

BOLLETTINO N. 19

GENNAIO 2002

- EDITORIALE pag. 2
- EDITORIALE 2 pag. 3
- IL NOSTRO PROGETTO
DI LEGGE pag. 4
- LE NUOVE PROPOSTE DI LEGGE
SUI BENEFICI PREVIDENZIALI pag. 7
- LA LEGGE SULL' AMIANTO
DEL FRIULI VENEZIA GIULIA pag. 8
- LA SORVEGLIANZA SANITARIA
DEGLI EX ESPOSTI pag. 12
- UNA TESTIMONIANZA
DI GRANDE SIGNIFICATO pag. 20
- LETTERA APERTA
ALLE ISTITUZIONI DI BRINDISI pag. 22
- CRONISTORIA DELLA
"REUNION LATINO AMERICANA" pag. 23

**supplemento al numero 132-3 di MEDICINA DEMOCRATICA
autorizzazione del Tribunale di Milano n. 23 del 19 gennaio 1977
Direttore responsabile: Fulvio Aurora**

Euro 5

EDITORIALE

Ai responsabili dell'Associazione Esposti Amianto

- loro sedi -

I responsabili AEA raggiungibili per E-MAIL avranno visto in questi ultimi tempi una serie di lettere e documenti di alcune persone che non si riconoscono nell'AEA nazionale con sede a Milano, ma che pur provenendo da quella esperienza, si sono nei fatti staccati, fondando formalmente anche una propria associazione.

Certamente se si hanno altre idee, altra metodologia e altra linea di fondo diventa inevitabile cercare la propria strada. Detto questo ci sembra che da parte di queste persone che si denominano "Associazione esposti Amianto e ad altri rischi ambientali" con sede a Firenze, sia stato fatto un lavoro solo a metà perché, appunto hanno, per la nuova associazione utilizzato il nome e il logo creando una possibile grande confusione. Tutto questo certamente va chiarito. Il Presidente Vito Totire ha iniziato ad incontrarsi proprio vedere almeno di chiarire le reciproche posizioni.

Un'occasione di chiarimento.

1. **Gli inizi.** L'AEA è stata fondata a Casale Monferrato il 18 marzo 1989 sull'onda delle lotte contro l'amianto di allora, particolarmente mettendo in comunicazione due entità: l'associazione dei famigliari delle vittime dell'amianto di Casale Monferrato e i ferrovieri della Officina Grandi Riparazioni di Santa Maria La Bruna (NA). Naturalmente anche con altri che per brevità si tralasciano. L'iniziativa è venuta da Medicina Democratica, cioè dal movimento di lotta per la salute più antico, iniziato alla fine degli anni 60 sulla spinta delle lotte operaie, coinvolgendo operai, medici, ricercatori, per difendere in particolare la salute della classe operaia, ma anche per fondare una nuova cultura della salute. MD ebbe come suo principale fondatore, insieme al consiglio di fabbrica della Montedison di Castellanza, Giulio Maccacaro, a quel tempo direttore dell'istituto di biometria e statistica medica dell'Università di Milano. Maccacaro lavorava a fianco dei lavoratori e delle popolazioni contro la nocività da lavoro e ambientale. MD da allora ha praticato una serie di idee-forza fondamentali ancora valide fino ad oggi, quali la non delega della salute al tecnico, la partecipazione dei soggetti alla salvaguardia della propria salute, la rivendicazione e la lotta per ottenere migliori condizioni di salute e di vita. Un ulteriore principio fondamentale, scientificamente fondato, è stato ed è quello del rischio zero per i cancerogeni.

MD è rimasta indipendente da istituzioni, partiti, sindacati, pur in grado di distinguere linee politiche ed azioni diverse.

L'Associazione Esposti amianto è nata con questo spirito, il nome stesso "esposti" è stato scelto a significare che nella vicenda dell'amianto sono soprattutto gli esposti che contano che devono avere la prima e l'ultima parola nel processo di conoscenza di individuazione del rischio, di definizione della bonifica ed ovviamente di riconoscimento del danno che hanno ricevuto, considerando in effetti che il rischio è già un danno.

2. **Il consolidamento.** Al seguito di tutto ciò l'AEA si è sviluppata e consolidata negli anni successivi. La prima e forse più grande battaglia condotta dall'AEA è stata quella per ottenere una legge che finalmente mettesse al bando l'amianto in tutte le sue forme. Una lotta che è durata qualche anno che ha visto l'AEA come uno dei principali protagonisti della battaglia, lavorando attorno ad una proposta di legge, successivamente presentata poi dall'on. Bianca Guidetti Serra, soprattutto, poi, nella fase cruciale, quando il presidente della Repubblica di allora, Cossiga, dopo che il Parlamento aveva approvato la legge per eliminare l'amianto (l'attuale legge 257/92) l'aveva respinta a suo dire, per mancanza di copertura finanziaria, mettendo in pericolo tutto il lavoro svolto da noi e da altri. Si avrebbe dovuto, se tale posizione fosse rimasta, ricominciare tutto da capo essendo alla fine della legislatura. L'AEA ha immediatamente preso l'iniziativa, e in una riunione svoltasi a Torino, nella sede allora dell'AEA locale e di altre associazioni, con alcuni deputati e senatori, è riuscita a imprimere l'idea e la necessità di mobilitare tutte le forze in campo, promuovendo i passi istituzionali necessari, per rimuovere gli ostacoli posti da Cossiga. L'operazione ebbe buon fine.

3. **La legge.** La fase successiva dell'AEA fu contraddistinta dalla lotta per l'applicazione della legge 257, una delle più avanzate nel mondo e al tempo stesso dalla creazione di un legame prima in Europa e poi a livello internazionale fra le associazioni e i movimenti che operavano nei diversi paesi contro l'amianto. Molti incontri e convegno internazionali e nazionali sono stati organizzati (alcuni dei quali in collaborazione con Medicina Democratica), in Italia, in Francia e molte riunioni sono state fatte al parlamento europeo di Strasburgo fra le associazioni e diversi deputati per portare avanti il bando dell'amianto da tutti i paesi dell'Unione Europea. Un traguardo raggiunto in quasi tutti i paesi, compresa la Francia e l'Inghilterra che a quei tempi erano i più riottosi. L'AEA, tramite Medicina Democratica, ha intrattenuto rapporti con il presidente della commissione tecnica dell'UE, prof. Benedetto Terracini, incaricata di sciogliere il nodo dell'amianto crisotilo, cioè di dichiarare che anche questo tipo di amianto era cancerogeno e da bandire, perché prendesse posizione netta nei confronti di quegli scienziati – ed erano la maggior parte – che sostenevano il contrario e che cioè la crocidolite era dannosa e che il crisotilo, con le dovute precauzioni, si poteva usare. Una disputa, finita allora con l'autorevole e corretta presa di posizione di Terracini (epidemiologo docente dell'Università di Torino, attualmente direttore della rivista Epidemiologia e Prevenzione, fondata da Giulio Maccacaro) che è attuale ancora oggi, non dal punto di vista scientifico, ma economico, viste le fortissime pressioni del Canada, secondo produttore mondiale di amianto crisotilo nei confronti dell'Europa e soprattutto ora nei confronti del Brasile e dell'Argentina perché non adottino una legislazione di interdizione totale dell'impiego di amianto.

4. Ban Asbestos. E proprio in Brasile, a S. Paolo, in un convegno organizzato dal ministero del lavoro di quel paese, l'AEA è stata protagonista della nascita della rete BAN ASBESTOS e ha fornito l'idea ad un gruppo di operatori, sindacati e associazioni brasiliani (il Brasile è il terzo produttore mondiale di amianto) di fondare l'associazione brasiliana degli esposti all'amianto (ABREA) che è diventata determinante nella lotta internazionale per mettere al bando l'amianto.

5. I benefici previdenziali. Tornando in Italia, dopo il '93 al seguito della legge 271 si era mostrato un ovvio vivo interesse da parte di molti lavoratori ex esposti all'amianto nei confronti della possibilità ottenere i benefici previdenziali, quindi di andare in pensione con anticipo. Un discorso assolutamente importante perché veniva riconosciuto dalla legge che tutti i lavoratori esposti che si trovavano quindi nella condizione di poter contrarre una malattia da amianto (senza contare le migliaia che l'avevano contratta, molti dei quali pure erano deceduti), interrompendo il lavoro in anticipo, potevano trovarsi in una condizione che favoriva il loro benessere generale, quindi con minori possibilità di contrarre malattie da amianto o comunque da lavoro. Lavoratori che non erano mai stati informati con chiarezza dei rischi e dei danni derivanti dall'esposizione all'amianto nonostante vi fossero leggi precise che imponevano all'azienda l'incombenza (DPR 303/56 articolo 4).

L'AEA si era impegnata, e lo è tuttora, per applicare correttamente la legge e quindi a respingere le interpretazioni restrittive che INAIL e INPS, anche se in accordo con i sindacati confederali, con le organizzazioni padronali e con il ministero del lavoro, non solo, ma è impegnata pure a respingere progetti di legge fortemente limitativi e eliminatori dei benefici previdenziali stessi, senza peraltro ritenere che tale problema sia l'unico o quello centrale della lotta contro l'amianto. Allo stato attuale pertanto restano le decisioni prese nel convegno-assemblea del 28 giugno 2001 a Roma.

6. La lotta contro l'amianto. Pertanto l'AEA continua la sua battaglia contro l'amianto e contro coloro che sono responsabili del suo utilizzo e delle esposizioni di centinaia di migliaia di lavoratori e cittadini; per le bonifiche a rischio zero, per la realizzazione di metodi alternativi allo smaltimento, per la realizzazione di una normativa regionale di applicazione e specificazione delle leggi statali.

L'AEA non fa accordi con avvocati se non per costituzione di parte civile in processi penali dopo avere discusso dell'opportunità.

Tutti possono aderire all'AEA. La quota associativa è di lire 20.000. di cui la metà viene versata alla sede nazionale di Milano, con i nominativi e indirizzi e codice fiscale degli iscritti. Ogni sezione deve tenere un proprio bilancio che confluisce nel bilancio nazionale.

EDITORIALE 2

La fine del 2001 è stata caratterizzata da un duro attacco ai benefici previdenziali dei lavoratori esposti ed ex esposti all'amianto. E' infatti circolato informalmente un testo attribuito al sottosegretario del ministero del lavoro Alberto Brambilla nel quale in estrema sintesi si prevedeva l'eliminazione dei benefici previdenziali. L'AEA ha immediatamente informato tutte le sezioni inviando loro il testo e chiedendo di mobilitarsi immediatamente. Per la verità non appena i lavoratori interessati hanno avuto notizia del testo e del suo significato hanno manifestato in vari modi, soprattutto quando si è saputo che era intenzione del governo di inserire quel testo come emendamento nella legge finanziaria. A Genova ad esempio c'è stato uno sciopero dei portuali e di altri lavoratori della durata di otto ore che ha finito per bloccare l'intera città.

La mobilitazione ha avuto ragione sugli insani propositi del governo; ha evitato che la fine di dicembre segnasse anche la fine dei benefici, ma non ha eliminato il problema, nel senso che il sottosegretario Brambilla si è premurato di comunicare che presenterà il suo testo, in maniera formale al Senato della Repubblica, dove ve ne sono già depositati altri, con l'intenzione chiara di arrivare all'approvazione entro il 22 marzo 2002. Una data non casuale in quanto per quel giorno è atteso il pronunciamento del TAR del Lazio in merito ad alcuni atti di indirizzo emanati dal sottosegretario del Governo precedente (Guerrini). In pratica si toglierebbe, secondo le intenzioni di Brambilla, l'oggetto del contendere. Si consoliderebbero cioè le posizioni di quei lavoratori che hanno ottenuto i benefici mediante l'atto di indirizzo e si cambierebbe completamente regime per tutti gli altri, sia per quelli che faranno domanda, sia per quelli che l'hanno in corso, compresi coloro che stanno portando avanti una causa in Tribunale.

La mobilitazione quindi, dobbiamo dire, è appena cominciata perché assolutamente non si deve arrivare ad annacquare o ad eliminare i benefici e il loro significato; ancora di più occorre respingere, per le conseguenze generali che si avrebbero, il riconoscimento dei benefici solo a coloro che siano in grado di dimostrare essere stati esposti per dieci anni effettivi almeno ad un livello di fibre superiore alle cento al litro.

Allo stato attuale non abbiamo in mano il testo ufficiale del governo, in quanto non ancora presentato, mentre conosciamo altri progetti di legge che stanno costituendo oggetto di dibattito all'interno della commissione lavoro del Senato. Abbiamo pertanto pensato di proporre ai vari gruppi del Senato un nostro testo, dopo alcuni colloqui ed incontri con alcuni senatori, al fine di fare sentire la nostra voce. Sarebbe stato opportuno presentare una proposta di legge nazionale di iniziativa popolare, ma avremmo rischiato di arrivare dopo che la frittata era fatta e quindi abbiamo optato per la prima soluzione. Allo stato attuale la proposta è stata presentata dal senatore Tommaso Sodano (Rifondazione), in attesa della aggiunta di altre firme di altri gruppi.

Pertanto di seguito presenteremo: _

- a) il nostro progetto di legge:
- b) un commento ai progetti di legge esistenti in Senato,
- c) la legge regionale approvata in Friuli Venezia Giulia con un nostro commento.

a) IL NOSTRO PROGETTO DI LEGGE

Introduzione alla proposta di legge: “Norme per l’epidemiologia delle patologie asbestocorrelate, per l’interpretazione autentica dell’articolo 13 comma 8 della legge 27 marzo 1992 n. 257 e successive modifiche, per la sorveglianza sanitaria dei cittadini esposti ed ex esposti all’amianto, per l’informazione sui diritti e sugli obblighi dei cittadini e dei lavoratori esposti ed ex esposti e degli operatori sanitari coinvolti.”

La legge 27 marzo 1992 n. 257 e successive modifiche ha messo al bando l’amianto in tutte le sue forme vietandone qualunque tipo di impiego. L’amianto è però rimasto tanto che si è calcolato dalla Commissione Scalia sui rifiuti della precedente legislatura che in Italia sono presenti circa 23 milioni di tonnellate di amianto. Questo significa che centinaia di migliaia di lavoratori – sembra intorno ad 1.300.000 – lo hanno manipolato per approntare i circa 3.000 prodotti che se ne potevano ricavare, per installarlo in diversi ambienti, per trasportarlo, per metterlo a dimora come rifiuto.

Nella gran parte dei casi, nonostante le leggi presenti da anni (si veda in particolare il DPR 303 del 56) i lavoratori non sono stati informati dei rischi che correavano, né sono stati dotati dei pur limitati mezzi di protezione esistenti. Pertanto i morti che si sono contati per malattie da amianto sono stati migliaia, solo in parte evidenziati dalle numerose indagini epidemiologiche fatte e solo minimamente riconosciuti dall’ente di assicurazione obbligatoria (INAIL). Non solo, ma alcune recenti indagini hanno indicato che nei prossimi vent’anni si avranno le più elevate incidenze di tumori da amianto, particolarmente il mesotelioma della pleura, fino a prevederne 250.000 casi nei sei principali paesi dell’Europa (J. Peto e altri).

I problemi che si pongono sono tanti e pesanti. In Italia vi è con la legge 257/92 e successivi atti applicativi la legislazione forse più avanzata al mondo, ma al solito, non ha fatto piacere a molti, specialmente a chi avrebbe dovuto riconoscere le responsabilità di questo disastro e porre mano, fra l’altro, al portafoglio per risarcire i danni e approntare le bonifiche.

Quindi la legge solo in parte è stata applicata e in alcuni suoi punti, in particolare per quello che stabilisce i benefici previdenziali per i lavoratori che sono stati esposti all’amianto per oltre 10 anni, è stata pesantemente avversata. Centinaia sono i contenziosi e le cause aperte; nonostante l’intervento della Corte Costituzionale la gran parte delle aziende, nonché gli istituti previdenziali hanno posto ogni ostacolo al riconoscimento di chi ne aveva diritto. Questo è avvenuto soprattutto basandosi su un principio non scientifico, stabilendo cioè un valore limite per chi è stato esposto, insinuando che l’esposizione a di sopra di tale limite, non avrebbe portato a malattia alcuna. La falsità di tale affermazione è ampiamente dimostrata dall’organismo internazionale più autorevole: l’Agenzia internazionale di ricerche sul cancro (IARC) di Lione a partire dalle centinaia di indagini epidemiologiche svolte. Non solo, ma è pure subdola in quanto fa finta di dimenticare che nella stragrande maggioranza dei casi, nel passato, non sono mai state fatte indagini per definire i livelli di esposizione. Se così fosse stato si sarebbero dovuti prendere adeguati provvedimenti, sapendo che migliaia di lavoratori affrontavano ogni giorno nei loro luoghi di lavoro polveri di amianto in quantità impressionante.

Oggi però è facile dire, in mancanza di dati, che le esposizioni erano minime, comunque non certificate: questo nonostante i malati e i morti. Sia chiaro i benefici previdenziali che vogliamo qui chiedere in maniera più precisa e dettagliata, superando anche il limite dei dieci anni, ha una ragione di fondo: chi è stato per anni esposto all’amianto è in una condizione di grave rischio, che diventa immediatamente un danno anche se in futuro potrebbe non portare ad alcuna malattia, solo per il fatto che è probabile e che molti lavoratori hanno visto diversi loro compagni ammalarsi e morire per amianto. Certamente ancora chi smette di lavorare, potendolo, si trova nella condizione migliore di affrontare la sua vita anche come resistenza alla malattia, per restare di più in salute.

Da qui la nostra proposta di legge: da un lato si è voluto dire che oggi le regioni devono assumere ancora di più responsabilità dirette, dall’altro si è voluto affermare ancora una volta che per l’amianto come per qualsiasi altra sostanza cancerogena, l’unico valore limite ammesso è il valore limite zero.

I lavoratori e i cittadini che vengono colpiti non sono solo dei casi che vengono evidenziati dagli studiosi, ma sono persone concrete con degli affetti e delle amicizie, con una vita propria, che per cause, indipendenti dalla propria volontà, ignari dei rischi derivanti dall’esposizione all’amianto, si sono trovate in una situazione di invalidità permanente, come chi è stato colpito da asbestosi, o addirittura sono morte, passando anche da non poche sofferenze.

Si deve partire dall’epidemiologia, ma anche dalla sofferenza umana, per cercare dei rimedi e, non ultimo, per stabilire le responsabilità, quindi per definire le indennità e il risarcimento dei danni a chi è stato colpito o ai loro famigliari.

Molte, come ricordavamo all’inizio, sono le norme inattuate o attuate solo in parte, sia per la lentezza o la scarsa coscienza degli amministratori, sia per la scarsità o inadeguatezza degli operatori sanitari e della prevenzione, oppure per la mancanza di informazioni da parte degli aventi diritto.

Sono diverse le carenze nell’applicazione delle leggi sull’amianto: vogliamo ricordare la mancanza del censimento dei siti contaminati e la relativa programmazione delle bonifiche, la mancanza di sorveglianza sanitaria per i lavoratori e i cittadini esposti, nonché di informazione e di risarcimento per chi è stato colpito da malattie asbestocorrelate.

