Coordinamento Nazionale
Salute e Sicurezza

La prevenzione delle malattie professionali

proposte della Cgil per una azione di sistema

Roma 24 novembre 2009

Documento predisposto in occasione della convocazione straordinaria della Commissione Consultiva del 24 novembre 2009 con all'Odg: "Sinp (Sistema informativo nazionale della prevenzione) e Campagna di comunicazione (20 mln/euro) per la diffusione della cultura della salute e sicurezza sul lavoro con particolare riferimento al tema delle malattie professionali"

La prevenzione delle malattie professionali
proposte della Cgil per una azione di sistema

Premessa metodologica; contesto e dati di riferimento; Sinp e sportello informativo per il pubblico; contenuti e targets della campagna; adozione e diffusione della "Carta dei diritti dei lavoratori e dei Rls"; informazioni ai lavoratori sulle sostanze e preparati; informazione relativa a tickets e presidi; campagna "malattie professionali perdute"; documento di consenso sul nesso di causa della MP; attuazione ed informazione su "rischio basso per la sicurezza ed irrilevante per la salute"; adozione e diffusione del Rapporto annuale; campagna "Fabbriche aperte"; adozione e diffusione dei Codici etici; progetti delle Regioni; diffusione materiali multimediali

Allegati:

- Bozza di Carta dei diritti dei lavoratori sulla sorveglianza sanitaria
- Soggetti della prevenzione in materia di MP: targets e contenuti specifici della campagna
- Criteri e principali contenuti del rapporto annuale del medico competente
- Il distretto delle calzature e delle malattie professionali: una esperienza INCA/FILTEA-CGIL in materia di "malattie professionali perdute"

Premessa metodologica

E' opinione diffusa tra i membri della Commissione che:

- occorre valutare preventivamente ed approfonditamente obiettivi, contenuti, targets e strumenti di una campagna per la quale il Governo ha inteso impegnare ben 20 mln/euro sui 50 stanziati dal Decreto 81 (di fatto sottraendo risorse significative alle iniziative regionali e territoriali);
- la Campagna di informazione non possa essere di natura puramente pubblicitaria pregiudicandone in tal modo l'effettiva efficacia e sperperando di fatto preziose (e scarse) risorse pubbliche per la prevenzione;
- tra le principali cause di morte vanno annoverate quelle relative alle malattie professionali e che per questo motivo (ad avviso di tutte le Organizzazioni sindacali che hanno per questo motivo richiesto la convocazione straordinaria della Commissione consultiva) una particolare attenzione deve essere posta sul tema della salute e delle malattie professionali che rappresentano una perdurante e sottostimata criticità nel sistema italiano della prevenzione;
- si debba puntare (pur in assenza, attualmente, di un Piano/Strategia nazionale in tema di prevenzione dei rischi connessi al lavoro) ad individuare modalità di intervento che siano davvero incisive e che permettano di raggiungere direttamente i soggetti;
- senza il contributo delle Parti Sociali e delle associazioni (scientifiche e di categoria) i principali targets (datori di lavoro, Rls e lavoratori, medici competenti, Asl, strutture del SSN sono di fatto irraggiungibili o lo sono solo per una via talmente indiretta da non garantire realmente l'efficacia del trasferimento delle informazioni.
- che la definizione di un Piano/strategia nazionale di prevenzione non possa prescindere dall'utilizzo dei dati attualmente disponibili e dalla definizione di un adeguato Sistema Informativo Nazionale di Prevenzione (SINP).

Per questi motivi si ritiene indispensabile proporre all'attenzione della Commissione consultiva l'adozione di un insieme di azioni di sistema al fine di favorirne la reale efficacia ai fini della prevenzione.

Contesto e dati di riferimento

La relazione conclusiva della Commissione di inchiesta del Senato[1] registra, con l'autorevolezza della fonte e la chiarezza dell'esposizione, il grande tema delle malattie professionali nel nostro paese. *"Consideriamo il caso dei tumori professionali. Attribuendo alle esposizioni professionali il 4% di tutti i nuovi casi di tumore, come fa la stima più frequentemente utilizzata, quella di Doll e Peto, che non può essere certo accusata di essere eccessiva, ogni anno ci dovremmo attendere nel nostro paese 10.000 denunce per neoplasia di origine professionale (4% dei 250.000 nuovi casi annui). Invece, in tutta Italia, ne sono stati denunciati 6.292 nei 5 anni che vanno dal 2001 al 2005. Il rapporto tra nuovi casi denunciati e nuovi casi attesi è quindi di circa 1 a 10" (pag.37)*.[2]

Parimenti la Commissione del Senato evidenzia il fenomeno, soprattutto italiano, della cosiddetta sottonotifica: *"si dovrebbe parlare non solo dei "tumori perduti" ma anche delle "pneumopatie professionali perdute" dal momento che dall'ultimo rapporto Inail risulta che le denunce di pneumopatie professionali in Italia, con esclusione dei tumori da amianto, sono state nel 2006 in complesso nell'industria e servizi solo 2541 di cui 1450 le malattie dell'apparato respiratorio "non tabellate" non meglio precisate, 506 i casi di asbestosi, 307 i casi di silicosi, 111 i casi di asma, 83 le pneumoconiosi da silicati e 55 le bronchiti croniche; nell'agricoltura poi poche decine sono i casi denunciati: 97 le malattie dell'apparato respiratorio non tabellate, 28 i casi di asma e 19 le alveolite allergiche. Chiaramente non è possibile fare un confronto diretto tra dati di prevalenza (le stime sopra citate) e dati di incidenza, come quelli INAIL, ma è impressionante la distanza"*.

