



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 28

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare
riguardo alle cosiddette «morti bianche»**

AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DELLE
ORGANIZZAZIONI SINDACALI CGIL, CISL, UIL E
UGL, IN MERITO ALLE MALATTIE PROFESSIONALI

31^a seduta: martedì 27 novembre 2007

Presidenza del presidente TOFANI

I N D I C E**Audizione di rappresentanti delle Organizzazioni sindacali Cgil,
Cisl, Uil e Ugl, in merito alle malattie professionali**

PRESIDENTE	Pag. 3	<i>MOLLICONE</i>	Pag. 3, 22
PARAVIA (AN)	18, 20, 21 e <i>passim</i>	<i>CARCASSI</i>	6, 20
TURIGLIATTO (Misto-SC)	19	<i>PICCHIO</i>	9, 20, 21 e <i>passim</i>
		<i>FERRONE</i>	11
		<i>BOTTAZZI</i>	12

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana per le autonomie-Partito Repubblicano Italiano-Movimento per l'Autonomia: DCA-PRI-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico-L'Ulivo:PD-Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Sinistra Democratica per il Socialismo Europeo: SDSE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Costituente Socialista: Misto-CS; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Imm; Misto-La Destra: Misto-LD; Misto-Movimento politico dei cittadini: Misto-Mpc; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.

Intervengono, in sede di audizione: in rappresentanza della CGIL, il dottor Ludovico Ferrone e il dottor Marco Bottazzi; in rappresentanza della CISL, la dottoressa Valeria Picchio e la dottoressa Gabriella Furieri; in rappresentanza della UIL, il dottor Paolo Carcassi e il dottor Piero Bombardieri; in rappresentanza della UGL, il dottor Nazzeno Mollicone e la dottoressa Eva Pietrantonio.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

Audizione di rappresentanti delle Organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL e UGL, in merito alle malattie professionali

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione delle Organizzazioni sindacali CGL, CISL, UIL e UGL in merito alle malattie professionali.

Avverto che, ai sensi del comma 5 dell'articolo 13 del Regolamento interno della Commissione, sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico della seduta.

Rivolgo il benvenuto a tutti i nostri ospiti, ai quali lascio subito la parola.

MOLLICONE. Innanzitutto, a nome della UGL, ringrazio la Commissione per averci convocato in questa sede e soprattutto per l'attenzione prestata, attraverso il questionario inviatoci, a tutte le questioni riguardanti la prevenzione delle malattie professionali e in genere la sicurezza sul lavoro. Si tratta di uno studio approfondito che consentirà di rilevare le varie cause di disfunzione nei meccanismi attualmente esistenti delle autorità pubbliche a ciò occupate.

Ritengo che i risultati delle audizioni che la Commissione sta svolgendo e le conclusioni che verranno tratte anche dalle informazioni fornite dalle varie organizzazioni sindacali – ma anche da altri organismi – potranno servire all'elaborazione e al completamento di quel Testo unico sulla sicurezza del lavoro disposto dalla legge delega, sul cui inizio dei lavori non abbiamo ancora notizie precise. Esprimiamo quindi un giudizio positivo sulla metodologia seguita dalla Commissione nello svolgimento della sua attività.

Fatte queste osservazioni, devo precisare che le complesse domande formulate e l'analisi approfondita di tutte le disfunzioni nell'ambito del funzionamento della struttura richiedono indubbiamente una risposta più meditata e completa anche da parte di chi, per conto del sindacato, segue la questione all'interno di enti o altre strutture. Invieremo, in un lasso di tempo piuttosto breve, le risposte approfondite su ogni tema ma già da ora

possiamo svolgere alcune considerazioni, in base alle nostre conoscenze, sulle domande formulate.

Iniziamo prendendo in considerazione i problemi dell'INAIL. La normativa vigente consente certamente di individuare il rapporto di casualità tra lavoro e malattia professionale, però esistono aree di incertezza: ad esempio, le neoplasie (che sono prodotte da diversi fattori, anche al di fuori del lavoro, per cui non si sa se derivino da malattia professionale), nonché le malattie conseguite sul lavoro ma non determinate da un rischio specifico. Ricordo che l'INAIL si occupa di alcuni determinati rischi.

L'INAIL ha una struttura adeguata e si avvale di tutte le fonti disponibili. Esistono però difficoltà operative derivanti dalla scarsità dell'organico sia per quanto riguarda gli ispettori, sia per quanto riguarda i medici.

A causa delle norme contenute nella legge sulla *privacy*, non vi può essere uno scambio dei dati sensibili tra i servizi di prevenzione dell'ASL e dell'INAIL. Tuttavia, il medico competente (quello previsto dalla legge n. 626) ha l'obbligo di denunciare all'INAIL ogni caso sospetto di malattia professionale, così come dovrebbero fare anche i servizi di medicina del lavoro delle ASL. È in questo modo che si possono avere i dati.

Ricordiamo che la legge n. 38 del 2000 ha istituito il registro nazionale delle malattie professionali presso la banca dati dell'INAIL cui devono affluire le segnalazioni dei medici (quelli competenti a livello aziendale, quelli dell'INAIL e anche quelli di famiglia, in base ad un recentissimo accordo sottoscritto nel mese di settembre con l'Associazione medici di famiglia). La comunicazione alla banca dati è particolarmente importante perché i medici di famiglia, che conoscono la storia clinica del lavoratore, possono fornire molti elementi utili ad individuare le malattie professionali.

Pur essendo l'impostazione giusta, la banca dati è ancora scarsamente efficiente sia per il ritardo nella elaborazione delle procedure di segnalazione da parte dell'INAIL, sia per l'insufficiente informazione e formazione dei medici di famiglia riguardo la medicina del lavoro.

Per quanto riguarda il riconoscimento delle malattie professionali e dei relativi indennizzi, le procedure dell'INAIL sono sufficientemente trasparenti e corrette. Occorre però rivedere le tabelle del danno biologico allegate alla legge n. 38 del 2000 (ormai superate in quanto solo sperimentali) mentre, per quanto riguarda il contenzioso, sono stati istituiti tavoli di confronto in sede regionale all'interno dell'INAIL al fine di trovare soluzioni omogenee, anche tenendo conto del parere dei patronati che assistono gli infortunati ed i soggetti a malattia professionale. In ogni caso, esistono procedure interne e verifiche affinché vi siano valutazioni del danno omogenee su tutto il territorio nazionale.

Occorre tenere presente anche il fatto che alcune malattie professionali che venivano riscontrate nel passato non sono più evidenziate a causa delle condizioni igienico-sanitarie e di lavoro profondamente mutate, anche a seguito della prevenzione (perlomeno nei grandi comparti produttivi). A seguito della legge n. 38 del 2000 vi è una nuova tabella, che è in corso di approvazione, che comprende molte patologie attualmente

non considerate. Bisogna però tenere presente che le patologie non inserite in tabella non raggiungono, per i loro esiti, la soglia del 16 per cento che dà diritto all'indennizzo e, quindi, non vengono rilevate, anche se forse sarebbe il caso di farlo ugualmente.

Per quanto riguarda il sistema sanitario nazionale e il ruolo delle ASL, quest'ultime conoscono bene gli interventi effettuati dai servizi di prevenzione per ridurre il numero delle malattie professionali. Vi sono però due problemi che impediscono una conoscenza perfetta del fenomeno delle malattie professionali. Per quanto riguarda il primo, si tratta della mancanza di una conoscenza sistematica ed omogenea degli interventi effettuati su tutte le Regioni e sulle aziende ed i rispettivi lavoratori coinvolti. Vi è inoltre un divario ormai storico tra le Regioni, tra quelle del Nord e quelle del Centro-Sud, che non si è colmato dopo molti lustri dall'avvio del Servizio nazionale e dell'attribuzione della prevenzione della salute e sicurezza sul lavoro alle ASL.

