

# Notiziario Inca

N. 8-9/2009

---

Salute e sicurezza

Welfare State in Europa

Diritti e tutele  
nel mondo

Approfondimenti





# Notiziario Inca

ANNO XXVII - N. 8-9 SETTEMBRE-OTTOBRE 2009

---

Salute e sicurezza

Welfare State in Europa

Diritti e tutele nel mondo

Approfondimenti



# Sommario



Antonella Lupi  
Bozzetto per la tessera della CGIL  
1995  
Acquerello su carta  
cm 12,7x11,5  
Direzione Nazionale CGIL

Tutte le immagini di questo numero  
sono tratte da «CGIL Le raccolte d'arte»  
edito da Ediesse, 2005

## ▼ Salute e sicurezza

- **L'amianto e i suoi effetti sulla salute dell'uomo** 7  
*di Morando Soffritti, Fiorella Belpoggi,  
Marco Manservigi e Eva Tibaldi*
- **La rimozione delle leggi e il processo penale** 35  
Intervista a Raffaele Guariniello  
*di Lisa Bartoli*
- **Tra il dire e il fare** 39  
Amianto. I benefici della legge 257/92  
*di Valerio Zanellato*
- **Confronto globale** 43  
Conferenza mondiale sull'amianto  
*Le relazioni dell'INCA:*
  - ▶ **L'amianto negli zuccherifici** 45  
*di Marco Bottazzi e Ilver Casadio*
  - ▶ **Il riconoscimento del danno morale: l'esperienza del Patronato** 51  
*di Marco Bottazzi*
  - ▶ **La tutela assicurativa delle patologie asbesto-correlate** 55  
*di Marco Bottazzi e Lelia della Torre*

## ▼ Welfare state in Europa

- **Quando i conti non tornano** 63  
Resoconto Eurostat su salute dei lavoratori  
e malattie di origine professionale  
*di Carlo Caldarini*

## ▼ Diritti e tutele nel mondo

- **Amianto - Il processo in Brasile**  
*di Vittorio Longhi*

75

## ▼ Approfondimenti

- **La Costituzione e i diritti sociali e del lavoro nell'Italia che cambia**  
*di Massimo Paci*

81

### **DIRETTORE RESPONSABILE**

Lisa Bartoli

### **REDAZIONE**

Sonia Cappelli

Via G. Paisiello 43

00198 Roma

Tel. (06) 855631

Fax (06) 85352749

E-mail:

comunicazione-informazione@inca.it

### **PROPRIETÀ E AMMINISTRAZIONE**

Casa editrice Ediesse srl

Via dei Frentani 4/a

00185 Roma

Tel. (06) 44870283/260

Fax (06) 44870335

### **ABBONAMENTI**

annuo € 25,00 - estero € 50,00

una copia € 4,00

C/C post. n. 935015

intestato a Ediesse srl

Via dei Frentani 4/a - 00185 Roma,

indicando la causale

di versamento «Notiziario Inca»

Spedizione in abbonamento postale 45% comma 20/b art. 2, legge 662/1996 Filiale di Roma iscritto al n. 363/83 del Registro delle pubblicazioni periodiche del Tribunale di Roma il 22.12.1983

Progetto grafico: Antonella Lupi  
Stampa: Tipografia O.GRA.RO. srl  
Vicolo dei Tabacchi, 1 - Roma

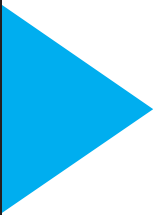
CHIUSO IN TIPOGRAFIA  
NOVEMBRE 2009

3

notiziarioinca



Salute  
e sicurezza

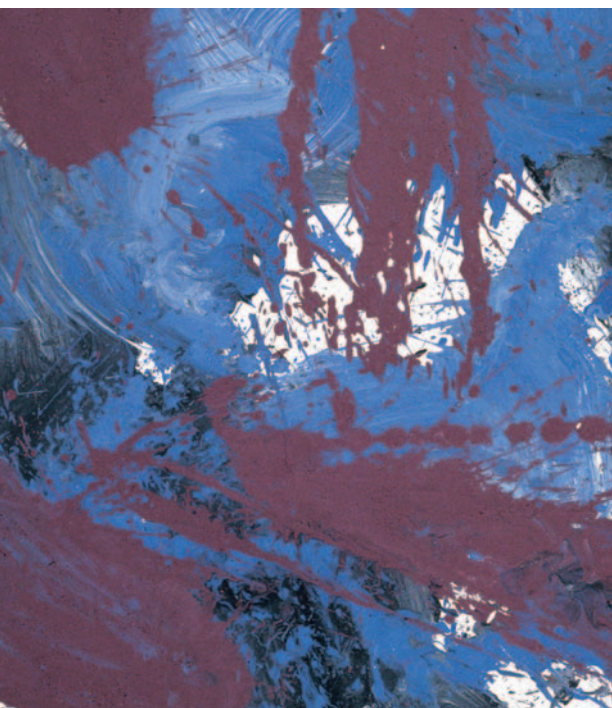






## L'amianto e i suoi effetti sulla salute dell'uomo

di **Morando Soffritti, Fiorella Belpoggi, Marco Manservigi, Eva Tibaldi\***



*Toti Scialoja  
s.t. - 1995  
(particolare)  
Vinavil su carta  
cm. 49,9x34,9  
Direzione Nazionale CGIL*

\* Centro di Ricerca sul Cancro  
Cesare Maltoni, Istituto Ramazzini,  
Bologna, Italia.  
[www.ramazzini.it](http://www.ramazzini.it)

**I**l crescente impiego, in vari settori produttivi, dell'amianto nell'ultimo secolo ha comportato l'immissione massiccia di questo minerale nell'ambiente dell'uomo.

Il fatto che da oltre sessanta anni si sappia che l'amianto è cancerogeno e, ancora da prima, che esso produce fibrosi polmonare, non ha impedito che a ritmo accelerato esso sia stato estratto dalle viscere della terra, immesso nella biosfera e portato a contatto dell'uomo.

L'amianto praticamente non è degradabile, e quindi permane indefinitamente nell'ambiente; una volta penetrato nell'organismo, viene in parte trattenuto nei tessuti per tutta la vita; i suoi effetti patologici sull'organismo umano, con riferimento in particolare a quelli cancerogeni, sono praticamente irreversibili; infine l'amianto oggi va considerato ubiquitario, ma raggiunge concentrazioni particolarmente alte, e pertanto più pericolose, in certi ambienti di lavoro e di vita. L'amianto rappresenta un problema di sanità pubblica del nostro tempo, di assoluta priorità, che ci pone davanti precisi e difficili quesiti:

1) come limitare o interrompere la sua progressiva immissione nell'ambiente, soprattutto in quei Paesi in cui ancora non è stato messo al bando; 2) come affrontare il problema dell'amianto già presente nell'ambiente generale; 3) come affrontare il problema dell'amianto già presente negli ambienti di vita e di lavoro, in altre parole, come disinquinare al fine di ridurre le situazioni espositive; 4) come riconoscere i danni subiti da persone che inconsapevolmente sono state esposte ad amianto nell'ambiente di lavoro e generale.

Si tratta di problemi che necessitano urgenti, puntuali e congrue soluzioni.

In questo resoconto si vuole produrre un'informazione che riguarda: 1) alcuni dati generali sull'amianto; 2) gli effetti patologici dell'amianto, compresi anche dati storici sulla conoscenza in Italia; 3) la normativa italiana e della Comunità Europea; 4) alcune note relative alle acquisizioni conoscitive sul processo di cancerogenesi in generale; 5) alcuni commenti conclusivi.

## I. DATI GENERALI SULL'AMIANTO

Vengono riportati alcuni dati generali sull'amianto che riguardano: 1) la definizione, i tipi e le caratteristiche; 2) la produzione; 3) gli impieghi; 4) la diffusione ed il destino nell'ambiente; 5) le popolazioni esposte.

### ▼ 1. Definizione, tipi, caratteristiche

Amianto o asbesto (le due parole sono interscambiabili) è il nome generico di una serie di silicati fibrosi naturali, molto diffusi in natura, che possono essere classificati in due gruppi primari: il gruppo della roccia serpentina, e quello degli anfiboli.

Sei silicati fibrosi naturali sono riconosciuti come amianto:

- ▶ crisotilo (noto anche come amianto bianco) (serpentino);
- ▶ actinolite, amosite, antofillite, crocidolite (noto anche come amianto blu) e tremolite (anfiboli).

Le proprietà fisico-chimiche peculiari dell'amianto sono:

- ▶ l'incombustibilità;
- ▶ la resistenza alle alte temperature;
- ▶ la resistenza elettrica;
- ▶ la resistenza all'usura;
- ▶ la resistenza alle sostanze chimiche aggressive, e la resistenza ai microrganismi;
- ▶ *in pratica quindi l'«indistruttibilità», che determina, come già detto, il suo lungo permanere nell'ambiente.*

Le suddette caratteristiche hanno reso l'amianto un prodotto di grande importanza industriale e di largo impiego. A tutt'oggi, esso sembrerebbe non completamente sostituibile da altri prodotti alternativi.

Delle suddette varietà di amianto, tre rivestono reale importanza industriale:

- ▶ *Crisotilo* (amianto bianco): rappresenta tuttora circa il 95% della produzione totale di amianto. Consta di fibre di lunghezza variabile; è soffice e setoso; ha una elevata resistenza meccanica e una buona tenuta agli agenti alcalini.
- ▶ *Crocidolite* (amianto blu): si presenta sotto forma di fibre diritte e flessibili; la sua resistenza meccanica e la sua tenuta agli agenti acidi è superiore a quella degli altri tipi di amianto.
- ▶ *Amosite*: ha fibre lunghe, diritte e fragili; la sua particolare stabilità al calore ne fa un materiale idoneo per l'isolamento termico.

## ▼ 2. Produzione

L'amianto è stato usato in piccole quantità per migliaia di anni, ma il suo impiego industriale data praticamente dagli anni intorno al 1880.

Nei cinquanta anni tra il 1880 e il 1930 la produzione mondiale cumulativa è stata valutata in circa 5.000.000 di tonnellate. Tale produzione è andata di seguito aumentando rapidamente: secondo dati ufficiali, nel solo 1976 ne sono state prodotte 5.178.000 tonnellate, ma, secondo valutazioni non ufficiali, all'inizio degli anni settanta la produzione annuale avrebbe toccato il picco di oltre 8.000.000 di tonnellate. In seguito, con l'allarme creato dalla diffusione delle conoscenze sugli effetti patologici del minerale, la produzione è andata diminuendo, ma si mantiene sempre elevata soprattutto per l'impiego nella costruzione di manufatti per il terzo mondo.

L'amianto viene prodotto in moltissimi Paesi di tutti i continenti.

La produzione dell'amianto nel 2007, nei vari paesi produttori, è esposta nella *Tabella 1*. Tale produzione globalmente raggiunge 2.300.000 tonnellate.

L'Italia, a Balangero, in provincia di Torino, dispone della più grande miniera di amianto crisotilo in Europa. La produzione nel 1976 ha toccato la punta massima di 165.000 tonnellate. La miniera di Balangero è chiusa da anni.

La produzione dell'amianto, nei Paesi grandi produttori, è andata diventando sempre di più industria di Stato: in URSS, in Canada (il Governo del Québec, con l'appoggio del Governo Centrale, ha rilevato le aziende minerarie private), in Zimbabwe e in Cina. I maggiori esportatori di amianto sono stati: l'URSS, il Canada, il Sud-Africa e lo Zimbabwe. In passato il consumo maggiore di fibre di amianto si è verificato negli Stati Uniti. Nei Paesi della CEE, nel 1973, era, in tonnellate, il seguente: RFT: 194.100; Francia: 150.000; Gran Bretagna: 147.700; Italia: 130.600; Belgio-Lussemburgo: 76.000; Olanda: 37.400; Danimarca: 28.200; Irlanda: 6.400.

Negli anni 2000 i maggiori destinatari di amianto e dei manufatti che lo contengono sono stati i Paesi in via di sviluppo, le Repubbliche ex-sovietiche e paesi come la Cina, in forte crescita economica ma con scarso interesse per la tutela dei diritti umani e la situazione sanitaria dei lavoratori; il Giappone, che impiegava largamente l'amianto per la costruzione di manufatti di cui fornire i Paesi in via di sviluppo, ne ha successivamente bandito l'uso.

Circa il 95% dell'amianto utilizzato oggi è crisotilo.

I Paesi che, entro il 2006, hanno definitivamente bandito l'uso dell'amianto sono purtroppo soltanto 40: Arabia Saudita, Argentina, Australia, Cile, Croazia, Gabon, Giappone, Honduras, Islanda, Kuwait, Norvegia, Seicelle, Unione Europea (attualmente costituita da 27 membri) ed Uruguay. È da notare che gli Stati Uniti non sono fra i Paesi che hanno messo al bando l'amianto.

## ▼ 3. Impieghi

I principali impieghi dell'amianto riguardano (o riguardavano) la produzione di:

- ▶ fibrocemento per la costruzione di strutture edili (coperture di edifici, pareti, pannelli, soffitti, pavimenti, condutture), di tubature (acquedotti, oleodotti), di bacini e vasche;
- ▶ materiale isolante (termico, elettrico, sonoro) coibentazione in edifici vari (stabilimenti industriali, edifici pubblici e abitativi), e in tubature, caldaie, automezzi, rotabili ferroviari, navi, ecc.;
- ▶ materiale di frizione (per la costruzione di freni);
- ▶ carte e cartoni;
- ▶ tessili;
- ▶ plastiche;
- ▶ guarnizioni;
- ▶ filtri.

L'amianto, oltre questi impieghi principali, ne ha avuti un'infinità di altri; secondo una valutazione corrente, sarebbero stati identificati circa 3.000 usi (IARC, 1977).

Nel nostro Paese, i tipi di amianto più utilizzati sono stati: il crisotilo (75%), la crocidolite e l'amosite.

In Italia, circa il 75% dell'amianto è stato usato per il fibrocemento.

L'altro 25% è stato utilizzato quasi interamente per materiale di frizione, nel settore tessile, per guarnizioni, carte e cartoni e per coibentazione in generale.

#### ▼ 4. Diffusione e destino nell'ambiente

L'amianto è presente nell'*ambiente di lavoro*, là dove viene estratto, lavorato e utilizzato, e là dove vengono utilizzati, riparati o distrutti i prodotti di cui costituisce la base o uno dei componenti.

Nell'*ambiente lavorativo*, le maggiori fonti di contaminazione sono rappresentate dall'uso dell'amianto per la coibentazione, e dalla revisione o demolizione di manufatti che lo contengono o ne sono rivestiti.

L'amianto è presente anche in *altri ambienti segregati, di lavoro, di socializzazione e di vita*, in quanto è stato utilizzato nella costruzione di edifici adibiti ad attività di lavoro (ad esempio uffici), di aggregazione sociale e abitativi. Particolare preoccupazione sta tuttora suscitando la presenza di amianto in: case, scuole, teatri, palestre, sale di riunione in genere, ecc.

Nell'*ambiente generale*, l'amianto è presente soprattutto vicino a miniere, a cantieri e a fabbriche che lo hanno utilizzato o in cui è stato comunque presente o che sono stati adibiti alla revisione o demolizione di manufatti che lo contengono, vicino a depositi di scorie che contengono amianto, e comunque in vicinanza di manufatti stabili e mobili di cui è parte.

Tuttavia, poiché la quantità di amianto immessa nell'ambiente, dall'inizio del suo impiego industriale, è enorme, poiché l'amianto è praticamente indistruttibile, e data la molteplicità dei suoi usi, alcuni dei quali molto diffusi, questo materiale si può ritenere ubiquitariamente presente in piccole concentrazioni nell'ambiente nel senso più lato, soprattutto nei paesi industrializzati. Indagini

su materiale autoptico, condotte alcuni anni fa in servizi ospedalieri di anatomia patologica di grandi metropoli, hanno evidenziato la presenza di amianto nei polmoni di un'altissima percentuale di individui sottoposti ad autopsia, rappresentativi della popolazione generale, senza cioè alcuna preselezione.

L'amianto può essere presente, in piccolissime quantità, nelle acque naturali.

Esso può essere presente in quantità maggiori in acque che ricevono rifiuti industriali. Negli USA, nel 1983 grande impressione fece la scoperta che la fornitura di acqua per uso pubblico proveniente dalla parte occidentale del Lago Superiore era pericolosamente inquinata da fibre asbestiformi (anfiboli), provenienti dall'immissione nel lago di scorie di un impianto per la macinatura di taconite.

L'amianto può essere naturalmente presente in piccolissime quantità anche nell'acqua da bere. Negli anni settanta sorse la preoccupazione che l'uso di tubature in cemento-amianto per la distribuzione dell'acqua da bere potesse aumentare i livelli di inquinamento dell'acqua potabile. In realtà questo pericolo può essere ipotizzato solo nel caso di acque acide («aggressive»).

Ovviamente l'amianto è stato presente in una infinità di beni di consumo, ove può essere contenuto come costituente.

Va sottolineata la possibilità di inquinamento da amianto legata all'uso di materiali che lo contengono come contaminante non voluto: tipico è il caso del talco grezzo contenente fibre asbestiformi di vario tipo.

### ▼ 5. Le popolazioni esposte: rischio per categorie specifiche e rischio diffuso

*Le categorie lavorative che lavorano amianto o comunque che manipolano questo minerale, o prodotti che lo contengono, rappresentano i gruppi di popolazione a più alto rischio, in quanto maggiormente esposti.* Un esempio classico (anche perché particolarmente studiato) di categoria a rischio sono i coibentatori. Un'alta concentrazione di tumori da amianto è stata riscontrata tra i lavoratori dei cantieri navali del New Jersey negli USA, che, negli anni 1942-1944, vararono a pieno ritmo le navi «Liberty» (pesantemente coibentate con amianto), per trasporto di rifornimenti di guerra in Europa. Tali lavoratori, infatti, lavoravano in condizioni di emergenza e di precarietà, e quindi di alta esposizione.

È difficile censire tutte le categorie lavorative esposte a rischio. Basti pensare che possono essere esposti ad amianto: gli operai che lo estraggono, quelli addetti alla costruzione di manufatti a base di amianto, coloro che utilizzano materiali a base di amianto, i riparatori e i demolitori di materiali contenenti amianto, e quanti vivono in ambienti di lavoro inquinati da amianto. In questi ultimi anni il numero delle categorie dimostrate a rischio professionale è andato aumentando. Alcune di queste categorie lavorative comprendono un numero estremamente importante di lavoratori: basti pensare agli operai esposti in varie circostanze all'amianto usato nelle ferrovie, o ai marittimi (fra questi anche i marinai della marina militare) che passano un lungo periodo della loro vi-

ta in ambienti interamente coibentati con amianto, o ai caricatori e scaricatori di porto e di ferrovie e ai trasportatori di amianto e di materiali e manufatti che lo contengono.

Per molti anni il rischio cancerogeno da amianto era sembrato limitato alle popolazioni lavorative suddette. Solo in anni più recenti sono stati descritti casi di tumori da amianto non dipendenti da esposizioni tradizionalmente ritenute specifiche. Sono stati descritti infatti casi di mesotelioma in impiegati che lavoravano in ambienti in cui era presente amianto come materiale isolante (Pinto *et al.*, 1995a), e in donne che hanno abitato in edifici coperti con tetti di cemento contenente amianto, o nelle cui case erano presenti manufatti contenenti amianto (Pinto *et al.*, 1995b, c). Inoltre sono stati descritti casi di mesotelioma da contatto familiare, cioè insorti in familiari di operai che portavano, con tute sporche e nei capelli, aghi di amianto nell'ambiente familiare.

Data l'ubiquitarità dell'amianto, tutta la popolazione generale, soprattutto nei Paesi industrializzati, si trova potenzialmente esposta, e quindi a rischio, anche se molto ridotto rispetto a quello di chi è esposto professionalmente o abita in contesti particolarmente inquinati.

Il Professor Irving Selikoff, che è stato Direttore del Laboratorio di Scienze Ambientali dell'Ospedale «Mount Sinai» di New York, e che ha rappresentato la più alta autorità scientifica nel settore dell'epidemiologia e delle malattie da amianto, ha valutato che nei prossimi decenni, nei soli USA, 4.000 lavoratori potrebbero morire ogni anno per tumori dovuti ad esposizione ad amianto.

## **II. GLI EFFETTI PATOLOGICI DELL'ESPOSIZIONE AD AMIANTO**

Gli effetti patologici dell'esposizione ad amianto riguardano: 1) alcuni dati storici sulle conoscenze acquisite nel corso dei decenni, con particolare riferimento all'Italia; 2) dati generali sulle patologie neoplastiche; 3) patologie non neoplastiche e neoplastiche di maggiore rilevanza; 4) le misure di controllo note negli anni settanta.

### **▼ 1. Gli effetti patologici: dati storici, con particolare riferimento all'Italia**

È ricorrente la convinzione che dei problemi sanitari dell'amianto, in particolare quelli correlati ai rischi cancerogeni, se ne sia cominciato a parlare in Italia a partire dagli inizi degli anni settanta. Quanto di seguito riportato evidenzia viceversa che le informazioni sui rischi dell'amianto per la salute erano noti da tempo: purtroppo non sono state tenute in dovuta considerazione.

I dati storici sugli effetti per la salute conseguenti all'esposizione ad amianto sono documentati in una nota monografia degli anni settanta di Selikoff e Lee «Asbestos and diseases».

Secondo Selikoff e Lee (1978), i primi casi di fibrosi polmonare da amianto furono descritti all'inizio del 1900. I primi tumori della pleura furono descritti da E. Wagner nel 1870, ma soltanto nel 1908 venne coniato da Adami il termine mesotelioma. Nel 1924 venne descritta la fibrosi polmonare dovuta ad inalazione di polveri di amianto: essa fu chiamata da Cooke «pneumoconiosi da amianto» (Cooke, 1924), e in seguito nel 1927, sempre da Cooke, «asbestosi» (che è il termine attualmente in uso) (Cooke, 1927). Una prima descrizione e introduzione del termine mesotelioma fu opera di Klemperer e Rabin nel 1931. Nel 1935, dopo oltre mezzo secolo dal suo impiego industriale, venne per la prima volta prospettata da Lynch e Smith l'associazione tra carcinoma polmonare ed amianto. È soltanto nel 1960 che Wagner, Sleggs e Marchants descrivono 33 casi di mesotelioma della pleura associati ad esposizione ad amianto.

In Italia il problema degli effetti per la salute dovuti ad esposizione ad amianto era noto fin dagli inizi del Novecento.

A dimostrazione di ciò basti ricordare i dati essenziali della relazione presentata dal professor Enrico Vigliani al congresso tenutosi a New York nel 1964, promossa dall'Accademia delle Scienze di New York, i cui atti furono pubblicati nel 1965 nel volume n. 132 degli *Annali* dell'Accademia delle Scienze di New York a cura di Selikoff e Churg, copresidenti anche del congresso stesso, e che qui di seguito vengono riassunti.

In Italia, riferiva Vigliani (Vigliani *et al.*, 1965), gli effetti patologici dovuti all'inalazione di fibre di amianto furono osservati per la prima volta da Scarpa nel 1908. In un suo lavoro presentato al XVII Congresso internazionale di medicina interna, egli evidenziò che molti lavoratori delle industrie tessili in cui veniva usato asbesto avevano un'attesa di vita inferiore a causa del loro decadimento fisico e della tisi. Comunque fu solo nel 1930 che Lovisetto e Mussa pubblicarono i risultati di uno studio clinico e radiologico sull'asbestosi. Nel 1939 Mottura pubblicò le osservazioni autoptiche ed istopatologiche di due casi di severe asbestosi. Nel 1940 Vigliani condusse un'indagine clinica ed ambientale in 4 industrie tessili (un'indagine simile a quella pubblicata due anni prima da Dreesen, Dalla Valle e collaboratori negli Stati Uniti). In quello studio furono esaminati clinicamente 442 lavoratori e di essi 353 furono sottoposti anche a radiografia: furono diagnosticati 76 casi di asbestosi, delle quali 40 ad uno stadio moderato o avanzato. A seguito dei risultati di tale indagine fu proposto di non superare una concentrazione ambientale massima accettabile di 200 ff/cc. Sebbene la possibile correlazione tra asbestosi e cancro del polmone fosse nota fin dal 1935, nessun caso di asbestosi con tumore polmonare era stato riportato in Italia fino al 1955, quando Portigliatti e Rombolà pubblicarono un caso, seguito nel 1956 e nel 1958 da Francia e Monarca con due casi di carcinoma del polmone. Un ulteriore caso fu descritto da Farina e Mozzanti nel 1963. Sfortunatamente in tutti questi studi non fu mai effettuata una elaborazione statistica per valutare l'incidenza dei decessi per cancro del polmone fra i soggetti affetti da asbestosi o esposti a inalazione di fibre di asbesto. Nel corso dello stesso con-

gresso Vigliani, Mottura e Maranzana, rispettivamente della Clinica del Lavoro «Luigi Devoto» dell'Università di Milano, dell'Istituto di Patologia dell'Università di Torino, e dell'Istituto Nazionale di Assicurazione degli Incidenti della Lombardia, presentarono i risultati di uno studio preliminare sull'incidenza dei tumori del polmone e della pleura fra lavoratori con asbestosi certificata in Piemonte ed in Lombardia. Lo studio prendeva in considerazione 3 aree: 1) la provincia di Torino, la quale includeva la grande miniera di crisotilo a Balangero, con 300 lavoratori, con numerose fabbriche di prodotti tessili di asbesto, per un totale di circa 1300 lavoratori; 2) la provincia di Alessandria, sede della più grande industria di cemento amianto, con 2000 lavoratori; 3) la Lombardia, con un piccolo numero di miniere (120 lavoratori) e industrie di prodotti di asbesto (250 lavoratori).

In questo studio furono presi in considerazione tutti i casi con asbestosi accertata a partire dal 1943 (quando l'asbestosi cominciò ad esser indennizzata) al settembre del 1964. Complessivamente furono studiati 879 casi. Circa il 40% di questi casi furono esaminati clinicamente da uno degli autori; 172 lavoratori erano già deceduti e 707 erano ancora vivi. Fra i 172 soggetti deceduti furono riscontrati 15 casi di carcinoma del polmone e 3 casi di mesotelioma della pleura. Fra i 707 soggetti viventi furono diagnosticati un carcinoma del polmone e 2 mesoteliomi della pleura.

I risultati delle segnalazioni di casi di asbestosi, di neoplasie del polmone, di mesoteliomi della pleura e del peritoneo e di altri tumori associati all'esposizione ad asbesto, e più in generale i risultati dell'incidenza di queste patologie in popolazioni esposte ad asbesto professionalmente o ambientalmente, furono presentati nella già citata conferenza di New York nel 1964. Quelle relazioni rappresentavano i risultati di studi su larga scala avviati in vari paesi europei, del Nord America, del Sud Africa, del Giappone e di altri ancora a partire dagli anni quaranta e cinquanta.

Da allora, resoconti casistici, indagini epidemiologiche su popolazioni esposte e ricerche sperimentali hanno inconfutabilmente dimostrato l'azione cancerogena dell'amianto.

## ▼ 2. Patologie neoplastiche da esposizione ad amianto: dati generali

Come già detto, nell'uomo l'amianto provoca a carico della pleura, del peritoneo e del pericardio un tumore maligno che prima della diffusione dell'amianto era rarissimo, anzi, si può dire, sconosciuto: il mesotelioma. Nonostante il mesotelioma, per la sua rarità, sia il tumore più specificatamente correlato con l'esposizione all'amianto, tanto da esserne considerato il tumore «spia», in termini di sanità pubblica il carcinoma polmonare è la patologia neoplastica alla quale gli esposti all'amianto pagano lo scotto più alto. L'amianto determina inoltre un aumento dell'incidenza di carcinomi dell'orofaringe, del laringe, dell'esofago, del colon-retto, delle vie biliari, del pancreas e del rene. Dati sulla



mortalità relativa ai tumori maligni più frequenti registrati da Selikoff (Selikoff e Lee, 1978; Selikoff e Seidman, 1991) nello studio prospettico di coorte sono riportati nella *Tabella 2*.

È stato riportato un aumento dell'incidenza di carcinomi ovarici in donne esposte (Magnani *et al.*, 1986). Ciò è comprensibile soprattutto nel caso di adenocarcinomi sierosi che originano da un tipo di epitelio ovarico, che su base morfologica ed embriogenetica ha molte caratteristiche del mesotelio.

Tumori del polmone e mesoteliomi pleurici e peritoneali sono stati ottenuti anche su animali da esperimento, trattati in vario modo con amianto.

Talora i mesoteliomi possono insorgere in individui per i quali l'indagine anamnestica non sembrerebbe evidenziare un tal tipo di esposizione; tuttavia, in genere, un'accurata indagine anamnestica finisce per identificare nei pazienti con mesotelioma un'avvenuta esposizione all'amianto. Un'indagine anamnestica accurata è quindi necessaria per poter stabilire il nesso tra mesoteliomi (e altri tumori) e amianto. Questa è la ragione per cui valutazioni epidemiologiche, che non prevedono una rigorosa ricostruzione della storia espositiva, sottostimano l'associazione del mesotelioma con l'amianto al 50-60% dei casi totali.

Peto, in una sua pubblicazione (Peto *et al.*, 1999), sostiene che la maggioranza dei mesoteliomi è provocata dall'esposizione ad asbesto come si può dedurre in particolare da due considerazioni: 1) è quasi sempre possibile rintracciare, nella ricostruzione anamnestica del caso, una pregressa esposizione alle fibre del minerale; 2) l'indice di mortalità è molto più elevato negli uomini, che hanno rappresentato e rappresentano la parte più cospicua della forza lavoro, rispetto alle donne.

Non è possibile escludere tassativamente l'esistenza di mesoteliomi spontanei. È tuttavia necessario, prima di parlare di insorgenza spontanea di un mesotelioma, avere escluso un'avvenuta esposizione ad amianto, che molto spesso non è registrata nella documentazione clinica, e non sufficientemente ricercata. Nella casistica istituzionale di mesoteliomi dell'Istituto «B. Ramazzini» (una delle maggiori esistenti), *in oltre l'85% dei casi è stato possibile dimostrare chiaramente un'avvenuta esposizione ad amianto*.

