



Dialogo sociale e malattie professionali in Europa



10 piste d'azione per rafforzare e armonizzare le politiche di prevenzione e di risarcimento





10 piste d'azione per rafforzare e armonizzare le politiche di prevenzione e di risarcimento

Preambolo	2
Introduzione	3
1. La lista europea delle malattie professionali	5
2. Regimi di assicurazione per le malattie professionali in Europa delle differenze che persistono	7
3. Rimettere la questione delle malattie professionali all'agenda politica e sociale	10
4. REACH : una opportunità	14
5. Il dialogo sociale europeo nel settore della chimica	16
Conclusioni	18
In breve : 10 piste d'azione per il dialogo sociale e le malattie professionali	22
Allegati	24



Il presente opuscolo é il frutto d'una stretta collaborazione tra due centrali professionali del settore della chimica – la CSC Énergie-chimica (B) e la FEMCA-CISL (IT) –, e l'INAS (IT) che organizza l'accompagnamento giuridico dei lavoratori vittime delle malattie professionali e la difesa individuale dei lavoratori in materia di sicurezza sociale. Il suo scopo é di presentare una sintesi delle riflessioni scaturite dal 29 marzo al 1° aprile 2006 durante un seminario organizzato a Padova (Italia) da queste tre organizzazioni, in presenza di numerose organizzazioni sindacali europee, della federazione sindacale europea della chimica (EMCEF), d'un rappresentante della CE e di rappresentanti di Enti assicuratori degli Stati membri e di medici.



All'inizio della costruzione europea, negli anni 1950 e 1960, decine di migliaia di lavoratori italiani sono andati in Francia, in Germania, in Belgio per trovare un lavoro nelle miniere. Ritornati in patria, quanti avevano contratto una malattia professionale hanno dovuto affrontare numerose difficoltà per costituire il loro incartamento medico, farsi riconoscere la malattia, ottenerne il risarcimento... Oggi, con l'evoluzione delle condizioni di lavoro, appaiono delle nuove tipologie di malattie professionali. Eppure, l'Unione Europea, che non ha mai cessato di incoraggiare la mobilità dei lavoratori, non si impegna nel processo di convergenza dei regimi nazionali per il risarcimento. Certo, esiste una « lista europea delle malattie professionali » come anche una serie di principi direttori definiti dalla Commissione in materia di prevenzione, di riconoscimento e di risarcimento. Ma questi principi, non coercitivi, non hanno impedito ai paesi europei di sviluppare dei sistemi propri, senza troppo preoccuparsi delle conseguenze che ne sono derivate, in particolare delle difficoltà riscontrate dai lavoratori che esercitano il proprio diritto alla libera circolazione.



Noi pensiamo che é giunto il momento di sollevare questo problema. La recente evoluzione del dialogo sociale nel settore della chimica, la regolamentazione REACH, la prossima revisione della lista europea delle malattie professionali costituiscono altrettante opportunità da cogliere per valutare le azioni intraprese e preparare i dibattiti per un miglioramento e una convergenza più vasta dei sistemi di prevenzione e di indennizzo delle malattie professionali. Speriamo che questo opuscolo contribuirà a questi dibattiti, e ve ne auguriamo una eccellente lettura.



Luglio 2006

Alcuni anni fa, si riconosceva « la disparizione dei mestieri duri, la scomparsa d'ogni sforzo fisico e la crescita del lavoro intellettuale... »⁽¹⁾. Oggi epidemiologi, ergonomi, sociologi, e sindacalisti constatano che « il movimento globale di miglioramento progressivo delle condizioni di lavoro che aveva caratterizzato il XXmo secolo ha preso tutt'altra direzione dopo gli anni 1990 »⁽²⁾.

In effetti, i mestieri duri come quelli della edilizia o il lavoro in catena di montaggio non sono del tutto scomparsi. L'esposizione dei lavoratori ai rischi e alla pesantezza del lavoro tendono ad aumentare; l'esposizione dei lavoratori ai prodotti chimici è aumentata dal 34% al 37% dal 1994 al 2003. Inoltre le costrizioni organizzative, soprattutto i ritmi di lavoro e le scadenze da rispettare, si generalizzano; gli orari atipici e imprevedibili, di notte come di giorno, sono sempre più frequenti. La precarietà dell'impiego aumenta. Non bisogna quindi meravigliarsi di veder progredire le malattie collegate alle turbe muscolari e ossee (TMS), agli agenti chimici, e provocate dal peso psicosociale. Anche se noi sappiamo che l'origine dei TMS è spesso dovuta da fattori multipli, bisogna anche riconoscere che i gesti ripetitivi, l'intensità del lavoro, la sopportazione dei pesi, i movimenti inadeguati alla manutenzione, l'assenza di un portamento ergonomico concorrono enormemente alla creazione di handicap fisici che penalizzano pesantemente i lavoratori sul mercato del lavoro, e in particolare i lavoratori poco qualificati

Iniziative

Queste constatazioni sono all'origine di numerose iniziative in diversi paesi europei: studi pilota

nel settore ospedaliero, informazioni sull'ergonomia nelle scuole, sensibilizzazione del corpo medico, l'adattamento delle postazioni di lavoro, azioni delle organizzazioni sindacali presso i propri iscritti, analisi dei rischi nelle imprese, etc. Tra le difficoltà segnalate circa l'operatività delle misure di prevenzione dei TMS, i sindacati sottolineano abitualmente l'opposizione dei datori di lavoro al cambiamento, la pressione della disoccupazione e la mancanza di percezione dei vantaggi economici da parte delle imprese. In certi casi, i lavoratori esprimono la loro reticenza a dichiarare una malattia professionale, per paura di perdere il loro impiego.

Nuovi obblighi

Un altro grande soggetto di preoccupazione concerne le patologie fisiche collegate al lavoro come lo stress, l'assillo, la violenza. In un sistema organizzativo del lavoro caratterizzato dal just-in-time, la flessibilità, la corsa all'innovazione, e nelle imprese a forte tendenza capitalistica come quelle della chimica, non c'è da meravigliarsi se dei lavoratori, spesso isolati, cedono, cadono in depressione, versano in diverse forme di assuefazione...

Tale accumulo di stress provoca delle turbe del comportamento, ma anche delle malattie fisiche,



© Guy Puttemans

psichiche e/o sociali. Sempre di più, i delegati sindacali nelle imprese sono sollecitati dagli iscritti(e) a trasformarsi in assistenti sociali o in psicologi per dare un aiuto temporaneo nei momenti di sconforto. In situazioni del genere, si è evidentemente lontani dalla nozione dello star bene al lavoro che deve comunque rimanere la preoccupazione di tutti gli attori dell'impresa.

1. « Il lavoro tra venti anni », Rapporto Boissonnat, Commissariato generale del Piano, Odile Jacob, Paris, 1995.

2. « Salute: l'impatto delle nuove forme di pesantezza sul lavoro », in Le Monde, 19 dicembre 2005.





- ♦ L'interesse e i limiti della lista europea delle malattie professionali.
- ♦ Le grandi differenze esistenti tra i regimi d'assicurazione-malattia in Europa
- ♦ La valutazione sindacale a proposito della questione delle malattie professionali
- ♦ Il possibile contributo di REACH alla problematica delle malattie professionali;
- ♦ Il ruolo del dialogo sociale europeo nel settore della chimica.

L'opuscolo si limita a dieci piste di riflessione e d'azione concrete per rimettere la questione delle malattie professionali all'agenda politica e sociale.

Sicuramente, possono esserci dei fattori che si spiegano a titolo individuale perché legati alla personalità del lavoratore o alla sua storia personale, ma gli obblighi da lavoro devono indurci a meglio calibrare il carattere collettivo del fenomeno.

Delle nuove malattie raramente riconosciute

Le minacce della precarietà dell'impiego, lo sviluppo dei sistemi del bilancio di competenza, la sollecitazione a implicarsi di più personalmente nel lavoro sono dei fattori che non lasciano tutti gli individui indenni sul piano psicologico e fisico. Noi pensiamo che si tratta effettivamente di malattie professionali anche se esse sono raramente riconosciute. Senza dubbio, ciò che è più grave è che esse non sono sempre riconos-

ciute sul luogo di lavoro⁽³⁾. D'altronde, le strategie di management, che si riscontrano spesso in alcuni settori come quello della chimica, tende a esternalizzare i rischi per la salute verso i lavoratori delle imprese appaltatrici il cui valore aggiunto è debole e gli investimenti nella prevenzione limitati allo stretto necessario.

Infine, nell'Unione europea, i lavoratori sono sempre di più mobili. In assenza di armonizzazione della medicina del lavoro, gli organismi preposti al risarcimento hanno talvolta difficoltà a istruire degli incartamenti medici quando il lavoratore è all'estero. La CSC Énergie-chimica (B), la FEMCA-CISL (IT), e l'INAS (IT) sono convinti che è tempo di rimettere all'agenda politica e sociale la questione delle malattie professionali in Europa. Nelle linee che seguono, abborderemo successivamente⁽⁴⁾:

3. Segno d'una evoluzione recente, segnaliamo l'accordo autonomo delle parti sociali europei concernenti lo stress da lavoro, firmato l'8 ottobre 2004 dalla CES, l'UNICE-UEAPME e il CEEP.

4. Il lettore troverà in questo opuscolo delle citazioni riportate. Esse sono estratte da diversi interventi dei partecipanti durante il seminario di Padova.