A differenza di incidenti e morti sul lavoro, le malattie professionali procedono purtroppo, anche secondo i dati Inail, in controtendenza con un sensibile incremento nel corso dell'ultimo biennio dai 26.700 casi nel 2006 ai 29.700 del 2008 di cui 280 mortali (al 30 aprile 2009 e dunque suscettibili di ulteriore variazione).

Recenti studi europei ed italiani (UK National Statistics e Works Histories Italian Panel) evidenziano come le diversità sociali nelle aspettative di vita (fino a 5 anni) dipendono anche dalla insorgenza delle malattie professionali e danno origine ad una *"inaccettabile redistribuzione di risorse a scapito delle persone che arrivano alla pensione da carriere di lavoro subordinato con basso reddito e bassa posizione sociale, e che vengono riversate sui gruppi sociali più avvantaggiati"*.[3]

In questo stesso senso il Rapporto Inail 2008 sostiene che "Una valutazione realistica dei casi mortali da malattia professionale richiede necessariamente una visione prospettica di lungo periodo in considerazione del fatto che, ad esempio, i 280 decessi relativi al 2008, risultanti alla data di rilevazione del 30 aprile 2009, sono destinati inevitabilmente ad aumentare. E questo non solo per effetto di casi ancora in corso di definizione, ma anche e soprattutto in considerazione delle caratteristiche di latenza di alcune patologie, che possono portare alla morte anche dopo molti anni dall'esposizione al rischio, dalla contrazione o dalla manifestazione della patologia".

---

[1] *Commissione di inchiesta del Senato sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette "morti bianche"*
http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/infortuni15/Stenografici/RELAZIONE FINALE APPROVATA.pdf

[2] *gli elementi di riflessione sono una conseguenza di un malgoverno della materia relativa alla protezione dei lavoratori dai rischi derivanti dall'esposizione a tutte le sostanze pericolose.*

[3] *"Aspettative di vita, lavori usuranti e equità del sistema previdenziale" – Torino 2008.*

LE PROPOSTE DELLA CGIL

SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (SINP)

Si propone in primo luogo che sia rimessa in tempi brevi alla Commissione consultiva la bozza di decreto attuativo predisposta allo scopo dagli Istituti ed Istituzioni interessate e che si definiscano in quel contesto ruolo e partecipazione delle Parti sociali.

In questo quadro si ritiene che la stessa campagna di informazione dovrà tener conto delle conoscenze attualmente già disponibili nei tasselli funzionanti del Sinp ed in particolare:

- dati sugli infortuni disponibili mediante il sistema dei flussi informativi;
- sistema di sorveglianza degli infortuni mortali;
- Progetto Mal prof;
- Occam (Monitoraggio cancro occupazionale);
- Renam (registro nazionale mesoteliomi)

Con particolare riferimento al tema delle malattie professionali si propone che in fase di prima applicazione il Sistema informativo diffonda in maniera sistematica e compiuta i dati relativi all'andamento nel tempo dal 2000 ad oggi degli eventi e delle prestazioni per malattie professionali. In particolare occorre fin da subito che Inail diffonda i dati relativi a:

- numero casi denunciati, riconosciuti (motivazioni dei mancati riconoscimenti);
- numero indennizzi;
- numero rendite;
- tipo di malattia professionale per mansione e settore lavorativo (denunciate e riconosciute) ai fini della analisi comparativa con gli altri paesi europei del fenomeno della sottostima dell'incidenza reale delle malattie professionali;

Nel quadro del Sistema informativo si propone specificamente l'allestimento di un sito Internet dedicato all'informazione medica per il "pubblico" (lavoratori dipendenti, autonomi, artigiani) sul modello della AMA (American Medical Association) direttamente curato e "garantito" da Inail con la partecipazione delle parti sociali.

CAMPAGNA NAZIONALE DI INFORMAZIONE

Contenuti e targets

Ai fini del coinvolgimento di tutti i soggetti interessati si dovrebbe prevedere la definizione di flussi informativi mirati verso le principali figure (medici competenti, medici di famiglia, Asl ed Enti ospedalieri etc) basati sulle determinazioni dei Codici deontologici ed, eventualmente sulla base della predisposizione di specifiche "Carte dei doveri" portate a conoscenza degli utenti dei servizi *(cfr allegato: soggetti della prevenzione in tema di MP)*.

Adozione e diffusione della Carta dei diritti dei lavoratori e dei Rls

Si propone l'adozione e la diffusione attraverso le Organizzazioni sindacali, attraverso le strutture del servizio sanitario nazionale le imprese, i medici di famiglia ed i medici competenti della "Carta dei diritti" di cui lavoratori ed i loro rappresentanti sono titolari in materia di sorveglianza sanitaria *(Cfr allegato: "Carta dei diritti dei lavoratori in tema di sorveglianza sanitaria" e Carta dei diritti dei Rls in tema di sorveglianza sanitaria")*.

Informazioni ai lavoratori sulle sostanze e preparati

Il Regolamento Reach concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche prevede all'articolo 35: *"i datori di lavoro consentono ai*

lavoratori e ai loro rappresentanti di accedere alle informazioni fornite a norma degli Articoli 3 [4] *e 32* [5] *in relazione alle sostanze o ai preparati che essi utilizzano o ai quali possono essere esposti nel corso della loro attività professionale"*.

Il Decreto Legislativo che ne definisce il sistema sanzionatorio, emanato dall'attuale Governo il 14 settembre scorso [6] sanziona il mancato adempimento degli obblighi di informazione con la sanzione amministrativa pecuniaria da 15.000 a 90.000 euro.

Si propone che, per il tramite delle OOSS e delle Associazioni imprenditoriali di categoria si realizzi una campagna di informazione e di formazione in tutti i luoghi di lavoro interessati in merito alle prescrizioni relative alle schede sui dati di sicurezza (SDS) di cui all'articolo 31 ed alle sostanze e componenti di preparati per le quali non è prescritta una scheda di dati di sicurezza di cui all'articolo 32 del Regolamento.

