

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

13° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 20 MAGGIO 1997

Presidenza del presidente SMURAGLIA

INDICE

Audizione del professor Benedetto Terracini del dipartimento scienze mediche e biomediche dell'università di Torino, il dottor Giuseppe Costa, dell'agenzia regionale protezione ambiente del Piemonte, della dottoressa Vittoria Buratta, dell'Istat e del professor Antonio Bergamaschi direttore dell'Istituto di medicina del lavoro dell'Università di Tor Vergata

PRESIDENTE:

- SMURAGLIA (*Sin. Dem.-L'Ulivo*), *senatore* Pag. 3,
13, 14
NAPOLI Roberto (*CCD*), *senatore*..... 7, 14, 22
MONTAGNINO (*PPI*), *senatore* 17
TABLADINI (*Lega Nord per la Padania in-*
dip.), *senatore*..... 13, 14, 20 e *passim*

BERGAMASCHI Pag. 10, 23
BURATTA 9, 21
COSTA 5, 7, 19 e *passim*
TERRACINI 3, 22, 23

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professore Benedetto Terracini, del dipartimento scienze mediche e biomediche dell'università di Torino, il dottor Giuseppe Costa, dell'agenzia regionale protezione ambiente del Piemonte, la dottoressa Vittoria Buratta, dell'Istat, e il professor Antonio Bergamaschi, direttore dell'istituto di medicina del lavoro dell'università di Tor Vergata.

I lavori hanno inizio alle ore 12,10.

Audizione del professore Benedetto Terracini e del dottor Giuseppe Costa, epidemiologi, della dottoressa Vittoria Buratta dell'Istat e del direttore dell'istituto di medicina di lavoro dell'università di Tor Vergata, professor Antonio Bergamaschi

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla sicurezza e l'igiene del lavoro, sospesa nella seduta del 19 maggio scorso.

Mi scuso per il ritardo con cui hanno avuto inizio i lavori, ma alla Camera dei deputati alcuni membri di questo Comitato stanno concludendo un'audizione iniziata alle ore 11.

Oggi procediamo all'audizione di un gruppo di docenti – che ringrazio per essere intervenuti con estrema puntualità e precisione – dai quali ci aspettiamo indicazioni, sia di contenuto che di carattere metodologico, per l'indagine che stiamo svolgendo.

Per quanto riguarda gli infortuni, i dati che riusciamo ad acquisire e le procedure che si seguono sono per lo più noti e facilmente classificabili; lo sono assai meno i dati relativi alle malattie professionali e a quelle cosiddette sospette.

Durante i vari sopralluoghi che abbiamo effettuato, abbiamo chiesto se fossero in corso indagini di carattere epidemiologico anche in zone notoriamente esposte a rischio, ma non abbiamo riscontrato una particolare attenzione su questo tema. Pertanto, laddove queste attività esistono, ci sembra interessante conoscerne l'impostazione.

Credo che possiamo svolgere le audizioni congiuntamente; do, pertanto, la parola al professor Terracini, affinché ci parli in particolare delle esperienze epidemiologiche e degli studi condotti, con riferimento alla parte inerente l'ambiente di lavoro, che è quella che a noi interessa maggiormente.

TERRACINI. Signor Presidente, uno dei motivi di frequente dissenso con mia moglie è che mi rimprovera di essere molto bravo ad identificare i problemi, ma non altrettanto a risolverli! Temo che qui si possa ripetere la medesima situazione.

Ho letto il programma della vostra indagine conoscitiva ed ho evidenziato quattro o cinque punti sui quali ho competenza per svolgere alcune osservazioni.

Innanzitutto, vorrei affrontare la questione relativa all'andamento delle malattie professionali tabellate e di quelle da lavoro in generale. Fino a poco tempo fa, cioè fino all'emanazione del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, la sorgente dei dati sulle malattie da lavoro era l'Inail, il quale sottostima largamente le malattie professionali e questo è senz'altro un settore che richiede delle priorità.

Conosco l'argomento della epidemiologia dei tumori: l'Inail ancora oggi non riconosce più di 100 tumori professionali l'anno ma, utilizzando diversi approcci di calcolo, a tavolino, siamo a conoscenza del fatto che in Italia i casi sono almeno 3.000 e forse ammontano ad un numero ricompreso tra 6.000 e 10.000.

Già questo evidenzia una componente di ingiustizia e di iniquità nei confronti dei tumori professionali non riconosciuti, ma anche l'aberrazione delle stime che vengono effettuate.

Il secondo punto che vorrei trattare riguarda una serie di fattori di rischio: ad esempio, quelli tipici del lavoro femminile o correlati all'impiego di determinate sostanze (dagli antiparassitari fino all'amianto). L'approfondimento degli studi consiste nel disporre dei numeri relativi ai casi attribuibili a tali fattori; tuttavia, buona parte di tali approfondimenti risulta complessa dal punto di vista dell'epidemiologia, perchè vi è una convergenza di fattori, i quali ultimi, magari, si moltiplicano anche a causa della loro interazione.

Il caso dell'amianto è relativamente semplice perchè i tumori da esso prodotti, soprattutto quelli della pleure e del peritoneo, «per fortuna» non hanno niente a che fare con il fumo: quindi, sono relativamente semplici da studiare.

Esiste un'indagine dell'Istituto superiore della sanità – della quale ho con me alcune copie che metto a vostra disposizione – che ha analizzato la distribuzione territoriale dei tumori della pleure in tutta l'Italia e ha confrontato il numero di decessi osservati (si tratta di una patologia per la quale una diagnosi certificata come causa di decesso è discretamente attendibile) con un'ipotesi di distribuzione uniforme per regione o per età: si tratta di uno degli studi più interessanti effettuati in materia.

Un altro problema – in merito al quale credo interverranno più approfonditamente i colleghi – è costituito dalla nuova normativa sulla riservatezza dei dati, cioè la legge n. 675 del 1996. Credo che la sua applicazione vada considerata con molta obiettività, riconoscendo i principi sottostanti al sacrosanto diritto della difesa e della protezione dei dati individuali ed evitando anche un'eccessiva interferenza con la produzione di dati epidemiologici, che il nostro paese – peraltro – ha prodotto in misura relativamente ridotta.

In conclusione, vorrei sottolineare – riservandomi, però, la possibilità di integrare il mio intervento – che con il decreto ministeriale n. 348 del 1996 sono state riconosciute in Italia 16 aree ad alto rischio ambientale (il che non equivale a rischio per la salute) e con un decreto succes-

sivo tali aree sono state aumentate a 22 o 24. È stata effettuata dal dottor Bertolini un'analisi (della quale sono state trasmesse alcune copie al presidente Smuraglia) eseguita dalla sezione italiana del Centro europeo di studi su ambiente e malattia, con sede a Roma, sui dati di mortalità riscontrati nelle prime 16 aree ed è emerso che vivere in un'area ad alto rischio ambientale non comporta effetti rilevanti sulla salute; però, se si esamina l'analisi con una certa attenzione, emerge che in alcune di queste aree, come ad esempio quelle di Gela, Taranto o Casale Monferrato (quest'ultima zona non è compresa nel rapporto perchè è stata aggiunta in un secondo tempo), si registrano effetti concreti correlati all'inquinamento prodotto nell'ambiente dalle aziende. Ciò lo si evince abbastanza chiaramente anche dalle statistiche: ogni anno, a Casale Monferrato, muoiono 10 persone che non hanno mai lavorato con l'amianto, proprio a causa dell'esposizione all'amianto nell'ambiente generale. Pertanto, credo sia stata molto opportuna l'enfasi posta in questo documento sugli effetti esterni e ambientali; infatti, per le malattie croniche certamente ancora sussiste un problema interno alle aziende di lavoro, ma stiamo anche entrando in una fase in cui si comincia ad osservare sulla popolazione esterna alle fabbriche l'effetto dovuto all'inquinamento prodotto dalle stesse.

COSTA. Il documento che consegno agli atti del Comitato riassume grosso modo gli argomenti da trattare che, fondamentalmente, si dividono in due filoni.

Il primo riguarda gli aspetti inediti del rapporto tra salute e lavoro ricavabili dai sistemi di sorveglianza e dalle fonti informative statistiche correnti le quali, solitamente, non sono a questo scopo utilizzate in modo adeguato. Dall'analisi effettuata emergono situazioni differenti da quelle riscontrabili in un testo di medicina del lavoro o nella legislazione relativa all'organizzazione e alla sicurezza sul lavoro, situazioni che ritengo opportuno sottolineare.

