

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMITATO PARITETICO

DELLE COMMISSIONI

**11^a (Lavoro e previdenza sociale)
del Senato della Repubblica**

e

**XI (Lavoro pubblico e privato)
della Camera dei deputati**

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SICUREZZA E L'IGIENE DEL LAVORO

11° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 13 MAGGIO 1997

Presidenza del presidente SMURAGLIA

INDICE**Audizione del Presidente della Consulta interassociativa italiana per la prevenzione (Ciip)**

PRESIDENTE:	
- SMURAGLIA (<i>Sin. Dem.-L'Ulivo</i>), senatore	Pag. 3, 11, 12 e <i>passim</i>
DE LUCA Anna Maria (<i>Forza Italia</i>), deputato	10
NAPOLI Roberto (<i>CCD</i>), senatore.....	8, 13, 18
STELLUTI (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>), deputato ...	10
PELELLA (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>), senatore ...	11, 13
POLIZZI (<i>AN</i>), deputato	11
	<i>COTTICA</i>
	Pag. 7, 18
	<i>FOÀ</i>
	3, 8, 10 e <i>passim</i>

Audizione del Presidente della Società italiana di ergonomia

PRESIDENTE:	
- SMURAGLIA (<i>Sin. Dem.-L'Ulivo</i>), senatore	Pag. 19, 20, 23 e <i>passim</i>
POLIZZI (<i>AN</i>), deputato	26
SANTORI (<i>Forza Italia</i>), deputato	26
	<i>BAGNARA</i>
	Pag. 19, 20, 23 e <i>passim</i>
	<i>CATERINA</i>
	21, 25
	<i>FOÀ</i>
	24

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Vito Foà, presidente della Consulta interassociativa italiana per la prevenzione (Ciip), accompagnato dal dottor Danilo Cottica, dall'ingegner Carlo Zocchetti e dalla dottoressa Anna Cipolla Alemani, ed il professor Sebastiano Bagnara, presidente della Società italiana di ergonomia, accompagnato dalla professoressa Gabriella Caterina.

I lavori hanno inizio alle ore 12,10.

Audizione del Presidente della Consulta interassociativa italiana per la prevenzione (Ciip)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla sicurezza e l'igiene del lavoro, sospesa nella seduta dell'8 maggio.

Ascolteremo inizialmente il presidente della Consulta interassociativa italiana per la prevenzione (Ciip) professor Foà, qui presente assieme a tre collaboratori.

Abbiamo dedicato uno spazio particolare all'audizione del professor Foà perchè la Consulta riunisce – se non ricordo male – 14 associazioni di vario genere che si occupano con carattere eminentemente tecnico della materia. Quindi, le informazioni che potremmo ottenere si potrebbero rivelare, per noi, membri di questo Comitato, particolarmente preziose proprio perchè rappresentano la sintesi del pensiero di tecnici di varia natura.

Ringrazio il professor Foà, presidente della Consulta interassociativa italiana per la prevenzione per essere intervenuto. Mi scuso se per impegni sopraggiunti, sia da parte della Camera che del Senato, questa audizione è stata più volte rinviata. Ciò non è dipeso dalla cattiva volontà dei componenti del Comitato. Del resto, dobbiamo tener conto degli impegni delle Commissioni lavoro della Camera dei deputati e del Senato e dell'Aula: abbiamo cercato di non interferire con questi.

Do la parola al professor Vito Foà, presidente della Ciip.

FOÀ. Signor Presidente, illustri deputati e senatori sono molto felici di aver l'opportunità di esporre di fronte a questo Comitato i problemi e i motivi per i quali la Consulta interassociativa si è formata. Essa è sorta, infatti, proprio perchè si è ritenuto necessario riunire in un unico organo tecnico-scientifico tutti i soggetti che in misura diversa e a vario titolo si occupano della prevenzione non solo negli ambienti di lavoro ma anche in quelli di vita. Lascero al Presidente e alla segreteria di questa Comitato una memoria scritta di ciò che adesso esporrò.

In maniera sintetica vorrei informare il Comitato che le associazioni che attualmente compongono la Ciip sono: l'Aias (Associazione na-

zionale tra addetti alla sicurezza), l'Aidii (Associazione italiana degli igienisti industriali), l'Aie (Associazione italiana di epidemiologia), l'Airm (Associazione italiana radioprotezione medica), l'Airp (Associazione italiana di protezione contro le radiazioni), l'Al (Associazione ambiente lavoro), l'Anisap (Associazione nazionale delle istituzioni sanitarie ambulatoriali private), l'Anma (Associazione nazionale medici di azienda), l'Anpeq (Associazione nazionale professionale tra esperti qualificati in radioprotezione), la Gilv (Gruppo italiano per lo studio dei rapporti lavoro-visione), la Sie (Società italiana di ergonomia), la Simlii (Società italiana di medicina del lavoro e igiene industriale), ed altre associazioni. Sono in tutto 14 e raccolgono – compresa l'associazione dei docenti universitari di medicina del lavoro – tutti coloro che si occupano di gestione e di organizzazione della prevenzione negli ambienti di lavoro, inclusa la elaborazione culturale e la ricerca.

Detto questo, seguirei lo schema da voi indicato nel programma con riferimento all'acquisizione di notizie, informazioni e documentazione che, in questa sede, cercheremo di fornirvi.

Giustamente il programma di questa indagine conoscitiva sulla sicurezza e l'igiene del lavoro affronta nei primi 3-4 punti il tema dell'acquisizione di informazioni sull'andamento degli infortuni sul lavoro, su quello delle malattie professionali tabellate e sulle malattie da lavoro in genere, sulle cause principali degli infortuni e delle malattie, sul funzionamento e sull'adeguatezza degli organi di sorveglianza prevenzionale e di vigilanza sanitaria, in particolare degli operatori delle Usl e così via. All'interno della memoria che consegnerò troverete anche le motivazioni per cui in Italia non riusciamo a raccogliere dati certi sull'andamento degli infortuni sul lavoro in particolare, ma anche quelli relativi all'andamento delle malattie da lavoro.

Ricordo che esistono le malattie tabellate (e quindi assicurate) e le malattie da lavoro per vecchi e nuovi rischi, come avete indicato nel programma.

L'Associazione italiana di epidemiologia, che partecipa alla nostra Consulta, ha elencato, nella citata memoria, le proposte per la raccolta dei dati biostatistici sugli infortuni e sulle malattie professionali. È evidente che se non riusciamo a costruire una buona rete che permetta di raccogliere le informazioni necessarie, per poi porre in essere azioni concertate, nel nostro paese ci troviamo spiazzati, almeno negli interventi prioritari. Si registra oggi ancor più la mancanza di un progetto, quindi di una raccolta di dati biostatistici, e la mancanza di specialisti formati dalle università o da altre istituzioni sui temi di epidemiologia, anche in relazione ai limiti e ai controlli della legge-quadro n. 675 del 1996 sulla riservatezza dei dati. Ritengo che se questa legge non verrà ben utilizzata, oppure se servirà esclusivamente per porre ulteriori difficoltà all'acquisizione dei dati sanitari, essa costituirà un ulteriore problema per una corretta raccolta dei dati stessi.

Il secondo punto da voi affrontato riguarda il funzionamento e l'adeguatezza degli ispettorati del lavoro, con riferimento agli organici, alle dotazioni strumentali ed alle competenze. La questione è complicata in quanto gli ispettorati del lavoro hanno o dovrebbero avere soltanto

poteri residuali di indagine negli ambienti di lavoro. Conseguo, a tal riguardo, anche una lettera piuttosto motivata del dottor Colato (che è stato magistrato) che spiega le motivazioni di questa situazione abnorme e i rilievi penali che – a suo avviso – possono scaturire da questo tipo di situazioni.

Il Ministero del lavoro è carente di strutture in quei settori che avrebbero dovuto essere riservati al servizio sanitario nazionale e questo ha portato soprattutto in periferia ad evidenti distorsioni di attività e di potere di intervento sugli ambienti di lavoro, anche sui cantieri temporanei.

Questa distorsione sarà ancora maggiore se le Aziende sanitarie locali perseguiranno solo l'obiettivo di pareggiare il bilancio, cioè dare servizi in cambio di pagamenti. Il problema della prevenzione, in particolare negli ambienti di lavoro, ma in generale anche negli ambienti di vita, chiaramente ha carattere *no profit*: bisogna fare prevenzione, e lo Stato e le comunità locali devono sopportarne gli oneri per evitare problemi rilevanti. A questo proposito è stata lungimirante la legge n. 833 del 1978, nella quale si prevedeva la destinazione di una percentuale di fondi, circa il 5 per cento del bilancio della sanità, alle attività di prevenzione. Di fatto questo non avviene: al massimo viene destinato il 2 per cento, e tale percentuale rischia perfino di diminuire se permane la necessità per le Aziende sanitarie locali di raggiungere il pareggio del bilancio, probabilmente a spese anche di questi fondi che vengono dispersi.

Al problema della non perfetta assonanza fra l'attività del Ministero del lavoro e quello della sanità, va aggiunta anche l'annosa questione della preparazione del testo unico, che è stata affidata ad un funzionario del Ministero del lavoro, con la collaborazione di un funzionario di una delle Aziende sanitarie romane e di altri due esperti. Ritengo che l'elaborazione del nuovo testo unico per la sanità negli ambienti di lavoro rappresenterà una grande facilitazione per chi deve fare vigilanza e interventi di controllo, nonché per il datore di lavoro, che oggi ha assunto responsabilità penali.

