati anche da notizie mediatiche non completamente corrette, non accettano risultati inferiori a quelle che erano le loro aspettative preoperatorie. Il totale dei contenziosi in area medica, contro Asl e singoli professionisti, è infatti cresciuto, dal 1994, del 255%, arrivando a superare la soglia dei 34 mila (dati ANIA - Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici -).

Il numero dei sinistri nel 2009 è cresciuto sensibilmente rispetto all'anno precedente (+15%) e ad aumentare è sia il numero delle denunce contro i singoli professionisti (12.559 del 2009 contro 11.851 dell'anno precedente) sia quelle contro le Asl (21.476 del 2009 contro 17.746 del 2008). Una crescita considerevole, accompagnata da quella parallela dei premi assicurativi pagati da Asl e medici, passati dai 35 milioni del '94 ai 485 milioni del 2009, di cui circa il 60% relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante 40% relativo a contratti stipulati dai professionisti sanitari. Il tasso

annuo di crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni rilevati (1999-2009) si attesta al 12,5%. È anche per questo che, negli ultimi anni, molte aziende sanitarie preferiscono non assicurare i medici con grandi compagnie ma provvedono esse stesse direttamente alla eventuale liquidazione del danno. Il nostro lavoro, inoltre, risente spesso del conflitto che si viene a creare tra il nostro impegno per la cura diretta del malato e le esigenze di tipo organizzativo-procedurale-economico che, se da un lato hanno lo scopo di facilitare e pianificare alcuni trattamenti, non sempre si accordano con situazioni procedurali specifiche per ogni singolo paziente. Secondo una recente sentenza della Corte di Cassazione (1) i medici "possono non ottemperare alle norme dell'ordinamento qualora queste contrastino con gli scopi della professione medica". Un'altra sentenza (2) sottolinea che a un medico, per liberarsi da ogni responsabilità, non basta dire di essersi "attenuto scrupolosamente alle linee guida" previste per i professionisti. La Corte d'Appello di Milano, ha ammonito i medici sul fatto che "la valutazione di dimissibilità deve essere di ordine medico, non statistico". Il professionista, infatti, "nel praticare la professione medica deve con scienza e coscienza perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni,

considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge e alle conseguenti relative responsabilità". In questo contesto che tende a un continuo cambiamento, la Commissione Medico Legale (CML) della Società Italiana di Chirurgia della Mano (SICM), si è occupata di alcuni argomenti delicati, nella speranza di offrire ai propri iscritti un supporto per affrontare alcune problematiche medico legali che diventeranno sempre più frequenti. Nel biennio 2007/2009 la CML (Tab. 1) ha affrontato, tra gli altri, il problema del consenso informato proponendone diversi tipi, a seconda dei soggetti, e dando delle indicazioni sul come affrontare alcuni casi particolari. Della CML hanno fatto parte, tra gli altri, un magistrato e un medico legale il cui supporto si è rivelato di grande ausilio. Le indicazioni alla compilazione e i vari modelli di consenso informato, sono disponibili sul sito della SICM. Sempre nel biennio 2007/2009 è stato affrontato il problema della copertura assicurativa per la responsabilità professionale con delle proposte che sono state comunicate al congresso SICM di Savona nel

Tabella 1. CML SICM biennio 2007/2009

G. Caruso (Presidente)
 L. Cara (Segretario)
 F. Perella (Medico Legale)
 P. Suchan (Magistrato)
 C. Badoino (Membro)
 A. De Mas (Membro)
 D. Palombi (Membro)

Tabella 2. CML SICM biennio 2009/2011

G. Caruso (Presidente)
 L. Cara (Segretario)
 A. Appicciafuoco (Medico Legale)
 P. Suchan (Magistrato)
 A. Voce (Avvocato)
 M. Taddeucci Sassolini (Avvocato)
 A. De Mas (Membro)
 F. Torretta (Membro)
 M. Marcialis (Membro)
 A. Castagnaro (Membro)
 A. Azzarà (Membro)