A questo proposito, intendo menzionare l'indagine sulle condizioni di lavoro (Eurostat-1992). Si tratta di uno studio europeo campionario basato sulla intervista a mille persone in ogni paese interessato; uno studio, quindi, di dimensioni campionarie molto modeste, mentre nel nostro paese si renderebbe necessario un tipo di indagine di dimensioni campionarie adeguate in grado di rappresentare in modo soddisfacente i fenomeni. Tale indagine ha evidenziato alcune differenze degne di nota tra la situazione italiana e quella europea; infatti, quella italiana si caratterizza per la maggiore prevalenza di carenze nel disegno di posti di lavoro e carenze nell'informazione e nel sostegno di cui i lavoratori dispongono nel luogo di lavoro. Sostanzialmente, i dati rimandano a problemi di priorità di rischio relativi ad una inadeguatezza del disegno di posti di lavoro e ad una inadeguatezza delle soluzioni nell'organizzazione del lavoro.

Un'immagine analoga emerge da una lettura del fenomeno infortunistico. Andando oltre le priorità più convenzionalmente conosciute (infortuni nel comparto minerario, in quello del legno, nell'agricoltura e nell'edilizia), si deve osservare la grande variabilità dell'incidenza degli

infortuni all'interno di ditte che a priori dovrebbero presentare lo stesso rischio, che svolgono cioè la stessa attività, hanno le stesse dimensioni, agiscono nello stesso mercato (sono quindi esposte alla stessa competizione) e presentano identico numero di addetti. Tra queste aziende così omogenee si dovrebbe osservare una frequenza di infortuni sostanzialmente comparabile; essa invece varia moltissimo perchè interviene una componente essenziale nel determinarla, cioè il modello di organizzazione dal lavoro, il tipo di relazioni industriali e il tipo di cultura di impresa che si stabilisce in una determinata impresa. Questo tipo di fattore di rischio, che è in grado di spiegare il 20-30 per cento della variabilità del fenomeno infortunistico nell'impresa, viene completamente ignorato dalle misure di sicurezza e dall'azione dei servizi di prevenzione che non sono attrezzati a lavorare su tale fattore.

Coerentemente con quanto si sosteneva a proposito dell'indagine sulle condizioni di lavoro, l'organizzazione del lavoro e la cultura preventiva di impresa rappresentano sicuramente un oggetto centrale per la prevenzione, ma oggi vengono trascurate.

Sempre a proposito di infortuni, nel documento ho sottolineato altre immagini scarsamente considerate, cioè quelle relative agli infortuni gravi. Ogni anno nel nostro paese si registrano 6.000 infortuni gravi e per legge i soggetti colpiti dovrebbero essere reinseriti nel mondo del lavoro con un collocamento obbligatorio, ma nessuno è in grado di dire se questo avvenga effettivamente. Si registrano inoltre 60.000 infortuni giovanili che colpiscono soggetti con meno di 19 anni, ma attualmente sono scarse le politiche di educazione professionale nelle scuole.

Si registra poi un fenomeno molto marcato di decentramento produttivo che presenta una conseguenza particolarmente trascurata: gli incidenti stradali. Al decentramento, infatti, non sono solitamente attribuiti questi fenomeni infortunistici da incidente stradale, ad eccezione di quelli che riguardano i trasportatori stessi; tutti gli altri soggetti infortunati e lo stesso ambiente, che viene degradato a causa di queste attività produttive svolte sul territorio, per il trasporto merci, costituiscono un ambito completamente ignorato, sia per gli aspetti di prevenzione e di sicurezza sul lavoro sia per quelli relativi alla valutazione di impatto ambientale. Anche nell'area dell'infortunistica, pertanto, esistono settori che dovrebbero essere studiati con maggiore attenzione.

Ulteriori aspetti inediti riguardano i problemi di mobilità sociale. Nel nostro sistema di sorveglianza, centrato soprattutto sull'area torinese, è ormai documentabile l'esistenza di una mobilità discendente o una mancata mobilità ascendente nella carriera professionale che è strettamente correlata al lavoro; questo comporta che una persona con un problema di salute minimamente serio ha minore probabilità (attorno al 20 per cento) di avere una carriera ascendente e maggiore probabilità di averla discendente. Questo è l'aspetto più diffuso di un fenomeno che diventa gravissimo quando tale mobilità discendente arriva alla disoccupazione, con grosso impatto sulla salute e sulla morbosità; questo fenomeno solitamente viene trascurato dal sistema sanitario. Tutte le politiche di *workfare*, cioè di ricerca di soluzioni per l'avviamento al lavoro e contro la disoccupazione, non considerano

lo stato di salute dei soggetti, che è fortemente interessato dai cambiamenti nello stato occupazionale.

Un altro fenomeno inedito è che negli ultimi anni circa il 10 per cento della popolazione lavorativa in Italia è costituito da stranieri. Gli stranieri immigrati presentano una caratteristica molto interessante, essi sono più sani degli altri cittadini a parità di età; infatti, una delle ragioni che permette l'emigrazione consiste proprio nel godere di un valido patrimonio di salute. Ma tale patrimonio di salute rischia di deteriorarsi molto rapidamente per la particolarità dei lavori che svolgono e per le disagiati condizioni di vita e ambientali in cui si trovano a vivere nel paese ospite.

Mi auguro che per essi non si ripeta lo stesso fenomeno registrato a Torino relativamente agli immigranti provenienti dal Sud d'Italia i quali, non appena giunti in questa città, presentavano una protezione dal rischio di morte superiore al 50 per cento. Nel giro di 40 anni questa protezione è scomparsa, anzi si è capovolta: infatti tale popolazione ha cominciato a presentare un profilo epidemiologico più sfavorevole rispetto a quello riscontrato nella popolazione residente. In 40 anni, quindi, questo patrimonio di salute è stato completamente sciupato.

Vorrei accennare anche alle differenze sociali nella salute, che costituiscono un aspetto rilevante e da segnalare. Analizzando le differenze esistenti tra le dieci professioni con la migliore aspettativa di vita e le dieci professioni con la peggiore aspettativa di vita, si riscontra che in cima alla graduatoria ci sono i dirigenti e gli impiegati dell'industria e dei servizi, mentre in coda ci sono tutti gli addetti ai servizi dequalificati, oltre ad alcune professioni particolarmente e usuranti.

NAPOLI Roberto. E i politici?

COSTA. I politici sono troppo pochi per permettere una stima affidabile.

Stavo dicendo che un simile indicatore evidenzia differenze significative nella speranza di vita; tra i due estremi possono intercorrere anche quattro o cinque anni. Tali differenze non sono tutte attribuibili al lavoro, naturalmente, ma trovano origine anche nelle condizioni sociali o nello stile di vita. Sono questi gli elementi che differenziano le persone che stanno in testa da quelle che stanno in coda alla graduatoria. Non è un caso che in testa ci siano i cosiddetti colletti bianchi e in coda coloro che esercitano le professioni più dequalificate.

A questo punto si pongono due problemi. Prima di tutto, per quanto riguarda la prevenzione, riteniamo che debba essere considerato con più attenzione il fatto che la distribuzione sociale dei rischi nel mondo del lavoro è diseguale e così pure lo stato di salute di base delle persone. In secondo luogo, non tutte le persone, alla fine della loro carriera lavorativa, hanno le medesime opportunità di godere di un adeguato periodo di riposo. Pertanto, quando si parla di riforma previdenziale e quando si prevede per tutti la stessa età pensionabile, si parte da un assunto errato, quello di ritenere che tutti a 60 anni abbiano la probabilità di vivere un eguale numero

di anni in condizioni discrete di salute tali da potersi godere il pensionamento.

A parità di età, ci sono differenze consistenti nella speranza di vita e non sono distribuite casualmente, bensì sono segnate in particolar modo dalle differenze sociali o dalla carriera lavorativa. Dai nostri dati di analisi emerge la necessità di differenziare i lavoratori impegnati in attività usuranti, compensando proprio quella minore probabilità di godere di un uguale numero di anni di riposo in pensione.