Con l'attuale sistema, si chiede una valutazione del rischio (in base al decreto legislativo n. 626 del 1994), ma poi di fatto si impongono determinati interventi ancora sulla base dell'antica presunzione del rischio.

Noi siamo favorevoli all'introduzione, accanto alle norme penali che regolano l'attività di prevenzione, di norme di incentivazione affinché tale attività venga stimolata. Abbiamo discusso a lungo, in altre sedi, dell'opportunità di inserire anche qualche norma di incentivazione; ci è sembrato un passo importante e sicuramente vincente nell'invogliare i datori di lavoro ad intraprendere questa attività con maggiore pregnanza, capacità ed efficienza.

Altro annoso problema è quello della formazione e dell'informazione. Credo che il recepimento delle direttive comunitarie abbia avuto come punto di riferimento sostanziale, per attivare un virtuoso processo di attività indirizzata a fini di prevenzione, proprio la formazione e l'informazione degli operatori. La figura del rappresentante dei lavoratori per

la sicurezza è sicuramente un passo avanti, ma è necessario trovare la strada per realizzare un organico processo di formazione e di continua informazione. In questo senso, diventa cruciale la definizione di alcune figure professionali e anche di tecnici. Probabilmente l'ergonomo vi dirà che ha costituito un processo di certificazione e di specializzazione.

Per inciso, bisogna ricordare che il decreto legislativo n. 626 ha scatenato una miriade di attività consequenziali ed ha aperto un mercato quasi sempre utile, ma certamente non efficace, non competente in alcune sue componenti, mentre mancano figure importanti in relazione alle competenze previste dal decreto legislativo n. 626.

La figura dell'ergonomo vi verrà illustrata. Anche gli igienisti industriali hanno deciso di procedere ad una loro certificazione attraverso l'associazione, così come altre stanno tentando. Ricordo che l'università prepara solo il medico competente, non prepara nè l'ergonomo nè l'igienista industriale nè il tecnico della sicurezza.

Recentemente il Ministero della sanità ha emanato, con il decreto ministeriale n. 58 del 17 gennaio scorso, il regolamento concernente la individuazione della figura professionale del tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, che pare essere «totivalente», capace di occuparsi di tutto, dalla vigilanza sui prodotti cosmetici al controllo dell'ambiente di vita e di lavoro. Questo decreto ci lascia molto insoddisfatti, perchè non ne riscontriamo l'efficacia; quindi, nelle nostre proposte sono presenti valutazioni riguardo i profili dei percorsi formativi.

Inoltre, vorrei ricordare anche l'annosa diatriba sul ruolo dei medici competenti, se il loro numero sia sufficiente o meno. Con uno schema di disegno di legge, all'articolo 24, il Ministero della sanità propone di sostituire il comma 2 dell'articolo 17 del decreto legislativo n. 626 nel seguente modo: «Il medico competente si avvale della collaborazione di medici anche non specialisti scelti dal datore di lavoro che ne sopporta gli oneri». In questo tentativo di cambiamento noi vediamo un attentato notevole all'aspettativa di qualità dell'assistenza da parte dei lavoratori. Si discute molto sulla carenza di questi medici competenti sul territorio nazionale, ma in ogni modo, anche se così fosse, il sistema per avere un numero sufficiente di medici competenti non è quello di utilizzare addirittura medici non specialisti. Tale scopo potrà essere raggiunto solo attraverso un ampliamento dei posti nelle scuole di specializzazione in medicina del lavoro, che sono rimasti 84 come lo erano prima che la legislazione comunitaria fosse recepita nel nostro ordinamento, mentre molte altre scuole di specializzazione in medicina sono una fabbrica di disoccupati. Sicuramente, si potrebbe distribuire meglio i posti, senza altri oneri a carico dello Stato.

Un altro modo sicuro per realizzare questo tipo di miglioramento, e proprio perchè il testo unico possa essere elaborato, consiste nel togliere ai medici competenti una serie di attività burocratiche che appesantiscono il loro lavoro, come la pedissequa osservanza degli obblighi derivanti dal decreto del Presidente della Repubblica n. 303 del 1956, anche perchè possiamo dire che non c'è più nessuna relazione fra la realtà industriale di oggi e la possibilità di insorgenza delle malattie svelabili con

visite mediche anche ravvicinate. In questo senso abbiamo scritto una lettera al ministro Bindi perchè riveda la sua posizione.

Abbiamo avanzato anche alcune proposte di tipo strategico, cioè l'attivazione di progetti, di un'azione concertata tra i Ministeri, d'accordo con i vari istituti scientifici di Stato, come l'Ispesl e l'Istituto superiore della sanità. Si valuti se i progetti che abbiamo preparato possano essere sufficienti e quale potrebbe essere l'efficacia dell'intervento sul territorio.

Nel nostro ultimo convegno nazionale, che si è tenuto a Milano il 14 aprile scorso, è stata compiuta un'analisi critica dell'esperienza fatta nella valutazione del rischio, per valutare quali difficoltà si sono evidenziate nell'applicazione del concetto fondamentale di essere passati da un rischio presunto ad un rischio misurato.

La verità è che fino ad ora, per vari motivi, oltre alla mancanza di professionalità adeguate, si sono riscontrate asimmetrie di valutazione e una scarsa partecipazione delle organizzazioni sindacali. Comunque, nel *dossier* che abbiamo consegnato al Comitato è dedicato ampio spazio a tali problematiche.

Signor Presidente, non volendo abusare ulteriormente della sua pazienza, la ringrazio per l'attenzione dedicatami e dichiaro la mia disponibilità a rispondere a tutte le domande che mi verranno rivolte dai suoi colleghi che così benevolmente mi hanno ascoltato.

COTTICA. Sono il Presidente della Associazione igienisti industriali, associazione che raccoglie circa 2.000 persone che operano nel settore del controllo tecnico e biologico dell'ambiente di lavoro. Vi ringrazio per avermi offerto la possibilità di parlare in questa sede delle esigenze dell'ambiente lavorativo industriale. Come ha già sottolineato il professor Foà, a seguito dell'applicazione del decreto legislativo n. 626 del 1994, nel campo della prevenzione e della sicurezza si è registrato un discreto giro di affari che ha visto però l'affermarsi di figure professionalmente impreparate. Ne è conseguita, dal punto di vista tecnico, l'opportunità di procedere ad una certificazione delle competenze, visto che fra i corsi di studio universitari previsti dall'ordinamento italiano non è contemplata la figura del laureato specializzato in prevenzione dei rischi lavorativi negli ambienti industriali. Nel nostro paese esistono soltanto, in alcune sedi universitarie, le scuole di specializzazione biennali che interessano materie oggetto del decreto legislativo più volte citato ma, come ha prima osservato il professor Foà, non sono previsti corsi di laurea specifici in tale materia.

A partire dal 1992, l'Associazione igienisti industriali ha iniziato a dare alcune indicazioni in merito ai titoli, agli esami, alle competenze e ai *curricula* professionali necessari per ottenere la certificazione di competenza; è sulla base di tali indicazioni che sono state selezionate, su 2.000 concorrenti, attraverso prove basate su *quiz*, le 250 persone prima richiamate dal professor Foà. Ciò dimostra quanta incompetenza esista all'interno di associazioni che dovrebbero invece raccogliere professionalità altamente qualificate. Vorrei infine ribadire la necessità

di definire le caratteristiche delle strutture tecniche necessarie per lo svolgimento della nostra attività.

FOÀ. Signor Presidente, vorrei comunicare al Comitato che purtroppo oggi, per difficoltà sopravvenute nei mezzi di trasporto aereo, non ha potuto partecipare a questa audizione il collega al quale era stato affidato il compito di illustrare i dati statistici che si rilevano in questo settore e che rivestono un'importanza cruciale nell'ambito del sistema virtuoso di conoscenza delle varie realtà presenti nel nostro paese.

Premessa l'opportunità di affrontare le tematiche connesse alla legge n. 675 del 1996, onde evitare che il flusso di informazioni si interrompa, mi riservo di consegnare quanto prima al Comitato una memoria scritta su questo argomento che mi sembra particolarmente importante.

NAPOLI Roberto. Signor Presidente, mi dispiace di non aver potuto assistere alla parte iniziale di questa audizione, ma dovevo adempiere ad altri impegni precedentemente assunti.

Vorrei soffermarmi in particolare su due problemi. Il primo problema, che concerne il decreto legislativo n. 626, è stato sollevato, da tempo, contestualmente da me e dal presidente Smuraglia e, purtroppo, «con il senno di poi», devo dire a ragione, tant'è vero che le norme premiali stanno confermando tutto quanto da noi sostenuto. Più volte abbiamo ripetuto, nel corso dei nostri interventi in Senato (ma probabilmente i Resoconti non vengono letti attentamente), che, per evitare il *far west* degli operatori nel settore della prevenzione e della sicurezza degli ambienti di lavoro, era necessario prevedere due strumenti fondamentali. Il primo strumento è l'elenco degli operatori della sicurezza, la cui compilazione però non dovrebbe basarsi soltanto sul dettato dell'articolo 17 del più volte citato decreto legislativo n. 626 in ordine alle competenze: stante la delicatezza della materia, avevamo intuito che, a seguito di tale normativa, vi sarebbe stato l'ingresso di quello che «Il Sole 24 ORE» definisce «l'esercito della sicurezza» e che noi quantifichiamo in 250.000 operatori.