Il doveroso sostegno soprattutto alle PMI poco considerate in ambito europeo, che potrebbero rilevare difficoltà concrete nell'adempimento di tale obbligo, dovrebbe naturalmente garantire il primario obiettivo di garantire ai lavoratori ed ai loro rappresentanti la corretta lettura ed interpretazione delle voci obbligatorie e di tutte le informazioni contenute nella scheda di dati di sicurezza che deve essere messa a loro disposizione ai sensi dell'art.227 comma 1.lett.d) D.Lgs.81/08.

Informazioni relativa a Tickets e presidi

La Costituzione ed il Testo Unico 1124/65 prevedono che le lavoratrici/lavoratori che subiscono un infortunio o contraggono una malattia professionale non debbano pagare alcun onere per terapie, esami strumentali, riabilitazione.

Per l'esenzione tickets va attuata una specifica e puntuale informazione:

- agli infortunati presso le sedi di Pronto Soccorso Ospedaliero e Inail in modo che essi siano portati a conoscenza del loro diritto;
- ai medici di base presso le loro associazione e gli Ordini dei Medici perché venga messa la sigla di esenzione L04 sulla richiesta di prestazione sia in fase di inabilità temporanea assoluta sia successivamente per eventuali terapie riabilitative o accertamenti strumentali anche se l'evento è stato riconosciuto senza postumi(esempio dermatite allergica).

Per i presidi terapeutici utilizzati durante il periodo di inabilità temporanea assoluta non più forniti da Inail dalla emanazione della circolare del 2008 e non rimborsati dal servizio sanitario va prevista una apposita convenzione con le regioni.[7]

Campagna "malattie professionali perdute"

Nel quadro di un approccio condiviso al tema si propone inoltre che la Commissione Consultiva lanci una campagna nazionale che interessi tutti i territori denominata "Malattie professionali perdute".

La campagna deve basarsi su linee applicative derivanti dalle esperienze di eccellenza già assunte in alcuni territori che hanno raggiunto risultati significativi.[8]

---

4 "Prescrizioni relative alle schede di dati di sicurezza"

5 "Obbligo di comunicare informazioni a valle della catena d'approvvigionamento per le sostanze in quanto tali o in quanto componenti di preparati per le quali non è prescritta una scheda di dati di sicurezza"

6 Decreto Legislativo 14 settembre 2009, n. 133 (Disciplina sanzionatoria per la violazione delle disposizioni del regolamento) (GU n. 222 del 24-9-2009)

7 è infatti inammissibile per fare un solo esempio che un lavoratore infortunato con una frattura vertebrale debba pagare di tasca propria 500 euro un corsetto.

8 Tra gli esempi di esperienze significative possono qui richiamarsi:

Una significativa esperienza di origine sindacale è quella attualmente in corso nel distretto fermano delle calzature.[9] In questo caso l'iniziativa promossa dalla Filtea-Cgil in collaborazione con Inca ha permesso di raggiungere risultati significativi sul piano della emersione e del riconoscimento che hanno infine sollecitato la definizione di un programma di attività condiviso dalle parti sociali, dalle istituzioni e dagli Enti.

La campagna dovrà coinvolgere pienamente tutti i soggetti interessati (datori di lavoro, patronati, Asl, medici di famiglia, strutture della Sanità pubblica e privata) secondo modalità e protocolli concordati in sede nazionale.

Alla base della campagna vanno assunte le indicazioni fornite dall'Inail con la lettera del 16 febbraio 2006 (prot. 7878/bis) sui criteri per il riconoscimento del nesso causale.

Inoltre le indicazioni operative dovranno prevedere in particolare che:

- vengano applicate su tutto il territorio nazionale le indicazioni fornite dall'INAIL con la lettera del 16/febbraio 2006 prot.7878/bis su criteri per il riconoscimento del nesso causale.
- per tutte le MP e in specie per quelle non tabellate sia reso obbligatorio il confronto tra INAIL e Patronati sulla documentazione da considerarsi idonea con sufficiente approssimazione e credibilità;
- l'Inail nei casi controversi tenga presente la casistica già raccolta, discussa e definita per un certo settore o addirittura per una certa Azienda e che valuti con "competente terzietà" la documentazione prodotta dalle parti (Azienda e lavoratore).

Documento di consenso sul nesso di causa della MP

Si propone la costituzione di una commissione scientifica cui partecipino anche rappresentanti dei patronati che elabori un Documento di Consenso sui rischi presunti di mansioni e lavorazioni rispetto ad una data malattia professionale.[10] La definizione di malattia professionale dovrebbe poi avvenire anche alla luce di informazioni sulla azienda già in possesso dell'Inail (esistenza di altri casi di malattia professionale o di infortuni) ed informazioni da richiedere all'ASL.

Attuazione ed informazione sul "rischio basso per la sicurezza ed irrilevante per la salute";

Si propone in questo contesto che la Commissione consultiva assuma come priorità assoluta:

- contributi attivi al Renam solo in alcune Regioni (Lombardia, Piemonte, Veneto, Toscana, Puglia);
- prime esperienze di premessa al ReNaTuNS (tumori dei seni nasali e paranasali) in Piemonte, Lombardia, Toscana);
- Progetti speciali su patologie selezionate (PRIOR-Piemonte);
- Occam (Istituto Tumori Milano);
- esperienze di Servizio (S. San Giovanni, Brescia, Padova);
- esperienze promosse dall'Autorità Giudiziaria (Torino).

