

## ETUI INFLUENZA DA SARS-CoV-2 COME MALATTIA PROFESSIONALE

10 giugno 2021

L'European Trade Union Institute (ETUI) ha svolto un webinar attorno il concetto dell'influenza da COVID come "*Occupational Disease*" (OD). Il Webinar, moderato dal Dr Viktor Kempa, si inserisce nella pubblicazione di un [Country Report ETUI](#) sull'argomento, realizzato allo scopo di condividere informazioni e pratiche giuslavoriste e sindacali europee.

Il concetto di OD può essere liberamente tradotto con "malattia professionale", ma una premessa terminologica è d'obbligo al fine di evitare fraintendimenti e per meglio comprendere la ragione di un simile studio. "**Malattia professionale**" in Italia sono quelle malattie "*contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni rischiose*" (TU n. 1124 del 1965, cfr. [INAIL](#)). Si tratta di una tutela accessoria rispetto a quella degli infortuni, ed assai più stringente in quanto l'evento deve verificarsi non solo in "occasione di lavoro" ma a causa della prestazione lavorativa. Nel concetto italiano il nesso causale è predominante, risponde alla vecchia logica mutualistica del "rischio professionale" a cui il nostro sistema era orientato. Nei sistemi anglosassoni, invece, un "**Occupational Disease**" è un evento causato dall'esposizione a condizioni o sostanze pericolose per la salute durante il lavoro, cioè per un'esposizione a rischi specifici<sup>1</sup>. Si tratta di un concetto che, seppur paragonabile, in senso tecnico e giuridico è diverso, molto più sfumato, e con un regime probatorio agevolato.

L'OD all'estero è quindi più elastico, olistico ed utile per la tutela del lavoratore rispetto al nostro ordinamento, da cui l'interesse dell'ETUI ad uno studio. Nel Webinar si sono registrati gli interventi di delegati sindacali ed esperti di medicina del lavoro da diversi paesi, nell'ordine: Jill Stocks (UK – TUC), Vlayko Vodenicharov (Bulgaria), Corneliu Constantinoia (Romania – CNSLR-FRATIA), Riita Tyolajarvi (Finlandia – SAK), Luke Fiorini (Phd dell'Università Maltese), Costantinos Vrodakis (Grecia), Peter Noone (Irlanda – ICTU), Bengt Jarvholm (Svezia), Frank Vaughan e Paula Franklin (Senior Researcher per ETUI).

Il quadro che è emerso è il seguente: Attualmente, circa 1/3 degli Stati europei posseggono già una legislazione che permette, o ha permesso, di riconoscere il COVID come una OD, con la Germania che spicca su tutti per le protezioni concesse. Talvolta, questo avviene con norme ad elencazione non limitativa ("*open list definition*"), come nel caso della Lettonia, un modello introdotto dagli standard EU (2003/670/EC), dell'Ungheria (ILO list R194) e della Francia (sebbene in quest'ultimo paese la protezione sia limitata al solo settore pubblico). Altre volte gli ordinamenti nazionali optano per definizioni flessibili, come nel caso Finlandese dove il Workers' Compensation Act 459/2015 permette di riconoscere come OD qualsiasi fattore biologico, assieme a Slovacchia e Croazia.

La presenza invece di definizioni ad elencazione tassativa ("*closed catalogue/list model*") ha invece portato a grossi ostacoli nel riconoscimento del COVID come OD. È ad esempio il caso Maltese, dove la lista contenuta nel Social Security Act impedisce al momento il suo riconoscimento; è anche il caso Greco (paese nel quale sono elencate 407 differenti tipi di OD) ed Irlandese (dove al momento l'opposizione ha promosso un'iniziativa di legge al riguardo). Appartiene a questa categoria anche il sistema Polacco e quello Olandese.

Tuttavia, anche paesi ad elenco non tassativo hanno portato, nonostante la potenziale inclusione, all'immobilismo delle autorità governative, come in Bulgaria (art. 52 comma 2 Social Insurance Code ed art. 26). Caso a parte è quello Svedese, dove convivono due sistemi di previdenza: pubblico ("*legal*") e da accordi collettivi ("*agreed*"). In questo paese, sebbene sia vigente un sistema ad elencazione tassativa, il COVID è riconosciuto sin dal 25 aprile 2020 come un OD, ma

---

<sup>1</sup> "A disease that is contracted as a result of exposure to debilitating conditions or substances in the course of employment" B.A.GARNER, Black's Law Dictionary, 11<sup>th</sup> Edizione, Thomson Reuters. Cfr: "*Certain diseases and infirmities which develop gradually and imperceptibly as a result of engaging in a particular employment and which are generally known and understood to be usual incidents or hazards thereof, are distinguished from those having a traumatic origin, or otherwise developing suddenly and unexpectedly, by the terms 'occupational' and 'industrial'.*" 82 Am. Jur. 2d Workers' Compensation § 326 (1992)

nonostante la gravità dei numeri nella seconda ondata sono poche le denunce ed i casi riconosciuti come OD.