Avevamo intuito altresì la necessità di definire alcune regole fondamentali, una delle quali è proprio quella indicata dal professor Foà in riferimento ai requisiti minimi necessari per diventare operatore della sicurezza e cioè la certificazione di qualità per accedere all'elenco ed entrare quindi a far parte del gruppo operativo, premesso ovviamente quanto stabilito dal citato articolo 17 con riferimento al metodo, alle competenze e alla qualificazione.

Il secondo strumento a nostro avviso necessario è il tariffario delle prestazioni, perchè in assenza di specifiche indicazioni in tale settore, si è costretti in genere a far riferimento al tariffario previsto dall'ordine dei medici che per le prestazioni di medicina del lavoro – sottolineo questo punto da specialista – contiene riferimenti non stabili, essendo dedicato a tale materia soltanto un breve capitolo e nulla essendo previsto per quanto attiene alla medicina ambientale intesa in senso ampio. Le uniche indicazioni di riferimento rinvenibili nell'elenco riportato in detto tariffario si riscontrano nelle voci relative ai laboratori di analisi,

alla radiologia e alle indagini strumentali, mentre mancano indicatori complessivi che potrebbe consentire di inquadrare l'attività di cui si tratta.

Con molta franchezza devo anche aggiungere che alle modifiche apportate con il decreto legislativo n. 242 del 1996 alla normativa del 1994 non ha fatto seguito, rispetto ai problemi sollevati in sede istituzionale, una particolare sensibilità da parte delle associazioni che, anzi, hanno assunto un atteggiamento di difesa della categoria che, a distanza di tempo, si è trasformato in una strategia assolutamente improduttiva. L'essersi limitati alla sola difesa di categoria nella convinzione di qualificare in tal modo i medici del lavoro, l'essersi arroccati in una cittadella professionale onde evitare che altri vi potessero accedere, ha generato soltanto i gravi problemi che si riscontrano nella pratica quotidiana e che sono strettamente collegati alla figura del medico competente, che è impossibilitato a svolgere la propria attività.

Nel corso di un mio intervento al Congresso sulla medicina del lavoro tenutosi a Montecatini, ebbi il coraggio di dichiarare con molta franchezza che prima o poi sarebbe giunto il giorno in cui un legislatore si sarebbe posto il problema del ruolo del medico competente e del numero delle aziende da quest'ultimo seguite, nonchè, in caso di medico universitario, della capacità dello stesso di assistere 25 gruppi industriali e in che termini di impegno lavorativo orario rispetto alle altre attività professionali da quest'ultimo svolte. In quella occasione venni giudicato con sospetto per le riflessioni che rendevo pubbliche; oggi devo constatare che i fatti mi danno ragione, soprattutto alla luce del fatto che il 31 maggio 1997 scatteranno le norme che prevedono l'incompatibilità per i pubblici dipendenti, norme che credo che prima o poi si estenderanno anche ad altri settori professionali. Avevamo ragione perchè avevamo previsto e anticipato (probabilmente molti colleghi universitari la pensano come me) che sarebbe stato necessario avere due livelli di responsabilità: uno del medico competente e uno degli operatori all'interno delle strutture sanitarie aziendali.

Assistiamo, invece, ad un altro fenomeno - lo dico con rammarico e credo che il presidente Smuraglia condivida la mia opinione - e cioè ad un tentativo di saccheggio da parte dei vari Ministeri di un impianto legislativo che ha richiesto una riflessione molto serena del Parlamento. Mi riferisco al decreto legislativo n. 626 del 1994 e al decreto legislativo n. 242 del 1996, perchè nello schema del disegno di legge di cui trattiamo, oltre ad altri interventi, l'articolo 24 sopprime di fatto l'articolo 17 del decreto legislativo n. 626.

Questo non è un modo di operare. Credo che il ministro Bindi, già duramente criticata in Commissione sanità, sarebbe contestata con altrettanto vigore in Commissione lavoro per il suo modo di intervenire sulla normativa vigente. Tra l'altro stiamo cominciando adesso ad avvicinarci alla cultura della sicurezza; finalmente si comincia a lavorare, attraverso istituti seri, università serie e specialisti seri, per far capire cosa siano la formazione e l'informazione, quali siano gli specialisti e gli operatori. All'improvviso il Ministro sta causando danni non solo alla sanità, ma anche agli ambienti di lavoro con disegni di legge che - ritengo - non

abbiano nulla a che vedere, se non *a latere*, con la sua specifica attività. Sostituire *d'emblème* l'articolo 17, che è uno degli articoli chiave e fondamentale del decreto legislativo n. 626 significa assumere un comportamento che oserei definire indecoroso dal punto di vista della responsabilità ministeriale.

Non entro nel merito del contenuto dell'articolo 2 dello schema di disegno di legge, ma credo che un legislatore attento debba avere almeno il tempo di riflettere su ciò che viene proposto. Non sarebbe giusto dire già da ora che potremmo non essere d'accordo perchè, peraltro, la specializzazione viene prevista per legge solo per alcuni casi specifici: in radiologia ed in anesthesiologia. Sono i due casi specifici previsti dalla legge. In questo caso si apre una strada di riflessione legislativa notevolissima perchè infatti – e lo dico con molta franchezza in qualità di medico del lavoro e non in qualità di senatore – se dovesse essere approvata questa norma significherebbe prendere tutto ciò che è stato fatto in due anni e buttarlo dalla finestra, perchè il medico competente verrebbe scavalcato da coloro che non lo sono.

Vorrei lasciare, però, il mio giudizio in sospeso poichè gradirei approfondire questa nuova norma. Desidero invece che rimanga agli atti la assoluta riprovazione per questo comportamento da parte del Ministro della sanità; non è il primo caso di intervento, direi proprio di saccheggio, di provvedimenti che hanno richiesto a questo Parlamento una riflessione e uno studio sereno, un confronto con le parti sociali e con gli operatori, che hanno portato alla stesura di testi equilibrati e ragionati. Se questo è il metodo, mi permetto di dire al Presidente della Commissione che è opportuno chiamare al più presto il Ministro della sanità, o anche i suoi collaboratori (che stanno di fatto operando in di una materia che li dovrebbe interessare molto poco), per dare ragione a questo Comitato di tale comportamento disdicevole che ritengo necessario ufficializzare.

STELLUTI. Signor Presidente, voglio rivolgere soltanto due domande. La prima riguarda quel che mi è sembrato, da parte del presidente della Consulta interassociativa, un giudizio non propriamente positivo rispetto alla valutazione del rischio.

FOÀ. Non completamente positivo.

STELLUTI. Chiedo pertanto al presidente della Consulta se sia possibile un approfondimento su questo tema, in quanto ritengo sia uno dei nodi fondamentali del sistema che è stato costruito e che si basa essenzialmente sulla valutazione del rischio.

Secondo il vostro giudizio a che cosa può essere attribuita questa carenza nello svolgimento di questa funzione? Vorrei sapere se si tratta di una carenza di preparazione o di indicazioni legislative o, comunque, dei Ministeri competenti.

La seconda domanda riguarda la formazione. La vostra associazione svolge attività formativa? In caso di risposta affermativa, a quale livello degli operatori è diretta?

DE LUCA Anna Maria. Rivolgerò solo tre brevi domande.

Lei, all'inizio del suo intervento, ha espresso dubbi circa la possibilità di organizzare una rete informativa efficace. Vorrei sapere su quali elementi basa le sue perplessità, se si tratta di una carenza di uomini, di mezzi, di normativa.

Lei ha anche accennato alla legge n. 675 del 1996 sul trattamento dei dati personali. Quindi, presumo che ritenga che l'entrata in vigore di questo nuovo provvedimento possa in qualche modo avere delle ricadute se non negative comunque non positive sull'argomento della prevenzione.

La seconda domanda attiene alla spesa. Lei ha fatto un breve accenno alla giusta spesa riguardante la prevenzione. Questo 2 per cento a cui lei ha fatto riferimento sul bilancio della Sanità - a suo avviso - se venisse opportunamente impiegato (dunque in maniera adeguata e senza sprechi) sarebbe sufficiente, oppure comunque non sarebbe possibile organizzare un servizio adeguato con questo tipo di stanziamento?

Mi interesserebbe sapere inoltre qualcosa di più circa le proposte di tipo strategico alle quali lei ha accennato. Ad esempio, che tipo di settori riguarderebbero e se esiste una documentazione in proposito.

PRESIDENTE. Onorevole De Luca, il professore Foà ha solo accennato ad alcuni di questi punti, ma ha anticipato che ci consegnerà una memoria scritta che naturalmente - come sempre - distribuirò. Se intanto il professore Foà vuole fornire qualche accenno di risposta può comunque farlo.

PELELLA. Credo che sia stata segnalata - non ricordo se da parte del professor Foà - l'esigenza relativa alla certificazione delle competenze. Capisco certe reazioni; leggendo l'articolo 17 del decreto legislativo n. 626 mi sembra che in ordine alle competenze stesse si dica ben poco rispetto ai requisiti, alle qualità scientifiche e alle conoscenze del medico competente, per evitare i rischi di cui parlava il professore Foà (improvvisazione, nascita di strutture o di organismi che vogliono speculare in questo settore, spesso sprovvisti di un minimo di requisito scientifico professionale).