Vorrei ancora sottolineare due aspetti. Il primo riguarda le differenze di genere. La medicina del lavoro, con tutta la sua letteratura scientifica, è basata sul rapporto fra lavoro e salute delle persone in generale, senza alcuna differenza tra genere maschile e femminile. Le differenze fra i due generi sono poco conosciute, ma se ci avviciniamo anche solo in modo approssimativo a questo settore osserviamo una profonda differenza nella distribuzione della mortalità, nella gravità e frequenza degli infortuni fra uomini e donne che esercitano la medesima professione e che vivono la stessa situazione lavorativa. Inoltre, l'interazione fra la storia lavorativa e le funzioni di cura delle famiglie, che le donne esercitano parallelamente alla funzione lavorativa, non è ancora stata sufficientemente esplorata.

Per quanto riguarda la struttura produttiva, chiunque si sia occupato di sistemi informativi ha rilevato come i servizi di prevenzione siano estremamente carenti di una adeguata anagrafe delle ditte, di dati adeguati sugli infortuni e sulle malattie professionali; inoltre i dati non sono correlabili fra loro. I servizi di prevenzione oggi si basano sui dati dell'Inail, secondo la disciplina contenuta nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 gennaio 1986 («Atto di indirizzo e coordinamento sui flussi informativi dall'Inail al Servizio sanitario nazionale, in materia di infortunistica sul lavoro e malattie professionali»), che prevede che le fonti informative vengano distribuite in forma non correlata al fine di non violare la confidenzialità. Sarebbe opportuna una revisione del citato decreto in modo da consentire ai servizi di prevenzione di monitorare in modo puntuale il rapporto fra la salute e la sicurezza del lavoro all'interno degli specifici luoghi di lavoro, senza questa fonte informativa non sarà possibile ai servizi di fare mappe di rischio e sciogliere priorità; cioè si lascerà il servizio alla mercè dell'autorità giudiziaria che, per definizione, non conosce priorità. A tal fine, quindi, è opportuno dotare i servizi di prevenzione di strumenti capaci di orientare le proprie scelte.

A questo scopo – ed è la seconda parte del mio contributo – vorrei rivolgere una raccomandazione sul sistema di sorveglianza. Quello in vigore oggi in Italia non è adeguato a quello dei paesi occidentali industrializzati; eppure saremmo in grado di perfezionarlo non con investimenti aggiuntivi ma solo utilizzando in maniera intelligente le fonti amministrative che già esistono, procedendo ad accorpamenti tra le fonti informative sociali e quelle sanitarie, che risiedono presso l'Inail, l'Inps, l'anagrafe tributaria. In queste istituzioni troviamo informazioni sulla storia e sulla carriera lavorativa delle persone.

Nello schema che ho consegnato alla segreteria della Comitato è rappresentato come le diverse forme informative siano in grado di produrre annualmente, oppure *ad hoc* su richiesta, delle immagini di un certo spessore a livello sia nazionale sia locale. Si tratta di immagini precise che riguardano tutti quei fenomeni che sono oggi all'attenzione del Comitato. È veramente un peccato che questo sistema di sorveglianza, che potrebbe oggi essere costituito senza l'aggiunta di nuovi ingredienti, non abbia un attore che lo interpreti: in tal caso, il Comitato fin dalla sua costituzione avrebbe potuto ottenere molti risultati che desiderava del sistema di sorveglianza.

Come ha detto anche la dottoressa Buratta poc'anzi, sono necessari tre elementi per creare le condizioni ottimali: prima di tutto, una revisione del citato decreto del gennaio 1986, in modo da consentire una correlazione tra dati Inail, Istat, Inps, anagrafe tributaria, utile per tutti gli utenti che desiderano programmare la loro attività; secondariamente, sottolineo come tutte queste fonti informative siano state già testate e abbiamo dimostrato di poter fornire i risultati desiderati. Occorrerebbero solo alcuni atti amministrativi di coordinamento che specificino come accedere a tali fonti informative, rispettando naturalmente le esigenze di riservatezza imposte dalla nuova legge sulla *privacy*. In terzo luogo, una volta che siano stati individuati i dati che possono essere forniti e siano stati esplicitati gli indirizzi per accedere alle informazioni, è opportuno stabilire una responsabilità almeno a livello nazionale. Si può pensare ad un dipartimento ministeriale, ad un istituto, ad un osservatorio, per incardinare le funzioni di sintesi e di promozione dell'attività di cui trattiamo. Sarebbe auspicabile che in questa sede venisse pronunciata una raccomandazione in tal senso.

BURATTA. Il dottor Costa ha completato il quadro del panorama informativo, ma desidero aggiungere e sottolineare alcuni elementi. In realtà vi sono tante lacune riparabili, ma resta aperto il problema informativo, cioè quello di conoscere lo stato di salute dei lavoratori e le condizioni dell'ambiente di lavoro.

Esistono fonti sulle condizioni di salute della popolazione e viene svolta periodicamente un'indagine, che non è naturalmente mirata allo specifico problema della salute sul lavoro. Occorre, pertanto, un'iniziativa che non riguardi solo il momento in cui la salute è già compromessa, cioè in cui si è già verificato l'incidente o l'evento finale; è importante, invece, riuscire a monitorare nel tempo l'evoluzione delle condizioni dei lavoratori. Per realizzare questo, occorrerebbe predisporre un'indagine ben più ampia di quella europea citata all'inizio, soprattutto sarebbe necessario seguirla nel tempo: studiare lo sviluppo di tali condizioni, associandole ad alcuni rischi specifici, potrebbe fornire quel *surplus* di informazione tale da consentire una prevenzione attiva e non soltanto un'azione riparatrice.

Al fine di comporre un sistema informativo organizzato, convalidato ed adeguatamente governato, deve essere eseguito un monitoraggio – su cui a mio avviso si è sorvolato per troppo tempo – per acquisire una conoscenza reale dello stato di salute dei lavoratori e delle condizioni

del loro ambiente di lavoro per ottenere un quadro realistico delle situazioni di rischio.

Come abbiamo evidenziato, le fonti informative sono molteplici, alcune di queste già molte ricche. In prospettiva – come sottolineato dal dottor Costa – occorre sfruttare le sinergie emergenti, usando le fonti amministrative in un modo più efficiente.

Non riusciamo attualmente a sviluppare in modo indiretto questo tipo di approccio teso alla conoscenza della salute dei lavoratori. Credo pertanto che un *input* in termini propositivi potrà essere rappresentato da questa indagine sulla sicurezza e l'igiene del lavoro.

BERGAMASCHI. Signor Presidente, come medico del lavoro vorrei portare alla vostra attenzione alcune osservazioni che derivano direttamente dalla mia esperienza in questo settore. Ovviamente, da circa due anni tali esperienze sono necessariamente collegate allo sforzo, che ho fatto come gli altri, di rispettare gli adempimenti previsti dal citato decreto legislativo n. 626.

La prima considerazione che voglio formulare è che questo provvedimento legislativo ha due anime. Una parte è correlata al recepimento delle direttive comunitarie (che definirei prevalentemente tecnica), poi inserita in un contesto più ampio, introducendo una serie di innovazioni nel campo della medicina del lavoro, dell'igiene negli ambienti di lavoro e della sorveglianza sanitaria (riprendendo spunti e contenuti di leggi precedenti, in particolare del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277).

A tale proposito, vorrei evidenziare una prima questione che ritengo problematica, collegata al documento di valutazione dei rischi. La legge afferma che tale documento deve essere predisposto dal datore di lavoro, ma nulla prevede riguardo ai suoi contenuti. Se esistessero organi di controllo o di verifica della qualità del documento di valutazione dei rischi, questi in effetti rappresenterebbero un validissimo strumento ai fini preventivi. Tali soggetti potrebbero essere, da un lato, le aziende sanitarie locali e, dall'altro, i medici competenti, laddove esistono.

Nella realtà, sapete bene che ciò non sempre si verifica e, di conseguenza, questo aspetto potrebbe ingenerare, nel tempo, una serie di difformità e di disomogeneità di comportamento da parte dei datori di lavoro: quelli più sollecitati e controllati dall'autorità sanitaria pubblica opererebbero in un certo modo, mentre altri, che per situazioni contingenti lo fossero meno, potrebbero solo assolvere al rituale di predisporre questo piano, che però resterebbe vuoto e, quindi, non utile ai fini della prevenzione.

Il medico competente – tale definizione è già stata anticipata in una serie di leggi e, in particolare, nel menzionato decreto legislativo n. 626 – è il soggetto attivo nella prevenzione, laddove esiste presso un'azienda e cioè quando – come prevede l'articolo 16 del citato decreto legislativo – vi siano norme precedenti che impongono una sorveglianza sanitaria. Infatti, paradossalmente un'azienda che presenta dei rischi che potrebbero comportare effetti nocivi sulla salute o sul benessere dei suoi lavoratori potrebbe in teoria operare senza

il controllo di una persona qualificata a valutare i contenuti del documento di valutazione dei rischi.