La lista europea delle malattie professionali



Negli anni 1960, la Commissione europea aveva proposto d'adozione una « lista europea delle malattie professionali » e una serie di principi direttori in materia di prevenzione, di riconoscimento e di indennizzo delle malattie. L'idea era allora di giungere progressivamente a una armonizzazione dei sistemi nazionali della medicina del lavoro a beneficio dei lavoratori « mobili ». Oggi ne siamo ancora lontani.

Le iniziative della commissione negli anni 1960 tendenti a ravvicinare i regimi nazionali di risarcimento delle malattie professionali si urtarono alle reticenze nazionali. La Commissione dovette all'epoca contentarsi di proporre una « raccomandazione », cioè uno strumento giuridico non coercitivo. La prima raccomandazione fu adottata nel 1962. Essa preconizzava principalmente la costituzione di una lista uniforme delle malattie professionali e degli agenti che le provocavano. Essa richiedeva anche agli Stati membri di prendere una serie di misure per migliorare la prevenzione, il riconoscimento e l'indennizzo delle vittime. Una nuova raccomandazione più precisa fu adottata nel 1966. Questi due testi restarono largamente inapplicati negli Stati membri.

Aggiornamento

Mentre all'epoca, le malattie professionali concernevano essenzialmente la silicosi dei minatori e le turbe muscolo-scheletriche dovute alle vibrazioni meccaniche, altre nuove malattie dovute al lavoro hanno fatto progressivamente parlare di esse: asbestosi, cancro professionali, malattie psicosociali dovute allo stress, etc. In questo contesto, la Commissione ritorno' alla carica in maggio 1990 con una nuova raccomandazione. Nel 1996, adottò una comunicazione sulla lista europea delle malattie professionali e dopo, nel 2003, un aggiornamento di tale lista. Ma sempre sotto una forma non coercitiva, cioè che fa pensare a un fallimento d'ogni tentativo di armonizzazione negli anni 1960. A partire di dicembre 2006, una nuova valutazione e aggiornamento di questa raccomandazione saranno rilanciati.

« Dal 1962, esiste una lista delle malattie professionali. Malgrado ciò, non si è ancora giunti a una coerenza dei regimi nazionali di risarcimento. Se, oggi, non si giunge ad assicurare questa coerenza, addio all'Europa! » (un responsabile d'un organismo d'indennizzo)

Raccomandazione

La raccomandazione del 2003⁽⁵⁾ riposa attualmente su due liste. La prima (allegato 1) contiene le malattie professionali che dovrebbero essere riconosciute nell'insieme degli Stati membri. La seconda (allegato 2) concerne le malattie la cui origine professionale è sospetta e che dovrebbero

fare l'oggetto di notifica per poterne permettere eventualmente il loro inserimento futuro. Inoltre, la raccomandazione domanda agli Stati membri di prendere una serie di misure per migliorare la prevenzione, il riconoscimento e il risarcimento delle vittime (cf. riquadro). L'aggiornamento di questa raccomandazione si spiega essenzialmente con la necessità di considerare i dati del progresso tecnico e scientifico, così' anche l'esperienza acquisita.

Ricordiamo anche che all'epoca, la Confederazione europea dei sindacati (CES) aveva salutato alcuni miglioramenti apportati alla raccomandazione del 2003, dispiacendosi al contempo del passo indietro fatto a proposito delle malattie soltanto « sospette » – per esempio, il cancro della laringe provocato dall'esposizione all'amianto – l'eliminazione dalla lista delle patologie dorso-lombari provocate dal peso e il rifiuto di alcune malattie⁽⁶⁾.

5. Raccomandazione della CE del 19/09/2003 concernente la lista europea delle malattie professionali (JOCE, L 238 del 25 settembre 2003).

6. Nuova raccomandazione sulle malattie professionali : dei progressi limitati ma alcuna armonizzazione in vista, Newsletter del BTS n° 26, dicembre 2004.

Il bilancio era dunque mitigato anche perché nessun segno di armonizzazione traspariva dai testi. Bilancio a cui bisogna aggiungere il persistere di grandi differenze tra i regimi nazionali d'assicurazioni malattie professionali (cf. capitolo seguente).

*« Il principio del mercato unico è che la libera circolazione non può provocare delle conseguenze in termini di costi se mi sposto, a fortiori per delle ragioni professionali. Bisognerebbe quindi applicare questo principio ai diritti in materia di sicurezza sociale quando un lavoratore si sposta nel mercato unico »
(un funzionario europeo)*



La raccomandazione del 2003 : principali raccomandazioni indirizzate ai Paesi membri :

- ♦ Prevenzione e indennizzo delle malattie professionali dell'allegato I.
- ♦ Diritto all'indennizzo per le malattie riprese nell'allegato I di cui l'origine professionale può essere stabilita, in particolare se esse figurano nell'allegato II.
- ♦ Implicazione attiva di tutti gli attori del mondo del lavoro nello sviluppo delle misure di prevenzione effettiva delle malattie professionali.
- ♦ Elenco degli obiettivi nazionali tendenti alla riduzione del tasso delle malattie professionali riconosciute.
- ♦ Assicurare la dichiarazione di tutti i casi di malattie professionali e rendere le loro statistiche di malattie professionali progressivamente compatibili con la lista europea dell'Allegato I in modo da disporre, per ogni caso di malattia professionale, di informazioni sull'agente o sul fattore causale, sulla diagnosi medica e sul sesso del paziente.
- ♦ Instaurare un sistema di raccolta d'informazioni o di dati concernenti l'epidemiologia delle malattie descritte nell'allegato II, o di ogni altra malattia a carattere professionale.
- ♦ Promuovere la ricerca nel campo delle affezioni legate a una attività professionale, in particolare per le affezioni descritte all'allegato II e per le turbe di natura psicosociale legate al lavoro.
- ♦ Trasmettere alla commissione e rendere accessibili, attraverso una rete d'informazione presso l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute al lavoro, i dati statistici e epidemiologici relativi alle malattie professionali riconosciute a livello nazionale.
- ♦ Sollecitare attivamente i sistemi nazionali per la salute e la prevenzione delle malattie professionali, a una sensibilizzazione particolare da parte del personale medico per migliorare la conoscenza e la diagnostica di tali malattie.

Regimi d'assicurazioni malattie professionali in Europa : delle differenze che persistono

L'assicurazione contro le malattie professionali è nata in Europa negli anni 1920 con l'allargamento dei rischi coperti dall'assicurazione infortunio sul lavoro⁽⁷⁾. L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro è la più vecchia delle assicurazioni sociali poiché è entrata in vigore già nel 1884 in Germania e nel 1913 in Portogallo.

La creazione d'una assicurazione sociale contro i rischi professionali permette oramai alla vittima di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale di beneficiare di prestazioni senza dover provare – come doveva fare prima – la colpa del datore di lavoro, poiché l'infortunio sul lavoro o la malattia professionale sono presunti essere d'origine professionale quando sono riunite alcune condizioni : si parla di responsabilità oggettiva del datore di lavoro. A contropartita del suo carattere automatico, l'indennizzo accordato dall'assicurazione sociale, è forfettario e quindi meno generoso di quello offerto nel quadro del diritto civile (di responsabilità per errore). Oggi, questa assicurazione è gestita dagli organismi la cui natura varia da paese a paese :

- ♦ In Inghilterra e in Irlanda, è direttamente lo Stato che gestisce le diverse assicurazioni sociali.
- ♦ In Finlandia, sono delle compagnie d'assicurazioni private.
- ♦ Nella maggior parte dei paesi – Austria, Germania, Italia, Lussemburgo, Francia, etc. – sono degli organismi pubblici o privati ma incaricati d'una missione di servizio pubblico.
- ♦ In Portogallo, in Belgio e in Danimarca, è un organismo

pubblico che gestisce le malattie professionali, ma sono le imprese private che gestiscono gli infortuni sul lavoro.

Questi organismi assicuratori sono sempre organizzati in modo territoriale, eccetto in Germania dove attualmente 26 Berufsgenossenschaften sono strutturati per settore d'attività.



« In Europa, c'è una vera giungla di sistemi nazionali per il riconoscimento e il risarcimento delle malattie professionali. Come può il lavoratore ritrovarsi? » (un responsabile d'un servizio giuridico)

Oltre l'indennizzo delle vittime di malattie professionali, alcuni organismi assicurativi fanno della prevenzione dei rischi professionali un obiettivo della propria missione.

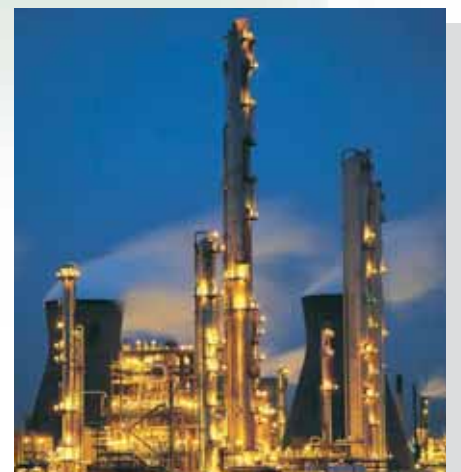
- ♦ è il caso della Germania, dell'Austria, della Francia e del Lussemburgo, dove l'organismo assicurativo dispone di personale incaricato di consigliare le imprese, di apportare loro una perizia tecnica, ossia di verificare se esse applicano la regolamentazione in materia di prevenzione.

7. Questo capitolo si fonda su diversi studi condotti da Eurogip. Vedi soprattutto : EUROGIP (2000), « Le malattie professionali in Europa . Studio comparativo su 13 paesi. Procedure e condizioni di dichiarazione, riconoscimento e indennizzo », Eurogip & European Forum, settembre 2000. Vedi anche : EUROGIP (2002), « Le malattie professionali in 15 paesi europei. Le cifre 1990-2000. L'attualità giuridica e pratica 1999-2002 », Eurogip & European Forum, dicembre 2002.