Fonte Congresso Snop 2009

[9] In allegato la nota congiunta Filtea/*Inca ("Su circa un centinaio di visite effettuate, abbiamo presentato circa cinquanta denunce di malattia professionale, per lo più tabellate. Di quelle già visionate dall'INAIL vi è stata una percentuale di riconoscimento del 68%. Del restante 32% la metà è in attesa di ulteriori accertamenti medici e l'altra è state respinta").*

[10] IL Documento di consenso dovrebbe essere formulato alla luce dei dati di letteratura, delle valutazioni del rischio CONTARP per settore e mansione e dei casi di malattie professionali per mansione già valutata e riconosciuta a rischio da Inail in questi anni (dato ricavabile dal sistema informativo ricercando il tipo di malattia professionale per mansione e settore lavorativo denunciate e riconosciute.

- la messa all'ordine del giorno della Commissione consultiva dell'attuazione dell'articolo 232;
- la sollecitazione alle istituzioni preposte per la rapida costituzione del comitato consultivo per la determinazione e l'aggiornamento dei valori limite di esposizione professionale e dei valori limite biologici relativi agli agenti chimici di cui al D. Lgs. 81/08 art. 232 comma 1;
- la emanazione del DM di cui all'articolo 232 comma 4;
- l'assunzione come testo base del Documento redatto a suo tempo dal Comitato consultivo ex art. 72 D. Lgs. 626/94[11] (che si allega) in previsione di un DM mai emanato.

Tale proposta è motivata dal fatto che la definizione di tali parametri risulta indispensabile ai fini di individuare i casi nei quali:

- non scatta l'obbligo della sorveglianza sanitaria;
- non scatta l'obbligo della redazione (e dei relativi adempimenti) della cartella sanitaria di rischio.

Rapporto annuale

Si propone l'adozione e la diffusione, con particolare riferimento ai comparti interessati nell'ambito delle procedure standardizzate, di un modello validato dalla Conferenza Stato/Regioni di redazione della "relazione sanitaria annuale (di cui all'articolo 25 comma 1 lettera i)). Il modello potrebbe essere diffuso, nell'ambito della campagna di comunicazione, dalle associazioni scientifiche e dalle parti sociali (cfr allegato: criteri e principali contenuti del rapporto annuale).

La relazione informativa deve favorire la denuncia delle malattie professionali, anche attraverso la semplificazione della modulistica, adottando allo scopo un modello condiviso da istituzioni e parti sociali.

Campagna fabbriche aperte

Si propone la condivisione (a livello di singola impresa) di una campagna denominata *"fabbriche aperte"* con iniziative sui luoghi di lavoro (aperte a studenti, cittadini ed istituzioni) per pubblicizzare i programmi di breve e medio periodo per il miglioramento continuo delle condizioni e della qualità del lavoro ai fini della salute e della sicurezza.

Adozione dei codici etici

Si propone l'adozione e la diffusione presso i medici interessati del "Codice Deontologico" definito sulla base delle proposte delle Associazioni scientifiche e validato dalla Commissione consultiva. Il codice etico potrebbe essere diffuso dalle associazioni scientifiche ed affisso negli ambulatori dei medici competenti *(cfr allegato sui targets della campagna – MC).*

Progetti delle Regioni

Si propone che uno specifico capitolo di spesa ***(almeno 5 mln/€)*** sia destinato al finanziamento di progetti mirati di informazione e formazione per specifici targets di comparti e/o settori produttivi (promossi dalle Regioni d'intesa con le parti sociali) che comportino rischi particolari e significativi.

---

[11] *"La definizione del rischio moderato: proposta in relazione al tipo, alle quantità ed all'esposizione di agenti chimici tenendo anche conto dei valori limite indicativi fissati dal DM 26 febbraio 2004".*

Diffusione materiali multimediali

Si propone, in accordo con gli autori e le produzioni, la messa a disposizione della campagna e la diffusione di materiali multimediali (film, servizi televisivi) sul tema della salute e della sicurezza nel lavoro. I materiali andrebbero in particolare messi a disposizione delle istituzioni scolastiche e delle parti sociali per iniziative diffuse sul territorio.

In questo quadro si dovrebbe prevedere la richiesta di disponibilità ai circuiti mediatici (radio, stampa e televisioni in primo luogo) per la diffusione gratuita di spot e materiali. Si riferisce la disponibilità in tal senso della radio "Articolo1" della Cgil che opera come provider di una rete di radio con circa 900.000 contatti. In alternativa dovrebbero prevedersi specifici bandi di gara.

ALLEGATO 1
LE CARTE DEI DIRITTI (BOZZA)

Carta dei diritti dei lavoratori sulla sorveglianza sanitaria

Ogni lavoratore, qualunque sia il suo tipo di rapporto di lavoro, deve sapere:

- se per il lavoro che svolge è prevista la sorveglianza sanitaria;
- come si chiama il medico competente e come fare per mettersi in contatto con lui;
- che è obbligato a sottoporsi ai controlli sanitari previsti dalla legge;
- che la sorveglianza sanitaria effettuata dal medico competente prevede sia gli accertamenti preventivi per valutare l'idoneità alla mansione specifica, sia i controlli periodici per controllare lo stato di salute e valutare se continua ad esserci l'idoneità alla mansione specifica;
- che gli accertamenti possono comprendere, oltre alla visita medica, anche esami ed indagini diagnostiche specifici in relazione ai fattori nocivi cui è esposto il lavoratore;
- che la qualità del controllo sanitario non deriva dalla quantità di esami che vengono fatti, ma dalla loro effettiva necessità e che al posto di fare esami inutili è meglio venga dedicato più tempo alla visita medica;
- che a suo nome deve essere aperta una cartella sanitaria, curata dal medico competente, custodita dal datore di lavoro con salvaguardia del segreto professionale e che il lavoratore ha diritto ad averne copia, con tutta l'eventuale documentazione allegata, facendone richiesta;
- quali sono i primi disturbi prodotti dai fattori di rischio cui è esposto e, non appena comparissero, deve avere la possibilità di chiedere ed ottenere rapidamente di essere visitato del medico competente per valutare la situazione ed adottare gli eventuali provvedimenti
- necessari (esami di approfondimento, allontanamento temporaneo dalla mansione, denuncia di malattia professionale, segnalazione da parte del medico competente per la rivalutazione del posto di lavoro e possibili miglioramenti);
- che gli effetti delle sostanze cancerogene cui sia stato esposto si manifestano di solito molti anni dopo, spesso quando si è già in pensione;
- che in caso di infortunio e di malattie o disturbi legati al lavoro può avere una tutela gratuita rivolgendosi al Patronato sindacale.