Mi pare anche che sia da tenere in debito conto l'esigenza, a cui si faceva riferimento, della certificazione delle competenze. Ho riletto l'articolo 17 citato e ritengo che sia incontestabile. Vorrei capire se basta questa o quella specializzazione; ma il requisito della competenza e l'esigenza di una certificazione è fuori discussione.

POLIZZI. Signor Presidente, vorrei sottolineare che c'è effettivamente un disagio nell'affrontare l'articolo 17, perchè ritengo importante rivedere e puntualizzare quale sia il ruolo del medico competente e quale tipo di professionista debba «approcciare» questi problemi.

Il problema della scuola di specializzazione è assodato. Credo che il professor Foà sappia che a livello universitario stiamo cercando di trovare una soluzione, perchè è una struttura sotto grande osservazione.

È necessario anche chiarire le competenze del medico competente. Nell'articolo 24 dello schema di disegno di legge del Ministero della sanità si prevede che il medico competente possa avvalersi della collaborazione anche di medici non specialisti. Questo crea effettivamente una grande confusione in un settore così delicato, anche per chi, da un punto di vista scientifico, deve poi fornire delle indicazioni.

Pertanto, sarebbe opportuno che questo Comitato effettivamente approfondisse tale discorso, fornendo indicazioni più precise al riguardo, anche perchè ritengo questo un passaggio importante, di snodo, forse anche determinante ai fini di tutte le procedure, le classifiche, la diagnostica e tutto ciò che comporta poi nel settore specificamente sanitario.

PRESIDENTE. Vorrei aggiungere anch'io alcune domande.

Mi rivolgo al professor Foà in quanto presidente della Consulta ed esperto della materia. Lei ha fatto un accenno allo stato delle ricerche epidemiologiche. Sono interessato a sapere qual è lo stato delle conoscenze sulle malattie professionali non tabellate (a cui una sentenza della Corte Costituzionale ha aperto la strada qualche anno fa), che fanno parte del grande numero delle malattie da lavoro. Vorrei sapere quali sono le nostre conoscenze in materia, quali strumenti abbiamo messo in campo per cercare di sapere di più, quale impegno c'è nei vari settori della vita scientifica nazionale anche dal punto di vista epidemiologico, quali rapporti ci sono tra gli organismi di ricerca e le Aziende Usl.

Tra l'altro, risulta che alcuni organismi hanno tentato delle ricerche per conto proprio, con uno scarsissimo collegamento con le università. Sono interessato anche a sapere di chi è la responsabilità di questo mancato collegamento: di alcuni che ritengono di poter procedere da soli o dell'eventuale persistenza della vecchia separazione tra ricerca pura accademica e ricerca applicata a vocazione strettamente settoriale.

In secondo luogo, vorrei sapere a che punto sono, nell'ambito delle ricerche in Italia in materia di prevenzione, le indagini circa la specificità dei rischi per le lavoratrici. A prescindere dal problema più trattato, più noto, rappresentato dalla maternità, dalla gravidanza e così via, vorrei sapere se c'è una specificità di rischio determinata non solo dal tipo di lavoro, ma in generale anche dai ritmi e dalla sovrapposizione di più lavori; se esiste letteratura scientifica utile al Comitato e a che punto siamo nello studio, nella ricerca e nell'analisi del settore.

A questo punto, professor Foà, le chiedo di rispondere alle numerose domande che le sono state poste.

FOÀ. Vi ringrazio, perchè il gran numero di domande dimostra che ho fornito qualche notizia interessante. Mi fa molto piacere ritrovare qui il senatore Napoli, con il quale mi ero già incontrato nella Commissione lavoro nel corso della passata legislatura, oltre che al convegno di Montecatini a cui ha apportato un importante, anche se provocatorio, contributo.

PRESIDENTE. Ne è uscito vivo. (*ilarità*).

FOÀ. Sì, ne è uscito vivo; anzi devo dire che secondo me il senatore Napoli ha avuto un grande successo al convegno. Quindi, non è vero che «se lo volevano mangiare»!

NAPOLI Roberto. La ringrazio.

FOÀ. La Consulta interassociativa si è impegnata sui profili professionali fin dalla comparsa dei primi tentativi di discussione sul decreto legislativo n. 626. Ricordo che noi avevamo elaborato – e sono a disposizione del Comitato nel caso fosse interessato – i profili professionali per il tecnico di sicurezza, che sono molto complessi e specifici nei vari livelli, dal responsabile del servizio di prevenzione e protezione al tecnico di supporto e altro. La nostra proposta allora non è stata accettata (forse era un pò «pesante» e prolissa), neanche in relazione all'articolo 17.

Senatore Pelella, è facile definire cos'è il medico competente, perchè esiste una laurea in medicina e chirurgia, c'è un titolo di Stato dell'università e una specializzazione che lo rendono competente.

PELELLA. Essendo un medico, sono al corrente di ciò. Volevo semplicemente dire che in questo modo una qualunque specializzazione, anche la mia in anatomia patologica, potrebbe farmi diventare medico competente. C'è bisogno di avere dei requisiti.

FOÀ. No, il termine «competente» deriva dalla definizione del legislatore, che rende il medico competente per quella mansione, ma non perchè egli sia bravo, cioè competente nel senso che intendiamo noi. È lui il medico incaricato di quel tipo di attività.

PELELLA. Certo, ma quali requisiti deve avere?

FOÀ. I requisiti sono quelli previsti negli statuti delle scuole di specializzazione, che lei conosce meglio di me. Quale requisito deve possedere un anatomo-patologo? Quello legato alla sua preparazione e alla scuola di specializzazione. Ci vogliono determinati requisiti per fare il medico del lavoro e altri per fare l'anatomo-patologo.

PELELLA. Ma il problema che è stato introdotto è quello della certificazione delle competenze.

FOÀ. Delle altre competenze non esistenti a livello universitario.

PELELLA. È vero che c'è un'elencazione di compiti, però al fine anche di evitare conflitti ed improvvisazioni andrebbero meglio definite le caratteristiche necessarie.

FOÀ. Siete voi i legislatori. Io sono un professore, un esperto di questa materia. Mi occupo di ambienti di lavoro e probabilmente diventerò competente perchè l'autorità di tutela mi nominerà tale, quindi per

il fatto di essere ritenuto competente e non perchè mi definisca io così.

PRESIDENTE. Dal momento che il professor Bagnara, presidente della Società italiana di ergonomia, si occupa di argomenti molto vicini a quelli che stiamo trattando, è inutile che aspetti fuori. (*Vengono introdotti il professor Sebastiano Bagnara e la professoressa Gabriella Caterina*).

FOÀ. Ripeto che il profilo del tecnico della sicurezza era già stato immaginato e definito nella nostra proposta. Siamo d'accordo che i profili professionali debbano essere almeno previsti e che si individuino anche la sede dove questi profili professionali possono essere acquisiti. Non credo però, senatore Napoli, che il tariffario aiuterebbe a risolvere i problemi di fondo.

La mancanza di un tariffario si riscontra a livello non soltanto di ordine dei medici ma anche di ospedali. Ancorchè tutti ci si renda perfettamente conto (anche noi che rappresentiamo una clinica del lavoro presso un ospedale) di quanto sia necessario, per fare sanità pubblica, definire un tariffario delle prestazioni da offrire negli ambienti lavorativi industriali e comunque di tipo esterno, sento di poter affermare in tutta onestà di non credere che con esso si possano risolvere tutte le difficoltà che esistono nel settore della medicina del lavoro. Ritengo semmai che negli interventi che mi hanno preceduto si facesse riferimento ad una moderazione e ad una «onestizzazione» del mercato attraverso la previsione di una tariffa minima, come del resto avviene sempre quando si definisce qualsiasi tipo di tariffario.

A mio giudizio il tariffario potrebbe essere utile soprattutto qualora si dovessero convincere gli ospedali ad istituire i loro servizi di assistenza all'interno delle Aziende sanitarie. Una proposta del genere troverebbe assolutamente favorevole non solo me stesso ma anche – e ne sono sicuro – l'Associazione nazionale dei medici di azienda che opera sul territorio, avendo quest'ultima già provveduto autonomamente a predisporre un proprio tariffario interno, talvolta anche un pò troppo eccessivo. In conclusione, l'esigenza di definire un tariffario esiste ed è importante, ma non è risolutiva.

Come medico del lavoro non condivido le considerazioni espresse in merito alla difesa di categoria. Si è avuto modo di constatare nella storia che la professione del medico del lavoro è quella che è stata invasa più di altre dai medici amici dei datori di lavoro: allora, di quale difesa di categoria si parla? Vorrei che questo discorso fosse considerato con attenzione. Noi riteniamo che l'acquisizione di competenze in medicina del lavoro necessiti di un *iter* preparatorio che comprenda un *curriculum* e studi medici dedicati, definiti ed utilizzati. Per tali ragioni ci preoccupa l'acquisizione ed il completamento di questo *iter* al fine di individuare con certezza medici effettivamente preparati da nominare competenti. Solo il soddisfacimento di tali condizioni potrà garantire un certo livello di assistenza ai lavoratori, una determinata sicurezza al datore di lavoro e la competenza della consulenza fornita ad entrambe le

parti da parte di medici che siano effettivamente capaci di agire in modo equilibrato e non in senso decisamente massimalista ovvero minimalista.