La proposta di legge che segue si pone questo obiettivo: da un lato spingere perché le misure già prese vengano messe in pratica, dall’altro perché quanto non è ancora stato previsto venga messo all’ordine del giorno e realizzato. Ci riferiamo in particolare alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori e anche di cittadini esposti o ex esposti all’amianto ai quali deve essere riconosciuto un diritto risarcitorio, non solo a livello economico, ma anche sanitario e psicologico. E’ noto che la diagnosi precoce delle malattie, specie tumori, correlate all’amianto è poco efficace, ma non può essere comunque totalmente esclusa; del resto va visto come un diritto: chi è stato esposto, come abbiamo detto, ignaro, all’amianto deve avere una particolare attenzione dal servizio sanitario: deve possedere un libretto sanitario e di rischio sul quale viene annotato la sua storia lavorativa e sanitaria, deve essere sottoposto a dei controlli periodici sanitari in segno di attenzione e di tranquillità psicologica, nel senso di fare tutto il possibile per dare ad essa tutto il sostegno dovuto. Per questo abbiamo proposto che gli uffici regionali alla sanità, servendosi di esperti regionali e nazionali nel campo, predispongano un protocollo diagnostico periodico di sorveglianza a cui non deve mancare l’aspetto di sostegno psicologico, al fine di sottoporre ad una serie di visite ed esami medici gli esposti (comunque già previste dal DLg 626/94) e gli ex esposti. Naturalmente deve essere distinto fra chi è stato esposto magari per anni, in condizione di assoluta mancanza di sicurezza, all’amianto, da chi compie oggi operazioni di bonifica, da chi, come cittadino, è stato esposto perché vicino ai luoghi dove si manipolava amianto e perché è stato od è in presenza di situazioni in cui sono presenti manufatti di amianto.

Importante è stabilire tutto secondo il metodo dell'evidence based medicine, non separato dal metodo del narrative based medicine, cioè vanno contemplate l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni con la condizione umana delle persone. E' pure importante, in proposito, il discorso economico, nulla infatti va sprecato, ma nemmeno va messo al primo posto. Se ad esempio si stabilisse, su base scientificamente comprovata, che per alcune categorie di ex esposti è opportuno inserire nel protocollo la TAC spirale, non può essere portato a discapito l'alto costo della prestazione. Il diritto alla salute, costituzionalmente garantito, è un principio assoluto, che non può essere sottomesso ad esigenze di bilancio.

Inoltre la proposta di legge regionale propone l'unificazione dei registri tumori provinciali esistenti in un unico registro tumori regionale, all'interno del quale deve essere stabilito il registro dei mesoteliomi. Questo è importante non solo a livello conoscitivo e dell'informazione, ma anche per fornire prove per i singoli soggetti allo scopo di ottenere i benefici di legge previdenziali, risarcitori e di indennizzo.

Deve seguire, pure, il registro degli esposti, che si ritiene utile fare tenere dai servizi di prevenzione delle USL, che risponde sia agli scopi precedentemente detti, di definizione di chi ha diritto alla sorveglianza sanitaria e di messa a disposizione di prove concrete a fini di risarcimento dei singoli. In proposito si stabilisce che la regione autonomamente fornisca un aiuto ai soggetti e alle famiglie che sono stati colpiti da gravi malattie da amianto, cioè l'asbestosi e i tumori. Viene posta la condizione ai richiedenti di agire comunque, conformemente alle leggi, nei confronti dell'INAIL, per ottenere la rendita relativa e/o dei responsabili dell'esposizione per il risarcimento del danno biologico. Per di più, sempre secondo la nostra proposta, la regione mette a disposizione dei soggetti interessati, un ufficio legale e medico legale gratuito, per esperire tutte le pratiche e, se del caso, seguire la causa in tribunale.

Viene stabilito di fare, ogni anno, il punto della situazione del complesso degli interventi a riguardo dell'amianto: una conferenza regionale che non può essere vista esclusivamente come un fatto tecnico, ma deve poter essere rivolta e per certi versi, preparata, dai rappresentanti dei soggetti interessati. Per questo viene di pari passo stabilita la costituzione di una Commissione regionale sull'amianto.

Il problema dei benefici previdenziali è stato risolto in questo modo: a) tutti i lavoratori che sono stati esposti sono soggetti del diritto a qualsiasi categoria hanno appartenuto o appartengono, b) non esistono limiti temporali nel calcolo degli anni di prepensionamento – l'unico limite – è l'esposizione avvenuta, c) il diritto acquisito dai lavoratori cui i benefici sono stati riconosciuti non può più essere messo in dubbio, d) il calcolo dei benefici è stabilito per tre mesi ogni anno per i primi cinque anni, per 6 mesi ogni anno per i cinque anni successivi, mentre per chi ha superato la soglia dei dieci anni si calcolano sei mesi dall'inizio dell'esposizione come nella situazione attuale, e) la certificazione dell'esposizione è affidata ai servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro della A-USL che vengono adeguati nell'organico e nella strumentazione.

PROPOSTA DI LEGGE : NORME PER L'EPIDEMIOLOGIA DELLE PATOLOGIE ASBESTO CORRELATE, PER L'INTERPRETAZIONE AUTENTICA DELL'ARTICOLO 13 COMMA 8 E SUCCESSIVE MODIFICHE DELLA LEGGE 27 MARZO 1992, N. 257, PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI CITTADINI E DEI LAVORATORI ESPOSTI ED EX ESPOSTI ALL'AMIANTO, PER L'INFORMAZIONE SUI DIRITTI E SUGLI OBBLIGHI DEI CITTADINI E LAVORATORI ESPOSTI ED EX ESPOSTI E DEGLI OPERATORI SANITARI COINVOLTI.

Articolo 1 (finalità)

La presente legge riguarda l'applicazione della normativa nazionale e regionale in considerazione delle modificazioni intercorse di maggiore regionalizzazione della sanità e interpreta in modo autentico alcune norme della legge 257/92 e successive modifiche:

Definisce sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti ed ex esposti a tutti i tipi di amianto sotto qualsiasi forma in cui è stato impiegato.

Istituisce il registro tumori regionale.

Istituisce il registro dei mesoteliomi regionale.

Istituisce il registro degli edifici e dei siti con presenza di amianto.

Definisce gli aventi diritto ai benefici previdenziali e le modalità di ottenimento.

Stabilisce dei diritti e dei doveri per i cittadini e i lavoratori esposti ed ex esposti e degli operatori sanitari.

Istituisce la conferenza regionale annuale sull'amianto e la Commissione regionale amianto

Stabilisce delle provvidenze economiche per gli ex esposti colpiti da malattie asbestocorrelate o per i loro famigliari.

Articolo 2 (istituzione del registro tumori regionale)

Viene istituito il registro dei tumori almeno in una provincia nelle regioni che ne sono prive. A tale fine la Giunta regionale predisporre gli atti necessari stabilendo una convenzione con il servizio di epidemiologia dell'Istituto Superiore di sanità, sentito l'associazione nazionale dei registri tumori. Il registro diviene operativo entro sei mesi dalla promulgazione della presente legge

Articolo 3 (istituzione del registro regionale dei mesoteliomi)

Presso la sede del registro tumori regionale è istituita un'unità operativa autonoma denominata registro dei mesoteliomi composta da un epidemiologo dirigente, un medico del lavoro, un segretario amministrativo. Entro sei mesi dalla istituzione il registro tumori e il registro dei mesoteliomi pubblicano i dati epidemiologici riferiti a tutte le patologie asbestocorrelate della regione.

Articolo 4 (istituzione del registro degli esposti)

Presso il servizio o l'unità operativa di prevenzione della salute nei luoghi di lavoro viene istituito il registro degli esposti all'amianto e alle fibre minerali artificiali. Il servizio si servirà di tutte le fonti che possono fornire tutte le informazioni necessarie: le aziende, l'INAIL, le camere di commercio, le associazioni, i sindacati, i singoli esposti od ex esposti interessati.

La regione definirà l'apposita modulistica per raccogliere e definire gli esposti e le informazioni su ciascuno di questi.

Articolo 5 (istituzione del registro pubblico degli edifici contenenti amianto e dei siti contaminati da amianto)

Presso ogni azienda sanitaria locale è istituito il registro pubblico degli edifici e dei siti con presenza o contaminati da amianto.

Il registro è tenuto e compilato dal servizio di prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro che sono autorizzati ad assumere per lo scopo un operatore laureato a tempo pieno.

Nel registro vengono annotati tutti gli edifici e i siti che a qualunque titolo contengono amianto con l'indicazione del luogo dove è presente, del tipo di amianto, del grado di conservazione, della quantità presunta, della pericolosità di dispersione delle fibre, del livello di priorità nella bonifica.

Chiunque può dare indicazioni al registro di edifici con presenza di amianto e chiederne, previa verifica, l'iscrizione.

Articolo 6 (aventi diritto ai benefici previdenziali)

Hanno diritto ad ottenere i benefici previdenziali di cui all'articolo 8 comma 13 della legge 257/92 e successive modifiche tutti i lavoratori, appartenenti a qualsiasi settore lavorativo, indipendentemente dall'ente previdenziale o assicurativo cui sono iscritti che a qualsiasi titolo sono stati esposti all'amianto;

Si considerano esposti all'amianto quei lavoratori che erano impiegati in lavorazioni nelle quali l'amianto, sotto qualsiasi forma, costituiva materia prima, nonché quei lavoratori le cui mansioni portavano a contatto con l'amianto presente, in qualsiasi forma, nell'ambiente lavorativo; nonché ancora quei lavoratori che erano esposti indirettamente per vicinanza svolgendo mansioni diverse purchè in grado di dimostrare l'esposizione.

La certificazione dell'esposizione spetta all'A-USL territoriale, servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro, adeguato nel personale e nella strumentazione, in dipendenza della presenza di amianto nel territorio di competenza. Tale norma si applica a tutti i lavoratori, appartenenti a

qualsiasi settore o categoria, anche in deroga a quanto previsto dall'articolo 1 comma 2 del decreto legislativo 626/94 e successive modifiche.
A parziale modifica di quanto stabilito dal comma 13 articolo 8 della legge 257/92 così come modificato dall'articolo 1 della legge 271 del 93 i benefici previdenziali vengono calcolati moltiplicando per il coefficiente 1,25 gli anni di esposizione fino a cinque e di 1,50 da cinque a 10 anni, di 1,50 tutti gli anni se si sono superati i dieci di esposizione.
Vengono considerate ai fini del computo dei periodi anche le assenze per malattia, infortunio sul lavoro, i periodi di cassa integrazione ordinaria.
Il pensionamento non costituisce ostacolo al riconoscimento dei benefici, comunque entro i limiti dei quarant'anni di contributi.
I riconoscimenti fino ad ora effettuati in conformità alla pregressa regolamentazione, vengono pienamente confermati.

Articolo 7 (istituzione della Conferenza regionale annuale sull'amianto)

Viene istituita la conferenza annuale sull'amianto per verificare lo stato di applicazione delle leggi, la condizioni epidemiologica della popolazione relativamente alle malattie asbesto correlate, lo stato di attuazione del censimento dei siti contaminati da amianto, lo stato di svolgimento delle bonifiche nei siti in cui è presente amianto, lo stato dei processi di smaltimento dei materiali contenenti amianto.

La conferenza regionale dedica un'apposita sezione all'ascolto dei lavoratori e/o pensionati, esposti o ex esposti, della popolazione ancora esposta anche al fine di valutare se la normativa stabilita ha trovato effettiva applicazione.

La conferenza è indetta dalla regione e preparata dalla Commissione amianto di cui all'articolo 11

Articolo 8 (sorveglianza sanitaria dei lavoratori e dei cittadini esposti od ex esposti)

Presso ciascun dipartimento di Prevenzione, ciascun servizio o unità operativa di prevenzione nei luoghi di lavoro sulla base di un protocollo - adottato a livello regionale - diagnostico e di sorveglianza sanitaria degli esposti e degli ex esposti all'amianto del suo territorio.

Si intendono per esposti quei lavoratori che sono addetti ad operazioni a qualsiasi di manipolazione dell'amianto a scopo di individuazione dei siti, bonifica, smaltimento. Possono essere altresì considerati esposti quei cittadini che si sono trovati o si trovano in situazioni abitative o ambientali in cui è presente amianto.

Si intendono per ex esposti tutti quei lavoratori che a qualsiasi titolo hanno manipolato amianto in modo diretto o indiretto.

La richiesta di essere sottoposti a sorveglianza sanitaria può essere proposta d'ufficio ai soggetti interessati di cui il servizio o l'UO ha conoscenza o in modo singolo o collettivo da quei lavoratori o cittadini che si ritengono essere o essere stati esposti all'amianto.

Il servizio o l'UO adotta per ciascun soggetto una cartella clinica o libretto sanitario di rischio di cui una copia viene rilasciato all'interessato sul quale viene riportata l'anamnesi lavorativa e sanitaria e sono annotati tutti gli esami, le analisi, le eventuali prescrizioni terapeutiche.

6. Il protocollo viene adattato alle diverse tipologie degli utenti, conformemente al tipo dei lavoratori che svolgono o hanno svolto, all'esposizione ambientale accusata.

Ai lavoratori ex esposti deve essere riservata anche la diagnostica più avanzata, considerata appropriata, relativamente al tipo e alla lunghezza dell'esposizione.

Deve essere fatta un'azione di informazione e di convincimento nei confronti degli esposti ed ex esposti per, se del caso, eliminare l'abitudine al fumo e al tempo stesso per spiegare quali devono essere le abitudini alimentari più appropriate.

Nessuna partecipazione alla spesa è richiesta agli interessati. La regione eserciterà azione di rivalsa per le spese effettuate nei confronti delle aziende o dei responsabili dell'esposizione.

La sorveglianza sanitaria si applica nello stesso modo ai lavoratori esposti ed ex esposti a fibre minerali artificiali.

L'inizio delle operazioni di sorveglianza sanitaria per gli esposti e gli ex esposti all'amianto è fissato per il primo febbraio 2002.

Articolo 9 (istituzione del patrocinio gratuito legale e medico legale)

Ogni mette a disposizione per i lavoratori e i cittadini esposti o ex esposti all'amianto che sono stati colpiti da malattie correlabili all'amianto o per le loro famiglie in caso di decesso, un ufficio legale e medico legale gratuito al fine di fornire informazioni sulle procedure da seguire per gli indennizzi e i risarcimenti, assistere coloro che ritengono muoversi sul piano legale per richieste di indennizzi e rendite, risarcimento del danno biologico, riconoscimento dei benefici previdenziali.

La Regione definisce un proprio contributo autonomo alle persone, o loro famiglie se deceduti, colpite da malattia grave da amianto, asbestosi o neoplasia, da cinquanta a cento milioni. Il contributo non viene concesso se la persona o la famiglia non avrà fatto alcuna richiesta di indennizzo o risarcimento all'INAIL o al responsabile dell'esposizione, salvo impossibilità motivata

Articolo 10 (informazione alla popolazione e agli operatori sanitari)

La regione attua a partire dal primo gennaio 2001 un piano di informazione sulle patologie asbestocorrelate nei confronti della popolazione in generale,

dei lavoratori degli enti e delle aziende che sono stati esposti all'amianto;

dei medici di medicina generale e dei medici ospedalieri ricordando loro che, in caso di diagnosi di malattie asbestocorrelate, sono tenuti all'obbligo di referto e denuncia di malattia professionale.

I contenuti dell'informazione sono improntati a fare conoscere ai lavoratori e ai cittadini esposti o ex esposti i diritti derivanti dalla legislazione sull'amianto e in particolare della presente legge.

Articolo 11 (istituzione della Commissione regionale amianto)

Viene istituita una commissione regionale permanente sull'amianto (Commissione amianto) allo scopo di monitorare l'applicazione delle leggi nazionali e regionali sull'amianto formata in parti uguali da un terzo di amministratori pubblici della regione, delle USL dell'ANPA, per un terzo dagli operatori della prevenzione, dell'epidemiologia, degli istituti universitari di medicina del lavoro, per un terzo dai rappresentanti dei cittadini e dei lavoratori esposti ed ex esposti rappresentati dalle proprie associazioni e dalle organizzazioni sindacali.

La Commissione ha anche per scopo quello della preparazione della conferenza annuale sull'amianto, si dota di un proprio statuto, elegge al suo interno un presidente fra i rappresentanti dei cittadini e lavoratori esposti ed ex esposti.

Articolo 11 (finanziamento)

All'onere derivante dall'applicazione della presente legge si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2001-2003, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno finanziario 2002, allo scopo utilizzando parzialmente l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica ed inoltre in rivalsa a quanto dovuto e non denunciato dalle aziende in ordine al versamento del premio assicurativo per asbestosi e silicosi ex DPR 1124 del 1966

b) NUOVE PROPOSTE DI LEGGE SUI BENEFICI PREVIDENZIALI DEGLI EX ESPOSTI ALL'AMIANTO

Sono state presentate al Senato della Repubblica alcune proposte di legge che riguardano l'amianto e in particolare il problema dei benefici previdenziali. La prima per iniziativa del senatore BATTAFARANO e altri (DS): *"Integrazioni alla normativa in materia di benefici previdenziali per i lavoratori esposti all'amianto, realizzazione di un programma di sorveglianza sanitaria e istituzione del Fondo nazionale per le vittime dell'amianto."*, la seconda per iniziativa del senatore MUZIO ed altri (Comunisti Italiani), *"Modifica all'articolo 13 della legge 27 marzo 1992, n. 257, in materia di pensionamento anticipato dei lavoratori esposti all'amianto"* la terza per iniziativa del senatore FORCIERI ed altri (DS): *"Modifica dell'articolo 13 della legge 27 marzo 1992, n. 257, in materia di pensionamento anticipato dei lavoratori esposti all'amianto"*, la quarta di iniziativa del senatore CARELLA ed altri (Verdi): *"Disciplina della sorveglianza sanitaria e tutela dei lavoratori esposti all'amianto"*, la quinta per iniziativa del senatore MUZIO ed altri (Comunisti italiani): *"Norme per le bonifiche delle strutture e dei territori contaminati dall'amianto", infine vi è quella per iniziativa del senatore SODANO ed altri (Rifondazione Comunista):*

Occorre notare che i proponenti fanno parte della minoranza, quindi le possibilità che le proposte possano essere accettate non sono molte. Ad ogni buon conto è giusto da parte nostra entrare nel merito e dare la nostra valutazione.

Iniziamo dalla prima proposta del senatore Angelo Muzio perché è molto semplice. La proposta di legge fa saltare il meccanismo dei dieci anni e rende possibile il riconoscimento dei benefici per il tempo dell'esposizione, qualunque esso sia stato. In altri termini non vi sarebbe differenza fra i lavoratori ex esposti che hanno in corso una malattia da amianto e gli altri lavoratori ex esposti che non ne sono stati colpiti

Il senatore Muzio, è di Casale Monferrato, una volta era pure iscritto all'AEA, ed era proprio dall'AEA che aveva ricevuto l'input, quando era deputato di Rifondazione, di presentare una legge simile, cosa che in effetti ha fatto ed ha, come abbiamo visto, riproposto nelle successive legislature, questa volta al senato, essendo stato eletto senatore dei comunisti italiani, iscritto comunque al gruppo verde.