- ♦ In altri paesi come il Belgio, l'Italia e la Spagna, l'organismo assicurativo mobilita dei mezzi per la prevenzione ma in modo più limitato, poiché altri enti sono incaricati di tale missione. Questi mezzi sono generalmente utilizzati per dei prodotti d'informazione e di formazione, e per condurre delle inchieste.
- ♦ In altri paesi come l'Inghilterra, l'Irlanda e i paesi del nord Europa, la prevenzione dei rischi professionali è affidata a un ente completamente discosto dall'organismo assicurativo.

Riconoscimento

Chi dice risarcimento dice innanzitutto riconoscimento. Ora le modalità di riconoscimento non sono gli stessi in tutti i paesi europei. Quando l'assicurazione infortuni sul lavoro è stata estesa alle malattie professionali, le malattie indennizzabili erano quelle che figuravano su una lista nazionale delle malattie professionali. Più tardi, dal 1963 al 1993, la maggior parte dei paesi ha istituito un sistema complementare più largo detto « aperto » o « fuori lista ». Questo sistema permette a una persona colpita da un'affezione che non figura sulla lista di ottenere riparazione portando la prova dell'origine professionale della malattia di cui soffre. Tutti i paesi dell'UE-15 sono dotati di



una lista di malattie professionali, ad eccezione della Svezia che dispone di un sistema della prova :

la vittima deve sempre provare l'origine professionale della malattia. E tutti i paesi hanno messo in vigore un sistema complementare, eccetto la

Spagna e l'Inghilterra. La funzione della lista é quella di conferire una presunzione d'origine professionale alle patologie che vi risultano iscritte. Questa presunzione é più o meno forte secondo il paese. Così, in Francia, la lista si presenta come una tabella che contiene dei criteri molto precisi di riconoscimento per la definizione della patologia, il tempo di presa a carico e una lista limitativa dei lavori, includendo talvolta la durata di esposizione al rischio. e tutti i criteri corrispondenti alla patologia sono soddisfatti, la malattia sarà riconosciuta in modo automatico. Invece, in Finlandia, la lista é solo indicativa, la vittima dovrà apportare gli elementi di prova dell'origine professionale della malattia. Negli altri paesi europei, la vittima non deve apportare la prova, ed é invece l'organismo assicurativo che istruisce l'inchiesta sull'origine professionale e non della malattia.

Risarcimento

In ogni modo, chi dice riconoscimento non dice necessariamente risarcimento. Cio' é soprattutto vero in materia d'incapacità permanente, che é il campo d'indennizzo che é il più diversificato tra i paesi. In effetti, alcuni paesi fissano un tasso minimo d'incapacità che é spesso richiesto per dare diritto alla riparazione, cio' porta a escludere l'indennizzo delle piccole incapacità. Questo tasso minimo é di 33 % in Spagna,

20 % in Germania, 10 % in Finlandia, 6,66 % in Svezia.

Quattro paesi non fissano alcun tasso minimo: il Belgio, la Francia (ma 25 % se la malattia é riconosciuta nel sistema fuori lista), il Lussemburgo e il Portogallo. Le modalità d'indennizzo delle

malattie professionali sono diverse su altri aspetti come la natura del pregiudizio indennizzabile, e il calcolo dell'indennizzo.

Alcune statistiche

L'evoluzione a ribasso delle malattie professionali puo' spiegarsi, secondo i paesi, con le chiusure delle miniere, con l'efficacità delle misure di prevenzione, col rafforzamento del carico della prova, etc. L'evoluzione al rialzo puo' spiegarsi soprattutto con l'iscrizione di nuove malattie professionali, con una migliore conoscenza da parte delle vittime delle legislazioni nazionali, con l'alleggerimento delle procedure di riconoscimento, da una miglior conoscenza da parte delle vittime del sistema di riconoscimento delle malattie professionali, etc.

PAESI	TENDENZA
Germania	↗
Austria	↘
Belgio	↘
Danimarca	↗
Spagna	↗
Finlandia	↘
Francia	↗
Irlanda	→
Italia	↘
Lussemburgo	→
Svezia	↘
Svizzera	↘





« Nella mia impresa, eravamo cinque lavoratori altamente esposti all'amianto. I miei quattro colleghi sono deceduti. Io sono il solo superstite » (un lavoratore francese)

Il rapporto tra il numero delle domande di riconoscimento e il numero di casi riconosciuti mostra che, nella maggior parte dei paesi, la ratio è inferiore a 50 %. Ma esiste un grande contrasto tra dei paesi come la Francia e la Svizzera che accettano più del 75 % delle domande e dei paesi come la Germania, la Danimarca o l'Italia in cui meno del 25% delle domande giungono a fine (gli altri paesi – Austria, Belgio, Finlandia, Irlanda, Portogallo, Svezia – si situano tra 25% e 50%).

La ragione addotta dai paesi che accettano questa piccola percentuale di domande è che la loro procedura di dichiarazione è molto aperta : molte persone possono effettuare tale dichiarazione e/o la domanda per il riconoscimento sia possibile introdurla indipendentemente dal livello dell'incapacità.

Globalmente un gran numero di dichiarazioni non corrisponde a un gran numero di riconoscimenti, poiché ogni paese ha una lista propria delle malattie professionali e delle condizioni proprie di riconoscimento. In conclusione gli scarti importanti tra i paesi sono dovuti, da una parte, alla diversità dei sistemi di dichiarazione e, dall'altra, alla eterogeneità del contenuto delle liste.

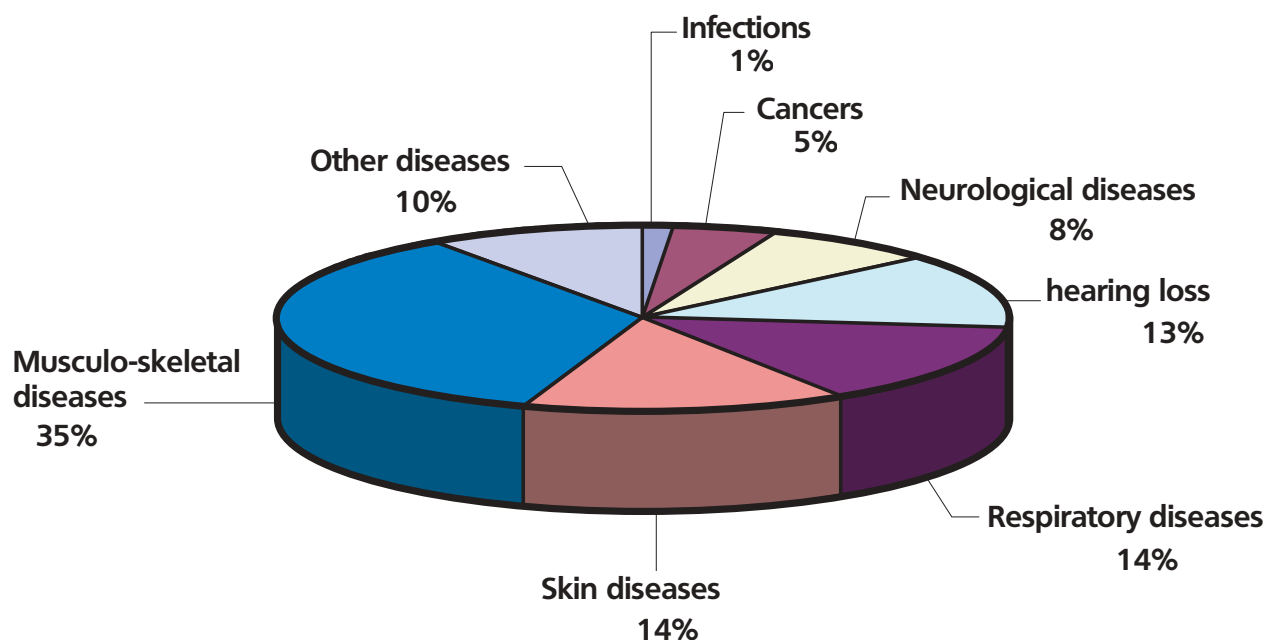
« In Bulgaria, solo il datore di lavoro può istruire una domanda di riconoscimento di malattia professionale. Ciò limita necessariamente i casi... » (un sindacalista bulgaro)

In Europa : ventilazione delle malattie riconosciute nel 2001

Le prime cause delle malattie professionali in Europa sono le turbe muscolo-scheletriche (TMS), poi vengono le affezioni cutanee, l'apparato respiratorio, le perdite auditive, le turbe neurologiche, i cancro, le infezioni e altro. Le sostanze chimiche non sono dunque le sole in causa.



Malattie le più riconosciute nel 2000, per paese



Rimettere la questione delle malattie professionali all'agenda politica e sociale

La globalizzazione dell'economia, la maggiore mobilità dei lavoratori, le delocalizzazioni delle imprese, le ristrutturazioni, l'aumento dei flussi migratori sono altrettanti fattori che rendono la questione della protezione dei diritti dei salariati nei confronti delle malattie professionali più che mai d'attualità. In effetti, per tener conto della aumentata mobilità dei lavoratori e della segmentazione dei percorsi professionali, è indispensabile offrire ad essi un quadro coerente in cui possano esercitare i loro diritti sociali. Nell'assenza di questo quadro, continueranno a erigersi molte lacune ed ostacoli.