2010. Nel biennio 2009/2011 (Tab. 2) la CML si è arricchita con l'ingresso di due legali di provata esperienza. In questo biennio la SICM ha fornito un elenco di consulenti per i Tribunali, scelti tra i propri iscritti, disponibili a fungere da consulenti tecnici d'ufficio da soli, ovvero inseriti in collegi peritali o come supporto agli altri periti. Questa iniziativa, permette alle Procure di avere un elenco di personalità scientifiche cui rivolgersi in caso di controversie medico legali e riconosce, finalmente, alle Società Scientifiche un ruolo che finora era stato loro negato. La SICM si è mossa in questo contesto fornendo l'elenco dei professionisti alla SIOT (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia) e, direttamente, a tutte le Procure della Repubblica, alle Corti di Appello e di Assise, a tutti i Presidenti dei Tribunali e degli Uffici di Sorveglianza. Inoltre l'elenco è stato fornito anche ai presidenti delle seguenti associazioni di medici legali: SIMLA (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni), COMLAS (Coordinamento Medici Legali Aziende Sanitarie), FAML I (Federazione delle Associazioni Medico-Legali Italiane). Con questo sforzo, la SICM si propone di fornire un valido aiuto non solo a coloro che devono giudicare ma anche ai propri iscritti che, malauguratamente, vengono sottoposti a procedimento penale o civile. Troppo spesso i periti incaricati, infatti, non sono in grado, anche per la vastità e la continua evoluzione e specializzazione dell'arte medica e delle conoscenze scientifiche, di esprimere dei giudizi autorevoli e completi. Purtroppo troppo spesso ci troviamo di fronte a perizie faziose se non addirittura aggressive, scritte senza fondamenti scientifici, con il solo intento di danneggiare un collega magari "rivale". Alcune cose stanno cambiando. Infatti, un recente decreto legislativo (3), prevede il tentativo obbligatorio di conciliazione per tutta una serie di materie in campo civile e commerciale, ivi comprese le ipotesi di risarcimento derivanti da responsabilità medica. La figura centrale di questo procedimento sarà appunto, il Conciliatore, ossia un professionista appositamente formato che è in possesso degli strumenti conoscitivi e relazionali per comporre la vertenza ed evitare l'iter giudiziario. Anche i medici possono svolgere la funzione di

Conciliatore e anzi la loro specifica preparazione li rende particolarmente adatti a risolvere le controversie in materia di responsabilità medica. Interessante è poi l'iniziativa dell'Ordine dei Medici di Roma, che ha istituito contro "le crescenti inefficienze del Servizio sanitario pubblico e le Continue aggressioni e violenze, anche fisiche" il Tribunale dei Diritti del Medico. I prossimi anni ci diranno se queste iniziative potranno avere successo.

CONSENSO INFORMATO E TRAPIANTO BILATERALE DELLE MANI

(Massimo Del Bene)

Il consenso informato rappresenta sempre di più oggi una tutela per il paziente e per il medico. Molte società scientifiche hanno previsto per i loro soci consensi informati dedicati e specifici per interventi routinari. Il problema si pone per gli interventi rari che escono dalla consuetudine, non riconosciuti dalla letteratura internazionale e con dati statistici irrilevanti. Tali interventi innovativi con complicità sconosciute nella quantità e qualità, rappresentano un terreno inesplorato non solo chirurgicamente ma soprattutto dal punto di vista medico-legale. È immaginabile la difficoltà di preparazione del consenso informato per un trapianto bilaterale delle mani, dove le complicità sono in buona parte sconosciute, così come la possibilità statistica di un rigetto. Le varianti in gioco sono così numerose che il consenso può solo in parte prevedere e coprire i possibili rischi, legati al trapianto da cadavere su vivente. In questi casi il Comitato etico gioca un ruolo fondamentale e di super partner per la buona riuscita dell'intesa tra l'équipe chirurgica ed il paziente. Il controllo da parte del comitato sviluppa una serie di eccezioni evidenziando quali sono i punti deboli del consenso sottoposto al giudizio. La presenza quindi di un organismo terzo che si interpone e presenza l'intesa (consenso informato) tra il chirurgo e il paziente è garanzia, per le parti in causa, di assoluta trasparenza nell'evidenziazione delle possibili complicità e rischi in assenza di dati della letteratura.