La proposta rimane certamente valida per la fondamentale ragione che il rischio di contrarre una malattia da amianto esiste anche per periodi brevi e brevissimi di esposizione. Si potrebbe però obiettare che la Corte Costituzionale, con la sentenza del gennaio 2000, ha portato fra le ragioni a dimostrazione della costituzionalità delle legge 257/92, contro i ricorrenti che affermavano la presunta mancanza di chiarezza della legge, proprio il fatto dei dieci anni di decorrenza dell'esposizione per poter accedere ai benefici. Abbiamo però visto come la "ratio" dell'articolo 13 della 257 così come successivamente modificato dalla legge 271 dell'anno successivo stava nel fatto della salvaguardia della salute dei lavoratori ex esposti: Ora è certo ed è pure di senso comune che lavorando meno ore, oppure interrompendo il lavoro, si vive meglio e si è nelle condizioni di avere più possibilità di non contrarre una malattia. E' chiaro infatti che la tranquillità, il non essere sottoposti a stress da lavoro, favorisce la condizione di salute. Va pure considerato nello specifico che gli esposti all'amianto erano nella stragrande maggioranza dei casi operai sottoposti ad altri tipi di nocività, comunque all'interno di un'organizzazione del lavoro, il più delle volte stressante. Questi lavoratori quindi anche se hanno cessato di lavorare con l'amianto, certamente si troverebbero in condizioni ancora difficili. Lasciare prima il lavoro è per loro e per la loro salute sicuramente un vantaggio.

La seconda proposta del senatore Muzio è più articolata e riguarda il problema delle bonifiche. La sostanza di questo testo deriva dall'AEA di alcuni anni fa, quindi è ovviamente condivisibile. Si cerca di partire dal censimento dei siti, stabilendo di fare una mappa della presenza dell'amianto in ogni comune, individuando un comitato di partecipazione quale organismo di controllo degli enti che effettuano il censimento. I sindacati poi devono informare la popolazione sui rischi da amianto presenti nel loro comune, ma il centro fondamentale di tutta l'operazione risulta essere l'A-USL nel senso che davanti alla mappa della presenza di amianto individua, dialogando con il comitato di partecipazione, le priorità della bonifica che deve essere fatta a rischio zero.

Passiamo dunque ad esaminare la proposta di Battafarano che, per la verità, è diversa e migliorata rispetto alla versione precedente presentata dallo stesso, quando il suo partito stava al governo. Non è per noi però soddisfacente perché non risolve un nodo fondamentale, quello dell'INAIL, che riteniamo non dovere essere più l'ente che stabilisce i riconoscimenti delle esposizioni. Dopo di questo si potrà ragionare.

Nel merito la proposta Battafarano equipara tutti i lavoratori dal punto di vista previdenziale al di là dell'ente previdenziale cui fanno riferimento. Per la verità anche se la legge parlava di lavoratori afferenti all'INAIL non intendeva esclusivamente rifarsi ad esso, tanto che non siamo a conoscenza di giudici che abbiano dato torto a quei lavoratori che non erano sotto l'INAIL e l'INPS, solo per questa ragione. Infatti si tratterebbe di una chiara discriminazione costituzionale, contro l'uguaglianza di tutti i cittadini. Come si può dire di sì ad un lavoratore esposto di una centrale termica e no ad un marittimo esposto all'amianto in una sala macchine di una nave?

La precisazione dell'articolo 1 del testo di Battafarano, anche se teoricamente inutile, è comunque praticamente inopportuna.

Del tutto inaccettabile, sempre all'articolo 1, è invece la norma che stabilisce un termine di presentazione della domanda fissata in 180 giorni dalla data di promulgazione della legge. Sembra qualcosa che porti a volere chiudere al più presto la partita. Ancora oggi riceviamo richieste di informazione da parte di lavoratori che vagamente e con imprecisione hanno saputo della possibilità di andare in pensione prima se hanno lavorato o comunque se sono stati esposti all'amianto. Tale norma è dunque del tutto discriminatoria, quindi va, da parte nostra, respinta.

Sempre nello stesso articolo sta il nodo più grosso ed ancora più inaccettabile, quello di affidare all'INAIL l'accertamento e la certificazione delle condizioni che danno diritto alla prestazione previdenziale. Abbiamo visto come ha operato ed opera l'INAIL, cioè nel modo più subdolo e sofisticato per riconoscere il più basso numero di lavoratori possibile. La critica maggiore che noi portiamo all'INAIL è che si tratta di un ente assicurativo che - per natura sua - deve minimizzare il danno. E poiché si tratta di lavoratori, di persone, non di automobili o altre merci, si deve agire in tutt'altra direzione. Il compito del riconoscimento degli infortuni e delle malattie professionali era stato stabilito dalla legge 833 del 1978 come compito delle Unità Sanitarie Locali. Si sarebbe dovuto operare un passaggio, con una norma attuativa, entro l'anno successivo la promulgazione della 833 dall'INAIL alle USL. Questo non è mai avvenuto, non solo, ma è stata pure fatta una deroga, in una legge finanziaria successiva (n. 67 del 1988) che confermava i compiti dell'INAIL. Se però è necessaria una nuova legge per abrogare la deroga e passare al regime vero (quello delle USL), si sarebbe già potuto, con un atto amministrativo ministeriale ad hoc affidare il riconoscimento dell'esposizione all'amianto, alle USL. La nostra richiesta fatta nell'incontro con il sottosegretario Guerrini del precedente governo, è stata presa in considerazione, ma non accolta.

Facciamo pure presente che nella legislatura precedente il senatore Giovanni Russo Spina (Rifondazione Comunista) e in questa legislatura il senatore Tommaso Sodano ha presentato una proposta di legge per il passaggio delle funzioni di riconoscimento delle malattie professionali e degli infortuni, sottolineando il problema degli ex esposti all'amianto, dall'INAIL alle USL.

In conclusione la norma proposta da Battafarano su questo argomento va respinta.

Anche l'articolo 2 è poco convincente e va eliminato. Stabilire tutte le attività lavorative che hanno comportato l'impiego di amianto è pressoché impossibile a causa dei tremila usi che l'amianto ha avuto. Non serve fare un elenco perché è possibile che vi siano lavoratori che sono stati esposti all'amianto per lavori non contemplati in esso.

L'articolo dovrebbe dire che tutti i lavoratori che sono stati impiegati in quelle lavorazioni, di cui all'elenco, sono stati esposti all'amianto e che per altre attività è necessario dimostrare l'esposizione.

L'articolo 3 riguarda la sorveglianza sanitaria degli ex esposti. L'argomento è senz'altro corretto, ma non ci sembra che sia trattato correttamente. Al solito il problema è rinviato ad un decreto del ministero della sanità. Al contrario occorre dire all'interno della legge cosa è e come si deve svolgere la sorveglianza sanitaria. Possiamo in proposito attingere alla nostra proposta di legge che è già stata approvata in Friuli-Venezia Giulia ed è in via di

presentazione in altre regioni. Non si capisce poi che c'entra l'INAIL con le USL: occorre entrare finalmente nell'ottica che i compiti sanitari sono svolti dalle USL e che l'INAIL è un ente che al compito di erogare le rendite ai lavoratori o ai superstiti che hanno contratto durante il loro lavoro infortuni e malattie professionali.

L'articolo successivo è più corretto in quanto viene fatto svolgere all'INAIL il suo ruolo. Ci sembra però che l'indennizzo vada esteso anche a persone (o superstiti) di ex esposti che per varie ragioni non hanno ottenuto la rendita e che tuttavia sono in grado di dimostrare e ricostruire l'esposizione.

E' significativo notare come un altro gruppo di senatori del centro sinistra, primo firmatario FORCIERI, ultimo firmatario PIZZINATO,

hanno presentato una proposta di legge che si muove in senso inverso di quello di Battafarano. Il loro breve testo dice una cosa sola estendere il riconoscimento dei benefici previdenziali a tutti quei lavoratori che sono stati esposti all'amianto oltre quattro anni, sempre utilizzando il coefficiente di 1,5.

Infine degna di nota è la proposta di legge del senatore CARELLA che riguarda la sorveglianza sanitaria degli ex esposti e degli esposti. Questa è affidata ai servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro. La proposta ci sembra però abbastanza generica; abbiamo ormai maturato un'esperienza che ci permette di andare oltre.

c) La legge regionale del Friuli

Il Consiglio regionale della regione autonoma Friuli Venezia Giulia ha approvato in data 26 luglio una legge regionale che riguarda i problemi legati all'esposizione all'amianto. La legge: "disposizioni in materia di sorveglianza, prevenzione e informazione delle situazioni da rischio amianto e interventi regionali ad esso correlati" è stata approvata all'unanimità; il testo cui è stato fatto più riferimento era stato proposto al consiglio regionale dall'Associazione Esposti Amianto (AEA) della stessa regione., tramite il consigliere regionale del PRC Roberto Antonaz. Esistevano comunque altre due proposte ad opera del gruppo della Lega Nord e dei Comunisti italiani.

La regione Friuli Venezia Giulia è la seconda regione italiana che ha il tasso più elevato di tumori maligni della pleura (la prima è la Liguria), in particolare l'incidenza di questa malattia e delle altre malattie asbestocorrelate nei territori di Gorizia e di Trieste sono fra le più elevate in Italia a causa della attività di cantieristica navale (Monfalcone), portuale e marittima (Trieste).

Lo scopo principale della legge è quella prevalentemente di sanare i danni e di rendere possibile un'attività di prevenzione primaria. In pratica la regione prende coscienza che il problema amianto è un problema di sanità pubblica che deve essere affrontato da vari punti di vista. Prima di tutto occorre evitare che la popolazione e i lavoratori non vengano più contaminati dall'amianto eliminandone l'esposizione. Occorre per primo, come già prevedeva la legge 257 del 92 censire tutti i siti in cui l'amianto si trova: dalle attività industriali dismesse alle numerosissime coperture in cemento amianto, nonché agli altri manufatti edili diffusissimi nel nostro paese. Basti ricordare che l'amianto aveva non meno di 3000 impieghi e che oggi in tutto il territorio nazionale esistono circa 23 milioni di tonnellate di amianto. Pertanto vi è la necessità, da subito, di mettere in sicurezza tutte le situazioni che possono esporre la popolazione alla terribile fibra killer al fine di procedere progressivamente e secondo priorità stabilite alla bonifica integrale ogni volta che questa sia possibile ed utile. La massima attenzione deve essere posta per i lavoratori che effettuano la messa in sicurezza e le bonifiche, nonché per l'eventuale popolazione circostante, cui, secondo le norme stabilite (decreto legislativo 626/94) deve essere garantito il rischio zero.

Correlata all'attività di prevenzione primaria vi è quella di informazione della popolazione e quella conoscitiva degli effetti dell'esposizione passata, cioè l'epidemiologia delle malattie che sono attribuibili all'amianto. La legge regionale prevede un'informazione generale nei confronti della popolazione nonché una specifica per i medici di medicina generale e per gli operatori sanitari ospedalieri ed istituisce il registro degli esposti e quello dei mesoteliomi.

L'AEA si è pure battuta perché la legge contenesse delle norme che prevedessero la sorveglianza sanitaria degli ex esposti. Coloro che negli anni sono stati esposti all'amianto e che non sono mai stati informati dei pericoli che correvano, nonostante le leggi che questo prescrivevano in modo chiaro fin dal 1956 (D.P.R. 303 articolo 4), hanno diritto ad essere permanentemente tenuti sotto controllo, anche se, allo stato attuale delle conoscenze, non esistono per le patologie da asbesto (sinonimo dell'amianto) indagini che possano rilevare l'inizio della malattia per intervenire immediatamente (diagnosi precoce o prevenzione secondaria). Vi sono peraltro possibilità di ricerca che la legge propone alle aziende USL imputando un apposito finanziamento. Un'altra richiesta che la legge ha assunto, anche se in maniera diversa dalla proposta che era stata fatta dall'AEA, è quella di occuparsi di risarcire coloro che sono stati colpiti da malattie da amianto, oppure se deceduti, i loro famigliari. Di notevole vi è il fatto che possono essere pagate le spese legali di chi intende fare richiesta di malattia professionale o riconoscimento del danno biologico. A Monfalcone ad esempio esiste un folto gruppo di vedove, mogli di lavoratori della FINCANTIERI deceduti a causa del loro lavoro che li aveva esposti a quantità impossibili di amianto, che hanno iniziato un procedimento giudiziario per omicidio colposo nei confronti dei dirigenti di quell'impresa.

Questi processi, quando partono, sono lunghi e costosi, pertanto scoraggiano gli aventi diritto che, nella gran parte dei casi, evitano di presentare ricorsi.

Il finanziamento stabilito dalla legge è peraltro importante, anche se forse non sufficiente, sia per la ricerca clinica sulle patologie asbestocorrelate, sia per i risarcimenti a chi è stato colpito o alle loro famiglie, sia per avere stabilito una quota anche per l'AEA che avrà, in questo modo la possibilità di allargare la propria iniziativa.

Scheda. 1

Legge regionale sull'amianto del FVG

Disposizioni in materia di sorveglianza, prevenzione ed informazione delle situazioni da rischio amianto e interventi regionali ad essi correlati.

1. Le finalità della legge sono quelle di sorvegliare tutte le situazioni legate alla presenza di amianto e alle patologie da esso derivanti, di coordinare l'attività dei soggetti che intervengono in merito, di promuovere la ricerca, di istituire una commissione regionale sull'amianto, di organizzare una conferenza regionale annuale sull'amianto-
2. Le competenze della regione riguardano il monitoraggio dell'incidenza delle patologie da amianto, l'individuazione della prevalenza delle asbestosi e delle patologie pleuriche e polmonari, il coordinamento dell'attività di tutti gli operatori coinvolti.
3. Vengono definiti gli esposti all'amianto in maniera diretta e indiretta facendo riferimento alla letteratura scientifica sull'argomento
4. Viene stabilito di istituire una commissione regionale che ha il compito di coordinare e soprasiedere a tutta l'attività connessa all'amianto, in particolare di predisporre i registri degli esposti, dei mesoteliomi e delle altre patologie asbestocorrelate, di verificare le proposte di ricerca clinica, di sorveglianza sanitaria, gli interventi di recupero e la formazione degli operatori.
5. La commissione è formata da non più di dieci membri di cui 4 esperti nel campo delle patologie da amianto e della bonifica, 3 esperti dei territori maggiormente colpiti, 3 rappresentanti dell'AEA, delle organizzazioni sindacali e dell'associazione dei mutilati ed invalidi.
6. Viene stabilita una conferenza regionale annuale che analizza, espone e critica tutto il lavoro svolto in tema di amianto.
7. Viene deciso un sostegno alle persone colpite da patologia da amianto per le spese sanitarie e per l'assistenza legale. I ticket per gli ex esposti sono a carico delle A-USL.
8. Vengono finanziati progetti predisposti delle A-USL in tema di ricerca clinica sulle patologie asbestocorrelate. Viene pure finanziata l'AEA dietro presentazione di progetti di ricerca e assistenza ai soci.
9. I dipartimenti di prevenzione delle A-USL stabiliscono progetti di prevenzione primaria e di diagnosi precoce, nonché di sorveglianza sanitaria per gli esposti e gli ex esposti.
10. Viene stabilita un'iniziativa di informazione alla popolazione e ai lavoratori sui problemi relativi al

rischio amianto, nonché vengono definiti corsi di formazione per gli operatori addetti.

11. Viene stabilito per quello che può essere al di fuori del normale finanziamento della sanità pubblica un finanziamento regionale che per il 2001 raggiungerà i 400 milioni.

Scheda 2

Che cosa è l'Associazione Esposti Amianto (AEA)

L'AEA è un'associazione, fondata nel 1989, per iniziativa di Medicina Democratica a partire dai lavoratori dell'Officina Grandi Riparazione (OGR) di Santa Maria La Bruna (NA) delle FS e dai famigliari delle vittime da amianto di Casale Monferrato. Successivamente si sono aggiunte molti altri lavoratori e popolazioni coinvolti nel problema..

Il nome è stato scelto con l'intento preciso di determinare il punto di vista di coloro che hanno subito l'esposizione e che nella stragrande maggioranza dei casi non sono stati informati sui suoi effetti. L'AEA si occupa del problema generale dell'amianto e delle patologie ad esso correlate; in particolare della : la ricerca epidemiologica, della sorveglianza sanitaria, del risarcimento dei danni, del riconoscimento dei benefici previdenziali, delle bonifiche, della messa a dimora dei rifiuti, della ricerca tecnica ed impiantistica, dei sostituti dell'amianto, dell'applicazione della legge sull'amianto (n.257/92), di fare altre eventuali proposte di legge sia nazionali che regionali.

L'AEA riafferma il fondamentale principio che per l'amianto come per qualsiasi altra sostanza o agente cancerogeno non esiste altro valore limite che il valore limite zero.

L'AEA allo stato attuale è organizzata in Friuli Venezia Giulia (Trieste, Monfalcone, Nogarò), in Veneto (Venezia-Mestre), In Lombardia (Milano), In Emilia-Romagna (Bologna e Ravenna), in Piemonte (Casale Monferrato), in Liguria (Genova e Savona), in Toscana (Firenze), in Lazio (Roma, Ferentino – FR ,Pagliano – FR-), in Puglia (Bari, Foggia, Brindisi e Taranto), in Basilicata (Ferrandina –MT-).

L'AEA fa parte del network internazionale BAN ASBESTOS che raccoglie associazioni di tutto il mondo che operano per la messa al bando totale dell'amianto.

La sede dell'AEA è a Milano, in via dei Carracci, 2 (CAP. 20149), telefono 024984678 fax 0248014680, E-MAIL ed ha un sito internet.

L'AEA edita un bollettino a scadenza trimestrale.

Ci si può iscrivere prendendo contatto diretto con l'associazione nella sede nazionale.

Atti Consiliari
Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia

CONSIGLIO REGIONALE

LEGGE REGIONALE (sub nn. 117, 167 e 175)

approvata dal Consiglio regionale
nella seduta pomeridiana del 26 luglio 2001

<<Disposizioni in materia di sorveglianza, prevenzione e informazione delle situazioni da rischio amianto e interventi regionali ad esso correlati>>

Art. 1

(Finalità)

1. La Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia promuove la sorveglianza delle situazioni caratterizzate da presenza e da rischio amianto, coordina l'operato dei soggetti esercitanti le funzioni di vigilanza e di controllo e attua azioni di prevenzione delle malattie conseguenti all'esposizione all'amianto nei confronti delle persone che siano state o risultino tuttora esposte e dei loro familiari.
2. Promuove la ricerca clinica e di base del settore attraverso idonei strumenti disciplinati dalla presente legge e sostiene le persone affette da malattie professionali causate dall'amianto e le loro famiglie.
3. Istituisce la Commissione regionale sull'amianto e la Conferenza regionale sull'amianto quali strumenti attuativi della presente legge.

Art. 2

(Competenze)

1. Per il conseguimento delle finalità di cui all'articolo 1, la Regione provvede:
 - a) al monitoraggio dell'incidenza delle neoplasie polmonari e pleuriche o correlabili all'amianto, individuate per aree di territorio regionale;
 - b) all'individuazione della prevalenza dell'asbestosi e delle neoplasie polmonari e pleuriche attribuibili all'esposizione all'amianto;
 - c) al coordinamento con le attività previste dalla legge regionale 3 settembre 1996, n. 39.

Art. 3

(Registri regionali)

1. La Regione predispone un Registro regionale degli esposti e un Registro regionale dei mesoteliomi e delle altre neoplasie correlabili all'esposizione all'amianto.
2. La Commissione regionale di cui all'articolo 4 provvede alla tenuta dei registri.
3. I registri sono aggiornati con cadenza almeno annuale.
4. Il Registro regionale dei mesoteliomi e delle altre neoplasie correlabili all'esposizione all'amianto si collega con i centri di raccolta dati nazionali, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277.
5. Si intendono per esposti tutte le persone che a diverso titolo, in maniera diretta o indiretta, siano state o risultino tuttora esposte all'amianto, con particolare riguardo a un'accurata anamnesi lavorativa della persona come principalmente ricavabile dal libretto di lavoro e in applicazione dei criteri forniti dalla letteratura scientifica con i migliori livelli di evidenza.