Oggi è necessario rimettere la questione delle malattie professionali all'agenda politica e sociale⁽⁸⁾. Nelle linee che seguono, sintetizzeremo le analisi, riflessioni e proposte scaturite dai due gruppi di lavoro che si sono occupati di queste problematiche durante il seminario di Padova, come anche degli interventi di qualità dei diversi partecipanti: esperti, rap-

presentanti della Commissione europea, organismi nazionali di risarcimento, medici, sindacalisti, etc.

Politica di prevenzione

Bisogna lottare contro la monetizzazione del rischio, che ha segnato la storia sociale dei paesi europei, e accordare la priorità alle politiche di prevenzione. Queste politiche devono essere condotte sia nell'ambito sindacale che padronale, poiché la prevenzione concerne tutti. Nelle imprese, la concertazione esistente nei comitati salute-sicurezza è un plusvalore. A livello europeo, esistono oggi dei comitati d'impresa europei; sarebbe possibile creare anche dei comitati di salute, di sicurezza e d'igiene europei in cui si discuterebbe delle condizioni di lavoro e di salute in un'ottica di prevenzione?

Nel quadro della responsabilità sociale delle imprese, bisogna promuovere un atteggiamento responsabile in materia di salute e di sicurezza nei confronti dei lavoratori, in particolare nei confronti di quanti si trovano in situazione di precarietà: gli interinali e i subappaltatori. Questo atteggiamento deve essere ugualmente promosso nei confronti dei consumatori. La tematica dello sviluppo durevole deve poter essere affrontata nella contrattazione collettiva.

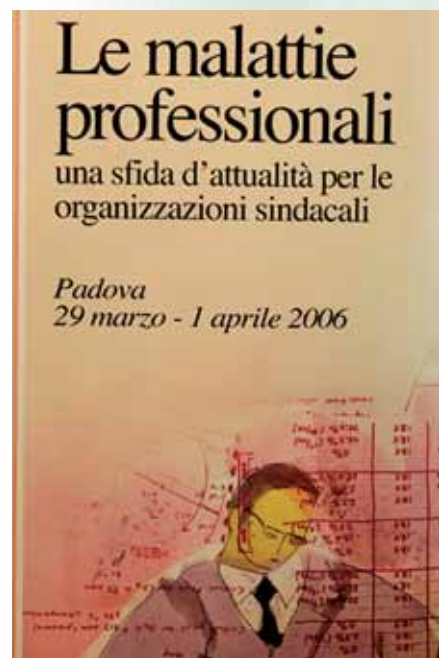
« La prevenzione deve essere finanziata dai datori di lavoro, e non dalla collettività. E' la sola maniera di responsabilizzare » (un sindacalista francese)

Attuazione della regolamentazione

L'attuazione della regolamentazione in materia di salute e di sicurezza presenta talvolta grandi lacune. Il controllo del rispetto di questa legislazione è manchevole;

dei testi legali sono magnifici, ma non sempre sono applicati, o parzialmente, o in ritardo. Eppure, si constata che un controllo effettivo degli obblighi dei datori di lavoro comporta un rafforzamento della prevenzione e una diminuzione netta degli infortuni e delle malattie professionali. Questo controllo è una delle prerogative dei partners sociali nel quadro della concertazione sociale. Nell'avvenire imminente, REACH dovrebbe permettere di disporre di nuove conoscenze per favorire l'immissione sul mercato di sostanze chimiche sostitutive, ma anche per migliorare l'informazione di stoccaggio e la manipolazione delle sostanze chimiche. Tutte informazioni che potrebbero essere utilizzate per la prevenzione e l'analisi dei rischi nel settore della chimica e, soprattutto in tutte le imprese utilizzatrici in Europa e nel mondo intero. Ma perché REACH abbia delle ricadute positive sul riconoscimento delle malattie professionali, bisognerà vegliare alla sua piena applicazione.

« La debolezza dei servizi ispettivi e la carenza in uomini e mezzi di controllo indeboliscono considerevolmente la portata reale delle migliori regolamentazioni » (una responsabile del servizio giuridico)



8. Per una idea globale di questa problematica, vedere in particolare: Vogel Laurent (2004), « Salute al lavoro. Otto campi d'azione per la politica comunitaria », Ufficio tecnico sindacale per la salute e la sicurezza, BTS, Bruxelles, 2004.

Trasferimento dei diritti

La questione della mobilità dei lavoratori attiene non soltanto al riconoscimento delle malattie professionali (differenze nelle valutazioni medico-giuridiche delle patologie e nei metodi diagnostici) ma ugualmente sulla costituzione degli incartamenti medici (procedure d'introduzione delle pratiche), sull'indennizzo dei lavoratori (tabelle) e trasferimento dei diritti. Attualmente, le differenze tra legislazioni nazionali in materia, portano a dei sistemi d'indennizzo che si allontanano gli uni dagli altri. Ordunque, a termine bisognerebbe armonizzare e coordinare di più i sistemi e i regimi. Così, per quanto concerne la diversità nella diagnosi delle patologie, bisognerebbe puntualizzare delle informazioni destinate alle amministrazioni nazionali per spiegare quali sono i documenti necessari per far riconoscere le malattie professionali negli altri paesi dell'Unione. Ciò sembra semplice ma non è stato mai fatto.

«E' importante avere dei protocolli medici riconosciuti a livello europeo. Perché non creare delle reti europee per unire quanti si occupano di queste questioni a livello nazionale ? » (un medico belga)

Informazione delle persone interessate

L'informazione degli attori interessati dalla prevenzione, il riconoscimento e il risarcimento delle malattie professionali è fondamentale, in particolare nelle istituzioni pubbliche che si devono occupare di questi oneri. La mancanza di conoscenza delle pratiche degli altri paesi basta spesso per non vedersi riconosciuto il diritto alle prestazioni. Bisogna quindi stimolare lo scambio di informazioni tra i paesi.

Troppo spesso, i medici non posseggono l'informazione adeguata per stabilire il carattere professionale della malattia. Se la storia clinica del lavoratore e se il suo passato professionale non sono noti, diventa difficile diagnosticare e curare. Oggi, i percorsi professionali sono sempre più segmentati ; i lavoratori cambiano d'impresa, cambiano di datori d'attività, cambiano di paese, e ciò comporta una grande difficoltà per il riconoscimento delle malattie professionali quando si circola nella UE.

Sarebbe anche interessante elaborare un « catasto » individualizzato dell'esposizione alle sostanze pericolose che riprenderebbe le informazioni utili per una diagnosi (dove ha lavorato il lavoratore? Con quali sostanze è stato a contatto ?) sapendo che il tempo di latenza delle malattie è talvolta lungo. Un tale catasto – o « libretto di salute europeo » - potrebbe migliorare la qualità della prevenzione e il riconoscimento delle malattie professionali e delle prestazioni conseguenti.

D'altronde, l'informazione e la comunicazione sui rischi corsi dai lavoratori sono nettamente migliori nelle grandi imprese piuttosto che nelle piccole e medie imprese (PME) e presso i subappaltatori. Ecco perché la concerta-

zione sociale è indispensabile, compreso nelle PME.

« In Germania, ogni sostanza chimica possiede una scheda tecnica con le misure da prendere in materia di precauzione, di manipolazione, di stoccaggio, di etichettatura, di equipaggiamenti specifici. Ma nell'industria manifatturiera, queste schede sono ignorate ; i lavoratori non ne sono neanche messi al corrente » (un sindacalista tedesco)

Formazione

La formazione non deve limitarsi ai datori di lavoro ; conviene associare i lavoratori e i loro rappresentanti alla formazione in materia di prevenzione nel quadro della concertazione sociale. Ma altresì bisogna rafforzare la sensibilizzazione dei medici nella relazione tra salute e condizioni di lavoro. Azioni comuni di formazione potrebbero essere previste con i medici generici. Per il risarcimento, essi hanno un ruolo strategico perché confrontati in primis con la malattia. Essi forniscono le informazioni che scaturiscono dai centri medici e hanno un ruolo essenziale nella dichiarazione della malattia professionale. A livello europeo, sarebbe utile favorire gli scambi e i trasferimenti di conoscenza e pratiche (soprat-





tutto per quanto concerne le procedure e i criteri di riconoscimento della malattia).

Perché non consacrare una parte della massa salariale per la formazione delle persone a rischio e poco formate, e utilizzare la formazione per sviluppare la qualità degli interventi dei nostri delegati e permanenti sulla salute e la sicurezza? Un aiuto considerevole potrebbe venire da una migliore conoscenza della legislazione.

« La formazione dei medici alle malattie professionali è derisoria. Nel mio paese, su un corso di 6 anni, soltanto due ore sono consacrate alle malattie professionali » (un sindacalista francese)

La ricerca

Con l'emergere dei nuovi rischi nel campo della salute, è importante stimolare la ricerca, e soprattutto d'orientarla verso le malattie causate da molti fattori come i



« Nelle PME, è spesso difficile raccogliere i documenti utili per ottenere il riconoscimento dell'esposizione al rischio » (un sindacalista italiano)

cancro. Le nuove questioni – tra cui le malattie da stress per un incremento della produttività – meritano studi seri per preparare un riconoscimento.