L'INSUCCESSO CHIRURGICO È SINONIMO DI LESIONE COLPOSA? COME RIDURRE IL RISCHIO DI INSUCCESSO IN CHIRURGIA DELLA MANO

(Adolfo Vigasio)

Oggi i procedimenti giudiziari contro i medici sono aumentati a dismisura. Questa situazione, generata in molti casi da incontestabili responsabilità dei medici, in molti altri casi è sicuramente la conseguenza di interessi diversi che coinvolgono altri medici, in primis i medico-legali, gli avvocati, i pazienti e i media. Ne consegue una vera e propria aggressione giudiziaria verso la nostra categoria, anche grazie ad una giurisprudenza che sembra sempre più orientata negativamente contro il medico secondo il principio "...in dubbio contra medicum". I chirurghi soprattutto sono in prima fila in queste controversie che coinvolgono in particolare ortopedici, chirurghi della mano, ginecologi, chirurghi plastici e otorinolaringoiatri. L'insuccesso chirurgico non è a priori da considerare sinonimo di errore colposo. L'errore colposo secondo la giurisprudenza attuale è l'errore professionale colpevole perché inescusabilmente incongruo o inferiore allo standard medio per vizio di perizia, prudenza, diligenza. È la cosiddetta "negligence" che nel sistema anglosassone questa è più comunemente definita "malpractice". Esiste però anche l'errore di tipo puramente tecnico, fortuito e veniale, dove il confine con la fatalità è molto sfumato, per circostanze non previste né prevedibili. Questa è "non negligence" perché la lesione è considerata legata al rischio intrinseco della attività diagnostica o terapeutica dove, per fortuna, non esiste una equazione tra errore e colpa. C'è infine l'insuccesso senza che si possa identificare un preciso errore del chirurgo. Purtroppo in molti di questi casi, laddove il risultato sia scadente rispetto al risultato abituale di questo tipo di intervento, nonostante l'assenza nella relativa documentazione clinica di validi motivi che possano configurare una responsabilità del chirurgo, quest'ultimo viene comunque considerato responsabile con ovvie sanzioni giudiziarie e quasi sempre con il risultato finale di rilevanti oneri economici. Di fronte a questo stato di cose è indispensabile da parte del chirurgo non solo un atteggiamento il più possibile responsabile

nella gestione tecnica di ogni caso, ma anche l'obbligo di utilizzare tutte le procedure utili a ridurre il rischio di contenzioso medicolegale. Fondamentale in quest'ottica è il ruolo del Consenso Informato che deve essere non vago e generico, non terroristico, ma con dettagliate notizie talora di tipo individuale con la descrizione delle particolari problematiche della patologia del paziente, della sua evolutività naturale, delle possibilità terapeutiche alternative e quella che viene proposta al paziente, citando i rischi più probabili non solo generici ma anche specifici del tipo di intervento previsto. In casi particolarmente delicati e difficili può risultare utile stilare un consenso personale che esponga nel dettaglio al paziente le problematiche particolari che hanno suggerito la scelta terapeutica, senza dimenticare di citare eventuali pareri di altri colleghi consultati dal paziente discutendone possibili punti controversi e sottolineando infine che si tratta di un caso di difficile gestione dove l'intervento "non garantisce il risultato". Molto importante è la presenza nella cartella clinica di una accurata e inequivocabile documentazione (referti medici o referti di esami strumentale) che confermi la patologia del paziente o, nel caso che gli esami strumentali non siano utili a giustificare l'intervento, è sempre meglio che vengano documentate nel Consenso Informato in modo ineccepibile le procedure e le motivazioni che hanno portato comunque alla scelta di operare e la metodica prevista. Il referto dell'intervento deve essere dettagliato descrivendo le tappe principali con eventuali difficoltà incontrate e problematiche emerse, in modo tale che in caso di complicazione si possa risalire a elementi clinici giustificativi della evoluzione imprevista e/o del cattivo risultato. In caso di errore o di lesione accidentale di qualche struttura è indispensabile porvi rimedio immediatamente se possibile. In questi casi resta poi molto difficile da parte del chirurgo trovare il coraggio e la lucidità di descrivere nel referto la lesione accidentale talora iatrogena e di citare nel dettaglio le varie problematiche, spesso anomalie anatomiche e/o difficoltà tecniche, che hanno favorito l'errore. Se poi il danno è riconosciuto solo più tardi il chirurgo dovrebbe, se competente in quella particolare problematica aggiuntiva e se indicato, riesplorare la lesio-