Sono anche noti altri agenti capaci di produrre mesoteliomi nell'uomo: radiazioni ionizzanti, erionite, fibre di vetro. Nel caso delle radiazioni ionizzanti i dati riportati in letteratura sono assai limitati, si riducono cioè a pochi casi in individui esposti ad alte dosi. Nel caso dell'erionite essa interessa essenzialmente un'area della Turchia, e fino ad oggi mesoteliomi da questo minerale sono stati registrati solo in turchi residenti in Cappadocia, o in esposti e quindi emigrati dalla Cappadocia in Svezia. I resoconti su mesoteliomi in operai esposti a fibre di vetro si riducono ancora a pochi casi data la brevità del periodo espositivo.

Recentemente sono stati riportati gli effetti mesoteliomatogeni indotti da una fibra naturale presente nella roccia lavica dell'Etna: la fluoroedenite. Un primo sospetto era nato dall'osservazione di un eccesso del numero di casi di mesotelioma rilevati nella popolazione di Biancavilla, un piccolo comune alle pendici dell'Etna, dove era stato usato materiale lavico per la costruzione di case, scuole

ed altre strutture pubbliche e sociali (Comba *et al.*, 2003). La conferma che la fluoroedenite, isolata e caratterizzata da Gianfagna e Oberti (2001), induce mesoteliomi è venuta dallo studio sperimentale su ratti condotto dall'Istituto Ramazzini. Tale studio ha evidenziato che la fluoroedenite, iniettata per via intraperitoneale ed intrapleurica, induce una elevata incidenza di mesoteliomi, soprattutto a carico del peritoneo (Soffritti *et al.*, 2004).

### ▼ 3. Patologie non neoplastiche, e neoplastiche di maggiore rilevanza dovute ad esposizione ad amianto

Le patologie infiammatorie croniche non neoplastiche e quelle preneoplastiche e neoplastiche dovute ad esposizione ad amianto sono ampiamente documentate nella letteratura scientifica. Qui di seguito verranno prese in esame le conoscenze a tutt'oggi disponibili, come riportato da Lemen in una recente revisione della letteratura (Lemen, 2005).

#### 3.1. Asbestosi

L'asbestosi è una patologia cronica polmonare caratterizzata da una diffusa fibrosi interstiziale associata spesso a calcificazioni pleuriche. In alcuni casi può sussistere una fibrosi di lieve entità accompagnata da importanti disturbi respiratori. In alcuni studi di coorte è stato riscontrato che l'asbestosi era stata responsabile di almeno il 12-20% dei decessi.

L'asbestosi è una patologia progressiva anche in assenza di ulteriori esposizioni e può essere causa di un'umentata probabilità di ammalare/morire di cancro.

Molti ricercatori pensano che l'asbestosi sia linearmente correlata alla esposizione cumulativa e, poiché basse concentrazioni non determinano quadri radiologici, patologici e clinici evidenti di fibrosi, viene fatta l'ipotesi che esista un livello di soglia senza effetto.

#### 3.2. Placche pleuriche

Il riscontro di placche pleuriche in lavoratori esposti ad amianto non sempre viene tenuto in adeguata considerazione sia come marker espositivo che come marker prognostico di rischio di possibile evoluzione neoplastica.

Prime segnalazioni di formazione di placche calcificate pleuriche in lavoratori esposti a polveri di talco risalgono agli anni cinquanta. Tali calcificazioni sono usualmente bilaterali, interessano la pleura parietale e sembrano dovute ad irritazione di tipo meccanico. Le placche possono progredire fino a causare disturbi della funzionalità respiratoria. Sembra che soltanto l'asbesto e l'erionite siano in grado di produrre placche pleuriche e che persone portatrici di tali placche siano a maggior rischio di sviluppare fibrosi parenchimale con un periodo di latenza solitamente di vari decenni.

Vari fattori sono stati correlati alla presenza di placche pleuriche: 1) le placche sono osservate più frequentemente all'esame autoptico che non radiologicamente; 2) in una popolazione senza alta incidenza di placche pleuriche, l'80-

90% delle lesioni ben caratterizzate sono da imputare ad esposizione lavorativa ad asbesto e possono essere presenti anche in persone con basso livello espositivo; 3) i corpi d'asbesto sono ritrovati più frequentemente in persone con placche pleuriche; 4) le placche pleuriche sono più correlate alla durata della esposizione che alla entità della dose; 5) nei paesi industrializzati il 2-4% degli uomini di età superiore ai quaranta anni è portatore di placche pleuriche; 6) le placche solitamente non producono danni ma, in quanto espressione di markers di esposizione, sono indicatori di possibili tumori indotti dall'asbesto: ad esempio persone con placche pleuriche hanno un rischio doppio di sviluppare tumori del polmone così come di mesotelioma; 7) placche pleuriche possono comportare più frequentemente una diminuzione della funzionalità respiratoria.

### 3.3. Tumori del polmone

Nonostante il mesotelioma, per la sua rarità, sia il tumore più specificatamente correlato con l'esposizione all'amianto, in termini di sanità pubblica il carcinoma polmonare, come già enunciato precedentemente, è la patologia neoplastica alla quale gli esposti all'amianto pagano lo scotto più alto.

Nella casistica di Selikoff (*Tabella 2*), contro i 458 decessi causati da mesoteliomi, sono stati registrati 899 decessi in più di quelli attesi per carcinoma polmonare: una mortalità quindi quasi doppia rispetto a quella causata dal mesotelioma. Rilevante è anche il dato sui decessi dovuti ad asbestosi: 427 casi registrati contro nessuno previsto.

Studi epidemiologici condotti su popolazioni di lavoratori esposti ad amianto hanno consentito di stabilire che il carcinoma polmonare non è necessariamente da correlare alla presenza o meno di placche pleuriche (o asbestosi pleurica) (Nurminen *et al.*, 1994). Molti carcinomi polmonari infatti vengono diagnosticati in assenza di una pregressa diagnosi di placche pleuriche e ciò in considerazione anche del fatto che il parenchima polmonare e la pleura parietale sono anatomicamente ed istologicamente differenti. Inoltre, quando le placche pleuriche e la neoplasia polmonare vengono diagnosticate insieme è molto difficile poter stabilire quale delle due patologie sia insorta per prima.

Altre indagini hanno evidenziato che il rischio relativo di sviluppare una neoplasia polmonare nei pazienti con asbestosi è maggiore (Hillerdal *et al.*, 1997) e che tuttavia i carcinomi polmonari possono essere causati da esposizioni ad amianto a livelli di dose relativamente bassi e possono insorgere indipendentemente dalla presenza di fibrosi parenchimali (Karjalainen *et al.*, 1993; Anttilla *et al.*, 1993; Wilkinson *et al.*, 1995).

L'assenza di correlazione sequenziale fra asbestosi e neoplasia polmonare obbliga a valutare il ruolo dell'amianto nell'insorgenza del tumore del polmone anche in pazienti fumatori con un basso livello di esposizione alle fibre del minerale (Hillerdal *et al.*, 1997).

Interessanti ricerche epidemiologiche hanno messo in evidenza che il fumo di tabacco potenzia enormemente l'effetto cancerogeno dell'amianto sul polmone.

Posto un valore uguale ad 1 per il rischio di carcinoma polmonare in soggetti

non fumatori e non esposti ad amianto, tale valore aumenta a 5 per soggetti esposti solo ad amianto e ad 11 per i fumatori; in soggetti esposti ad entrambe le sostanze il valore arriva a 53, evidenziando l'effetto sinergico dei due cancerogeni. Il fumo, sulla base delle conoscenze disponibili, non influenza invece il rischio di mesotelioma (Hammond *et al.*, 1979).

Studi sui meccanismi biologici indicano che l'asbestosi è correlata ad una infiammazione a cui fa seguito una risposta immunitaria, mentre il carcinoma polmonare è la probabile conseguenza dell'interazione fra le fibre di asbesto e le strutture cellulari (Montizaan *et al.*, 1989). L'amianto provoca quindi neoplasie del polmone e fibrosi attraverso meccanismi differenti; non ci sono quindi ragioni per definire l'asbestosi e/o le placche pleuriche come una tappa intermedia nell'insorgenza del tumore (Egilman e Reinert, 1996).

I sostenitori della tesi dell'asbestosi come necessario indicatore nello sviluppo del carcinoma polmonare in esposti ad amianto utilizzano una definizione molto stringente di asbestosi che conduce ad una sottoestimazione dei tumori del polmone da esposizione ad amianto e ad una procrastinazione nella attivazione dei piani di controllo degli esposti per la manifestazione di patologie asbesto-correlate (Egilman e Reinert, 1996).

Un ulteriore dato, che appare di notevole interesse, è scaturito dall'«International Expert Meeting on Asbestos, Asbestosis and Cancer» tenutosi nel gennaio 1997 ad Helsinki, in Finlandia. Nelle conclusioni redatte dai partecipanti all'incontro emerge che «Tutti i quattro maggiori tipi istologici di carcinoma polmonare (carcinoma squamocellulare, adenocarcinoma, carcinoma a grandi cellule e microcitoma) possono essere correlati all'esposizione ad asbesto. Il tipo istologico e la relativa sede anatomica (centrale o periferica, nel lobo superiore piuttosto che in quello inferiore) non hanno rilevanza in merito al fatto se il tumore sia attribuibile o meno all'esposizione ad asbesto ...» (Consensus Report, 1997). Ciò significa che un tumore del polmone è correlabile all'esposizione ad amianto indipendentemente dal tipo istologico e dalla sede anatomica.

### 3.4. Mesotelioma

Come già detto i primi tumori della pleura furono osservati e descritti da E. Wagner nel 1870, ma soltanto nel 1908 venne coniato da Adami il termine mesotelioma; nel 1931 Klemperer e Rabin fissarono le caratteristiche patologiche e la diagnostica di questa neoplasia.

Il mesotelioma è un tumore che origina dal mesotelio, lo strato di cellule che riveste le membrane sierose del corpo umano: pleura, peritoneo, pericardio. La patologia origina quasi esclusivamente in seguito ad esposizione per via inalatoria a fibre di amianto, con una latenza temporale (cioè il periodo che intercorre tra l'inizio della esposizione e la diagnosi clinica della patologia) particolarmente elevata, che va dai 15 ai 45 anni. La prognosi è infausta: caratterizzata da aggressività e resistenza alle comuni terapie, questa neoplasia consente una sopravvivenza media di 7,7 mesi dal momento della diagnosi.

L'andamento della mortalità per mesotelioma pleurico nei maschi durante il

periodo 1996-2005 è stata valutata recentemente in vari paesi di diverse aree geografiche del Pianeta (Nishikawa *et al.*, 2008). I risultati hanno evidenziato un più elevato tasso di mortalità nei paesi nord-occidentali dell'Europa e dell'Australia, con punte di 31 decessi/milione/anno in Inghilterra ed in valore mediano fra tutti i paesi considerati di 7,8 decessi/milione/anno. È interessante notare che nel corso dei 10 anni la diminuzione della mortalità in alcuni paesi era correlata ad una diminuzione dell'uso dell'amianto.

Il mesotelioma determina un notevole ispessimento delle membrane pleuriche. La sua crescita porta alla progressiva chiusura dello spazio tra i due foglietti pleurici, con formazione nel tempo di versamenti di fluido denso, grigiastro. La conseguenza di ciò è l'atelettasia del parenchima polmonare, con perdita della funzionalità.

Questo tipo di tumore è strettamente correlato all'esposizione ad amianto e risulta estremamente raro in soggetti non esposti; per queste sue caratteristiche il mesotelioma viene considerato l'indicatore dell'esposizione ad amianto. La forma di esposizione più diffusa è quella lavorativa, che coinvolge i lavoratori impegnati nella produzione industriale di amianto e derivati, oppure coloro che utilizzano manufatti contenenti amianto. L'esposizione può essere anche non professionale, cioè correlata all'uso da parte della popolazione generale di prodotti contenenti amianto e in alcuni casi per residenza in particolari aree geologiche con minerali ricchi di fibre mesoteliomatogene. L'età maggiormente colpita è compresa tra i 40 e i 60 anni con il sesso maschile interessato nel 70% dei casi.

La quasi totalità dei casi rilevati è costituita da mesoteliomi della pleura. Il mesotelioma peritoneale è più raro di quello pleurico ed il rapporto tra il numero di casi osservati di queste due forme di neoplasia sembra essere in relazione al grado di esposizione. Dodson *et al.*, 2001, hanno riportato che il 10-15% dei mesoteliomi origina nel cavo peritoneale dove le fibre di amianto possono migrare. Quest'ultima osservazione è stata confermata da casi clinici di pazienti affetti da mesotelioma peritoneale nei quali il tessuto tumorale conteneva fibre di amianto. Ciò si verifica nelle situazioni in cui l'esposizione ad amianto è molto elevata.

Sono state osservate altre sedi di mesotelioma, ad esempio a carico del pericardio, la cui incidenza però non è paragonabile a quella dei mesoteliomi pleurici o peritoneali.

Il mesotelioma è oggi un tumore non infrequente, con un'incidenza in evidente aumento soprattutto fra i maschi in molti paesi del mondo. Questo dato è confermato dal confronto degli indici di mortalità per mesotelioma della popolazione maschile di alcuni paesi europei fra il 1970 e il 1994 riportato in *Tabella 3* (Peto *et al.*, 1999). Va notato che i dati di mortalità presentati sottostimano la reale mortalità da mesotelioma perchè la mancanza di un codice specifico di Classificazione Internazionale della Malattia (International Classification of Disease – ICD) non ha permesso analisi precise.

Essendo il mesotelioma fortemente correlato all'uso industriale dell'amianto, attualmente vietato ed in fase di eliminazione in diversi paesi, ed avendo un

periodo di latenza molto elevato, si prevede un picco di casi intorno al 2020 (Peto *et al.*, 1999).

#### 3.4.1. *Gradiente di cancerogenicità delle fibre di amianto, con particolare riguardo al crisotilo*

È stato ritenuto, e ancora si ritiene da parte di molti, che il potere cancerogeno vari a seconda del tipo di amianto, e che gli anfiboli (quali crocidolite, amosite, antofillite) siano di gran lunga più pericolosi del serpentino (crisotilo). I risultati dei saggi sperimentali condotti presso i Laboratori Sperimentali di Bentivoglio, dell'Istituto Ramazzini, contraddicono questo assunto: infatti, le differenze del potere oncogeno dei vari tipi di amianto, soprattutto quelli più commercializzati, appaiono sperimentalmente molto limitate sia nel caso delle esposizioni per via pleurica (Tabella 4) che intraperitoneale (Tabella 5). Nasce il sospetto che l'enfasi che sempre è stata data a queste differenze sia dovuta al tentativo di assolvere parzialmente il crisotilo, che è il tipo di amianto commercialmente più importante (Harington, 1991).

Per quanto riguarda il grado di risposta correlato al tipo di polvere depositata e trattenuta nei polmoni del ratto, il crisotilo sembra indurre una reazione fibrosa e cancerogena più elevata dei vari tipi di anfiboli (Wagner *et al.*, 1974).

In una monografia (1998) a cura del Programma Internazionale sulla Sicurezza dei Composti Chimici (IPCS), in collegamento con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), veniva riportato che «il crisotilo commerciale determina un aumentato rischio di mesotelioma oltre che di pneumoconiosi e cancro polmonare in molti studi epidemiologici».

#### 3.4.2. *La forma della fibra*

Ogni ipotesi secondo cui fibre inferiori a 5 µm in lunghezza non possono essere considerate a rischio non ha una base scientifica validata. È stato dimostrato che oltre il 90% delle fibre riscontrate nel polmone e nel tessuto del mesotelioma erano più corte di 5 µm in lunghezza, indicando in questo modo che tali fibre sono in grado di raggiungere le sedi dove dare origine alle neoplasie (Suzuki *et al.*, 2002). Inoltre, poiché tutte le forme di asbesto appaiono cancerogene in egual misura, lunghezze e forme delle fibre non sembrano influenzare l'incidenza delle patologie (Fubini, 2001).

#### 3.4.3. *La relazione dose-risposta*

Come per tutti gli agenti cancerogeni, la risposta all'insulto dell'agente dipende da alcuni fattori che possono essere definiti cruciali: l'età dell'inizio dell'esposizione, la dose e la durata dell'esposizione, e infine la suscettibilità del tessuto che varia da individuo ad individuo. Ognuno di questi fattori, intersecandosi con gli altri, determina il tipo di patologia e l'incidenza, il tempo che intercorre tra l'inizio dell'esposizione e l'insorgenza della patologia.

Sembra tuttavia che la esposizione a basse dosi di fibra per un lungo periodo (oltre 20 anni) costituisca una situazione più rischiosa rispetto ad una esposi-

zione intensa per un breve periodo (per esempio 2 anni), anche se la dose cumulativa è la stessa (Seidman *et al.*, 1986).

### **3.5. Carcinomi del tratto gastro-intestinale**

Patologie neoplastiche spesso correlate all'esposizione ad amianto sono i carcinomi del tratto gastro-intestinale il cui rischio relativo varia da 0,5 a 3,1 a seconda degli studi epidemiologici dei vari autori.

Lo studio di coorte di Selikoff, secondo i dati pubblicati nel 1991, evidenziava un aumento di carcinomi dello stomaco, colon e retto di tre volte rispetto a quelli attesi.

Uno studio di meta-analisi condotto da Schneiderman (1974) nella metà degli anni '70 sulla base dei dati riportati in letteratura ha dimostrato un aumento dei tumori dell'apparato digerente conseguente alla esposizione ad amianto.

Cook e Olson (1979) dimostrarono la plausibilità dell'effetto cancerogeno dell'amianto per l'apparato gastro-intestinale sulla base della evidenza di fibre amfiboliche nel sedimento urinario. Fibre di asbesto, così come corpi di asbesto, sono stati osservati nei tessuti tumorali.

### **3.6. Carcinomi della laringe**

Nel 1977 la IARC riportava che l'esposizione ad amianto determinava un eccesso di carcinomi della laringe. Facendo riferimento a vari studi epidemiologici di coorte dove risultava aumentato il rischio relativo di carcinoma del polmone (per un valore di 2 e oltre) e dove la correlazione con esposizione ad amianto era provata, fu rilevato un RR per il carcinoma della laringe che variava da 1,9 a 3,7 a seconda degli studi. Considerando anche possibili fattori confondenti come il fumo e l'alcool, il rischio persisteva. La plausibilità di una correlazione tra carcinoma del laringe ed amianto sta nel fatto che l'inalazione di polveri contenenti anche fibre di amianto determinano una irritazione continua delle mucose agendo in tal modo come agente sinergico nel processo cancerogenico.

### **3.7. Carcinomi renali**

Corpi di amianto sono stati rinvenuti nei reni per migrazione dai polmoni, oppure perché formati attorno alle fibre direttamente nei reni. Un aumento del rischio di tumori renali è stato rilevato fra i minatori di miniere di amianto del Quebec.

Selikoff ha evidenziato un RR di 2,3 per i carcinomi renali nel suo studio di coorte di 17.800 coibentatori (*Tabella 2*).

### **3.8. Iniziative di sorveglianza oncologica per esposti ad amianto**

I dati epidemiologici sui rischi cancerogeni nell'uomo dovuti ad esposizione ad amianto indicano che oltre al mesotelioma, tumore marker della esposizione ad amianto, risulta aumentato il rischio per altri tipi di carcinomi quali quelli polmonari, gastrointestinali, laringei e renali. Ad esclusione dei tumori

polmonari, per i quali esistono molti dubbi sull'efficacia della prevenzione secondaria, per gli altri tipi di tumore una sorveglianza oncologica delle categorie di lavoratori che sono stati esposti, sarebbe certamente utile per identificare precocemente eventuali lesioni preneoplastiche o neoplastiche maligne ancora in fase iniziale. Purtroppo ancora oggi la sanità pubblica non prevede programmi di sorveglianza oncologica finalizzata alla diagnosi precoce dei suddetti tumori. Né tantomeno le suddette patologie sono riconosciute come patologie correlate ad esposizione ad amianto, e quindi difficilmente indenizzabili come patologie professionali. È auspicabile che nella revisione della monografia sull'amianto, conclusa recentemente dalla IARC, venga riconosciuta anche per questi tumori una correlazione causale con l'esposizione ad amianto.

#### ▼ 4. Le misure di controllo note negli anni settanta (Selikoff, 1978)

Una volta acquisita la consapevolezza dei danni per la salute prodotti dall'amianto, fu immediatamente presa in considerazione la necessità di identificare materiali sostitutivi che avessero quanto più possibile le caratteristiche necessarie per i vari usi.

A tale scopo la marina militare britannica nel 1970 pubblicò una lista di materiali da tenere in considerazione quali potenziali sostituti dell'amianto in certe situazioni: prodotti al silicone, plastiche, silicati di calcio, lana di vetro. Altrettanto fu fatto negli USA nel '73 per quanto riguardava materiali usati nei cantieri navali.

In secondo luogo, altro principio importante: evitare di creare polvere. Adeguate istruzioni per come evitare l'esposizione a polveri furono prodotte anche dalla Johns-Manville Corporation nel 1974.

Per molte operazioni esisteva la prescrizione che fossero eseguite in ambienti chiusi e non frequentati da persone o con sistemi operativi chiusi come il trasferimento di fibre da un ambiente all'altro; l'incorporazione delle fibre in liquidi; la prescrizione della rapida rimozione delle scorie e delle polveri là dove si formavano; l'uso di collettori umidi, ecc.

Per quanto riguarda la protezione personale, nel 1972 negli USA fu pubblicata sul Federal Register una lista di provvedimenti cui attenersi durante lo svolgimento di attività in cui poteva esserci dispersione di fibre nell'ambiente: ad esempio nelle varie fasi di demolizione di strutture, o di spruzzatura delle fibre per coibentazione. A tal fine erano previsti l'uso di respiratori e tute protettive.

Fra i provvedimenti raccomandati, era previsto il monitoraggio delle concentrazioni di fibre negli ambienti chiusi e negli ambienti aperti circostanti.

Per ultimo, ma non meno importanti, i corsi di formazione sui rischi dell'amianto, come evitare l'esposizione, ed infine la produzione di opuscoli informativi.



### III. NORMATIVE ITALIANE E DELLA CE IN TEMA DI AMIANTO

Come ricordato in precedenza, in alcuni Paesi l'uso dell'amianto in generale è stato abbandonato. In altri paesi è stato eliminato l'uso di minerali di amianto ritenuti più «pericolosi» (crocidolite o amianto blu) (ma tutte le forme di amianto sono pericolose).

Nella *Tabella 6* sono riportati in successione storica i valori limite soglia delle concentrazioni di amianto nell'ambiente raccomandate da società scientifiche, istituzioni nazionali ed internazionali. A questo proposito va però considerato che i limiti soglia non debbono essere ritenuti livelli di non rischio (in quanto in cancerogenesi non esiste dose, per quanto piccola, innocua), ma l'espressione di quello che la società, dopo valutazioni tecnologiche ed economiche, ritiene un rischio «socialmente tollerabile».

I dati disponibili, sperimentali ed epidemiologici, come riferito, non consentono distinzioni rilevanti fra i vari minerali di amianto in relazione alla pericolosità, e non sono condivisibili le norme legislative che fanno invece proprie queste distinzioni.

A livello internazionale il problema dell'amianto andrebbe affrontato in maniera univoca, sia per quanto riguarda la produzione, l'uso e la commercializzazione, sia per quanto riguarda le norme di protezione. In particolare va evitato che la riduzione dell'impiego dell'amianto nei paesi industrializzati venga «compensata» dall'esportazione di manufatti contenenti amianto, spesso oltretutto di bassa qualità, nei paesi in via di sviluppo.

Qui di seguito è riportato l'elenco delle normative italiane e della CE in tema di amianto relative alla protezione dei lavoratori, alla restrizione/divieto di impiego, alla prevenzione/riduzione dell'inquinamento ambientale.

#### ▼ Normativa nazionale

##### A) Protezione dei lavoratori

R.D. 07/08/1936 n. 1720

(G.U. n. 227 del 30/09/1936)

LEGGE n. 455 12/04/1943 (modificata)

(G.U. n. 263 del 26/10/1960)

D.P.R. 19/03/1956 n. 303

(G.U. n. 105 del 30/4/1956 suppl. ord.)

D.P.R. 20/03/1956 n. 648

(G.U. n. 173 del 13/07/1956)

D.P.R. 09/04/1959 n. 128  
(G.U. n. 87 del 11/04/1959 suppl. ord.)

D.P.R. 30/06/65 n. 1124  
(G.U. n. 257 del 13/10/65 suppl. ord.)

D.M. 18/04/73  
(G.U. n. 203 del 07/08/73)

LEGGE n. 780 27/12/75  
(G.U. n. 19 del 22/01/76)

DECRETO 21/01/87 Ministero del Lavoro  
(G.U. n. 35 del 12/02/87)

DECRETO 20/06/88 Ministero del Lavoro  
(G.U. n. 151 del 29/06/88)

DECRETO Lgs. 15/08/91 n. 277  
(G.U. n. 200 del 27/08/91 suppl. ord.)

## **B) Restrizioni/divieti d'impiego**

O.M. 26/06/86 Ministero della Sanità  
(G.U. n. 157 del 09/07/86)

CIRC. 01/07/86 n. 42 Ministero della Sanità  
(G.U. n. 157 del 09/07/86)

D.P.R. 24/05/88 n. 215  
(G.U. n. 143 del 20/06/88 suppl. ord.)

LEGGE n. 257 del 27/03/92  
(G.U. n. 87 del 13/04/92 suppl. ord.)

## **C) Prevenzione/riduzione inquinamento ambiente**

D.M. 12/02/71  
(G.U. n. 64 del 12/03/71)

D.P.R. 10/09/82 n. 915  
(G.U. n. 343 del 15/12/82)

COMITATO INTERMINISTERIALE  
(G.U. n. 253 del 13/09/84 suppl. ord.)

CIRC. 10/07/86 n. 45 Ministero della Sanità  
(G.U. n. 169 del 23/07/86)

D.M. 16/10/86 del Ministero dell'Industria di  
concerto con il Ministero della Sanità  
(G.U. n. 278 del 29/11/86)

DECRETO 02/03/87 Ministero della Sanità  
(G.U. n. 74 del 30/03/87)

DECRETO 26/04/89 Ministero dell'Ambiente  
(G.U. n. 135 del 12/06/89 suppl. ord.)

D.P.C.M. 21/07/89  
(G.U. n. 171 del 24/07/89)

D.M. 12/07/90 Ministero dell'Ambiente  
(G.U. n. 176 del 30/07/90 suppl. ord.)

### ▼ **Direttive della Comunità Europea sull'amianto**

#### **A) Protezione dei lavoratori**

80/1107/CEE del 27/11/80  
(G.U. n. L 327/8 del 03/12/80)

83/477/CEE del 19/09/83  
(G.U. n. L 206/25 del 24/09/83)

91/382/CEE del 25/06/91  
(G.U. n. L 206/16 del 29/07/91)

#### **B) Restrizioni/divieti d'impiego**

83/478/CEE del 19/09/83  
(G.U. n. L 263/33 del 24/09/83)

85/610/CEE del 20/12/85  
(G.U. n. L 375/1 del 31/12/85)

#### **C) Prevenzione/riduzione inquinamento ambiente**

87/217/CEE del 19/03/87  
(G.U. n. L 85/40 del 28/03/87)

#### **D) Ultima direttiva**

99/77/CEE del 26 luglio 1999

La cronologia delle norme sull'amianto in Italia dimostra che nel nostro Paese la pericolosità dell'amianto era nota al legislatore fino dalla metà degli anni '30. Di fatto esiste una sentenza del 1906, del Tribunale Civile e Penale di Torino, ruolo n. 1197/1906, che in una vertenza tra la Compagnia Britannica dell'Amianto ed il giornale «Il Progresso del Canavese», riconosce come non colpevole questo giornale per avere denunciato la pericolosità dell'amianto, in quanto «ciò che è (la pericolosità dell'amianto) deve essere scienza di tutti».

#### **IV. ACQUISIZIONI SULLA CANCEROGENESI UTILI AI FINI DEL PRESENTE RESOCONTO**

##### **▼ 1. La dimensione epidemiologica dei tumori**

I tumori rappresentano oggi il più grave problema di sanità pubblica. Essi infatti sono responsabili, nei Paesi industrializzati, di oltre il 30% della mortalità. I tumori non colpiscono soltanto le fasce più anziane della popolazione; essi infatti costituiscono la prima causa di morte nella fascia dell'età produttiva, ed inoltre quasi il 50% dei decessi per tumore si verifica al di sotto dei 70 anni di età.

L'incidenza dei tumori e la mortalità per essi è cresciuta gradualmente, ma costantemente, negli ultimi decenni. Secondo dati dei registri d'incidenza e mortalità per tumori, fino alla metà degli anni novanta l'incidenza dei tumori aumentava di circa l'1% all'anno, e la mortalità di circa lo 0,5% all'anno. Dalla metà degli anni novanta ad oggi la mortalità è lievemente diminuita, anche se non in modo significativo, soprattutto nei maschi. La diminuzione si è verificata a seguito del calo della mortalità per quei tipi di tumore per i quali la diagnosi precoce è efficace. In secondo luogo per gli effetti positivi della prevenzione primaria come nel caso dei tumori dello stomaco e del polmone (per quanto riguarda l'uomo in conseguenza della diminuzione dell'abitudine al fumo). I dati epidemiologici disponibili inducono a ipotizzare che, se non verranno presi adeguati provvedimenti, l'incidenza e la mortalità per tumori non diminuiranno significativamente e, probabilmente, cresceranno in fasce di popolazioni sempre più giovani.

La ragione di questo andamento dipende da tre fattori essenziali:

1) l'invecchiamento della popolazione; 2) l'aumento della diffusione (per tipologia e quantità) di agenti cancerogeni nell'ambiente di lavoro e di vita generale; 3) l'inizio della esposizione ad essi in età sempre più giovane (per alcuni di essi addirittura fin dalla vita embrionale-perinatale-neonatale).