Inoltre, occorre tenere conto delle scarse risorse umane e tecniche destinate ai servizi di prevenzione delle ASL, tanto che esiste un operatore in media ogni 500-1.000 aziende (secondo le Regioni, sempre per il problema del divario tra di loro). Quindi, mentre risultano generalmente adeguati gli interventi a supporto dell'autorità giudiziaria o su istanze dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza o di terzi – quindi è un'azione passiva –, sono inadeguati gli interventi sistematici per i controlli sul maggior numero possibile o su campioni rappresentativi delle aziende esistenti sul territorio di competenza e, quindi, anche la difficoltà di definire linee guida per le aziende, che poi dovrebbe essere il compito principale della prevenzione.

Esiste comunque un problema generale di disomogeneità nelle modalità di intervento da una ASL all'altra all'interno della stessa Regione, per mancanza sia di metodologie condivise che di linee guida e di indicazioni interpretative a livello centrale. Inoltre, vi è la mancanza di coordinamento tra tutti gli enti che hanno il compito della vigilanza.

Segnaliamo poi il fatto che l'attività di indagine sui fattori di rischio sul lavoro, definibili come igiene industriale, che era una attività svolta in passato dalla ASL tramite i presidi multizonali di prevenzione, è ora passata alle dipendenze delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente, soprattutto per quanto riguarda tutta la parte relativa alla radioattività, all'inquinamento elettromagnetico. Non è, quindi, più seguita, né coordinata, né vi sono collegamenti informativi con le ASL. Questa è una carenza che potrebbe ripercuotersi sull'individuazione delle malattie professionali.

Per tutto questo complesso di ragioni mancano in generale, sia a livello di ASL che a livello regionale e nazionale, esperienze significative di studi epidemiologici delle patologie professionali. Non esiste una visione unitaria e programmatica.

Il questionario contiene domande anche sul ruolo del sindacato. Come è noto, il sindacato è presente nell'INAIL tramite il Consiglio di indirizzo e vigilanza, il quale svolge certamente compiti di controllo am-

ministrativo e gestionale, dando anche precise indicazioni tramite il programma di attività triennale o annuale. Come è noto, però, i suoi poteri sono assai limitati ed hanno solo il valore di una «*moral suasion*», cioè di una indicazione per fare funzionare in modo migliore il sistema sia nei confronti degli assistiti che nei confronti della prevenzione.

Per quanto riguarda i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, il loro compito è importante e viene svolto con molta attenzione. Svolgono un'attività di segnalazione e di denuncia presso le ASL competenti. Tuttavia, essi non sono presenti in tutte le aziende ma solo in quelle più grandi. Quindi, è importante attribuire un ruolo maggiore con appositi istituti paritetici bilaterali territoriali ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. Questa è un'indicazione che emerge anche dalla legge delega per il Testo unico sulla sicurezza sul lavoro, approvato nel mese di agosto.

Bisogna anche dire che non sempre i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza hanno la competenza e la formazione necessaria e, soprattutto, mostrano più un atteggiamento da sindacato, nel senso di contestazione e di critica, che un'attenzione mirata all'individuazione di nuove situazioni di rischio. In genere, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza interviene maggiormente quando la situazione crea delle criticità, ma non vi è un'attività di prevenzione per evitare l'emergere di un rischio.

Per quanto riguarda la questione relativa all'omissione di denuncia della malattia professionale, questa concerne maggiormente il ruolo dei medici (soprattutto quelli competenti e anche qualche medico del servizio della ASL), però si verifica anche ad opera dei lavoratori per paura di ritorsioni, soprattutto nelle aziende con meno di 15 dipendenti, perché ovviamente c'è, da un lato, la paura del licenziamento individuale e, dall'altro lato, di una crisi aziendale per effetto di un intervento sulla sicurezza; però vi è anche il timore da parte di alcuni lavoratori di essere dichiarati inidonei al lavoro e, quindi, di correre il rischio di un licenziamento per giustificato ed oggettivo motivo, non potendo più svolgere la mansione per cui erano stati assunti. In questi casi è la struttura del sindacato, sia di categoria che territoriale, che essendo esterna all'azienda può intervenire a supporto ed in sostituzione di quelle istanze che il lavoratore non può fare per i motivi già detti.

Per quanto riguarda gli aspetti inerenti l'attività giudiziaria, che ci riserviamo di esporre, come sindacato, in linea di principio, siamo favorevoli affinché i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e il sindacato in quanto tale abbiano un ruolo nel processo del lavoro in caso di infortuni o di un intervento dell'autorità giudiziaria per gli infortuni.

In conclusione, vorrei rilevare che questi sono solo alcuni primi spunti che abbiamo voluto offrire alla Commissione su tutte le importanti domande che sono state formulate e ci riserviamo di inviare per iscritto in breve tempo sia le osservazioni che sono state espresse in questa sede, sia altre che le completano e armonizzano il nostro intervento.

CARCASSI. Signor Presidente, a nome della UIL faccio mia l'ultima considerazione del dottor Mollicone: le domande poste sono molto pun-

tuali e per rispondere ad ognuna di esse ci vorrebbe parecchio tempo. Seguirà perciò una nota specifica scritta che cercherà di spiegare la nostra posizione rispetto alle domande poste. Per quanto mi riguarda, mi limito ad una serie di considerazioni di carattere generale che potranno essere integrate dai miei colleghi.

Innanzitutto, il fenomeno delle malattie professionali, pur basandosi sui dati ufficiali rilevati dall'INAIL, stenta ad apparire. Ci siamo trovati di fronte a situazioni assurde: addirittura si è parlato di diminuzione delle malattie professionali e in tutti i casi ci limitiamo ad un *trend* di parità; se confrontiamo gli ultimi dati con quelli di quattro o cinque anni fa, possiamo notare infatti che la situazione numerica è quasi identica a quella precedente. A fronte di una situazione di questo genere e in considerazione dell'incremento dell'occupazione, il dato che dovrebbe emergere è che le malattie professionali sono diminuite; in realtà, non è questa la nostra opinione. Le malattie professionali non sono diminuite, ma trovano un'estrema difficoltà ad essere riconosciute e rilevate.

Il primo tema concerne il sistema; c'è un'enorme differenza tra le malattie riconosciute positive e quelle negative e, all'interno di questo dato, tra le malattie tabellate e quelle non tabellate. Relativamente alla questione delle malattie tabellate, prendendo il dato marzo-dicembre del 2005, notiamo che il 49 per cento delle tabellate sono state riconosciute positive, mentre l'INAIL ha respinto il 73 per cento delle non tabellate. C'è quindi da parte dell'INAIL un atteggiamento di grande chiusura relativamente a questo tipo di tematica; d'altra parte riteniamo che tale chiusura abbia ulteriori motivi di essere esaminata in considerazione del fortissimo attivo che l'INAIL registra tutti gli anni all'interno del proprio bilancio. Non è possibile che trovarsi in una situazione in cui non si riducono i contributi per le imprese, non si aumentano le erogazioni nei confronti dei lavoratori e si ha una visione complessiva che comporta una chiusura nei confronti del riconoscimento delle malattie professionali. Crediamo che i 2 miliardi all'anno che l'INAIL ha di attivo debbano essere prioritariamente indirizzati nei confronti dei contributi, delle prestazioni (per quello che ci riguarda, ricordo che le prestazioni sono rimaste pressoché ferme da anni) e nei confronti di un atteggiamento davvero volto al riconoscimento della malattia professionale.

Quindi, il primo dato che emerge è che ci possa essere in qualche modo una scomparsa delle malattie professionali. Questo si può anche verificare in alcuni casi; registriamo, ad esempio, una serie di riduzioni delle malattie tradizionali. Allo stesso tempo, registriamo un aumento delle malattie non tabellate e anche di quelle multifattoriali, ma le relative difficoltà implicano che questo tipo di riconoscimento sia estremamente limitato.