ne, o favorirne il recupero spontaneo, indirizzando se necessario il paziente a consulto da colleghi competenti nei quali nutre fiducia e con i quali possibilmente è in rapporto di amicizia. Gravemente sanzionabile è invece quel chirurgo che, nel timore di probabili ripercussioni giudiziarie, invece di aiutare il paziente, ricorre a sotterfugi spesso ridicoli per ostacolare il paziente nell'iter verso il riconoscimento del danno e quindi verso la guarigione.

ASSICURAZIONI: COSA BISOGNA CHIEDERE PRIMA DI STIPULARE UNA POLIZZA

(Luciano Cara)

Il problema della Responsabilità Civile (RC) Professionale in questi ultimi 15 anni ha cambiato notevolmente e progressivamente il rapporto fra medici e pazienti. La maggior frequenza nella denuncia di errori medici, l'ampliamento della responsabilità civile del medico, il riconoscimento, ormai consolidato, del danno biologico, sono stati ingredienti esplosivi che hanno reso sempre più difficile la stipula di polizze RC in ambito sanitario. Dagli inizi degli anni 2000 è diventato sempre più difficile per i medici garantirsi dai rischi relativi all'esercizio della professione, soprattutto chirurgica, subendo costi assicurativi molto significativi. Cosa è cambiato in quest'ultimo decennio sulla tipologia delle polizze RC? Sostanzialmente vi è stata la modifica del regime temporale della copertura assicurativa dalla forma "Loss Occurrence" alla forma "Claims made". La polizza "Loss Occurrence", praticata fino al 2000, dà diritto all'assicurato di avere garanzia di risarcimento per eventi avversi durante il periodo di copertura assicurativa con la certezza che, se l'evento sfavorevole si è verificato durante il periodo in cui era assicurato, qualsiasi richiesta di risarcimento, anche se notificata al professionista a molta distanza di tempo dalla data dell'evento, anche se il contratto con quella Compagnia di Assicurazione è stato rescisso e sostituito con altro, ed anche se il professionista ha cessato la sua attività, viene coperta per sempre dalla Compagnia assicurativa che all'epoca dell'evento copriva i rischi di responsabilità civile professionale. La po-