Art. 4

(Commissione regionale sull'amianto)

1. E' istituita presso la Direzione regionale della sanità e delle politiche sociali la Commissione regionale sull'amianto.
2. La Commissione predispone e aggiorna i registri di cui all'articolo 3, iscrivendo i soggetti che ne abbiano fatto istanza o per cui sia pervenuta segnalazione dalle strutture sanitarie, previa documentata valutazione del singolo caso in esame.
3. La Commissione, sulla base dei dati dei registri di cui all'articolo 3, svolge le seguenti funzioni:
 - a) attivazione della ricerca clinica e di base connessa alle situazioni di rischio amianto e approvazione dei progetti di ricerca di cui all'articolo 8;
 - b) coordinamento delle iniziative di sorveglianza sanitaria degli esposti all'asbesto;
 - c) proposta di interventi di recupero ambientale;
 - d) proposta di iniziative formative nei settori sanitario e ambientale, anche in relazione al disposto di cui all'articolo 10 del DPR 8 agosto 1994.

Art. 5

(Nomina e composizione della Commissione)

1. La Commissione è composta da non più di 10 membri ed è costituita, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Giunta regionale, previa deliberazione della Giunta stessa, su proposta dell'Assessore regionale alla sanità e alle politiche sociali.
2. La Commissione è composta da:
 - a) un nucleo di quattro esperti con comprovata esperienza nell'ambito delle patologie correlate all'esposizione all'amianto, designato dal Direttore regionale della sanità e delle politiche sociali, sentiti il Direttore generale dell'Agenzia regionale della sanità e il Direttore generale dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente e composto da un medico legale, un rappresentante delle Unità operative di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro delle Aziende per i servizi sanitari regionali e due tecnici specialisti individuati fra medici del lavoro, anatomici patologi, **clinici**, igienisti industriali ed epidemiologi operanti presso le Aziende per i servizi sanitari regionali e/o le strutture universitarie di medicina del lavoro;
 - b) tre esperti con comprovata esperienza in materia designati dai Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei distretti di cui alla legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49, che presentino, nell'ultimo quinquennio, sulla base dei dati dei registri di cui all'articolo 3, la più elevata incidenza di neoplasie correlate all'amianto;
 - c) tre rappresentanti di cittadini e lavoratori designati dall'Associazione esposti amianto, dall'Associazione nazionale mutilati e invalidi del lavoro e dalle organizzazioni sindacali.

3. La Commissione dura in carica 5 anni e i suoi componenti possono essere riconfermati. Le funzioni di Presidente sono esercitate da un componente della Commissione eletto dalla stessa a maggioranza assoluta.
4. Ai componenti esterni della Commissione spettano i compensi e rimborsi previsti dalla normativa regionale vigente.
5. Per lo svolgimento delle proprie attribuzioni la Commissione si avvale di personale in servizio presso la Direzione regionale della sanità e delle politiche sociali.

Art. 6

(Conferenza regionale sull'amianto)

1. La Commissione regionale sull'amianto indice e predispone, con cadenza annuale, una Conferenza regionale sull'amianto, con il compito di verificare lo stato di applicazione della legislazione vigente, l'andamento epidemiologico delle malattie asbestocorrelate, lo stato di attuazione del censimento dei siti contaminati da amianto, lo stato di svolgimento delle bonifiche nei siti in cui è presente amianto, lo stato dei processi di smaltimento dei materiali contenenti amianto.
2. La Commissione regionale sull'amianto presenta alla Commissione consiliare competente una relazione in ordine agli esiti dei lavori della Conferenza di cui al comma 1 e trasmette i dati acquisiti nel corso dei lavori della Conferenza stessa alle sedi provinciali dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), alla sede compartimentale dell'Istituto di previdenza per il settore marittimo (IPSEMA) e ad altri eventuali enti o istituzioni con finalità analoghe.

Art. 7

(Sostegno alle persone affette da malattie correlabili all'amianto)

1. L'Amministrazione regionale è autorizzata a intervenire con appositi contributi a sostegno delle spese per prestazioni sanitarie e socio-assistenziali e per la tutela legale, che le persone affette da malattie correlabili all'amianto, residenti nel territorio regionale, sostengono nel periodo intercorrente fra la presentazione della domanda per il riconoscimento della malattia professionale e la conclusione del relativo procedimento.
2. I contributi sono concessi a condizione che le persone interessate siano iscritte nel Registro regionale dei mesoteliomi e delle altre neoplasie correlabili all'esposizione all'amianto o nel Registro regionale degli esposti, ovvero a condizione che la segnalazione o la domanda per l'iscrizione nei predetti registri siano state effettuate antecedentemente alla presentazione della domanda per il riconoscimento della malattia professionale.
3. Le domande per la concessione dei contributi sono presentate all'Azienda per i servizi sanitari, presso la sede del distretto competente territorialmente in base alla residenza della persona interessata, corredate della documentazione di spesa e di copia della domanda per il riconoscimento della malattia professionale. L'Azienda provvede alla corresponsione dei contributi entro 30 giorni dal ricevimento della domanda, previo accertamento della sussistenza delle condizioni di cui al comma 2.
4. In caso di morte della persona interessata, avvenuta prima della conclusione del procedimento di cui al comma 1, i contributi sono concessi al coniuge o, in mancanza, ai figli o altri familiari, fiscalmente a carico del deceduto nell'ultimo periodo d'imposta.
5. L'Amministrazione regionale rimborsa annualmente all'Azienda per i servizi sanitari le spese corrisposte per le finalità di cui al comma 1.
6. Con deliberazione della Giunta regionale sono individuate le modalità per garantire l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa per gli accertamenti sanitari correlabili alla pregressa esposizione all'amianto.

Art. 8

(Contributi alle Aziende sanitarie e all'Associazione esposti amianto)

1. L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere contributi alle Aziende sanitarie regionali per la realizzazione di progetti di ricerca sulla prevenzione primaria, secondaria e sul trattamento delle malattie correlabili all'amianto.
2. La domanda per la concessione del contributo è presentata alla Direzione regionale della sanità e delle politiche sociali – Servizio della finanza sanitaria, nel termine fissato dall'articolo 33, comma 1, della legge regionale 20 marzo 2000, n. 7, corredata del progetto di ricerca e del preventivo di spesa. Per l'anno 2001 la domanda è presentata entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.
3. L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere contributi annui all'Associazione esposti amianto – Regione Friuli-Venezia Giulia, a sostegno delle spese per le funzioni istituzionali dalla stessa svolte.
4. La domanda per la concessione del contributo è presentata alla Direzione regionale della sanità e delle politiche sociali – Servizio per le attività socio - assistenziali e per quelle sociali ad alta integrazione sanitaria, nel termine fissato dall'articolo 33, comma 1, della legge regionale 7/2000, corredata del programma annuale di attività istituzionale e del relativo quadro finanziario. Per l'anno 2001 la domanda è presentata entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 9

(Programmi di prevenzione)

1. Le strutture territoriali di medicina del lavoro delle Aziende per i servizi sanitari regionali, in collaborazione con gli Istituti universitari di medicina del lavoro, predispongono, anche in base agli esiti delle analisi effettuate dalla Commissione di cui all'articolo 4, programmi di prevenzione primaria destinati agli ambienti di lavoro.
2. I Dipartimenti di prevenzione delle Aziende per i servizi sanitari regionali predispongono, anche attraverso le strutture di cui al comma 1, in base agli esiti delle analisi effettuate dalla Commissione di cui all'articolo 4, programmi di sorveglianza periodica e prevenzione secondaria destinati a soggetti iscritti nel Registro regionale degli esposti.
3. I programmi di cui al comma 1 sono attuati in collaborazione con i medici di medicina generale a livello distrettuale, ove deve essere disponibile l'elenco dei cittadini residenti nel distretto iscritti nei registri di cui all'articolo 3.

Art. 10

(Informazione alla popolazione e agli operatori sanitari)

1. L'Agenzia regionale della sanità, di concerto con la Direzione regionale della sanità e delle politiche sociali e in relazione alle analisi e alle proposte della Commissione di cui all'articolo 4, nonché agli iscritti nei registri di cui all'articolo 3, predispone un piano di informazione sulle patologie asbestocorrelate nei confronti:
 - a) della popolazione in generale;
 - b) dei lavoratori degli enti e delle aziende che sono stati esposti all'amianto;
 - c) dei medici di medicina generale e dei medici ospedalieri.

Art. 11
(Norme finanziarie)

1. Gli oneri derivanti dal disposto di cui all'articolo 5, comma 4, fanno carico all'unità previsionale di base 52.3.1.1.663 dello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2001-2003 e del bilancio per l'anno 2001, con riferimento al capitolo 150 del Documento tecnico allegato ai bilanci medesimi.

2. Per le finalità previste dall'articolo 7, comma 1, è autorizzata la spesa di lire 200 milioni per l'anno 2001 a carico dell'unità previsionale di base 13.1.41.1.1984 di nuova istituzione nello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2001-2003 e del bilancio per l'anno 2001, alla funzione obiettivo n. 13 – programma 13.1 – Rubrica n. 41 – Servizio per la salute pubblica e del lavoro – spese correnti - con la denominazione <<Interventi di parte corrente a tutela della salute>>, con riferimento al capitolo 4759 (1.1.161.2.08.08) di nuova istituzione nel Documento tecnico allegato ai bilanci medesimi alla Rubrica n. 41 - Servizio per la salute pubblica e del lavoro - con la denominazione <<Contributi ai soggetti affetti da malattie correlabili all'amianto, per sostenere o anticipare i costi sanitari, assistenziali e legali affrontati nel periodo intercorrente fra la presentazione della domanda per il riconoscimento della malattia professionale e la conclusione del relativo procedimento>> e con lo stanziamento di lire 200 milioni per l'anno 2001.

3. Per le finalità previste dall'articolo 8, comma 1, è autorizzata la spesa di lire 150 milioni per l'anno 2001 a carico dell'unità previsionale di base 13.1.41.1.1984 dello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2001-2003 e del bilancio per l'anno 2001, con riferimento al capitolo 4760 (1.1.157.2.08.08) di nuova istituzione nel Documento tecnico allegato ai bilanci medesimi alla Rubrica n. 41 – Servizio per la salute pubblica e del lavoro – con la denominazione <<Contributi a favore delle Aziende sanitarie ospedaliere e territoriali regionali per la realizzazione di progetti di ricerca sulla prevenzione secondaria delle malattie correlate all'amianto>> e con lo stanziamento di lire 150 milioni per l'anno 2001.

4. Per le finalità previste dall'articolo 8, comma 3, è autorizzata la spesa di lire 50 milioni per l'anno 2001 a carico dell'unità previsionale di base 13.1.41.1.1984 dello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2001-2003 e del bilancio per l'anno 2001, con riferimento al capitolo 4761 (1.1.162.2.08.08) di nuova istituzione nel Documento tecnico allegato ai bilanci medesimi alla Rubrica n. 41 – Servizio per la salute pubblica e del lavoro – con la denominazione <<Contributi a favore dell'Associazione A.E.A. regionale (Associazione Esposti all'Amianto) per le sue funzioni sociali e assistenziali>> e con lo stanziamento di lire 50 milioni per l'anno 2001.

5. All'onere complessivo di lire 400 milioni per l'anno 2001, derivante dalle autorizzazioni di spesa previste dai commi 2, 3 e 4 si fa fronte mediante prelevamento di pari importo dall'unità previsionale di base 55.2.8.2.9 dello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2001-2003 e del bilancio per l'anno 2001, con riferimento al fondo globale di parte capitale iscritto al capitolo 9710 del documento tecnico allegato ai bilanci medesimi (partita n. 99 del prospetto D/2 allegato al Documento tecnico stesso).

Art. 12

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Pubblichiamo qui di seguito un articolo tecnico che ci ha inviato il dott. Franco Carnevale (che ringraziamo) a proposito della sorveglianza sanitaria degli ex esposti all'amianto e ad altre sostanze cancerogene. La discussione fra gli esperti è molto accesa. Vi è chi ritiene che una sorveglianza sanitaria, intesa come pratiche cliniche di visite ed esami, sia inutile e controproducente e vi è chi invece pensa che sia opportuno sottoporre gli ex esposti a pochi tipi di controllo. I lavoratori e i pensionati ex esposti vedendo purtroppo come molti loro compagni di lavoro siano stati colpiti da gravi e a volte terribili malattie si aspetterebbero di più. A questo punto è bene che vi sia un confronto tra esperti e lavoratori che l'AEA può organizzare.

Possiamo però intanto dire alcune cose considerando che in alcune regione ci sono leggi e norme che prescrivono la sorveglianza sanitaria degli ex esposti (Friuli Venezia Giulia, Toscana, Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna) e che qualche A-USL la sta praticando (A-USL di Frosinone).

Anzitutto i lavoratori ex esposti dovrebbero fare riferimento ai servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro i quali devono essere, in questo caso, a contatto con i medici di medicina generale, e quindi dotare di libretto sanitario e di rischio (o cartella clinica personale) ogni lavoratore ex esposto. In tale libretto deve essere scritta tutta la storia dei rischi cui il lavoratore o il pensionato è stato sottoposto, oltre naturalmente le notizie cliniche che lo riguardano. Al lavoratore devono essere dati alcuni consigli fondamentali che riguardano l'alimentazione, nel
Fulvio Aurora

senso che questa deve comportare una dieta ricca di fibre, verdura e frutta e scarsa di carni e formaggi, nonché naturalmente la raccomandazione dell'eliminazione assoluta del fumo di tabacco. Si consideri che la ragione per cui è stato definito dalla legge la possibilità di ridurre il tempo di lavoro per coloro che sono stati esposti ad oltre dieci anni all'amianto attiene alla necessità di vivere in una condizione di maggiore salubrità ambientale, essere meno stressati, avere maggiore cura di se stessi e della propria salute.

Si pone il problema successivo di quali controlli medici fare. E' difficile a questo punto dare una risposta certa e uguale per tutti perché questa dipende da tanti fattori, soprattutto i livelli di esposizione, la sua durata, le condizioni generali della persona. Si sa certamente che purtroppo non esistono forme di diagnosi precoce per i mesoteliomi e che quelle per i tumori ai polmoni sono in via di sperimentazione ed oggi tutt'altro che certe (nella fattispecie la TAC spirale). Sarebbe opportuno che ogni regione in relazione alle A-USL di quei territori in cui si è fatto grande impiego di amianto si studiasse appositi protocolli sanitari da applicare agli ex esposti in riferimento alla loro storia e alle loro condizioni.

Da parte nostra, come AEA, stiamo lavorando dopo avere parlato con gli esperti dell'Istituto superiore di Sanità, nonché con il dott. Franco Carnevale ed altri di organizzare un convegno, probabilmente a Firenze, al fine di entrare nel merito, soprattutto, come abbiamo detto all'inizio di mettere in collegamento gli esperti e i tecnici con i lavoratori ex esposti.

La sorveglianza sanitaria degli ex-esposti a cancerogeni occupazionali: qualche riflessione operativa

Innocenti A.¹, Carnevale F.², Ciani Passeri A.³, Loi A.M.⁴, Seniori Costantini A.⁵

¹ UF PISLL USL 3 Pistoia; ² UF PISLL USL 10 Firenze; ³ Sistema Regionale di Prevenzione Collettiva - Regione Toscana; ⁴ UF PISLL USL 6 Livorno; ⁵ UO Epidemiologia, Istituto di Ricerca Regionale per la Prevenzione Oncologica (CSPO), Firenze

Il D.Lgs. 277/91 all'art. 4 e all'art. 29 ed in particolare l'art. 17 e l'art. 69 del D.Lgs. 626/94 prevedono la opportunità che venga effettuata sorveglianza sanitaria nel caso di esposizione ad agenti cancerogeni anche dopo la cessazione del lavoro. I tumori insorgono dopo un lungo periodo di latenza dalla esposizione e spesso in soggetti anziani ormai ritirati dal lavoro o comunque non più esposti, con notevole differenza da quanto avveniva in passato per la maggior parte delle malattie professionali classiche (come la silicosi e le intossicazioni da alcuni metalli) che si manifestavano durante la attività lavorativa o da quanto avviene per alcune patologie correlabili con il lavoro (come le malattie muscolo-scheletriche).

Il problema riveste notevole interesse sotto molti aspetti: numerosità della popolazione da sottoporre a sorveglianza sanitaria, onerosità delle prestazioni, competenza nella pianificazione degli interventi rivolti a evitare accertamenti inutili, costosi e che comportano rischi di eccessiva medicalizzazione, con la prospettiva che una volta iniziato si debba continuare indefinitamente. Il D.Lgs. 626/94 peraltro non ha individuato quali soggetti (pubblici o aziendali) dovranno farsi carico operativamente ed economicamente di tale attività sanitaria.

In realtà, se la sorveglianza sanitaria in ambito occupazionale è intesa come l'esecuzione di controlli medici periodici e longitudinali nel tempo sul singolo lavoratore non è ancora ben definito cosa si intenda per sorveglianza sanitaria sugli ex esposti. Infatti per il lavoratore esposto si tratta di una pratica di tipo sanitario (anche se non esclusivamente clinica), a carattere ripetitivo o periodico con scadenza prefissata, finalizzata alla prevenzione e alla tutela della salute, obbligatoria ai sensi delle norme vigenti in tutte le situazioni previste o stabilita dal datore di lavoro, dietro indicazione del medico competente in rapporto alla valutazione dei rischi.

Per il lavoratore "ex esposto" si può trattare di una pratica di tipo sanitario (anche se non necessariamente clinica), cui egli si sottopone, peraltro non obbligatoriamente, sulla base dell'informazione resa - in questo caso obbligatoriamente - dal medico competente dopo la cessazione dell'esposizione. Il lavoratore "ex esposto" può quindi effettuarla spontaneamente (in conformità alle informazioni di cui dispone e/o alle linee guida diffuse dalle Istituzioni) o a seguito di richiamo attivo ovvero di offerta d'assistenza da parte del SSN per particolari patologie rilevanti.

Nella sorveglianza sanitaria degli ex esposti a cancerogeni occupazionali si perde ovviamente la valenza di prevenzione primaria sulla collettività di cui

fanno parte i soggetti in esame, ma rimane quella di prevenzione secondaria a livello individuale. In questo caso ha senso prevedere una procedura vera e propria di sorveglianza, cioè una procedura periodica di identificazione di effetti sanitari, solo se questa è in grado di configurarsi come una vera diagnosi precoce (Wagner 2000). Se questo non è il caso, sembra più opportuno mettere in atto procedure di raccolta delle informazioni sulla occorrenza delle eventuali patologie da fonti abituali di dati sanitari (ricoveri, certificati di decesso, denunce INAIL di malattia professionale) o attivare quei soggetti che istituzionalmente hanno in carico assistenziale gli ex esposti, cioè i medici curanti. Anche così si è in grado di ottemperare a quel debito di giustizia sociale che consiste nel riconoscimento delle eventuali malattie professionali o comunque attribuibili al pregresso rischio lavorativo.

L'attuazione di protocolli di sorveglianza presenta molti punti di criticità. La decisione sembra essere motivata oltretutto da ragioni scientifiche, soprattutto da ragioni di ordine etico-sociale. Ricordiamo che in campo occupazionale metodi di screening possono essere più giustificati in piccoli gruppi esposti ad alti livelli di cancerogeni che in grandi gruppi esposti a bassi livelli e comunque metodi di screening di *routine* per i tumori professionali non possono essere raccomandati sulla base delle conoscenze attuali (Gustavsson 1998). Un aspetto di particolare interesse è quello dell'utilizzo di indicatori di danno precoce, in particolare di danni al DNA, per la prevenzione negli ambienti di lavoro. Non esistono in realtà protocolli specifici validati per quanto riguarda il ricorso ai test genetici per monitorare modificazioni biologiche individuali che abbiano un significato prognostico e quindi "preventivo". L'utilizzazione di dati biologici per finalità di "prevenzione collettiva" è stata comunque ipotizzata, in attesa di validazione dei test a fini decisionali sui singoli casi (Pira, 1999).