Abbiamo fatto una serie di valutazioni in rapporto con gli altri Paesi europei in relazione all'incidenza delle malattie muscolo scheletriche, che all'interno del nostro ordinamento sono scarsamente riconosciute, perché non compaiono fra le malattie tabellate. Le malattie muscolo scheletriche, secondo EUROSTAT, in Europa rappresentano il 45 per cento di tutte le

malattie professionali, arrivando in alcuni Paesi a raggiungere dati estremamente rilevanti. Per quanto riguarda l'Italia, solo meno del 25 per cento (cito dati del 2005) delle malattie muscolo scheletriche ha ottenuto il riconoscimento dell'origine professionale di questa patologia. C'è pertanto un problema di riconoscimento di malattie «tradizionali» e nessuna o scarsissima apertura relativamente a malattie che invece si stanno dimostrando sempre più derivanti da lavoro e che, quindi, dovrebbero essere riconosciute.

Ciò deriva, come veniva ricordato precedentemente, dal fatto che continuiamo ad avere un tabella delle malattie professionali che è molto vecchia e che non riconosce le nuove situazioni. Ci troviamo in questo momento in una fase di confronto con l'INAIL; stiamo infatti discutendo la revisione della tabella sulle malattie professionali. Anche in questo caso registriamo posizioni in qualche caso dissonanti; a fronte infatti di un convincimento, di un'apertura nei confronti di nuove situazioni che possa veder riconosciute una serie di tematiche (ad esempio, la questione delle malattie muscolo scheletriche ma anche nuovi tipi di malattie che stanno emergendo), troviamo elementi di chiusura in una logica sempre più di negazione del riconoscimento della professionalità delle malattie.

Vi è uno scarsissimo collegamento tra le realtà che si occupano di malattie, quindi tra INAIL, ASL o altri enti. Noi pensiamo, e speriamo, che il Testo unico possa in qualche maniera dare una soluzione questo problema: sulla base della delega, così come è stata elaborata, il tema del coordinamento diventa infatti fondamentale.

Va altresì sottolineato che non esiste nemmeno un coordinamento per quanto attiene il rilevamento dei dati. Le Regioni hanno avviato una serie di iniziative, ad esempio attraverso l'ISPESL, con il sistema di sorveglianza Malprof, con cui è stata fatta, per la Lombardia e la Toscana, un'analisi di cosa potrebbe determinarsi a giudizio delle ASL relativamente alle malattie professionali e sono emerse differenze molto nette rispetto alla situazione dell'INAIL. Quindi, il tipo di valutazione che viene dalle ASL, vale a dire dal Sistema sanitario nazionale, è notevolmente diverso rispetto a quella dell'INAIL (e ci siamo limitati a due sole Regioni). Ai fini del riconoscimento della malattia professionale quella che conta però è la valutazione dell'INAIL e ciò comporta ancora il tipo di soluzione di cui dicevo prima.

Un altro elemento che riteniamo di particolare rilevanza è il ruolo del medico. In genere il medico non riconosce la professionalità della malattia: il più delle volte, nell'ambito del rapporto che ha con chi si rivolge a lui, non va ad investigare se il tipo di patologia riscontrata può trovare la sua origine nella prestazione lavorativa. Questa è una carenza di rilievo. Volendo fare l'esempio delle patologie muscolo-scheletriche, una serie di atti assolutamente ripetitivi svolti dal lavoratore inducono situazioni patologiche rilevanti che dipendono direttamente dalla situazione lavorativa. Quindi, anche il tema di un'attenzione maggiore del medico, si tratti di quello aziendale o di quello generico, al problema della malattia professionale è a nostro avviso fondamentale. Da questo punto di vista, secondo noi

rappresenterebbe un elemento importante l'emanazione da parte delle Regioni di direttive attinenti agli aspetti procedurali della denuncia, nell'ambito delle quali si possano individuare percorsi diagnostici atti a rilevare se la malattia derivi o meno dall'attività lavorativa.

Sul piano legislativo, in questo momento stiamo operando per la revisione delle tabelle e ci auguriamo di poter finalmente portarla a compimento. Vi sono però molte altre questioni che secondo noi in qualche maniera attengono al riconoscimento. Ad esempio, il livello di menomazione minima per il riconoscimento ai fini dell'indennizzo è attualmente fissato al 16 per cento: noi riteniamo che tale soglia sia eccessivamente elevata. Già oggi, infatti, si hanno tutta una serie di riconoscimenti in cui il livello di menomazione (guarda caso) viene fissato al di sotto del 16 per cento, quindi senza indennizzo. Ciò significa, per il lavoratore, da un lato esporsi ad una possibile situazione di inidoneità aziendale, dall'altro, trovarsi a non ottenere il riconoscimento ai fini dell'indennizzo. Evidentemente, ciò blocca all'origine molte delle richieste, proprio perché il lavoratore ragiona nei termini ora descritti: immaginiamo il caso in cui a trovarsi in una situazione del genere sia una persona giovane, in carriera, la cui posizione nei confronti dell'azienda è tale per cui dalla sua richiesta possono derivare dei danni, se non addirittura una inidoneità.

Le stesse considerazioni si potrebbero fare sull'abbassamento del grado di menomazione per l'indennizzo del danno biologico; in questo caso il problema è, in particolare, quello delle rendite in relazione all'indennizzo. Recentemente è stata prevista una possibilità di risorse ulteriori, di aumento dell'indennizzo; bisognerebbe però tentare di individuare degli elementi che siano stabili, e non degli elementi *spot*, che consentano un riconoscimento di rendite e di indennizzi al passo con i tempi.

Per quanto riguarda il futuro, molti aspetti sono legati alla modifica del Testo unico: penso ad esempio al rapporto tra i diversi enti, al ragionamento sul sistema informativo. Quest'ultimo avrebbe dovuto essere unificato entro il 25 novembre ma non è successo nulla; ci auguriamo che tale unificazione si realizzi a breve, perché il raccordo tra le istituzioni è assolutamente fondamentale.

Concludo, ritenendo di aver qui esposto alcuni temi di carattere generale. Poiché le domande rivolteci erano tutte molto specifiche, su di esse forniremo quanto prima risposte puntuali, con una nota scritta.

PICCHIO. A nome della CISL sottoscrivo le affermazioni fatte in precedenza dagli colleghi, che evidenziano una serie di temi che sono tutti all'attenzione da parte di svariati gruppi di lavoro all'interno dei sindacati e dei patronati. Vorrei solo soffermarmi su un paio di punti, riservandoci a nostra volta di inviare una risposta scritta dettagliata, considerato il carattere estremamente specifico delle domande.

Delle malattie professionali si è già detto molto; sul fatto che il dato relativo alle malattie professionali non rispecchi assolutamente quello delle malattie professionali non tabellate (per cui i dati di fatto normalmente diffusi sono piuttosto parziali rispetto alla situazione reale), vorrei

solo aggiungere che, oltre ad un problema di competenza e di sensibilizzazione dei medici di base e delle aziende ospedaliere, che dovrebbero al richiedere al lavoratore quale sia l'attività lavorativa svolta per vedere se un certo tipo di malattia sia legata o meno ad essa, dal nostro punto di vista esiste un problema di reticenza dello stesso lavoratore nel rendere nota la malattia professionale, per il timore di ritorsioni anche sul rapporto di lavoro (ciò accade purtroppo anche per gli infortuni).