lizza “Claims Made”, oramai praticata oggi da tutte le compagnie assicurative, assicura la richiesta di risarcimento solo di quegli eventi avversi di cui si ha notizia durante il periodo di assicurazione. Si tratta di un “Claims Made limitato” in quanto, perché la richiesta di risarcimento sia coperta, si devono verificare due eventi: 1) la conoscenza e la denuncia del fatto devono avvenire durante il periodo assicurato; 2) la compagnia di assicurazione copre il periodo temporale in cui l’evento lesivo si è realizzato. Questo sistema assicurativo determina gravissimi rischi di scoperta temporale. Nasce quindi la necessità di avere una valida polizza assicurativa che, per garantire una maggiore copertura assicurativa, deve avere i seguenti requisiti: Copertura pregressa la più lunga possibile, che copra cioè eventi avversi antecedenti l’inizio del contratto assicurativo. Una buona copertura assicurativa dovrebbe avere almeno 5-6 anni di pregressa, anche se non sempre sono sufficienti. Copertura postuma che copra, anche a distanza di tempo, le richieste di risarcimento per gli eventuali sinistri avvenuti durante il periodo assicurato. La copertura postuma è a tutela di chi termina la professione per pensionamento, decesso od altro e che, da quel momento cessa di avere una copertura assicurativa anche per fatti avvenuti durante il periodo in cui era assicurato. Anche la durata della postuma dovrebbe essere di almeno 5 anni, meglio se 10. Massimale adeguato di almeno € 2.500.000,00, anche se ripartito fra 1° e 2° rischio. Il massimale non dovrà essere mai collettivo ma individuale per ogni singolo contraente. Estensione a tutto il mondo. Copertura di tutte le attività istituzionali compresa la libera professione intramuraria anche allargata. La polizza deve coprire anche il rischio della “Colpa Grave” con precisazione della “rinuncia al diritto di rivalsa” da parte della compagnia assicuratrice. Deve comprendere eventuali spese di giudizio. Differenti problematiche emergono se si tratti di professionisti dipendenti del SSN o liberi professionisti. Nel primo caso, in risposta all’art. 21 del CCNL, le ASL devono garantire una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile per tutti i dirigenti dell’area medica che consenta al dirigente la possibilità di estendere la copertura di ulteriori rischi non coperti

dalla polizza generale quale il rischio della “Colpa grave”, con una trattenuta stipendiale mensile, posta a carico di ciascun dipendente richiedente, che vada da un minimo di € 26 ad un massimo di € 50 mensili. Se si tratta di una polizza assicurativa RC professionale per libero-professionista, fatta salva la validità dei suddetti requisiti che rendono valida una polizza assicurativa, se possibile, per ottenere una polizza a costi ridotti, è preferibile che il libero-professionista si rivolga alla propria sigla sindacale di categoria o alla società scientifica di appartenenza che, nella maggior parte dei casi, sono forti dello studio specifico dei rischi dei loro iscritti ed hanno adeguate convenzioni da offrire. Dall’analisi fatta risulta chiaro che non esiste una polizza tipo in grado di garantire al 100% il professionista ma, sicuramente, prestando attenzione ai requisiti elencati si può raggiungere una copertura assicurativa per la Responsabilità Professionale che possa tutelare sufficientemente il professionista. Questo è il presente ma, per il futuro, si inizia diffusamente a parlare di Risk Management, ovvero di “Gestione del rischio in Sanità”. Gestione del rischio essenzialmente vuole significare: costante orientamento al miglioramento della sicurezza dei pazienti e delle cure, protezione dell’integrità personale e professionale degli operatori sanitari, conoscenza dei rischi della propria professione, dei propri limiti e della possibilità di sbagliare, accettazione che la medicina non è una scienza esatta ed è fatta dagli uomini per gli uomini per cui, l’errore è possibile ed è un rischio che non si può eliminare, ma solo prevenire e proteggere. Lo studio della gestione del rischio sicuramente porterà alla possibilità di prevenire ed eliminare gli errori ed inoltre, una volta essi avvenuti, gestirne le conseguenze anche economiche.

INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI: RUOLO DEL CHIRURGO DELLA MANO

(Alberto De Mas)

Nella quotidiana attività il chirurgo della mano ha contatto con gli infortuni e con alcune malattie (le sindromi infiammatorie muscolo tendinee e le sindromi da intrappolamento dei nervi periferici)

classificabili all'interno dei Work Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs) o malattie lavoro correlate. Se per gli infortuni anche in ragione della maggiore frequenza degli eventi, il ruolo dello specialista consulente è più conosciuto, per le malattie professionali, data la recente introduzione delle nuove tabelle con l'inclusione delle patologie sopraccitate, è opportuno fornire alcune informazioni per una più corretta gestione della parte medico legale. La tutela degli infortuni e malattie professionali causati dall'attività lavorativa è pertinenza dell'INAIL, Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, che persegue una pluralità di obiettivi: ridurre il fenomeno infortunistico; assicurare i lavoratori che svolgono attività a rischio; garantire il reinserimento nella vita lavorativa degli infortunati sul lavoro. La tutela nei confronti dei lavoratori, comprende anche interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro, prestazioni sanitarie ed economiche, cure, riabilitazione e reinserimento nella vita sociale e lavorativa. I riferimenti legislativi per la gestione delle tipologie assicurate sono quindi quelli dell'Istituto.