« C'è un enorme lavoro di ricerca da realizzare circa l'equilibrio tra la produttività e lo stress » (un sindacalista belga)

I servizi vicini ai lavoratori

Per le organizzazioni sindacali si tratta di offrire un servizio di qualità ai propri iscritti perché essi possano far valere i loro diritti nei propri paesi e ovunque in Europa. Non necessariamente i lavoratori conoscono i propri diritti, e le procedure per farseli riconoscere. Nel contesto del contenimento delle spese sociali e dei tagli di bilancio, non bisogna intaccare i servizi vicini ai lavoratori (servizi giuridici, etc.) che devono essere assicurati a livello locale. Bisogna sempre

di più informare i salariati sul diritto alla prevenzione, al risarcimento, etc. Esiste un bisogno reale, poiché le malattie professionali rappresentano un campo spe-

cifico che necessita di competenze particolari. È importante avere delle strutture a livello europeo con priorità sulla cooperazione tra i sindacati e le istituzioni europee per aiutare i cittadini che si spostano nell'UE. Oltre i servizi nazionali, bisognerebbe puntare alla creazione di servizi europei.

Scambi di buone procedure



In mancanza d'una armonizzazione europea rapida, augurabile ma difficile viste le divergenze tra i sistemi, sarebbe utile identificare le numerose buone procedure che esistono in Europa (amianto, medicina del lavoro, centro di ricerca, iniziativa pilota sulle malattie non riconosciute, registrazione dei dati d'esposizione al rischio, sensibilità dei medici, ricerca sulle malattie dovute a fattori multipli, analisi del rischio, politica di prevenzione nelle imprese, etc.). Bisogna far conoscere queste iniziative, diffondere queste buone procedure. La Commissione potrebbe approfittare della valuta-

« Una convergenza delle modalità di riconoscimento da parte degli organismi assicurativi sarebbe auspicabile in Europa » (un responsabile tedesco d'una Berufskrankheiten)

zione di fine 2006 della raccomandazione del 2003 per richiedere agli Stati cosa hanno fatto di buono al

riguardo. Per esempio si constata che il nesso tra l'ammontare della quota padronale e il rischio costituisce un incitamento a valorizzare la prevenzione.

« In una ditta di plastica in Romania, si é constatato un aumento delle malattie professionali per il piombo. Piuttosto che migliorare la protezione dei lavoratori, le installazioni deficitarie sono state delocalizzate in Moldavia. Laggiù, i lavoratori vogliono ad ogni costo conservare il loro impiego. E tanto peggio per le malattie professionali » (un sindacalista rumeno)

Nei nuovi Stati membri e i paesi candidati

I lavoratori dei paesi candidati e dei nuovi Stati membri sottolineano l'importanza di avere trasposto le direttive europee, di cui la direttiva-quadro sulla salute e la sicurezza. Pertanto, la situazione rimane preoccupante sul piano delle condizioni di lavoro. Così, in Bulgaria, soltanto il datore di lavoro può richiedere il riconoscimento d'una malattia professionale. A ciò va aggiunta la pochezza delle indennità e si constata molto spesso che né i datori di lavoro, né i lavoratori hanno interesse a dichiarare le malattie professionali. D'altronde, i servizi di controllo sono ancora molto deboli e poco equipaggiati. Altrettanto delicata è la questione dell'equilibrio attualmente alla ricerca tra le preoccupazioni di salute e di sicurezza, e le questioni inerenti all'economia e all'impiego.



Come preoccuparsi della salute e della sicurezza quando prioritariamente si é inquietati dalle ristrutturazioni ?

« Da noi, le indennità di malattia professionale sono talmente deboli che lo stesso lavoratore preferisce continuare a lavorare... Risultato : le statistiche di malattie professionali sono ottime ! » (un sindacalista bulgaro)





REACH é l'acronimo di « Registration, Evaluation & Autorisation of Chemicals ». Questo progetto di regolamento europeo é la conclusione d'una riflessione lanciata in febbraio 2001 dalla Commissione⁽⁹⁾. Il suo obiettivo é triplice : promuovere uno sviluppo durevole, raggiungere un livello alto di protezione della salute umana e dell'ambiente, rafforzare la competitività dell'industria chimica. Indirettamente REACH potrebbe contribuire a lottare contro le malattie professionali derivate dalle sostanze chimiche.

Per raggiungere questi obiettivi, REACH ha come ambizione di regolamentare l'utilizzo e la vendita delle sostanze chimiche nell'insieme dell'Unione europea. Poiché la legislazione attuale pone dei problemi : essa non permette di assicurare una protezione sufficiente della salute umana e dell'ambiente, essa non incoraggia l'innovazione e la competitività dell'industria europea. La mancanza di informazioni sulle sostanze chimiche é flagrante. Non si conoscono i rischi sulla salute della maggior parte delle sostanze messe sul mercato. Dei lavoratori sono esposti non soltanto nella chimica, ma anche a valle, in altri settori, nelle PME, nelle ditte di subappalto....

« Non si conoscono i rischi sulla salute della maggior parte delle sostanze chimiche immesse sul mercato » (un ricercatore europeo)

Registrazione

REACH dovrebbe interessare circa 30.000 sostanze chimiche. Con tale regolamentazione, l'Europa riunirà i dati di queste sostanze, le loro proprietà tossicologiche, i pregiudizi sull'ambiente, e altre informazioni che permetteranno di prendere delle misure di protezione. La registrazione delle sostanze sarà effettuata con una scheda di registrazione che sarà richiesta ai produttori e/o agli importatori della sostanza (se la sua produzione oltrepassa una tonnellata l'anno). Questa scheda riprenderà l'insieme delle informazioni, e dovrebbe favorire un utilizzo più sicuro dei prodotti.

Valutazione

Per ciò che concerne la parte « valutazione », una Agenzia europea sarà installata a Helsinki e riunirà l'insieme delle pratiche di registrazione. I Stati membri dovranno valutare ogni pratica e potranno domandare se necessario, ai fabbricanti di dare delle informazioni se la pratica non é completa.

« Sarebbe certamente auspicabile che la futura agenzia europea delle sostanze chimiche abbia competenza per fornire gli elementi d'informazione sulla salute dei lavoratori » (un funzionario europeo).

Autorizzazione

Per quanto riguarda l'autorizzazione, essa sarà richiesta solo per le sostanze pericolose (mutagene, cancerigene, sostanze tossiche per la riproduzione, biocumulative nell'ambiente). Il fabbricante e/o l'importatore dovrà domandare una autorizzazione di immissione sul mercato. Questa autorizzazione riguarderà +/- 1400 sostanze e dovrebbe incoraggiarne la sostituzione.

Risultati attesi

Tra i risultati attesi da questo sistema, si dovrebbe assistere a un miglioramento della protezione della salute dei lavoratori esposti. Certo, esiste già una legislazione europea sulla salute sul posto di lavoro⁽¹⁰⁾. Ma bisogna constatare che questa legislazione non dà buoni risultati. Le direttive non vengono applicate, per mancanza delle informazioni. Con REACH, le analisi dei rischi potranno essere più complete, in particolare per gli utilizzatori. Il produttore o l'importatore dovrà ugualmente fornire dei consigli circa una utilizzazione più sicura delle sostanze. Lo schema dei dati sulla sicurezza risulterà migliorata.

9. Commissione europea, « Libro bianco - Strategia per la futura politica nel campo delle sostanze chimiche », COM(2001)88 final, Bruxelles, il 27 febbraio 2001

10. In particolare, la direttiva sulle sostanze chimiche e quella sulle sostanze cancerigene o mutageni : direttiva 98/24/CE del Consiglio, del 7 aprile 1998, concernente la protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori contro i rischi connessi agli agenti chimici sul posto di lavoro (quattordicesima direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE) ; direttiva 2004/37/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, concernente la protezione dei lavoratori contro i rischi dell'esposizione agli agenti cancerigeni o mutageni al lavoro (sesta direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE).



Altro risultato atteso : REACH dovrebbe spingere i produttori a mettere sul mercato delle sostanze di sostituzione. Alcuni pensano che in futuro queste sostanze saranno più competitive giacché esiste una domanda dei consumatori per dei prodotti che rispettano meglio la salute e l'ambiente.

Secondo uno studio dell'università di Sheffield, grazie a REACH, 50.000 casi di malattie respiratorie potrebbero essere evitate e 40.000 casi di malattie della pelle all'anno ⁽¹¹⁾.

« Riguardo REACH, quaranta studi d'impatto sono stati condotti. 8 per misurare i costi per l'industria. Soltanto 2 per misurare i benefici sulla salute dei lavoratori » (un ricercatore europeo).

11. « The impact of REACH on occupational health, with a focus on skin and respiratory diseases », étude réalisée par Simon Pickvance, Jon Karnon, Jean Peters et Karen El-Arifi, University of Sheffield, UK, ETUC – ETUI-REHS, septembre 2005. Voir aussi : ETUI-REHS (2005), « REACH au travail : les syndicats réclament une politique européenne plus ambitieuse pour les produits chimiques », numéro spécial de la Newsletter HESA, en collaboration avec la CES, Bruxelles, 2005.

Il dialogo sociale europeo si è fortemente sviluppato durante gli ultimi quindici anni, e cio' sia a livello inter-professionale che settoriale. Il trattato di Maastricht (1992) dà ai partners sociali europei la possibilità di negoziare tra di loro degli « accordi-quadro » che sono quindi trasformati in direttive transposte negli Stati membri, o che sono applicate in questi Stati secondo le pratiche in vigore (contratti collettivi, etc.). Dal 1998, il dialogo sociale settoriale europeo si sviluppa in seno dai « Comitati di dialogo sociale settoriale » (CDSS). Ne esistono attualmente 32, a copertura di altrettanti settori di attività economica europea.