##### **▼ 2. Gli agenti cancerogeni e le situazioni in cui possono essere presenti**

Gli agenti che hanno maggiore rilevanza nella induzione di tumori nell'uomo sono di tipo fisico e chimico ed hanno una origine prevalentemente artificiale. Essi sono il prodotto delle attività produttive e consumistiche dell'era industriale; sono cioè l'effetto dei nostri modelli di sviluppo.

Gli agenti cancerogeni sono presenti nei minerali che vengono superficializzati (petrolio, carbone, minerali radioattivi, fibre, ecc.); nelle fasi di produzione, trasporto ed utilizzo dell'energia (fossile, nucleare, elettrica, ecc.); nella produzione di beni di consumo vari, i quali hanno avuto un grande impulso con lo sviluppo dell'industria chimica e petrolchimica; nei prodotti che vengono utilizzati in agricoltura (in particolare i pesticidi) e nell'industria alimentare (conservanti, additivi, coloranti, ecc.); nelle scorie (rifiuti solidi urbani, industriali, ecc.).

### ▼ 3. Le caratteristiche dell'azione degli agenti cancerogeni

Il processo di cancerogenesi presenta alcune caratteristiche peculiari:

- ▶ gli effetti degli agenti cancerogeni sulle cellule, una volta compiutamente innescati, sono in larga misura irreversibili, e il processo neoplastico può pertanto continuare a svilupparsi anche quando l'esposizione agli agenti cancerogeni è stata interrotta;
- ▶ non esiste una dose senza effetto (effetto stocastico);
- ▶ esiste un rapporto fra entità dell'esposizione ed entità della risposta neoplastica;
- ▶ agenti cancerogeni, anche di natura diversa, possono avere effetti additivi e moltiplicativi sulla risposta neoplastica (*sincancerogenesi*). Con il termine effetto moltiplicativo (o *sincancerogenesi*) si intende descrivere una risposta cancerogena, indotta da due o più agenti cancerogeni, tale da determinare (rispetto all'entità dell'effetto cancerogeno di ciascun agente) una più alta incidenza di tumori, oppure un periodo di latenza (cioè il tempo intercorso tra l'inizio dell'esposizione e l'insorgenza del tumore) più abbreviato, oppure un più elevato numero di tumori nell'organo/tessuto bersaglio predestinato.

L'effetto *sincancerogenetico* può riguardare *un solo organo/tessuto* quando gli agenti cancerogeni considerati hanno lo stesso organotropismo, oppure può riguardare *più organi e tessuti* se gli agenti cancerogeni considerati hanno diverso organotropismo;

- ▶ appare sempre più evidente, sulla base di indagini epidemiologiche più precise e di saggi sperimentali più adeguati (soprattutto quelli che non prevedono sacrifici a tempi arbitrari, in genere dopo due anni, ma l'osservazione degli animali fino a morte spontanea), che la maggior parte degli agenti cancerogeni, pur potendo avere dei tessuti ed organi bersaglio, hanno in realtà effetti cancerogeni multipotenti, cioè la capacità di indurre tumori di vario tipo in molte sedi anatomiche;
- ▶ tra l'inizio dell'esposizione ad un agente cancerogeno e l'insorgenza delle neoplasie da esso provocate, intercorre un periodo di latenza (incubazione) più o meno lungo, caratterizzato quasi sempre dall'assenza di alterazioni clinicamente e patologicamente rilevabili, che tuttavia si può considerare come la dimensione temporale nella quale si attuano e si sviluppano alterazioni «minime», che costituiscono lo stadio critico, ma forse più importante, del processo neoplastico.

Il problema del potenziale cancerogeno ambientale e professionale e dei suoi effetti va valutato tenendo in considerazione, oltre che il numero e la quantità degli agenti cancerogeni immessi nell'ambiente, anche le suddette caratteristiche degli effetti cancerogeni e del processo neoplastico, ed in particolare le infinite possibilità di sincancerogenesi.

Oggi, in termini scientifici e per le conseguenti implicazioni di sanità pubblica, non è corretto valutare i rischi cancerogeni in termini di singoli agenti cancerogeni e singoli tumori specifici in organi «bersaglio»: bisogna invece considerare, innanzitutto, il rischio totale («total risk») e la risposta totale («total burden»), intesa, quest'ultima, come la totalità dei tumori maligni osservati. Le ricadute di questa nuova impostazione sulle valutazioni, regolamentazione e strategie di controllo e di sanità pubblica sono ovvie.

## V. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

In questa revisione della letteratura, certamente non esaustiva, si è voluto evidenziare innanzitutto che la diffusione della contaminazione ambientale da amianto non riguarda soltanto chi ad esso è stato/è esposto direttamente (minatori, produttori di manufatti contenenti amianto, ecc.) ma anche coloro che possono essere esposti indirettamente (soprattutto gli addetti alla manutenzione di impianti, apparecchiature, ecc. e persone, in particolare bambini, che vivono in ambienti costruiti con materiali contenenti amianto), il più delle volte senza esserne consapevoli.

In secondo luogo, che i mesoteliomi rappresentano il tumore sentinella di un'avvenuta esposizione ma che, oltre ai mesoteliomi, il rischio sussiste anche per altri tipi di tumore. Ciò per rimarcare due considerazioni: 1) non può essere ignorato l'aumento del rischio per quei tumori per i quali esiste una documentata evidenza epidemiologica; 2) per coloro che sono stati esposti a situazioni di rischio, è necessaria una adeguata organizzazione di sorveglianza oncologica, finalizzata soprattutto alla diagnosi precoce di quei tumori per i quali è efficace.

Infine, che non esistono fibre di amianto «meno cattive»: l'evidenza sia sperimentale che epidemiologica dei rischi cancerogeni del crisotilo è fuori discussione. E altrettanto per quanto riguarda la correlazione dose-risposta: più elevata è l'esposizione (intesa come entità della dose per la durata), più elevato è il rischio. La messa al bando dell'amianto in tutti i Paesi del mondo non è più procrastinabile, soprattutto in un mondo globalizzato. A tal fine vanno combattuti coloro che operano lobbisticamente dall'esterno ma in stretto rapporto e sinergia con l'apparato istituzionale, sia politico che amministrativo, preposto alla legislazione. E soprattutto vanno combattuti coloro che si rendono disponibili ad inventare di volta in volta argomentazioni pseudoscientifiche con l'unico intento, consapevole, di perpetuare una giaculatoria che ha da tempo superato i limiti della decenza.

**TABELLA 1**  
Produzione mondiale di amianto

Paese	Tonnellate
Brasile	236.000
Canada	240.000
Cina	400.000
Kazakistan	350.000
Russia	925.000
Zimbabwe	110.000
Altri paesi	80.000
Totale	2.300.000

Fonte: U.S. Geological Survey, *Mineral Commodity Summaries*, 2007.

**TABELLA 2**  
Decessi tra 17.800 coibentatori negli Stati Uniti e nel Canada nel periodo 1/1/1967-31/12/1986<sup>1</sup>

Cause di morte	Decessi attesi <sup>(2)</sup>	Decessi osservati	Differenza tra decessi osservati e attesi	RSM <sup>(3)</sup>
		Causa accertata <sup>(4)</sup>	Causa accertata	Causa accertata
Decessi totali, tutte le cause	3.453,50	4.951	1.497,50	143 ***
Neoplasie totali, tutte le sedi	761,41	2.295	1.533,59	301 ***
Neoplasie polmonari	268,66	1.168	899,34	435 ***
Mesoteliomi pleurici <sup>(5)</sup>	-	173	173,00	-
Mesoteliomi peritoneali <sup>(5)</sup>	-	285	285,00	-
Neoplasie del laringe	10,57	18	7,43	170 *
Neoplasie dell'orofaringe	22,02	48	25,98	218 ***
Neoplasie gastrointestinali <sup>(6)</sup>	135,69	189	53,31	139 ***
Neoplasie dell'apparato digerente <sup>(7)</sup>	191,66	269	77,34	140 ***
Neoplasie renali	18,87	37	18,13	196 ***
Patologie polmonari non infettive totali	144,82	507	362,18	350 ***
Asbestosi <sup>(5)</sup>	-	427	427,00	-
Altre cause	2.547,27	2.149	-398,27	84 ***

<sup>(1)</sup> da Selikoff e Seidman, 1991 (modificato).

<sup>(2)</sup> i decessi attesi sono stati calcolati sulla base dei tassi di mortalità età specifici di maschi bianchi elaborati dall'U.S. National Centre for Health Statistics, 1967-1986.

<sup>(3)</sup> rapporto standardizzato di mortalità: decessi osservati/decessi attesi x 100.

<sup>(4)</sup> numero di decessi registrati dopo l'acquisizione e la revisione di documentazione clinica e/o chirurgica e/o autoptica. In mancanza di tale documentazione, è stato considerato il certificato di decesso.

<sup>(5)</sup> tassi di mortalità non disponibili in quanto considerate cause di morte rare.

<sup>(6)</sup> neoplasie dell'esofago, dello stomaco e del colon-retto.

<sup>(7)</sup> neoplasie dell'esofago, dello stomaco, del colon-retto, del fegato, della cistifellea e delle vie biliari.

\* p < 0,05; \*\* p < 0,1; \*\*\* p < 0,001.

**TABELLA 3**

Andamento del tasso di mortalità per mesotelioma pleurico, standardizzato per età<sup>1</sup> su 100.000 individui, in sette Paesi europei dal 1970 al 1994, per quinquenni, nella popolazione maschile<sup>2</sup>

Paese	Quinquennio					Variazione percentuale
	1970-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994	
Gran Bretagna	0,33	0,52	0,69	1,05	1,20	+264
Francia	0,68	0,87	1,08	1,36	1,42	+109
Germania	0,52	0,60	0,79	0,93	1,14	+129
Italia	0,74	0,75	0,98	1,14	1,24	+ 68
Olanda	0,84	1,13	1,71	2,02	2,39	+184
Svizzera	0,63	0,69	0,97	1,17	1,35	+114
Ungheria	0,32	0,39	0,49	0,52	0,70	+118

<sup>(1)</sup> popolazione mondiale standardizzata.

<sup>(2)</sup> da Peto *et al.*, 1999.

**TABELLA 4**

Saggi sperimentali di cancerogenicità a lungo termine di diversi tipi di amianto, mediante iniezione intrapleurica in ratti Sprague-Dawley, condotti presso i Laboratori del Centro di Ricerca sul Cancro Cesare Maltoni dell'Istituto «B. Ramazzini»

Materiale	Dose (mg)	Animali con mesotelioma pleurico (%)
Crocidolite (UICC) <sup>(1)</sup>	25	45,0
Crisotilo (Canada, UICC)	25	65,0
Acqua (controlli)	0	–

<sup>(1)</sup> UICC = Unione Internazionale contro il Cancro.

**TABELLA 5**

Saggi sperimentali di cancerogenicità a lungo termine di diversi tipi di amianto, mediante iniezione intraperitoneale in ratti Sprague-Dawley, condotti presso i Laboratori del Centro di Ricerca sul Cancro Cesare Maltoni dell'Istituto «B. Ramazzini»

Materiale	Dose (mg)	Animali con mesotelioma peritoneale (%)
Crocidolite (UICC) <sup>(1)</sup>	25	97,5
Amosite (UICC)	25	90,0
Antofillite (UICC)	25	82,5
Crisotilo (Zimbabwe, UICC)	25	82,5
Crisotilo (Canada, UICC)	25	80,0-75,0
Crisotilo (California)	25	72,5
Acqua (controlli)	0	–

<sup>(1)</sup> UICC = Unione Internazionale Contro il Cancro.



**TABELLA 6****Valori limite soglia delle concentrazioni delle fibre di amianto nell'ambiente di lavoro**

Anno	ENPI <sup>(1)</sup>	Società Italiana di Medicina del Lavoro	ACGIH <sup>(2)</sup>	Direttive CE	Disegno di legge n. 277/91 Legge n. 257/92
1970			5 ff/cc		
1975	2 ff/cc	2 ff/cc	2 ff/cc		
Dal 1983			Crisotilo: 2 ff/cc Amosite: 0,5 ff/cc Crocidolite: 0,2 ff/cc	Crisotilo: 1 ff/cc Crocidolite: 0,5 ff/cc	Crisotilo: 0,6 ff/cc Tutte le altre varietà di asbesto: 0,2 ff/cc

<sup>(1)</sup> ENPI = Ente Nazionale Prevenzione Infortuni.

<sup>(2)</sup> ACGIH = American Conference of Governmental Industrial Hygienists.

**Bibliografia**

- ANTTILLA S., KARJALAINEN A., TAIKINA-AHO O., KYIRONEN P. and VAINIO H.: Lung cancer in the lower lobe is associated with pulmonary asbestos fiber count and fiber size. *Environ. Health Perspect.*, *101*, 166-170, 1993.
- COMBA P., GIANFAGNA A. and PAOLETTI L.: Pleural mesothelioma cases in Biancavilla are related a new fluoro-edenite fibrous amphibole. *Arch. Environ. Health*, *58*, 229-239, 2003.
- COOK P.M. and OLSON G.F.: Ingested mineral fibers: elimination in human urine. *Science*, *204*, 195-198, 1979.
- COOKE W.E.: Fibrosis of the lungs due to inhalation of asbestos dusts. *Br. Med. J.*, *2*, 147, 1924.
- COOKE W.E.: Pulmonary asbestosis. *Br. Med. J.*, *2*, 1024, 1927.
- CONSENSUS REPORT: Asbestos, asbestosis, and cancer: the Helsinki criteria for diagnosis and attribution. *Scand. J. Work Environ. Health*, *23*, 311-316, 1997.
- DODSON R.F., O'SULLIVAN M.F., BROOKS D.R. and BRUCE J.R.: Asbestos content of omentum and mesentery in nonoccupationally exposed individuals. *Toxicol. Ind. Health*, *17*, 138-143, 2001.
- EGILMAN D. and REINERT A.: Lung cancer and asbestos exposure: asbestosis is not necessary. *Am. J. Ind. Med.*, *30*, 398-406, 1996.
- FUBINI B.: The physical and chemical properties of asbestos fibers which contribute to biological activity. 2001 Asbestos Health Effects Conference, May 24-25, Oakland, CA, US Environmental Protection Agency, 2001.
- GIANFAGNA A. and OBERTI R.: Fluoro-edenite from Biancavilla (Catania, Sicily, Italy): crystal chemistry of a new amphibole end-member. *Am. Mineral.*, *86*, 1489-1493, 2001.
- HAMMOND E.C., SELIKOFF I.J. and SAIDMAN H.: Asbestos exposure cigarette smoking and death rates. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, *330*: 473-490, 1979.
- HARINGTON J.S.: The carcinogenicity of chrysotile asbestos. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, *643*, 465-472, 1991.
- HILLERDAL G., HENDERSON D.W. and PATH M.R.C.: Asbestos, asbestosis, pleural plaques and lung cancer. *Scand. J. Work. Environ. Health*, *23*, 93-103, 1997.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC): Asbestos. Monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans, IARC, vol. *14*. Lyon, 1977.
- INTERNATIONAL PROGRAMME ON CHEMICAL SAFETY (IPCS): Environmental Health Criteria 203: Chrysotile Asbestos. International Programme on Chemical Safety, World Health Organization, *107*, 1998.
- KARJALAINEN A., ANTTILLA S., HEIKKIL L., KYIRONEN P. and VAINIO H.: Lobe of origin of lung cancer among asbestos-exposed patients

- with or without diffuse interstitial fibrosis. *Scand. J. Work Environ. Health*, *19*, 102-107, 1993.
- KLEMPERER P. and RABIN C.B.: Primary neoplasm of the pleura. A report of five cases. *Arch. Pathol.* *11*, 385-412, 1931.
- LEMEN R.A.: Asbestos-related disease risks still exist. *Eur. J. Oncol.*, *10*, 9-30, 2005.
- LYNCH K.M. and SMITH W.A.: Pulmonary asbestosis. III. Carcinoma of lung in asbestos-silicosis. *Am. J. Cancer*, *24*, 56-64, 1935.
- MAGNANI C., NARDINI I., GOVERNA M. e SERIO A.: Uno studio di coorte degli addetti ad un'Officina di Grandi Riparazioni (OGR) delle Ferrovie dello Stato. *Med. Lav.*, *77*, 154-161, 1986.
- MONTIZAAN G.K., KNAAP A.G.A.C. and VAN DER HEIJDEN C.A.: Asbestos: toxicology and risk assessment for the general population in the Netherlands. *Food Chem. Toxicol.*, *27*, 721-727, 1989.
- NISHIKAWA K., TAKAHASHI K., KARJALAINEN A., WEN C.P., FURUYA S., HOSHUYAMA T., TODOROKI M., KIYOMOTO Y., WILSON D., HIGASHI T., OHTAKI M., PAN G. and WAGNER G.: Recent mortality from pleural mesothelioma, historical patterns of asbestos use, and adoption of bans: a global assessment. *Environ. Health Perspect*, *116*, 1675-1680, 2008.
- NURMINEN M. TOSSAVAINEN A. and TECH D.: Is there an association between pleural plaques and lung cancer without asbestosis? *Scand. J. Work Environ. Health*, *20*, 62-64, 1994.
- PETO J., DECARLI A., LA VECCHIA C., LEVI F. and NEGRI E.: The European methelioma epidemic. *Br. J. Can.*, *79* (3/4), 666-672, 1999.
- PINTO C., AMADUCCI E., VALENTI D., PIAZZI R., CARNUCCIO R., GRIGIONI W. e MALTONI C.: LXXV mesotelioma pleurico in impiegato di banca che operava in un ufficio inquinato da asbesto. *Acta Oncol.*, *16*, 243-252, 1995a.
- PINTO C., RAPEZZI R., OLIVERIO G., VALENTI D., AMADUCCI E., CARNUCCIO R., CELENZA G. e MALTONI C.: Mesotelioma peritoneale in operaia agricola abitante in edificio con copertura in cemento-amianto. *Acta Oncol.*, *16*, 447-456, 1995b.
- PINTO C., VALENTI D., AMADUCCI E., FRIZZELLI R., CARNUCCIO R., OLIVERIO G., CARPI A. e MALTONI C.: Tre casi di mesotelioma pleurico in donne causalmente correlati con esposizione ambientale ad amianto liberato da copertura di struttura edilizia. *Acta Oncol.*, *16*, 535-551, 1995c.
- SCHNEIDERMAN M.A.: Digestive system cancer among persons subjected to occupational inhalation of asbestos particles: a literature review with emphasis on dose response. *Environ. Health Perspect*, *9*, 307-311, 1974.
- SEIDMAN H., SELIKOFF I.J. and GELB S.K.: Mortality experience of amosite asbestos factory workers: Dose-response relationships 5 to 40 years after onset of short-term work exposure. *Am. J. Ind. Med.*, *10*, 479-514, 1986.

- SELIKOFF I.J. and LEE D.H.K.: Asbestos and disease. Academic Press, New York, 1978.
- SELIKOFF I.J. and SEIDMAN H.: Asbestos-associated deaths among insulation workers in the United States, and Canada, 1967-1987. *Ann. NY Acad. Sci.*, 643, 1-14, 1991.
- SOFFRITTI M., MINARDI F., BUA L., DEGLI ESPOSTI D., BELPOGGI F.: First experimental evidence of peritoneal and pleural mesotheliomas induced by fluoro-edenite fibres present in Etnean volcanic material from Biancavilla (Sicily, Italy). *Eur. J. Oncol.*, 9, 169-175, 2004.
- SUZUKI Y. and YUEN S.R.: Asbestos fibers contributing to the induction of human malignant mesothelioma. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 982, 160-176, 2002.
- U.S. GEOLOGICAL SURVEY, Mineral Commodity Summaries, 2007 Available at <http://minerals.usgs.gov>
- VIGLIANI E.C., MOTTURA G. and MARANZANA P.: Association of pulmonary tumors with asbestosis in Piedmont and Lombardy. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 132, 558-574, 1965.
- WAGNER J.C., SLEGGS C.A. and MARCHAND P.: Diffuse pleural mesothelioma and asbestos exposure in the North Western Cape Province. *Br. J. Ind. Med.*, 17, 260-271, 1960.
- WAGNER J.C., BERRY G., SKIDMORE J.W. and TIMBRELL V.: The effects of the inhalation of asbestos in rats. *Br. J. Cancer*, 29, 252-269, 1974.
- WILKINSON P., HANSELL D.M., JANSSENS J., RUBENS M., RUDD R.M. and TAYLOR A.N.: Is lung cancer associated with asbestos exposure when there are no small opacities on the chest radiograph? *Lancet*, 345, 1074-1078, 1995.

## La rimozione delle leggi e il processo penale

*Intervista a Raffaele Guariniello*

di **Lisa Bartoli**\*



*Luigi Veronesi  
s. t. - 1984  
Tempera e acrilico su cartoncino  
cm. 32x32  
Camera del Lavoro di Milano*

**I**l 10 dicembre entra nel vivo il processo contro i proprietari dell'Eternit: Stephan Schmidheiny e il barone belga Jean Louis De Cartier De Marchienne, accusati di disastro doloso e omissione volontaria delle necessarie misure di sicurezza. Per le migliaia di vittime dell'amianto rappresenta un obiettivo importante, fino a qualche mese fa irraggiungibile. Per l'INCA, che sin dagli anni settanta ha condotto una battaglia per il riconoscimento dell'origine professionale della esposizione, il raggiungimento di un traguardo considerevole. Per Raffaele Guariniello, procuratore aggiunto presso il Tribunale di Torino e pubblico ministero al processo, il risultato di un rigoroso lavoro di indagine che ha iniziato più di trent'anni fa. Quali sono state le carte vincenti?

**Guariniello.** In realtà siamo solo all'inizio. Abbiamo fatto dei passi importanti in questo procedimento; siamo arrivati finalmente al dibattimento, ma ci aspetta ancora un grande lavoro da fare.

A questo risultato credo che abbia contribuito molto l'esperienza giudiziaria che abbiamo fatto in tutti questi anni nei diversi dibattimenti nei processi già celebrati sui tumori professionali. Questo ha consentito di sviluppare una serie di indagini, perizie, consulenze tecniche. Abbiamo avuto la possibilità di fornire delle competenze di molti consulenti tecnici un po' dappertutto in Italia. È un po' come dire che questo processo non è un fiore nato nel deserto. È un processo che nasce dopo tutte le esperienze che abbiamo fatto in questi anni, quali per esempio l'Osservatorio sui tumori professionali che abbiamo

\*Responsabile Ufficio Stampa  
INCA CGIL nazionale.

organizzato; le competenze che abbiamo messo in campo; la giurisprudenza della Corte di Cassazione che, grazie a questi processi, si è sviluppata in tutti questi anni. Insomma, questo processo non è una sorpresa; anche se ciò non toglie che si tratta di un procedimento di grandi dimensioni e quindi il più grande procedimento che abbiamo mai tentato di fare in questa materia dei tumori da amianto.

*Si processano i proprietari della Eternit, ma in Italia l'amianto non è ancora scomparso (nonostante il divieto di commercializzazione e di utilizzazione previsto dalla legge n. 257/1992). I giornali di qualche mese fa denunciavano la presenza di questa fibra sui tetti degli edifici pubblici e privati; addirittura nelle discariche abbandonate. Quali sono le cause di questi ritardi nelle operazioni di bonifica? Quali le responsabilità delle istituzioni e quanto incide l'aspetto economico?*

**Guariniello.** Mi sembra giusto partire da una considerazione, e cioè che il nostro Paese è tra quelli più all'avanguardia sul piano normativo, perché purtroppo ci sono altre aree del mondo in cui il divieto dell'amianto non c'è ancora. Indubbiamente noi abbiamo avuto dal '92 un'ottima legge, ma non sempre è applicata nei modi dovuti. Il fatto che l'amianto sia vietato non toglie che purtroppo abbiamo messo amianto dappertutto, e quindi ci ritroviamo con diversi edifici, manufatti ecc. dove c'è amianto. Questo comporta ancora la necessità di lavorare e di convivere con l'amianto; e quindi, bisogna adottare delle misure che tutelino la salute sia dei lavoratori sia delle popolazioni.

*Il problema «amianto» non riguarda soltanto l'Italia. Il 25 febbraio scorso la Commissione europea ha fatto approvare agli Stati membri la sua proposta di deroghe per la fabbricazione e l'uso di alcuni componenti industriali contenenti fibre d'amianto crisotilo. Secondo la Confederazione europea dei sindacati (CES), questa decisione è frutto del formidabile lavoro di pressione della lobby dell'amianto, guidata a livello mondiale dall'industria canadese, secondo Paese al mondo produttore di amianto dopo la Russia, e rappresentata in Europa soprattutto dalla Dow Chemical e da Solvay. Come giudica la decisione delle istituzioni europee?*

**Guariniello.** Adesso dobbiamo vedere e confrontarci con queste indicazioni. Debbo dire che nella mia esperienza non vi è dubbio che certi tipi di amianto sembrano essere più pericolosi. Ma ciò non toglie la pericolosità di altri. Noi, in Italia abbiamo una miniera di amianto, quella di Balangero, che è una miniera di crisotilo. In quest'area, lo studio epidemiologico, che stiamo conducendo sulla popolazione dei lavoratori esposti, sta mettendo in luce anche casi di mesotelioma, e quindi del tipico tumore d'amianto che appare addebitabile in realtà, non già all'esposizione al cosiddetto amianto puro o ad altri tipi particolarmente pericolosi, ma allo stesso crisotilo. Quindi, secondo me occorre essere molto, molto prudenti nei confronti di deroghe di questo tipo.

*Nel quotidiano lavoro di tutela individuale, l'INCA deve fare i conti con la reticenza del lavoratore di denunciare una patologia di sospetta origine professionale. Il datore di lavoro teme l'aumento del premio assicurativo sul lavoratore pesa la paura di restare disoccupato. Due atteggiamenti che spiegano le ragioni per le quali il numero delle denunce di malattie professionali in Italia sia molto al di sotto della media degli altri Paesi europei. In questo contesto il processo penale può aiutare a far emergere il fenomeno?*

**Guariniello.** Ovviamente l'intervento del magistrato penale è fondamentale, perché altrimenti molti casi di tumori da amianto o come quelli più generali di origine professionale sarebbero rimasti dimenticati negli archivi degli ospedali e dei Comuni. Per farli emergere occorre uno strumento d'indagine di carattere penale, che è fondamentale sotto tanti punti di vista, fra cui anche quello di mettere in luce fenomeni che altrimenti, in larga misura, rischiano di rimanere nascosti. Il problema dei tumori professionali è il tipico esempio, perché finché noi non abbiamo creato l'Osservatorio i casi di tumore non ci venivano mai segnalati da nessuno. Invece, con questa nuova esperienza riusciamo a farli emergere; quindi, a fare i processi, a garantire gli indennizzi alle famiglie delle vittime, ad individuare gli elementi necessari per esercitare l'azione di regresso nei confronti dell'azienda. Il processo penale ha delle ricadute non soltanto sul piano penale, ma anche in termini di risarcimenti e di indennizzi. In futuro, lo avrà anche in termini di responsabilità amministrativa dell'Ente che è questa nuova forma di responsabilità che è stata introdotta dal Testo Unico sulla sicurezza.

*Per quanto riguarda le problematiche ancora aperte riguardanti la sicurezza nei posti di lavoro, in una sua recente intervista ha dichiarato: «Le leggi che stabiliscono le norme nei cantieri ci sono dagli anni cinquanta». «Occorre, quindi, individuare strumenti migliori per garantire l'applicazione di leggi che, pur risalenti allo scorso secolo, sono tutt'oggi disattese». Dopo l'approvazione delle modifiche al Testo Unico sulla sicurezza, fortemente criticate dalla CGIL, ritiene che ci sia coerenza tra ciò che decide il Parlamento italiano e la lotta contro la piaga degli infortuni e delle malattie professionali?*

**Guariniello.** Il vero problema non sono le leggi, perché quelle degli anni cinquanta, del secolo scorso, andavano benissimo; poi si possono migliorare; altre sono state già migliorate. Anche il Testo Unico complessivamente si sta dimostrando uno strumento potenzialmente molto incisivo, però il nostro grande problema è che queste norme rischiano di rimanere disapplicate. È questo il punto su cui si misura l'effettiva volontà di incidere sul fenomeno degli infortuni e delle malattie professionali. Cioè c'è bisogno di trovare gli strumenti organizzativi che facciano sì che le norme non rimangano scritte soltanto sulla carta, ma diventino norme effettivamente applicate nella realtà delle nostre aziende, delle fabbriche e dei cantieri.





## Tra il dire e il fare

Amianto. I benefici della legge 257/1992

di **Valerio Zanellato\***



*Jaber (Jabor Alwan Salman)  
Donne di due mondi  
(particolare)  
Anni '90  
Acrilico su tela  
cm. 295x305  
Direzione Nazionale CGIL*

\* Coordinatore Area tutela del danno alla persona INCA CGIL nazionale.

**A**scrivere d'amianto (domande, curriculum, leggi, decreti, ecc.) c'è da essere certi che possano leggere i tecnici della materia o i diretti interessati, ammesso che ne capiscano. Quindi è bene evitare questo rischio raccontando gli eventi così come si sono succeduti evitando, per quanto possibile, i cenni legislativi.

Solo dal 1992 il Parlamento ha previsto una sorta di misura riparatoria in favore dei lavoratori che sono stati esposti per significativi periodi di tempo alla inalazione e/o contatto con le polveri del minerale-killer. Tra mille traversie, ricorsi giudiziari e provvedimenti legislativi, molti stanno ora fruendo dei benefici previdenziali previsti dalla legge (pensionamento anticipato).

L'ultimo provvedimento legislativo, in ordine di tempo, che riguarda i lavoratori esposti all'amianto è contenuto nella legge che ha recepito il protocollo sul welfare del 2007; quello, per intenderci, che ha modificato le finestre per l'andata in pensione con il cosiddetto «scalone».

Quest'ultimo provvedimento dispone che i lavoratori ex dipendenti o dipendenti da aziende interessate dagli atti d'indirizzo ministeriali possono ottenere le certificazioni della loro esposizione all'amianto fino all'avvio dell'azione di bonifica e comunque non oltre il 2 ottobre 2003.