La normativa che sta per essere approvata prevede un altro pericolo: che il medico del lavoro si metta in «panciolle», seduto da qualche parte, attento a raccogliere attorno a sè una ventina di medici non specialisti (vista la disoccupazione che c'è in questo settore) da mandare in giro, medici completamente privi della capacità di valutazione di quei rischi che egli soltanto sarebbe in grado di valutare, essendo l'unico effettivamente competente. In questo modo diminuirebbe ancora di più la qualità dell'assistenza e della consulenza ai lavoratori e ai datori di lavoro.

Tutto sommato riteniamo che la via giusta sia quella di diminuire gli adempimenti burocratici e di aprire le scuole di specializzazione. Pur non avendo nulla contro i pediatri, avendo anzi alcuni buoni amici tra loro, tuttavia, credo sia inutile continuare ad incentivare questo tipo di specializzazione in un paese nel quale nascono pochi bambini. A mio giudizio, sarebbe opportuno che per un certo numero di anni i medici venissero indirizzati alla scuola di medicina del lavoro e non a quella di pediatria.

Le scuole di medicina del lavoro sono sparse in tutta Italia e non dovrebbe esservi difficoltà ad aumentare gli 84 posti oggi disponibili fino a ricoprire il numero effettivo di medici del lavoro di cui il nostro paese ha bisogno. Ricordo che all'università di Milano è stato chiesto nel 1973 di aprire nella regione Lombardia più posti nelle scuole di specializzazione in medicina del lavoro, che hanno una durata di 4 anni, come normato nei paesi dell'Unione europea. Con sacrificio, ma anche con notevole impegno, abbiamo accolto 40 specialisti (anche se sono d'accordo che siano troppi per un istituto) per anno e in un periodo che va da 4 ad 8 anni si è riusciti a preparare un numero di specialisti tale da sopperire alle necessità della Lombardia.

Oggi purtroppo la scuola di specializzazione in medicina del lavoro non è in grado di rispondere e far fronte alle richieste che le vengono avanzate. Ancorchè tutte le considerazioni espresse dal senatore Napoli siano perfettamente condivisibili, questo problema dovrebbe essere studiato, meditato e valutato tenendo conto anche delle effettive necessità, che ho avuto modo di sottolineare in altre occasioni.

All'onorevole Stelluti voglio dire che, in verità, noi credevamo molto alla valutazione del rischio, che ritenevamo rappresentasse il cardine fondamentale per l'applicazione del decreto legislativo n. 626. Purtroppo, invece, è emerso un aggravio economico per le aziende; questa valutazione estrema è stata espressa da parte sia di chi operava sia di chi controllava. Nel documento che abbiamo consegnato al Comitato sono indicate le motivazioni delle difficoltà di applicazione di tale normativa: mancanza della decretazione integrativa; approvazione di una legge di iniziativa governativa che prevedeva alcuni allegati, che non sono però ancora noti.

Oltre all'aggravio economico, è in discussione anche il rischio residuo. La verità è che invece di valutare il rischio in quel determinato

momento si andava a verificare soltanto se le norme legislative precedenti erano state applicate. In sostanza il vero problema è dovuto ai diversi strumenti di valutazione utilizzati, alla diversità di metodologie, ad una diversificazione di modalità di approccio e di metodo dipendenti soprattutto dal differente bagaglio culturale dei singoli operatori (medici, ingegneri, fisici o igienisti). Questa differenza di professionalità ha portato ad un'asimmetria nelle valutazioni e nell'approccio al controllo da parte degli enti di tutela e di vigilanza. Poichè le organizzazioni sindacali non hanno collaborato in maniera perfetta, andrebbero valutati i motivi di questa mancata collaborazione.

I servizi di sicurezza e di igiene del lavoro delle Aziende sanitarie locali hanno costruito, in modo veramente diversificato, il loro modo di intervento. Questi sono i motivi per cui abbiamo tenuto un convegno sulla valutazione del rischio, per far emergere i problemi riguardo questa recente normativa e valutare se fossero necessarie alcune correzioni.

La nostra associazione non tiene corsi di formazione. Abbiamo alcuni gruppi di lavoro che intendono attivarsi per affrontare il problema della formazione e per darne i contenuti. Ci stiamo impegnando su questo, senatore Pelella.

L'onorevole De Luca ha avanzato dubbi sulla possibilità di acquisire dati in materia. Fondamentalmente la nostra rete informatica è organizzata solo a ricevere denunce di infortuni che provocano assenze superiori a tre giorni, e soltanto quelli, contrariamente a quanto accade in altri paesi della Comunità (infatti solo la Germania valuta gli infortuni nello stesso modo). Quindi, vi è proprio la mancanza di una rete informativa in questo senso; anche se abbiamo qualche informazione per quanto riguarda le malattie da lavoro, le malattie non tabellate ma correlabili al lavoro. Ecco perchè le uniche notizie che abbiamo riguardo all'efficacia di quella famosa sentenza della Corte Costituzionale passano attraverso le denunce che sono pervenute all'Inail.

A La Rochelle, in occasione della presentazione ai francesi della nuova evoluzione della legislazione italiana, ho sottoposto 79 casi di malattie non tabellate denunciate, di cui almeno 50 erano in settori diversi da quelli previsti dalle tabelle della norma.

Quindi, esiste questo problema e la peculiarità della epidemiologia in medicina del lavoro è fondamentale. Se non abbiamo dati leggibili – ripeto – non sappiamo come intervenire. Abbiamo l'Ispesl, che elabora i dati dell'Inail, che si occupa delle malattie professionali ma, di fatto, scompare un grande settore di problematiche legate alle malattie da lavoro e in generale agli infortuni. Pertanto l'organizzazione o la riorganizzazione di questo settore è un punto focale.

La legge n. 675 del 1996 – ringrazio i colleghi che l'hanno richiamata – è importante, di alto livello e di grande contenuto. Però dobbiamo stare attenti che questa non venga applicata in maniera tale da distorcere tutta l'attività di ricerca, di intervento e di programmazione sanitaria nel sistema pubblico. Infatti, rischiamo di non avere più alcuna informazione. Su questo problema cruciale mi opererò affinché pervenga al Presidente una documentazione specifica.

Mi è stato chiesto inoltre se il 2 per cento del bilancio della sanità sia sufficiente. Credo che tutto il sistema della prevenzione italiana sia sotto organico; noi non copriamo nemmeno i posti previsti dalla legge n. 833 del 1978. Questo vuol dire che quel 2 per cento probabilmente serve solo per gli stipendi (e meno male che è coperta solo la metà dell'organico). Perciò, di fronte a questa situazione bisogna pensare che quel minimo del 5-6 per cento che la legge sul servizio sanitario nazionale prevedeva come obiettivo debba essere raggiunto.

Le proposte di tipo strategico che vogliamo avanzare le abbiamo scritte nella memoria. Ad esempio, l'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato una grande campagna mondiale per la eradicazione della silicosi. Il nostro paese come può partecipare a questo tipo di progetto? È inutile inventare.

È vero che gli infortuni nell'industria cantieristica sono al primo posto come progetto strategico, poichè nel nostro paese muoiono ancora duemila persone ogni anno in questo settore; quindi guai a noi se non attirassimo l'attenzione di tutti su questo problema.

Ringrazio poi i colleghi per aver sollevato il problema della modifica dell'articolo 17 del decreto legislativo n. 626. Il mondo della ricerca si è molto integrato tra strutture pubbliche e strutture universitarie. Ricordo che tutte le università hanno degli istituti di medicina del lavoro, degli osservatori e delle sezioni specifiche di epidemiologia occupazionale, ma ricordo anche che questi gruppi di epidemiologia sono dispersi nel paese. Alcuni sono eccellenti, come l'Ispesl o l'Istituto superiore della Sanità; alcuni di elevato livello, come il CSPO di Firenze. Tutti questi gruppi si occupano, però, di epidemiologia dei tumori, per isolare quelli riferibili all'occupazione. Questa è un'impresa micidiale perchè su base epidemiologica a volte questa associazione è riscontrabile, altre volte è impossibile. Ma non esiste quel che lei chiedeva, cioè un'indagine sul rapporto altre malattie-lavoro, anche se vi sono iniziative interessanti al riguardo. Vi è, ad esempio, un gruppo a Monza che si dedica alla correlazione tra le malattie coronariche, e più in generale le malattie cardiovascolari, e il lavoro, con risultati abbastanza discreti. Vi sono sicuramente altri tipi di studi epidemiologici che riguardano gli effetti di agenti fisici sulla salute umana: mi riferisco a radiazioni e così via.

Vi è in definitiva una buona compenetrazione tra gli istituti di ricerca – come quelli dei tumori di Milano e Genova che però hanno nella loro stessa intrinseca definizione funzionale la localizzazione dei loro interessi – e le strutture pubbliche di controllo. Come dicevo, le regioni hanno istituito alcuni centri, vi sono osservatori epidemiologici buoni (ve n'è uno molto importante nel Lazio), nel senso che sono veri competenti, senatore Pelella, non competenti «nominati». Abbiamo nove registri dei tumori in Italia dove si riesce a studiare l'incidenza dei tumori. Certo, di questi nove uno solo è nel Sud Italia, a Ragusa; gli altri sono tutti al Nord di Latina.