Inoltre, il lavoratore ha diritto di:

- illustrare al medico competente, con il tempo necessario, i disturbi e le malattie da cui è affetto, e di indicare se essi compaiono o si aggravano durante il lavoro, se è esposto a disagi derivanti dall'attività lavorativa o da particolari mansioni, se ha subito nel corso dell'anno qualche infortunio anche di lieve entità o se ci è andato molto vicino;
- ricevere copia dei risultati degli accertamenti sanitari integrativi e della visita medica con indicato quali sono i fattori di rischio per la salute cui è esposto in modo da poterlo comunicare anche al proprio medico curante;
- conoscere le motivazioni che sono alla base del giudizio di idoneità espresso dal medico competente per poter ricorrere, entro 30 giorni dalla data di comunicazione del giudizio, all'organo di vigilanza territorialmente competente ASL nel caso il lavoratore non condivida il giudizio di idoneità/non idoneità espresso dal medico competente;
- discutere col medico competente, in caso di idoneità limitata o di non idoneità, le possibili nuove mansioni idonee da poter svolgere all'interno dell'azienda.

Carta dei diritti degli RLS sulla sorveglianza sanitaria

Gli RLS hanno diritto:

- ad accompagnare il medico competente e l'RSPP durante i sopralluoghi;
- ad incontrare il medico competente per segnalare particolari situazioni, per avere delucidazioni
- informazioni;
- ad avere copia del programma di sorveglianza sanitaria ed a conoscere le motivazioni
- che hanno portato alla scelta di certi esami ed accertamenti integrativi piuttosto che di
- altri;
- ad avere accesso al registro di esposizione ad agenti cancerogeni;
- a verificare che anche i lavoratori precari siano sottoposti a sorveglianza sanitaria e ricevano adeguata formazione ed informazione sui rischi;
- ad avere copia della relazione sanitaria in cui devono essere indicati in forma anonima collettiva i risultati delle visite e degli esami effettuati dai lavoratori in riferimento ai fattori
- di rischio presenti nelle varie mansioni, i giudizi di idoneità limitata o di non idoneità espressi e le denunce di malattia professionale;
- a disporre del verbale delle riunioni periodiche in cui devono essere riportate le osservazioni degli RLS ed i chiarimenti del medico competente sul significato ed i risultati del programma di sorveglianza sanitaria e le eventuali indicazioni di misure di prevenzione
- da intraprendere;
- a richiedere che il medico competente partecipi alla valutazione dei rischi portando il proprio patrimonio di conoscenze;
- a richiedere che nel contratto di lavoro o lettera di incarico del medico competente siano
- previste clausole di garanzia perché vengano effettivamente svolte tutte le funzioni
- previste dal 626 all'art. 17 e non la sola sorveglianza sanitaria;
- ad essere informato e a poter essere presente in caso di sopralluoghi degli organi di controllo;
- ad essere consultato durante la ricerca di una nuova più idonea collocazione per i lavoratori per i quali il medico competente ha espresso un giudizio di inidoneità o di limitata idoneità alla mansione.

ALLEGATO 2 SOGGETTI DELLA PREVENZIONE IN MATERIA DI MALATTIE PROFESSIONALI: TARGETS E CONTENUTI SPECIFICI DELLA CAMPAGNA

Medici di medicina generale

Si propone la produzione di un materiale specifico dedicato ai medici di medicina generale.

Tra i principali contenuti si dovrebbe prevedere:

- ruolo dei medici di medicina generale (MMG) che potrebbero svolgere un ruolo rilevante nella denuncia delle malattie professionali specie ad andamento acuto e/o intermittente nonché per il riconoscimento delle neoplasie di sospetta eziologia professionale (i tumori si presentano spesso in soggetti già in pensione o che all'atto della diagnosi lavorano in aziende diverse da quelle in cui sono stati esposti a rischio dove può non esserci il medico competente);
- ruolo e doveri del MMG nel caso di sospetta patologia di natura professionale (il medico di medicina generale dovrebbe inviarlo per un'analisi più approfondita all'Unità Operativa di Medicina del Lavoro);
- utilizzo da parte dei MMG delle strutture specialistiche di Medicina del Lavoro (anche se in crescita è ancora insufficiente e disomogeneo tra le diverse province ed aree geografiche);
- formazione del MMG al fine di migliorare le competenze tecnico-diagnostiche dei MMG in questo campo e migliorare la comunicazione tra medici di medicina generale e medici competenti che attualmente risultano eccentrici rispetto alla rete delle consulenze specialistiche proprie del SSN.
- Rapporti tra medico competente e MMG per essere informato su eventuali ricoveri, interventi, patologie da cui è affetto il lavoratore, per evitare inutili duplicazione di accertamenti e per informare a sua volta il MMG dei rischi per la salute cui è esposto il lavoratore
- Adozione, nell'ambito del Sinp di un più stretto collegamento dei medici competenti con i medici di medicina generale per lo scambio reciproco delle informazioni sanitarie, che veda il medico competente come soggetto interno alla continuità assistenziale.