Perché si è sentita la necessità di introdurre questo comma all'interno della legge? Per rispondere occorre ricordare che in una prima fase attuativa della legge sull'amianto del '92, il Ministero del Lavoro ha emanato gli Atti di indirizzo, con i quali

intendeva chiarire i destinatari dei benefici previdenziali. In questo modo l'INAIL ha potuto accertare rapidamente e per tutte le aziende interessate l'«esposizione qualificata dei lavoratori».

Gli Atti di indirizzo, emanati a più riprese nel corso degli anni, sono alquanto diversificati quanto a criteri di riconoscimento degli esposti (alcuni indicano espressamente specifici reparti e/o specifiche mansioni, altri invece più genericamente tipologie di attività) e quanto a periodi di esposizione. Generalmente essi si riferiscono a periodi compresi entro il 1992. Per molte imprese, ad esempio, l'esposizione viene riconosciuta fino alla fine degli anni ottanta.

Il problema nasce, quindi, proprio perché gli Atti di indirizzo hanno in generale riconosciuto l'esposizione alle fibre di amianto, al massimo, fino al 1992, basandosi sul presupposto che dopo l'entrata in vigore della legge che ne vietava la produzione e la commercializzazione non si sarebbe più usato amianto e sarebbero dovute iniziare le bonifiche degli stabilimenti interessati.

Ma le cose sono andate diversamente. Per lungo tempo l'amianto è rimasto nei reparti, e in molti casi si è continuato ad usarlo; prima di arrivare alla vera e propria eliminazione del minerale si è andati avanti per un bel po' di tempo, tant'è che con altri provvedimenti legislativi si è riconosciuto ai lavoratori periodi di esposizione fino all'ottobre del 2003.

È per tale motivo che il legislatore è intervenuto con quest'ultimo provvedimento prendendo atto che anche nelle molte realtà aziendali, oggetto degli Atti d'indirizzo, sia le bonifiche che la cessazione dell'utilizzo dell'amianto sono avvenute con gravissimo ritardo. Quindi ha esteso ai dipendenti delle aziende interessate da questi ritardi la possibilità di accedere ai benefici di legge, correggendo in questo modo il periodo temporale di copertura degli Atti di indirizzo già emanati.

Se non che, sono intervenuti il Ministero del Lavoro e l'INAIL, con una serie di decreti e circolari che, in maniera del tutto arbitraria ed interpretando la legge in modo restrittivo, hanno limitato l'accesso ai benefici previdenziali ai soli dipendenti di 15 aziende.

A fronte di questi provvedimenti molti lavoratori, che avrebbero potuto vantare i vantaggi previsti dalla legge, non hanno presentato l'istanza di riesame della loro posizione proprio perché fuorviati dalle interpretazioni restrittive del Ministero e dell'INAIL.

L'INCA, fin da subito, ha denunciato l'inspiegabile restrizione del diritto, invitando le proprie strutture ad ignorare la circolare interpretativa dell'INAIL e presentando le domande per tutti i lavoratori dipendenti da stabilimenti interessati dagli Atti d'indirizzo.

Il TAR del Lazio, su ricorso presentato dall'Associazione degli esposti all'amianto, ha esaminato questa discrepanza che si è creata tra la legge e il decreto attuativo, ritenendo illegittimo, in molte parti, il decreto e le successive circolari dell'INAIL. Nel dispositivo, il Tribunale amministrativo rileva infatti, che «non è dato comprendere la ragione per cui l'Amministrazione nel regolamento attuativo ha inteso introdurre la limitazione collegata ai soli reparti di esposizione di-

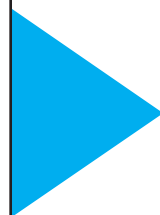
retta all'amianto, quando in altre occasioni ha invitato l'INAIL a non considerare i soli reparti all'interno delle singole realtà produttive, ma di considerare la continuità della frequenza in ambienti contaminati».

In pratica, quindi, il TAR, ripristinando lo spirito con cui era stata fatta la legge nel '92, consente oggi di riproporre una domanda per l'accertamento dell'esposizione all'amianto per periodi di attività svolta fino all'avvio dell'azione di bonifica e non oltre il 2 ottobre 2003, purché il lavoratore sia o sia stato dipendente da aziende ricomprese negli Atti di indirizzo dal Ministero del Lavoro, abbia già presentato domanda di certificazione per esposizione all'amianto entro il 15 giugno 2005 e non sia andato in pensione prima del 1° gennaio 2008.



# Confronto globale

*Conferenza mondiale sull'amianto*





## Confronto globale 1 *L'amianto negli zuccherifici*

*Asbestos Exposure in Sugar Factories: The Use of Social Security Survey in Asbestos Diseases*

di **Marco Bottazzi\***, **Ilver Casadio\*\***



*Emnio Calabria*  
s.t.  
1973  
Tecnica mista su tavola  
cm 171x210  
Direzione Nazionale CGIL

\* Coordinatore medico-legale INCA CGIL nazionale.

\*\* Responsabile infortuni e malattie professionali INCA CGIL Ravenna.

**A**lla tradizionale attività di tutela delle malattie professionali asbesto-correlate si è andata affiancando, nell'ultimo decennio, quella finalizzata al riconoscimento dei benefici economici previsti dalla legge 257 e sue modificazioni.

Questa attività ulteriore di tutela ha permesso di porre sotto osservazione settori cosiddetti non tradizionali, anche se per altro erano ben rappresentati nelle statistiche del Renam, e fra questi, nella Provincia di Ravenna, particolare attenzione è stata posta al settore degli zuccherifici.

Dall'attenta e precisa analisi del ciclo produttivo di uno zuccherificio emerge in modo palese l'elevato numero di parti del processo che utilizzano prodotti intermedi ad elevata temperatura o abbisognano di temperature più o meno elevate, a partire dalla enorme quantità di vapore necessaria in quasi tutto il processo produttivo.

Ne consegue che i costi per la produzione ed il mantenimento di determinate temperature sono una parte significativa dei costi di produzione complessivi da sostenere per il funzionamento di uno zuccherificio, e questo fa sì che fin dall'inizio del XX secolo sia stato impiegato l'amianto per l'isolamento termico.

*È possibile suddividere l'attività lavorativa negli zuccherifici in:*

- 1) la fase di campagna saccarifera della durata di due/tre mesi e nel corso della quale veniva impiegata una grande quantità di personale stagionale per tutte le diverse mansioni, con anche una mobilità interzuccherifici. Infatti dato che la stessa

proprietà in molti casi disponeva di diversi zuccherifici era frequente che agli addetti venisse richiesto di svolgere la loro attività in sedi territoriali diverse; 2) la fase di intercampaña della durata di nove mesi e nel corso della quale veniva svolta anche la campagna straordinaria di manutenzione complessiva dell'impianto.

Caldaie, bolle, serbatoi e tubazioni, dovendo contenere e trasportare fluidi ad elevate temperature necessitavano di una coibentazione con materiale termoisolante, nella fattispecie amianto.

Negli zuccherifici l'amianto, per le sue proprietà coibentanti, è stato impiegato in grandi quantitativi nella coibentazione della centrale termica, nelle caldaie, nelle condutture che servono alla circolazione dei fluidi<sup>1</sup>, nei macchinari di lavorazione del prodotto, nelle strutture frenanti delle centrifughe, nei forni essiccatori del reparto confezionamento, nelle guarnizioni delle valvole, nei serbatoi dei fluidi; anche in molte realtà nelle strutture di copertura dello stabilimento.

L'amianto era presente sotto varie forme: come impasto con cemento attorno ai tubi ed alle casse di stoccaggio, sotto forma di lastre e di corde utilizzate al reparto caldaie, sotto forma di fogli di amiantite utilizzate per costruire guarnizioni o di corde per tenuta su valvole.

Nella maggior parte dei casi, il materiale contenente amianto era ricoperto da un rivestimento protettivo di tipo cementizio, da lamierino, ma anche da stoffa o nastro telato: cioè strutture che nel tempo andavano incontro a deterioramento con dispersione delle fibre nell'ambiente.

L'esposizione avveniva, quindi, durante gli interventi di manutenzione sia ordinaria, durante i periodi di intercampaña, che di manutenzione straordinaria, durante la campagna.

Per effettuare gli interventi di manutenzione o di riparazione o di sostituzione su strumenti ed apparecchiature era necessario asportare la coibentazione in amianto mediante l'impiego di martelli e scalpelli; operazione che sviluppava elevate quantità di polveri contenenti fibre di amianto.

Ma le lavorazioni che avvenivano con maggiore frequenza e che comportavano una esposizione significativa all'amianto erano quelle di sostituzione delle guarnizioni che erano, generalmente, ricavate manualmente da fogli di amiantite, attraverso il taglio con forbici e la rifinitura con smeriglio per portarle a misura.

Nel corso degli interventi di manutenzione programmata parte dell'amianto era rimosso in quanto presentava usura o per sostituzione di parti dell'impianto, e questo avveniva senza le minime precauzioni in quanto era lasciato a terra e raccolto in maniera sommaria. La sostituzione delle coibentazioni danneggiate era effettuata utilizzando martelli, trapani e cesoie.

---

<sup>1</sup> Per resistere all'alta pressione ed alla temperatura gli impasti di gomme, resine e leganti plastici contenevano amianto crisotilo ad una concentrazione variabile fra il 5 ed il 10%.



Anche quando la manutenzione era eseguita da imprese preposte alla sostituzione di tubature lesionate, casse marce ed altro, gli interventi erano effettuati alla presenza del personale della azienda che lavorava contemporaneamente sugli impianti e che era egualmente esposto all'amianto.

Durante il periodo di campagna una ulteriore fonte di esposizione era data dall'amianto liberato dall'usura dei ferodi dei freni delle turbine e delle centrifughe (freni che nella nostra casistica venivano azionati ogni 3').

Le forme minerali più usate sono state il crisotilo e l'amosite, che costituivano parte integrante degli impasti gessosi di silicati di calcio o carbonato di magnesio, oppure di nastri, tele e cartoni.

La presenza dell'amianto negli zuccherifici è stata segnalata in diversi studi di letteratura; citiamo fra i tanti quello di Verdel, Iotti e Castellet y Ballara della CONTARP nazionale dell'INAIL che, nel compilare la «mappa storica dell'esposizione all'amianto nell'industria italiana», fra i settori produttivi in cui era presente il rischio citano «come maggiormente rappresentati nella casistica INAIL ed in ordine di frequenza: lavori edili, stradali e di sistemazione idraulica, *industria alimentare con particolare riguardo agli zuccherifici...*». Anche Calisti, nell'elaborare un elenco dei principali ambiti in cui si sono realizzate esposizioni occupazionali ad amianto, include il lavoro negli zuccherifici, in accordo con quanto riportato dai tecnici della ASL di Saluzzo-Savigliano.

Se concentriamo, invece, l'attenzione sugli studi che si sono occupati di patologie da amianto rileviamo che diversi studi pubblicati nel nostro Paese sia dalla Fondazione Ramazzini che dal gruppo dell'Ospedale di Bentivoglio documentano casi di mesotelioma insorti nei lavoratori degli zuccherifici.

Si tratta di dati in accordo con la letteratura internazionale dove si segnala, fra l'altro, lo studio condotto in Louisiana su 58 casi di casi insorti nel comparto saccarifero e quello svedese di Malmer, che indicava per gli addetti agli zuccherifici un rischio relativo aumentato di ben 11,3 volte.

Il registro Mesoteliomi dell'Emilia Romagna segnala 40 casi provenienti dagli zuccherifici e altre industrie del comparto alimentare.

Il registro Mesoteliomi del Veneto, nel suo secondo Report pubblicato nel 2007, segnala 36 casi di mesotelioma insorti fra i lavoratori degli zuccherifici. Tanto che nell'ampia relazione illustrativa si indicano gli zuccherifici «come strutture di imponenti dimensioni coibentate in tutto o in parte con amianto rivestito da impasto di cemento o, in anni più recenti, in lamierino metallico», e si nota come «la dismissione di diversi zuccherifici abbia posto problemi ambientali di grande rilevanza legati all'amianto. Alla dismissione i diversi impianti risultavano in condizioni di avanzato degrado, con tonnellate di amianto in fibra libera abbandonate all'interno, risultato di decoibentazione su parti delle strutture».

### ▼ La casistica dell'INCA di Ravenna nell'attività di tutela dei lavoratori

La problematica amianto negli zuccherifici era ben conosciuta in quanto negli anni l'INCA aveva ottenuto dall'INAIL il riconoscimento di dieci casi di mesotelioma insorti fra gli ex dipendenti fissi e/o stagionali degli zuccherifici.

Giova ricordare come durante il periodo di «campagna» il lavoro era svolto oltre che dai dipendenti a tempo indeterminato anche da decine e/o centinaia di lavoratori stagionali assunti all'uopo per il periodo di durata della campagna, con eventuali allungamenti in alcuni casi per periodi di pre e post campagna.

Le mansioni svolte da questi lavoratori stagionali erano in molti casi del tutto simili a quelle svolte dai dipendenti a tempo indeterminato dello stabilimento.

Siccome molte patologie possono avere dei tempi di latenza molto lunghi e non essere dose dipendente, e siccome molti dei lavoratori stagionali hanno svolto le campagne saccarifere in età giovanile per poi dedicarsi ad altre occupazioni stabili in altri settori lavorativi, diventa importante per poter individuare un nesso fra patologia attuale e la lavorazione svolta all'epoca, nel corso dell'anamnesi lavorativa per la valutazione di una possibile malattia professionale, poter sollecitare i ricordi del lavoratore rispetto a questi eventuali brevi e lontani periodi di attività ed alle mansioni svolte durante gli stessi.

A questa attività di tutela delle malattie professionali nell'ultimo decennio si è andata affiancando quella finalizzata al riconoscimento dei benefici pensionistici previsti dalla legge 257 e sue modificazioni.

La casistica della sede INCA di Ravenna ha riguardato circa 130 lavoratori che avevano lavorato negli stabilimenti di Classe, Russi, Mezzano. Si trattava di lavoratori che erano tutti stati assunti, dopo periodi più o meno lunghi di lavoro stagionale, a tempo indeterminato presso questi diversi stabilimenti.

Questi lavoratori degli zuccherifici avevano presentato domanda all'INPS per vedersi riconoscere i benefici pensionistici.

Avviata la procedura amministrativa le domande venivano respinte sulla base del parere CONTARP/INAIL per il non raggiungimento della esposizione qualificata (confermata l'esposizione all'amianto ma a livelli inferiori alle 100 ff/l.).

La Corte di Appello di Bologna ha affidato ad un ristretto pool di specialisti (cattedratici di medicina del lavoro, responsabili di servizi pubblici o di servizi ospedalieri, ecc.) la consulenza tecnica.

Sulla base delle conclusioni dei diversi CTU di appello, che hanno adottato metodologie diverse fra loro, è stato confermato il diritto ai benefici per la quasi totalità degli appellati.

Per il raggiungimento del limite temporale del decennio richiesto dalla normativa sono stati computati sia i periodi di lavoro stagionale (le diverse campagne) che i periodi, eventualmente, svolti presso altri stabilimenti della stessa proprietà, sia siti nell'ambito della stessa Regione (Piacenza, Sarmato, Bando di Argenta, ecc.) che in Regioni diverse (molto presente il pendolarismo con il Veneto e con Rovigo in particolare), e questo stante la sovrapposibilità dei processi produttivi, come si è dimostrato in precedenza.

Come appare evidente dalla attenta disamina dell'elenco riportato in seguito, nel determinismo della concentrazione media annua non inferiore a 100 fibre/litro, come valore medio su otto ore al giorno, sono state prese in considerazione, mediante opportuna ponderazione temporale e espositiva, sia le mansioni (spesso assai differenti fra loro) svolte in fase di campagna sia quelle svolte nella fase di intercampaña.

Ad oggi la sede INCA di Ravenna ha ottenuto il riconoscimento dei benefici pensionistici per 109 lavoratori con l'esclusione in sede di appello del diritto per meno di una decina di lavoratori, per i quali non si è pervenuti a dimostrare il raggiungimento dell'esposizione qualificata (ad esempio: addetti al controllo in campo; addetti alle sementi), o in quanto avevano esposizioni inferiori al decennio. A questo numero va aggiunto un ulteriore contingente di alcune unità di lavoratori che, pur potendo far valere in questa specifica attività solo i periodi di campagna (alcuni mesi per pochi anni), hanno adito le vie legali per aggiungere tale periodo a quello già conseguito in altra attività lavorativa.

L'esposizione qualificata è stata riconosciuta ai lavoratori impegnati nelle seguenti mansioni:

- ▶ addetto alla manutenzione (sia in fase di campagna che in fase di intercampaña);
- ▶ meccanico manutentore (sia in fase di campagna che in fase di intercampaña);
- ▶ conduttore caldaie/fuochista/aiuto fuochista (sia in fase di campagna che in fase di intercampaña);
- ▶ elettricista e manutentore elettrico (sia in fase di campagna che in fase di intercampaña);
- ▶ addette al confezionamento (sia in fase di campagna che in fase di intercampaña);
- ▶ saldatore (sia in fase di campagna che in fase di intercampaña);
- ▶ carpentiere (sia in fase di campagna che in fase di intercampaña);
- ▶ operatore di controllo della diffusione (in fase di campagna);
- ▶ operatore di controllo delle tagliatrici (in fase di campagna);
- ▶ conduttore alle diffusioni (in fase di campagna);
- ▶ conduttore essiccatoi polpe (in fase di campagna);
- ▶ addetto alle bolle (in fase di campagna).

Stante la estrema scarsità di documenti degli stabilimenti presso i quali avevano lavorato i ricorrenti (in pratica solo una certificazione ASL che documenta la rimozione presso uno di questi siti, di oltre novanta tonnellate di amianto), i diversi CTU hanno acquisito documentazione concernente altri stabilimenti posti nell'ambito della stessa Regione.

Naturalmente tale acquisizione non è avvenuta in maniera acritica ma è stata sottoposta ad attento vaglio. In particolare, le diverse indagini ambientali effettuate presso uno stabilimento del bolognese sono state acquisite, ma i livelli espositivi ivi misurati, essendo successivi alle operazioni di raccolta ed avviamento alla scarica del materiale contenente amianto, sono stati considerati non «rispecchianti la situazione degli anni settanta ed ottanta».

Inoltre particolare attenzione è stata posta ai dati espositivi presenti nelle diverse banche dati oggi disponibili sia nazionali che internazionali.

Questa attività di tutela che ha portato ad individuare le pregresse esposizioni all'amianto ha reso possibile individuare l'origine professionale di alcuni casi di neoplasie a minore specificità nosologica (in particolare neoplasie polmonari e laringee) insorte prevalentemente fra i lavoratori a tempo indeterminato e che possono far valere lunghi periodi di esposizione, che sono state denunciate all'Istituto assicuratore.

L'esperienza riportata permette di concludere che importanti elementi di conoscenza in merito alle pregresse esposizioni all'amianto possono derivare anche da questa attività di tipo previdenziale, soprattutto se tali dati vengono intrecciati con quelli provenienti da altri sistemi di registrazioni ed in particolare da quelli provenienti dai Registri Mesoteliomi.

Da qui l'importanza che si pervenga alla diffusione dei dati dei riconoscimenti di esposizioni qualificate e che questi lavoratori siano seguiti nel loro percorso di vita e di salute.

## Confronto globale 2

### *Il riconoscimento del danno morale: l'esperienza del Patronato*

*The Compensation of Moral Damage to the Psycho-Physical Disturbance Associated with Asbestos Exposure: The Patronage Experience*

di **Marco Bottazzi\***



Alberto Manfredi  
Paesaggio  
1992  
Olio su tela, cm. 80x80  
Camera del Lavoro di Reggio Emilia

\* Coordinatore medico-legale  
INCA CGIL nazionale.

Il risarcimento del danno morale, inteso come il *pretium doloris*, vale a dire il corrispettivo economico della sofferenza, può derivare dal turbamento psichico connesso alla pericolosa esposizione e dall'esistenza di un nesso eziologico fra tale turbamento e l'evento dannoso.

Il risarcimento del danno morale per il turbamento psico-fisico connesso alla pericolosa esposizione all'inquinamento ambientale può prescindere anche da un'effettiva lesione dell'integrità psico-fisica, ma postula, in ogni caso, la prova, a cura del richiedente, della rilevante gravità dell'evento, dell'effettivo turbamento psichico e dell'esistenza di un nesso eziologico fra tale turbamento e l'evento dannoso.

Si tratta di un principio su cui la Cassazione è tornata più volte riconoscendo il diritto sia a cittadini che erano stati esposti a disastro ambientale (diverse sentenze riguardano gli abitanti di Seveso) sia a lavoratori esposti a rischio lavorativo.

Il principio inaugurato dalla Cassazione a Sezioni Unite nello storico intervento del 21 febbraio 2002, n. 2515, relativo al caso Seveso, e che è divenuto orientamento giurisprudenziale consolidato, è quello che, «in caso di compromissione dell'ambiente di vita o di lavoro, il danno morale soggettivo lamentato dai soggetti che si trovano in una particolare situazione (in quanto abitano e/o lavorano in detto ambiente) e che provino in concreto di avere subito un turbamento psichico (sofferenza e patemi d'animo) di natura transitoria a causa dell'esposizione a sostanze inquinanti ed alle conseguenti limitazioni del normale svolgimento della loro vita è risarcibile autonomamente

anche in mancanza di una lesione all'integrità psico-fisica (danno biologico) o di altro evento produttivo di danno patrimoniale, trattandosi di reato plurioffensivo che comporta, oltre all'offesa dell'ambiente ed alla pubblica incolumità, anche l'offesa ai singoli, pregiudicati nella loro sfera individuale».

Su questo tema la Cassazione è tornata con la sentenza n. 11059 del 2009 in cui si ribadisce che hanno diritto ad un risarcimento per «danno morale» i cittadini che sono «esposti al pericolo derivato da un disastro ambientale, per il patema d'animo sofferto e la preoccupazione sul proprio stato di salute». Secondo i Supremi giudici, ampiamente provata era la sofferenza psichica e personale patita dai cittadini che «in quanto soggetti a rischio erano stati sottoposti a ripetuti controlli sanitari sia nell'immediatezza dell'evento sia successivamente per parecchi anni fino al 1985». Un vero e proprio incubo per quelle persone che configura quella «sofferenza psichica» che giustamente, secondo la Suprema Corte, i giudici di merito avevano qualificato come danno morale.

Il danno non patrimoniale consistente nel patema d'animo e nella sofferenza interna ben può essere provato per presunzioni e la prova per inferenza induttiva non postula che il fatto ignoto da dimostrare sia l'unico riflesso possibile di un fatto noto, essendo sufficiente la rilevante possibilità del determinarsi dell'uno in dipendenza del verificarsi dell'altro secondo criteri di regolarità casuale».

La stessa Corte, confacendosi alla sentenza delle SS.UU. n. 26972 del 2008, ribadisce che «nell'ambito della categoria generale del danno non patrimoniale, la formula "danno morale" non individua un'autonoma sottocategoria di danno, ma descrive, tra i vari possibili pregiudizi non patrimoniali, un tipo di pregiudizio, costituito dalla sofferenza soggettiva cagionata dal reato in sé considerata». In conclusione è compito del giudice accertare l'effettiva consistenza del pregiudizio allegato a prescindere dal nome attribuitogli, individuando quali ripercussioni negative sul valore uomo si siano verificate.

La Cassazione, proprio in tema di amianto, ha precisato, con la sentenza 07.11.2006 n. 23719, che la mera prospettazione, da parte del lavoratore, dello svolgimento dell'attività in un ambiente inquinato non è rilevante ai fini della dimostrazione della situazione di turbamento psico-fisico, richiesta ai fini del risarcimento del danno. Tale situazione di turbamento può, invece, essere desunta dal giudice attraverso il riferimento alle circostanze esterne, quali la presenza di malattie psico-somatiche, l'insonnia, l'inappetenza o disturbi comportamentali in genere.

Questa pronuncia è in linea con il consolidato orientamento giurisprudenziale, inaugurato dalle Sezioni Unite nello storico intervento del 21 febbraio 2002, n. 2515, relativo al caso Seveso.

In tale occasione, la Suprema Corte affermò, infatti, l'autonoma risarcibilità (a prescindere dalla lesione di un'integrità psico-fisica e dall'esistenza di altri danni patrimoniali) del danno morale soggettivo, in favore dei soggetti esposti ad un ambiente inquinato, qualora sia raggiunta la prova dell'effettivo turbamento psichico conseguente all'esposizione.

Come Patronato abbiamo adottato, mediandola dall'esperienza della psico-oncologia, una metodologia che ha unito il colloquio clinico finalizzato alla evidenziazione del vissuto lavorativo inteso anche come esperienza complessiva, ed alla definizione della loro realtà psicologica in riferimento alla loro storia lavorativa personale con una attività di tipo testistico che ci ha permesso di rilevare come tale turbamento psichico si correli, oltre che alla pregressa esposizione ad una sostanza nota per i suoi effetti dannosi sulla salute, anche a fattori quali:

- ▶ tempi e modalità di utilizzo della sostanza più evidente è infatti tale perturbamento nei lavoratori che hanno utilizzato l'amianto come materia prima o che hanno utilizzato prodotti contenenti amianto in maniera costante;
- ▶ dimensione del collettivo lavorativo degli esposti;
- ▶ livello di conoscenza del rischio lavorativo;
- ▶ conoscenza dei percorsi di salute dei membri del collettivo di lavoro.

Si tratta di dati interessanti e da cui, a nostro avviso, non si dovrebbe prescindere nella definizione di politiche di sorveglianza sanitaria e/o di *counseling* mirate agli ex-esposti all'amianto.





## Confronto globale 3 *La tutela assicurativa delle patologie asbesto-correlate*

*The Insurance Protection of Asbestos-Related Diseases*

di **Marco Bottazzi**\* e **Lelia Della Torre**\*\*



*Tato (Guglielmo Sansoni)*  
Il lavoro  
1930  
Olio su tela  
cm. 170x190  
Direzione Nazionale CGIL

\* Coordinatore medico-legale  
INCA CGIL nazionale.  
\*\* Coordinatore medico-legale  
INCA CGIL Lombardia.

**I**l fenomeno della sottodichiarazione delle malattie professionali, come dimostrano i dati, riguarda tutti i Paesi europei interessando anche le malattie legate all'amianto ed una patologia, quale il mesotelioma, ad alta specificità.

I dati INAIL relativi all'anno 2008 confermano la presenza di rischio legata alle pregresse esposizioni ad amianto con circa 600 casi di asbestosi ed un aumento nelle denunce dei tumori da amianto che hanno raggiunto il numero di circa 900, rappresentando, dunque, circa la metà dei casi di neoplasia denunciati.

Se poniamo a confronto i dati dei Registri Mesoteliomi con quelli dell'Istituto assicuratore appare evidente come una certa quota di mesoteliomi da «esposizione professionale certa» non pervenga alla denuncia assicurativa<sup>1</sup>. Si tratta di perdite significative che interessano anche aree e settori in cui è presente una forte attenzione alla tematica amianto.

I dati europei rilevano come le malattie causate dall'amianto siano indicate fra le prime cinque patologie più frequenti solo da 3 Paesi dell'Europa dei 15 quali: Germania, Belgio e Francia; ma queste patologie in alcuni dei Paesi esaminati possono essere inserite con un codice statistico più generico quali malat-

<sup>1</sup>Un articolo pubblicato sulla rivista dell'INAIL nel porre a confronto i dati INAIL con quelli dell'ARTMM rileva che «la sotto denuncia assicurativa non riguarda solo i casi più dubbi, vale a dire quelli classificati dall'ARTMM solo come “possibili”, ma in realtà la carenza di denuncia è presente in maniera costante in tutte le fattispecie classificate, indipendentemente dalla certezza del giudizio di professionalità espresso dall'ARTMM».

tie delle vie respiratorie o nella voce più generica di neoplasie, con una perdita della qualità dei dati.

Nel 2006 Eurogip ha pubblicato un rapporto su «Le malattie professionali legate all'amianto in Europa: riconoscimento, cifre, dispositivi specifici»<sup>2</sup>. Si tratta di una indagine sui criteri di riconoscimento assicurativo vigenti in tredici Paesi europei: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Italia, Norvegia, Olanda, Portogallo, Spagna, Svezia e Svizzera.

Vediamo i dati per patologia limitandoci all'anno 2003.

**Asbestosi:** si va dai 1978 casi riconosciuti in Germania ai 406 in Francia, ai 271 in Italia, ai 9 in Spagna.

**Tumore del polmone:** sempre nel 2003 abbiamo 1018 casi riconosciuti in Francia, 739 in Germania, 189 in Italia, 97 in Norvegia e solo 1 in Svizzera.

**Mesotelioma:** 788 casi in Germania, 421 in Francia, anche se si tratta di un dato non definitivo, 389 in Italia, 92 in Belgio e solo 6 in Spagna.

**Placche pleuriche:** 3460 casi riconosciuti in Francia, 1249 in Germania, 142 in Finlandia, 67 in Svizzera.

Se consideriamo le altre forme patologiche correlate all'esposizione all'amianto vediamo come siano stati riconosciuti pochissimi casi di patologie diverse dalle quattro principali, ed in particolare:

**Laringe:** 237 casi riconosciuti in Germania (dal 1997 al 2002), 15 in Danimarca (dal 1991 al 2003), 11 casi in Francia (dal 1994 al 2002) e 3 casi in Italia nel 2002.

**Faringe:** 3 casi in Francia (dal 1994 al 2002).

**Esofago:** 1 caso in Francia (dal 1994 al 2002).

**Colon:** 1 caso in Francia (dal 1994 al 2002) e 2 casi in Norvegia (nel 2002).

Se si passa ad un approccio comparativo dei dati avendo come dato di partenza il numero di casi riconosciuti nel 2000 per 100.000 assicurati<sup>3</sup>, si nota che gli indici presentano differenze notevoli fra i diversi paesi:

- ▶ da 0,15 in Spagna a 5,23 in Germania per l'asbestosi;
- ▶ da 0,03 in Svizzera a 3,3 in Francia per il tumore del polmone da amianto;
- ▶ da 0,08 in Belgio a 14,27 in Francia per le placche pleuriche.

Queste differenze si spiegano principalmente con tre diversi fattori.