Definizione di infortunio

La definizione giuridica ai sensi del T.U. n. 1124/65 del concetto di infortunio sul lavoro è desumibile dall'art. 2 del citato D.P.R. che lo definisce come: "...quell'evento avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni"(4). L'iter burocratico prevede che la denuncia dell'infortunio vada fatta dal datore di lavoro all'INAIL entro 48 ore dall'accaduto, se infortunio agricolo è il medico certificatore stesso che la consegna. Per infortuni al di sotto dei tre giorni non vi è obbligatorietà della denuncia. Il datore di lavoro è inoltre tenuto a comunicare entro due giorni, ogni infortunio alle Autorità di Pubblica Sicurezza del Comune ove si è verificato il fatto, qualora l'inabilità sia superiore ai tre giorni (art. 54 del T.U.), in caso di morte la comunicazione deve avvenire entro 24 ore. Il medico che compila il certi-

ficato ha l'obbligo di trasmettere referto all'Autorità Giudiziaria qualora l'infortunio presenti caratteri di reato e che possa produrre lesioni gravi o gravissime per le quali si possa procedere d'ufficio (art. 590 del CP). Da qualche anno è possibile la compilazione e l'invio della certificazione INAIL on line previa iscrizione al sito internet dell'Istituto. L'assicurazione INAIL esonera il datore di lavoro dalla responsabilità civile per gli infortuni sul lavoro, eccetto se l'evento lesivo è stato causato da fatto costituente reato perseguibile d'ufficio. Sono previsti certificati di prolungamento del periodo di inabilità al lavoro e chiusura infortunio. La valutazione dei postumi è basata sulle tabelle di riferimento INAIL (art. 13, legge 38/2000) (5).

Malattia professionale e nuove tabelle

La definizione giuridica ai sensi del T.U. 1124/65, di malattia professionale è desumibile dall'art. 3 il quale statuiva in aggiunta alla tutela degli infortuni che: "...l'assicurazione è altresì obbligatoria per le malattie professionali indicate nelle tabelle allegato n. 4 le quali siano contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella stessa ed in quanto tali lavorazioni rientrino tra quelle previste dall'art. 1..."(6). Dal sistema tabellare puro (una per l'industria e una per l'agricoltura) del DPR 1124/65 con specificazione delle malattie professionali riconosciute, si è passati dopo la sentenza 179/88 della Corte Costituzionale al sistema tabellare misto con la possibilità di riconoscere come dipendenti dal lavoro anche malattie non inserite nelle tabelle di legge. Il Decreto Ministeriale del 14/01/2008 (7) prima (elenco delle malattie professionali) e quello del 09/04/2008 (8, 9) introducono delle importanti modifiche rispetto alle precedenti tabelle alla luce del consistente numero di richieste e riconoscimenti di malattie professionali dell'apparato muscolo scheletrico fino ad allora non tabellate (riconoscibili quindi con onere della prova a carico del lavoratore). Le modifiche riguardano sia le malattie professionali dell'industria che dell'agricoltura. La tabella è costituita da tre colonne:

- nella prima le malattie (con codice ICD 10) sono elencate per agente causale (fisici, chimici...);

- nella seconda c'è l'elenco delle lavorazioni che espongono all'agente (per ciascuna malattia);
- nella terza il periodo massimo di indennizzabilità dall'abbandono del lavoro a rischio.

In entrambe le tabelle compaiono patologie di interesse per il chirurgo della mano alle voci "malattie da vibrazione" e da "sovraccarico biomeccanico" (a seguito di movimenti ripetuti e posture incongrue) (Tabb. 3 e 4) per le quali è applicata la presunzione legale se il lavoratore è adibito alla lavorazione indicata in modo non occasionale, l'attività deve essere quindi abituale e sistematica ovvero intrinseca alle mansioni che il lavoratore è tenuto a prestare.