In **Italia**, come si diceva, il concetto di malattia professionale è molto più rigido. Anche per questo motivo, l'INAIL include tutti gli eventi "malattia" da agenti infettivi e patogeni, e dunque anche il COVID, come un **incidente sul lavoro** e non come un OD<sup>2</sup>. Questa prassi è confermata da una giurisprudenza costante della Corte di Cassazione, che classifica tutte le cause virulente come "*causa violenta*" ai sensi degli artt. 2 e 210 TU n. 1124 del 1965. In questo siamo agli antipodi, ad esempio, rispetto al sistema della Bulgaria o della Repubblica Ceca (secondo il Dr. Milan Tucek, Professore dell'Università di Praga, Istituto di Igiene ed Epidemiologia, dal punto di vista medico non si potrebbe parlare di incidente o infortunio). Non vi sono sostanziali differenze in termini di tutela, poiché le due tipologie differiscono solo per il quadro normativo e per tempistiche di denuncia (2/5 giorni), ma il sistema lascia fuori lavoratori autonomi e irregolari.

È interessante notare che, nonostante l'eterogeneità degli ordinamenti nazionali, la principale e comune criticità è l'individuazione di un nesso causale tra il contagio e il luogo di lavoro. Questo è vero anche per il caso italiano, che sebbene ragioni in termini di infortunio e dunque di "*occasione di lavoro*" non può esimersi da questo dato. Il tracciamento dei contatti non è infatti semplice, ed occorre altresì escludere ogni possibile origine esogena rispetto all'ambiente di lavoro; un'operazione non semplice, soprattutto in un contesto pandemico. Secondo Peter Noone (Irlanda) non vi sono studi sufficienti circa l'esposizione al virus, inoltre è difficile definire criteri quantici, metrici, per comprendere quando un luogo di lavoro diventa rischioso. Questo si riverbera tanto sul lato della prevenzione e della sicurezza del lavoro, quanto su quello processuale perché occorre quantomeno la colposa inosservanza di queste regole per richiedere il danno differenziale da perdita di capacità lavorativa, ove l'infezione da COVID dovesse avere lasciato sul soggetto effetti a lungo termine.

Altro problema comune sono le tempistiche di riconoscimento, spesso eccessivamente lunghe. Questo avviene perché i passaggi di istruttoria sono vari e coinvolgono diversi Organi amministrativi; un approccio prudente, in tempi normali, ma inefficiente in tempi emergenziali. Ad esempio, in Bulgaria vi sono tre diversi passaggi amministrativi (National Social Security Institute NSSI – Territorial Expert Medical Commission TEMC - National Expert Medical Commission NEMC), in Grecia quattro (medico di base/del lavoro – ispettorato del lavoro locale SEPE – ispettorato del lavoro centrale SEPE HQ – Commissione Medica del Ministero della Salute Pubblica EODY).

Non è poi da sottovalutare l'omissione di adeguate investigazioni da parte delle autorità competenti. In Inghilterra la TUC ha già denunciato la [questione](#) dando risonanza altresì a recenti Report pubblicati dal [Public Health England](#) (PHE). Questo problema è stato sollevato anche dagli esperti Bulgaro (con un calo dal 2009 al 2018 di circa 100 casi registrati e investigati dalle autorità competenti), Maltese e Greco. Questi ultimi hanno inoltre lamentato una struttura sanitaria nazionale ridotta all'osso ed incapace di far fronte alle varie segnalazioni.

Il quadro regionale, a più di un anno dall'inizio della pandemia, è dunque molto serio. Pochi paesi hanno provveduto ad aggiornare le proprie liste OD, e quelli che avevano definizioni flessibili o *open list* continuano a ragionare caso per caso. Molti datori di lavoro omettono di denunciare l'evento OD/infortunio per evitare responsabilità e chiusure. Una proposta concreta sarebbe quella di allargare la individuazione dei sintomi da COVID includendone gli effetti invalidanti a lungo termine e le conseguenze cliniche, oltre che prevedere per le malattie infettive dei permessi diversi da quelli standard per malattia. Approcci settoriali (settore sanitario, "*blue collar*", forze dell'ordine etc) sono sicuramente da preferirsi in ragione della diversa esposizione al rischio, e potrebbero permettere di superare il problema dell'onere di prova. Senza dimenticare le misure

---

<sup>2</sup> Per dovere di cronaca, si riporta che anche il nostro paese, formalmente, si basa su un modello a lista chiusa. Tuttavia queste liste, comprese in apposite tabelle, sono state superate sin dalla Sentenza 179 del 1988 della Corte Costituzionale, che ne ha dichiarato l'incostituzionalità. Tale principio era stato in realtà suggerito dalla Commissione Europea sin dalla Raccomandazione del 23 luglio 1962, ma la Corte, per semplici ragioni di "sovranità" nazionale, si era rifiutata di applicarlo in varie occasioni (cfr sentenze 206 del 1974, la 140 del 1981 e la 24 del 1982).

preventive e di tracciamento, utili non solo al contenimento dei contagi ma anche a stabilire con certezza eventuali posizioni di garanzia e responsabilità delle parti datoriali in eventuali giudizi.

Andrea Mosca