Per quanto riguarda l'indagine sul lavoro femminile, non vi è solo il problema della riproduzione e quindi i suoi effetti in generale, quindi anche la gestazione. Attualmente un gruppo di ricerca sta valutando se vi siano tipi di tumori legati a particolari esperienze di lavoro femmini-

le. È in corso un'indagine epidemiologica sugli effetti di movimenti manuali ripetitivi svolta tra le operatrici di varie situazioni lavorative – penso alle cassiere nei supermercati o a chi svolge altre attività manuali – che sta dando risultati specifici, tutti catalogabili. Ovviamente, per adesso siamo a livello di acquisizione di dati scientifici, ma se per questo Comitato risultasse importante conoscere tali fenomeni possiamo raccogliere questi dati e farveli pervenire.

NAPOLI Roberto. Vorrei fare una brevissima integrazione perchè non vorrei che rimanesse agli atti un pensiero diverso da quello che il professore Foà ha inteso. Ho semplicemente detto che il problema non era stato focalizzato correttamente. Quando nella finanziaria del 1996 ho proposto la riapertura dei termini dell'articolo 55 della legge 277 del 1991 non ho ottenuto – il presidente Smuraglia lo sa – adesioni da parte di nessuno nel sostenere questa mia proposta che voleva prevenire ciò che sta tentando oggi il Ministero della sanità, cioè riconoscere ai medici che operano da quattro anni all'interno delle aziende un ruolo integrativo rispetto a quello del medico competente regolato dall'articolo 17. Ma sono rimasto solo nei confronti di questa proposta legislativa. Oggi il Ministro della sanità di fatto porta all'interno delle aziende persone che non hanno nemmeno i requisiti previsti dall'articolo 55 del decreto legislativo n. 277 del 1991, il che è molto più grave.

PRESIDENTE. Non porta, ci prova.

NAPOLI Roberto. Proseguendo, non ho detto che vi è stata una difesa di categoria. Vorrei precisare, perchè rimanga a verbale, che c'è stata probabilmente una sottovalutazione di quanti medici competenti sarebbero stati necessari; forse quella proposta sarebbe stata più razionale rispetto a quella semplicemente indecorosa che invece è stata avanzata dal Ministero della sanità.

FOÀ. Vorrei ricordare che tra tutti i paesi della Comunità europea siamo quello che ha il maggior numero di medici competenti, cioè di medici specialisti, compresi quelli previsti dall'articolo 55 del decreto legislativo n. 277 del 1991. È vero che il decreto legislativo n. 626 è molto più pregnante, però se voi ritenete che il paese abbia bisogno di aumentare il numero dei medici competenti, allora preferisco dare un'indicazione di tipo universitario, di formazione: allarghiamo il numero di posti nelle scuole di specializzazione, oppure istituiamo un corso di specializzazione breve di due anni, se vogliamo, ma facciamo qualcosa per renderli preparati. Questa è l'unica indicazione che mi sento di dare; non mi sento di avallare i «caporalati» che stanno emergendo e nemmeno soluzioni di altro tipo.

NAPOLI Roberto. Stiamo dicendo la stessa cosa.

COTTICA. Volevo dire al senatore Napoli che, in realtà, la sensibilità da parte delle associazioni esiste. L'associazione degli igienisti

sti industriali, davanti al proliferare di non competenti, ha cominciato a sopperire alla mancanza di scuole, certificando degli specialisti seguendo il modello americano. Vorrei appunto lasciarvi un numero della rivista degli igienisti industriali, in cui è descritto l'*iter* che porta alla certificazione.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Foà e il dottor Cottica. Data l'omogeneità della materia, invito i rappresentanti del Ciip a trattenersi nel caso si rendesse necessario un intervento da parte loro.

Audizione del Presidente della Società italiana di ergonomia

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Bagnara, accompagnato dalla professoressa Gabriella Caterina, per aver accolto il nostro invito. Abbiamo voluto approfondire anche l'aspetto specifico relativo all'ergonomia – che comunque è attinente alla materia al nostro esame – sia in particolare che in generale, anche perchè da una percezione sommaria sembra che qualche novità nel campo degli studi ergonomici possa derivare da alcuni provvedimenti recenti.

Nel campo della prevenzione e della sicurezza ha tardato a farsi strada l'idea che fossero rilevanti non solo i fattori classici, ma anche altri, più attinenti all'organizzazione del lavoro, agli adattamenti e così via. Avevamo interesse a conoscere i fenomeni in atto in questo campo; se c'è un effettivo progresso, in quale modo le indicazioni della legge vengono recepite e se si ha una visione più ampia di quella del passato.

BAGNARA. Signor Presidente, onorevoli senatori e deputati, sono particolarmente felice di essere qui oggi. Sono anche soddisfatto perchè recentemente – solo pochi anni fa – la parola ergonomia è entrata nella legislazione italiana. Vi è entrata con un ritardo storico, addirittura di 40-50 anni, non il solito ritardo che denunciavamo quando parliamo di altri paesi.

Negli Stati Uniti d'America, quando viene compiuta un'analisi specifica per qualsiasi oggetto, sia esso arma o strumento o sistema da usare, deve essere rispettata la specifica ergonomica. In quel paese esiste un manuale molto voluminoso in cui sono previsti gli *standard* ergonomici che devono essere rispettati attualmente in tutte le gare d'appalto. Negli altri paesi europei avviene pressochè la stessa cosa. In Italia, invece, in questo ambito paghiamo un ritardo estremamente rilevante dal punto di vista legislativo, ma anche nella pratica quotidiana.

Per cominciare, vorrei chiarire qual è l'oggetto dell'ergonomia, in che cosa si differenzia dagli approcci delle altre associazioni che rientrano nella Consulta interassociativa. In primo luogo, l'ergonomia si qualifica perchè ha un approccio multidisciplinare: gli ergonomi non sono medici, ingegneri, psicologi o sociologi. Sono invece delle persone che hanno competenze sostanzialmente interdisciplinari: hanno competenze di profilo biologico e di tipo tecnologico (cioè su come sono fatte le

macchine), studiano le problematiche relative agli ambienti di lavoro, il funzionamento del corpo umano dal punto di vista fisiologico e soprattutto il funzionamento della mente umana quando viene applicata al lavoro. L'insieme di queste competenze dà l'approccio ergonomico.

L'altro elemento fondamentale di questo approccio è centrato sulla progettazione di nuovi sistemi, più che sulla correzione o sulla valutazione delle cause che hanno procurato malattie professionali. In base alle conoscenze acquisite in questa disciplina, l'ergonomo è capace di progettare nuove macchine o ambienti per costruire situazioni più favorevoli nelle relazioni uomo-macchina e uomo-ambiente.

PRESIDENTE. Mi scusi se la interrompo, ma vorrei un chiarimento. Quindi una cattedra di ergonomia non esiste.

BAGNARA. Esistono programmi di ergonomia. Le faccio un esempio specifico. Proprio in funzione di quanto stabilito dal decreto legislativo n. 626, che prevede per la prima volta che le postazioni di lavoro vengano valutate ergonomicamente, ma non aggiunge altro, ci siamo preoccupati di costruire le competenze per operare un'analisi ergonomica delle situazioni di lavoro. Abbiamo elaborato dei programmi di formazione, che poi vengono tenuti dalle università, non dalla Società di ergonomia. Tali programmi di formazione (come quelli formulati per il Politecnico di Milano e per il Corep, che è il Consorzio tra il Politecnico di Torino e la Fiat) sono composti proprio da questi quattro grandi mattoni: scienze cognitive-psicologiche, scienze tecnologiche, scienze biologiche e scienze ambientali e sociali. Gli studenti sono tutti laureati, poichè si tratta di corsi di perfezionamento *post* laurea. I corsi prevedono 320 ore di insegnamento, più una componente di *stage* sul campo.

Quindi, in realtà, esistono insegnamenti di ergonomia all'interno di differenti corsi di laurea, specifici per i diversi gruppi disciplinari. Per esempio, io insegno interazione uomo-macchina, che è una tipica definizione dell'ergonomia, all'interno del corso di laurea di scienze della comunicazione presso l'università di Siena. In questo caso, si pone l'accento sull'aspetto psicologico-cognitivo, ma insegnamenti analoghi sono previsti anche nella facoltà di ingegneria (dove l'approccio è più ingegneristico) o in quella di architettura (dove l'accentuazione è sull'ambiente costruito e sull'uomo). Quindi, esistono delle cattedre di ergonomia all'interno però dei vari corsi di laurea, dove viene accentuata la specificità disciplinare di quel campo.

Mi preme sottolineare che, proprio per produrre le competenze necessarie per applicare concretamente il decreto legislativo n. 626 e gli altri decreti emanati negli ultimi due anni, abbiamo condotto due tipi di operazioni importanti. In primo luogo, abbiamo provveduto a costruire questa competenza all'università con due corsi *post* laurea, come ho appena accennato, presso il Politecnico di Milano e quello di Torino; ne inizierà un altro a Napoli, perchè cerchiamo di coprire tutto il territorio. In secondo luogo, abbiamo proceduto a costruire le regole per la certificazione. Sappiamo che appena si è scritto nel testo legislativo che è necessaria l'indagine ergonomica, si è aperto un *business* e si è creata una

forma di rincorsa di competenze autodefinte di autonomia. L'operazione che stiamo cercando di compiere è volta a garantire i cittadini, le aziende e gli utenti rispetto a queste competenze.