Vorrei poi sottolineare, rispetto alle morti per infortunio o per malattia professionale, che (lo abbiamo constatato nel corso del tempo) il dato normalmente reso noto dall'INAIL anche agli organi di stampa, quello di fatto conosciuto, è estremamente limitato e non rappresentativo di quella che è la realtà. Tendenzialmente, infatti, l'Istituto assicuratore comunica i dati legati ai decessi che danno luogo ad un indennizzo per i superstiti, quindi sostanzialmente incidono sul bilancio dell'ente, mentre in realtà il numero dei decessi è più elevato: soltanto nel 2006 sono stati 1.537 i decessi per eventi professionali, di cui 1.214 sono stati indennizzati mentre 323 non sono stati indennizzati per mancanza di superstiti. Questo dato è disponibile. Mi permetto di affermare che di norma all'opinione pubblica viene offerto solo il primo dato, ossia 1.200 morti e non 1.500. Purtroppo abbiamo notato che il dato di circa 300 morti (esiste un deceduto ma non un indennizzo per mancanza di superstiti) è piuttosto costante nel corso del tempo.

Se a questi dati aggiungiamo tutte le complessità legate alle malattie professionali non tabellate, che quindi prevedono un onere della prova a carico del lavoratore, onere di norma estremamente complesso, è chiaro che il dato relativo ai decessi per infortuni o malattie professionali nel nostro Paese cresce enormemente. Secondo noi, sono opportune una riflessione estremamente attenta e un'azione di coordinamento con gli istituti preposti affinché il dato in questione venga effettivamente monitorato con maggiore attenzione rispetto alla situazione attuale.

Vorrei spendere una parola sul decreto legislativo n. 38 del 2000. Una delle domande prevedeva una riflessione in merito all'efficacia di tale legge in relazione all'introduzione del danno biologico. Da sottolineare è il fatto che, in concomitanza con l'approvazione della legge, l'INAIL aveva ipotizzato che gli indennizzi sarebbero saliti notevolmente. Il dato degli indennizzi, per effetto dell'introduzione del danno biologico, in realtà potrà più o meno realizzarsi soltanto per il 2004, perché sono tuttora in corso casi di istruttoria a causa delle tempistiche. La norma emanata aveva l'ambizione – crediamo – di ampliare l'ambito di tutela dei lavoratori infortunati, ma in realtà il dato dimostra che non vi è stato il completo ampliamento. Anzi, devo dire che nei primissimi anni abbiamo constatato addirittura una restrizione, sicuramente dovuta agli orientamenti dell'Istituto assicuratore rispetto alla trattazione delle malattie professionali e degli infortuni, forse anche per la novità della norma stessa. La previsione dell'ambito di indennizzo è stata purtroppo in qualche modo ristretta. A questo proposito mi permetterò di lasciare agli atti della Commissione

uno studio specifico che abbiamo elaborato, che sarà tra l'altro presentato nei prossimi giorni.

Per quanto riguarda il dato relativo all'emersione delle malattie professionali perdute, in effetti un grosso problema è proprio quello relativo alla sensibilizzazione dei medici di base e delle aziende ospedaliere.

Per quanto riguarda le domande legate alla mancata refertazione o comunque all'attività dell'autorità giudiziaria su questo punto, dobbiamo constatare come sistema patronati che il problema effettivamente esiste. È evidente che l'autorità giudiziaria ha grossi problemi di carico di lavoro. Si dovrebbe comunque prevedere una refertazione in caso di denuncia di malattia professionale, ma in realtà questa attività è estremamente limitata e circoscritta.

Mi fermo qui: queste sono in estrema sintesi le nostre riflessioni. Ci riserviamo, però, di elaborare una nota più approfondita.

FERRONE. A nome della CGIL, ringrazio innanzitutto la Commissione per questa iniziativa che reputiamo di enorme importanza.

Concordo con tutte le considerazioni fino a questo momento espresse dai colleghi di CISL, UIL e UGL. Questo è un tema su cui le parti sociali, in particolare il sindacato, hanno convergenze piuttosto diffuse.

Proveremo a dare a titoli di testa alle domande poste che sono molto lunghe e articolate, dividendoci in un certo senso i compiti. Io mi occuperò dei titoli di testa relativi alle domande di carattere processuale, mentre il dottor Bottazzi interverrà nello specifico in merito alla parte più corposa.

La Commissione ci chiede se esiste un problema di mancata refertazione e la sua entità. Non esistono purtroppo statistiche per affermare l'entità di detto fenomeno ma di certo è estremamente rilevante. L'esperienza di tutti i giorni ci porta ad affermare che i medici di base e le aziende ospedaliere non hanno l'abitudine di segnalare all'autorità giudiziaria i casi di malattie di sospetta o conclamata natura professionale, attività alla quale sarebbero obbligati. In particolare, su questo potrebbe essere di ausilio l'intervento in alcune riviste giuridiche di pubblici ministeri, in particolare del dottor Guariniello il quale è intervenuto varie volte su questo specifico punto.

La seconda domanda è relativa all'esito delle segnalazioni all'autorità giudiziaria. In genere, dalla procura viene promossa l'azione penale, ma occorre segnalare – lo ha già detto la collega della CISL – una caduta di tensione sul tema dei danni sul lavoro, che spesso non sono percepiti come una tematica di rilevante allarme sociale. Il secondo elemento è che in genere le indagini implicano spesso accertamenti assai laboriosi, soprattutto nel caso di agenti cancerogeni, e i tempi dei procedimenti si rivelano normalmente lunghissimi con il rischio, che corre in generale tutto il sistema giuridico, di incappare nella prescrizione del reato e nel tardivo riconoscimento dei danni alle parti lese.

È stato chiesto se i rappresentanti dei lavoratori sono chiamati a testimoniare nei processi per malattie professionali. In via indiziaria, in ma-

niera non statisticamente scientifica, possiamo dire che l'audizione dei rappresentanti dei lavoratori avviene di norma solo se le indagini sono coltivate dagli uffici ispettivi delle ASL o quando sono le parti lese costituite ad assumere un ruolo di impulso in fase di rapporto istruttorio, nella fase delle indagini.

Si vuole poi sapere se i rappresentanti dei lavoratori hanno la possibilità di costituirsi parte civile nei processi per malattie professionali. Di norma le organizzazioni sindacali sono ammesse dai tribunali alla costituzione di parte civile. Pur tuttavia, l'intervento delle organizzazioni sindacali è limitato ai casi più rilevanti e destinati ad avere eco presso l'opinione pubblica. Non si tratta di una prassi normale. Questo dipende da una serie di motivazioni: in primo luogo, sarebbero di grandissimo ausilio una semplificazione ed una accelerazione dei processi per rendere più agevole l'esercizio di questo istituto; vi è poi il problema della soccombenza che vale per tutti i lavoratori dipendenti e che costituisce, da questo punto di vista, un meccanismo di freno abbastanza significativo.

È stato chiesto se l'attuale normativa sia adeguata per reprimere i reati di lesioni colpose derivanti da malattie del lavoro. È una domanda impegnativa e in un certo senso uno dei punti di discussione di tutto il sistema della legge n. 123 del 2007. Vorrei aggiungere su questo punto che sarebbe opportuno che nelle procure maggiori, almeno per un insieme di reati di particolare significato e rilevanza, fossero formate delle sezioni specializzate, come del resto avviene per i reati finanziari. In tema di infortuni e malattie professionali ciò sarebbe, tra l'altro, un segnale per fare acquisire centralità al tema della sicurezza negli ambienti di lavoro.

L'ultima domanda a cui proverei a dare un titolo di risposta riguarda l'organizzazione delle strutture giuridiche adeguate per reprimere i reati di lesioni colpose derivanti da malattie del lavoro. Per rispondere a questa domanda bisogna ricordare le problematiche di tutto il sistema giudiziario. Mi riferisco alla carenza di mezzi e di organici, alla farraginosità delle procedure e alla lateralità dei processi in tema di lavoro: tutto ciò crea un insieme su cui probabilmente occorrerebbe una azione incisiva di riforma piuttosto consistente.

Per il resto lascio la parola al dottor Bottazzi.