Asl

Si propone la produzione di un materiale specifico di informazione relativo ai doveri derivanti dagli attuali LEA (livelli essenziali di assistenza).

Tra i principali contenuti si dovrebbe prevedere:

- ruolo dell'ASL per quanto attiene la prevenzione delle malattie professionali ed il miglioramento dell'attendibilità del quadro epidemiologico delle malattie professionali (selezione delle segnalazioni di malattie professionali, gestione dei flussi informativi, esecuzione di studi ad hoc;
- ricerca attiva delle malattie professionali;
- supporto consulenziale ai lavoratori ed ai Rls;

La selezione delle denunce in arrivo dovrebbe permettere di focalizzare l'attenzione su quei casi di patologia da sovraccarico biomeccanico da carichi di lavoro e/o ritmi esasperati per i quali verificare se il medico competente ha espresso idoneità limitate, se il datore di lavoro ha attuato le necessarie modifiche dell'organizzazione del lavoro nel rispetto delle limitazioni espresse per evitare l'aggravamento e la cronicizzazione delle patologie.

Circa la ricerca attiva delle malattie professionali sono in corso da parte delle ASL lombarde interessanti progetti al riguardo.

Per il supporto consulenziale ai Patronati sarebbe infine di particolare interesse la stipula di una convenzione tra Patronati ed ASL per formalizzare e dare continuità ad un'attività di supporto da parte dei SPSAL nella valutazione dei rischi in situazione di controversia con L'INAIL.

Medici competenti

In troppi casi il medico competente:

- risulta relegato in ambulatorio, ed è vissuto "un corpo estraneo" nell'azienda;
- non effettua la valutazione dei rischi nè partecipa alla elaborazione del documento di valutazione (DVR), redatto da tecnici (RSPP e consulenti esterni), documento che è chiamato poi a sottoscrivere.

Ciò ha portato ad un impoverimento del DVR in cui i rischi per la salute vengono valutati in modo parziale od incompleto. In particolare troppo spesso:

- non viene adeguatamente indicata nel DVR la probabilità che i lavoratori che svolgono una data mansione in un dato reparto hanno di contrarre una certa malattia;
- non viene valorizzata la conoscenza del legame tecnologia, macchine, rischi, uomo/donna che è tipica della medicina del lavoro e che naturalmente si deve integrare con le conoscenze tipiche delle altre figure professionali.

Proprio questa separatezza tra chi effettua le visite mediche e chi valuta i rischi per la salute può spiegare in parte la sottonotifica delle malattie professionali.

Le Società Scientifiche di medicina del lavoro hanno elaborato Linee-Guida tecniche ed etiche per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori. Tutti i codici etici indicano che "*la validità di tale sorveglianza va verificata.... in modo da garantire che standard adeguati siano stati fissati, che questi vengano raggiunti e che eventuali difetti vengano individuati e corretti.....*" e che "*i medici del lavoro devono favorire la consapevolezza dei datori di lavoro, dei lavoratori e delle loro organizzazioni circa la necessità di una piena indipendenza professionale*".

Proposta specifica

In questo quadro la campagna deve mirare alla divulgazione dei contenuti del Codice ICOH laddove viene specificamente indicato che i medici del lavoro *"devono espressamente richiedere che venga inserita nel loro contratto di lavoro una clausola sugli aspetti etici. Tale clausola dovrebbe contenere in particolare il diritto dei medici del lavoro ad applicare gli standard ed i principi etici professionali. Gli stessi medici non devono accettare condizioni di pratica professionale che non permettano alle loro funzioni di non raggiungere gli standard ed i principi etici desiderati. I contratti di lavoro devono contenere indicazioni sulla posizione legale, contrattuale ed etica in particolare in materia di conflitto, accesso ai dati e riservatezza. I medici del lavoro devono far sì che il loro contratto di lavoro non contenga condizioni che possano limitare la loro indipendenza professionale. Nei casi dubbi i termini del contratto devono essere controllati di concerto con l'autorità competente"*.

In questo quadro si propone l'adozione delle regole base nello svolgimento della pratica della medicina del lavoro che prevedano in particolare:

- il libero accesso all'ambiente di lavoro e la possibilità di raccogliere campioni e valutare l'ambiente di lavoro;
- la piena possibilità di analizzare le mansioni e partecipare agli accertamenti a seguito di incidenti, nonchè la facoltà di consultare l'autorità competente circa l'attuazione di specifici provvedimenti per la salute e la sicurezza sul lavoro;
- la previsione che gli operatori di medicina del lavoro possano e debbano con regolarità e ove possibile a scadenza preordinata, visitare i luoghi di lavoro e consultare i lavoratori;

- la verifica della validità della sorveglianza sanitaria svolta da parte di un medico approvato dall'autorità competente e con il consapevole consenso del lavoratore.

Diagnosi specialistica

Si propone la produzione e la diffusione di indirizzi specifici da diffondere presso i MC, i MMG e gli specialisti interessati e le Asl ai fini della diagnosi specialistica. Gli indirizzi dovrebbero assumere e diffondere i principali contenuti della lettera del Direttore Generale INAIL del 16.02.06, dove, nel definire i criteri da adottare nella diagnosi del nesso di causa si danno ai medici legali dell'Ente le istruzioni operative che seguono:

- nel caso in cui risulti accertato che gli agenti patogeni lavorativi siano dotati di idonea efficacia causale rispetto alla malattia diagnosticata, quest'ultima dovrà essere considerata di origine professionale, pur se sia accertata la concorrenza di agenti patogeni extralavorativi (compresi quelli genetici) dotati anch' essi di idonea efficacia causale, senza che sia rilevante la maggiore o minore incidenza nel raffronto tra le concause lavorative ed extralavorative.
- se gli agenti patogeni lavorativi, non dotati di autonoma efficacia causale sufficiente a causare la malattia, concorrono con fattori extralavorativi, anch' essi da soli non dotati di efficacia causale adeguata, e operando insieme, con azione sinergica e moltiplicativa, costituiscono causa idonea della patologia diagnosticata, quest'ultima è da ritenere di origine professionale. In questo caso, infatti, l'esposizione a rischio di origine professionale costituisce fattore causale necessario, senza il quale l'evento non avrebbe potuto determinarsi (ad es. tumore del polmone in soggetto fumatore esposto a rischio lavorativo da amianto).
- quando gli agenti patogeni lavorativi, non dotati di sufficiente efficacia causale, concorrano con fattori extralavorativi dotati, invece, di tale efficacia, è esclusa l'origine professionale della malattia.