Non dobbiamo dimenticare che tutta l'impostazione sulla sorveglianza sanitaria è quella prevista dal decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 303: un provvedimento che risale, quindi, a più di 40 anni fa. In quegli anni il legislatore aveva enfatizzato il ruolo della sorveglianza sanitaria e l'aveva ingabbiata con una griglia di norme precise, di frequenze e di scadenze proprio perchè gli interventi di prevenzione relativi all'ambiente e ai rischi professionali erano limitati dalla tecnologia, dal contesto sociale ed economico dell'epoca.

Da questo punto di vista, il succitato decreto legislativo n. 626 è rivoluzionario e rilancia, senza ombra di dubbio, la fondamentale importanza di una prevenzione effettuata a livello tecnologico e organizzativo del lavoro. Pertanto, richiamare il ruolo del medico competente, laddove esiste esclusivamente una norma precedente che giustifichi e disponga delle visite, è un po' limitativo perchè in realtà potrebbe accadere – come si verifica in moltissimi contesti – che, oltre a leggi già esistenti, si rendano necessari una serie di interventi volti a dare pienezza allo sforzo del datore di lavoro di rispettare la legge e di fare effettiva prevenzione.

Un altro aspetto del menzionato decreto legislativo n. 626, che ci appare controverso nell'applicazione pratica, è relativo al titolo II, sui rapporti di lavoro: esso fissa un ambito applicativo che esclude una serie di attività lavorative (ad esempio, quelle sui mezzi di trasporto). Si tratta di un'altra questione in cui si verifica la contraddizione che i lavoratori che operano su quel mezzo di trasporto sono assoggettati alle previsioni del decreto legislativo n. 626, mentre non lo è il loro specifico luogo di lavoro. Questo è un aspetto di una certa rilevanza.

Sotto il profilo dei contenuti tecnici di questo decreto legislativo, una grande questione molto dibattuta è quella legata al recepimento della direttiva comunitaria sul lavoro ai videoterminali. Rappresenta uno dei casi che – come sostenevo prima – potrebbe rivestire un certo valore. È risaputo, infatti, che il lavoro ai videoterminali, di per sè, non comporta malattie per gli operatori ma – come tutti i lavori – può danneggiare la salute se effettuato in determinate circostanze, in presenza di particolari carichi di lavoro e nell'ambito di posti di lavoro inadeguati. Da un lato, può esacerbare o aggravare determinati disturbi audiovisivi già presenti nel soggetto, dall'altro può comunque causare situazioni di malessere. Questo è uno dei casi in cui l'applicazione di una sorveglianza sanitaria nel senso tradizionale risulta, a mio giudizio, poco efficace e anche molto costosa.

In questo settore specifico, come in altri, il problema dovrebbe essere affrontato ricorrendo al vecchio istituto della visita di assunzione, cioè della visita di avviamento al lavoro, già praticata per molte categorie di lavoratori, ma non per tutte. In questo modo, per ciascuna persona che inizia a svolgere un determinato lavoro, si può disporre di un quadro preciso della sua situazione; sarà poi il medico competente a giudicare nel tempo se questa persona dovrà essere sottoposta ad ulteriori controlli, sulla base di una continua revisione del documento di valuta-

zione rischi, che è un documento dinamico e, quindi, dovrebbe essere costantemente aggiornato di anno in anno.

In particolare, il medico, dotato di competenza e – ci si augura – anche di sensibilità, deve essere attento ad eventuali indicatori di sofferenza che possono interessare i gruppi o i singoli. Si dovrebbe comunque intervenire in questi casi, senza che ci sia bisogno di una sorveglianza a tappeto per tutti i lavoratori dopo i 45 anni o per coloro che, ad esempio, hanno svolto mediamente quattro ore consecutive di lavoro ai videoterminali. Questo criterio – fra l'altro – ha di fatto comportato un'applicazione delle norme di prevenzione ad un numero limitatissimo di addetti, proprio perchè quattro ore continuative di lavoro ai videoterminali sono svolte da pochissimi operatori.

Ulteriori problemi sono collegati al recepimento delle direttive comunitarie relative agli agenti biologici e cancerogeni. Per esempio, la parte che riguarda gli agenti biologici è di piena e relativamente facile applicazione quando si consideri che il medico competente o chi si occupa della prevenzione sa bene nei confronti di quale tipo di agente biologico si deve agire e quali sono gli agenti biologici presenti; ma tale disposizione trova difficilissima applicazione in una serie importante di ambienti di lavoro (ad esempio, le discariche e tutto ciò che è connesso alla raccolta, al trattamento e allo smaltimento dei rifiuti) oltre che in moltissimi altri dove non è assolutamente pensabile disporre di un censimento a monte degli agenti biologici ivi presenti. La realizzazione di questa individuazione – sempre che sia possibile – comporterebbe poi un notevole dispendio di risorse economiche da parte del datore di lavoro.

Lo stesso si può dire per quanto riguarda gli agenti cancerogeni, in ordine ai quali si deve rilevare che in questa parte della normativa non sono ricompresi i farmaci antiplastici, cioè una serie di farmaci di vastissimo impiego – purtroppo – in campo terapeutico; quasi tutti, tranne pochissimi, sono agenti mutageni che possono indurre tumori, ma non sono previsti dalla norma.

Un'ultima osservazione che voglio porre alla vostra attenzione (sempre in base alla mia esperienza) è che i datori di lavoro che applicano seriamente queste disposizioni sono costretti ad affrontare ingenti spese. Dal momento che oggi, in relazione all'emanazione della direttiva riguardante lo *standard* ISO-9000, la qualità sta diventando importante e fondamentale, sarebbe opportuno che il livello di qualità della prevenzione attuata in un luogo di lavoro fosse collegato anche ad interventi che gratifichino sotto il profilo economico le aziende che riescono ad ottenere determinati risultati.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola ai colleghi, vorrei porre genericamente alcune domande di chiarimento e di integrazione.

Il professor Terracini ha affermato che l'Inail sottostima le malattie da lavoro. Per quale ragione? È in atto una contestazione del rapporto di causalità rispetto al lavoro, oppure siamo di fronte ad un atteggiamento di «risparmio» e di ostruzionismo?

Mi sembra, inoltre, che cominci ad essere disponibile un complesso di dati che non vengono analizzati o di cui non viene approfondita l'analisi. A chi spetterebbe e a chi dovrebbe essere attribuito, secondo voi, il compito di eseguire questa analisi: all'Inail, all'Istat, all'Istituto superiore della sanità o all'Ispe? Potenzialmente, infatti, tutti potrebbero essere adatti a svolgere questo compito, ma quale sarebbe l'istituto più idoneo, con quale coordinamento e con quali modalità?

Vorrei anche avere informazioni specifiche sulle esperienze di ricerche epidemiologiche svolte in particolare a Torino e sul tipo di rapporto instaurato al riguardo con l'autorità giudiziaria per indagini più ampie di quelle tradizionali.

In particolar modo, vorrei sapere quale incidenza ha avuto l'ingresso di queste direttive comunitarie nel campo della medicina del lavoro; mi chiedo, infatti, se questo settore sia rimasto invariato e se sia stato posto in condizioni di compiere un salto di qualità.

Sempre per quanto riguarda la medicina del lavoro, sarei anche interessato a sapere se esiste un rapporto con gli organismi di vigilanza, particolarmente quelli qualificati, come gli operatori Usl, e con gli organismi che operano nel settore, come il dipartimento di prevenzione, oppure se anche in questo caso si procede, come accade normalmente in Italia, per settori separati.

Vorrei chiedere, infine, al professor Bergamaschi se attualmente in Italia i medici competenti sono in numero sufficiente.

TABLADINI. Provegno da una zona in cui prevalgono le tute blu rispetto ai colletti bianchi e, quindi, sono interessato all'argomento. Mi sembra sia stato giustamente notato che esistono attività in cui le aspettative di vita sono minori rispetto ad altre.

Poichè ci apprestiamo, in quanto legislatori, a riesaminare il sistema pensionistico, sarebbe opportuno (anche se la domanda sembrerà un po' cinica) conoscere, a seconda della tipologia del lavoro, le effettive aspettative di vita. Questo dato, però, dovrebbe essere comunicato – se è stato effettuato uno *screening* di questo tipo – con una certa celerità, anche perchè credo che sia imminente una revisione della normativa pensionistica per mandare tutti in pensione a 65 anni.