BOTTAZZI. Signor Presidente, vorrei cominciare da una puntualizzazione linguistica di cui credo anche questa Commissione debba tener conto. Parliamo infatti in modo indistinto di denuncia quando, in realtà, abbiamo due regimi diversi; sarebbe perciò opportuno utilizzare il termine di segnalazione per il sistema attivo dal 1965, che prevede che i medici segnalino alle ASL, all'ispettorato del lavoro e all'INAIL le malattie che sospettano di origine professionale e, poi, un sistema finalizzato all'indennizzo da parte dell'INAIL che si basa su una denuncia di malattia professionale con richiesta di indennizzo. Si tratta di due regimi totalmente distinti, che hanno finalità diverse e che naturalmente contengono dati profondamente diversi. Quando nel nostro Paese ragioniamo di malattie professionali, lo facciamo partendo dai dati INAIL, perché sono gli unici

elaborati e diffusi annualmente, ma si tratta di parziali e fanno riferimento solo a coloro che si rivolgono all'istituto per avere una forma di indennizzo. Ciò vuol dire, per esempio, che in quel settore non entrano tutte le malattie professionali che colpiscono lavoratori non soggetti alla tutela INAIL: i marittimi che hanno l'Istituto di previdenza per il settore marittimo (IPSEMA), il personale aereo che ha un sistema assicurativo particolare, molti dipendenti pubblici e via dicendo. È importante rilevare che questo sistema di segnalazione vige nel nostro Paese da più di 40 anni e non hai mai dato grandi prove di sé; è un sistema che ha una finalità epidemiologica, cioè di far emergere nel territorio le malattie e attivare poi le ASL che dovrebbero esercitare attività di prevenzione e di tutela.

L'articolo 10 del decreto legislativo n. 38 del 2000 ha aggiunto a tale sistema di segnalazione un registro nazionale delle malattie professionali e devo dire che esso, a distanza di sette anni, non ha portato grandi risultati. È un sistema con il quale le organizzazioni sindacali e dei relativi patronati non possono interagire, neanche a livello di dibattito culturale, di indicazioni di quali filoni o campi d'indagine sviluppare; è quindi un sistema che non sta dando risultati, a quanto sappiamo. Mi sembra che i dati riferiti all'anno 2006 attestano un numero di segnalazioni inferiore a quello delle malattie professionali riconosciute dall'INAIL e che a questo sistema afferiscono solo segnalazioni provenienti dai medici dell'INAIL che hanno già fatto il riconoscimento delle malattie professionali (il medico dell'INAIL cioè una volta che accede al riconoscimento della malattia professionale fa anche la segnalazione); se non ricordo male, i casi segnalati da medici non interni all'istituto non arrivano a 150. Tali dati testimoniano che, se vogliamo avere una conoscenza del nostro territorio, delle malattie professionali e dati che fotografano la nostra realtà, questo sistema di registrazione va rivitalizzato e sviluppato.

C'è poi il sistema delle denunce delle malattie professionali, da noi utilizzato perché è quello che, in realtà, viene elaborato, permette di avere dati ed informazioni. È sicuramente – e vedremo per quale motivo – un sistema che sottostima il dato, dà indicazioni di tendenza, ma sicuramente non fornisce elementi che possano permetterci di dire quali sono le malattie professionali nel nostro Paese, se vi è il rischio che esse aumentino, non consentendoci quindi l'attuazione di una politica di tipo sanitario e preventivo.

A fianco a questo sistema, è stato attivato, purtroppo in due sole Regioni, il sistema Malprof, cioè il controllo e lo studio delle malattie professionali, con grandi differenze tra i due territori: abbiamo infatti il sistema lombardo che contiene oltre 25.000 dati ed il sistema toscano che non arriva al migliaio. Stiamo notando, per esempio, che il sistema lombardo, che è molto efficace, negli ultimi due anni ha presentato un inaridimento della sorgente; anche in quel sistema comincia ad esserci una riduzione dei dati. Si deve tuttavia rilevare che il sistema delle Regioni non dialoga con l'INAIL, quindi non siamo in grado di sapere ad oggi quali casi troviamo dentro il sistema Malprof e contemporaneamente nel si-

stema INAIL e viceversa. Vi è quindi sicuramente la necessità che questi meccanismi dialoghino e si mettano in atto questo tipo di flussi.

Gli ultimi sistemi di conoscenza sulle malattie professionali sono realizzati, da una parte, con un meccanismo che deve ancora essere avviato perché i decreti sono stati varati con molto ritardo (mi riferisco a tutto il sistema della sorveglianza sanitaria anche degli ex esposti, prevista dal decreto legislativo n. 626 del 1994 e decreti successivi: penso al rischio cancerogeno, mutageno, chimico, biologico e quant'altro); dall'altra parte, con un'attività molto importante, soprattutto per chi si occupa di medicina del lavoro, costituita dalle indagini compiute *ad hoc* da molte realtà territoriali: penso per tutti al sistema piemontese, dove si vanno a ricercare le malattie professionali partendo da elementi ad esse estranei, incrociando, ad esempio, le schede di dimissione ospedaliera con l'attività lavorativa svolta. Tale attività ci sta permettendo di capire quanti sono i casi di tunnel carpale nelle popolazioni lavorative rispetto alle popolazioni normali, mettendo a nostra disposizione un dato reale della consistenza delle malattie professionali nella popolazione del nostro Paese.

I sistemi attivi sicuramente sottostimano il dato, ancora di più quando parliamo di nuove malattie correlate al lavoro, perché è tutto più semplice quando si parla di malattie tipicamente lavorative: il mesotelioma pleurico dei lavoratori dell'amianto pone meno problemi di diagnosi e di riconoscimento. Tutti i dati europei ci dicono che in Europa sottostimiamo le malattie professionali, ancora di più in Italia. In letteratura potrete trovare tutti i numeri che forniremo anche nei documenti; ciò che mi preme sottolineare è che nel nostro Paese la sottostima riguarda certamente le malattie correlate al lavoro, ma nel corso di un recente convegno, svoltosi ad Iseo sui tumori da amianto, è emerso che addirittura sottostimiamo anche le patologie più classiche da amianto, e che questa differenza diventa ancora più marcata quando si passa dal sistema delle segnalazioni al sistema delle denunce all'INAIL. Ricordo nei casi di Iseo e nei mesoteliomi dell'area portuale di Trieste che il 25 per cento di malattie professionali da amianto non si ritrovano nelle statistiche INAIL, mentre sono invece presenti nelle statistiche di bacino di sorveglianza sanitaria. Il che vuol dire che c'è una fetta, anche per le patologie da amianto, di un 25 per cento di lavoratori che non attivano la seconda fase di tutela.

Naturalmente, le differenze con i Paesi europei, come ricordava il dottor Carcassi, sono enormi e le nostre statistiche ci permettono di dire che fotografiamo ancora un'archeologia industriale sia quando parliamo di malattie professionali tabellate che non tabellate, l'ipoacusia da rumore è sempre la malattia al primo posto; finalmente siamo scesi al 50 per cento, ma rimaniamo comunque al 45-46 per cento. Se non avessimo l'ipoacusia, potremmo dire che nel nostro Paese le malattie professionali non esistono. Le statistiche europee ci dicono che le patologie di cui oggi si discute e che vorremmo che prima o poi venissero introdotte in tabella (quelle del sistema mano-braccio e della colonna vertebrale) sono quelle che dominano le statistiche a livello europeo, con elementi di differenza a volte notevoli. Ricordavano i miei colleghi che in Italia non arriviamo

a 3.000 malattie professionali riconosciute; l'altro giorno, in un convegno a Parigi, il rappresentante della CNAMST (*Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*), la cassa mutualistica francese, forniva il dato, per il 2006, di oltre 40.000 malattie professionali riconosciute nel loro Paese, tre quarti delle quali sono patologie del sistema mano-braccio e della colonna. Quindi, non vi è solo una differenza numerica, ma anche di tipologia e di qualità del dato.