Il medico, accertata la patologia, deve compilare il certificato medico (disponibile nel sito dell'Istituto e comprende una parte anamnestica dedicata al-

l'attività lavorativa) da consegnare al lavoratore e quindi denunciare: all'ASL (per attivazione del servizio di prevenzione igiene e sicurezza del lavoro SPISAL) se la malattia è compresa nell'elenco del DM 14/01/2008 e all'Autorità Giudiziaria con referto (art. 365 del C.P.) qualora siano "casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio..." tra i quali rientrano, ai sensi dell'art. 590 del C.P. "...lesioni personali colpose gravi e gravissime per fatti connessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale". Presso il nostro nosocomio è in uso un modulo che è stato elaborato in accordo con l'Azienda Sanitaria, l'Autorità Giudiziaria e l'INAIL con il quale è possibile eseguire una denuncia congiunta. Il lavoratore deve consegnare al

Tabella 3. *Elenco delle malattie professionali dell'industria tabellate (DM 09/04/2008) di interesse per il chirurgo della mano*

Malattie (ICD-10)	Lavorazioni	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
<i>76) Malattie causate da vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio:</i>		
a) Sindrome di Raynaud secondaria dita mani (I73.01)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano	1 anno
b) Osteoartropatie (polso, gomito, spalla) (M19.2)	l'impiego di utensili, attrezzature, macchine ed apparecchi che	4 anni
c) Neuropatie periferiche (n. mediano e ulnare) (G56.0)	trasmettono vibrazioni al sistema mano-braccio.	4 anni
<i>78) Malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore:</i>		
e) Epicondilite (M77.0)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano	2 anni
f) Epitrocite (M77.1)	movimenti ripetuti dell'avambraccio, e/o azioni di presa della mano con uso di forza.	
h) Tendiniti e peritendiniti flessori/estensori (polso-dita) (M65.8)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano	1 anno
i) Sindrome di de Quervain (M65.4)	movimenti ripetuti e/o azioni di presa e/o posture incongrue della mano e delle singole dita.	
l) Sindrome del tunnel carpale (G56.0)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano movimenti	2 anni
Altre	ripetuti o prolungati del polso o di prensione della mano, mantenimento di posture incongrue, compressione prolungata o impatti ripetuti sulla regione del carpo.	

Tabella 4. *elenco delle malattie professionali dell'agricoltura tabellate (DM 09/04/2008) di interesse per il chirurgo della mano*

Malattie (ICD-10)	Lavorazioni	Periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione
<i>21) Malattie causate da vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio:</i>		
a) Sindrome di Raynaud secondaria (I73.01)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano l'impiego	1 anno
b) Osteoartropatie del polso, del gomito, della spalla (M19.2)	di utensili, attrezzature, macchine ed apparecchi che trasmettono vibrazioni al sistema mano-braccio.	4 anno
c) Neuropatie periferiche del nervo mediano e ulnare (G56.0)		4 anno
<i>23) Malattie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori:</i>		
a) Tendinite della spalla, del gomito, del polso, della mano (M75)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano movimenti	1 anno
b) Sindrome del tunnel carpale (G56.0)	ripetuti, mantenimento di posture	2 anno
c) Altre malattie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori (ICD-10 da specificare)	incongrue e impegno di forza.	1 anno

datore di lavoro il certificato rilasciato dal medico entro 15 giorni dalla data di manifestazione della malattia, pena la decadenza del diritto all'indennizzo per il periodo precedente alla denuncia. Il datore di lavoro deve trasmettere all'INAIL la domanda corredata di certificato medico, entro i cinque giorni successivi a quello nel quale ha ricevuto dal lavoratore la segnalazione. L'INAIL, una volta ricevuta la denuncia di malattia professionale corredata da certificazione medica in cui deve essere indicata la diagnosi della tecnopatia, si avvale di un protocollo che prevede la valutazione del rischio, la diagnosi clinica e le conclusioni medico-legali. L'INAIL può avvalersi della facoltà di superare la presunzione legale della correlazione malattia – attività lavorativa se il lavoratore è stato addetto in maniera sporadica od occasionale alla mansione o alla lavorazione tabellata; se il lavoratore sia stato concretamente esposto all'agente patogeno connesso alla lavorazione tabellata in misura non sufficiente a cagionare la patologia; se la malattia sia riconducibile ad altra causa di origine extra lavorativa.