Da una parte l'importanza della popolazione esposta alle polveri di amianto varia in funzione dell'uso più o meno intenso del materiale nel passato, della specificità delle attività economiche (ad esempio i cantieri navali e l'attività marittima in Norvegia) ma anche dell'entrata in vigore della legislazione di messa al bando dell'utilizzo dell'amianto o di protezione dei lavoratori esposti all'amianto.

<sup>2</sup>«Les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe: reconnaissance - chiffres - dispositifs spécifiques», Eurogip, Parigi, marzo 2006.

<sup>3</sup>Il riferimento è al numero degli assicurati nell'anno 2000 ai rispettivi organismi nazionali per l'assicurazione contro le malattie professionali, sapendo che questi organismi non necessariamente ricomprendono le stesse categorie di lavoratori (lavoratori autonomi, lavoratori agricoli o lavoratori pubblici possono non essere ricompresi in queste statistiche).

Inoltre, il numero di casi riconosciuti dipende largamente da quello delle domande di riconoscimento presentate. La Germania, la Finlandia e la Norvegia hanno realizzato un efficace sistema di rilevamento dei lavoratori esposti in passato all'amianto ed oggi, a livello statistico, si evidenziano i risultati di tali iniziative.

Le placche pleuriche sono un segno di esposizione all'amianto che spesso non determinano un danno. Questa è la ragione per la quale esse sono affrontate, dal punto di vista del riconoscimento professionale, in maniera meno omogenea delle altre patologie.

In Austria ed in Spagna non è possibile il loro riconoscimento come malattia professionale. Mentre negli altri Paesi tale riconoscimento è possibile nell'ambito del sistema tabellare (Germania, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Norvegia, Portogallo, Svizzera) o in quello complementare (Italia) o infine in base al sistema della prova (Svezia).

In Italia le placche pleuriche non sono previste nella tabella del 1994 fra le patologie dovute all'esposizione ad asbesto ed esse hanno trovato una loro identità solo con il d.lgs. 38/2000 che le prevede, con una valutazione per placche pleuriche che non determinano un danno respiratorio al massimo del 5% e dunque senza indennizzo monetario.

A fronte di queste possibilità di riconoscimento è poi solo la Francia che accorda un indennizzo sulla base della semplice constatazione della presenza di placche pleuriche.

Gli altri Paesi che ammettono il riconoscimento, raramente pervengono ad indennizzare il lavoratore, in quanto richiedono che vi sia una riduzione della capacità polmonare conseguente alla presenza delle placche pleuriche. L'interesse di un riconoscimento senza indennizzo è quello di facilitare la prova dell'avvenuta esposizione all'amianto nel caso in cui il lavoratore sia successivamente colpito da una delle altre patologie correlate all'amianto o, come è il caso dell'Italia, determinare il diritto ai benefici di tipo pensionistico senza avere l'obbligo di dimostrare di avere avuto una esposizione di tipo qualificato.

Per quanto concerne i mesoteliomi le differenze sono meno sensibili in quanto i criteri di riconoscimento divergono meno fra i diversi Paesi ed inoltre il lungo periodo di latenza del mesotelioma toglie incidenza statistica alle diversità temporali nell'entrata in vigore delle restrizioni all'utilizzo dell'amianto che si collocano in un lungo arco di tempo (1984-2005).

L'analisi dei dati europei dimostra come le previsioni legislative intervengono a modificare sostanzialmente, con il rendere più agevole al lavoratore il percorso di riconoscimento della tecnopatia, i dati statistici; e dunque il primo impegno che ha caratterizzato l'attività del Patronato è stato quello di un riconoscimento tabellare delle patologie tumorali da asbesto. La tabella oggi in vigore, emanata nel 2008, prevede alla voce 57 come «malattie da asbesto»: le placche ed ispessimenti pleurici, il mesotelioma pleurico, pericardico, peritoneale, della tunica vaginale del testicolo ed il carcinoma polmonare.

L'inserimento tabellare riveste particolare importanza in quanto nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali la causalità giuridica assume diverse connotazioni a seconda che la malattia sia o no inclusa nella tabella di legge.

Nel primo caso opera la «presunzione legale dell'origine professionale» della malattia, per cui l'assicurato deve dimostrare l'esposizione ad una delle lavorazioni tabellate ed una malattia ad essa riferibile; non deve invece fornire la prova del rapporto di causalità fra la prima e la seconda.

Secondo una giurisprudenza ormai consolidata la presunzione è relativa: ammette cioè la prova contraria, che si traduce nella possibilità per l'Istituto assicuratore di dimostrare l'irrelevanza del lavoro come fattore causale o concausale del danno sulla base di dati scientifici (un'esposizione troppo ravvicinata nel tempo rispetto alla comparsa della neoplasie, ecc.).

Nel caso di malattia non tabellata, e questo nel caso dell'amianto concerne ad esempio altre localizzazioni tumorali (laringe, ovaio), il diritto alle prestazioni assicurative è subordinato alla dimostrazione della causa lavorativa secondo i criteri ordinari: cronologico, qualitativo, quantitativo e modale.

Per queste ragioni, sotto lo stretto profilo della tutela assicurativa, la riconducibilità di un tumore occupazionale alle voci previste nelle tabelle offre una serie di vantaggi notevoli ai fini dell'indennizzo. Innanzitutto quello di non dover sostenere l'arduo onere della prova dell'origine professionale della malattia, essendo sufficiente, perché possa essere fatta valere la presunzione legale del nesso causale, che il quadro patologico sia eziologicamente compatibile con l'esposizione lavorativa.

In secondo luogo perché i principi su cui si fonda la disciplina assicurativa italiana, al fine di garantire la tutela di tutti i lavoratori al di là delle differenze dovute alla suscettibilità individuale, non contemplano, entro i limiti suggeriti dalla plausibilità scientifica, né i valori minimi di concentrazione degli agenti causali né periodi minimi di durata dell'esposizione al rischio: elementi che possono essere fonte di posizioni contrastanti nella valutazione, spesso problematica, dell'origine professionale di un tumore.

Ma soprattutto in tema di nesso di causalità delle neoplasie asbesto-correlate occorre mantenere l'attenzione affinché si mantenga distinto l'ambito assicurativo da quello della responsabilità civile e penale, in particolare ricordando che in ambito dell'assicurazione sociale il nesso di causalità deve ritenersi sussistente anche quando la malattia neoplastica sia stata concausata da fattori estranei all'ambiente di lavoro come, ad esempio, il tabagismo.

Frequenti sono i casi in cui si rilevano difficoltà nel ricostruire le esposizioni lavorative, specie se lontane nel tempo o in cui non sono disponibili dati epidemiologici relativi alle situazioni lavorative del singolo assicurato, ma solo quelli riferiti a situazioni analoghe (si pensi, a titolo esemplificativo, alla dettagliata analisi contenuta nel Report veneto o anche alle casistiche pubblicate dal Registro lombardo); noi crediamo che in questi casi sia egualmente possibile la dimostrazione del rapporto di causalità tra esposizione lavorativa e malattia.

Si ricordava in precedenza l'esistenza di una tabella delle malattie professionali che riguarda specificamente le malattie professionali contratte dai lavoratori assicurati all'INAIL, e questo vuol dire che si tratta di una tutela che non copre tutta la popolazione lavorativa ma solo quella, appunto, iscritta obbligatoriamente all'Istituto assicuratore con l'esclusione delle altre forme di tutela previdenziale: dipendenti pubblici, marittimi iscritti all'IPSEMA, personale aereo, ecc., o di quelle figure non rientranti negli obblighi assicurativi. Nel caso dei mesoteliomi o delle patologie da asbesto i dati dimostrano come queste patologie interessino anche soggetti che sono entrati a contatto con l'amianto per motivi non di lavoro.

Questa situazione però non è in grado di giustificare quella differenza numerica dei dati fra, appunto, mesoteliomi diagnosticati e mesoteliomi pervenuti a riconoscimento da parte dell'Istituto assicuratore.

Si tratta di un gap che riguarda le malattie professionali nel loro complesso e per superare il quale occorre una puntuale applicazione delle normative vigenti, ed in particolare di quanto previsto dall'articolo 10 del d.lgs 38/2000, che ha visto un momento molto importante di realizzazione nella emanazione del nuovo elenco di patologie per cui vige l'obbligo di segnalazione ex articolo 139 del Testo Unico 1124/65.

La patologia asbesto-correlata è ben presente all'interno dei diversi elenchi previsti dal decreto del 2008, pur se avremmo preferito una diversa declinazione all'interno delle singole liste, e pur tuttavia, i dati statistici attualmente disponibili non indicano un cambio di passo nella non attenzione alla relazione fra patologia e attività lavorativa svolta da parte dei medici, generici e specialistici, di diagnosi e cura.

La attenta disamina dei dati ci permette di trarre indicazioni sulle iniziative da mettere in atto per ridurre la sottodichiarazione delle malattie legate all'amianto e per aumentare le possibilità di tutela dei lavoratori e di quanti sono stati esposti a questa sostanza, avendo chiaro che il primo impegno deve essere quello di rendere il più agevole possibile al lavoratore il percorso che porta al riconoscimento della origine professionale della patologia da cui risulta affetto:

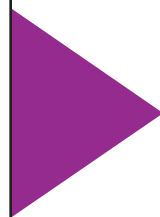
- 1) i dati dimostrano pienamente l'importanza dei sistemi di rilevazione oggi operanti e come occorra operare per far sì che questi diversi sistemi possano interagire fra loro. Come Patronato da sempre attribuiamo grande importanza ai dati dei Registri mesoteliomi in quanto permettono di individuare i settori in cui è stato impiegato l'asbesto e dunque di poter individuare l'origine professionale delle forme tumorali con minore grado di specificità;
- 2) utilizzo a fini epidemiologici e statistici dei dati derivanti dall'applicazione dei benefici pensionistici ai lavoratori che possono vantare una esposizione qualificata ultradecennale;
- 3) il confronto fra i diversi Paesi europei dimostra come le previsioni tabellari intervengono in modo significativo all'emersione delle patologie professionali. Dopo il significativo risultato dell'emanazione delle nuove tabelle delle malattie professionali e l'aggiornamento delle liste (aggiornamento che peral-

tro ha riguardato proprio le neoplasie professionali) occorre dare piena attuazione al dettato legislativo che prevede un periodico aggiornamento. Aggiornamento che per quanto concerne l'amianto si impone stante le recenti conclusioni a cui è pervenuto lo IARC;

- 4) occorre, infine, pervenire a dare attuazione alla previsione normativa di un sistema di sorveglianza degli ex esposti uscendo dai limiti di un dibattito solo sanitario. I dati francesi riferiti al settore delle costruzioni, confermati da un'indagine svedese secondo la quale circa il 25-40% di tutti i casi di mesotelioma pleurico osservati tra il 1998 e il 2002 erano costituiti da lavoratori edili, indicano questo settore produttivo fra quelli a maggiore rischio. Questo dato unito alla consapevolezza che l'esposizione ad amianto oggi, dopo la sua messa al bando in molti Paesi, interessa soprattutto gli addetti alla manutenzione, che molto spesso ignorano la presenza di amianto (esposizione secondaria), e le attività di ristrutturazione edilizia, cioè settori in cui è stata ed è massiccia la presenza di lavoratori immigrati, ci porta, se non vogliamo registrare nei prossimi decenni un incremento dei casi che sfuggono alle diverse forme di registrazione, a porre il tema della necessità di iniziative mirate a:
- ▶ far conoscere a questi lavoratori i loro diritti, e soprattutto che questi diritti potranno farli valere anche una volta ritornati nel loro Paese di origine;
  - ▶ definire protocolli di collaborazione fra il nostro Ente assicuratore ed i Paesi di immigrazione per l'esercizio di questi diritti assicurativi.

# Welfare state in Europa

**Resoconto Eurostat su salute dei lavoratori  
e malattie di origine professionale**







# Welfare state in Europa

## Quando i conti non tornano

*Secondo Eurostat un lavoratore su dieci è vittima di un infortunio.*

*Tuttavia per Vogel i dati dell'Ufficio statistico europeo hanno un'attendibilità limitata*

di **Carlo Caldarini\***



Sonia Alvarez  
Riflesso nel quadro  
2005  
Pastello su carta  
cm. 66x66  
Direzione Nazionale CGIL

\*Osservatorio INCA CGIL  
per le Politiche sociali in Europa.

**N**ell'Unione Europea, il 3,2% dei lavoratori ha subito almeno un infortunio sul posto di lavoro e l'8,6% ha dichiarato di soffrire di un qualche disturbo della salute causato dal lavoro, non necessariamente riconosciuto come malattia professionale.

La sola esposizione sul posto di lavoro a uno o più fattori di rischio che possono influire negativamente sulla «salute fisica» è stata segnalata dal 41% dei lavoratori. Sono invece esposti a fattori di rischio per la loro «salute mentale» il 28% dei lavoratori.

I dati provengono da un modulo specifico dell'indagine sulle forze di lavoro 2007, pubblicata da Eurostat ad agosto 2009 e disponibile, in inglese, sul portale dell'Osservatorio INCA CGIL per le politiche sociali in Europa ([www.osservatorioinca.org](http://www.osservatorioinca.org)).

Come per tutte le rilevazioni sulle forze di lavoro nell'UE, l'indagine è stata realizzata tramite interviste a gruppi statisticamente rappresentativi di lavoratori, uomini e donne, di età compresa tra i 15 e i 64 anni nei 27 Stati dell'Unione Europea. Le interviste sono state realizzate nel 2008 e le risposte si riferivano ai 12 mesi precedenti.

### ▼ Infortuni sul lavoro

*I più colpiti sono i lavoratori maschi, giovani, occupati in mansioni di tipo manuale.*

In totale, risulta aver subito almeno un incidente sul lavoro il 3,2% dei lavoratori, ossia una percentuale che corrisponde a circa 6,9 milioni di lavoratori. Di questi, il 73% si è assentato

almeno un giorno dal lavoro (congedo per infortunio) e il 22% si è assentato per almeno un mese.

I giovani sono vittime d'infortuni sul lavoro più frequentemente dei loro colleghi anziani. La percentuale di lavoratori maschi colpiti da infortuni è infatti pari al 5% tra i giovani di età inferiore ai 25 anni, e diminuisce poi regolarmente con il crescere dell'età, fino al 2,9% nella fascia più anziana, 55-64 anni. Anche tra le donne il tasso di infortuni sul lavoro raggiunge il suo picco massimo (2,7%) nella fascia d'età più giovane, 15-24 anni, ma dai 25 anni in poi resta costantemente al 2%, e quindi sempre considerevolmente inferiore a quello degli uomini (*Figura 1*).

Le differenze di genere emergono anche guardando ai tassi d'infortunio dei diversi settori d'attività economica. Per gli uomini, i settori con il più alto rischio sono l'edilizia, l'industria manifatturiera e l'agricoltura. I meno esposti al rischio sono gli occupati nei servizi finanziari, nella pubblica amministrazione e nel commercio. Per le donne i settori con il più elevato tasso d'infortuni sono i servizi socio-sanitari, alberghi e ristorazione, agricoltura (*Figura 2*). Considerando i differenti tipi di occupazioni, i lavoratori maschi con mansioni di tipo manuale e poco qualificati sono i più esposti al rischio d'infortuni (4,8%).

Il 9,6% degli incidenti si è verificato «in itinere», ossia durante il percorso da casa a lavoro o viceversa. Anche in questo caso gli uomini sono più esposti al rischio rispetto alle donne: il 71% di tutti gli infortuni sulla strada colpisce infatti i lavoratori maschi. I lavoratori che hanno subito nel corso dello stesso anno più di un incidente sul lavoro sono 800.000, ossia lo 0,4% del totale.

I Paesi con più alto tasso d'infortuni (*Tabella 1*) risultano essere la Finlandia (6,3%), la Francia (5,4%), la Svezia (5,1%) e la Danimarca (4,9%). Un tasso d'infortuni inferiore al 2% si registra invece in Grecia, Slovacchia, Irlanda, Polonia, Ungheria, Bulgaria e Lituania. Ma a questo proposito sorge qualche dubbio sull'attendibilità dei dati nazionali conoscendo per sommi capi la situazione della sicurezza sul lavoro in alcuni Paesi di nuova adesione all'UE. Stando ai dati Eurostat, il tasso d'infortuni risulta infatti mediamente più alto nei Paesi UE15 (di vecchia adesione) che nel resto dell'Unione Europea.

Quanto all'Italia, il tasso d'infortuni è inferiore alla media UE (2,7%), mentre è più alta della media la percentuale di infortuni «in itinere» (13,5%). L'85% dei lavoratori italiani infortunati si è assentato dal lavoro almeno un giorno in seguito all'incidente e nel 29% dei casi il congedo per infortunio ha comportato un'assenza di almeno un mese.

### ▼ Problemi di salute

*Colpiscono soprattutto i più anziani, gli operai poco qualificati, i lavoratori dell'industria mineraria e le donne che lavorano in agricoltura e nei servizi socio-sanitari.*

■ L'8,6% dei lavoratori dell'Unione Europea ha accusato durante l'anno almeno un problema di salute correlato al lavoro, ossia in totale circa 20 milioni di persone. Il fenomeno riguarda, in egual misura, uomini e donne, mentre in genere le lavoratrici rappresentano una percentuale molto bassa tra le vittime di malattie professionali ufficialmente riconosciute in Europa. Sempre nel corso del medesimo anno, i lavoratori, uomini e donne, che hanno avuto più di un disturbo della salute di origine professionale sono il 2,1%, cioè circa 5 milioni.

A differenza degli infortuni, i disturbi della salute di origine professionale colpiscono specialmente i lavoratori anziani, che sono stati più a lungo esposti ai rischi (*Figura 3*). Tra gli uomini, la percentuale di lavoratori che soffrono di un disturbo della salute è infatti del 2,5% nella fascia d'età 15-24 anni e del 12,5% in quella 55-64 anni. Tra le donne si osserva un fenomeno analogo, ma rispetto ai lavoratori maschi la percentuale di lavoratrici che soffrono di un disturbo della salute è leggermente più alta nella fascia d'età 15-24 anni (3,5%) e più bassa nella fascia d'età 55-64 anni (11%).

Le patologie più frequenti sono quelle di natura muscolo-scheletrica e psicosomatica (*Figura 4*). I lavoratori maschi accusano soprattutto disturbi alla zona dorso-lombare (31%), agli arti superiori (17%) e inferiori (13%), e problemi come stress, ansia e depressione (13%). Per le donne, i disturbi della zona dorso-lombare, tipici del sollevamento di carichi pesanti, sono un po' meno frequenti rispetto ai loro colleghi maschi (21%), mentre sono più frequenti le patologie degli arti superiori (22%) e i problemi come stress, ansia e depressione (16%).

Per quanto riguarda i diversi settori di attività, le malattie professionali colpiscono specialmente le donne che lavorano nell'agricoltura (13,5%) e i lavoratori dell'industria mineraria (13%). Altri settori con un'alta percentuale di lavoratori che accusano disturbi della salute sono, per le donne, i servizi socio-sanitari (9,5%) e la scuola (8,5%), e, per gli uomini, l'agricoltura (10,5%) e i trasporti (7,8%). In tutti i settori, i problemi più frequenti sono quelli dell'apparato muscolo-scheletrico. Stress, ansia e depressione sono anch'essi molto frequenti in tutti i settori, ma principalmente nei servizi finanziari e nella scuola.

In tutti i settori i lavoratori maggiormente colpiti sono quelli poco qualificati ed occupati in mansioni manuali e con orario di lavoro atipico (turni, lavoro di notte, ecc.).

I Paesi con la più alta percentuale di lavoratori colpiti da disturbi di tipo professionale (*Tabella 2*) risultano essere la Finlandia (24%), la Polonia (22%), e l'Austria (15%). Le percentuali più basse si registrano invece in Lussemburgo e Irlanda, entrambi al di sotto del 4%. L'Italia si situa anche in questo caso sotto la media UE: 6,9%. Ma anche qui occorre interrogarsi sull'attendibilità dei dati nazionali, viste le basse percentuali di malattie professionali dichiarate dai lavoratori di Paesi come la Bulgaria (4,9%), dove il lavoro nero è stimato a circa il 35% del PIL.

### ▼ Fattori di rischio per la salute fisica e mentale dei lavoratori

L'indagine Eurostat esamina, infine, l'esposizione dei lavoratori a fattori potenziali di rischio per la loro salute fisica o mentale. L'esposizione sul posto di lavoro a uno o più fattori di rischio che possono influire negativamente sulla salute fisica è stata segnalata dal 41% dei lavoratori intervistati, ossia 81 milioni di lavoratori. I fattori di rischio più ricorrenti sono collegati alla postura da tenere durante il lavoro o a movimenti, come il sollevamento di carichi pesanti. I più esposti sono i lavoratori manuali (65% per gli uomini, 52% per le donne).

Per gli uomini, le più alte percentuali di esposizione al rischio si registrano nell'industria estrattiva e mineraria, nella pesca e nell'edilizia. Per le donne, i settori con maggiore esposizione ai rischi sono l'agricoltura e i servizi socio-sanitari.

Il 28% dei lavoratori, cioè circa 56 milioni di persone, sono invece esposti a fattori di rischio professionale che possono mettere a repentaglio la loro salute mentale. Dalle interviste effettuate, i fattori di rischio più frequenti per la salute mentale riguardano l'organizzazione degli orari e il sovraccarico di lavoro (oltre 20%).

In questo caso i risultati sono molto simili per uomini e donne. Questo tipo di rischi riguarda soprattutto i lavoratori non manuali altamente qualificati (37%) ed è più frequente nel settore socio-sanitario (oltre 40%), nei servizi finanziari, nei trasporti e nella pubblica amministrazione.

Con la stessa cautela evocata per i due paragrafi precedenti diamo infine uno sguardo d'insieme ai dati nazionali (*Tabella 3*). In Francia la percentuale di lavoratori esposti a fattori di rischio per la salute fisica è del 77% tra i lavoratori maschi e del 62% tra le donne. Altri Paesi dove il rischio per la salute fisica risulta essere molto elevato (più del 50%) sono l'Olanda, la Slovenia e la Finlandia. Inferiore al 20% invece in Lettonia, Belgio, Germania e Lussemburgo.

Per quanto riguarda la salute mentale, il rischio per i lavoratori e le lavoratrici è particolarmente elevato in Olanda (63%), Francia (49%) e Cipro (43%), come anche in Finlandia, Slovenia e Svezia (tutte e tre al 40%). In Italia il tasso di rischio per la salute mentale è inferiore alla media europea di tre punti percentuali (38%) mentre quello relativo alla salute mentale è inferiore alla media Ue di dieci punti (18%).

### ▼ Nota metodologica

Tutti i dati esposti in questo articolo sono tratti dal bollettino statistico di Eurostat, *Statistics in focus*, n. 63/2009 (autore: Bart De Norre), il cui testo integrale e originale è disponibile, in lingua inglese, sul portale dell'Osservatorio INCA CGIL per le politiche sociali in Europa ([www.osservatorioinca.org](http://www.osservatorioinca.org)).

Come per tutte le rilevazioni sulle forze di lavoro nell'UE, l'indagine è stata

realizzata tramite interviste a gruppi statisticamente rappresentativi di lavoratori, uomini e donne, di età compresa tra i 15 e i 64 anni nei 27 Stati dell'Unione Europea. Le interviste sono state realizzate nel 2008 e le risposte si riferivano ai 12 mesi precedenti.

Più volte, nel corso dell'articolo, abbiamo fatto cenno al problema dell'attendibilità e della comparabilità dei dati nazionali. A questo proposito, abbiamo chiesto un parere a Laurent Vogel, direttore del Dipartimento salute e sicurezza dell'Istituto sindacale europeo.

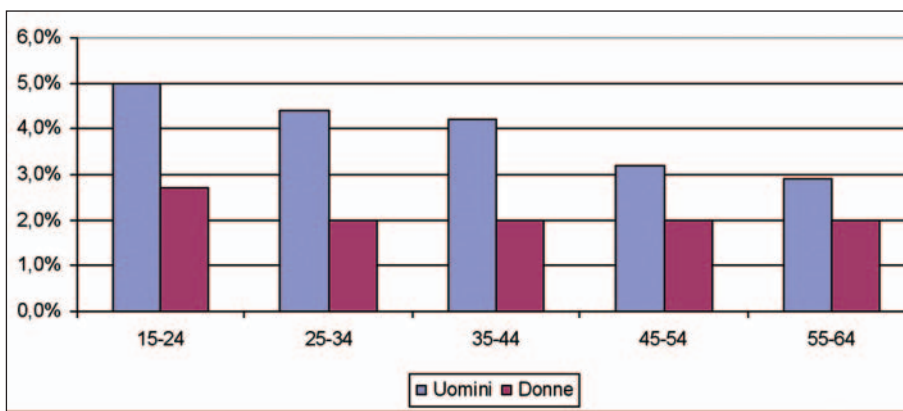
Occorre tenere presente che le inchieste europee sulle forze di lavoro vengono condotte sul campo da organismi nazionali, ad esempio l'ISTAT per l'Italia, sulla base di una lista standard di domande definite dall'Eurostat. L'ampiezza e la rappresentatività dei diversi campioni nazionali, e quindi la qualità dei risultati, non sono immediatamente comparabili tra loro. Per esempio, non sono note le percentuali di risposte valide in ciascun Paese. Spesso le mancate risposte provengono dai settori di popolazione più svantaggiati, nel nostro caso i lavoratori meno qualificati, precari, ecc. Per conseguenza, una percentuale elevata di «non risposte» in un determinato Paese può portare a dei risultati che rappresentano soprattutto la situazione dei settori privilegiati della popolazione. Purtroppo Eurostat rimane molto discreto sugli aspetti di metodologia e sugli ostacoli ad un'analisi di tipo comparativo. Quando si tratta di salute, la percezione è fondamentale. Fino ad un certo punto, una percentuale più elevata di risposte positive (*«ho un problema di salute causato dal lavoro»*) può essere il riflesso di una politica di prevenzione più attiva che rende i lavoratori consapevoli del rapporto salute-lavoro. Nel caso degli infortuni la rappresentazione del danno subito è invece più evidente e meno soggettiva, e i dati possono essere considerati quindi maggiormente attendibili.

Insomma, i dati Eurostat devono essere presi per quello che sono: un panorama sintetico e rapido a livello europeo con un'attendibilità limitata sul piano comparativo e scientifico. I dati delle inchieste nazionali, quando esistono, sono molto più aderenti alle singole realtà nazionali. Ma essendo raccolti con metodi disomogenei non si prestano a loro volta ad un'analisi generale sul piano europeo.

Per chi volesse approfondire, molti altri materiali sono disponibili, in inglese e francese, sul sito del Dipartimento salute e sicurezza dell'Istituto sindacale europeo (<http://hesa.etui-rehs.org>). Consigliamo inoltre di visitare il portale dell'Agenzia europea per la salute e la sicurezza sul lavoro <http://osha.europa.eu>.

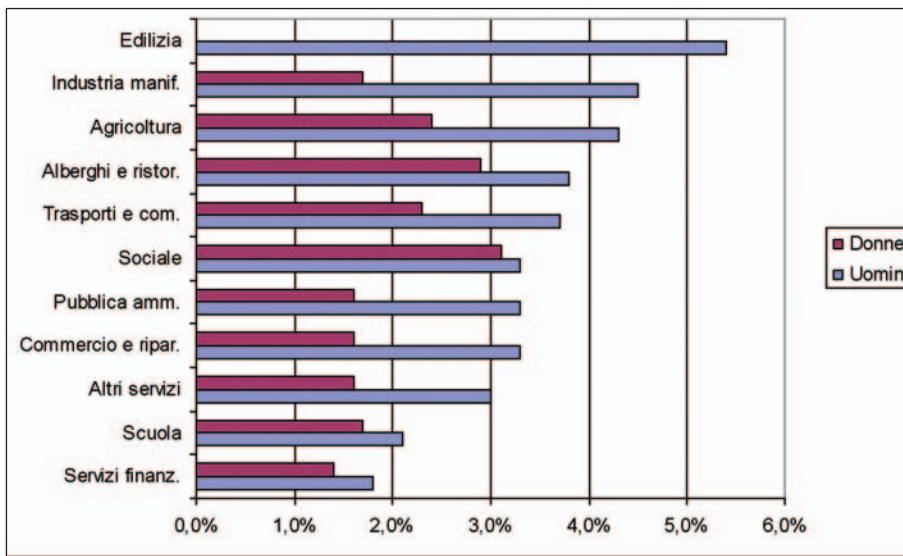
Un'altra fonte interessante e ricca d'informazioni è Eurogip: un organismo del sistema di sicurezza sociale francese che si occupa specificamente di infortuni sul lavoro e malattie professionali in Europa (<http://www.eurogip.fr>).

**FIGURA 1 - TASSO DI INFORTUNI SUL LAVORO SECONDO L'ETÀ E IL GENERE**



Elaborazioni a cura dell'Osservatorio INCA CGIL per le politiche sociali in Europa su dati Eurostat 2009.

**FIGURA 2 - TASSO DI INFORTUNI SUL LAVORO SECONDO IL SETTORE D'ATTIVITÀ ECONOMICA**



Elaborazioni a cura dell'Osservatorio INCA CGIL per le politiche sociali in Europa su dati Eurostat 2009.