Qualora quindi non sia possibile mettere in atto un vero e proprio screening di gruppi di popolazione finalizzato alla diagnosi precoce di patologie attese, è opportuno che la sorveglianza sugli ex esposti si configuri come un'indagine trasversale che consenta di ricostruire la storia di esposizione laddove mancante, di informare e comunicare al singolo soggetto, se a lui non noti, quegli aspetti di rischio e preventivi legati alla passata esposizione, nonché le informazioni sulle possibilità diagnosticoterapeutiche e medico-legali per le eventuali patologie correlate. Tutto ciò potrebbe essere effettuato da personale tecnico, pubblico o privato, in grado di farlo correttamente. Abbastanza più complessa appare la

gestione di altri aspetti quali ad esempio la cessazione dell'abitudine al fumo o la acquisizione di stili di vita adeguati, che comportano la applicazione di tecniche di *counseling* e di altro (tecniche farmacologiche, psicologiche, ecc.) generalmente poco diffuse nei servizi sanitari. In ogni caso si rende necessario un investimento finanziario non indifferente sia in termini di formazione del personale tecnico che di disponibilità e accesso alle varie metodiche.

I medici curanti dei singoli soggetti, che li hanno istituzionalmente in carico assistenziale anche su precisa scelta dei loro assistiti, potrebbero svolgere, opportunamente indirizzati, un'azione di controllo dell'eventuale occorrenza delle patologie professionali che successivamente potrebbero essere meglio definite dai servizi territoriali pubblici di medicina del lavoro. I medici curanti inoltre potrebbero promuovere l'adozione di quegli stili di vita considerati a minor rischio per i loro assistiti: i medici di famiglia sono infatti le figure professionali che meglio potrebbero riuscire a svolgere un'attività di *counseling*, che comporta una sorta di sostegno attivo dei pazienti sia nella fase di identificazione dei problemi che nella fase di scelta delle strategie di intervento e in quella di applicazione delle stesse.

Stime degli esposti a cancerogeni

Una stima della prevalenza degli esposti a cancerogeni può essere fatta secondo i criteri adottati nel contesto dello studio CAREX. Questo è un sistema informativo internazionale sulle esposizioni professionali a cancerogeni, supportato dall'Unione Europea che fornisce il numero di esposti a cancerogeni certi o sospetti per paese, attività industriale e agente. (Mirabelli, 1999). Si basa sulla composizione della forza lavoro nel periodo 1990-1993. Sono esaminate 55 branche di attività economica, disaggregate secondo la classificazione UN-ISIC Rev 2 e sono presi in considerazione 139 agenti classificati dalla IARC in "certi", "probabili" e "possibili" (gruppi IARC 1, 2A, 2B).

Le stime della prevalenza degli esposti in Italia, come negli altri paesi, sono state effettuate, in assenza di dati italiani sulla proporzione di esposti per branca di attività economica, in base alla prevalenza di esposti di due paesi di riferimento, la Finlandia e gli USA, ove tali dati erano disponibili. Tale sistema di stima può comportare errori nelle stime dei singoli paesi, soprattutto riferibili alle diverse condizioni produttive e di esposizione dei lavoratori, oltre che a differenze nel definire le esposizioni professionali tra i diversi valutatori. In alcuni casi il sistema sovrastima (vedi ad es. il benzene che, per l'Italia, sembra essere notevolmente in eccesso in quanto dal 1963 ne è proibito l'uso nelle vernici e nei mastici, salvo che in concentrazioni inferiori all'1% della parte solvente), mentre in taluni casi sottostima in quanto non sono catalogate tutte le esposizioni. Tale *data-base* comunque rappresenta l'unico sistema informativo esteso ai diversi paesi dell'Unione Europea, sistematico e semplice nell'uso e nella consultazione.

In tabella 1 è riportata la stima (Mirabelli, 1999) del numero degli esposti in Italia nel periodo 1990-93 ad alcuni cancerogeni certi o sospetti, che è in totale di 4,2 milioni di lavoratori, pari a circa un quarto/un quinto degli occupati.

Ovviamente la stima degli esposti nel periodo 1990-93 deve essere interpretata anche alla luce delle modificazioni organizzative, legislative, ecc. intervenute successivamente. Se ad esempio consideriamo la Toscana, i lavoratori esposti ad amianto secondo i criteri di CAREX risultavano essere stati 27.000 (secondo quanto risulta dalla registrazione dei nominativi dei lavoratori addetti ad attività che comportavano l'uso di amianto risultano essere circa 30.000) mentre attualmente i potenzialmente esposti (operatori di ditte di bonifica esposti a livelli bassi, ma comunque superiori a quelli della popolazione generale) risultano essere 4100. Analogamente gli esposti a CVM risultavano 200 nella stima CAREX, la coorte storica di addetti alla polimerizzazione presso l'unica ditta produttrice è di 181 lavoratori (Belli e Coll 1987), ma attualmente è completamente cambiato il ciclo produttivo e non risultano esservi lavoratori esposti.

Possibili protocolli di intervento per ex esposti a cancerogeni

Come messo in evidenza nella Conferenza Nazionale sull'Amianto tenutasi a Roma nel marzo 1999, "vi è consenso sulla necessità di garantire il controllo degli esposti mediante sorveglianza epidemiologica e/o sanitaria in forma programmata e gratuita a cura dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro delle ASL" (Bettoni, 1999), ma in mancanza di linee guida razionali ed efficaci esistono posizioni differenti riguardo alla sorveglianza sanitaria (Gerosa, 1999; Spolaore e Sarto, 1999, ASL Milano 2001, Carnevale e coll. 2001) per cui il dibattito negli ultimi tempi si è fatto molto serrato (Magnavita 2000, Prandi e Cantoni 2001, Sartorelli 2001). Per questo è ricordare vantaggi e svantaggi della messa in opera di tale attività nei riguardi di un consistente numero di soggetti, nell'ottica di una corretta valutazione costi/benefici.

I vantaggi di un programma di sorveglianza sanitaria possono consistere in:

- a) utilità clinica (possibilità di efficace diagnosi precoce e controllo dello stato di salute)
- b) utilità di sanità pubblica (riduzione del rischio aggiuntivo)
- c) utilità etico-sociale (possibilità di informazione capillare e contatto individuale)
- d) utilità medico-legale (tempestività di certificazione di malattia professionale)
- e) utilità epidemiologica (migliore conoscenza del rapporto causa/effetto)

Gli svantaggi di un programma di sorveglianza sanitaria possono essere brevemente così riassunti:

- a) impegno economico rilevante prevalentemente pubblico, senza certezze sui benefici indotti sul singolo e sulla collettività
- b) rischio di eccessiva medicalizzazione

- c) possibilità di indurre inappropriate aspettative di risarcimento ed eccessive preoccupazioni sullo stato di salute sia nei singoli che nelle collettività
- d) mancato abbandono di comportamenti a rischio (ad es. fumo) motivato dal fatto di essere inseriti in un programma di sorveglianza sanitaria.

Nei paragrafi seguenti si vuole offrire una possibile traccia per orientare le scelte o le decisioni qualora si volessero intraprendere iniziative in questo campo

A) *Interventi sanitari in ex-esposti ad amianto*

Se i nuovi casi di asbestosi risultano in diminuzione nelle nazioni industrializzate, il picco dei casi di mesotelioma attualmente osservato, (tenuto conto della lunga latenza della malattia) potrà proseguire nei primi decenni del 2000 anche in relazione ad esposizioni di basso livello o comunque non controllate (Boutin, 1998; Merler, 1999; Peto 1995, Xxxxx 2000). Allo stato attuale delle conoscenze è necessario valutare approfonditamente la possibile utilità clinica di un intervento sanitario in relazione alla possibilità di avere a disposizione un valido test di screening.

Per l'asbestosi è possibile effettuare una diagnosi precoce, la cui utilità è tuttavia limitata in quanto non sono disponibili interventi terapeutici risolutivi; al momento attuale non è stata pubblicata nessuna valutazione dell'efficacia della sorveglianza sanitaria nel rallentare la storia naturale della fibrosi polmonare o nell'aumentare la sopravvivenza (Merler, 1997). Per il mesotelioma non esistono tests di screening, inoltre la diagnosi precoce non sembra migliorare né il tempo di sopravvivenza né la qualità della vita. Analogamente per il tumore polmonare: nessun test di screening, per quanto a periodicità serrata, è risultato efficace in termini di significativa riduzione di mortalità. Una diagnosi precoce può consentire in alcuni casi un intervento terapeutico (chirurgico e/o chemio-radioterapico) risolutore o almeno tale da prolungare la sopravvivenza, ma al momento attuale non esistono le condizioni tecnico-scientifiche per attuare un programma di screening attivo. Alla luce degli sviluppi della ricerca medica, in particolare per l'uso della TC spirale a basse dosi (Consensus Report, 2000), sarebbe invece opportuno iniziare studi controllati in soggetti con ben definito livello di esposizione.

Per prendere le opportune decisioni in merito alla sorveglianza sanitaria, è pertanto necessario individuare per ciascun lavoratore il livello di esposizione reale o presunto. E' stimato che il rischio relativo di tumore polmonare aumenta dello 0.5-4% per ogni fibra/ml per anno (fibre/anno). Con l'uso del limite superiore di questo range, si stima che una esposizione cumulativa di 25 fibre/ml/anno aumenta il rischio di tumore polmonare di 2 volte e casi clinici di asbestosi possono essere presenti ad una comparabile esposizione cumulativa (Consensus Report, 1997). Soggetti con elevata esposizione professionale (≥ 25 fibre/ml/anno), di età superiore a 50 anni, fumatori di almeno 20 pacchetti/anno, con una appropriata latenza

dalla prima esposizione ad amianto, potrebbero essere utilmente inseriti in programmi di studio-ricerca con la TC spirale a basse dosi (Consensus Report, 2000). In assenza di conoscenze sulla entità del rischio, si concorda con un approccio in cui si punta molto sull'azione di *counseling* antifumo (Commissione Oncologica Regione Emilia Romagna 1999).

Al medico di base che stabilisse l'opportunità o la necessità di procedere a un controllo diagnostico strumentale per un proprio paziente "a rischio" di tumore polmonare, sarebbe comunque opportuno consigliare di procedere alla esecuzione di TC spirale a basse dosi, piuttosto che a ripetuti Rx standard.

Sul piano operativo si può ipotizzare che i servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro attuino interventi su domanda di singoli soggetti o di gruppi di lavoratori, basati su due stadi (percorso iniziale e percorso di approfondimento). Tali percorsi avranno le caratteristiche di assistenza individuale per i singoli soggetti che aderiranno; si prevede che il percorso iniziale sia offerto a tutti i soggetti, mentre quello di approfondimento sarà effettuato prioritariamente nei casi ad alta esposizione. A questi interventi deve essere affiancata una iniziativa strutturata di *counseling* sulla cessazione del fumo e riduzione dei rischi aggiuntivi che richiede personale appositamente formato ed un progetto operativo specifico.

Il percorso iniziale può consistere in una campagna informativa, per tutta la popolazione, sui rischi per la salute legati alla esposizione ad amianto e le misure preventive disponibili (sospensione dell'abitudine al fumo e della esposizione a polveri ed irritanti respiratori), seguita per i singoli soggetti dalla raccolta della anamnesi lavorativa e patologica con questionari mirati, dall'esame della documentazione sanitaria e dalla visita medica, con orientamento sull'eventuale futuro percorso di sorveglianza sanitaria.

Il percorso di approfondimento per la diagnosi di asbestosi consiste nel ricorso a strutture specialistiche individuate dalle Regioni e dalle USL per l'effettuazione di PFR e DL_{CO} (qualora gli esami non fossero già presenti al momento della visita, purché non antecedenti a 2-3 anni) e per la valutazione della necessità di una Radiografia A/P (da refertare secondo la classificazione ILO/BIT 1980) con proiezioni oblique sec. McKenzie e/o l'ipotesi di una HRCT. Si ritiene che la radiografia sia in ogni caso necessaria perché la stadiazione della asbestosi è solo radiologica, e che al momento attuale l'HRCT si ritiene - come segnalato dal "Consensus Report" di Helsinki (1997) e tenuto anche conto che espone il paziente a dosi di radiazioni ionizzanti da 2 a 10 volte superiori a quelle dell'Rx torace tradizionale - che possa essere impiegata per confermare le immagini radiologiche di asbestosi e mostrare alterazioni iniziali non visibili alla radiologia tradizionale, ma non a fine di screening (Albin e Coll. 1992).

B) Interventi sanitari in ex-esposti a cancerogeni con organo bersaglio principale polmone, (ad es. IPA nella produzione di coke e peci, silice libera cristallina, cromati nella industria della concia e della galvanica, ed altri)

Come già affermato relativamente al problema degli ex-esposti ad amianto al momento attuale non appaiono esistere le condizioni tecnico-scientifiche per attuare un programma di screening attivo e valgono le stesse considerazioni per quanto riguarda l'uso della TC spirale a basse dosi. Tuttavia, a differenza di quanto possibile per l'esposizione ad amianto (Consensus Report, 2000), in questi altri casi non è facile identificare un livello di esposizione al quale corrisponda un rischio di tumore doppio rispetto a quello della popolazione generale.

Anche in questo caso al medico curante che stabilisse l'opportunità o la necessità di procedere a un controllo diagnostico strumentale per un proprio paziente "a rischio" di tumore polmonare, sarebbe opportuno consigliare di procedere alla esecuzione di TC spirale a basse dosi, piuttosto che a ripetuti Rx standard.

C) Interventi sanitari in ex-esposti a cancerogeni con organo bersaglio principale vescica (ad es. IPA nella produzione di coke e peci, amine aromatiche nella industria della concia, delle tintorie e 'utilizzo di coloranti con dati di esposizione e di rischio, altri)

I progressi in campo terapeutico, che hanno determinato una riduzione della mortalità per tumore vescicale, ripropongono l'importanza della diagnosi precoce negli ex-esposti. Varrebbe quindi la pena di effettuare studi controllati, mentre non sembra proponibile l'analisi dei dati esistenti non raccolti sulla base di protocolli che prevedano la definizione della esposizione.

Potrebbero essere identificati gruppi di lavoratori ex-esposti, da poco tempo, che abbiano partecipato a programmi monitorati di sorveglianza sanitaria, comprendenti anche indagini di screening (citologia urinaria, ematuria microscopica), da seguire nel tempo proponendo protocolli comprendenti la citologia, l'esame dell'ematuria microscopica e l'ecografia vescicale. La validità di tali esami appare confermata da precedenti studi (Pingingore, 1994) qualora tali esami siano effettuati presso strutture che diano garanzie rispetto al controllo di qualità.

Ai medici di famiglia si potrebbe suggerire di favorire la partecipazione di ex-lavoratori a progetti di studio controllati. Un criterio per l'ammissione potrebbe essere almeno 1 anno di esposizione ed almeno 10 anni dalla prima esposizione (European Commission, 1994)

D) Interventi sanitari in ex-esposti a cancerogeni con organo bersaglio principale fegato (ad es. produzione CVM ed arsenico)

Per lavoratori con documentata pregressa esposizione a cloruro di vinile monomero potrebbe essere svolta da parte dei medici di famiglia una sorveglianza sanitaria comprendente anche esami ecografici la cui frequenza nel tempo deve ancora essere meglio precisata (Fontana, 1997).

E) Interventi sanitari in ex-esposti a cancerogeni con organo bersaglio principale naso e seni paranasali (ad es. polvere di legno e polvere di cuoio)

Per lavoratori con documentata pregressa esposizione per almeno 10 anni a polveri di legno a concentrazioni $>1 \text{ mg/m}^3$ e con almeno 20 anni dalla prima esposizione (European Commission, 1994) può essere proponibile la partecipazione a programmi di sorveglianza sanitaria comprendenti una visita ORL (rinologica) la cui modalità e periodicità deve ancora essere meglio precisata.

Per lavoratori ex-esposti a polveri di cuoio potrebbero essere proposti analoghi interventi.

Allo stato delle conoscenze scientifiche ed epidemiologiche non sembrano proponibili interventi sanitari in ex-esposti a cancerogeni con organo bersaglio principale sulla cute (IPA, catrame, fuliggine etc.) in quanto le neoplasie indotte non pongono a rischio di sopravvivenza a differenza di quanto avviene per il melanoma, che peraltro non riconosce una eziologia professionale se non per la esposizione a raggi solari. Anche in questi casi la corretta informazione fornita dal Medico Competente dovrebbe essere sufficiente a consentire al singolo soggetto di riferirsi al proprio medico curante nel caso insorgessero lesioni cutanee sospette.

SOGGETTI COINVOLTI PER L'ATTUAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

Poiché la legge non dà nessuna indicazione su quali siano i soggetti che devono eseguire la sorveglianza sanitaria degli ex esposti è naturale che l'istanza sociale venga primariamente rivolta alle pubbliche istituzioni. Tuttavia in particolari contesti non possono essere esclusi soggetti privati, quali ad esempio gli stessi datori di lavoro presso le cui imprese si sia realizzata appunto la pregressa esposizione.

I soggetti pubblici o privati che si potrebbero considerare coinvolti nella effettuazione di programmi di sorveglianza sanitaria sono numerosi, ma appare opportuno che gli interventi e le azioni di ciascuno si svolgano in un quadro generale di riferimento o "linea guida", trattandosi di azioni di pubblica utilità e finalizzate alla conoscenza dei fenomeni oltre che a fini strettamente sanitari ed etico-sociali.

Anche gli interventi che potrebbero essere ipotizzati sono numerosi e con diverse ricadute e implicazioni economiche. Tali interventi possono collocarsi di volta in volta in un ambito strettamente sanitario e di diagnosi precoce, oppure di mera informazione sul pregresso rischio, lasciando al singolo soggetto la facoltà di iniziativa; oppure possono essere inquadrati nell'ambito di una prestazione offerta dal Servizio Sanitario Regionale a gruppi di soggetti, dei quali sia nota la pregressa esposizione ad agenti cancerogeni e qualora siano disponibili validi test di monitoraggio e diagnosi precoce.

In un tale quadro, che lascia ampia libertà di scegliere le soluzioni più adatte ai singoli contesti, data anche la impossibilità, nella maggior parte delle situazioni, di individuare interventi di provata efficacia

preventiva, alle Regioni spetta un compito prevalentemente orientativo e regolamentare, anche se non necessariamente legislativo; sarebbe infatti preferibile evitare interventi a carattere prescrittivo, data la ampia gamma di soluzioni possibili. E' invece opportuno che siano emanate linee guida operative verso i soggetti erogatori di servizi, operatori sanitari pubblici e privati, ai quali si rivolgano le istanze di sorveglianza sanitaria da parte dei soggetti ex-esposti a cancerogeni. E' auspicabile che sia evitato l'eccesso di esami diagnostici che possono non avere una utilità dimostrata di carattere preventivo o anche strettamente sanitario. Le Regioni oltre a predisporre linee guida sulle modalità di attuazione della sorveglianza sanitaria degli ex esposti, dovrebbero indicare centri di riferimento per la eventuale esecuzione di esami specialistici, nonché le risorse economiche necessarie.