Nella passata legislatura sono stato fra coloro che facevano rilevare l'esistenza di attività particolarmente usuranti al punto che non si possono porre sullo stesso piano persone che praticano tipologie di lavoro differenti.

Ai nostri auditi vorrei rivolgere una domanda forse un po' cinica: vorrei sapere quali sono, per singole tipologie di lavoro, le aspettative di vita. Sarebbe importante conoscerle perchè in tal modo entreremmo in possesso di dati sicuri per orientarci nel nuovo sistema pensionistico. Non so se sia stata compiuta una simile indagine tipologica; in caso positivo, sarebbe opportuno averla a disposizione in tempi brevi.

PRESIDENTE. Naturalmente non ipotizzando, nel momento in cui una persona ne venga a conoscenza, di poter andare prima in pensione. Ciò sarebbe di difficile realizzazione.

TABLADINI. Paradossalmente nel nostro Stato, i cosiddetti colletti bianchi, per essere chiari, sono coloro che usufruiscono maggiormente delle pensioni di vecchiaia. Coloro che indossano la tuta blu, viceversa, raggiungono la pensione di vecchiaia solo quando non la possono più godere.

NAPOLI Roberto. Desidero porre due quesiti precisi ai nostri interlocutori.

Il primo è di carattere epidemiologico, ricordando l'intervento del professore Foà, presidente del Ciip. Risulta che attualmente la prevenzione assorba solo per il 2 per cento della spesa sanitaria a carico del Ministero della sanità rispetto al 5 per cento previsto dalla legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Non c'è dubbio che questo settore dovrebbe essere incrementato in termini di impegno finanziario.

Allo stato attuale non abbiamo dati omogenei sulle malattie professionali e da lavoro. Mi pare si sia fatto riferimento soltanto alle aree industriali del Nord, dove si è maturata una maggiore esperienza; mancano invece i dati, altrettanto importanti, sulla situazione del Sud. Lo dico da meridionale, perchè mi ha colpito molto il riferimento, a distanza di 40 anni, al prezzo che i nostri emigrati hanno pagato per aver scelto – per bisogno, ovviamente – di lavorare in aree diverse da quelle di appartenenza. Probabilmente, adesso che esistono aree industriali in alcune zone della Calabria e della Campania – ad esempio a Melfi – potremmo elaborare dati epidemiologici su tali regioni e quindi avere una visione più globale del settore.

Vorrei rivolgere alcune domande al professor Bergamaschi, in quanto talune sue osservazioni mi hanno lasciato perplesso. Ho l'impressione che in questo momento la spinta forte perchè il decreto legislativo n. 626 del 1994 diventi operativo nel settore delle aziende non provenga tanto dalle Asl nè dalla medicina del lavoro nè, ovviamente, dalla Confindustria quanto dalla magistratura. Infatti, quest'ultima – non so se il presidente Smuraglia condivide la mia riflessione – con la sua attività di evidenziazione delle carenze applicative del decreto legislativo n. 626 sta di fatto assumendo quel ruolo di supplenza che ha assunto, purtroppo, in molti altri settori del nostro paese evidenziando l'incapacità di alcuni settori specifici di fornire risposte adeguate.

Il mondo dell'impresa ha fortemente enfatizzato alcuni costi, a cui pure lei ha fatto riferimento; ad esempio ha quantificato in 20.000 miliardi il costo dell'applicazione del citato decreto legislativo n. 626. Ditemmo allora con chiarezza che si trattava di una forma di terrorismo preventivo; infatti, non abbiamo mai capito sulla base di quali elementi fossero stati forniti quei dati. Il mondo dell'impresa è stato seguito a ruota, in una certa fase, da alcuni sindacati e associazioni.

Abbiamo tentato come legislatori, attraverso il forte stimolo delle norme premiali, di far capire che bisognava avviare una cultura della prevenzione e come questa dovesse essere recepita senza la necessità di penalizzare alcuno. Oggi, a distanza di ben 3 anni dall'approvazione del decreto legislativo n. 626 e di più di un anno dall'approvazione del de-

creto legislativo n. 242 del 1996, siamo ancora qui a verificare, purtroppo, le inadempienze, le difficoltà, le carenze.

Il decreto-legge n. 670 del 31 dicembre 1996, che non è mai stato convertito, da parte del mondo del lavoro è stato interpretato di fatto come una proroga *sine die* fino al 30 giugno 1997, mentre prevedeva soltanto una parziale depenalizzazione di alcune norme. In alcuni provvedimenti recenti abbiamo dovuto, sia io che il collega Smuraglia, in sintonia, bloccare ulteriori proroghe che venivano proposte proprio perchè riteniamo che un paese civile debba dare finalmente attuazione a tali norme; rimane comunque una grande perplessità.

Il professor Smuraglia ha fatto una domanda che desidero ribadire: in cosa è cambiata la medicina del lavoro – lo chiedo da medico del lavoro – dopo il decreto legislativo n. 626?

Devo dire con molta sincerità, come dicevo anche al professore Foà, che secondo me non è cambiata in molto. Si poteva fare di più, professor Bergamaschi. Piuttosto che difendere – l'ho detto con chiarezza al convegno di Montecatini Terme e desidero oggi ripeterlo – quella che era una sorta di cittadella professionale, occorreva invece cogliere la grande occasione per essere protagonisti di un cambiamento all'interno del mondo del lavoro, insieme ai medici del lavoro, operando una valutazione seria riguardo le forze in campo, gli specialisti disponibili, le incompatibilità, la sovrapposizione dei ruoli. Quando noi lo abbiamo detto non siamo stati compresi.

Oggi i direttori delle scuole di specializzazione di medicina del lavoro ci vengono a dire che il numero di specialisti è insufficiente; il professore Foà ha proposto di aumentare il numero degli specializzandi, sapendo benissimo che prima di 4 anni non potranno concludere la loro formazione: si creerebbe, quindi, una *vacatio*. Mentre i medici del lavoro non danno una risposta a questo problema, il Ministero della sanità presenta un disegno di legge nel quale si ipotizza un ingresso indiscriminato di medici, anche non specialisti, all'interno delle aziende per assumere la figura del medico competente disegnata dall'articolo 17 del citato decreto legislativo n. 626.

Professor Bergamaschi, non sarebbe stato preferibile, quando abbiamo riproposto la riapertura dei termini previsti dall'articolo 55 del decreto legislativo n. 277 del 1991, riconoscere a tanti medici – che nel frattempo, in quei 4 anni, le avevano maturate – le competenze previste dall'articolo 55, invece di rispondere in maniera negativa? Non sarebbe stato preferibile ragionare insieme a noi legislatori, calcolando quanti medici del lavoro erano necessari nel nostro paese? Nel frattempo, il 16 gennaio 1997, il Ministero del lavoro con un decreto ha ridefinito la frequenza delle visite in ambienti di lavoro da parte del medico competente.

Mentre i medici del lavoro – e lo dico con amarezza – non capivano il messaggio che il Parlamento inviava loro, la normativa in materia veniva sottoposta ad un saccheggio quotidiano da parte del Ministero del lavoro e del Ministero della sanità – ho citato il disegno di legge che ci auguriamo di bloccare, come ho già detto con molta chiarezza, perchè non lo condividiamo – proprio

perchè è mancata una proposta complessiva ed organica che noi parlamentari potessimo sposare.

Non era vero quanto rilevato dal gruppo di lavoro istituito dalla sottosegretario Grassi un anno e mezzo fa, che affermò che c'erano 7000 medici del lavoro disponibili, che non c'era bisogno di ulteriori specialisti. Come lei ricorderà, un anno e mezzo fa fui l'unico a dire con chiarezza alla sottosegretario Grassi che quei numeri non ci convincevano, proprio perchè io so quanti specialisti ci sono. Quando abbiamo chiesto gli elenchi all'ordine dei medici, per quanto riguarda la mia provincia risultavano 52 specialisti del lavoro, ma di questi forse solo cinque sono effettivamente operanti, mentre gli altri svolgono attività diverse.

Perchè, quindi, non recepire questo messaggio forte? Non l'abbiamo fatto allora e oggi dobbiamo correre ai ripari rispetto ad un provvedimento che il Ministero della sanità sta assumendo: avremmo dovuto fornire una risposta per primi come legislatori!