**TABELLA 1 - TASSI DI INFORTUNI SUL LAVORO NEI 27 PAESI UE**

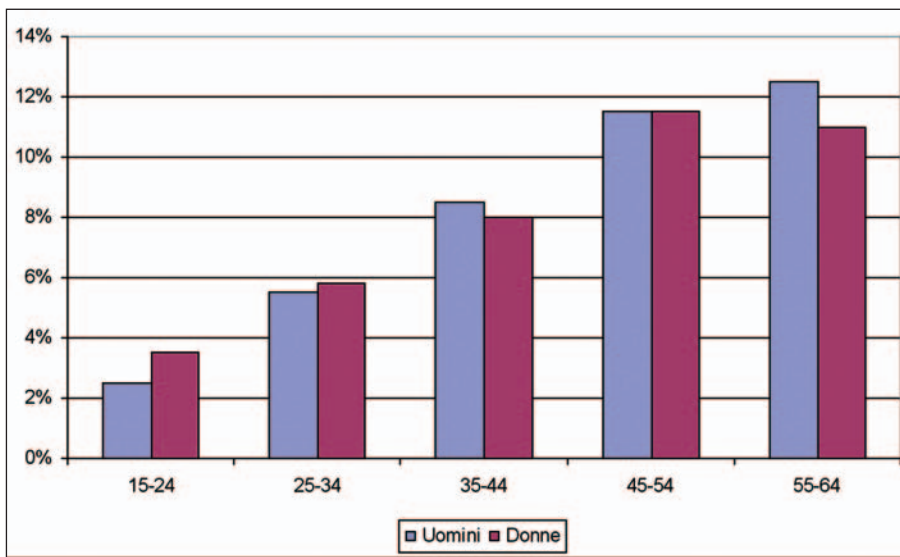
	% lavoratori con infortunio	% lavoratori in congedo	% lavoratori in congedo infortunio ≥ 1 mese	% lavoratori con infortunio in itinere
AT	5,1	77,8	23,1	6,9
BE	3,2	82,6	31,8	13,3
BG	0,6	NA 56,8	ND	ND
CY	3,0	70,7	19,8	NA 10,7
CZ	2,6	94,2	44,4	6,4
DE	2,9	83,2	21,9	17,1
DK	4,9	68,6	15,8	NA 4,6
EE	2,3	69,4	21,5	ND
EL	1,9	75,6	8,8	17,1
ES	3,9	81,7	28,5	7,6
FI	6,3	59,6	12,1	7,2
FR	5,4	65,8	20,0	NA 3,1
HU	1,0	85,4	20,1	NA 9,1
IE	1,5	ND	25,0	ND
<b>IT</b>	<b>2,7</b>	<b>85,2</b>	<b>28,6</b>	<b>13,5</b>
L	3,4	80,4	18,0	NA 12,8
LT	NA 1,0	74,3	ND	ND
LV	2,2	67,8	NA 26,8	ND
MT	3,4	73,6	ND	ND
NL	2,5	61,7	14,8	16,2
PL	1,1	94,1	56,2	28,5
PT	3,0	86,0	38,0	8,1
RO	2,3	75,4	NA 5,4	8,5
SE	5,1	34,2	8,6	8,6
SI	3,9	87,9	NA 33,7	NA 12,6
SK	1,6	79,9	23,9	NA 8,2
UK	3,2	61,5	11,5	7,7
<b>UE15</b>	<b>3,6</b>	<b>72,1</b>	<b>21,0</b>	<b>9,2</b>
<b>UE27</b>	<b>3,2</b>	<b>73,4</b>	<b>22,0</b>	<b>9,6</b>

Elaborazioni a cura dell'Osservatorio INCA CGIL per le politiche sociali in Europa su dati Eurostat 2009

NA = Dato non attendibile a causa dell'esiguità del campione.

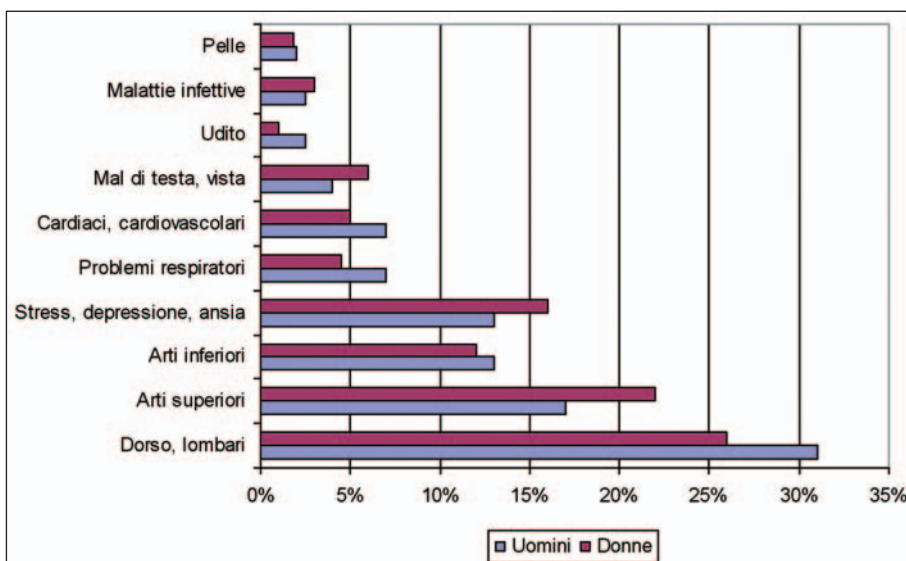
ND = Dato non disponibile.

**FIGURA 3 - PERCENTUALE DI LAVORATORI CHE SOFFRONO DI DISTURBI DELLA SALUTE DI ORIGINE PROFESSIONALE SECONDO L'ETÀ E IL GENERE**



Elaborazioni a cura dell'Ossevatorio INCA CGIL per le politiche sociali in Europa su dati Eurostat 2009.

**FIGURA 4 - PRINCIPALI DISTURBI DELLA SALUTE DI ORIGINE PROFESSIONALE**



Elaborazioni a cura dell'Ossevatorio INCA CGIL per le politiche sociali in Europa su dati Eurostat 2009.



**TABELLA 2 - PERCENTUALE DI LAVORATORI CON PROBLEMI DI SALUTE NEI 27 PAESI UE**

	% lavoratori con problemi di salute			% lavoratori con difficoltà nelle normali attività quotidiane		% lavoratori in congedo malattia	
	Totale	Uomini	Donne	Difficoltà media	Difficoltà elevata	Totale	≥ Un mese
AT	15,0	16,3	13,6	57,7	26,1	61,4	31,3
BE	11,7	12,8	10,6	45,3	26,8	69,8	40,6
BG	4,9	4,7	5,2	57,9	31,3	50,6	29,1
CY	8,4	8,9	7,9	44,7	36,8	65,7	26,8
CZ	8,5	8,0	8,9	26,4	44,9	97,7	36,7
DE	6,1	6,6	5,5	55,0	13,3	74,7	22,8
DK	12,9	10,8	15,1	36,5	31,9	67,0	34,3
EE	9,0	9,1	8,8	50,0	24,3	58,2	25,9
EL	6,6	7,0	5,9	58,8	17,1	47,1	15,2
ES	5,8	5,6	6,0	41,6	29,9	72,8	46,2
FI	24,5	20,6	28,4	51,0	15,8	43,0	18,7
FR	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
HU	5,4	5,8	5,0	44,8	28,4	44,9	12,5
IE	3,2	3,5	2,9	36,4	26,0	54,2	25,2
<b>IT</b>	<b>6,9</b>	<b>7,4</b>	<b>6,3</b>	<b>60,6</b>	<b>7,7</b>	<b>47,3</b>	<b>16,7</b>
LT	4,0	4,1	3,9	62,3	NA 24,7	93,2	NA 33,5
LU	3,8	4,2	3,3	40,0	20,0	80,1	48,5
LV	4,1	4,1	4,0	38,2	54,5	63,6	46,7
MT	4,0	5,8	NA 1,1	50,0	NA 20,0	47,2	ND
NL	11,0	11,2	10,7	37,4	34,4	97,9	66,8
PL	22,2	21,9	22,4	55,9	17,5	54,0	17,8
PT	7,8	7,4	8,1	38,4	48,2	41,7	21,4
RO	5,2	5,0	5,4	65,4	30,2	66,0	21,5
SE	14,3	11,7	17,0	29,3	24,6	38,0	17,0
SI	10,2	9,3	11,1	45,2	47,6	98,1	NA 32,2
SK	6,0	6,2	5,8	55,2	26,0	89,7	46,4
UK	5,1	5,3	4,8	42,1	31,4	62,5	31,2
<b>UE 15</b>	<b>7,5</b>	<b>7,6</b>	<b>7,3</b>	<b>48,2</b>	<b>22,0</b>	<b>62,3</b>	<b>29,2</b>
<b>UE 27</b>	<b>8,6</b>	<b>8,6</b>	<b>8,5</b>	<b>50,1</b>	<b>22,3</b>	<b>62,0</b>	<b>27,0</b>

Elaborazioni a cura dell'Osservatorio INCA CGIL per le politiche sociali in Europa su dati Eurostat 2009.

NA = Dato non attendibile a causa dell'esiguità del campione.

ND = Dato non disponibile.

**TABELLA 3 - PERCENTUALE DI LAVORATORI ESPOSTI A FATTORI DI RISCHIO NEI 27 PAESI UE**

	% Lavoratori esposti a fattori di rischio per la salute fisica			% Lavoratori esposti a fattori di rischio per la salute mentale		
	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne
AT	42,8	48,8	35,3	32,5	36,4	27,8
BE	19,4	23,5	14,2	14,6	14,7	14,4
BG	44,5	55,3	32,8	12,8	13,3	12,1
CY	47,8	59,1	34,1	43,1	45,1	40,7
CZ	30,8	39,6	19,3	14,5	15,8	12,9
DE	14,0	16,7	10,9	15,8	17,1	14,2
DK	27,1	26,0	28,3	21,3	19,1	23,9
EE	43,3	53,7	32,7	17,4	16,0	18,8
EL	41,4	50,7	26,9	14,9	15,7	13,7
ES	47,8	56,7	35,2	25,6	26,7	24,0
FI	50,8	54,6	46,7	40,3	34,1	46,8
FR	70,0	76,7	62,3	49,0	48,5	49,7
HU	28,3	36,7	18,2	14,3	13,9	14,6
IE	23,2	30,6	13,7	13,4	13,3	13,4
<b>IT</b>	<b>38,3</b>	<b>45,6</b>	<b>27,3</b>	<b>17,7</b>	<b>18,2</b>	<b>17,1</b>
LT	29,0	38,9	18,9	19,1	18,3	20,0
LU	7,3	9,1	5,1	6,0	6,0	6,0
LV	19,8	29,0	10,5	NA 0,9	ND	ND
MT	42,1	48,9	27,8	27,8	28,2	26,9
NL	54,0	58,2	49,0	63,3	65,7	60,3
PL	46,3	56,6	33,7	24,9	26,3	23,3
PT	40,8	50,2	33,5	18,9	20,7	17,4
RO	41,6	47,5	34,5	18,3	18,2	18,4
SE	47,8	50,4	45,0	40,2	37,9	42,7
SI	51,8	59,8	42,1	40,2	39,8	40,7
SK	26,1	35,8	13,8	13,7	15,6	11,3
UK	42,2	50,9	32,3	38,0	37,6	38,5
<b>UE15</b>	<b>41,0</b>	<b>47,3</b>	<b>33,4</b>	<b>30,1</b>	<b>30,2</b>	<b>30,0</b>
<b>UE27</b>	<b>40,7</b>	<b>47,5</b>	<b>32,4</b>	<b>27,9</b>	<b>28,1</b>	<b>27,6</b>

Elaborazioni a cura dell'Osservatorio INCA CGIL per le politiche sociali in Europa su dati Eurostat 2009.

NA = Dato non attendibile a causa dell'esiguità del campione.

ND = Dato non disponibile.

# Diritti e tutele nel mondo





# Diritti e tutele nel mondo

## Amianto - Il processo in Brasile

di **Vittorio Longhi** \*



*Ennio Calabria*  
Il vento si scaglia contro le cose  
2005 - particolare  
Acrilico su tela  
cm. 160x120  
Direzione Nazionale CGIL

«**U**na pietra miliare nella lotta contro l'amianto». Fernanda Giannasi è l'ispettrice del lavoro brasiliana che si è battuta con maggiore tenacia in questi anni contro la produzione e l'utilizzo di amianto nel Paese. La «pietra miliare» a cui si riferisce è la sentenza del Tribunale di San Paolo contro la Eternit, del 26 agosto 2004, con cui il Pubblico Ministero dello Stato di San Paolo ha riconosciuto le responsabilità della multinazionale svizzera rispetto all'esposizione alla fibra tossica di migliaia di lavoratori, prevedendone il risarcimento. Giannasi è tra i fondatori dell'associazione ABREA (Associazione brasiliana degli esposti all'amianto, nata a Osasco, città del distretto industriale di San Paolo) che dal 1995 lotta per la messa al bando del minerale. «Finalmente un tribunale brasiliano ha condannato la Eternit per negligenza con una sentenza che non solo attribuisce le responsabilità all'azienda – spiega – ma impone anche il pagamento di indennizzi adeguati ad assicurare cure mediche ai malati».

Ci sono voluti nove anni di processo, infatti, ma alla fine il giudice Teresa Rodrigues dos Santos, della XVIII Corte Civile, è arrivata alla conclusione che i lavoratori e le lavoratrici hanno diritto a un indennizzo per l'esposizione subita, con un'integrazione alla pensione e con i «danni morali» per un importo che va da 50 a 300 volte i salari minimi (dai 3 ai 18 mila euro). La Corte ha stabilito in dettaglio le modalità di indennizzo attraverso una serie di linee guida per l'assistenza medica. Si stima che la sentenza sia costata all'azienda circa 160 milioni di dollari, ma soprattutto l'impatto mediatico del processo ha avuto ri-

\* Giornalista e consulente ILO  
(International Labour Organisation)

percussioni negative sul valore delle azioni della multinazionale, scese del 35 per cento, e in generale sui suoi affari. Ad esempio la Borsa di San Paolo si è rifiutata di includere la Eternit nella lista delle quaranta aziende socialmente responsabili, che hanno accesso a contratti vantaggiosi con l'International Financial Corporation, ente della Banca Mondiale, finanziatore di progetti industriali nei Paesi in via di sviluppo. Il processo contro l'azienda della famiglia Schmidheiny risale ai primi anni '90, quando l'Abrea portò centinaia di lavoratori di Osasco e di famigliari di vittime decedute a fare causa. Nel 1998 la Eternit fu condannata a risarcire un ex dipendente e da allora l'azienda, insieme alla Brasilit, filiale brasiliana della francese Saint-Gobain, ha tentato di proporre accordi agli ex operai per farli rinunciare a ogni azione giudiziaria in cambio di indennizzi forfettari in caso di malattia. A denunciare pubblicamente questi accordi fu proprio Fernanda Giannasi, riuscendo a farli invalidare dai magistrati. La Eternit rispose accusando Giannasi di diffamazione e ricorrendo in appello. E dopo quasi un secolo di potere inconstastato, la lobby dell'amianto si sente sempre più minacciata.

In Brasile l'impiego massiccio della fibra è cominciato nei primi anni trenta, durante gli anni della dittatura militare, soprattutto per l'utilizzo di cemento-amianto, molto diffuso nel periodo del boom edilizio e delle grandi opere infrastrutturali. «Proprio quando i Paesi industrializzati hanno iniziato a regolare ed eliminare l'amianto, a causa delle malattie attribuite al minerale, il Brasile ha avviato la sua produzione su scala industriale», ricorda l'ispettrice del lavoro, riferendosi all'entrata in funzione nel 1967 della miniera di Cana Brava, nello Stato centrale di Goias, gestita dalla Sama, società franco-svizzera, allora controllata dalla Saint-Gobain Brasilit e dalla Eternit. In quegli anni era praticamente impossibile denunciare gli effetti dell'amianto sui lavoratori esposti e solo nel 1975 il primo ministro dell'ambiente, Paulo Nogueira Neto, tentò di avvertire dei rischi, ma senza alcun seguito. Infatti, non ci sono dati né studi epidemiologici prima del 1983, anno in cui emersero ben 14 casi di asbestosi in una singola impresa. Da allora le organizzazioni sindacali che fanno capo alla confederazione Cut, insieme al Partito dei Lavoratori e agli ispettori hanno tentato di richiamare l'attenzione del governo e dei singoli Stati, lanciando campagne e iniziative per l'eliminazione di amianto.

Oggi il Brasile è il quarto produttore di amianto a livello mondiale, dopo Russia, Kazakistan e Cina, è il quinto maggiore utilizzatore e un grande esportatore delle eccedenze verso altri Paesi dell'America Latina, del Medio Oriente e dell'Asia, dove è nota la mancanza di controlli e di leggi adeguate a protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori. Il governo centrale brasiliano continua a tergiversare sull'adozione di una seria legge federale ma finora ha solo imposto alcune misure per l'utilizzo «sicuro» dell'amianto. L'elezione di Lula nel 2002 aveva creato molte aspettative per una soluzione del problema ma nel 2004 ministri dell'industria mineraria e del commercio hanno impedito l'inclusione del crisotilo nella lista degli elementi chimici nocivi prevista dalla convenzione di Rotterdam del 1998 sull'assenso preliminare per alcuni prodotti

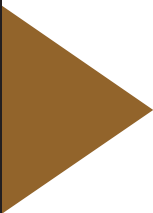
pericolosi nel commercio internazionale. Inoltre, con il sostegno del Chrysotile Institute, ente finanziato dalle grandi compagnie canadesi, anche in Brasile è stata condotta una lunga campagna a sostegno dell'impiego sicuro del minerale facendo leva sul numero di posti di lavoro che questa industria genera, sul tentativo di screditare le ricerche epidemiologiche che ne denunciano la pericolosità e in generale sulla retorica nazionalista contro chi vorrebbe «rallentare la crescita e lo sviluppo economico». Nel 2005 il settimanale Epoca ha pubblicato un'inchiesta sui finanziamenti ai deputati dello Stato del Goiás. Il gruppo Eternit, attraverso le società Sama e Precon Goiás, che gestisce i siti più grandi, avrebbe sostenuto l'elezione di politici di tutti gli schieramenti, con centinaia di migliaia di euro, dal partito del vecchio presidente conservatore Cardoso, alla destra radicale, fino al Partito dei Lavoratori di Lula, seppure in misura minore. Non meravigliano perciò le difficoltà a far passare leggi più severe a tutela di salute e sicurezza, così come i tempi lunghi necessari ai risarcimenti per malattie professionali, oppure i continui tagli ai fondi per gli ispettori del lavoro. L'attacco contro questi ultimi, in particolare, è arrivato all'omicidio in alcuni casi clamorosi e sono ormai note le intimidazioni subite da Fernanda Ginnasi negli anni del processo Eternit.

Tuttavia, la condanna della multinazionale svizzera, le sempre più numerose domande di risarcimento da parte dei lavoratori esposti, le pressioni delle Associazioni come Abrea, dei sindacati e di alcuni politici, soprattutto verdi, hanno ormai messo in crisi la politica dell'amianto. Dopo decenni di sodalizio con Eternit, la Brasilit ha convertito completamente la produzione di manufatti per l'edilizia utilizzando fibre sostitutive non nocive, come il polipropilene. La fabbrica Brasilit di Jacarei, nello Stato di San Paolo, impiega 850 lavoratori e ha un fatturato annuo di circa 200 milioni di real (pari a circa 76 milioni di euro). Le aziende brasiliane di Eternit, invece, oggi hanno oltre 1600 dipendenti e nel 2008 hanno registrato un fatturato netto di 544 milioni di real (205 milioni di euro). Nonostante la multinazionale continui a insistere pubblicamente sui benefici e sull'assoluta sicurezza della fibra, sembra che la direzione stia cercando una rapida via d'uscita dall'amianto, come dimostra la continua diversificazione della produzione. Anche perché il mercato interno si sta ridimensionando. In assenza di una legge nazionale, sempre più Stati scelgono autonomamente di fare a meno del minerale. Finora sono arrivati a bandire l'amianto una ventina di Comuni e gli Stati di San Paolo, di Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Pernambuco e Mato Grosso. Negli ultimi mesi hanno dichiarato di volerli seguire gli Stati di Santa Catarina, di Parana e di Maranhao.





# Approfondimenti





## La Costituzione, i diritti sociali e del lavoro nell'Italia che cambia\*

di **Massimo Paci**\*



### ▼ 1. I principi della Costituzione e il welfare state

Alla base della nostra Costituzione è possibile riconoscere l'esistenza di alcuni principi di fondo, tra i quali secondo diversi autori si trova in posizione non secondaria anche il «principio lavoristico». Ad esempio Livio Paladin (1997) distingue, nell'ordine: il principio democratico, il principio «lavoristico», il principio pluralista e il principio unitario bilanciato dal principio autonomista, come principi fondamentali e concorrenti della Costituzione. Più recentemente, Amos Andreoni (2006, p. 92) ha osservato che: «Si può convenire sul fatto che “il volto della Repubblica” [...] si identifichi nel principio democratico e pluralista e, ancor prima, in quello personalista e lavorista». (È interessante qui che il principio «lavorista» viene coniugato con quello «personalista», cioè con quello che garantisce l'inviolabilità della sfera personale, fisica e morale e la pari dignità sociale dell'individuo).

Se guardiamo adesso ai moderni welfare state, come sistemi volti a garantire i diritti sociali e del lavoro, vediamo che essi si distinguono invece in due principali modelli di welfare (Ferrera, 2006, p. 19): «[...] quello a base “occupazionale” (adottato dalla grande maggioranza dei Paesi europei continentali), in cui gli schemi di protezione sono rivolti ai lavora-

\*\* Professore di Sociologia economica e del lavoro Università di Roma.

\* Questo testo è stato preparato per la *Lectio magistralis* offerta dall'Autore in occasione del suo ritiro dal lavoro presso la Facoltà di Sociologia dell'Università «La Sapienza» di Roma il 29 gennaio 2009.

tori che vengono coperti da una pluralità di schemi occupazionali con regole diverse gli uni dagli altri, e quello a base “universalistica” (adottato dai Paesi anglo-scandinavi), in cui gli schemi di protezione coprono tutti i cittadini indipendentemente dalla loro posizione lavorativa».

In queste pagine parleremo essenzialmente del primo modello (che definiremo anche «fordista-bismarckiano»), essendo questo quello con cui il nostro sistema di welfare è stato identificato nella letteratura in questo campo (Esping-Andersen, 1990, p. 27). Del resto, la nostra Costituzione, assumendo il «principio lavoristico» come uno dei suoi principi qualificanti, sembra operare una scelta a favore del modello «occupazionale» di welfare state, piuttosto che di quello «universalistico».

Va detto, tuttavia, che oggi è possibile riconoscere una tendenza allo sviluppo di settori di welfare universalistico anche in molti welfare state occupazionali, i quali assumono spesso un carattere «misto», rispetto a quello occupazionale «puro» che avevano originariamente. Spingono in questa direzione lo sviluppo dei servizi sociali e sanitari su base decentrata, aperti a tutti i cittadini, e la crescita del ruolo dell'Unione Europea in campo sociale a favore di una «cittadinanza sociale europea» (Paci, 2008). Questo processo è in atto anche in Italia, anche se nel nostro Paese l'affermazione dei settori universalistici del welfare avanza con maggiore fatica, per la debolezza dell'azione statale e per l'assenza nella società italiana di una radicata cultura dei diritti del cittadino. Da questo punto di vista, può essere utile una «rilettura» della nostra Costituzione per le parti che riguardano il lavoro e le tutele sociali, per capire quali sono le disposizioni che hanno sorretto originariamente la costruzione del nostro welfare state (come welfare ispirato al modello «occupazionale» o «fordista bismarckiano»), e quali sono quelle che potrebbero sostenere oggi lo sviluppo in direzione del modello di welfare «universalistico», fondato sul principio della cittadinanza sociale.

Procedere ad una simile rilettura della Costituzione ci sembra legittimo, in quanto essa è stata considerata, fin da subito, non un ordinamento «statico», posto a fondamento una volta per tutte della neonata Repubblica, ma anche come un progetto o «una promessa» per l'ulteriore sviluppo della nostra società (Calamandrei, 1950). Possiamo distinguere, allora, due gruppi di disposizioni costituzionali in materia di lavoro e tutele sociali: da un lato, quelle che hanno un carattere generale o «universale» e che per questo possono essere di guida anche nella attuale fase di trasformazione della società italiana e, dall'altro, quelle che appaiono più legate agli anni in cui la Costituzione venne approvata o a quelli immediatamente successivi (cioè gli anni della industrializzazione nazionale)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Una distinzione degli articoli della Costituzione in materia sociale e del lavoro identica a quella che proponiamo qui è quella proposta da Edoardo Ghera (2006, pp. 13-14), laddove individua una prima serie di articoli (artt. 1, 3, 4 e 35) a carattere più generale e una seconda serie di

Per quanto riguarda il primo gruppo di disposizioni costituzionali, cioè gli artt. 1, 3, 4 e 35 che permettono una lettura del lavoro e delle tutele sociali in termini più astratti o non storicamente determinati, in esse il diritto al lavoro appare come diritto universale del cittadino, alla pari degli altri diritti fondamentali (di libertà, di pensiero, di associazione, ecc.). Il lavoro appare qui meno connotato dalla temperie sociale e culturale dell'epoca, e più espressione di una visione che non guarda tanto ai lavoratori come un dato collettivo, come categoria o classe sociale, quanto al cittadino come individuo, in capo al quale si pongono i diritti e le tutele sociali. Anche in queste disposizioni, insomma, il lavoro resta importante, ma come elemento integrato in un concetto più ampio di cittadinanza sociale e dunque non disgiungibile dal complesso degli altri diritti fondamentali dell'uomo (e, proprio per questo, forse, utile a guidarci nel difficile compito di fondare su riferimenti costituzionali certi la società «post-industriale» nella quale siamo entrati).

Al secondo gruppo appartengono invece le norme che risentono maggiormente dell'ethos «lavoristico-industriale» dell'epoca e che guardano essenzialmente ai lavoratori dipendenti (operai e impiegati), come categoria o classe sociale centrale della moderna società industriale. Naturalmente, nel 1948, quando la Costituzione venne promulgata, i lavoratori dipendenti addetti all'industria in Italia erano una minoranza, anche se consistente. Basti pensare che ancora negli anni cinquanta il 30% della popolazione attiva italiana era costituito da addetti all'agricoltura (e che in molte Regioni del Sud questa percentuale superava il 50%) (Pugliese, 2008). Tuttavia, nello slancio della ricostruzione nazionale, ben si comprende come la visione dei padri costituenti corrispondesse alle aspettative diffuse nella società italiana, che erano quelle tipiche di un paese *late comer* o «ritardatario» rispetto allo sviluppo industriale, ma che, proprio per questo, aveva sviluppato una «ideologia della rincorsa» verso il modello di società industriale dei Paesi più avanzati, facendolo proprio in via anticipatoria (Pizzorno, 1974).

## ▼ 2. Le principali disposizioni costituzionali in materia di lavoro e tutele sociali

Come sappiamo, nell'art. 1 della Costituzione, che apre la parte dedicata ai *Principi fondamentali*, si dichiara che: «L'Italia è una Repubblica democratica fondata sul lavoro». Il lavoro ottiene così, immediatamente, un posto fondamentale nel nostro ordinamento costituzionale<sup>2</sup>. Ma come dobbiamo interpre-

---

articoli «più specifici» (artt. 36, 37, 38, 39 e 40) diretti a proteggere il lavoratore «[...] come appartenente ad una data categoria o classe sociale» e «[...] a garanzia di determinati istituti del diritto del lavoro».

<sup>2</sup> Questa enfasi sul concetto di lavoro è un dato diffuso nel dopoguerra non solo in Italia, ma in tutta Europa. Esso si ritrova anche nel *Preambolo* della Costituzione francese del 1946, laddove si afferma: «Ciascuno ha il diritto di lavorare e di avere un'occupazione». Di quegli anni è anche la pubblicazione della *Relazione sull'impiego integrale del lavoro in una società libera* di Beveridge, la cui traduzione italiana appare nel 1948 presso le edizioni Einaudi.

tare questa formulazione generale? Il termine «lavoro», utilizzato in questo articolo, evidentemente non è equivalente al termine «lavoratori», cui si ricorre in molti altri articoli della Costituzione. A questo proposito, dobbiamo ricordare che nella Assemblea Costituente ci fu un ampio dibattito su questo punto, e cioè se nell'art. 1 si dovesse fare riferimento ai lavoratori o al lavoro *tout court*. Ci fu cioè il tentativo di far passare una visione della Repubblica in cui i lavoratori, come classe sociale storicamente determinata, occupassero una posizione egemone. Ma l'Assemblea respinse poi (con 239 voti contro 217) la formulazione dell'art. 1 secondo cui l'Italia era una «Repubblica dei lavoratori» (Ambrosini, 2005, p. 30). Fu sconfitta in tal modo, anche se per pochi voti, «[...] l'idea riduttiva di una Repubblica dei lavoratori, se non addirittura di una Repubblica degli operai e dei contadini, come precisavano alcune Costituzioni dell'Europa socialista» (Paladin, 1997, p. 164)<sup>3</sup>.

Dunque, il riferimento al lavoro, come fondamento della Repubblica, fatto nell'art. 1 va preso come affermazione di un valore universale, che astrae da ogni determinazione storica dei lavoratori, e che integra una visione dell'uomo come soggetto di diritti sacri e inviolabili, tra i quali appunto viene posto quello di realizzare sé stesso nell'attività lavorativa. In questa chiave, d'altra parte, possono essere letti non solo l'art.1, ma anche l'art. 3 (nel cui secondo comma la Repubblica si impegna a rimuovere gli ostacoli che impediscono la partecipazione dei lavoratori all'organizzazione economica, politica e sociale del Paese, subito dopo aver affermato, nel primo comma, la pari dignità sociale e l'uguaglianza di tutti i cittadini davanti alla legge) e l'art. 35 (secondo cui il lavoro va tutelato in tutte le sue forme e applicazioni); articoli questi che possono essere letti, inoltre, in congiunzione con le altre disposizioni costituzionali volte a tutelare in generale i diritti civili dell'individuo, che hanno certamente un impatto sulle condizioni di lavoro e sullo statuto giuridico stesso del lavoro: pensiamo qui agli articoli che garantiscono l'eguaglianza dei cittadini davanti alla legge, il diritto alla libertà personale, il diritto di associazione, il diritto di manifestare il proprio pensiero, la libertà di agire in giudizio, ecc.