Sempre le Regioni dovrebbero, utilizzando la propria rete di servizi, raccogliere i dati risultanti dalle azioni di sorveglianza sanitaria degli ex esposti, per consentire l'osservazione epidemiologica delle condizioni di esposizione, delle cause di morte e delle patologie correlate o correlabili alla esposizione. Esse infatti sono anche il soggetto istituzionalmente deputato a tenere rapporti informativi verso l'ISPESL sui risultati della sorveglianza sanitaria degli ex esposti.

Qualsiasi intervento dovrebbe essere adeguatamente presentato e preceduto da una campagna informativa, attuata sempre da parte delle Regioni attraverso i *mass-media*. Questo infatti potrebbe essere lo strumento più idoneo per adempiere ad una funzione di informazione pubblica ed i suoi contenuti minimi dovrebbero essere finalizzati alla diffusione delle principali conoscenze riguardo alle lavorazioni che hanno comportato rischi nei principali comparti produttivi del territorio; essa dovrebbe essere inoltre finalizzata alla informazione sui principali servizi offerti ai lavoratori interessati che ne volessero usufruire.

I servizi territoriali di prevenzione nei luoghi di lavoro dovrebbero svolgere principalmente un ruolo di coordinamento delle iniziative territoriali, di orientamento ed informazione verso i lavoratori, soprattutto riguardo alle opportunità, ai vantaggi e ai limiti delle azioni di sorveglianza sanitaria. La loro funzione è particolarmente rilevante nella ricostruzione dei rischi lavorativi attraverso la documentazione storica ovvero attuale sulle lavorazioni a rischio. I servizi dovrebbero inoltre verificare la applicazione delle linee guida regionali e validare, in collaborazione con le strutture di epidemiologia, i protocolli sanitari applicati. Gli stessi servizi potrebbero, in particolari casi, eseguire direttamente tali protocolli sia sui singoli soggetti che sui gruppi, attribuire le patologie di interesse a causa lavorativa e attivare le procedure conseguenti; dovrebbero infine collaborare con la Regione alle campagne informative e partecipare ai programmi di *counseling*.

Le strutture e gli osservatori epidemiologici regionali ricostruiscono, qualora necessario e in collaborazione con i dipartimenti di prevenzione, le

coorti degli ex esposti; forniscono i dati correnti di incidenza e di mortalità dei tumori di interesse; conducono studi di coorte finalizzati alla valutazione del rischio cancerogeno e collaborano alle attività di *counseling* per la riduzione del rischio. La ricostruzione delle coorti dei lavoratori che sono stati esposti ad agenti cancerogeni, la ricostruzione dello stato in vita e l'analisi delle cause di morte possono talora rendersi necessari, vuoi per accertare le pregresse condizioni di rischio e la prevalenza delle malattie attribuibili alla esposizione lavorativa, vuoi per interpretare su base epidemiologica le osservazioni di patologie riscontrate nei lavoratori ancora viventi.

Ai medici curanti dovrebbe essere affidato il controllo periodico dello stato di salute. Il medico di famiglia sufficientemente informato dovrebbe essere in grado di seguire nel tempo lo stato di salute dei propri assistiti ed esercitare un appropriato *counseling* per la riduzione del rischio aggiuntivo.

Anche i servizi aziendali attraverso il medico competente possono esercitare questa funzione, qualora sia stata programmata in accordo con il datore di lavoro e in collaborazione con i servizi territoriali di prevenzione nei luoghi di lavoro. Tale situazione si può concretizzare più facilmente quando il lavoratore sia ancora al lavoro e sia, anche per altri rischi, tuttora sottoposto a sorveglianza sanitaria.

Una azione tra le più rilevanti è quella di *counseling* per la riduzione del rischio, che potrebbe essere svolta sia dai medici curanti che da gruppi organizzati ad hoc ad esempio presso i distretti delle USL o presso altri centri specializzati. Una azione di questo genere richiederebbe tuttavia una adeguata opera di informazione e formazione verso i medici curanti e i medici competenti. Il servizio territoriale di prevenzione anche in questi casi dovrebbe comunque svolgere un ruolo di consulenza, orientamento e coordinamento.

Considerazioni conclusive

Da quanto sopra esposto appare evidente che le problematiche indotte dalla realizzazione diffusa della sorveglianza sanitaria degli ex esposti lasciano intravedere una operazione complessa che investe diverse competenze e responsabilità. Infatti, diversamente da quanto avviene per la sorveglianza sanitaria degli esposti - che è un preciso obbligo del datore di lavoro e che per la ormai consolidata prassi, è una attività tecnicamente nota e affidata al medico competente - non esiste una interpretazione univoca delle azioni e dei contenuti che la costituiscono. Le finalità sono certamente quelle legate alla rilevazione delle patologie correlate e correlabili al rischio, sia ai fini di etica e giustizia, sia ai fini di conoscenza epidemiologica dei fenomeni. La incertezza determinata dalla interpretazione delle norme giustifica la discussione e il dibattito che si è venuto a sviluppare. Non sono infatti trascurabili le ricadute socio-economiche, se si considerano le elevate stime circa la numerosità degli ex esposti, vuoi che si tratti di soggetti già ritirati dal lavoro o di soggetti ancora in attività. Per questi motivi è necessario, se non si vuole vanificare il

disegno normativo, stabilire strategie e priorità, in particolare riferite alle coorti di ex esposti a cancerogeni noti, quali ad esempio l'amianto, la silice libera cristallina, il cloruro di vinile monomero, gli idrocarburi policiclici aromatici. Tuttavia la ricerca degli effetti a lunga distanza ed in particolare dei tumori professionali, non può prescindere dai criteri di affidabilità ed efficacia degli esami diagnostici e dalla loro reale utilità per la diagnosi precoce, il miglioramento della sopravvivenza e della qualità della vita.

Il controllo periodico degli ex esposti, concetto implicito in quello di sorveglianza, dovrebbe essere fondamentalmente indirizzato alla registrazione delle patologie non altrimenti evidenziabili attraverso le

fonti routinarie di informazione sanitaria. Tuttavia la conoscenza diffusa dei rischi e la istituzione dei registri degli esposti dovrebbero in futuro facilitare l'interesse e il coinvolgimento anche dei medici curanti e degli specialisti nella segnalazione delle patologie correlate e correlabili alla pregressa esposizione lavorativa. Senza questo salto culturale sarà oltremodo difficile assolvere il compito previsto dal dettato normativo. Di segno negativo sarebbe infatti un intervento, istituzionale o non, orientato alla periodica esecuzione di test che non si siano dimostrati efficaci per la diagnosi precoce, come anche di scarsa utilità risulterebbe una diagnosi precoce se non sia stato dimostrato un reale miglioramento della prognosi.

Tab. 1 - Elenco degli agenti cancerogeni con oltre 50.000 esposti in Italia negli anni 1990-93. Sono esclusi gli agenti ambientali come il fumo di tabacco e le radiazioni solari che interessano rispettivamente 770.000 e 562.000 lavoratori (da Mirabelli 99 - mod)

	esposti		esposti
Acidi inorganici forti	117.434	Lana di vetro	149.525
Asbesto	677.177	Legno (polvere)	318.899
Benzene	194.076	Piombo e composti inorganici	285.871
Composti del Cromo ^{VI}	134.056	Scarichi motori Diesel	552.495
Composti del Nickel	78.575	Silice cristallina	284.311
1,2-Dibromoetano	165.689	Stirene	66.199
Diclorometano	131.278	Tetracloroetilene	183.458
Formaldeide	175.380	Tricloroetilene	90.032
Idrocarburi Policiclici Aromatici	353.098		

Bibliografia

- 1 ASL CITTA' DI MILANO: La sorveglianza degli ex esposti ad amianto (dattiloscritto). Citato in Med Lav 2001; 92: 71-73
 - 2 ALBIN M, ENGHOLM G, FROSTROM K, et al: Chest x ray films from construction workers: International Labour Office (ILO 1980) classification compared with routine readings. Brit J Industr Med 1992; 49: 862-868
 - 3 BETTONI M: Documento programmatico conclusivo della Conferenza Nazionale Amianto. Lavoro e Salute "speciale documentazione" suppl. n. 7/8; luglio-agosto 1999
 - 4 BELLI S, BERTAZZI PA, COMBA P et al: A cohort mortality study on vinyl chloride manufacturers in Italy: study design and preliminary results. Cancer Lett 1987; 35: 253-261
 - 5 BOUTIN C, SCHLESSER M, FRENAY C, ASTOUL PH: Malignant pleural mesothelioma Eur Respir J 1998;12: 972-981
 - 6 CARNEVALE F, CIANI PASSERI A, INNOCENTI A et al: La sorveglianza sanitaria dei lavoratori "ex-esposti" a cancerogeni occupazionali: linee di indirizzo. Allegato alla Deliberazione di Giunta Regionale Toscana n 692 del 26/06/01 - Pubblicata su Bollettino Ufficiale Regione Toscana n. 30 del 25/7/01
 - 7 COMMISSIONE ONCOLOGICA REGIONALE: Sorveglianza sanitaria ex-esposti ad amianto. Regione Emilia Romagna - Dicembre 1999
 - 8 CONSENSUS REPORT: Asbestos, asbestosis and cancer: the Helsinki criteria for diagnosis and attribution. Scand J Work Environ Health 1997; 23: 311-316
 - 9 CONSENSUS REPORT: International expert meeting on new advance in the radiology and screening of asbestos-related diseases. Scand J Work Environ Health 2000; 26: 449-454
 - 10 EUROPEAN COMMISSION: Information notices on diagnosis of occupational diseases. Report EUR 14768 EN - Lussemburgo 1994
 - 11 FONTANA L, FLEURY-DUHAMEL N, DUBOIS L et al: Surveillance post-professionnelle de sujets ayant été exposés au chlorure de vinyle monomère. Bilan et commentaires. Arch Mal Prof 1997; 58: 595-603
 - 12 GEROSA A: Sorveglianza sanitaria ex esposti amianto. Conferenza Nazionale sull'Amianto - Roma 1-5/3/99: 128 (Abstract)
 - 13 GUSTAVSSON P: Cancer: Prevention . in *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* - ILO/BIT ed. - Geneva (CH) 1998 - vol. 1 pag 2.14-2.18
 - 14 MAGNAVITA M: La sorveglianza sanitaria per gli ex esposti ad asbesto. Med Lav 2000; 91: 166-170
 - 15 MERLER E, BUIATTI E, VAINIO H: Surveillance and intervention studies on respiratory cancers in asbestos-exposed workers. Scand J Work Environ Health 1997; 23: 83-92
 - 16 MERLER E, LAGAZIO C, BIGGERI A: Andamento temporale della mortalità per tumore primitivo pleurico e incidenza del mesotelioma pleurico in Italia: una situazione particolarmente grave. Epid Prev 1999; 23: 316-326
 - 17 MIRABELLI D: Stima del numero dei lavoratori esposti a cancerogeni in Italia, nel contesto dello studio europeo CAREX. Epid Prev, 1999; 23:346-359
 - 18 PRANDI E, CANTONI S: Quale Sorveglianza per gli ex esposti ad amianto? Replica. Med Lav 2001; 92: 286
 - 19 PETO J, HODGSON JT, MATTHEWS FE, JONES Jr: Continuing increase in mesothelioma mortality in Britain. Lancet 1995; 345: 535-539
 - 20 PINGITORE R, MARCHETTI I, FILARDO A: Lo screening citologico dei tumori vescical. In Battista G, Cristaudo A, Ottenga F (eds): Atti del Seminario di Aggiornamento in Oncologia Professionale e Ambientale PISA 16-17/12/94 - Lavoro e Medicina 1994, fasc 2/3: 109-112
 - 21 PIRA E, PIOLATTO PG, SCANSETTI G: Criteri e metodi per il controllo periodico dei lavoratori esposti a cancerogeni. Atti 62° Congresso SIMLII - Genova 1999 - vol I: 111-129
 - 22 SARTORELLI P: Quale Sorveglianza per gli ex esposti ad amianto?. Med Lavoro 2001; 92: 215
 - 23 SILVESTRI S, MILIGI L, INTRIERI T, FORNACIAI G: Matrice occupazione/esposizione ad amianto. Conferenza nazionale sull'Amianto. Roma 1-5/3/99: 257 (Abstract)
 - 24 SPOLAORE P, SARTO F: L'iniziativa della Regione del Veneto per la sorveglianza sanitaria agli ex esposti ad amianto. Conferenza Nazionale sull'Amianto - Roma 1-5/3/99: 244 (Abstract)
 - 25 WAGNER GR: Screening and surveillance of Workers exposed to asbestos. in *New advances in radiology and screening of asbestos-related diseases*. People and Work Research Report 36 from Finnish Institute of Occupational Health - Helsinki 2000: 21-25
 - 26 XXXXXX (da Rossella)
-

UNA TESTIMONIANZA DI GRANDE SIGNIFICATO

Firenze,15/11/2001

Spett/le Associazione

Lo scrivente, insieme ad un collega, ha lavorato per oltre 10 anni presso la Filiale di Firenze della Società SACELIT Manufatti Cemento-Amianto in qualità di impiegato, l'organico comprendeva anche 2 operai sempre con anzianità decennale, altre persone hanno lavorato presso la filiale ma per minore tempo e quindi non coinvolte nella famosa legge per i benefici pensionistici e comunque estranee in questa sentenza.

Perché la qualifica di impiegati non tragga anche Voi in inganno, Vi informo che la filiale di Firenze della Soc. Sacelit era costituita da un piccolo piazzale derivato da un giardino di una villetta di misura 20x20mt, due tettoie e le stanze di quelle che erano camera e cucina in ufficio, al solito livello del piazzale, nessuna divisione particolare sussisteva tra la zona movimentazione materiale e la zona scrittura. Sul piazzale operava una taglierina fissa costituita da un piano di appoggio per il materiale ed una mola abrasiva a disco, senza nessuna protezione né aspiratori. Il piano del piazzale era sterrato così che i rottami del cemento amianto venivano costipati nel terreno per renderlo più calpestabile, su questa superficie venivano immagazzinati migliaia di pezzi e lastre da copertura, le famose lastre di ETERNIT, in questo scenario noi impiegati aiutavamo al carico gli operai e sotto la ns. visione e responsabilità eseguivano i tagli per ridurre le misure o recuperare il materiale rotto, noi stessi eravamo operai aggiunti, nei momenti della giornata di intenso lavoro e normali sostituiti durante le assenze degli stessi. La mole del lavoro era proporzionale all'immagine leader di mercato che la Soc. SACELIT ha avuto negli anni 60/70/80 sicuramente prima concorrente dell'Eternit.

La Soc. SACELIT ha terminato la sua attività, però a Firenze il luogo esiste ancora, attualmente occupato da una rivendita di materiali edili, il piazzale ora asfaltato nasconde ancora nel terreno la testimonianza della lavorazione di taglio e movimentazione del cemento-amianto.

Dopo questa premessa, le 4 persone con più anzianità (2 operai + 2 impiegati) hanno richiesto di potere beneficiare dell'integrazione ai versamenti come prevede la legge per chi è stato esposto alle polveri di amianto per oltre 10 anni come da art.13 comma 8, legge 257/1992 e sue modifiche seguenti.

Questo il risultato:

Un operaio ha visto riconosciuto l'esposizione alle polveri di amianto per gli anni lavorati presso la soc. SACELIT filiale di Firenze dall'INAIL intervenuta su richiesta dell'interessato. E' lecito pensare che l'INAIL, riconoscendo l'esposizione, fosse a conoscenza che nel luogo (viste le caratteristiche strutturali e lavorative) venisse superato il limite di pericolosità consentito dagli art. 24 e 31 d.lgs 15 Agosto 1991 n° 277, altrimenti non si capisce su quale base hanno concesso il beneficio.

L'altro operaio non si è rivolto all'INAIL, ma ha subito fatto causa all'INPS, ha vinto il 1° grado e **l'INPS non ha opposto ricorso** accettando quanto disposto dal Pretore è cioè esposizione all'amianto per oltre 10 anni con relativi benefici e qui vale la riflessione di cui sopra, altrimenti non si capisce perché l'INPS, avendo davanti le motivazioni che poi sono state le nostre, non ha opposto ricorso.

I due impiegati, fra cui lo scrivente, hanno dovuto superare i famosi muri di gomma innalzati da INAIL e INPS che non potevano accettare di aprire le porte anche agli impiegati, comunque i due vincono la causa contro l'INPS in 1° e 2° grado ed ottengono i benefici previsti (**sono determinanti le testimonianze degli operai che raccontano il lavoro gomito a gomito con i due impiegati**).

L'INPS però ricorre in Cassazione, la quale, intravedendo una falsa interpretazione dell'art13, comma8 L.257/1992 annulla la sentenza di 2° grado rimandando il giudizio in Corte d'Appello con il compito di appurare, **quello che non è stato fatto per gli operai**, l'inquinamento atmosferico come da legge n° 277 del 1991. Nella sentenza della Cassazione si legge quello che la legge non dice, ma il legislatore pensava, per questo di difficile interpretazione, è cioè che solo 600/1200 persone erano state segnalate dagli esperti come meritevoli dei benefici, tanto che non tutti possono pensare di ottenerli solo perché sono stati esposti alle polveri di amianto per un tempo superiore ai dieci anni, ma dovranno provare l'effettivo superamento di esposizione con valori limite superiori a quelli indicati nel suddetto decreto legislativo n° 277 del 1991, questo per rendere giustizia a tutti e "non avere decisioni diverse per casi sostanzialmente uguali". Leggendo questo è difficile accettare il giudizio quando nel ns. caso **4 persone hanno avuto tre giudizi diversi**, avendo lavorato fianco a fianco nel solito posto di lavoro senza pensare ad una discriminazione fra operai ed impiegati ritenendo gli ultimi, in camicia e cravatta, come un luogo comune spesso ci descrive.

Non sempre l'impiegato vive nell'ovatta di un ufficio, basti pensare ad un tecnico di cantiere che divide la sua giornata lavorativa insieme ai muratori nel fango e nella polvere del cantiere edile per avere l'esempio di quello che è stato il nostro lavoro, senza dimenticare, che stiamo parlando di aria respirata inquinata da fibrille di amianto invisibili e cancerogene.

Altre considerazioni potrebbero essere fatte su questo giudizio o forse la spiegazione è tutta in un passaggio della sentenza della Cassazione, cito verbalmente: “ **E questa conclusione riceve un decisivo avallo dalla considerazione che una interpretazione come quella sostenuta dagli attuali resistenti finirebbe per legittimare un notevole sfioramento di ogni pur attendibile previsione di spesa, che studi di settore indicavano interessare 1200 lavoratori, con un importo ammontante a circa 72 miliardi.**”

Siamo quindi a dovere dimostrare che i limiti imposti da una legge del 1991 venivano superati negli anni 60/70/80 senza che in quel periodo nessuna istituzione preposta al controllo avesse fatto verifiche, solo l'INAIL di Bergamo per competenza di zona (la Soc. SACELIT era amministrata dall'Italcementi capogruppo) ha rilasciato dichiarazione che la ditta era **obbligata ai versamenti per l'asbestosi**, ma questo non basta ne all'INPS ne alla Cassazione perché detta dichiarazione non parla di Firenze, anzi i mancati controlli alla Filiale di Firenze erano dimostrazione che l'INAIL sapeva che tutto andava bene. Fermo restando questo concetto viene da chiedersi: -se tutto andava bene, su quale base l'INAIL ha accertato l'esposizione alle polveri di amianto all'operaio?