L'industria chimica europea si presenta, per consistenza, come la più importante industria europea⁽¹²⁾. Questo settore s'è ufficialmente lanciato nel dialogo sociale europeo in dicembre 2002, con una prima dichiarazione comune firmata tra i partners sociali⁽¹³⁾.

D'allora, gli sviluppi sono stati rapidi ; nel 2004 fu creato il Comitato del dialogo sociale settoriale per l'industria chimica. I tre temi principali all'agenda di questo settore sono attualmente la proposta REACH (comprese le questioni di salute e di sicurezza), l'educazione e la formazione nel corso della vita, e il programma Responsible Care (si tratta d'una iniziativa volontaria, coordinata dal Consiglio europeo delle industrie chimiche, il cui l'obiettivo è quello di migliorare le performances dell'industria nei campi della sicurezza al lavoro e dell'ambiente, proteggendo così i salariati, gli abitanti, i consumatori e l'ambiente). D'altronde, come la CEDS e alcune federazioni sindacali



europee, l'EMCEF ha creato al suo interno un comitato di contrattazione collettiva. L'allargamento dell'Unione europea e l'introduzione dell'euro hanno reso necessaria l'introduzione di mezzi comparativi delle disposizioni incluse nelle convenzioni collettive nazionali.

Gli attori

L'EMCEF è membro della CES e conta circa 120 sindacati iscritti. Esso è nato nel 1996 dalla fusione tra l'European Mineworkers Federation (EMF) e l'European Federation of Chemical, Energy and General Workers Union (EFCGWU). All'inizio, il problema principale incontrato dall'EMCEF era quello di non aver realmente un partner formale da parte dei datori di lavoro per un « dialogo » sociale. In effetti, il Consiglio europeo delle industrie chimiche (CEFIC) non aveva un mandato per discutere e negoziare con le federazioni sindacali europee. Le federazioni industriali padronali erano state create con lo scopo di difendere i propri interessi industriali di fronte alle iniziative della Commissione europea ; le questioni sociali erano fuori luogo. Per strutturare progressivamente questo dialogo sociale, una prima conferenza fu organizzata a Milano nel 2000, a cui furono invi-

tate tutte le organizzazioni padronali e sindacali degli Stati membri dell'Unione.

« Ho constatato uno scarto importante tra le grandi e le piccole imprese riguardo la politica di prevenzione, di formazione e d'informazione. Ho difficoltà a capire che un salariato d'una piccola impresa sia protetto molto meno di un salariato d'una grande impresa ». (Un sindacalista francese).

In gennaio 2002, il CEFIC decise finalmente di creare il Gruppo europeo dei datori di

lavoro della chimica (ECEG). Esso può essere considerato come il « braccio sociale » del CEFIC. Esso è incaricato delle questioni sociali e delle relazioni con le organizzazioni sindacali del settore. Esso rappresenta quasi 10 000 imprese europee. In dicembre 2002, per la prima volta, una conferenza è organizzata a Parigi dai due partners sociali oramai ufficiali della chimica, l'EMCEF e l'ECEG.

12 - Esso impiega direttamente due milioni di salariati e costituisce il secondo settore industriale nell'ambito dell'UE e il primo mercato a livello mondiale.

13 - A livello europeo, i partners sociali del settore sono : per i lavoratori, la Federazione europea dei sindacati delle miniere, della chimica e dell'energia - European Mine, Chemical and Energy Workers Federation (EMCEF) ; pour les employeurs, le Groupe européen des employeurs de la chimie - European Chemical Employers Group (ECEG). Pour plus d'information sur la dialogue social dans le secteur de la chimie, voir notamment : Le Queux, S. et Fajertag, G. (2001), « Towards Europeanization of Collective Bargaining ? : Insights from the European Chemical Industry », European Journal of Industrial Relations, Vol.7, n° 2, juillet 2001, pp.117-136. Voir aussi: Reibsch, R. (2005), « Social dialogues in the EMCEF industries », in Transfer 3/05, 2005. Voir aussi: Schulten, T. (1999), « Franco-German cooperation agreement between chemical workers'unions », 28 mai 1999, (<http://www.eurofound.eu.int/1999/05/inbrief/de905201n.html>).

I temi di interesse comune

Il 4 dicembre 2002, una dichiarazione comune é adottata in cui le due organizzazioni decidono « d'instaurare un dialogo sociale settoriale permanente in seno all'industria chimica europea affinché, da una parte, si crei un clima favorevole alla competitività e all'impiego in questo settore e, dall'altra, si sviluppi la dimensione sociale dell'Europa »⁽¹⁴⁾. Seguiranno altre conferenze, a Madrid nel 2003 e a Helsinki nel 2004. Parallelamente, i temi in agenda del dialogo si allargano : le questioni qualificanti restano importanti (in alcuni paesi europei, si comincia ad assistere a una penuria di manodopera molto qualificata), ma soprattutto appaiono ugualmente il

progetto REACH, che mette i partners sociali in allerta a livello europeo⁽¹⁵⁾, come anche le questioni connesse

alla salute e alla sicurezza, e il programma Responsible Care⁽¹⁶⁾. Dopo, in novembre 2005, i partners sociali annunciano il loro contributo al quadro d'azione sullo sviluppo delle competenze e delle qualifiche durante la loro

esistenza⁽¹⁷⁾. Questo quadro, adottato a livello interprofessionale, ha dato luogo alla creazione d'un gruppo di lavoro nel settore della chimica per analizzare la questione delle qualifiche e della formazione e di facilitare le informazioni e gli scambi di buon comportamento in tale dominio. Si decide anche di iniziare una inchiesta sulla educazione, la formazione e l'apprendimento perenne, inchiesta di cui la valutazione dei risultati si farà in seno al CDSS..

Valutazione

Si constata quindi che dall'inizio degli anni 2000, il dialogo sociale nel settore della chimica si sviluppa a un ritmo sostenuto. Pertanto, si può stimare che se le questioni industriali sono presenti,

« Esistono decine di regolamenti europei inerenti alle sostanze chimiche. In alcuni casi, non sono semplicemente né applicati né rispettati. A lungo termine, questi regolamenti si svuotano della loro importanza. Cosa si può fare ? » (un responsabile tedesco)

invece, le problematiche sociali, in particolare le questioni di salute e di sicurezza, di malattie professionali e infortuni sul lavoro, lo sono meno. Uno dei problemi specifici all'industria chimica é che se, nelle imprese del settore, le questioni di salute e sicurezza sono prese molto sul serio, si constata che le imprese subappaltatrici (spesso PME) e

quelle d'altri settori a valle della chimica (edilizia, agricoltura, etc.) appaiono meno sensibili a queste questioni. I lavoratori esposti alle sostanze pericolose non sono ben informati, le procedure di stoccaggio e/o di manipolazione dei prodotti non sono spesso rispettate, le consegne di sicurezza non sono sempre d'applicazione. Ecco perché é apparso importante nel settore della chimica di condurre delle azioni dirette a diffondere le buone abitudini di salute-sicurezza al di là del settore stesso, nelle imprese e altri settori che utilizzano le sostanze chimiche. L'EMCEF costituisce la leva sindacale europea per affrontare queste questioni comuni. Perciò bisogna far riferimento alle questioni specificamente sociali, tra cui le questioni di salute e di sicurezza. L'impegno dei partners sociali su REACH é una opportunità per negoziare questa dimensione sindacale. Ma é necessario un interesse positivo dei datori di lavoro.

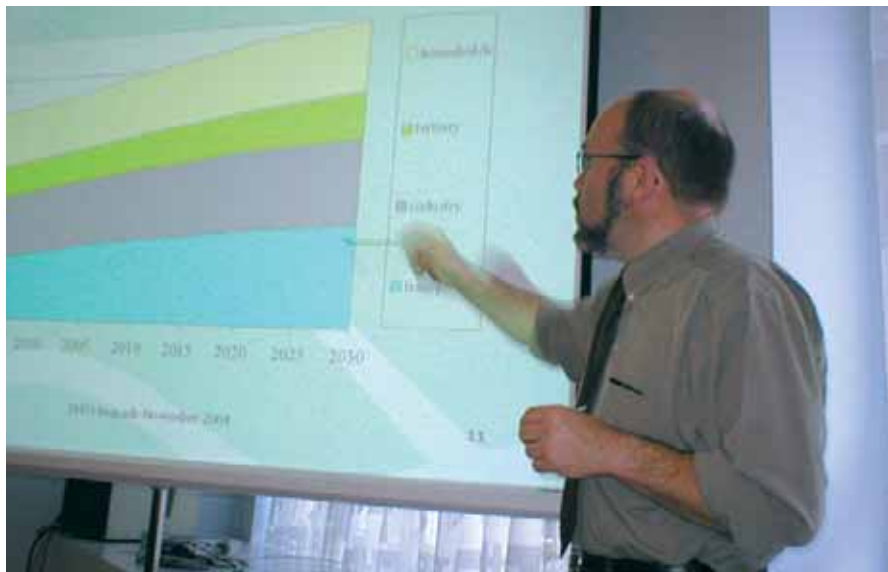


14. Dichiarazione comune ECEG/EMCEF 2002, Paris, 4 dicembre 2002.

15. Dichiarazione comune ECEG, du CEFIC et de l'EMCEF sulla nuova politica europea relativa alle sostanze chimiche (REACH), 27 novembre 2003.

16. Firma di un protocollo d'accordo sul programma Responsible Care tra CEG, EMCEF et CEFIC, il 21 maggio 2003.

17. « ECEG / EMCEF contribution to the third follow-up report of the Framework of action for the lifelong development of competences and qualifications », novembre 2005.