Nutro molte preoccupazioni in merito. Lo affermo come medico del lavoro rivolgendomi al professor Bergamaschi, persona che stimo perchè so quanto impegno abbia profuso in questo campo.

Pertanto, vi esorto a lavorare tutti insieme per fornire al Parlamento una risposta complessiva, che tenga conto dei dati reali relativi agli effettivi specialisti operanti sul territorio nazionale e non a quelli che, pur risultando negli elenchi degli ordini dei medici, svolgono poi altre attività: ciò può essere verificato non solo per la provincia di Salerno, cioè la mia, ma per tutte le provincie italiane.

Quante persone si sono specializzate insieme a me, 15 o 20 anni fa, ed ora svolgono altre attività? Quanti, in virtù dell'incompatibilità che scatterà il 31 maggio 1997, potranno realmente fare i medici del lavoro? Quanti di loro potranno lavorare come medici competenti nelle aziende e quante ne potranno seguire?

A tale proposito: si ritiene davvero possibile che un medico competente svolga la sua attività in cinque diversi gruppi industriali, per un totale di 10.000 dipendenti? Lei, professor Bergamaschi, potrebbe svolgere la sua attività di medico competente in 5 gruppi industriali? Ritengo che a tale quesito vada fornita una risposta perchè questo rappresenta uno dei problemi più importanti dell'applicazione del decreto legislativo n. 626.

Infatti, se il medico competente diventerà protagonista all'interno dell'azienda, lo diventeranno anche gli epidemiologi, gli ergonomi ed gli studiosi dell'Istat. Il medico competente rappresenta il motore di tutto ciò che ruota attorno alla sicurezza, dalla scheda di valutazione dei rischi al sopralluogo annuale che deve effettuare e altro.

Se non riusciremo a delineare con certezza il progetto di centralità del medico competente all'interno dell'azienda, perderemo una grande occasione. Lo affermo per la terza volta negli atti parlamentari, con la speranza di essere finalmente compreso in modo definitivo, come ultimo messaggio di allarme che lancia in questa sede rispetto a questo problema.

MONTAGNINO. Voi avete effettuato valutazioni rigorosamente scientifiche e pertanto siete in grado di valutare se quel che penso in merito a taluni aspetti della prevenzione sia giusto.

Il punto più rilevante della normativa non è quello sanzionatorio, ma quello della riduzione e della eliminazione dei rischi. Nonostante la normativa e le direttive comunitarie vigenti (come, ad esempio, il decreto legislativo n. 626 o le altre norme in materia); nonostante il fatto che in questi anni, anche sull'onda di gravissimi incidenti e fenomeni molto rilevanti, vi sia stata una sollecitazione di sensibilità, credo che nelle aziende – e non solo – il problema della sicurezza e della salute negli ambienti di lavoro venga affrontato come un impegno residuale.

Sono state svolte diverse osservazioni da parte dei colleghi, ma voglio centrare l'attenzione sugli organismi preposti alla vigilanza, alla tutela e alla verifica dell'applicazione della normativa. In qualche passaggio degli interventi svolti poc'anzi mi è parso di cogliere una certa inadeguatezza non soltanto nell'organizzazione del lavoro nell'azienda, ma anche nell'atteggiamento, nell'impegno da parte di taluni organismi (dall'Inail alle Asl): probabilmente tale questione viene affrontata come un fatto estremamente burocratico e con un impegno – ripeto – residuale.

Vi sono casi in cui mancano effettivamente le possibilità di esercizio di questo ruolo e c'è una carenza di coordinamento tra questi organismi. Non ritenete opportuno che tali organismi, oltre a far rispettare le norme, debbano anche avvalersi degli studi e dei dati scientifici, vigilando affinché l'incidente non si determini, piuttosto che esaminare l'incidente dopo che si è verificato? Non ritenete, quindi, che detti organismi debbano studiare le condizioni obiettive degli ambienti di lavoro, gli interventi che occorre mettere in pratica, senza limitarsi soltanto al formale adempimento della prescrizione normativa? Non ritenete, infine, che sarebbe necessario un unico organismo che assolva a tutti gli adempimenti in ordine alla sicurezza e alla tutela dell'ambiente di lavoro, in modo tale che vi sia un unico indirizzo, seppure in un pluralismo di interventi immediatamente necessari?

TERRACINI. Alla prima domanda posta dal presidente Smuraglia sulle motivazioni che inducono l'Inail a sottostimare certi fattori, rispondo che ciò dipende da una questione di cultura: le nostre università, infatti, non istruiscono i medici a ragionare in termini di rapporti di causa ed effetto. Basti considerare i medici che fumano nei corridoi degli ospedali; la cultura sanitaria non recepisce neanche questo importante messaggio sulla salute. Trasgredendo la legge davanti ai malati, ai parenti e agli studenti, in primo luogo, si induce altri a farlo e, in secondo luogo, si trasmette il messaggio che quanto produce la scienza dell'epidemiologia può essere «buttato via».

Vorrei fosse chiaro, però, che il mio discorso non deve assolutamente essere considerato repressivo nei confronti dei fumatori, anche quelli qui presenti; voglio solo sottolineare che ancora adesso, nel 1997, i medici «escono» dalla facoltà di medicina sapendo molto poco sulle cause esogene delle malattie.

La prima motivazione di questa sottostima, a mio avviso, risiede proprio in questo, poi vi sono altre disfunzioni tradizionali dell'Inail per le quali si determina una certa riluttanza a guardare al proprio interno per capire la causa delle discrepanze esistenti. Mi riferisco naturalmente al campo dei tumori; non mi sentirei di esprimere una valutazione del genere per altri settori.

In merito alla questione sollevata dal professor Bergamaschi (che ora vorrei riprendere in un contesto più generale) sul tipo di impatto che ha avuto il decreto legislativo n. 626, vorrei esprimere una preoccupazione. Ho partecipato alla elaborazione del capitolo VII del citato decreto legislativo, riguardante le sostanze cancerogene. Sulla carta esso è relativamente elastico, dal momento che considera cancerogene le sostanze che, secondo quanto previsto dalla Comunità europea, lo riportano sull'etichetta o quelle che verranno incluse nell'allegato VIII, tra le quali non vi sono - ha ragione il professor Bergamaschi - i farmaci antitumorali.

Lo stesso decreto legislativo prevede meccanismi dinamici di ampliamento del riconoscimento degli agenti cancerogeni. La commissione tossicologica consultiva nazionale del centro studi del Ministero della sanità ha già offerto indicazioni per un ampliamento della loro lista; non è affatto chiaro, però, in quale modo il Ministero della sanità e il Ministero del lavoro procederanno ad aggiornare e a modificare il decreto in questione. Il mio timore è che si cristallizzi nel punto in cui ci troviamo attualmente.

L'ultimo argomento sollevato dal senatore Napoli che vorrei considerare riguarda quel 2 per cento, rispetto alla spesa sanitaria complessiva, utilizzato per la prevenzione contro il 5 per cento programmato. Il professor Foà ha perfettamente ragione, è vero che si spende troppo poco per la prevenzione, ma è difficile stabilire un confine tra quanto si spende per essa e quanto si spende per altri settori. Certamente, anche in base al nuovo sistema di finanziamento della sanità, è previsto che un 5 per cento della spesa sanitaria sia destinato, attraverso le regioni, ad attività di prevenzione, ma bisogna anche ammettere che le regioni stesse non pianificano in modo adeguato l'utilizzo di questa quota. Tutto questo non mi stupisce, anche se credo che il professor Foà sia nel giusto quando fa questo tipo di affermazioni.

Una delle cause di questa situazione (chiedo scusa se posso sembrare corporativo anche se, per la verità, non ho più interessi in questo genere) consiste nella mancanza di una istituzionalizzazione dell'attività epidemiologica all'interno del Servizio sanitario nazionale, proprio perchè gli epidemiologi si contano sulla punta delle dita.

Credo che la domanda riguardante le esperienze di Torino e quella molto pertinente posta dal senatore Tabladini, sulla eterogeneità delle aspettative di vita in funzione della tipologia lavorativa, siano estremamente importanti. Non so dire quale riflesso questo possa determinare sull'attuale dibattito sulle pensioni, ma immagino che il professor Costa sia in grado più di me di rispondere.