Possiamo passare adesso ad esaminare il secondo gruppo di disposizioni costituzionali in materia di lavoro, che rispecchiano più direttamente la visione dominante negli anni della ricostruzione post-bellica e del rilancio dell'economia nazionale. Si tratta di disposizioni in gran parte rivolte a garantire diritti e tutele sociali ai lavoratori e, in particolare, ai lavoratori dipendenti del settore privato, in quanto contraenti deboli del rapporto di lavoro<sup>4</sup>. Così è, per esempio, per

<sup>3</sup> «Né alcun seguito – nota ancora Paladin (*ivi*, p. 165) – ebbe la proposta avanzata da Mortati, per cui sarebbe stato coerente con la premessa dell'art. 1 sottrarre il voto agli oziosi, argomentando che ai soli lavoratori sarebbe spettata una posizione di pieno godimento di tutti i diritti del cittadino».

<sup>4</sup> I dipendenti pubblici, del resto, erano inquadrati all'epoca – e lo resteranno ancora a lungo – entro un regime giuridico separato, come appare ad esempio dall'art. 20 della Costituzione stessa, relativo alla responsabilità degli atti compiuti dai funzionari e dai dipendenti pubblici nell'esercizio delle loro funzioni.

quanto riguarda gli artt. 35 e 36, volti a garantire ai lavoratori una formazione professionale, una retribuzione proporzionale alla quantità e qualità del lavoro svolto, una durata della giornata lavorativa fissata dalla legge, il riposo settimanale e le ferie annuali retribuite. Ma così è anche per l'art. 38, che prevede la copertura previdenziale nei casi di infortunio, malattia, vecchiaia e disoccupazione involontaria, e per gli artt. 39 e 40, che prevedono l'estensione *erga omnes* dei contratti collettivi e garantiscono il diritto di sciopero<sup>5</sup>. In sostanza, tre sono i piani sui quali si distende l'ala protettrice della Costituzione nei confronti della categoria sociale dei lavoratori: il piano delle condizioni di lavoro (qualificazione, salario, orario e ferie), il piano del welfare assicurativo contro i rischi della vita (malattia, infortunio, disoccupazione e vecchiaia) e il piano della rappresentanza e dell'azione collettiva (contrattazione sindacale e sciopero).

A questo punto è importante ricordare che la nostra Costituzione distingue il lavoro propriamente detto dalle «attività» o «funzioni» svolte dall'individuo (come l'arte, la scienza, la professione di una fede religiosa, ecc.); anche quelle che, come recita l'art. 4: «concorrono al progresso materiale e spirituale della nazione». Tra queste attività, quella su cui la Costituzione richiama l'attenzione in particolare è costituita dai compiti che la famiglia deve assolvere e che sono, in prima istanza (nell'art. 31), attribuiti ad entrambi i genitori, ma che poi, nell'art. 37, vengono richiamati specificamente come «[...] l'essenziale funzione familiare che deve essere consentito svolgere alla donna lavoratrice». Quello che oggi chiamiamo il «lavoro di cura» svolto nella famiglia riceve dunque una specifica attenzione nel testo costituzionale, anche se esso appare inserito entro due possibili modelli di famiglia: un «modello sessuato», espressione di una visione tradizionale della famiglia, e un «modello asessuato», espressione di una visione più moderna (su questo, vedi da ultimo Ales, 2008).

A questo proposito, si avverte nella Costituzione una lacuna di una certa importanza, relativa alla mancata previsione del diritto alla assistenza pubblica in caso di bisogno come diritto universale del cittadino. Nell'art. 38, infatti, conformemente all'*ethos* lavoristico-industriale dell'epoca, il diritto all'assistenza economica è previsto solo per il cittadino inabile al lavoro, ad esclusione cioè del cittadino abile al lavoro in stato di bisogno. Lo stesso può dirsi per le cure mediche e sanitarie: infatti l'art. 32, pur prevedendo il diritto alla salute come diritto del cittadino, garantisce cure gratuite solo agli «indigenti». Nel complesso, è evidente negli articoli citati il prevalere di una visione in cui l'assistenza e la cura non sono garantite come diritti di cittadinanza sociale, ma restano affidate in buona misura al lavoro svolto dalla donna all'interno della famiglia.

Si può dire che la visione che emerge dal secondo gruppo di norme della Costituzione che abbiamo appena esaminato corrisponde a quella del modello «occupazionale» o «fordista-bismarckiano» di regolazione sociale (Esping-Andersen, 1999; Paci, 2005; Sennett, 2006), affermatosi in Europa nei trenta anni

<sup>5</sup> Sulla connotazione «collettivista» della funzione di rappresentanza del sindacato, così come appare anche dall'art. 39 della Costituzione, vedi più oltre il par. 4.2.

«gloriosi» di pressoché ininterrotto sviluppo economico del dopoguerra, i cui «pilastri» principali sono stati: la grande industria fordista, il welfare state bismarckiano e la famiglia tradizionale fondata sul matrimonio. Esso ha avuto il suo nucleo portante nella grande industria, che garantiva stabilità di occupazione ai capifamiglia, ma è stato integrato in modo importante dalla copertura assicurativa pubblica contro i rischi della vita e dalla offerta di servizi di assistenza e di cura da parte della famiglia. È la complementarità funzionale tra queste tre istituzioni che permette di parlare in questo caso di «sistema» o di assetto stabile e integrato di regolazione sociale.

Pochi autori invece hanno sottolineato il ruolo di una quarta istituzione o «pilastro» del sistema, e cioè il ruolo del sindacato dei lavoratori. In realtà, almeno in Europa, il sindacato dei lavoratori è stato un elemento essenziale di stabilizzazione del sistema, svolgendo funzioni di rappresentanza categoriale dei lavoratori, difesa e ampliamento dei diritti e delle tutele sociali, nonché spesso «co-gestione» istituzionale dei programmi di previdenza e assistenza sociale.

Concludendo, possiamo dire che se, da un lato, è possibile riconoscere nella Costituzione un insieme di disposizioni che garantiscono diritti del lavoro e tutele sociali essenziali nella fase storica di passaggio dell'Italia alla società industriale, con il suo tipico assetto «fordista-bismarckiano» (e «familista»), dall'altro, è possibile anche riconoscere un altro insieme di disposizioni poste a garanzia del lavoro *tout court*, come diritto universale del cittadino, che – come già detto – potrebbe rivelarsi utile per guidare la riforma della legislazione sociale e del lavoro nell'attuale passaggio «post-industriale» della nostra società.

### ▼ 3. L'evoluzione della legislazione ordinaria nei primi decenni repubblicani (1945-1975 circa)

#### 3.1. La tutela del lavoro

Nei primi decenni repubblicani, il diritto del lavoro e la legislazione sociale si sviluppano in modo significativo, traendo forza dall'approvazione della Costituzione. Il diritto del lavoro, precedentemente affidato all'ambito della codificazione unificata di diritto privato: «[...] acquisisce adesso rilievo autonomo e conosce una fase di sviluppo e consolidamento parallelamente alla fase di attuazione della Costituzione» (Ghera, 2006, p. 18). Si tratta di uno sviluppo orientato a difendere il lavoratore subordinato, concepito come soggetto contraente debole del rapporto di lavoro e, dunque, bisognoso di protezione, che viene affidata al sindacato come soggetto collettivo di rappresentanza dei lavoratori<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Questo articolo era già stato consegnato alle stampe quando è apparso l'importante contributo di Pietro Costa (2009), che sviluppa una linea di riflessione assai vicina a quella qui presentata.



Possiamo elencare, in una breve sintesi, i principali istituti concernenti il lavoro introdotti in questo periodo. La Cassa integrazione guadagni (CIG), ad esempio, è immediatamente successiva alla fine della guerra (1945) ed è posta a garanzia dei lavoratori dipendenti delle medie e grandi aziende industriali. Di poco successiva (1949) è la riaffermazione della natura di monopolio pubblico della funzione di collocamento al lavoro, fondato sulla «chiamata numerica», che pone forti limiti alla selettività della domanda di lavoro da parte delle aziende. Notiamo che sia nelle commissioni poste in essere per la concessione della CIG, sia nelle commissioni locali e centrali del sistema di collocamento, siedono i rappresentanti del sindacato dei lavoratori. Altre leggi importanti di questi anni che mirano a rafforzare la posizione dei lavoratori dipendenti sono quella che regola l'apprendistato (l. 25/1955), quella che vieta il sub-appalto e l'intermediazione della manodopera (l. 1369/1960) e quella che pone limiti al ricorso al lavoro a termine (che è permesso solo per i casi tassativamente indicati) (l. 230/1962). Molto importante è anche la legge che introduce il principio del «giustificato motivo» come limite al potere di recesso del datore di lavoro dal contratto di lavoro (l. 604/1966), e quella che introduce la Cassa integrazione straordinaria (l. 164/1975), che – nata per i casi di ristrutturazione aziendale – diventerà col tempo una modalità di tutela contro la disoccupazione anche per lunghi periodi di tempo (il sindacato svolgerà anche in questo caso un ruolo importante di intermediazione).

Questa fase legislativa culmina nel 1970 con l'approvazione in Parlamento dello Statuto dei lavoratori, che mira a tutelare la libertà e la dignità dei lavoratori nei luoghi di lavoro. In effetti i primi decenni della storia repubblicana sono stati caratterizzati, secondo Crainz (2003, *passim*), da «forme tradizionali di subalternità e da distinzioni anacronistiche» e da «una assenza di diritti» negli ambienti di lavoro; molte fabbriche «erano più simili a dei penitenziari che a dei luoghi di lavoro», sicché le lotte sindacali, prima ancora che maggiori salari, «reclamavano una maggiore dignità del lavoratore e il diritto di riunione in azienda, di parità tra operai e impiegati, tra uomo e donna [...]». Queste lotte, che raggiunsero il loro massimo livello all'inizio degli anni sessanta, furono: «[...] una lezione di cittadinanza di grandissimo rilievo». Ad esse seguirono poi le lotte studentesche del '68, con la scoperta della natura autoritaria della scuola, della famiglia, della caserma, degli ospedali psichiatrici, ecc. Ma già le lotte operaie dei primi anni sessanta avevano espresso «un movimento di prepotente modernità» (*ivi*).

È sull'onda di queste lotte che viene approvato lo Statuto dei lavoratori. Questo si tradusse certamente in un miglioramento delle condizioni del lavoro in fabbrica, ma ebbe soprattutto effetti di rafforzamento del sindacato. Come ha osservato in proposito Edoardo Ghera (2006, p. 19): «Lo Statuto dei lavoratori tutela certamente la libertà e la dignità del lavoratore [...] ma lo fa essenzialmente sollecitando e garantendo lo svolgimento dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro, con ciò attribuendo, non tanto al lavoratore singolo, quanto soprattutto al soggetto collettivo che lo rappresenta, gli strumenti per realizzare la tutela del lavoro».

### 3.2. La tutela previdenziale

Se volgiamo adesso lo sguardo alla legislazione assicurativo-previdenziale, in cui si sostanzia la componente bismarckiana del modello fordista-bismarckiano di regolazione sociale, dobbiamo dire che l'avvento della Repubblica e la promulgazione della nuova Costituzione non cancellarono alcune importanti istituzioni pre-esistenti in questo campo, poste in essere dal fascismo o che il fascismo stesso aveva ereditato dall'Italia giolittiana, quando erano state introdotte le prime forme di assicurazione sociale obbligatoria dei lavoratori. Alcune di queste istituzioni, come i grandi enti previdenziali nazionali, a struttura centralizzata, ma con un ampio ventaglio di sedi regionali e locali, che il regime fascista aveva provveduto ad occupare con personale di sua fiducia, presentavano nel dopoguerra una non irrilevante resistenza al cambiamento e finirono per essere quasi tutte recepite nel nuovo sistema, con un semplice rinnovo delle rappresentanze sindacali che sedevano nei vari organismi gestionali a livello centrale e locale. Del resto, il tentativo di ristrutturare in senso «beveridgiano» o «universalistico» il nostro sistema, operato dalla Commissione D'Aragona (dal nome del parlamentare socialista che la presiedette), istituita nell'aprile del 1947, fallì in parte per il ritardo con cui essa concluse i suoi lavori (nella primavera del 1948 a Costituzione già approvata), ma soprattutto perché il mutamento degli equilibri politici, successivi alle elezioni di quell'anno, rese impossibile ogni «grande riforma» del sistema di welfare nazionale (Ferrera, 1984, p. 37).

Si assiste così, nel giro di 10-20 anni, ad un progressivo ampliamento della tutela previdenziale ad una serie di categorie esterne al perimetro del lavoro salariato industriale, con la moltiplicazione, ad opera dei governi a guida democristiana, di regimi previdenziali speciali, sia per le pensioni, che per le mutue sanitarie, caratterizzati da evidenti differenze e privilegi nella contribuzione e nelle prestazioni ricevute (Paci, 1975, pp. 516 ss.). Accogliendo l'analisi di Robert Castel (1995, pp. 413 ss.), relativa alla metamorfosi della società francese del dopoguerra, potremmo dire che, nel corso di quelle decadi, si realizza anche in Italia un passaggio da una situazione, in cui la classe operaia costituiva l'elemento di «attrazione» dell'intero mondo del lavoro, ad una situazione più articolata, con diversi poli di aggregazione, lungo un *continuum* di categorie sindacali e professionali, ognuna ben decisa a preservare la propria collocazione rispetto a quelle confinanti.

Si ha in tal modo l'introduzione e la proliferazione di una serie di nuove gestioni o fondi assicurativi pubblici, *a latere* rispetto al regime generale proprio dei lavoratori dipendenti privati. Per citare solo i casi più importanti: nel 1956 viene introdotta la assicurazione mutualistica sanitaria per il coltivatori diretti; nel 1957, quella per gli artigiani e quella pensionistica per i coltivatori diretti; nel 1959, quella pensionistica per gli artigiani; nel 1960, quella sanitaria per i commercianti; nel 1963, quella antinfortunistica per gli artigiani; nel 1966, quella pensionistica per i commercianti e, via a seguire, con le gestioni previdenziali o sanitarie dei giornalisti, dei medici, degli avvocati, degli ingegneri, degli architetti, ecc. Da tenere presente, anche in questo caso, che i sindacati dei lavorato-

ri delle varie categorie interessate siedono con loro rappresentanze in tutti gli organismi gestionali previsti, a livello centrale o decentrato. Questa situazione culmina con la riforma delle pensioni del 1968-69, che sancisce l'apoteosi del sistema previdenziale corporativo-bismarckiano in Italia, con la concessione di trattamenti relativamente generosi e l'ampliamento della frammentazione e delle sperequazioni tra i vari regimi dei lavoratori.

Un accenno dobbiamo fare, a questo punto, anche alle pensioni di invalidità, che hanno svolto un ruolo di tipo assistenziale (più che previdenziale) di grande rilevanza negli anni dello sviluppo industriale del Paese, quando milioni di lavoratori hanno lasciato le campagne per cercare un lavoro nelle fabbriche. Si tratta di un istituto pseudo-previdenziale (finanziato in parte dai contributi del lavoro e in parte, maggiore, dallo Stato), che è rimasto a lungo interno alla gestione complessiva dell'INPS, ma che non ha mai configurato l'esistenza di un diritto in capo al lavoratore invalido o disoccupato, essendo stato gestito in modo particolaristico o discrezionale dalle commissioni provinciali e regionali poste in essere allo scopo, nelle quali sedevano anche le rappresentanze del sindacato.

In definitiva, nello sviluppo del sistema previdenziale italiano durante le prime due o tre decadi repubblicane è stato forte il ruolo congiunto dei governi nazionali e delle organizzazioni sindacali di categoria. Ne è derivato un assetto di welfare caratterizzato insieme da elementi di centralizzazione burocratica e di «paternalismo» nella concessione di specifiche condizioni di favore nella contribuzione, nella eleggibilità alle prestazioni e nell'ammontare dei trattamenti. Sottolineare questi aspetti di centralizzazione burocratica e di «paternalismo», tuttavia, non deve essere frainteso. Siamo consapevoli infatti delle grandi conquiste che sono state fatte: non solo per il sindacato, ma anche per i lavoratori, la costruzione di un vasto sistema pubblico di assicurazioni sociali e lo sviluppo della contrattazione collettiva per la difesa del salario dei lavoratori. La compressione dell'autonomia individuale del lavoratore (evidente nella natura obbligatoria e nella gestione centralizzata delle assicurazioni sociali) è stata, tutto sommato, un prezzo minore da pagare per la costruzione di un sistema di garanzie dell'occupazione e di tutele del livello di vita per grandi masse di lavoratori.

### **3.3. La tutela della famiglia**

A questo punto, per completare il quadro della legislazione sociale delle prime decadi repubblicane è necessario soffermarsi brevemente sugli interventi legislativi effettuati in quegli anni per quanto riguarda il «terzo pilastro» del regime di regolazione fordista-bismarckiano italiano, e cioè la famiglia e la condizione della donna. In effetti – come è stato notato (Ales, 2008, p. 538) – la legislazione in questo campo è stata in quegli anni: «[...] profondamente impregnata di arcaismi androcentrici e di un diritto della previdenza sociale ancora ispirato alla visione corporativa del ruolo riproduttivo della donna», trovando una sponda – come abbiamo visto prima – nell'art. 37 del testo costituzionale stesso. Basti pensare alle norme introdotte (in parte a conferma della preesistente norma-

tiva fascista) relative alla presunzione legale dello svolgimento del lavoro di cura da parte esclusivamente della donna (la reversibilità della pensione, concepita come un «premio alla fedeltà coniugale» della donna; la differenziazione dell'età di pensionamento tra uomini e donne e la penalizzazione a fini previdenziali del lavoro di cura svolto nella famiglia). In effetti, il D.P.R. 1124 del 1965, nel riconfermare la normativa del 1939, mentre non prevedeva alcun limite alla reversibilità della pensione per la moglie superstite (nella presunzione che ella abbia svolto comunque il lavoro di cura per il capofamiglia), la condizionava invece per il marito superstite alla sua invalidità permanente al lavoro ed escludeva, inoltre, ogni possibilità di recupero dei periodi contributivi non maturati a causa della gravidanza o del lavoro di cura nella famiglia (Ales, 2008, p. 541). Infine, ricordiamo l'istituzione (nel 1963) di una Mutualità-pensioni esclusivamente «per persone di sesso femminile che svolgono l'attività di casalinghe» e l'esclusione degli uomini (legge 850/1950, confermata nel 1971) dal diritto alle assenze facoltative non retribuite e ai permessi retribuiti durante il primo anno di vita del bambino. Tutte misure, queste, nettamente *gender biased* o tali da confermare la tradizionale separazione ed emarginazione sociale della donna. In conclusione, la legislazione sociale e del lavoro italiana dei primi decenni repubblicani, non solo si dipana in modo coerente con il dettato costituzionale (e soprattutto con gli artt. 36-40 prima ricordati), ma appare altamente congruente con il modello fordista-bismarckiano (e familista) di regolazione sociale.

## ▼ 4. Il cambiamento della società contemporanea

### 4.1. La crisi del modello «fordista-bismarckiano»

Prima di proseguire nell'analisi dell'evoluzione della legislazione ordinaria è necessario soffermarsi brevemente sul cambiamento intervenuto a partire dalla metà degli anni settanta, che ha investito il modello fordista-bismarckiano di regolazione sociale, ponendolo in gravi difficoltà, se non in crisi (Paci, 2005).

In modo schematico possiamo dire che, per quanto riguarda il lavoro e l'occupazione, si è avuta una «fuoriuscita» da una situazione in cui ampie quote di lavoratori dipendenti erano inquadrate entro grandi aziende, con una suddivisione spesso minuta delle mansioni, ma con rapporti di lavoro e forme contrattuali standard o tipiche, e un passaggio a una situazione caratterizzata da una maggioranza di lavoratori di ceto medio o medio-basso, dipendenti o semi-autonomi (cioè economicamente, ma non giuridicamente, dipendenti), occupati prevalentemente nel settore dei servizi, con una eterogeneità di figure contrattuali, atipiche o non standard, e con una crescente precarietà dei rapporti di lavoro.

Per quanto riguarda il welfare state assicurativo, esso è entrato in difficoltà, non solo in Italia ma in tutti i Paesi europei, a causa della riduzione delle entrate contributive e dell'aumento delle uscite per prestazioni sociali dovute all'emergere di nuovi rischi (precarietà del lavoro, disoccupazione cronica, nuove malattie a lunga degenza, invecchiamento della popolazione, ecc.), di fronte ai quali il sistema delle assicurazioni sociali appare impreparato o inerme.

D'altra parte, anche il modello tradizionale di famiglia, fondato sul reddito del capofamiglia maschio, sta cedendo il posto, sia pure lentamente e con molte vischiosità nel nostro Paese, al modello di famiglia a doppio reddito e parità di genere nel lavoro di cura. In questo caso, i fattori di cambiamento sono legati essenzialmente alla mobilitazione delle nuove generazioni di donne, al loro accesso ai livelli superiori dell'istruzione, alla loro ricerca di un lavoro come parte integrante della loro identità e al cambiamento culturale che tutto ciò ha portato con sé.

Questi cambiamenti della famiglia e dei bisogni sociali sono all'origine della espansione, in molti Paesi europei, dei servizi sociali e sanitari di supporto alla famiglia, nonché dei servizi per l'impiego, la formazione e l'inserimento lavorativo: tutti servizi, questi, caratterizzati da un approccio «universalistico» (perché rivolti a tutta la cittadinanza), ma anche spesso «personalizzato» (perché a domanda individuale).

Nel complesso, dunque, il cambiamento della società contemporanea è di grande portata. In molte analisi esso viene inquadrato ricorrendo alla dicotomia concettuale offerta dalla coppia «società industriale/società post-industriale» o a dicotomie di poco differenti, in cui il termine *a quo* resta la società industriale e quello *ad quem* diventa di volta in volta: «società dei servizi», «società della conoscenza», «società flessibile», «società del rischio», «società liquida», ecc. All'origine di questo cambiamento molti autori pongono, come è noto, la globalizzazione dei mercati, l'acuirsi della competizione aziendale nonché la flessibilizzazione delle strutture produttive permessa dalle nuove tecnologie della informazione e della comunicazione: un complesso di fattori, dunque, di natura economica e tecnologica.

Questa rappresentazione della attuale «grande trasformazione» (per riprendere l'espressione di Karl Polanyi) non è del tutto soddisfacente. Certo, il riferimento ai rivolgimenti della base produttiva, come direbbe Marx, sono importanti e, dunque, è del tutto ovvio fare riferimento ai momenti di grande innovazione economica e tecnologica, come la nascita dei mercati nazionali e la rivoluzione industriale di fine Settecento, per segnare il passaggio dalla società rurale a quella industriale, e la globalizzazione dei mercati e la flessibilizzazione delle strutture produttive per segnare il passaggio alla società post-industriale. E, tuttavia, c'è un altro modo di guardare alla attuale grande trasformazione. Più che fare riferimento solo ai mutamenti delle strutture «*hard*» della società, d'ordine economico e tecnologico, identificando cesure temporali o momenti di forte rottura, mi sembra utile guardare anche al cambiamento come processo, relativamente continuo, di modernizzazione sociale e istituzionale, alla cui origine stanno l'Illuminismo, la Rivoluzione francese e le grandi Dichiarazioni, americana e francese, dei diritti sacri e inviolabili dell'uomo e del cittadino (Paci, 2005, cap. 1).

Se guardiamo le cose da questa angolazione, che tra l'altro è più congeniale ad una riflessione sulla nostra Carta costituzionale, allora il cambiamento della società europea ci apparirà un processo storico, che ha avuto certo i suoi momen-

ti di arresto e le sue involuzioni ma che, nelle parole di Habermas (1987), si svolge conformemente alla «promessa della modernità», come progressivo sviluppo «dell'auto-coscienza, autodeterminazione ed autorealizzazione dell'individuo». Questo significa predisporre ad una operazione culturale e interpretativa di una certa rilevanza, accogliendo l'idea che il cambiamento debba essere ricercato anche nella spinta sociale e culturale proveniente dal processo storico di individualizzazione (Giddens, 1994; Beck, 2000; Andersen e al., 2005; Paci, 2005) o di «de-istituzionalizzazione» (Castel, 1995) della società europea, come processo di emancipazione dell'individuo dalle istituzioni tradizionali o pre-costituite di appartenenza, che «intermediano» e limitano di fatto la fruizione dei diritti fondamentali che pure, sul piano giuridico e costituzionale, gli sono riconosciuti.

Con riferimento al modello fordista-bismarckiano di regolazione sociale, questo significa rintracciarne la crisi contemporanea nella emancipazione dell'individuo dalle forme gerarchiche e limitatrici della libertà individuale proprie di tale modello. In effetti, tutte e tre le istituzioni-cardine di questo modello (la grande industria fordista, il sistema bismarckiano di protezione sociale e la famiglia tradizionale) sono caratterizzate da forti elementi di centralizzazione dell'autorità, di paternalismo e di compressione della libertà individuale. Accanto ai fattori di cambiamento economici e tecnologici prima richiamati, occorre dunque porre fattori sociali e culturali connessi con la spinta secolare della modernizzazione occidentale<sup>7</sup>.

L'Italia si è mossa con alquanto ritardo su questa strada, ma gli ultimi trenta anni circa rappresentano un periodo importante di questo processo, che tuttavia resta – in parte non piccola – ancora incompiuto. Di qui la rilevanza di una rilettura attuale della nostra Carta costituzionale, che la collochi non solo nel momento di passaggio alla società industriale, ma anche entro la fase successiva e attuale, in cui si misurano le nostre speranze di progresso verso una società che porti a realizzazione concreta i diritti sociali, come diritti universali dell'uomo promessi dalla modernità.

#### **4.2. Il superamento della connotazione collettivista della rappresentanza sindacale e del diritto del lavoro**

Anche il sindacato, nella sua funzione di rappresentanza dei lavoratori, è investito dal cambiamento del sistema fordista-bismarckiano. In effetti, a partire grosso modo dagli anni settanta, si osserva in Italia un passaggio da una ideologia del «sindacato di classe» ad una del «sindacato associazione» (Pizzorno, 1976): il primo essendo rivolto a rappresentare tutti i lavoratori e a perseguire

<sup>7</sup> Più cauta deve essere l'interpretazione per quanto riguarda il sindacato, come ulteriore istituzione del modello fordista-bismarckiano. In queste pagine (vedi il paragrafo 4.2.), svilupperemo una riflessione sulla funzione di rappresentanza del sindacato, che sembra evolvere da una rappresentanza collettiva dei lavoratori come «classe» o come «categoria», ad una più attenta ai lavoratori *uti singuli*, in parallelo con una analogha evoluzione del diritto del lavoro.

obiettivi anche esterni alla base associativa, imputati genericamente alla collettività dei lavoratori; il secondo essendo caratterizzato dal riferimento agli iscritti e dalla rappresentanza della sua specifica base associativa<sup>8</sup>.

L'approccio «collettivista» nella visione del sindacato, prevalente nelle prime decadi del dopoguerra, trova un riscontro nel dettato costituzionale, laddove – all'art. 39, terzo comma – si configura una natura pubblicistica della funzione di rappresentanza del sindacato e si afferma la validità *erga omnes* (cioè anche verso i lavoratori non iscritti al sindacato) dei contratti collettivi di lavoro, stipulati dai sindacati più rappresentativi. Una impostazione, questa, che, nei primi anni novanta, Gino Giugni (1994, p. 111) considerava superata e: «[...] destinata a riempire un capitolo sempre più smilzo nei trattati di diritto del lavoro» (D'altra parte, questo art. 39 – com'è noto – è rimasto inattuato sul piano della legislazione ordinaria e l'estensione a tutti i lavoratori degli accordi sottoscritti dal sindacato è avvenuta «di fatto» ed è stata ampiamente sostenuta dalla giurisprudenza, salvo alcune eccezioni).

«Un tempo – continuava Giugni –, l'operaio-massa era una realtà. Oggi le condizioni di lavoro sono diverse, così come lo è l'organizzazione, molto più centrata su aspetti diversi di individualizzazione del lavoro [...]. Quello che prima era offuscato dall'idea dell'operaio-massa, riprende una sua funzione anche nel diritto del lavoro, nel quale c'è stata una eccessiva pressione in senso collettivista [...]. Negli autori tedeschi, all'epoca della Repubblica di Weimar, la parola «*Kollektivismus*» compariva continuamente. Oggi ci guarderemmo bene dall'usarla» (*ivi*, pp. 42-43). Tocchiamo qui un aspetto nuovo e delicato della riflessione giuslavorista italiana contemporanea, la quale riconosce oggi la necessità di fare i conti con una tradizione teorica e interpretativa, che ha sostenuto a lungo la natura collettiva di molti istituti di diritto del lavoro. Vedi, ad esempio, quanto ha scritto recentemente Guido Balandi (2008, p. 220) in tema di diritto del mercato del lavoro: «La presenza individuale sul mercato del lavoro si poteva dire che costituisse in passato l'eccezione: si trattava del lavoratore dotato della forza contrattuale individuale, legata alla propria professionalità [...]. Oggi, da un lato abbiamo frammenti di legislazione che favoriscono il contratto individuale anche a scapito o in deroga del contratto collettivo [...]. Dall'altro non c'è dubbio che le misure attive di sostegno del mercato del lavoro abbiano una prevalente o accentuata dimensione individuale, nel senso che sperimentano percorsi individuali di ricerca dell'occupazione [... Si ha dunque] una perdita o quanto meno un affievolimento della dimensione collettiva [...]».

---

<sup>8</sup> Questo passaggio nella funzione di rappresentanza del sindacato può essere messo in relazione con quello analogo che riguarda la solidarietà sociale. A questo proposito Jacques Donzelot (2007, p. 98) ha parlato di un passaggio storico da una «solidarietà oggettiva», fondata sulla appartenenza lavorativa: «[...] che scaturiva, indipendentemente dalla volontà dei soggetti, da una razionalità all'opera attraverso la divisione del lavoro», ad una «solidarietà soggettiva» o maggiormente consapevole sul piano individuale, espressione: «[...] di una mobilitazione attiva o "politica" della società civile» (vedi anche Paci, 2008, pp. 4-6).