Sicuramente noi abbiamo un problema di sistema dell'INAIL, del nostro Istituto assicuratore, relativo alla definizione del rischio. Un primo elemento di fondo ci preme sottolineare: a partire dall'introduzione del decreto legislativo n. 626 del 1994, l'INAIL utilizza, ai fini della possibilità di riconoscere la malattia professionale, il dato della valutazione dei rischi. Ebbene, sicuramente è un tema che richiede molta attenzione, innanzi tutto perché (come ci dice chi ha scritto il decreto legislativo n. 626) il documento di valutazione dei rischi non è un documento ufficiale, tant'è che è sottoposto ad una verifica da parte della ASL. In secondo luogo, sappiamo tutti che i documenti di valutazione dei rischi prendono a riferimento i TLV (*Threshold Limit Values*) che non garantiscono tutti i lavoratori, non tutelano gli ipersensibili o i più anziani, per cui se utilizziamo quel meccanismo abbiamo sicuramente una sottostima. Ma quello che a me più interessa di questo meccanismo è che esso aumenta ulteriormente quelle difficoltà del lavoratore che sono state richiamate prima. In realtà, infatti, l'INAIL impone al lavoratore di inviare la denuncia di malattia professionale all'ultimo datore di lavoro, anche se è quello presso cui si sta lavorando da un solo giorno e quindi non ha nulla a che fare con l'eventuale patologia. Ciò fa sì, naturalmente, che quel datore di lavoro si senta chiamato in causa, che abbia una percezione assicurativa negativa (da questo punto di vista l'Istituto assicuratore non svolge nessuna attività volta a tranquillizzare quel datore di lavoro); ma soprattutto fa sì che poi ci si concentri sul rischio legato all'ultima attività lavorativa per denegare quello che invece risale, con ogni probabilità, ad esposizioni molto più antiche. Sotto questo profilo la modulistica (remotissima) di denuncia o di segnalazione va certamente rivista (speriamo che ciò avvenga, in parte con il Testo unico, in parte con una revisione dell'INAIL) e deve permettere al medico denunciante di segnalare l'effettiva fonte di rischio.

Ci avete chiesto se una volta che il lavoratore denuncia la malattia professionale la risposta è comprensibile. L'INAIL opera in maniera chiara e sicuramente per noi che siamo in quel campo da sempre c'è una chiarezza formale: tutto avviene tramite circolari, che sono pubbliche e noi come patronati ci incontriamo con l'Istituto; quindi c'è un confronto ed una estrema trasparenza nell'indicazione. Sicuramente chi opera con l'Istituto non ha la stessa percezione che l'Istituto dà di se stesso: ad esempio, è molto meno centralista di quello che sembrerebbe, per cui molto, troppo spesso, registriamo consistenti differenze intrasede nell'accesso al riconoscimento delle malattie professionali. Proprio per questo diventa ancora più importante l'allargamento delle tabelle: vi sono sedi, o Regioni, in cui di fronte ad una malattia professionale non tabellata non

si accede al riconoscimento. Si pensi alle nuove malattie professionali, quelle che, si diceva, vengono denegate per oltre il 70 per cento: ci sono sedi in cui, non essendo malattie tabellate, non si avvia neppure il procedimento. E ciò avviene malgrado il *battage* pubblicitario che ha fatto l'INAIL con una nota del suo precedente direttore generale: in realtà poi in tutta la convegnistica gli stessi sanitari dell'Istituto ci dicono che, trattandosi appunto di una nota, non viene presa in considerazione e quindi i criteri di riconoscimento delle malattie professionali in essa indicati, molto più aperti, non vengono applicati.

Dunque, vi sono grandi differenze a livello regionale ma in questo caso non possiamo parlare di una differenza tra Nord e Sud perché la Regione che riconosce di più è il Friuli – Venezia Giulia (61 per cento) e quella che riconosce di meno è la Liguria (14 per cento). Queste differenze investono anche le diverse patologie: ad esempio, per quanto riguarda i tumori si va dall'80 per cento di alcune Regioni all'8 per cento di altre.

Parlando di statistiche, uno dei dati che non riusciamo ad ottenere è quello relativo alla provenienza della denuncia di malattia professionale. Per poter dire che l'Istituto lavora bene o male, infatti, sarebbe importante sapere se tale denuncia viene, ad esempio, da un medico di medicina generale, che quindi tende a favorire il proprio assistito, oppure (come avviene più di frequente) da istituti di medicina del lavoro o universitari, rispetto ai quali (come ci dicono tutte le ricerche già ricordate condotte da INAIL e ASL della Regione Toscana) l'INAIL ha dei criteri molto più restrittivi. Sicuramente su questo tema poi torneremo.

Sarebbe poi importante, per favorire un aumento delle segnalazioni, riuscire a cambiare l'atteggiamento dei medici competenti: stiamo lavorando, nell'ambito del Testo unico, per cercare di ridare indipendenza al medico competente. Tutti ci aspettavamo che con il decreto legislativo n. 626 milioni di lavoratori venissero sottoposti a sorveglianza sanitaria e che di conseguenza emergessero le malattie professionali. In realtà, ciò non è avvenuto e spesso i medici competenti non segnalano, per ragioni, che tutti comprendiamo, di sudditanza rispetto al datore di lavoro. Non solo: abbiamo addirittura un sistema sanzionatorio legato alle segnalazioni che, mi permetto di dirlo, colpisce il medico che segnala rispetto a quello che non segnala. Si tratta di un sistema che verifica e sanziona l'errore formale: il medico che segnala deve mandare tre certificati; se ne dimentica uno è sottoposto a una sanzione; se non ne invia neppure uno nessuno gli farà nulla. Stiamo notando (fenomeno molto preoccupante) che alcuni ordini professionali avviano procedimenti sanzionatori nei confronti dei medici che, nell'elaborazione della denuncia di malattia professionale, nel rispetto dell'articolo 53, forniscono dati epidemiologici all'Istituto assicuratore: nei confronti di questi medici, alcuni ordini professionali attivano passaggi di tipo sanzionatorio.

Sarebbe sicuramente importante avviare un'opera di sensibilizzazione sui medici di medicina di generale ma ancora di più, per cominciare, nei reparti specialistici e monotematici: penso ad esempio alle oncologie ma

anche a tutte le chirurgie della mano. Uno dei dati sorprendenti è che, con le migliaia di interventi di microchirurgia della mano per i tunnel carpali che si effettuano, incrociando le SDO con i sistemi per avere i rimborsi dalle ASL, che sono un ottimo meccanismo, si vede che da quegli istituti non arriva neppure una segnalazione di malattia professionale. Ora, prescindendo per un attimo dall'importanza di avere segnalazioni e di attivare meccanismi di sensibilizzazione, il fatto che quei medici non abbiano quell'attenzione vuol dire che il chirurgo che opera per un tunnel carpale, non essendosi posto il dubbio dell'origine professionale della patologia, non è in grado di tutelare dal punto di vista sanitario il suo paziente. Se il problema di tunnel carpale deriva dal fatto che, ad esempio, il lavoratore mette il bastoncino di legno nel gelato (che è una delle azioni a rischio) e nessuno gli spiega che, dopo l'intervento, non deve più fare quel lavoro, il paziente tornerà a farlo e nel giro di pochi mesi si presenterà nuovamente dal chirurgo in condizioni peggiori di prima. Quindi, si ha una effettiva perdita di tutela.