COSTA. Vorrei rispondere in primo luogo alla domanda posta dal presidente Smuraglia che chiedeva a quale istituto dovrebbe spettare la titolarità della sintesi dei dati. Il Ministero della sanità, alcuni anni fa, si è fatto promotore di una iniziativa sperimentale, affidata alla regione Piemonte, relativamente alla valutazione della possibilità di realizzare tale sintesi di dati delle fonti informative correnti. Gli argomenti di cui ho parlato precedentemente rappresentano il risultato di questa iniziativa. È ovvio che bisogna uscire da tale regime sperimentale perchè un singolo servizio di epidemiologia, in una regione, non può svolgere questa funzione.

Del resto, si è anche valutato che un singolo istituto centrale (Istituto superiore della sanità, Ispesl, Inail) non potrebbe ragionevolmente assumere questa funzione senza scatenare la rivalità di un altro istituto «fratello»; infatti, esistono competenze, o di proprietà dei dati o di proprietà della funzione, che fanno in modo che i livelli di coordinamento e di sinergia tra questi istituti non siano soddisfacenti. La mia impressione è che il Ministero della sanità, soprattutto nella forma di un dipartimento dedicato alla prevenzione – sempre che sia vero che verrà costituito e dotato di risorse – rappresenta la sede idonea per la titolarità di questa funzione, attraverso un suo osservatorio all'interno del quale possa avvalersi di esperti e di contributi di tutti gli enti che forniscono i dati.

In ordine alla sottostima dei dati Inail e alla questione delle patologie perdute, l'esperienza piemontese è in effetti nata dalla costola di questa forma di collaborazione tra medici del lavoro, epidemiologi e magistratura che si è incarnata, alcuni anni fa, nella creazione di un piccolo osservatorio nella città di Torino centrato su alcune forme di tumore prima sottotificate. Oggi la regione Piemonte ha fatto propria questa esperienza estendendola a tutto il territorio regionale, in cui esiste un sistema attivo di ricerca di tutte le forme di tumore e di tutte le forme di patologie correlate al lavoro (asma, dermatite) che sono sottotificate. La ricerca attiva le riconosce, indaga sulla possibile origine professionale di questi casi, segnalandoli poi non solo ai servizi di prevenzione affinché, se non li conoscono già, ne facciano oggetto di una specifica attività di vigilanza e di prevenzione, ma anche ai soggetti interessati, che in questo modo possono avviare pratiche medico-legali, interessando la magistratura. Pertanto, questa forma di ricerca attiva di casi sottotificati è percorribile con una spesa non molto consistente, soprattutto in sede regionale.

A proposito di attese di vita, da un punto di vista tecnico credo che la domanda del senatore Tabladini sia assolutamente pertinente e non cinica, perchè non è in contraddizione con gli obiettivi di prevenzione. Infatti, un altro conto è prevenire le conseguenze di un lavoro usurante; un conto è che gli svantaggi comunque determinati da questo lavoro usurante debbono essere compensati. La forma previdenziale può rappresentare la sede adeguata per tale compensazione delle differenze nella speranza di vita. Il problema è di valutare se le iniziative di revisione del sistema previdenziale siano in grado di essere così elastiche da adattarsi periodicamente, in base agli studi empirici, alle variazioni della speranza di vita secondo le professioni dei soggetti. Tuttavia, attualmen-

te l'Italia non dispone di tavole attuariali sulla speranza di vita per carriere professionali.

TABLADINI. Le assicurazioni su quali dati si basano?

COSTA. Le assicurazioni dispongono delle tavole di popolazioni nord-europee. Infatti le assicurazioni italiane del ramo vita si sono rivolte al nostro servizio (l'unico ad aver prodotto a tutt'oggi statistiche di questo tipo) chiedendo se fosse possibile impiantare iniziative di studio valide per la popolazione di tutto il paese e pur fatti oggi la previdenza integrativa apre il tema delle assicurazioni del ramo vita non più solo a persone di alta classe sociale che, tutto sommato, godono di speranze di vita abbastanza omogenee e per le quali le tabelle del Nord Europa sono perfettamente adattabili, ma a persone di tutte le categorie professionali che dimostrano speranze di vita molto differenti.

Le assicurazione del ramo vita non sono pronte a stimare i rischi di morte relativi alla professione e si stanno preoccupando di impiantare in Italia un sistema di stima dei differenziali di speranza di vita, secondo dati statistici più sofisticati e ripartiti secondo le carriere. A tutt'oggi questo sistema sul piano nazionale non esiste. L'Istat, con una iniziativa *ad hoc*, si è attrezzata insieme all'Inps in tal senso, ma ho l'impressione che la risposta non possa essere pronta nei tempi ristretti della discussione parlamentare sul tema della previdenza: essa richiederà almeno 18 mesi di studio.

A regime occorrerebbe prevedere un sistema di sorveglianza flessibile che ci metta in grado di assumere decisioni sui lavori usuranti, su una base empirica, che viene aggiornata periodicamente, ad esempio ogni 5 anni.

TABLADINI. Ho prima definito la mia domanda cinica in quanto una tabella in cui vengono elencati i lavori e le aspettative di vita potrebbe risultare cinica, almeno per la mia sensibilità, non so per la sensibilità degli altri colleghi.

COSTA. Per quanto riguarda il sottofinanziamento dei dipartimenti di prevenzione, non desidero ripetere le considerazioni che sono già state svolte e sulle quali sono d'accordo. Mi sembra che oggi il problema del rapporto tra il finanziamento, la programmazione e lo sviluppo dei servizi di prevenzione debba essere giocato e risolto insieme alla revisione del sistema sanitario. A tutt'oggi, se vogliamo fare una considerazione appassionata, gli obiettivi strategici del sistema sanitario locale, quindi delle Usl, risultano conflittuali con quelli della prevenzione.

L'obiettivo principale di una azienda sanitaria locale attualmente è il pareggio del bilancio; paradossalmente il direttore di una Asl ha oggi un maggiore vantaggio se un operatore di vigilanza rimane in ufficio piuttosto che recarsi ad ispezionare i luoghi di lavoro perchè così non consuma benzina.

Il problema è di capire se nella revisione del sistema sanitario le aziende sanitarie locali si spingeranno sempre di più verso una funzione

mutualistica di gestione di una quota capitaria, per comprare prestazioni sanitarie, ad esempio, dagli ospedali; in tal caso, il servizio di prevenzione non avrebbe nulla da fare in questo sistema e sarebbe quindi molto più ragionevole se fosse organizzato attraverso la creazione di un'unica agenzia regionale per la prevenzione, articolata in tanti servizi territoriali. Si verrebbe a creare, quindi, una struttura regionale con un suo *budget* (quel famoso 5 per cento di cui si è detto) che non potrebbe più essere distolto ad altri fini, ad esempio dai direttori delle Usl che devono assicurare altre esigenze ministeriali.

BURATTA. Riguardo le aspettative di vita, il calcolo per l'intero paese richiede dati che vanno seguiti nel tempo; richiede che per le singole persone siano previsti più momenti di informazione. Questo ci metterebbe in grado, seguendo anche la mortalità di queste persone, di valutare quali sono gli effettivi differenziali di rischio.

L'argomento mi riporta a quanto dicevo prima. Sottolineo ancora una volta la necessità di prevedere un sistema informativo che si muova anche nella prospettiva temporale. Non ci deve essere una sola rilevazione in un dato momento, perchè la salute dei lavoratori va «monitorata» per capire effettivamente come si sviluppa il rapporto tra un rischio ambientale o professionale e la salute.

Noi stiamo cercando in questo momento, in assenza di una iniziativa correttamente impostata di questa natura (che ovviamente è corposa e difficile dal punto di vista organizzativo), di individuare talune priorità. Stiamo cercando intanto di affrontare il problema guardando al passato, con un occhio rivolto all'esame delle nostre fonti di mortalità e con l'altro agli archivi dell'Inps, che per una parte considerevole di lavoratori – non per tutti, naturalmente – forniscono dati di storia lavorativa. Questo è lo studio che abbiamo avviato e che risulta abbastanza sofisticato e complesso. Stiamo anche cercando di impostarlo in un modo che consenta di poter essere ripetuto ad intervalli di tempo, senza ulteriori spese, quindi a costo zero, perchè possa essere periodicamente aggiornato. Pur tuttavia, portare a termine questo lavoro, come diceva prima il professor Costa, richiede ancora diversi mesi di applicazione; non so se una eventuale vostra pressione potrebbe portare ad una più rapida conclusione, anche se non certo in tempi rapidi, perchè non è lavoro da compiersi con superficialità. Infatti, operiamo ad un livello in cui una differenza apparentemente piccola può avere un significato grande.