Senza fare inutili polemiche, credendo nella buona fede di tutti, è però evidente che nella nostra causa non si è pensato a giudicare quanto accaduto, ma ha non creare **un caso**, che potesse aprire le porte a tante altre persone che non erano state conteggiate dagli esperti (solo il Pretore ed i giudici del 2° grado analizzando i fatti ci avevano dato ragione).

Era doveroso precisare quanto sopra prima di chiederVi, se nei vostri archivi avete documentazioni utili quali misurazioni fatte a suo tempo in ambienti e lavorazioni analoghe, magari durante il taglio del cemento-amianto. Molto utile sarebbe conoscere il nominativo di periti, esperti del settore, che potessero redigere una perizia, anche se teorico/storica, di quello che può essere stato il nostro lavoro magari visitando il vecchio posto di lavoro e dopo un incontro con il nostro legale, ovviamente il tutto dietro remunerazione.

Ringraziando anticipatamente, per il Vostro interessamento, o per i consigli che vorrete darci per superare questa **prova impossibile impostaci dalla sentenza della Cassazione**, Vi prego gradire i miei più distinti saluti.

Mauro Bartoli

LETTERA APERTA ALLE ISTITUZIONI ED AUTORITA' LOCALI, ALLE FORZE POLITICHE E SOCIALI

Amianto: i pugliesi aspettano dopo 10 anni il censimento e la bonifica dei siti a rischio.

Gli avvisi di garanzia ai sindaci che hanno guidato la città di Brindisi negli ultimi anni, nell'ambito del procedimento penale conseguente all'incendio recentemente sviluppatosi in un capannone dell'ex-Saca di proprietà del Comune capuluogo, nonché numerosi sequestri di siti industriali o artigiani dismessi, sedi di manufatti in amianto, hanno riacceso l'attenzione su questo problema così importante per la salute pubblica.

Per la legge 257/92, la Regione, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge medesima, avrebbe dovuto predisporre i piani di protezione dell'ambiente, di decontaminazione, di smaltimento e di bonifica ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto. (art 10). Tra i numerosi adempimenti previsti da questa norma si rilevano il "censimento degli edifici nei quali siano presenti materiali o prodotti contenenti amianto libero o in matrice friabile, con priorità per gli edifici pubblici, per i locali aperti al pubblico o di utilizzazione collettiva e per i blocchi di appartamenti"(lettera l); la rilevazione sistematica delle situazioni di pericolo derivanti dalla presenza di amianto (lettera f); il censimento delle imprese che utilizzano o abbiano utilizzato amianto nelle rispettive attività produttive, nonché delle imprese che operano nelle attività di smaltimento o di bonifica (lettera b);

La legge 257/92 stabiliva inoltre quanto segue: "Le unità sanitarie locali effettuano l'analisi del rivestimento degli edifici di cui all'articolo 10, comma 2, lettera l), avvalendosi anche del personale degli uffici tecnici erariali e degli uffici tecnici degli enti locali.

Presso le unità sanitarie locali è istituito un registro nel quale è indicata la localizzazione dell'amianto floccato o in matrice friabile presente negli edifici. I proprietari degli immobili devono comunicare alle unità sanitarie locali i dati relativi alla presenza dei materiali di cui al presente comma". (Art 12)

A fronte di questi obblighi di legge ci risulta che con una circolare del novembre 1996 l'Assessorato Regionale alla Sanità invitava i comuni ad effettuare un censimento delle strutture pubbliche e private con possibile presenza di amianto. Tale circolare produceva a Brindisi, nel maggio 1997, un'ordinanza sindacale con la quale si chiedeva agli enti pubblici (con specifici avvisi) ed ai privati (con manifesti) di comunicare al Comune l'eventuale presenza di amianto nei fabbricati. La richiesta rimaneva senza alcun riscontro, pare anche da parte dei responsabili delle strutture pubbliche, fatto questo che, se accertato, sarebbe di estrema gravità. Né risulta siano state avviate altre iniziative locali intese a dare risposte organiche e complete all'esigenza di rilevare la presenza di amianto per l'adozione delle misure a tutela della salute pubblica legislativamente disposte.

Nel dicembre 1998 la Giunta Regionale predispondeva un progetto per la redazione di un piano regionale sull'amianto, come previsto dall'art. 10 della citata Legge, ma a tutt'oggi il piano non risulta varato.

Il DPR 8 agosto 1994 elenca numerose attività produttive, da sottoporre a controllo, in cui è possibile la presenza di amianto senza che lo stesso sia oggetto della lavorazione. Il controllo su tali attività produttive è a carico delle unità sanitarie locali. Lo stesso decreto stabilisce la strumentazione di cui le USL devono dotarsi per effettuare le analisi necessarie.

Per quel che si sa, va dato atto alla AUSL di aver condotto controlli in scuole ed ospedali del brindisino ed di aver acquisito le relative schede, ma a tutt'oggi non esiste il registro prescritto dalla legge sull'amianto (art.12) per la parzialità dei dati disponibili.

-Perché non si mette l'AUSL in condizioni di svolgere attraverso i propri servizi, i controlli e gli adempimenti di competenza?

-Perché non si mette in condizione l'AUSL di utilizzare con personale adeguato la strumentazione di cui finalmente dispone?

Medicina Democratica denuncia i ritardi nell'attuazione della normativa indicata:

- all'opinione pubblica perché faccia sentire la sua protesta in tutti gli ambiti di partecipazione democratica
- a tutte le Autorità competenti perché accertino le cause di questi ritardi e provvedano a rimuoverle;
- alle forze politiche e sociali perché si facciano carico di un problema di grande rilievo per la salute dei cittadini.

Medicina Democratica rinnova la richiesta di una pubblica Conferenza dei Servizi sull'efficienza del Presidio Multizonale di Prevenzione e chiede che questa istanza non cada nel vuoto.

La sezione provinciale
(dr Maurizio Portaluri)

CRONISTORIA della "Reunion latino-americana del asbesto" Buenos Aires 1-3 ottobre 2001

Sono tornato dal viaggio in Argentina con un grande senso di angoscia per il livello di povertà che ho potuto constatare soprattutto nelle mie passeggiate serali a Buenos Aires.

In particolare mi hanno colpito l'ampiezza e la "stratificazione" della povertà, dai più disagiati e rassegnati che stazionavano stesi su materassi sui marciapiedi a quelli più attivi che tentavano di procurarsi reddito nei modi più diversi : alcuni saltando sugli autobus a tutte le fermate e cercando di vendere cioccolata e dolci , altri (ed è la cosa che mi ha colpito di più) organizzati in vere e proprie squadre che con estrema tempestività assaltavano e squartavano i sacchi di rifiuti alla ricerca di qualcosa da recuperare e riciclare; sembrava una catena di montaggio notturna, frenetica e velocissima perché, lo si capiva subito, l'abilità consisteva nello squartare i sacchi dei rifiuti prima dell'arrivo dei camion che li raccolgono per portarli allo smaltimento definitivo.

Di popolazioni che vivono drammaticamente dai proventi di discariche sappiamo ed abbiamo sentito parlare in numerosi altri casi, dal sud America all'Africa, ma l'Argentina era persa, fino ad un certo punto, fuori da questa area di rischio.

Al ritorno in Italia, e prima dello scoppio della rivolta popolare che ha seminato enormi lutti, ho avuto conferma del fatto che la mia constatazione non riguardava fatti occasionali; anzi ho appreso ulteriori particolari: che i rifiuti di Buenos Aires vengono considerati tra i più "appetibili" del mondo (segno dell'enormità del divario tra ricchi e poveri) e che, considerata la diffusione dell'assalto ai rifiuti, le ferrovie avevano organizzato corse notturne con carri merci per consentire alle masse di poveri e cercatori di rifiuti, di raggiungere Buenos Aires dalla periferia, fare il loro "lavoro" e tornare a casa con il "raccolto".

Queste ulteriori conferme hanno rafforzato i miei presentimenti di una catastrofe sociale imminente che infatti si è verificata subito dopo ed è ancora in corso.

Una mia particolare partecipazione emotiva a quello che vedevo mi derivava da una vicenda personale: il fatto che mio nonno, contadino- evidentemente- povero del sud d'Italia, nel 1927-1928 abbia vissuto da emigrante a Buenos Aires, e non credo per fare lavori particolarmente salubri, avendo lasciato a casa moglie e due figli.

Avevo comunque, anzi avevamo (come convegnisti e partecipanti alla "reunion") , registrato un altro sinistro segnale foriero di crisi e di ulteriore restrizione dei diritti del popolo argentino con riferimento particolare al diritto alla salute e ad un ambiente salubre. Eravamo ancora riuniti in seduta plenaria, l'ultimo giorno di convegno, circa alle sette di sera, quando gli organizzatori della riunione hanno letto una missiva appena giunta al governo argentino da quello canadese: il tono della comunicazione era: "sulla questione del

bando dell'amianto vi invitiamo a ripensarci".

Pressioni analoghe, avevamo appreso nel corso del convegno, il governo canadese le ha esercitate sul governo cileno senza però ottenere, a tutt'oggi, risultati. Pochi minuti prima avevo fatto una proposta alla seduta plenaria delle organizzazioni sindacali e sociali sulla quale tornerò nelle conclusioni di questo articolo. In sostanza il governo canadese preoccupato dello scenario che sta emergendo in sud America tentava di condizionare il diritto alla autodeterminazione del popolo argentino; purtroppo, con la situazione socio- economica di oggi questi "condizionamenti" , ma è meglio chiamarli col loro vero nome e cioè "ricatti", rischiano di essere molto più facili.

Cronaca del convegno.

E' stato aperto dagli organizzatori argentini, un gruppo di funzionari del Ministero della Sanità e di quello del lavoro, con una introduzione estremamente lucida e del tutto condivisibile che ha per l'ennesima volta smontato i falsi miti legati all'amianto, miti ormai sepolti in Italia, nonostante alcuni rigurgiti, ma ancora terribilmente radicati nei paesi del sud del mondo.

La relazione di apertura di Eduardo Rodriguez è stata chiara ed esaustiva; i falsi miti legati all'amianto sono stati ricondotti a dodici: quello della cancerogenicità della sola crocidolite; quello del cosiddetto "uso sicuro" dell'asbesto; quello della riconducibilità delle malattie solo alle esposizioni vecchie e di entità elevata; quello dell'esistenza di un limite di accettabilità; quello secondo cui l'amianto , nel fibrocemento, resta incapsulato e quindi innocuo; quello secondo cui l'uso dell'amianto sarebbe l'unico modo per distribuire l'acqua potabile nei paesi poveri; quello secondo cui l'amianto a spruzzo non sarebbe stato mai usato in Argentina; quello della inesistenza di prodotti meno pericolosi, quindi tanto vale non sostituirlo; quello della non responsabilità delle imprese e della possibilità di gestire l'amianto qualora esistesse un buon sistema di controlli; quello degli effetti negativi sulla occupazione causati dalla fuoriuscita dall'amianto; quello secondo cui l'amianto sarebbe un problema solo di salute occupazionale; infine il falso mito secondo cui la proibizione dell'asbesto sarebbe una decisione improvvisata e senza fondamento tecnico.

Molto forte, ovviamente e giustamente, il risentimento emerso dalla relazione di Rodriguez contro la strategia del "doppio standard", una vera infamia contro i paesi poveri ancora pienamente adottata nell'era della globalizzazione.

Come è noto "doppio standard" significa che una multinazionale adotta standards di sicurezza diversi da paese a paese a seconda del livello di ricattabilità dei lavoratori e di povertà del contesto sociale.

Un'altra questione che gli organizzatori argentini hanno

sottolineato con vigore (soprattutto Anna Digon) è la questione del protocollo di Rotterdam (protocollo PIC); questo protocollo è una procedura di garanzia dei paesi più poveri affinché il loro mercato non sia utilizzato come "pattumiera" dai paesi economicamente più forti per scaricarvi prodotti nocivi ed indesiderati;

è stato sottolineato che a volte il divieto di importazione di una certa materia prima non è sufficiente in quanto praticamente inefficace contro l'importazione di merci che la contengono (potrebbe essere il caso dell'amianto come materia prima e del cemento-amianto come prodotto che contiene le fibre cancerogene). Il protocollo PIC non può però essere invocato contro una sostanza tossica se il paese che non vuole importarla non ha esplicitamente legiferato in questo senso.

Pur trattandosi di una "reunion latinoamericana" sono convenute associazioni provenienti da altri continenti, per esempio dall'Europa, dal Sud Africa, dal Kazakistan, facendo di questa riunione un meeting mondiale pur con alcune assenze che, nella prossima circostanza, si cercherà di colmare.

Prima di passare in rassegna gli interventi dei rappresentanti delle singole realtà locali, una considerazione sul "clima" della "reunion": un clima militante d'altri tempi; c'era la consapevolezza di portare avanti una battaglia che ha una grande valenza etica, sociale ed ambientale e si percepiva pure una estrema determinazione a far valere le ragioni della salute umana e dell'ambiente su quelle del profitto economico.

L'Argentina si è proposta, sostanzialmente, con un ruolo guida per il sud America anche se i fatti delle settimane successive fanno quantomeno sorgere il dubbio che questo ruolo guida possa essere esercitato essendo anche cambiata la compagine governativa.

Per dare l'idea di come il bando sia ancora "fresco" (e comunque a partire dal 1° gennaio 2003) mi ha fatto una certa impressione, abituato all'Italia, di trovare sulle "paginas doradas" di Buenos Aires (le nostre pagine gialle) edizione 2000 e 2001 la pubblicità, di cui mi sono procurato copia, di numerose aziende che commercializzano ed importano amianto, anche se qualcuna di queste già con un piede nei prodotti sostitutivi ed alternativi.

Va certamente fatta una precisazione: in Argentina l'ipotesi di mettere l'amianto fuori legge non ha avuto lo stesso sostegno popolare che ha avuto in Brasile eppure i risultati, agli inizi di ottobre, erano migliori che in Brasile; alla base della decisione sull'amianto c'era stata piuttosto una intelligente azione di operatori di strutture pubbliche che hanno spinto nella direzione giusta; riflesso di questa azione è stata appunto la relazione lucida e lungimirante degli organizzatori che ha aperto il convegno.

La discrepanza tra la situazione argentina e quella brasiliana è facile da spiegare: in Brasile le lotte operaie e popolari hanno trovato una opposizione feroce poiché il Brasile è un paese oltre che consumatore anche produttore di amianto. In Argentina le resistenze sono state di gran lunga inferiori. In

Brasile comunque la lotta senza quartiere condotta dall'Abrea (l'associazione brasiliana esposti ad amianto) e dai sindacati dei lavoratori, appoggiata da altre realtà sociali e istituzionali, pur non avendo approdato agli stessi risultati dell'Argentina, ha segnato alcune tappe importanti sulla strada della fuoriuscita dall'amianto sulle quali si ritornerà.

Va segnalata la situazione del Cile dove l'amianto è già fuorilegge;

avevamo ricevuto una allarmata segnalazione da parte di alcuni operatori internazionali italiani in Cile alla fine di settembre circa l'uso indiscriminato di cemento - amianto nelle abitazioni, soprattutto nelle baracche in cui vive la popolazione più povera; la segnalazione, associata alla richiesta di quali indicazioni dare agli abitanti di queste abitazioni a rischio, era aggravata dalla percezione di un esplicito atteggiamento di sottovalutazione del problema da parte delle associazioni ambientaliste locali, non nel senso di ignorare l'esistenza del rischio ma nel senso di considerarlo un problema ultra- secondario;

in verità la segnalazione giuntaci ed il quadro fatto a Buenos Aires dai rappresentanti del Cile coincidono; la situazione è questa: il provvedimento che mette fuori uso l'amianto, crisotilo compreso, esiste effettivamente (anche se pare ci siano alcune rare eccezioni al divieto di impiego) ma, come dicono in America del sud, manca la "fiscalizacion", cioè mancano i controlli; stiamo comunque parlando, anche in questo caso come per l'Argentina, di un paese consumatore, ma non produttore di amianto.

Veniamo al Brasile;

è il paese che ha dato di più alla lotta all'amianto pagando anche costi umani atroci con omicidi di sindacalisti ed ambientalisti; alla violenza omicida si affiancano, ovviamente, altre armi a volte non meno pericolose come, ad esempio, la disinformazione: un luogo comune diffuso dai padroni dell'amianto è la presunta innocuità non tanto del crisotilo ma in particolare del crisotilo brasiliano; ogni mondo è paese se questa mistificazione "campanilistica" è stata ascoltata anche dal prof. Bianchi di Monfalcone al quale hanno raccontato, in Russia, che l'amianto crisotilo russo è innocuo!

Come si diceva alcuni importanti risultati in Brasile sono comunque stati ottenuti: tutti i tipi di amianto sono fuori legge in alcuni stati brasiliani (Mato Grosso del sud, San Paolo, Rio de Janeiro e Rio Grande del sud).

In tutti gli altri stati è consentito l'uso dell'amianto crisotilo con uno standard di riferimento (comunque virtuale nel senso che nessuno controlla che non venga superato) di 2000 fibre/litro: un paradiso per i nostri Inail, Inps e Confindustria!

L'amianto a spruzzo sarà vietato solo a partire dal 1.1.2003.

Una aggravante è che l'antofillite (che è un amianto anfibolo quindi analogo alla crocidolite) pur vietata sarebbe ancora commercializzata clandestinamente.

Come si diceva il movimento di lotta ha ottenuto risultati più scarsi che non in Cile ed Argentina ma certamente è in Brasile che si gioca la partita decisiva

contro l'amianto in sud America poiché una vittoria in Brasile bloccherebbe anche le esportazioni; il livello del conflitto non è solo sociale ma anche istituzionale: lo stato di Goyas, che è uno stato produttore di amianto, ha fatto ricorso alla corte costituzionale contro la decisione degli altri stati che hanno messo l'amianto fuori legge.

La forza del movimento di lotta e dell'Abrea, la loro determinazione, lucidità e, se vogliamo, ottimismo, si sono fatte sentire nel convegno di Buenos Aires; è stato notevole anche il contributo su temi strettamente tecnico - scientifici; per esempio i brasiliani, tra loro la travolgente Fernanda Gianasi, hanno denunciato l'uso perverso che si fa in Brasile della terminologia di "placca asbestosica benigna", una formula "nosografica" che da un lato prelude al disconoscimento sul piano medico- legale di qualunque indennizzo assicurativo e dall'altra parte destina il lavoratore alla marginalizzazione dal mercato del lavoro; la delegazione brasiliana ha proposto con forza che la terminologia venga cancellata; su questa stessa lunghezza d'onda un pneumologo di origini italiane, Antonio Labbate, che ha sottolineato con vigore quanto e perché sia inaccettabile l'ipotesi della innocuità delle "basse dosi"; giustamente il prof. Labbate ha criticato il concetto di "soglia di sicurezza" non solo per gli effetti cancerogeni, ma anche per gli effetti fibrogeni. Credo che si possa pienamente condividere questo parere poiché se è vero che per giungere ad una asbestosi conclamata dal punto di vista clinico e radiologico l'esposizione deve essere abbastanza alta è anche vero che anche una singola fibra comporta una aggressione e da innesco a lesioni che sono alla base di un processo fibrogeno anche se non rilevabile al primo stadio con i comuni (e grossolani) mezzi di indagine strumentale.