In merito ai temi della revisione del decreto legislativo n. 38 del 2000, concordo con tutte le osservazioni formulate dal dottor Carcassi. Abbiamo un problema di rivalutazione delle rendite e di revisione delle tabelle ma fondamentalmente, se vogliamo far emergere le malattie professionali, abbiamo anche un problema di modifica delle diverse franchigie. Oggi tutte le patologie emergenti – caso strano – sono in franchigia. Ricordiamo che le tabelle sono successive al decreto, nel senso che prima si è detto quali erano le franchigie e poi si è costruita la tabella. Quindi, quasi tutte le patologie – mi riferisco al tunnel carpale e alla patologia del rachide – sono in franchigia. Ciò vuol dire che, se il lavoratore vuole fare una causa all'istituto assicuratore – per la nostra giurisprudenza, se non la modifichiamo – non ha interesse ad agire e quindi non può neanche attivare un procedimento giudiziario. In sostanza, non può neanche determinare un cambiamento dei comportamenti dell'Istituto, come è stato fatto negli ultimi trent'anni, a partire dalle famose sentenze sul danno biologico. Questo tema è un elemento di deterrenza.

Altro grande tema è la paura del lavoratore di accedere alla denuncia di malattia professionale, come hanno ricordato il collega dell'UGL e il dottor Carcassi. Se qualcuno esamina le statistiche del *mobbing*, si può rendere conto che in gran parte dei casi il *primus movens* dei comportamenti mobbizzanti è la segnalazione di malattia professionale. Troppo spesso, però, dai lavoratori la denuncia di malattia professionale viene vista come un possibile rischio di idoneità alla mansione e, quindi, un percorso occupazionale negativo. Di questo c'è traccia evidente nei dati che si riferiscono all'età di coloro che chiedono le malattie professionali. Per la maggior parte si tratta di lavoratori che hanno ricevuto un giudizio di non idoneità da parte del medico competente o che sono andati o stanno per andare in pensione e, quindi, non possono ricevere danni dal datore di lavoro per aver sporto una denuncia di malattia professionale.

Abbiamo sicuramente bisogno di rivedere – per esempio – il tema della legge n. 68 del 1999 che oggi non serve ai lavoratori in attualità

di lavoro. Esiste al riguardo un bellissimo studio effettuato dall'Istituto di medicina sociale. Quando però si dice che, per accedere alla legge n. 68, bisogna possedere almeno il 22 per cento di danno biologico, ciò vuol dire che parliamo di circa 10 lavoratori, secondo i dati forniti dall'Istituto assicuratore.

Esiste poi il problema di tutti quei lavoratori che diventano non idonei alla propria mansione in aziende monotematiche. Se soffro della patologia del tunnel carpale e lavoro – penso all'Emilia – nell'industria alimentare dove divento assolutamente non idoneo alla mansione, posso avere un licenziamento o, se il patronato è molto bravo, un risarcimento di un paio di migliaia di euro, ma ho un grosso problema occupazionale. Naturalmente vi sono le possibilità tecniche, anche utilizzando questo regime, di modificare gli ambienti di lavoro, il posto di lavoro per renderlo adatto al lavoratore che ha ridotte capacità. Ma dobbiamo modificare il decreto in questione perché, così come è oggi formulato, serve più a inserire nei posti di lavoro i lavoratori portatori di *handicap* dalla nascita che non certamente a mantenere nei posti di lavoro i lavoratori che diventano inidonei nel corso della loro attività lavorativa.

PARAVIA (AN). Desidero fare una precisazione preliminare per far comprendere nel modo migliore le mie osservazioni e anche le domande che svolgerò.

Io stesso, come del resto voi, nutro delle riserve nei confronti di alcuni aspetti dell'INAIL. Nel corso delle precedenti audizioni nelle quali abbiamo ascoltato il direttore generale e altri esponenti, ho infatti manifestato alcune perplessità. Dico ciò affinché il contenuto delle osservazioni che sto per formulare possa essere recepito nel senso giusto e non prestarsi a eventuali interpretazioni meno corrette.

Rivolgo la prima osservazione ai rappresentanti della UIL. Francamente sono rimasto perplesso su quanto è stato detto in merito al fatto che l'INAIL ha conseguito un risultato positivo per oltre 2 miliardi e non utilizza neanche una parte di essi per una riduzione dei premi, pur giusti, che pagano le imprese. Ricordo, tra l'altro, che l'INAIL agisce in regime di monopolio essendo l'Italia l'unico Paese in Europa ad avere detto Istituto. Mi fa piacere l'osservazione che gli oltre 2 miliardi in questione non vengono utilizzati per ridurre i premi e soprattutto per aumentare le prestazioni. Francamente la perdita di una vita umana viene liquidata in modo – a mio personale avviso e lo dico da imprenditore oltre che da senatore della Repubblica – indecente in rapporto alle conseguenze che un trauma del genere provoca soprattutto in famiglie di giovani lavoratori, ossia all'inizio della loro attività. È stata fatta però un'affermazione che mi ha fatto raggelare, che è la seguente. Poiché quelle somme non vengono utilizzate per ridurre i premi o per aumentare le prestazioni, perché allora non aumentare il riconoscimento delle malattie non inserite in tabella? Francamente rispondo no. Forse la mia è una interpretazione sbagliata. Avete la possibilità di chiarirla nel modo migliore. A mio avviso,

l'INAIL dovrebbe agire sui primi due fronti piuttosto che allargare impropriamente le maglie dei suoi interventi.

Una seconda domanda la rivolgo alla rappresentante della CISL che ha fornito un dato che reputo altrettanto allarmante. È stato detto che l'INAIL denuncia circa 1.200 infortuni mortali ma ve ne sono altri 300, e ha parlato di superstiti ma forse avrebbe dovuto dire eredi dei deceduti. C'è un po' di confusione a riguardo. Ho voluto sottolineare questo ai fini di una comprensione complessiva. Si tratta di un aspetto che personalmente mi è totalmente sfuggito, di cui non ero a conoscenza per cui le sono grato della osservazione. Credo che questo ponga problemi importanti per l'Istituto, perché la mancanza di eredi non può costituire un vantaggio per l'Istituto stesso per conseguire un maggiore utile. Dette somme dovrebbero quantomeno essere specificamente assegnate dal consiglio di amministrazione dell'Istituto per finanziare progetti di informazione e formazione al fine di diminuire il numero degli infortuni. Non devono certamente essere incamerati solo perché muore il lavoratore romeno e non si rintracciano i suoi familiari e quindi l'Istituto risparmia una indennità – per esempio – di 50.000 euro. La ringrazio per l'osservazione fatta e credo che la Commissione debba porre la dovuta attenzione. Si tratta infatti di un problema – se è vero e non ho dubbi, dato che lei ne ha parlato con molta sicurezza – che apre una questione di grandissima importanza.

La terza osservazione la rivolgo alle organizzazioni sindacali nel loro complesso. Per me i patronati – scusatemi ma ragiono anche da imprenditore – sono una sorta di vostra azienda partecipata per tutta una serie di ragioni a voi ben note. Mi chiedo se il mancato riconoscimento da parte dell'Istituto di malattie professionali in un numero davvero cospicuo vi ponga anche il problema – ve lo sarete certamente posto, ma ne vorrei la conferma – che si possa trattare in molti casi di liti temerarie o addirittura di tentativi di vere e proprie truffe. Uso parole pesanti perché, ho conoscenza diretta di casi del genere, peraltro liquidati dall'Istituto stesso, al quale li ho personalmente contestati. Il patronato – lo dico con franchezza – agisce in un regime particolare, in quanto ottiene dallo Stato italiano il rimborso delle azioni legali che pone in essere. Vorrei sapere da voi se in taluni casi è possibile, o lo escludete totalmente grazie ai vostri mezzi di controllo – ma ne dubito – che lo Stato risarcisca non solo tutte le azioni di lite temeraria ma anche le eventuali vere e proprie truffe.