Come ho prima sottolineato, ci stiamo muovendo in questa direzione attraverso un processo di certificazioni che non è soltanto italiano ma che è anche europeo. È stato costituito un Consorzio europeo di certificazione al quale hanno aderito tutti gli Stati che fanno parte dell'Unione europea. Detto consorzio prevede che i soggetti competenti a svolgere attività di analisi e di progettazione ergonomiche debbano essere in possesso di due requisiti fondamentali: innanzi tutto che la formazione sia certificata nelle quattro aree di specializzazione che ho prima indicato (biomedica, tecnologica, psico-cognitiva e ambientale); in secondo luogo che abbiano effettuato pratica guidata. Questi due requisiti fondamentali consentono di svolgere l'attività di ergonomo e le modalità di certificazione di tale qualifica hanno validità in tutta Europa.

Un altro fattore importante è rinvenibile nel fatto che queste modalità sono ormai adottate come prassi dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro per riconoscere le nuove professioni. Come è noto, il Cnel sta effettuando un'operazione di censimento delle nuove professioni e uno dei requisiti più ricorrenti per poter esercitare l'attività di ergonomo è proprio quello del rispetto della certificazione di qualità.

L'azione che stiamo svolgendo in questo momento dovrà ovviare non solo al ritardo, che è stato in parte colmato, dalla legislazione, ma anche ad un altro tipo di ritardo che è di carattere culturale e professionale. Bisogna recuperare il vuoto creatosi soprattutto dal punto di vista formativo nell'ambito delle università, con riferimento particolare ai corsi di laurea o *post-laurea*. L'ultimo elemento importante è dato dalla certificazione che consente di acquisire gli elementi di valutazione di maggior rilievo.

CATERINA. Signor Presidente, vorrei chiarire in che modo l'ergonomo si colloca nell'ambito della prevenzione. A parte il ritardo storico in Italia di cui parlava il professor Bagnara, in Europa e negli Stati Uniti la figura dell'ergonomo rappresenta uno dei mattoni della prevenzione, nel momento in cui essa significa essenzialmente capacità di trasferire delle conoscenze in progetti: l'ergonomo è in grado di progettare situazioni.

Poichè la prevenzione è vista essenzialmente come una capacità di progettare situazioni non a rischio, le competenze dell'ergonomo sono volte essenzialmente al perseguimento di questo fine. È molto importante l'ambito nel quale l'ergonomo esercita il suo lavoro, proprio perchè egli studia le condizioni lavorative e non soltanto la produzione, il prodotto. È importante che le capacità di questa figura vengano riconosciute in quanto espressione di competenza nella valutazione delle condizioni di rischio e non semplicemente degli oggetti o delle situazioni a rischio. In tal senso l'Italia ha un vantaggio e quindi, con il suo allineamento alle indicazioni date in merito alla certificazione dal Centro di certificazione dei requisiti ergonomici europei, ha potuto compiere dei passi in avanti nel campo della capacità di analisi valutativa delle condi-

zioni di lavoro analizzate in termini sia spaziali e di *design*, sia di proposta non solo di posti di lavoro ma anche di condizioni di vita.

Le nostre città sono oggi molto più a rischio delle nostre fabbriche. Inoltre, esiste la possibilità di tutelare quelle che oggi noi definiamo le utenze deboli e cioè i bambini e gli anziani. In termini di cultura l'ergonomia non investe soltanto aspetti concernenti propriamente la prevenzione sul posto di lavoro ma coinvolge anche i rischi che possono esistere nei vari ambienti di vita, tutelando tutte le categorie a rischio, inclusi i bambini e gli anziani, attraverso la progettazione di condizioni che consentano loro una migliore qualità di vita.

È in questi termini che il concetto di qualità non diventa una parola, uno *slogan*. Vorrei sottolineare le procedure ed i metodi che sono dietro il dettato normativo del decreto legislativo n. 626 in riferimento ai suoi contenuti ergonomici e cioè alla verifica delle condizioni di vita. La nostra Società ha saputo oggi rispondere con procedure tecniche, metodi di valutazione capaci oltre che di valutare anche di progettare e di restituire condizioni di vita idonee. Credo sia importante sottolineare come tutte queste competenze siano generalmente ignorate e come vi sia il tentativo di espropriare di contenuto l'ergonomia.

Tutti assistiamo a questa espropriazione di contenuti ergonomici da parte di quasi tutte le categorie di operatori della sicurezza oggi esistenti. Nessuno mette in discussione questo punto, però quando si tratta di fornire metodologie, strumenti, prassi operative, tecniche e competenze si assiste sul campo ad un livello bassissimo di prestazioni. In questo senso io credo non solo che il riconoscimento del lavoro svolto dalla Società debba essere riconosciuto, ma che debba anche essere intensificata la sua attività, attraverso un'operazione culturale che consenta di proporre un nuovo concetto di prevenzione, inteso come progettazione e non soltanto come rimedio a guasti ormai avvenuti: noi cerchiamo di progettare delle condizioni di vita.

Per quanto concerne la certificazione, l'Italia si è allineata ormai ai dettami del Centro di certificazione dei requisiti ergonomici europei. I requisiti sono valutati in base all'equazione formazione-*training-engineering* e si riferiscono a persone che hanno ottenuto il riconoscimento europeo presentando i propri titoli, aprendo una discussione sulle proprie capacità e sulle proprie competenze. In questo senso l'allineamento ai dettami europei consente, a mio giudizio, di colmare non solo i ritardi, ma anche di prospettare un futuro diverso in cui il rapporto con le macchine e con le condizioni di vita e di lavoro possa essere, se non altro, analizzato da persone competenti alle quali si riconoscono le qualità per cui si sono formate.

Vorrei aggiungere, in ultimo, che attualmente nelle università (sia a Torino che a Milano, ma anche al Sud, a Catania e credo anche a Napoli) abbiamo attivato una serie di corsi che mirano alla formazione di nuove professionalità. È a questi che dovremo senz'altro dare un sguardo. In un certo senso immetteremo sul mercato una serie di giovani preparati ai quali non sarà possibile non riconoscere quella preparazione per la quale tanto si sono impegnati.

PRESIDENTE. Vorrei avere un chiarimento. Allo stato attuale, qualora volessi sapere se la signorina che stenografa qui di fronte a me sta lavorando correttamente, se la sedia sulla quale è seduta è ergonomicamente valida oppure no, a chi mi devo rivolgere?

BAGNARA. Signor Presidente, se fossimo in un altro paese la risposta corretta sarebbe ad un ergonomo, perchè solo un ergonomo avrebbe le competenze necessarie per poter prendere in considerazione l'ambiente di lavoro, il tipo di interazione che la persona ha con la macchina, l'impegno cognitivo che eroga in quel dato momento e, di conseguenza, sarebbe in grado di dire se vi è un sovraccarico di lavoro e se questo ha delle conseguenze sulla sua muscolatura e così via. Solo una persona capace di integrare questo quadro disciplinare è adatta per questo fine ed è in grado di dare una risposta corretta ad una domanda di questo tipo. Altrimenti dovrebbero essere chiamate quattro persone diverse.

PRESIDENTE. Supponiamo però che io sia il datore di lavoro e che voglia essere in regola: come mi comporto?

Immaginiamo che i questori del Senato chiedano un parere per essere in regola e non avere seccature: cosa dico loro in concreto?

Quando, ad esempio, sulle sedie per i videoterminali troviamo scritto dalle ditte che lo producono: «ergonomicamente corretto», si tratta di un'affermazione di fantasia?

CATERINA. Attualmente sì, signor Presidente, perchè in pratica non c'è alcuna legislazione che ci tutela. Allo stato attuale, in Italia chiunque si può definire ergonomo, anche chi non lo è, perchè non c'è nessuna legge che vieta alla persona di autodefinirsi ergonomo. È evidente che o il discorso lo si affronta attraverso le università e le strutture riconosciute (quindi diventa un discorso di competenze), oppure chiunque può dire di essere ergonomo.

BAGNARA. In realtà non possono scrivere: «certificato secondo ISO-9000», infatti solo quello *standard* prevede la norma da rispettare, le modalità per svolgere le misurazioni, e anche le caratteristiche che deve possedere chi svolge questi controlli. In questo caso, prevederebbe chi è ergonomo. Ma se oggi qualcuno in Italia dice «è ergonomico» lo può fare perchè si è basato semplicemente su una sua autodefinizione.

Stiamo cercando di introdurre delle figure che siano certificate come ergonomiche e che possano applicare l'ISO-9000, il quale racchiude tutte quelle norme prima citate. Queste persone – le stiamo preparando – possono applicare con cognizione di causa le norme ergonomiche.

Se un'impresa chiede che una sedia sia ergonomica secondo le norme ISO-9000, un ergonomo per fornire una valutazione deve applicare tutte le procedure previste. Questo attualmente non è richiesto e il fatto che il termine ergonomico venga usato in senso generico e non venga definita la figura dell'ergonomo lascia adito a possibilità di interventi selvaggi.