ALLEGATO 3 CRITERI E PRINCIPALI CONTENUTI DEL RAPPORTO ANNUALE

Materiale divulgativo per i MC

Si propone la produzione e la diffusione di un modello base di rapporto annuale da diffondere presso i MC e le Asl .

Tra i principali contenuti del modello si dovrebbe prevedere che:

- il rapporto annuale debba descrivere brevemente il profilo di rischio delle varie mansioni/postazioni/lavorazioni specifiche della ditta con la relativa analisi dei rischi e, per quanto possibile, dei livelli di esposizione desunti dalla valutazione di rischio Accanto al profilo di rischio deve essere indicato il relativo protocollo sanitario adottato dal medico competente tenendo conto dei diversi effetti sulla salute da monitorare;
- i risultati dei dati sanitari debbano pertanto essere rappresentati suddivisi sulla base della classificazione dei lavoratori in gruppi omogenei per esposizioni sulla base delle mansioni/postazioni/ lavorazioni;
- per ogni gruppo di lavoratori dovrebbero essere analizzati: i casi di ipersensibilità, di patologie professionali e di malattie correlate e/o correlabili con l'attività lavorativa, gli eventuali giudizi espressi di non idoneità specifiche alla mansione, temporanee o permanenti, con limitazioni o con prescrizioni, la eventuale presenza di alterazioni o "anomalie" nei risultati di monitoraggio biologico quando presente e degli altri accertamenti sanitari integrativi, strumentali o di laboratorio.

Materiale divulgativo per i Rls

Contemporaneamente si dovrebbe prevedere, produrre e diffondere un materiale informativo ai Rls con le seguenti avvertenze di lettura del rapporto annuale:

- la definizione e la classificazione dei lavoratori sulla base dei rischi specifici deve essere il più possibile aderente alla organizzazione concreta dell'azienda in esame
- la definizione delle mansioni/postazioni/lavorazioni specifiche deve essere ben descritta e corrispondere il più possibile alla realtà; ciò potrebbe anche facilitare la individuazione di eventuali mansioni alternative nel caso di non idoneità
- deve essere rappresentato chiaramente il numero dei casi di patologie correlate o correlabili con l'attività lavorativa specifica nelle diverse mansioni/postazioni/lavorazioni
- devono essere riportate tutte le anomalie rilevate negli esami di monitoraggio, strumentali o di laboratorio,sia numericamente che per tipologia
- occorre che siano state tenute in considerazione nell'analizzare i dati sanitari le differenze di genere.
- devono essere esplicitate le eventuali proposte migliorative di modifica delle postazioni di lavoro prima di proporre l'allontanamento dei lavoratori dalle postazioni più a rischio.

In sostanza il rapporto deve rappresentare a 360° lo stato di salute e gli eventuali disturbi collegati alla organizzazione del lavoro ma anche prevedere e descrivere le eventuali azioni sia di miglioramento nell'ambiente di lavoro sia di proposte di modifica degli stili di vita attraverso azioni di promozione della salute.

I contenuti della relazione sanitaria annuale possono in questo modo rappresentare (per i RLS, i datori di lavoro, le Asl e le autorità competenti) una ricca fonte di informazioni e di conoscenza sullo stato di salute dei lavoratori interpretando correttamente l'obbiettivo e la rilevanza di questo strumento di prevenzione.

ALLEGATO 4 IL CASO DI UNA INIZIATIVA SINDACALE IN MATERIA DI "MALATTIE PROFESSIONALI PERDUTE"

Il distretto delle calzature e delle malattie professionali

In Italia, nel 2007 si sono verificate **28.000 denunce di MP con appena 3200** riconoscimenti (di cui il 49% per ipoacusie da rumore).

Il dato è così eclatante da non aver bisogno di particolari commenti. Basti solo avere a riferimento la situazione del paese che per numero di abitanti, condizioni socioeconomiche e sistema industriale è più affine al nostro, cioè la Francia, dove nello stesso anno (2007) sono state **riconosciuti** oltre **34.000 casi** di malattie muscoloscheletriche di origine professionale.

E' evidente che il nostro sistema di tutela presenta delle zone d'ombra che lo rendono sempre più inefficace. A tal proposito è assai interessante il dato fornito dall'INAIL sulla provenienza delle denunce, cioè sui soggetti che individuano la malattia professionale, attivando il meccanismo di tutela. Ebbene dai numeri forniti dall'Istituto assicuratore risulta che solo una quota trascurabile delle denunce deriva dai medici competenti, cioè i medici aziendali deputati alla sorveglianza sanitaria che, per definizione, hanno il compito di monitorare la salute dei lavoratori e individuare gli eventuali fattori di rischio per la salute presenti sui luoghi di lavoro. Così come assai poco significativa è la quota di denunce che deriva dal SSN, i cui medici assistono i propri pazienti evidentemente senza porsi il problema di raccogliere una seria anamnesi lavorativa.