Di questo sono convinto e l'ho già detto prima, quando ho parlato di prestazioni che, a mio avviso, sono ridicole, soprattutto nei casi di perdite di vite umane, ma anche per i gravi infortuni che limitano l'attività del lavoratore e che, quindi, meriterebbero una rivalutazione cospicua. Rimarco che in Italia forse per pagare tante pensioni di invalidità civile del tutto inesistenti – altrimenti saremmo il Paese più malaticcio d'Europa non offrano le giuste prestazioni a chi invece ne avrebbe realmente bisogno.

TURIGLIATTO (*Misto-SC*). Signor Presidente, anch'io sono stato particolarmente colpito dalla distanza tra i 1.200 infortuni mortali (di

cui abbiamo discusso in più occasioni in questa sede, ragionando anche in merito alle dinamiche in atto che sembrerebbero essere state di contenimento perlomeno degli infortuni mortali) ed, invece, i dati forniti dalla dottoressa Picchio che ci portano, se confermati, ad una visione assai diversa di ciò che sta avvenendo nel nostro Paese. Pertanto, anch'io intendo sottolineare questo elemento.

CARCASSI. Signor Presidente, la percezione netta che abbiamo è che ci sia una sottovalutazione da parte del Governo (non c'entra l'INAIL perché la tabella delle malattie professionali viene predisposta dal Governo) relativamente alla questione delle malattie professionali e della tabella. È questo il tema fondamentale. Allora, il fatto di riconoscere una tabella di malattia professionale più ampia è, a mio avviso, un elemento di giustizia e di riconoscimento. Arriviamo poi ad un ragionamento nel ragionamento, se possibile ulteriore, rilevando la circostanza che stesse realtà dello Stato diano valutazioni sulle malattie professionali più ampie e siano poi più ristrette dal punto di vista assicurativo. È possibile che si abbia in altri Paesi un riconoscimento di malattia professionale, ad esempio, per i muscolo scheletrici, che è doppio rispetto a quello che viene fatto da noi? È possibile, inoltre, che il 50 per cento delle malattie professionali negate dall'INAIL trovino poi accoglimento in giudizio? Il 50 per cento delle malattie professionali che sono delegate dall'INAIL trovano poi in giudizio, quando il lavoratore prosegue il percorso e va in causa, accoglimento. Il nostro ragionamento è che probabilmente, al di là della sottovalutazione, vi sia uno spirito in qualche modo punitivo, che qualcuno potrebbe far risalire ad elementi di carattere economico, che mancano cioè i soldi. La mia idea è che non ci sono problemi economici, perché dal punto di vista dell'INAIL le risorse ci sono; insisto quindi sull'importanza di ristabilire quegli elementi di giustizia e di non penalizzazione delle malattie professionali, che sono ingiuste e i soldi potrebbero essere utilizzati, come ho detto precedentemente, per ridurre i contributi o per aumentare le prestazioni. Non è il caso di invocare un mal celato spirito di risparmio, che comunque non esiste. Quindi, riportiamo a giustizia ed al giusto riconoscimento ciò che altre realtà dello Stato o altri Paesi d'Europa fanno sul campo delle malattie professionali.

PICCHIO. Signor Presidente, confermo il dato che ho prima dichiarato circa i decessi e da questo punto di vista ho anche le tabelle INAIL. Ribadisco pertanto che nel 2006 gli indennizzi ai superstiti sono stati 1.214; si parla di superstiti perché tecnicamente si parla di rendita ai superstiti.

PARAVIA (AN). Condividete che è un termine improprio.

PICCHIO. Allora, 1.214 sono stati i decessi con indennizzo nel 2006, quindi infortuni mortali, intendendo infortuni sul lavoro, *in itinere* e decessi causati da malattie professionali per le quali si è concluso l'*iter* e

si è accertato che il decesso è dipeso da malattia professionale. Questi sono quelli indennizzati, quindi, con una prestazione nei confronti degli aventi causa; mentre altri 323 sono i decessi comunque avvenuti e riconosciuti come tali, ma che non hanno determinato un indennizzo dal momento che non c'erano eredi o superstiti come volete chiamarli. Di fatto, il dato dei decessi nel 2006 è pari a 1.537 e non a 1.214. Questo dato, secondo noi, è importante perché siamo perfettamente d'accordo che anche il dato del decesso, che non determina un indennizzo, deve essere evidentemente indagato ed è soltanto negli ultimissimi anni (da circa due anni) che l'INAIL permette una maggiore leggibilità di questi dati. Da questo punto di vista, posso lasciarvi le tabelle ufficiali. A questo si aggiunge tutto l'altro ragionamento esposto dai colleghi rispetto alla difficoltà di riconoscimento della malattia professionale e quant'altro.

Per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse dell'istituto assicuratore, è stato prima fatto un riferimento al provvedimento che è previsto in discussione rispetto all'indicizzazione del punto del danno biologico; una delle nostre grandi preoccupazioni relative al decreto legislativo n. 38 del 2000 è che il punto del danno biologico non è indicizzato. Ora, il provvedimento normativo prevede questa indicizzazione ma lo stanziamento economico non è sufficiente e si tratta sostanzialmente di un provvedimento a termine. Dovrebbe essere in realtà, era stato già segnalato prima, un provvedimento di carattere definitivo. Sarebbe cioè molto importante un'indicizzazione certa nel tempo e, quindi, non un provvedimento semplicemente a termine.

Vorrei poi soffermarmi sul ruolo dei patronati, visto che siamo stati sollecitati al riguardo; personalmente non abbiamo assolutamente notizie di liti temerarie ed i patronati in questo senso cercano di operare una selezione attenta delle cause che possono essere presentate in materia di malattie professionali, per dare anche un certo tipo di garanzia al lavoratore perché purtroppo esiste la norma richiamata della soccombenza e, quindi, il rischio di condanna alle spese per il lavoratore. Purtroppo, i patronati assistono soltanto il 12 per cento delle situazioni di infortuni in Italia. Quindi, il dato di difficoltà che abbiamo enunciato finora è suffragato dal fatto che anche l'ambito di tutela che i patronati riescono ad offrire è limitato, quindi i lavoratori che i patronati ed i sindacati in questo senso intercettano sono pochi. Quindi direi che questo rischio rispetto alle cause non c'è.

PARAVIA (AN). Non ho capito se sono 300 i casi in più l'anno; lei ha detto 1.236 rispetto a 1.217, quindi sarebbero 19 i casi di non indennizzo.

PICCHIO. I casi di non indennizzo sono 323; i casi indennizzati nel 2006 sono, al momento, 1.214. Il totale per il 2006, quindi i decessi, indennizzati e non indennizzati, è 1.537.

PARAVIA (AN). Quindi sono 326 i casi non indennizzati per mancanza di eredi.

PICCHIO. Sì, ed è un dato costante nel tempo.

MOLLICONE. Volevo solo aggiungere che quella dell'avanzo dell'INAIL che non viene utilizzato, che è stata qui richiamata, è una vecchia questione che noi abbiamo sempre sollevato. Poiché l'avanzo dell'INAIL, in base ad una legge, viene depositato presso la Tesoreria a tasso zero il problema è del Ministero dell'economia che dovrebbe, come hanno detto i miei colleghi, liberare quei fondi per fare tutto ciò di cui si è detto.

Un'ultima osservazione, già emersa anch'essa negli interventi degli altri colleghi: per le malattie professionali bisognerebbe guardare all'intera vita lavorativa del lavoratore e non all'ultima azienda presso cui ha lavorato, perché spesso le malattie intervengono dopo anni. Da questo punto di vista, potrebbero avere un ruolo importante i medici di famiglia, se adeguatamente istruiti.

PRESIDENTE. Vi ringraziamo per il vostro prezioso contributo e per il materiale che avete promesso di inviarci. Naturalmente ci riserviamo di convocarvi, ove ve ne fosse la necessità.

Dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 15,25.