In proposito, Umberto Romagnoli fa specifico riferimento al processo di individualizzazione, inteso come processo di crescente ricerca di autodeterminazione da parte del lavoratore. «La post-modernità – scrive Romagnoli (2008, p. 211) – ha partorito l'esigenza di adeguare il sistema giuridico alle sopravvenute mutazioni antropologiche e culturali, ridisegnando l'immagine dell'individuo con le sue istanze di autodeterminazione di fronte a ogni potere, anche se protettivo e benefico [...]. Il diritto dovrà contenere non più soltanto disposizioni modellate su un potenziale "lavoratore collettivo" ma anche l'insieme dei criteri guida per l'autodeterminazione del singolo inteso come soggetto [...]. Come dire che pregiudiziale è la domanda di forme di rappresentanza sindacale più sensibili al consenso e più responsabili verso ciascun lavoratore, che solleciti nella ricerca di un supposto bene comune di collettività indefinita e indifferenziata»<sup>9</sup>.

In questo senso, ci sembra che il ricorso sempre più frequente al *referendum* tra i lavoratori, per approvare gli accordi sottoscritti dai sindacati, costituisca un valido indicatore di questa evoluzione verso un sindacato maggiormente ancorato alla volontà esplicita dei singoli. Ci sembra, inoltre, che vada in questa direzione anche la crescita della funzione «di servizio» del sindacato, attestata non solo dal consolidamento della funzione di patronato svolta dai sindacati, ma anche – come vedremo più oltre (par. 5.5.) – dallo sviluppo degli «enti bilaterali» che erogano servizi «esternalizzati» dallo Stato alle parti sociali (Ciarini, 2008).

## ▼ 5. La stagione delle riforme modernizzanti

Ci restano ora da esaminare alcuni sviluppi della legislazione sociale che appaiono volti ad introdurre nel sistema di welfare italiano elementi più moderni, ispirati a logiche nuove, alcuni dei quali fuoriescono dal modello fordista-bismarckiano di protezione sociale e ci introducono ad un nuovo assetto, caratterizzato dal riferimento all'eguaglianza dei cittadini sul piano dei diritti sociali, senza più elementi di discrezionalità dello Stato o di intermediazione del sindacato.

### 5.1. La riforma delle prestazioni in favore della famiglia e i diritti delle donne

Per quanto riguarda il diritto di famiglia, gli anni settanta costituiscono, in effetti, una fase di svolta. Questo decennio infatti si apre con l'approvazione della legge sul divorzio, confermata poi dal *referendum* del 1974, e prosegue con la legge sull'interruzione volontaria della gravidanza e quella sulla parità tra uomo

<sup>9</sup> Anche Massimo D'Antona (in Romagnoli, 2007, p. 164) riteneva che: «[...] il diritto del lavoro dovesse evolvere a misura d'uomo, nel senso di cittadino nella pienezza delle sue prerogative», e che il sindacato dovesse cambiare per rappresentare tale nuovo soggetto perché: «[...] la cultura dell'enfasi del lavoro salariato, intorno alla quale si è costruita la civiltà industriale, appartiene al passato».



e donna, entrambe del 1977. Quest'ultima legge, in particolare (l. 903/77), non solo afferma in generale il principio della parità di trattamento tra uomo e donna, ma lo estende in specifico ai rapporti di lavoro, a quelli previdenziali e alla titolarità delle prestazioni in favore della famiglia, con una formulazione assai netta, secondo cui tutte queste prestazioni devono essere fruiti alle medesime condizioni sia dalla lavoratrice che dal lavoratore, eliminandosi qualsiasi differenziazione di genere.

Negli anni successivi, sulla base di questa legge, oltre che di diversi pronunciamenti della Corte Costituzionale e di alcune direttive europee in questo campo, si avranno altri interventi normativi a rafforzamento e completamento del principio della parità di genere. Così, ad esempio, la legge 53 del 2000 e il successivo decreto legislativo 151 del 2001 sono volti a negare ogni presunzione legale del ruolo di cura della donna nella famiglia, anche con riferimento all'evento della maternità (al di là, ovviamente, del suo ineludibile momento biologico) (Ales, 2008). Con queste riforme si gettano le basi per una netta modifica, sul versante della famiglia e della condizione della donna, del modello fordista-bismarckiano di protezione sociale.

In realtà, nonostante questi indubbi progressi della legislazione sociale in campo familiare, la situazione di fatto della divisione dei ruoli nella famiglia e della partecipazione delle donne al mercato del lavoro continua ad essere caratterizzata in Italia da una netta discriminazione di genere. Il diritto al lavoro della donna appare ancora compresso se non prevaricato sul piano sociale e culturale soprattutto in alcune aree del Paese. Il lavoro di cura, benché fortemente diminuito negli ultimi anni in termini di tempo, resta ancora appannaggio pressoché esclusivo delle donne; l'apporto del partner maschile della coppia aumenta, ma in termini oltremodo modesti (Carriero, 2008). Tale lavoro, del resto, è scarsamente riconosciuto sul piano giuridico ed economico in Italia, contrariamente a quanto accade in molti Paesi europei (Sandulli, 2003; Paci, 2007). I voucher o i «buoni di servizio» a favore del *caregiver* familiare restano ancora un'esperienza isolata, lasciata alla iniziativa degli enti locali e delle Regioni. La sola misura nazionale esistente resta l'indennità di accompagnamento, che tuttavia appare utilizzata prevalentemente a fini di rimborso delle spese mediche e farmaceutiche (Gori, 2001). L'aumento degli anziani non autosufficienti è affrontato nel nostro Paese ricorrendo al lavoro – spesso irregolare – delle «badanti» immigrate. I servizi per i minori da 0 a 3 anni sono assolutamente insufficienti rispetto alla domanda e il tasso di occupazione femminile in Italia è uno dei più bassi di Europa.

Paradossalmente, dunque, la spinta verso il cambiamento proveniente dal movimento delle donne degli anni settanta e ottanta, ma anche dal più ampio processo storico di individualizzazione della società, ha ottenuto maggiori successi sul piano formale del diritto di famiglia e della legislazione sociale che su quello sociale e culturale. Il problema di permettere un effettivo *empowerment* del soggetto-donna, come possibilità effettiva di fruire dei diritti che pure sul piano giuridico-formale le sono stati concessi, resta tuttora aperto.

## 5.2. La riforma della sanità

Per quanto riguarda la sanità, dopo molti anni di dibattito politico e di conflitti sindacali, il welfare italiano approda ad una riforma ispirata esplicitamente al modello universalista della cittadinanza sociale. Nel 1979, infatti, le mutue sanitarie a base categoriale, oberate di debiti, vengono soppresse e sostituite con un Servizio sanitario nazionale sul modello di quello istituito, con le dovute differenze, nei Paesi dell'Europa del Nord. Si tratta di una innovazione importante, che aveva nel Paese pochi precedenti e che va nettamente oltre la disposizione costituzionale in materia, che prevedeva cure mediche gratuite solo per gli indigenti.

La transizione alla protezione sanitaria come diritto di cittadinanza, tuttavia, sarà graduale. Per molti anni, infatti, il Servizio sanitario continuerà ad essere finanziato con i contributi versati dai lavoratori e dai datori di lavoro. Inoltre, quando il finanziamento diverrà integralmente di origine fiscale, molte prestazioni saranno delegate a soggetti privati tramite lo strumento della convenzione o dell'appalto, introducendo elementi di selettività in base al reddito tra i cittadini nell'accesso a determinate cure specialistiche e ospedaliere. L'universalità del trattamento sanitario sul territorio nazionale, d'altra parte, viene indebolita dalla diversificazione dei modelli organizzativi e degli standard adottati dalle Regioni, alle quali è stata devoluta la competenza in materia (su tutto ciò vedi Vicarelli, 2005).

Inoltre non si può sottacere che nel settore della sanità sono giunti a maturazione, anche in Italia, delicati problemi di natura etica o «bio-etica» connessi, da un lato, con lo sviluppo delle patologie degenerative e il prolungarsi dello stato «terminale» del malato e, dall'altro, con le nuove possibilità di gravidanza e procreazione «medicalmente assistite»: problemi che sul piano normativo non sono stati finora affrontati in modo da rispettare il diritto del cittadino ad una scelta libera e responsabile<sup>10</sup>.

## 5.3. La riforma delle pensioni

Un'altra riforma importante è quella della legge 335/1995 che riguarda le pensioni. Essa ha avviato un processo graduale di riduzione della frammentazione e delle sperequazioni tra le categorie dei lavoratori (compresa quella – intoccabile in molti Paesi europei – tra dipendenti pubblici e dipendenti privati). Inoltre, ha sostituito la formula di calcolo della pensione, che prima era basata sulla retribuzione del lavoratore e sul numero di anni lavorati, con un calcolo dell'ammontare effettivo dei contributi versati dall'individuo nel corso della sua vita lavorativa, senza più sconti o privilegi legati alla categoria. Questa nuova formula, per garantire la parità di bilancio delle pensioni, tiene conto di un coeffi-

<sup>10</sup> Come dimostra la necessità per i cittadini italiani, che se lo possono permettere, di ricorrere – nel caso della procreazione assistita – a quello che è stato chiamato il «turismo procreativo» verso Paesi più moderni e civili e – nel caso dei malati terminali – a quello che potrebbe presto diventare, se l'espressione ci è consentita, il «turismo eutanastico».

ciente costruito su dati demografici ed economici, relativi alla speranza di vita e all'andamento del PIL, il quale secondo la legge dovrebbe essere sottoposto a revisione ogni tre anni, sostituendo, così, con un criterio oggettivo, ogni negoziazione a favore di categorie sindacalmente più forti. Inoltre questa legge ha dato al lavoratore la scelta circa l'età in cui andare in pensione (tra i 57 e i 65 anni) e la possibilità per il lavoratore di utilizzare la sua liquidazione (il TFR) per costruirsi una pensione integrativa. L'interesse di questa riforma, dunque, è che essa collega più direttamente la pensione alla storia lavorativa individuale e alla volontà di scelta del lavoratore: essa infatti, da un lato, aggancia direttamente il trattamento pensionistico alla carriera contributiva e, dall'altro, affida alle decisioni del lavoratore l'età di pensionamento e la adesione o meno ad un fondo-pensione integrativo. In altre parole, dopo questa riforma, lo Stato e il singolo individuo si trovano più direttamente in rapporto tra loro.

A oltre 13 anni di distanza dall'approvazione di questa legge, tuttavia, la sua andata a regime è molto lenta. L'aggiornamento triennale del coefficiente di calcolo delle pensioni, su cui si basa la possibilità di un controllo della spesa da parte dello Stato, non è stato possibile per l'ostilità delle forze sindacali. I governi sono intervenuti più volte, in contrasto con il fondamento contributivo della nuova pensione e con la libertà di scelta dell'individuo, per innalzare d'autorità l'età di pensionamento<sup>11</sup>. Inoltre, non si può sottacere che questa riforma ha eluso la questione della tutela pensionistica dei lavoratori precari e intermittenti, i quali hanno ben scarse probabilità di conseguire una adeguata carriera contributiva nel corso della loro vita lavorativa (vedi il par. 5.5.). In sostanza, si conferma qui un tratto distintivo del welfare italiano, in cui l'innovazione legislativa rimane in parte incompleta e in parte viene disattesa dalle stesse forze di governo.

#### **5.4. La riforma dell'assistenza**

Per quanto riguarda, poi, la legge 328 del 2000, di riforma dell'assistenza, essa ha finalmente introdotto anche nel nostro Paese (penultimo a farlo tra i paesi dell'Unione Europea a 15) il diritto alla assistenza economica e sociale di tutti i cittadini in stato di bisogno, andando oltre il dettato costituzionale che, all'art. 38, come abbiamo visto, prevede tale diritto solo per i cittadini inabili al lavoro. Questa riforma, in particolare, ha attribuito un ruolo importante alle autonomie locali e all'ascolto della cittadinanza e alle sue forme associative di rappresentanza. Per la prima volta si è dato vita ad un vasto processo di programmazione dei servizi sociali, diffuso e capillare su tutto il territorio nazionale, fondato su risor-

---

<sup>11</sup> Inoltre, la libera scelta del fondo pensione integrativo cui affidare il TFR è stata contraddetta dalla introduzione del principio del «silenzio-assenso» a favore dei fondi negoziati dal sindacato in caso di mancato pronunciamento del lavoratore entro dati termini. Peraltro, la normativa attuale non prevede neppure l'auspicabile libertà dei lavoratori sull'utilizzo del loro risparmio previdenziale: ad essi infatti non è consentita la possibilità – che pure era stata ventilata nella finanziaria del 2007 – di utilizzare il loro TFR per incrementare la contribuzione al sistema pubblico a ripartizione e, conseguentemente, alle sue prestazioni rivelatesi in questi anni assai più prevedibili di quelle offerte dai fondi privati (Pizzuti, 2008, p. 24).

se finanziarie pubbliche aggiuntive. In un quadro assai carente delle politiche per la famiglia, per i minori, i giovani, gli anziani non autosufficienti, ecc. (politiche per le quali lo Stato italiano spende cifre irrisorie), l'approvazione di questa legge segna certamente un punto di svolta (Mirabile, 2005).

Questa riforma è importante anche sul piano culturale, perché mette in discussione l'orientamento prevalente in Italia a considerare più importante la previdenza rispetto alla assistenza. Tuttavia, anche in questo caso, restano grossi problemi di attuazione, con il rischio che la riforma stessa rimanga incompleta. Per l'assistenza infatti, come per la sanità, la competenza legislativa è stata devoluta alle Regioni e già si delineano forti differenze territoriali nella implementazione della riforma, che vanno ad aggiungersi a quelle non indifferenti esistenti storicamente in questo settore (Pavolini, 2008). Inoltre, è mancata fino ad oggi la definizione dei livelli minimi di assistenza che devono essere assicurati su tutto il territorio nazionale. Misure importanti, come ad esempio l'istituzione del Reddito minimo di inserimento previsto dall'art. 23 della legge, sono rimaste finora disattese. Dunque, anche in questo settore, ci troviamo di fronte al permanere di gravi lacune: anche se si è intervenuti con una legge innovativa, la sua implementazione è carente e lascia ancora molto spazio per una rivendicazione piena dei diritti del cittadino in questo campo.

## 5.5. La tutela del lavoro

Per quanto riguarda la legislazione del lavoro, a partire dagli anni novanta, si osserva un netto cambiamento in direzione di una maggiore flessibilità dell'offerta di lavoro. Questo nuovo orientamento contiene in sé, in potenza, un aspetto positivo, nel senso che potrebbe permettere un superamento della compressione dell'autonomia personale e professionale del lavoratore, connotata al sistema gerarchico e taylor-fordista di organizzazione del lavoro. Ma esso può avere, e in effetti sta avendo, risultati negativi di precarizzazione del rapporto di lavoro, in quanto non è accompagnato da tutele volte a garantire il reddito nelle fasi di disoccupazione e da politiche attive di formazione e reinserimento lavorativo.

La prima importante breccia nel primato del lavoro tipico o a tempo indeterminato si verifica in Italia nel 1995 tramite la creazione di una gestione pensionistica autonoma per i cosiddetti «collaboratori continuativi» (denominati a partire dal 2003 «lavoratori a progetto»), cioè per quei lavoratori che prestano il loro lavoro nelle forme di una collaborazione giuridicamente autonoma, ma economicamente dipendente da altri. Per quanto riguarda, poi, il sistema di collocamento, già nel 1991 era stata eliminata la cosiddetta «chiamata numerica» dei lavoratori, sostituita prima con la «chiamata nominativa» e poi con la «chiamata diretta» da parte delle aziende. Nel 1997, poi, l'intero sistema viene riformato, passando da monopolio pubblico a sistema misto pubblico/privato, tramite l'introduzione di agenzie private di lavoro interinale.

Nel 2001, il governo di centro-sinistra, conformandosi ad una direttiva dell'Unione europea, rivalutò il lavoro a termine, subordinandone tuttavia il ricorso

da parte delle aziende alla sua previsione all'interno dei contratti collettivi stipulati dal sindacato. Poco tempo dopo, però, con l'avvento di un governo di centro-destra fu emanato un decreto che liberalizzava totalmente il ricorso ai contratti di lavoro a termine. Sarà il nuovo governo di centro-sinistra, poi, a porre un limite di 36 mesi alla reiterazione di tale tipo di contratto (con la previsione, in caso di eccezioni, di una procedura speciale presso la locale Direzione del lavoro, certificata dal sindacato). Ma la disciplina del contratto a termine è stata poi nuovamente modificata in peggio per il lavoratore dal governo di centro-destra attualmente in carica.

Ma la legge più importante in questo campo è la legge 30 del 2003, con la quale si è avuto uno sventagliamento notevole dei contratti di lavoro flessibile. Venne introdotta infatti la possibilità per il datore di lavoro di ricorrere al lavoro a chiamata, al lavoro ripartito, al lavoro a progetto, allo *staff leasing*, ecc. Vennero aggiunti cioè al numero già cospicuo di contratti di lavoro esistenti molti altri tipi di contratti di lavoro dedicati a rendere più flessibile, temporaneo o intermittente il rapporto di lavoro (Il lavoro a chiamata è stato poi eliminato dal successivo Governo Prodi, ma reintrodotta subito dopo, nel gennaio del 2008, dal Governo Berlusconi).

A seguito di questo aumento dei contratti di lavoro atipici e flessibili, sprovvisti di gran parte delle tutele sociali, è stato fortemente indebolito l'impianto costruito nei decenni del secolo scorso dalla legislazione sociale e del lavoro a garanzia dei lavoratori. Questo è grave soprattutto perché, in caso di disoccupazione, in Italia non esiste, a differenza di molti Paesi europei, un «regime dedicato» di disoccupazione che copra, sia pure in forma ridotta, i lavoratori precari, che non hanno maturato i requisiti per ottenere il sussidio di disoccupazione del «regime generale». Inoltre va tenuto presente che a gravi difficoltà vanno incontro i lavoratori flessibili anche per il conseguimento della pensione<sup>12</sup>. Da questo punto di vista, si può dire che i governi succedutisi nell'ultimo quindicennio, mentre hanno favorito lo sviluppo del mercato del lavoro flessibile, non hanno provveduto ad istituire contemporaneamente un moderno sistema di sostegno del reddito per il lavoro precario o intermittente, che dovrebbe essere il complemento necessario, sul piano della sicurezza, delle misure introdotte sul piano della flessibilità.

Una interessante novità, tuttavia, è emersa negli ultimi anni in questo campo: è il nuovo ruolo «di servizio» che potrebbero svolgere i sindacati. Nel corso degli anni novanta, infatti, con una serie di accordi interprofessionali, essi vengono riconosciuti (insieme con la controparte datoriale) quali soggetti che possono concorrere alla costruzione del sistema di politiche attive del lavoro. In particolare gli enti bilaterali, posti in essere con tali accordi, vengono coinvolti diretta-

---

<sup>12</sup> Ad esempio, per i cosiddetti «collaboratori continuativi» o «lavoratori a progetto», considerato il basso livello dei loro versamenti contributivi attuali e la scarsa continuità del loro lavoro, si ritiene che quando andranno in pensione, quest'ultima difficilmente supererà il 30% del salario medio (Inpdap, 2002).

mente nei processi di sviluppo della formazione continua dei lavoratori. Inoltre nel Protocollo sul welfare del 2007 si prevedeva l'attribuzione a tali enti di un ruolo ai fini della integrazione reddituale aggiuntiva da istituire nei settori non coperti dalle indennità di disoccupazione. Infine nel *Libro verde sul futuro modello sociale* (2008) del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali si prevede l'ampliamento della competenza degli enti bilaterali ai servizi legati al funzionamento del mercato del lavoro, alla formazione, alla certificazione del contratto di lavoro, alla previdenza complementare e all'assistenza sanitaria. Appare abbastanza evidente qui: «[...] l'emergere di una idea del sindacato che dovrebbe tendere a concentrarsi nell'erogazione di servizi esternalizzati, per così dire, dallo Stato alle parti sociali» (Ciarini, 2008, p. 253).

In definitiva, se è vero che la legislazione ordinaria in materia sociale e del lavoro ha conosciuto una evoluzione in senso più moderno, è anche vero che essa non ha modificato in modo coerente e unitario il nostro sistema di welfare in direzione di un modello fondato sul principio della cittadinanza sociale. L'uscita dal sistema fordista-bismarckiano risulta incerta e parziale, per l'assenza di una cultura radicata dei diritti del cittadino e per la lentezza con cui procede la «democratizzazione» della famiglia, ma soprattutto per la debolezza dell'intervento pubblico, che appare privo di una strategia organica di riforma<sup>13</sup>.

## ▼ 6. Conclusioni

Oggi assistiamo a processi di «sganciamento» del lavoro dai sistemi tradizionali di copertura dei rischi. Come dice Sennett (2007) la vecchia articolazione in strutture collettive della società industriale, fondata sull'incastro tra le categorie lavorative e i regimi previdenziali sta diventando obsoleta. La proliferazione dei lavori atipici e flessibili sta soppiantando il paradigma del lavoro stabile. La precarietà del lavoro e la disoccupazione stanno diventando strutturali e sono ulteriormente esaltate dalla crisi finanziaria e dalla recessione economica mondiale in atto.

Per certi aspetti, la situazione attuale non è molto diversa da quella in cui si trovavano i Paesi europei sul finire della seconda guerra mondiale, quando in un momento di disastro nazionale Beveridge pose in Inghilterra la questione della piena occupazione e della riforma dello Stato sociale.

D'altra parte, occorre tenere conto anche della spinta che proviene dalla individualizzazione della società e dalla rivendicazione dei propri diritti da parte delle nuove generazioni. I giovani oggi, dopo essersi emancipati dai quadri tradizionali della vita familiare, si affacciano sul mercato del lavoro chiedendo di poter realizzare sé stessi anche nel lavoro, e una polarizzazione si forma tra quelli che possono associare la propria individualità con l'indipendenza, perché la loro

<sup>13</sup> La debolezza dell'intervento pubblico e l'assenza di *stateness* sono tra i principali tratti distintivi del «modello mediterraneo» di welfare, al quale secondo molti autori (Ferrera, 1996; Mingione, 2001; Pugliese, 2008) appartiene oggi il caso italiano.

posizione è tutelata, e quelli che portano la propria individualità come una croce per mancanza di protezioni sociali.

Bisogna dunque sforzarsi di pensare in che cosa possano consistere le tutele sociali in una società che diventa sempre più una società di individui. Bisogna gettare un ponte tra l'individualità e la protezione sociale. Come dice Robert Castel (1995): «Occorre uno Stato sociale rinnovato che adatti i suoi interventi seguendo da vicino le nervature del processo di individualizzazione».

Anche l'Italia si trova di fronte a questa nuova frontiera del welfare, ma le nostre autorità centrali sembrano completamente prive di un disegno complessivo di riforma. Certo, la legislazione ordinaria in materia sociale e del lavoro ha conosciuto nelle ultime due decadi una evoluzione in senso più moderno, che si caratterizza in alcuni settori per un orientamento nuovo, volto a basare gli interventi sul principio della cittadinanza sociale. Ma questa evoluzione è piena di ambiguità e di contraddizioni e non può dirsi certo compiuta, soprattutto in un Paese come il nostro, che deve ancora fare i conti fino in fondo con il progetto della modernità e acquisire pienamente, sul piano culturale e politico, gli ideali laici e repubblicani dei diritti universali del cittadino. È per questo che ci siamo sforzati di valorizzare l'intelaiatura tra principi fondamentali e diritti sociali offerta dalla nostra Carta costituzionale, mostrando come essa costituisce una base indispensabile per una riforma sociale di questa portata.

### Riferimenti bibliografici

- Ales E., 2008, *Il modello sessuato di ruolo sociale e i suoi antidoti: l'adult worker model nell'ordinamento italiano*, in «Lavoro e Diritto», n. 3, pp. 533-554.
- Ambrosini G., 2005, *Introduzione*, in *Costituzione Italiana*, Einaudi, Torino, pp. VII-LXXX.
- Andersen J.G., Guillemand A.-M., Jensen P.H. e Pfau-Effinger B. (a cura di), 2005, *The Changing Face of Welfare. Consequences and Outcomes from a Citizenship Perspective*, Policy Press, Bristol.
- Andreoni A., 2006, *Lavoro, diritti sociali e sviluppo economico. I percorsi costituzionali*, Giappichelli, Torino.
- Balandi G.G., 2008, *Diritto del mercato del lavoro e diritto del lavoro*, in «Lavoro e Diritto», n. 2, pp. 217-222.
- Beck U., 2000, *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Carocci, Roma.
- Calamandrei M., 1950, *Introduzione storica sulla Costituzione*, in *Commentario sistematico alla Costituzione Italiana*, Firenze, pp. 1-45.
- Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question social. Une chronique du salariat*, Fayard, Parigi; trad. it. di E. Sellino, 2007, Avellino.
- Ciarini A., 2008, *Sindacato (and) welfare*, in «Rivista delle Politiche Sociali», n. 4, pp. 233-257.
- Costa P., 2009, *Cittadinanza sociale e diritti del lavoro nell'Italia repubblicana*, in «Lavoro e Diritto», n. 1, pp. 35-88.

- Crainz G., 2003, *Il paese mancato. Dal miracolo economico agli anni Ottanta*, Donzelli, Roma.
- Dahrendorf R., 1988, *Per un nuovo liberalismo*, trad. it. di M. Sampaolo, Laterza, Roma-Bari.
- Donzelot J., 2007, *Un Etat qui rend capable*, in Paugam S. (a cura di), *Repenser la solidarité*, Puf, Parigi.
- Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Basil Blackwell, Oxford.
- Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford-New York, trad. it. 1999, Il Mulino, Bologna.
- Ferrera M., 1984, *Il welfare state in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Ferrera M., 1996, *The «Southern model» of welfare in social Europe*, in «Journal of European Social Policy», vol. 6, n. 1, pp. 17-37.
- Ferrera M., 2006, *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Ghera E., 2006, *Diritto del lavoro*, Cacucci Editore, Bari.
- Giddens A., 1994, *Le conseguenze della modernità*, Il Mulino, Bologna.
- Giugni G., 1994, *Fondata sul lavoro?*, Ediesse, Roma.
- Gori C., 2001, *Gli assegni di cura: una rivoluzione silenziosa del welfare italiano?*, in Ranci C. (a cura di), *Il mercato sociale dei servizi alle persone*, Carocci, Roma, pp. 86-118.
- Habermas J., 1987, *Il discorso filosofico della modernità*, Laterza, Bari.
- Inpdap, 2002, *Rapporto annuale sullo Stato sociale*, Roma.
- Mingione E., 2001, *Etat, politique sociale et reforme de l'Etat-providence: l'Italie*, Cev-Puf, Parigi.
- Mirabile M.L., 2005, *Italie sociali: il welfare locale tra Europa, riforme e federalismo*, Ediesse, Roma.
- Paci M., 1975, *Prospettive istituzionali di riforma del sistema di welfare italiano*, in Aa.Vv., *La costituzione economica. Prospettive di riforma dell'ordinamento economico*, in «Il Sole24 Ore», Milano, pp. 511-534.
- Paci M., 2005, *Nuovi lavori, nuovo welfare*, Il Mulino, Bologna.
- Paci M., 2007, *La famiglia e i sistemi di welfare nell'economia dei servizi*, in Regini M. (a cura di), *La sociologia economica contemporanea*, Laterza, Roma-Bari.
- Paci M., 2008, *Welfare, solidarietà sociale e coesione della società nazionale*, in «Stato e Mercato», n. 1, pp. 3-30.
- Paladin L., 1997, *I principi fondamentali della Costituzione repubblicana: una prospettiva storica*, in «Giurisprudenza costituzionale», pp. 3029-3063; ora in Bartole S. (a cura di), 2008, *Saggi di storia costituzionale*, Il Mulino, Bologna.
- Pavolini E., 2008, *Governance regionali: modelli e stime di performance*, in «Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 149-177.
- Pizzorno A., 1974, *I ceti medi nel meccanismo del consenso*, in Cavazza F.L. e Graubard S. (a cura di), *Il caso italiano*, Garzanti, Milano, pp. 314-337.
- Pizzorno A., 1976, *Fra azione di classe e sistemi corporativi. Osservazioni comparative sulle rappresentanze del lavoro nei paesi capitalistici avanzati*, in Aa.Vv.,



- Problemi del movimento sindacale in Italia: 1943-1973*, Annali della Fondazione Feltrinelli, Feltrinelli Editore, Milano, pp. 949-986.
- Pizzuti F.R., 2008, *Rapporto sullo stato sociale*, Utet Università, Milano.
- Pugliese E., 2008, *Le prestazioni sociali*, in Aa.Vv., *La Costituzione ha Sessanta anni: la qualità della vita sessanta anni dopo*, Editoriale Scientifica, Napoli, pp. 163-189.
- Romagnoli U., 2007, *La parabola del lavoro: dalla cittadinanza industriale alla cittadinanza industriosa*, in Colonna M. e Pugliese E. (a cura di), *Il futuro del lavoro in Europa*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Romagnoli U., 2008, «Collettivo» e «individuale» nel diritto del lavoro, in «Lavoro e Diritto», n. 2, pp. 207-211.
- Sandulli P., 2003, *Tutela previdenziale e assistenziale dei lavoratori atipici nell'ordinamento giuridico italiano*, in «Lavoro e Diritto», n. 3, pp. 409-440.
- Sennett R., 2006, *La cultura del nuovo capitalismo*, Il Mulino, Bologna.
- Supiot A., 2003, *Il futuro del lavoro*, Carocci, Roma.
- Van Parijs P., 1995, *Real Freedom for All*, Oxford University Press, Oxford.
- Vicarelli G., 2005, *La politica sanitaria tra obiettivi annunciati e effetti inattesi*, in Vicarelli G. (a cura di), *Il malessere del welfare*, Liguori Editore, Napoli, pp. 207-232.

Ogni giorno  
tuteliamo i tuoi **diritti.**



**Passato, presente, futuro.**  
*Sempre al tuo fianco.*

Da più di 60 anni vicini ai lavoratori, agli immigrati, alle donne, ai pensionati, ad ogni singolo cittadino, in maniera concreta per fornire assistenza e consulenza gratuite per previdenza sociale, disabilità, pensioni, maternità, infortuni, malattie professionali e permessi di soggiorno.



PATRONATO  
INCA CGIL

Numero attivo nei giorni feriali dalle 10 alle ore 18  
al costo di una chiamata urbana

**848 854388**

[www.inca.it](http://www.inca.it)





# Notiziario Inca 8-9/2009