A seguito delle riflessioni precedenti, sembra oggi necessario di rimettere alla ribalta dell'agenda politica e sociale la questione delle malattie professionali. Perché? Innanzitutto semplicemente perché se si vuole promuovere la libera circolazione dei lavoratori sul territorio europeo, l'assenza di una vera medicina del lavoro europea appare ancor di più incomprensibile. Certo, gli ostacoli per una armonizzazione delle politiche di prevenzione, delle procedure di riconoscimento, dei regimi di risarcimento, sono numerosi. Ma, è questo è il nostro secondo punto, le evoluzioni nell'organizzazione del lavoro introducono oggi delle nuove sofferenze e malattie professionali. E' probabile che queste nuove evoluzioni, con l'allargamento dell'Unione europea, porteranno in un prossimo avvenire a interrogarsi sulle politiche attuali in materia. Sarà l'occasione di porre il problema a livello europeo.

E' quindi importante premunirsi e proporre alcuni elementi d'una strategia sindacale. Le analisi e le riflessioni condotte dai partecipanti, gli esperti, i rappresentanti ufficiali degli enti di risarcimento al seminario di Padova in primavera 2006 costituiscono al riguardo una miniera di informazioni, di constatazioni, di proposte. Se alcuni di questi elementi toccano soprattutto il settore della chimica, altri concernono l'insieme dei settori.

1. Proposte in discussione nel settore della chimica

L'applicazione dei regolamenti a monte e a valle

Le condizioni di lavoro nocive alla salute e il buon uso delle sostanze chimiche pericolose devono essere controllate non soltanto a monte, nelle imprese del settore della chimica, ma anche a valle, presso i subappalti, nelle PME, nei settori che utilizzano le sostanze prodotte dall'industria chimica

(edilizia, agricoltura, parrucchieri, etc.). Bisogna vigilare, quando cioè è possibile, alla sostituzione dei prodotti pericolosi, bisogna anche rafforzare i servizi ispettivi e migliorare i regolamenti, soprattutto la direttiva quadro del 1989 sulla salute e la sicurezza al lavoro, l'analisi e la gestione dei rischi.

La formazione

Compete ai datori di lavoro organizzare una formazione continua dei lavoratori per le questioni di salute e di sicurezza, formazione spesso insufficiente in particolare nelle PME e nei confronti dei lavoratori poco qualificati. Sarebbe interessante a questo proposito esaminare la fattibilità d'una misura tale che l'impegno a mettere a disposizione una parte della massa salariale per

organizzare delle formazioni settoriali destinate a un pubblico a rischio, poco qualificato e esposto a rischi per la salute e la sicurezza, senza dimenticare una formazione destinata ai lavoratori da poco ingaggiati nel settore. Ma è ugualmente importante promuovere la qualità degli interventi dei delegati e permanenti sindacali sulla questione delle malattie professionali. Inoltre, è necessario disporre di servizi capaci di far valere i diritti dei lavoratori e ottenere il riconoscimento delle loro malattie. La creazione di





ugualmente al trasferimento delle conoscenze e dei buoni comportamenti sindacali. Infine, bisogna sottolineare l'importanza della concertazione sociale locale, soprattutto nell'ambito dei comitati di salute e sicurezza delle imprese, sia in campo dell'informazione che della politica di prevenzione, dell'analisi e della gestione dei rischi.

reti di servizi europei di riferimento potrebbe essere un contributo utile a tale problema.

« L'educazione alla salute é sempre un elemento povero nelle priorità politiche. Semplicemente perché l'educazione alla salute prende del tempo per portare i suoi frutti. E questo tempo non é sincronizzato col tempo politico » (un funzionario europeo)

La ricerca

La ricerca sulla salute professionale dovrebbe oggi essere orientata verso le malattie multifattoriali, tra cui i tumori, e verso i gruppi di lavoratori più vulnerabili e le attività in subappalto. Lo sviluppo delle ricerche pluridisciplinari sulle nuove condizioni di lavoro permetterebbe anche di misurare l'impatto sulla salute delle nuove organizzazioni di lavoro. Infine, la ricerca deve orientarsi verso la gestione dei rischi e la sostituzione dei prodotti pericolosi.

Il ruolo del dialogo sociale settoriale

In seno a l'EMCEF, sarebbe opportuno far emergere le questioni di salute e di sicurezza, di prevenzione e di risarcimento delle malattie professionali, di formazione e di informazione e di

ricerca.

L'EMCEF deve rimanere il legame tra le organizzazioni settoriali nazionali e la Confederazione europea dei sindacati, in particolare sulla questione delle malattie professionali e della politica di prevenzione. Facilitando gli scambi, l'EMCEF contribuisce

« L'Emcef s'impegnerà di più perché il comitato di politica industriale « porti una attenzione particolare all'analisi della problematica e della regolamentazione in materia di malattie professionali, al controllo del rispetto delle norme, alla gestione della sicurezza nelle PME e alla gestione dei rischi del subappalto » conformemente alle decisioni del Congresso di Stoccolma del 2004

L'Emcef prenderà delle iniziative per valorizzare nel quadro del dialogo sociale i risultati della conferenza di Ferrara, di Praga e di Roma e di altre iniziative. Essa determinerà una posizione sindacale che servirà come punto di riferimento per il dialogo sociale. Inoltre, la mobilità dei lavoratori in Europa e l'apparizione di nuove condizioni di lavoro devono invitarci a approfondire la questione delle malattie professionali.

L'Emcef deve integrare nelle sue prese di posizione gli aspetti di salute-sicurezza per i lavoratori in subappalto. Ogni nostra riflessione deve andare ormai nella direzione di REACH e deve essere implementata sui benefici che i lavoratori possono ritrarne.

L'Emcef s'impegna a preparare seriamente e in concertazione, un dialogo sociale settoriale sugli aspetti della salute-sicurezza e delle malattie professionali. Esso formulerà delle rivendicazioni suscettibili d'ottenere da una parte, degli impegni dei datori di lavoro in questo campo e d'altra parte, il rafforzamento dei dispositivi legislativi europei di protezione dei lavoratori in collaborazione con la CES. »

Estratto della mozione deposta dalla CSC Energia Chimica per l'Assemblea generale dell'EMCEF di giugno 2006 a seguito del seminario di Padova.



2. Delle proposte da discutere a livello interprofessionale

Applicare meglio le legislazioni esistenti

La lista europea delle malattie professionali, la direttiva-quadro tendente a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori ⁽¹⁸⁾ così' anche le direttive complementari, le legislazioni e regolamenti nazionali costituiscono la spina dorsale dell'azione in materia di prevenzione e di risarcimento delle vittime di malattie professionali. La direttiva-quadro prevede l'informazione, la formazione e la consultazione dei lavoratori sui rischi professionali. Tuttavia, la moltiplicazione dei contratti precari, talvolta di durata molto corta (interim), il ricorso al subappalto, e l'assenza di rappresentanza sindacale nelle piccole e medie imprese fanno sì che spesso i datori di lavoro non applichino che in maniera molto parziale le prescrizioni.

18. Direttiva 89/391/CEE del Consiglio, del 12 giugno 1989, concernente l'operatività delle misure tendenti a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul posto di lavoro.

Per quanto concerne i servizi ispettivi, essi sono troppo spesso senza mezzi e hanno difficoltà ad assicurare sorveglianza e controllo, in particolare nelle PME. Bisogna insistere per estendere la responsabilità alle grandi imprese in materia di salute, per tutte le attività professionali esercitate sui loro siti.

Per quanto concerne la lista europea delle malattie professionali, bisogna che al minimo i regolamenti nazionali la rispettino fattivamente. La revisione della raccomandazione dovrebbe essere l'occasione di identificare, di valutare e di diffondere i buoni comportamenti nazionali in materia di prevenzione e di risarcimento. In mancanza di effetti tangibili, bisognerebbe interrogarsi sul tipo di strumento giuridico da scegliere – raccomandazione – e rivendicare un approccio europeo più coattivo.

I servizi vicini ai cittadini e i servizi sindacali europei

Dei servizi giuridici di qualità in seno alle organizzazioni sindacali aiutano per una migliore conoscenza e applicazione della legislazione esistente. I problemi derivanti dalla globalizzazione e in particolare dalla mobilità dei cittadini e dei lavoratori inerenti la garanzia dei diritti socio-previdenziali e assistenziali, vanno affrontati, secondo i sindacati, in ambito europeo anche attraverso il poten-

ziamento dei servizi alla persona e con la creazione di una sorta di "Patronato Europeo", quale soggetto privato-collettivo che mettendo in rete i servizi dei diversi Paesi, garantisca una adeguata informazione, assistenza e tutela.

La sotto-dichiarazione

Sembra opportuno sensibilizzare di più i medici che si occupano della salute e delle condizioni di lavoro, poiché hanno un ruolo essenziale a tutti i livelli: prevenzione, informazione, introduzione delle pratiche, esame delle pratiche, ricerca...

Per poter realizzare una ricostituzione sistematica del cursus professionali, alcuni sono per la costituzione d'un meccanismo di « tracciabilità » delle esposizioni durante tutta la carriera. Ma questa idea solleva la questione del rispetto della vita privata. Altri fattori intervengono nel fenomeno della sotto-dichiarazione: la mancanza di trasparenza degli organismi di indennizzo delle vittime sulle procedure e i criteri di riconoscimento, la messa in atto di programmi di incoraggiamento per la sicurezza basati su dei premi (che si accompagnano spesso d'una pressione sui lavoratori a incoraggiare a non dichiarare gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali). Questi metodi di gestione non incontrano certamente il favore delle organizzazioni sindacali. Nello stesso verso, l'istaurazione di bilanci di competenza e l'allacciamento delle remunerazioni al merito costituiscono dei freni alla dichiarazione e alle possibilità di azioni di prevenzione.