PRESIDENTE. Insisto nella domanda circa le competenze, perchè mi sembra si stia delineando una forma di speculazione. Ho visto alcuni *depliants* di mobili per ufficio nei quali, ad esempio, è raffigurata una sedia per videoterminali da lire 250.000; nella pagina accanto magari un'altra sedia, apparentemente la stessa ma che si dice che ergonomicamente corrisponde alle norme, che costa 450.000 lire. Allora, il malcapitato che non rileva una differenza tra le due come si comporta? Sceglie quella più costosa confidando che il maggior costo abbia un significato?

FOÀ. Il malcapitato è sempre stato una delle classiche figure della nostra commedia dell'arte; non vedo perchè ciò la emoziona tanto, signor Presidente. Del resto non si può far niente. O come dice il professor Bagnara vi è l'ergonomo certificato, oppure ci si rivolge a quegli istituti universitari che applicano le norme a cui si riferiva il professor Bagnara nella valutazione di alcune sedie.

La dizione «ergonomicamente corretto» non ha alcun significato e la figura che abbiamo introdotto nel decreto legislativo n. 626 era stata inserita proprio nella speranza, anzi nella certezza, che sarebbero state definite le figure dell'ergonomo, del tecnico di igiene, del responsabile del servizio di prevenzione. È stata invece definita solo la figura del medico competente.

PRESIDENTE. Quindi l'innovazione contenuta nel decreto legislativo n. 626 che effetti produce?

BAGNARA. Attualmente, l'effetto già citato: sta creando un *business*, perchè alcune persone stanno auto-qualificandosi come ergonomi. Pertanto, si mette in moto un meccanismo per il quale si convincono i piccoli e medi imprenditori che ciò è dovuto e necessario e poi, nella fase successiva, ci si offre come risolutori di questi problemi. Viene messo in moto un meccanismo di produzione di lavoro un po' selvaggio, ma comunque proprio di questo tipo.

La garanzia per l'utente o il cliente è scarsa. Sarebbe necessario agire con forza per introdurre nelle Usl questa figura e garantirsi in qualche maniera che chi svolge questo lavoro come libero professionista soggiaccia almeno ad alcune condizioni base previste in Europa; occorre quindi che tale persona abbia un minimo di esperienza controllata e certificata per svolgere quelle funzioni.

PRESIDENTE. Mi sembra di ricordare un piccolo volume o meglio una raccolta di atti di un convegno dedicato all'ergonomia tenutosi presso la clinica del lavoro di Milano qualche anno fa.

BAGNARA. Riguardava i videoterminali.

FOÀ. Adesso abbiamo preparato un grosso volume di medicina del lavoro sul tema dei movimenti ripetitivi.

CATERINA. La posizione della signora che stenografa in questa sede, ad esempio, non è ergonomicamente corretta, tanto più che svolge un lavoro ripetitivo.

PRESIDENTE. È vero, però si alterna con altre stenografe.

Signora (*rivolgendosi alla stenografa*): non avrebbe mai pensato di diventare oggetto di studio. Del resto era un esempio che avevamo proprio davanti ai nostri occhi!

Comunque, per quanto riguarda questi aspetti, oltre alle posture e al rapporto uomo-macchina, c'è da considerare anche la questione della monotonia e della ripetitività.

BAGNARA. Devo dire, però, che il problema della monotonia e della ripetitività ultimamente si sta riducendo in termini quantitativi; stanno emergendo invece lavori che presentano un problema opposto, cioè una estrema tensione per un carico di lavoro che non finisce quando termina il lavoro, ma continua nel tempo. Comunque, sulla monotonia abbiamo già delle norme, in base alle quali si introducono variazioni nel lavoro o, come le stenografe qui presenti, si fanno delle pause per ottenere una riduzione dell'esposizione.

PRESIDENTE. Stando a quanto lei dice, praticamente questo aspetto fa parte della grande famiglia dello *stress* da lavoro?

BAGNARA. Esatto.

PRESIDENTE. Al riguardo a che punto siamo in Italia?

BAGNARA. Su tale problema abbiamo punti di ricerca abbastanza elevati, mentre la situazione media è tragica. Cioè, abbiamo ricercatori di livello molto elevato, che ci rappresentano nei grandi congressi internazionali e che sono riconosciuti molto validi dal punto di vista scientifico; ciò che manca è la diffusione di queste conoscenze tra gli operatori intermedi, che sono anche pochi di numero.

Per esempio, l'Italia ha fornito un contributo eccezionale nell'elaborazione dei concetti relativi allo *stress* (da quello cognitivo a quello psicofisico, a quello psicologico). Il primo lavoro fondamentale sulla fatica mentale è stato realizzato nel 1920 proprio da un italiano, Mosso (ma gli inglesi pronunciano questo nome «Muscio», perchè lo pronunciano così). Quindi – ripeto – il problema sta nel fatto che tra gli operatori la diffusione di queste conoscenze, che in Italia sono di elevato livello, è scarsa; a tale proposito, poco tempo fa abbiamo tenuto a Roma, al Cnel, un convegno. Inoltre, nella formazione di questi operatori non c'è livello intermedio, non c'è nessuna spinta per creare una figura professionale che incorpori soprattutto queste nozioni.

Allora, bisognerebbe agire nell'ambito del sistema sanitario pubblico per la definizione di questi profili professionali. In Italia ci sono troppi medici e scarseggiano tutte le altre figure della prevenzione, che sono altrettanto indispensabili. Nell'attuale vita quotidiana, probabilm-

te, proprio le altre figure (cioè l'ergonomo, il tecnico della sicurezza e l'ingegnere) sono quelle più necessarie. Invece, noi abbiamo creato troppi medici competenti e abbiamo fatto ben poco per tutti questi altri soggetti.

PRESIDENTE. Peccato che il senatore Napoli sia andato via proprio adesso!

POLIZZI. Comunque, bisognerà operare un riordino tecnico-dottrinario in questa materia, perchè altrimenti non si arriva ad una conclusione scientifica in merito alla questione a cui accennava prima il Presidente, quando chiedeva che cosa dovrebbe rispondere un datore di lavoro a chi gli chiedesse se una sedia è valida dal punto di vista ergonomico. Questo discorso non è stato affrontato.

Nell'ambito del discorso sullo *stress* da lavoro, poi, si apre tutta una serie di questioni sugli organi bersaglio.

BAGNARA. Un aspetto molto interessante è la relazione che esiste tra *stress*, errore umano ed incidente. L'aspetto fisiologico-medico in senso stretto può anche essere nullo nella relazione esistente tra *stress* cognitivo da sovraccarico, per esempio, errore umano ed incidente.

PRESIDENTE. Lei parla di incidente o di infortunio?

BAGNARA. Mi riferisco ad entrambi, perchè l'infortunio è un incidente.

PRESIDENTE. Voglio capire se questo discorso poteva riguardare anche gli incidenti stradali.

BAGNARA. L'infortunio è una possibile componente dell'incidente, perchè può esserci un incidente senza infortunio. Comunque, nella relazione che vi è fra *stress* cognitivo, errore umano, incidente e possibile infortunio, il fatto medico è solo la parte finale. Tutta la parte precedente, che scientificamente riguarda l'ergonomia, ha a che fare con tanti aspetti: l'aspetto tecnologico, la progettazione delle macchine, la conoscenza delle modalità di comportamento umano.

SANTORI. Vorrei svolgere delle riflessioni. La prima considerazione è che ormai, sulla base delle audizioni che abbiamo svolto in questo periodo, è emerso in modo estremamente chiaro che, pur essendo importantissima la normativa contenuta nel decreto legislativo n. 626, legata alla cultura della sicurezza e dell'igiene del lavoro, in vari settori, soprattutto in quello medico, esiste un vero e proprio *far west*. I datori di lavoro, che devono applicare la normativa, si trovano di fronte ad una serie di persone che non hanno la competenza specifica per affrontare questi problemi. Pertanto, penso che nella relazione conclusiva di questa indagine conoscitiva occorrerà porre l'accento su tali aspetti, per tentare di trovare soluzioni adeguate.

Un'altra riflessione che ritengo importante, della quale dobbiamo farci carico. In base al decreto legislativo n. 626, ci stiamo occupando e preoccupando della sicurezza e dell'igiene del lavoro di chi oggi è ancora impegnato nell'attività lavorativa. Occorre considerare, però, che in questi ultimi anni ci sono state tante aziende che hanno dismesso la loro attività perchè sono andate in crisi, soprattutto attività industriali che hanno impegnato tanti lavoratori in un periodo in cui probabilmente non c'era ancora una vera cultura della sicurezza del lavoro. Quindi, tanti lavoratori che sono stati esposti al rischio per molto tempo ora sono stati posti in cassa integrazione a seguito di crisi industriali, oppure sono andati in pensione o in prepensionamento. Però, nelle aree geografiche specifiche dove si è svolto questo tipo di attività industriale, si stanno verificando molti casi di tumore tra le persone che sono già fuori dal mondo del lavoro.

Ritengo, quindi, che dobbiamo rivolgere un'attenzione particolare a tutti quei lavoratori che sono andati in pensione dopo aver lavorato per tanto tempo in queste aree a rischio e che ora stanno subendo le conseguenze. Pertanto, nell'ambito delle malattie professionali, occorre attribuire un riconoscimento, anche se tardivo, a queste persone, perchè l'attuale cultura della sicurezza del lavoro certamente va a beneficio soltanto dei lavoratori in attività.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 14.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. LUIGI CIAURRO