Infine esiste il sospetto, per non dire la certezza, che la diminuzione delle denunce e dei riconoscimenti delle malattie da lavoro abbia anche altre motivazioni che si chiamano, ad esempio, ricatto lavorativo, paura di licenziamento, sfiducia nelle istituzioni (servizi di prevenzione, sanità pubblica, INAIL, ecc.).

Rispetto a questa situazione l'INCA e la FILTEA Nazionale hanno voluto validare un modello sperimentale per l'emersione nel territorio delle patologie da lavoro e per l'individuazione di percorsi che portino ad una reale pratica della prevenzione.

L'idea è stata quella di individuare un territorio con alta concentrazione di una specifica attività produttiva e andarvi a ricercare quelle tecnopatie che si conosce essere in stretta relazione con le lavorazioni in questione. Gli obiettivi dichiarati erano:

- dividuare un metodo, esportabile poi anche sul piano nazionale, per favorire nei territori l'emersione delle malattie da lavoro;

- dare impulso alla tutela delle MP nei distretti interessati;
- ottenere dati inequivocabili che confermassero il quadro di grave e generale sottostima delle MP;
- individuare nell'attuale sistema i nodi di maggiore criticità, per proporre, ove possibile, interventi sul sistema della prevenzione.

L'analisi della situazione del territorio della nuova provincia di Fermo, individuata come territorio campione in quanto distretto ad alta concentrazione di attività produttive calzaturiere, forniva il seguente quadro:

secondo dati ufficiali ISTAT nella vecchia provincia di Ascoli Piceno, di cui Fermo ha fatto parte sino al 2009, si contavano circa 50.000 addetti al manifatturiero; l'INAIL riferisce che nel 2007 sono state riconosciute 250 malattie professionali, di cui appena 10 sindromi del tunnel carpale; per lo stesso anno, risultano solo 4 segnalazioni ex art. 139 effettuate da medici non appartenenti all'istituto assicuratore.

Nel distretto calzaturiero fermano abbiamo distribuito diverse centinaia di questionari tra i lavoratori, costruiti in modo tale da fornire un quadro sulle specifiche condizioni di lavoro e sulle generali condizioni di salute di ognuno di essi. I nostri interlocutori sono per lo più dipendenti di calzaturifici, molti artigianali, di piccole e medie dimensioni, oltre che della grande industria; in circa il 10% dei casi il lavoro è svolto a domicilio con macchine di proprietà degli stessi operai. Comunque, il primo dato interessante è la enorme diffusione tra questi lavoratori di alcuni disturbi.

Infatti su 200 persone che hanno compilato il questionario i disturbi lamentati riguardavano prevalentemente il sistema polso-mano, la spalla e il rachide lombosacrale. In particolare:

- 41% lamentavano disturbi del sistema polso-mano
- 34% lamentavano o disturbi alla spalla
- 12% lamentavano disturbi al rachide lombosacrale
- 11% lamentavano disturbi dell'udito
- 2 % lamentavano disturbi delle vie aeree

Inoltre più della metà (120) presentavano elementi che potevano far supporre una ragionevole o elevata probabilità di malattia professionale.

Sono stati quindi invitati ad un colloquio individuale con il medico ognuno di questi lavoratori. Su circa un centinaio di visite effettuate, abbiamo presentato circa cinquanta denunce di malattia professionale, per lo più tabellate. Di quelle già visionate dall'INAIL vi è stata una percentuale di riconoscimento del 68%. Del restante 32% la metà è in attesa di ulteriori accertamenti medici e l’altra è state respinta. Stando ai dati nudi e crudi, risultano evidenti:

- un'elevata incidenza di malattie strettamente correlate al lavoro che presentano un alto grado di prevedibilità e sarebbero per lo più eludibili dalla semplice applicazione di banali norme di prevenzione;
- una pesante inefficacia del meccanismo di tutela previsto dalla legge, dal momento che prima del nostro progetto, nella quasi totalità delle aziende del distretto, mai nessuno aveva pensato di denunciare anche solo una malattia professionale;

- la sistematica omissione dell'obbligo di segnalazione ex art. 139 del TU da parte dei sanitari del SSN, in quanto una buona parte dei lavoratori per i quali abbiamo inoltrato la denuncia di malattia professionale, è stata curata per le medesime malattie in strutture pubbliche e dai medici di base.

I dati fin qui rilevati, inoltre, dimostrano senza dubbio che l'attività di prevenzione nel distretto del Fermano è totalmente fallita. Alla luce di queste prime eclatanti evidenze e per rilanciare l'attività di prevenzione, la Provincia di Fermo ha ritenuto di dover intervenire convocando ad una tavolo permanente tutte le parti sociali interessate e le istituzioni coinvolte, al fine di predisporre un piano strategico di interventi specifici sui luoghi di lavoro.

L'INCA e la FILTEA hanno messo a disposizione di tutti il lavoro fin qui svolto con la sollecitazione di completarlo unitariamente per quanto attiene la tutela, chiedendo che le istituzioni competenti ritornino ad appropriarsi della loro funzione di tutela e vigilanza. Ma non è solo un problema di regole e obblighi da adempiere, occorre realizzare una crescita culturale che porti a considerare la tutela della salute e la sicurezza come uno degli elementi di qualità del lavoro e di competitività economica nel sistema sociale. Questo deve essere il compito del tavolo aperto dalla Provincia di Fermo e per realizzarlo occorre procedere, ove necessario e possibile, alla modifica dei sistemi di produzione e all'ammodernamento degli impianti, intercettando ed utilizzando le pur modeste risorse pubbliche esistenti.

Roma 11 novembre 2009

Valeria Fedeli
Segretaria Generale Nazionale
CGIL FILTEA

Raffaelle Minelli
Presidente INCA CGIL