Ruolo dello specialista

Le Work Related Musculoskeletal Disorders o WMSDs di interesse per l'arto superiore sono le

sindromi infiammatorie muscolo tendinee (epicondilite, epitrocleite, tendiniti e peritendiniti dei flessori ed estensori del polso e delle dita, sindrome di de Quervain) e le sindromi da intrappolamento dei nervi periferici (sindrome del tunnel carpale, compressione dell'ulnare al gomito e polso, ma sono possibili tutte le altre compressioni nervose). Ciò che accomuna tutte le patologie è il sovraccarico biomeccanico (connesso ad attività lavorative che comportino posture fisse e/o movimenti ripetitivi, movimentazione manuale dei carichi, scarse o inadeguate pause compensatorie) caratterizzabile con:

- Forte impegno e sforzo eccessivo di strutture articolari, tendinee e muscolari quale quello determinato allo spostamento, sollevamento, trasporto manuale di oggetti o persone.
- Impegno, anche se modesto, ma continuativo delle stesse strutture quale quello che deriva dal mantenimento di posture fisse prolungate (erette o sedute) specie se vi è un atteggiamento in posizione non fisiologica di un qualche segmento del corpo o del tronco.
- Presenza di movimenti ripetitivi e continuativi di un particolare segmento corporeo le cui strutture sono sollecitate in modo eccessivo (anche compressioni localizzate e vibrazioni).

- Altri: basse temperature, mancanza di idonei periodi di recupero.

Accanto a queste si elencano le patologie correlate all'uso di strumenti vibranti quali la sindrome di Raynaud, le osteoartropatie a polso gomito e spalla, le neuropatie periferiche (sindrome del tunnel carpale e compressione dell'ulnare al polso). Il ruolo del chirurgo della mano nel corretto inquadramento nosografico di una malattia con possibile origine professionale e per una tutela del lavoratore è tenuto a raccogliere un'anamnesi lavorativa volta a evidenziare uso di macchine o utensili, alla durata dell'esposizione, al tempo di utilizzazione delle macchine o degli strumenti manuali, alle ore di un turno lavorativo rapportato ad un mese o ad un anno. Occorre ricordare che per le patologie citate il lavoro frequentemente non è l'unica causa, ma può svolgere un ruolo concausale di diverso rilievo (su fattori predisponenti costituzionali o attività extralavorative) o esacerbare una pregressa patologia. Al solo sospetto di origine professionale per il medico che formula la diagnosi è d'obbligo comunque la denuncia all'INAIL, all'ASL, all'Autorità Giudiziarica: sarà poi l'INAIL in base ai dati raccolti a formulare il giudizio finale.

BIBLIOGRAFIA

1. Sentenza Corte di Cassazione (IV Sez. penale n.13746/2011).
2. Sentenza Corte di Cassazione (IV Sez. penale n.8254/2011).
3. Decreto legislativo in materia di conciliazione delle controversie civili e commerciali in attuazione dell'articolo 60 della legge 69/2009-5 marzo 2010, G.U. n. 53/2010.
4. Testo Unico DPR 1124/65 art. 139.
5. D.Lgs n. 38, 23 febbraio 2000, art. 10: - Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.
6. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Decreto 27 aprile 2004 Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni. Gazzetta Ufficiale n. 134 del 10/6/2004.
7. Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale. Decreto 14 gennaio 2008 - Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni.
8. Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale Decreto 9 aprile 2008. Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura. Gazzetta Ufficiale n. 169 del 21-7-2008.
9. Circolare Inail sul D.M. 9 aprile 2008. <http://normativo.inail.it/bdninternet/2008/ci200847.htm>