La proposta dei brasiliani merita di essere accolta perché se è vero che il lavoratore con placche pleuriche non deve intendere questa diagnosi come segno premonitore certo di un futuro sviluppo cancerogeno (le statistiche al riguardo danno risultati "controversi" ma, soprattutto, i dati epidemiologici sui gruppi non dicono nulla in termini di previsione prognostica individuale) è altrettanto vero che il disconoscimento di placche pleuriche come malattia professionale è una assurdità che può essere legittimamente vissuta dal lavoratore come una ingiustizia se non come una beffa.

Particolarmente pesante la situazione in MESSICO; uno studio del 1999 (Aguilar) ha evidenziato che gli addetti alla produzione di manufatti in amianto nella Valle de Mexico (prevalentemente freni) sono 4100 suddivisi in 29 compagnie imprenditrici; le abitazioni sono pericolosamente vicine alle fabbriche; i diritti sindacali sono inesistenti; il 100% dei lavoratori non conosce le norme di prevenzione; le importazioni di amianto tra il 1992 ed il 2000 hanno subito un incremento da 3.209.140 tonnellate/anno a 4.356.306; attualmente l'importazione è al 60% dal Canada ed al 38% dal Brasile; altro dato significativo: il costo dell'amianto per kg. è diminuito da 0,51 a 0,46 centavos; le esportazioni sono verso Honduras, Salvador, USA, Malesia, Canada, Belize.

La situazione del Messico è quindi molto significativa ed emblematica per varie ragioni:

- 1) via via che si restringono alcuni spazi commerciali gli spacciatori di amianto cercano di procurarsene altri: siamo in un sistema di vasi comunicanti; questa non è certo una novità (vedi i dati del British geological citati più avanti) ma è una conferma della lacunosità di una strategia che puntasse a mettere fuori legge l'amianto solo in alcuni paesi;
- 2) i paesi poveri agiscono da laboratorio sporco con manodopera a basso costo per quei governi o quelle multinazionali che non vogliono rinunciare all'uso o ai profitti sull'amianto; gli USA, ad esempio, non hanno adottato una politica di divieto d'uso, ma non si fabbricano l'amianto in casa, se lo procurano già confezionato mettendosi al riparo quindi dalla fase più pericolosa, ma su questo tornerò; d'altra parte il Messico è noto a livello mondiale per il triste fenomeno delle maquiladoras che sono isole di produzione al servizio del capitale straniero senza particolari vincoli, "lacci e laccioli" sulle condizioni ambientali, lavorative, salariali e sui diritti sindacali.

Non passerò in rassegna paese per paese, tutte le situazioni che hanno inviato delegazioni al convegno ma per dare una idea della importanza della riunione sottolineo che erano rappresentati, oltre ai paesi già citati, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Germania, Italia, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perù, Olanda, Gran Bretagna, USA, Uruguay, Venezuela.

Il quadro è sostanzialmente questo: le associazioni non governative marcano spedite sull'obiettivo di mettere l'amianto fuori legge nel più breve tempo possibile; più incerto e titubante invece l'orientamento dei governi che, a parole, dichiarano di voler tutelare la salute dei lavoratori ma che spesso non hanno la volontà politica sufficiente per sfidare ritorsioni e boicottaggi;

il quadro previdenziale ed assicurativo è orientato alla più sfrenata privatizzazione, quando non è assolutamente inesistente; andiamo infatti da situazioni come l'Argentina a quella del Paraguay; in Argentina vige una assicurazione privata (ART-aseguración riesgos de trabajo) che precorre quella ipotizzata in Italia dal governo Berlusconi: il sistema privato comporta la pressoché totale impossibilità, per il lavoratore, di dimostrare il nesso di causa tra l'esposizione e la malattia;

in Paraguay invece, per fare un esempio, l'asbestosi non è neanche sottoposta a denuncia obbligatoria al ministero della sanità; sempre in Paraguay il ministero della sanità può contare su un solo tossicologo, peraltro assunto da poco e proveniente da una azienda privata; ancora un esempio: in Ecuador la vigilanza - che è comunque lettera morta - sarebbe affidata al Ministero degli Esteri!

Debole la posizione di Cuba, attendista e quasi agnostica; è vietato comunque l'amianto blu;

pur essendo presenti tre fabbriche per la produzione di cemento - amianto i casi di mesotelioma individuati

(circa 18 ogni anno) non sarebbero effetto di esposizioni professionali; le lavorazioni sono ad umido; non viene superata l'esposizione a 2000 fibre/litro, ecc. Cuba comunque non si è dichiarata contraria a recepire le conclusioni della "reunion latinoamericana" quindi è possibile che l'atteggiamento "cauto" della rappresentante cubana al convegno prelude ad una imminente decisione positiva; in realtà pensiamo di capire bene come stiano i fatti; la posizione apparentemente incerta di Cuba non è sintomo di dubbi sul piano scientifico e sociale ma è effetto di prudenza legata alle condizioni dell'iniquo "bloqueo" imposto dagli USA; verosimilmente quella di rendere critici i rapporti anche con i paesi che non aderiscono al "bloqueo" comunicando loro l'intenzione di non acquistare più amianto è una ipotesi che Cuba non è in condizioni di affrontare a cuor leggero; Cuba importa amianto soprattutto da Canada e Russia;

la presenza di amianto nel territorio è relativa soprattutto a tetti e acquedotti (il 98% delle rete sarebbe in amianto); una spinta alla riduzione della produzione e dunque della diffusione nel territorio pare averla data il turismo, risorsa strategica per Cuba;

Cuba per il suo patrimonio sociale, culturale e scientifico, per la sua straordinaria rete di medicina occupazionale (53 centri di salute occupazionale con più di mille medici), è nelle condizioni di assumere un ruolo guida tra i paesi poveri di tutto il mondo sulla strategia della messa al bando a livello planetario dell'amianto; credo che si possa e si debba avviare un dialogo su questo argomento, anche per il tramite della associazione Italia- Cuba, al fine, per esempio, di lanciare una campagna internazionale di sostegno alla fuoriuscita di Cuba dall'amianto ed alle relative bonifiche.

Nicaragua:

dal 1991, anno in cui ha chiuso l'unica fabbrica che utilizzava asbesto, il Nicaragua non è più tra i paesi produttori; il maggior problema oggi esistente è la totale assenza di controlli sulle importazioni e l'utilizzo di amianto (lamine e freni) da parte di meccanici ed artigiani i cui luoghi di lavoro spesso coincidono con l'ambiente domestico.

Costa Rica.

Devo dire che ho vissuto con viva emozione il fatto che la rappresentante del Costa Rica abbia, nel corso del suo intervento, citato un passo di Giulio Maccacaro dal famoso articolo "Vera e falsa prevenzione" (Sapere settembre 1976); segno di come le tesi e le lotte di Medicina Democratica abbiano positivamente "contagiato" in tutti gli angoli del pianeta; evidentemente però Medicina Democratica, pur avendo fatto scuola in ambienti significativi, non ha fatto breccia nel ceto politico visto che la situazione in questo paese centroamericano è abbastanza arretrata: l'amianto viene importato senza restrizioni (soprattutto pastiglie per freni di auto e motociclette); vige la deleteria strategia del cosiddetto "uso controllato" abbinato ad un limite di esposizione "accettabile"; le norme di tutela della salute dei lavoratori esistono poi solo sulla carta e vengono del tutto disattese,

soprattutto nelle imprese piccole; infine, fatto estremamente grave, non esistono statistiche delle malattie professionali ma solo degli infortuni; l'ipotesi comunque di mettere l'amianto fuori uso non è precluso a priori e, speriamo, potrebbe prendere impulso proprio, come per tutti gli altri paesi presenti, dalla "reunion".

Per quanto riguarda le situazioni territoriali lontane dal sud e dal centro America:

Il sud Africa del post - apartheid è fuoriuscito dall'amianto;

le cave e le fabbriche oggi sono chiuse ed oggetto di programmi o di interventi di bonifica e di messa in sicurezza; nonostante questa prospettiva positiva per il futuro l'intervento di un legale delle vittime dell'amianto è stato particolarmente drammatico, soprattutto per le vicende del passato e per la puntuale denuncia del pressoché totale disconoscimento (per intenderci modello Bophal) delle malattie subite dai lavoratori e dai loro familiari sudafricani; per le vittime inglesi, per quanto i risarcimenti economici non potranno mai risarcire i danni morali ed i lutti, le cose sono andate un po' diversamente; d'altronde anche altri relatori al convegno hanno denunciato fatti analoghi cioè inique ed enormi discrepanze nel riconoscimento di danni alla salute a seconda che le vittime fossero indios o sudamericani non nativi;

le vicende del passato (torno sul Sudafrica) fanno davvero rabbrivire: le cave hanno visto una enorme presenza di lavoro minorile (anche bambini di 6 anni); il legale delle vittime ha ironizzato amaramente sull'uso dei dispositivi di protezione individuale che se erano scarsi o assenti per gli adulti erano semplicemente inesistenti per i bambini perché nessuno sarebbe così cinico da fabbricare maschere oronasali di piccole dimensioni...

particolarmente odiosa poi la superficialità dei "controlli sanitari" effettuati sui lavoratori, aleatori ed inefficaci per tutti ma effettuati, per i lavoratori di colore, con radiografie di piccolissime dimensioni tali da essere del tutto inutili anche dal punto di vista della diagnosi precoce.

Molto importante la situazione del Kazakhstan, che è un paese produttore, illustrata da un preoccupante e documentatissimo reportage di un gruppo ecologista irlandese (ATEC-LLP); in condizioni ordinarie il livello di inquinamento negli impianti di produzione è di 5000 fibre/litro e ciò non comporta l'adozione né di precauzioni, né di interventi di prevenzione primaria né di controlli da parte di chicchessia essendo l'economia di questo come di altri paesi dell'area ex - sovietica in condizioni di assoluta deregulation; come si tornerà a dire nelle conclusioni un blocco della estrazione dell'amianto in questo paese, in assenza di una capacità di autodifesa dei lavoratori e dei cittadini, può forse essere perseguito più efficacemente, oltre che da un blocco degli acquisti, anche dall'elaborazione di un piano internazionale di cooperazione a sostegno della dismissione delle cave.

Molto negative sono le notizie sulla "questione - amianto" in Lituania, ma è noto che la gravità della

situazione si estende sostanzialmente a tutta l'Europa dell'Est, con qualche eccezione; a questo proposito si pone per noi il problema di allacciare urgentemente rapporti di cooperazione con i movimenti ambientalisti ed operai di questi paesi in quanto oggi i contatti sono troppo labili.

Europa occidentale

Da segnalare il dibattito emerso tra il nostro amico Terracini ed il pneumologo argentino prima citato sui tumori da amianto extraprofessionali; Terracini, che ha sempre dato un rilevante contributo scientifico all'accertamento della nocività dell'amianto e di recente ha contribuito alla "spallata" finale sulla cancerogenicità del crisotilo, ha sul problema di alcuni tumori extrapolmonari da amianto, una posizione che tende ad assolutizzare troppo i dati epidemiologici; di conseguenza, per esempio per i tumori dell'apparato gastroenterico, poiché i risultati delle indagini epidemiologiche non sono univoci nel delineare un aumento della mortalità per gli esposti ad amianto, Terracini critica come troppo perentoria la tesi della cancerogenicità.

Il discorso è lungo e complesso, fu già affrontato approfonditamente dal prof. Berrino nel convegno europeo Banasbestos dell'aprile 1993 a Milano e non possiamo riaffrontarlo in maniera organica in questa sede; comunque la nostra posizione, come AEA, è che nel singolo caso di incidenza di tumore di questo tipo ai danni di una persona esposta ad amianto ci siano tutti gli elementi per avviare la procedura per il riconoscimento della malattia professionale e/o della lesione colposa nel caso di riscontro di omissioni di misure di sicurezza.

Italia

Il mio intervento a nome dell'AEA è stato salutato con grande simpatia dai convegnisti; per facilitare la comunicazione ho portato un poster riassuntivo della storia dell'amianto in Italia dagli inizi del secolo ad oggi, nonché un notevole numero delle due ultime edizioni del bollettino dell'associazione ed infine alcune copie degli atti del convegno di Casale Monferrato del 1995; tutti vedono all'Italia come ad un esempio importante, quasi un paese - guida, per i risultati ottenuti e, sicuramente, alcuni aspetti della legislazione come la norma per la pensione anticipata degli esposti ad amianto o la legge regionale del Friuli Venezia Giulia devono essere stati visti come lontani anni luce rispetto a certe situazioni locali del sud e del centro America; tuttavia constatare che i lavoratori ed i cittadini in un'altra parte del mondo abbiano acquisito certi diritti non può che rafforzare le posizioni più deboli in una ottica di necessario ed improcrastinabile ugualitarismo globalizzato.

Usa

Un riferimento va fatto all'intervento di Barry Castleman, docente universitario statunitense da molti anni impegnato nella battaglia per mettere l'amianto fuori legge. Castleman si è soffermato su alcune questioni: la prima è la divisione internazionale del lavoro e della nocività; come si è detto a proposito del Messico gli USA non hanno decretato il divieto d'uso

dell'amianto (probabilmente questa scelta attiene a sentimento di onnipotenza diffuso negli USA di poter controllare qualunque tipo di rischio, nucleare compreso) ma, per prudenza, oggi gli USA, utilizzano solo amianto confezionato e lavorato altrove (dal 1992 non si produce più cemento-amianto e la produzione di tessuto di amianto si è interrotta meno di 20 anni fa); Castleman ha riproposto immagini molto inquietanti che illustrano le condizioni di esposizione ad amianto nelle immediate vicinanze dei confini statunitensi col Messico; ad ogni modo il citato sentimento di onnipotenza va incrinandosi se la senatrice P.Murray con altri ha depositato nel 2001 una proposta di divieto d'uso dell'amianto; si tratta di una proposta consegnata prima dell'attentato alle torri gemelle che ha, tra l'altro, determinato amare riflessioni sulla sicurezza dell'amianto visto che le due torri ne contenevano, a protezione contro il rischio- incendio, con le conseguenze che è facile immaginare;

la seconda questione su cui si è soffermato Castleman è la tribolata vicenda del tentativo dell' OMC di mettere in discussione la legislazione francese per il bando dell'amianto; i rapporti "confidenziali" commissionati dall' OMC ad alcuni ricercatori, oltre ad essere diventati di fatto pubblici, si sono rivelati condizionati da alcuni vizi di fondo: anzitutto chiedevano pareri circostanziati sulla cancerogenicità del crisotilo ma valutazioni comparate tra crisotilo e fibre artificiali col chiaro intento di strumentalizzare le conclusioni; infatti alcune fibre artificiali possono essere altrettanto pericolose del crisotilo - siamo tra i primi a non voler occultare questo problema- tuttavia una valutazione comparata di questo genere è fuori luogo nel momento in cui si sta valutando se è necessario o no bandire il crisotilo; le conclusioni le conoscete, l' OMC ha perso la sua vertenza con la Francia ma, come ha denunciato Terracini sulla rivista Epidemiologia e Prevenzione, a seguito di una procedura così sofferta da far pensare che se il paese in conflitto con l'OMC fosse stato un paese meno influente della Francia l'epilogo avrebbe potuto essere diverso.

Conclusioni.

A Buenos Aires si è fatto un notevole passo avanti sul percorso del bando mondiale dell'amianto; mentre alcuni depliant del sindacato brasiliano riportavano le bandiere di 17 paesi che hanno messo l'amianto fuori uso, questo numero pare essere arrivato già almeno a 35; ultimo arrivo il Burkina Faso, ultimo e gradito perché ciò dimostra che anche i paesi poveri possono riuscire a svincolarsi da condizionamenti e ricatti.

E' ben evidente come la questione amianto evochi la contraddizione nord-sud e la vicenda, più generale, della "globalizzazione".

Questa constatazione politica è stata alla base della adesione formale che l'AEA ha dato alle manifestazioni contro il G8 a Genova.

Si accennava prima al problema della crescita di importazioni di amianto in Messico; da lungo tempo il quadro planetario di divisione della

nocività è estremamente chiaro; proprio ed anche da questo quadro abbiamo dedotto le "motivazioni" per aderire al Genova social forum; la vendita dell'amianto sta crescendo del 7% annuo; negli USA l'uso di amianto è inferiore a 100 grammi anno per abitante mentre in Brasile è superiore a un kilogrammo; secondo la British Geological Society le vendite di amianto sono crollate nel Nord America da 673.000 tonnellate nel 1970 a 30.000 tonnellate nel 1995, mentre quelle dirette all'Asia sono cresciute da 661.000 a 1137.000; è fin troppo evidente come il nord ricco esporti verso il sud povero una merce che è cancerogena per i ricchi come per i poveri ma che è ancor più pericolosa per questi ultimi perché gestita in assenza totale di controlli, di misure anche blande di prevenzione e di informazioni.

Nella riunione plenaria dei sindacati e delle associazioni non governative ho fatto una proposta che è stata molto applaudita anche se non è stata ripresa nelle conclusioni ufficiali delle commissioni (ma questo, ritengo, solo perché le conclusioni hanno avuto un taglio molto locale, cioè latinoamericano); la proposta è di una mobilitazione mondiale entro la primavera o comunque entro l'anno davanti alle ambasciate ed ai consolati canadesi nel mondo per protestare contro la scelta criminale del governo di

questo paese di assecondare la ricerca del profitto da parte dei padroni dell'amianto senza tenere in nessuna considerazione le ricadute negative sulla salute umana e sull'ambiente soprattutto nei paesi poveri.

Ovviamente il Canada non è l'unico responsabile; l'amianto viene prodotto anche in altri paesi che tuttavia hanno al loro interno gravi contraddizioni che non rappresentano con la stessa emblematicità del Canada la ricerca esasperata del profitto a tutti i costi; per intenderci sarebbe poco significativa una campagna per il boicottaggio del Kazakhstan anche se pure in questo paese dobbiamo arrivare al bando ma magari non sull'onda di una campagna di boicottaggio quanto col veicolo di progetti di cooperazione ed aiuto internazionale che incentivino la chiusura delle cave.

Si perché infatti la proposta è questa: l'avvio di una campagna di boicottaggio delle relazioni economiche col Canada fino a quando il governo di questo paese non decreterà il bando dell'asbesto.

Alla fine del convegno ci siamo salutati ed abbracciati per darci un appuntamento ad una prossima scadenza alla quale speriamo risulti ancora più capillare la presenza di associazioni e realtà provenienti da un raggio sempre più ampio di paesi.

La lotta continua e riprende da un punto ancora più avanzato

Vito Totire (presidente AEA)

(Sono disponibili i testi delle mozioni finali delle commissioni di lavoro ed il comunicato stampa col resoconto delle associazioni e realtà istituzionali che hanno partecipato).

SI RACCOMANDA AI RESPONSABILI DELLE SEZIONI DELL'AEA IL RINNOVO DELLA TESSERA PER IL 2002. CERTAMENTE LE CARATTERISTICHE DELLA ASSOCIAZIONE NON SONO IMPRONTATE ALLA BUROCRAZIA, CERTAMENTE PERO' L'ISCRIZIONE E IL SUO RINNOVO SONO UN SEGNO DELLA SUA VITALITA' E DELLA VOLONTA' DI CONTINUARE A LOTTARE. NON SOLO, MA COME E' GIA' STATO ANNUNCIATO QUEST'ANNO SI FARA' UNA GRANDE ASSEMBLEA, SEMPRE LEGATA A TEMI SPECIFICI, NELLA QUALE SI RINNOVERANNO LE CARICHE E SI RIPUNTUALIZZERA' L'ORGANIZZAZIONE. SI TRATTERA' DI UNA ASSEMBLEA APERTA COME D'ABITUDINE, SALVO CHE PER I RINNOVI DELLE CARICHE RISERVATI AI SOLI ISCRITTI.