TABLADINI. La tabella relativa ai lavori cosiddetti usuranti già esiste, ma non è abbastanza «mirata» in quanto apre dei varchi per talune tipologie di lavoro completamente diverse. Ad esempio, c'è differenza tra un lavoratore portuale che svolge mansioni particolarmente faticose e un altro.

Per concludere, un lavoro mirato dovrebbe chiarire quali lavori sono effettivamente usuranti.

Nella passata legislatura, dovendo lavorare sul nuovo sistema pensionistico, ho chiesto alla Cgil una tabella, ma non fu in grado di fornirmi altro che alcuni titoli.

NAPOLI Roberto. Vorrei che venisse meglio precisato un concetto. Quando compiamo delle valutazioni sulle aspettative di vita, teniamo conto delle tabelle esistenti. Nel caso specifico, se ci fermiamo soltanto alle aspettative di vita dei singoli, in relazione ai lavori usuranti, dimentichiamo l'incidenza delle malattie generiche, delle abitudini voluttuarie, delle malattie genetiche, sociali, ambientali e familiari. Ad esempio, il diabete non ha niente a che vedere con l'attività lavorativa.

Non è pertanto facile distinguere fra le aspettative di vita e l'attività lavorativa, in quanto intervengono moltissimi altri fattori che vanno ad incidere, talvolta in maniera molto rilevante, sull'attività lavorativa svolta. Per questo, le tabelle possono presentare dei limiti.

TABLADINI. Personalmente preferisco i grandi numeri, in cui rientrano anche le situazioni particolari.

TERRACINI. Questa contrapposizione è estremamente interessante. Tuttavia, in tale settore si sta procedendo – come è già stato affermato – per progressiva approssimazione. Siamo d'accordo che sul settore debba essere svolta una ricerca fortemente applicativa, per la quale, da oggi, sia possibile procedere con un certo grado di approssimazione.

Non ho capito il riferimento ai caratteri genetici: non mi risulta che vi sia una relazione tra profilo genetico e professione.

NAPOLI Roberto. Forse non ha ben compreso quello che intendevo affermare. Nelle aspettative di vita c'è una percentuale che dipende certamente dall'attività lavorativa svolta, ma c'è un'altra percentuale che dipende dalle patologie di carattere genetico. Un diabetico o un iperteso hanno aspettative di vita inferiori ad altri, ma certamente questo non è in relazione al lavoro svolto.

TERRACINI. Non sono argomenti affrontabili con metodo scientifico; le questioni sono solo tali da non permettere nei prossimi decenni di fornire una risposta a domande lecite ed importanti come questa.

BERGAMASCHI. Attualmente la medicina del lavoro e il decreto legislativo n. 626 rappresentano due realtà che mostrano, ciascuna per il proprio verso, una certa evoluzione. In questi ultimi 40 anni la normativa è evoluta, ma anche la medicina del lavoro. Quando mi sono specializzato in medicina del lavoro, nel 1970, il 95 per cento dei contenuti formativi didattici riguardava la clinica. Studiavamo, infatti, molta clinica, radiologia e dermatologia, pochissima tecnologia e igiene industriale e, in modo appena accennato, la tossicologia. Questo era quanto si studiava 27 anni fa. Oggi, i contenuti formativo-didattici della specializzazione in medicina del lavoro privilegiano – a mio giudizio in maniera eccessiva – la parte tecnologica dell'organizzazione del lavoro e limitano, invece, lo studio della clinica. Io sostengo che un buon medico del lavoro debba essere anzitutto «un medico».

Come ho affermato nel mio intervento precedente, in merito alle due anime del decreto legislativo n. 626 – mi ricollego anche alla que-

stione sollevata dal Presidente e dal senatore Napoli, che è medico del lavoro – ritengo che gli specialisti in medicina del lavoro siano ampiamente sufficienti; mentre il settore necessita di altre discipline per funzionare bene: dell'ergonomo, in certi limiti del clinico e dell'epidemiologo. La parte strettamente clinica della medicina del lavoro può essere svolta validamente da un buon medico, che non sia necessariamente specialista. In questo senso ho interpretato la volontà del legislatore quando ha dato la definizione del medico competente.

Nel decreto legislativo n. 626 – è stato ripetuto più volte – sono enfatizzati i ruoli di intervento relativi alle visite delle persone, come atti medici, mentre viene lasciato da parte – è questo l'aspetto fondamentale ed innovativo di tale decreto – il ruolo del medico e quindi dello specialista in medicina del lavoro, ai fini della condivisione e della valutazione dei rischi e ai fini della formulazione dei giudizi delle unità complesse, per interventi in certe aziende che la legge ha già definito pericolose.

In altri termini, ipotizzerei due fasce: una per la quale necessariamente occorre la specializzazione in medicina del lavoro e non altre (è l'unico caso in Italia in cui si può essere specialisti senza aver conseguito un diploma di specializzazione, mentre nessuno può fare l'anestesista o il radiologo se non ha compiuto un certo percorso didattico); l'altra è quella dell'attività più strettamente clinica, quella ordinaria, per la quale basta un onesto medico, che agisca sotto il controllo delle Asl. Queste – appunto – dovrebbero rappresentare il nostro contraltare, il nostro riferimento.

Io svolgo un'attività per conto di una cattedra universitaria e, ringraziando Dio, seguo molti più soggetti di quelli che il senatore Napoli poc'anzi ha considerato come numero estremo. Riesco a seguire tutti i contratti con l'aiuto dei miei collaboratori; ho a che fare con aziende serie, ma soprattutto ho un certo rapporto con le Aziende sanitarie locali, che vengono a sindacare la mia attività e insieme a me danno il giusto taglio agli interventi di prevenzione. Ciò non si verifica su tutto il territorio nazionale in modo così omogeneo: vi sono infatti situazioni territoriali completamente diverse. A questo punto, possono intervenire i cosiddetti medici competenti, che hanno il titolo ma non le competenze, che io pavento moltissimo.

Per quanto riguarda l'intervento della magistratura, ritengo che esso debba necessariamente esserci nel nostro settore, perchè ogni inadempimento rispetto alla prevenzione è un reato (o quanto meno lo è nella maggior parte dei casi). L'interessamento della magistratura, pertanto, è quasi naturale, anche se da medico del lavoro e da cittadino considero con preoccupazione l'eccesso di interventi: ciò vuol dire, infatti, che la situazione non è sotto controllo da parte di chi dovrebbe farla funzionare, cioè le autorità sanitarie pubbliche, i medici del lavoro e altri soggetti.

Infine, poichè recentemente ho partecipato con il professor Castelli ad un gruppo di lavoro sulle attività usuranti nell'edilizia, mi permetterei di aggiungere, al dato relativo all'aspettativa di vita come indicatore dell'usura cui va incontro il lavoratore, almeno l'aspetto della qualità

della vita stessa. Si può vivere anche a lungo, si può avere una lunga aspettativa di vita, però si può essere meno protetti rispetto ad una serie di affezioni che certi lavori comportano, come quelli svolti nel settore dell'edilizia. Tutto sommato, si può avere un'aspettativa di vita confrontabile con quella di altre persone che non svolgono la stessa attività, ma essere menomati da una serie di affezioni nel momento in cui si va in pensione.

TABLADINI. Infatti, facevo riferimento anche alla qualità, non solo all'aspettativa temporale di vita!

PRESIDENTE. A mio parere, in questa fase non risulta vi siano interventi eccessivi da parte della magistratura. In passato questa materia veniva gestita dai pretori, ma da quando è stato applicato il decreto legislativo 19 dicembre 1994, n. 758, non è più così. Proprio ieri abbiamo audito un magistrato - mi dispiace che alcuni di voi non fossero presenti - che ci ha esposto l'attuale situazione, ricordando che l'intervento della magistratura avviene come *extrema ratio*: quando vi è la prescrizione di mettersi in regola, se l'interessato adempie nei termini fissati, si estingue l'azione penale e non c'è più spazio per l'attività giudiziaria. Pertanto, arrivano al giudizio solo gli impenitenti, quelli che vogliono andare avanti a tutti i costi.

Semmai, bisognerebbe fare in modo che l'attività di prevenzione, che si svolge attraverso la prescrizione di mettersi in regola, venisse effettuata con maggiore competenza, visto che presuppone una notevole professionalità e discrezionalità. È bene, quindi, che il personale sia qualificato.

Ringrazio i nostri ospiti per aver partecipato al nostro incontro.

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

I lavori terminano alle ore 13,50.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. LUIGI CIAURRO