« Uno studio scientifico ha rivelato un aumento degli infarti nei pendolari bloccati per due ore al giorno negli ingorghi recandosi al lavoro. Cio' non è riconosciuto come malattia professionale. Pertanto oggi, si è sempre di più confrontati a questo genere di situazione. Bisognerebbe pensarci di più » (un responsabile italiano).





La prevenzione

Bisogna evitare i rischi, valutare quelli che si possono evitare, adattare il lavoro all'uomo, tener conto dello stato di avanzamento della tecnologia, rimpiazzare ciò che è pericoloso con ciò che non lo è, adottare delle protezioni collettive prioritariamente con delle misure individuali, associare i lavoratori e i loro rappresentanti alle politiche integrate di prevenzione. I lavoratori conoscono il loro posto di lavoro, ed è per questo che bisogna incoraggiare una gestione partecipativa e continua del rischio, e ciò nelle imprese d'ogni consistenza e di ogni settore; Si constata d'altronde che la connessione tra l'ammontare delle quote padronali e la diminuzione degli infortuni sul lavoro o delle malattie professionali costituisce un vero incitamento a fare la prevenzione. I partners sociali del settore sono convinti che il successo di REACH conforterà la fiducia dei clienti e dei consumatori nelle sostanze chimiche e i prodotti derivati, migliorando così la fiducia nell'industria chimica. Ogni nostra riflessione deve oramai andare nella direzione di come questa regolamentazione sarà messa in opera e sui benefici che potremo ricavarne.

I trasferimenti dei diritti

I lavoratori emigrati in Europa e i lavoratori in mobilità nell'ambito del mercato unico incontrano spesso delle difficoltà a far valere i loro diritti in un paese straniero. L'amministrazione tentenna, i sospetti malsani sulle perizie mediche, la poca conoscenza dei diritti stranieri, i diversi criteri di valutazione o le diverse tecniche diagnostiche, possono scoraggiare le vittime o creare degli ostacoli al beneficio del diritto al risarcimento. Bisognerebbe perciò incoraggiare un migliore coordinamento tra le legislazioni nazionali. Sarebbe, inoltre, utile organizzare una collaborazione migliore tra i responsabili e i medici degli enti preposti al risarcimento affinché insieme praticino dei buoni comportamenti.

Migliorare i sistemi nazionali di risarcimento

Aldilà delle considerazioni sociali, mediche o scientifiche, rimane la questione dei mezzi finanziari, dunque di scelte politiche ed economiche. Mentre le malattie tradizionali diminuiscono a causa della prevenzione o della scomparsa progressiva di attività pericolose, (miniére, siderurgia, industrie manifatturiere), si possono meglio considerare le malattie emergenti connesse alle nuove condizioni di lavoro. La strategia comunitaria 2007-2012 di salute e di sicurezza deve avere degli effetti tangibili e orientarsi verso nuovi rischi. Questa strategia è una nuova occasione per armonizzare i regimi sociali di protezione per giungere a delle direttive che definiscano uno zoccolo comune di diritti per i lavoratori. D'altra parte, ci possono essere delle vie di miglioramento, quali l'estensione della lista europea, il mantenimento totale del salario

durante le cure e l'allontanamento dal lavoro, la presa in carico totale delle prestazioni in natura, l'istituzione d'una garanzia di risorse adeguate al salario precedente per le vittime che hanno una diminuzione di capacità al lavoro, il rafforzamento dell'obbligo del mantenimento dell'impiego nell'impresa, etc.

L'aspettativa dei paesi candidati

I lavoratori dei nuovi Stati membri e dei paesi candidati danno molta importanza alla trasposizione dell'acquisito comunitario, e le direttive in materia di salute e di sicurezza. Pertanto essi sottolineano a qual punto la situazione resta preoccupante sul piano delle condizioni di lavoro. Ci sono vasti cantieri aperti per i sindacati, i datori di lavoro e i governi.

Ma non bisogna nascondersi che di fronte alle preoccupazioni in materia di salute e sicurezza, figurano delle preoccupazioni in materia di ristrutturazioni, di privatizzazioni, di delocalizzazioni... Queste questioni sono anche in gran parte quelle di altri paesi dell'Europa.

10 piste d'azione per il dialogo sociale

1 Migliorare le legislazioni esistenti

- ♦ Ottenere una rappresentatività sindacale nelle PME
- ♦ Estendere la responsabilità delle grandi imprese in materia di salute per tutte le attività professionali esercitate sui loro siti.
- ♦ Migliorare la raccomandazione 2003 e rispettare almeno la lista europea nei fatti.
- ♦ Identificare, valutare e diffondere buoni comportamenti in materia di prevenzione e di riparazione
- ♦ Rivendicare un intervento europeo più coattivo in materia di armonizzazione (prevenzione, riconoscimento, indennizzo).

2 Applicare i regolamenti a monte e a valle

- ♦ Migliorare l'informazione di tutti i lavoratori sul rispetto della regolamentazione.
- ♦ Migliorare la messa in atto della legislazione presso gli interinali, contratti precari, etc.
- ♦ Rafforzare i servizi ispettivi e migliorare le regolamentazioni.
- ♦ Promuovere la riduzione delle cause delle malattie professionali.
- ♦ Controllare le condizioni di lavoro e l'uso delle sostanze chimiche pericolose a monte e a valle (subappalti, PME, etc.).

3 Rafforzare il ruolo del dialogo sociale e settoriale

- ♦ Rimettere le questioni sociali all'agenda del dialogo sociale settoriale.
- ♦ Far emergere le questioni di salute e di sicurezza, di prevenzione e di riparazione delle malattie professionali, di formazione, d'informazione e di ricerca nel CDSS.
- ♦ Rafforzare il legame tra le organizzazioni settoriali e la Confederazione europea dei sindacati
- ♦ Contribuire via l'EMCEF al trasferimento di conoscenze e buoni comportamenti sindacali.
- ♦ Rafforzare la concertazione sociale locale, in seno alle imprese e ai comitati salute-sicurezza.

4 Migliorare la formazione

- ♦ Organizzare delle formazioni nelle PME e per i lavoratori poco qualificati
- ♦ Consacrare una parte della massa salariale a questa formazione.
- ♦ Promuovere la qualità degli interventi dei delegati e permanenti sindacali.

5 Garantire dei servizi vicini ai lavoratori

- ♦ Offrire un servizio di qualità agli iscritti perché essi possano far valere i loro diritti nel loro proprio paese e ovunque in Europa.
- ♦ Informare di più i salariati sui diritti alla prevenzione, al riconoscimento, alla riparazione, etc.
- ♦ Creare delle strutture europee di cooperazione tra sindacati e istituzioni europee per aiutare i cittadini che si spostano nella UE.

e le malattie professionali

6 Investire nella ricerca

- ♦ Orientare la ricerca verso le malattie multifattoriali, tra cui i tumori
- ♦ Orientare la ricerca verso i lavoratori più vulnerabili e il subappalto
- ♦ Sviluppare delle ricerche pluridisciplinari sulle nuove condizioni di lavoro
- ♦ Promuovere la sostituzione dei prodotti pericolosi via una piena applicazione di REACH.

7 Lottare contro la sotto-dichiarazione

- ♦ Sensibilizzare di più i medici sulla connessione tra la salute e le condizioni di lavoro
- ♦ Essere capaci di ricostruire i cursus professionali (periodi di esposizione)
- ♦ Migliorare la trasparenza degli organismi di risarcimento delle vittime (procedure e criteri di riconoscimento)
- ♦ Lottare contro i metodi di management che scoraggiano la dichiarazione delle malattie professionali.

8 Migliorare le politiche di prevenzione

- ♦ Evitare i rischi
- ♦ Valutare quelli che non possono essere evitati
- ♦ Adattare il lavoro all'uomo
- ♦ Considerare di più lo stato d'avanzamento della tecnologia
- ♦ Adottare delle protezioni collettive con priorità a delle misure individuali
- ♦ Associare i lavoratori e i loro rappresentanti alle politiche integrate di prevenzione
- ♦ Adattare l'ammontare delle quote padronali alla diminuzione delle malattie professionali.

9 Assicurare «l'esportabilità» dei diritti

- ♦ Migliorare la qualità dei dispositivi sociali che accompagnano la mobilità professionale
- ♦ Incoraggiare un migliore coordinamento tra le legislazioni nazionali
- ♦ Organizzare una migliore collaborazione tra i responsabili e i medici degli organismi di risarcimento
- ♦ Definire in comune buoni comportamenti che facilitino l'esercizio del diritto delle vittime
- ♦ Migliorare la conoscenza dei regolamenti e procedure d'indennizzo degli altri paesi
- ♦ Creare delle reti di servizi d'aiuto giuridico europei di riferimento per i lavoratori in mobilità.

10 Migliorare i sistemi nazionali di risarcimento

- ♦ Prendere in considerazione le malattie emergenti derivate dalle nuove condizioni di lavoro
- ♦ Prendere esempio dai buoni comportamenti già esistenti in Europa
- ♦ Far convergere i regimi sociali di protezione
- ♦ Definire degli zoccoli comuni dei diritti dei lavoratori



Il seminario di Padova

Il seminario di Padova (29 marzo – 1er aprile 2006) si é tenuto su iniziativa dell'INAS (IT), della CSC Chimica Energica (B) e della FEMCA-CISL (IT), col sostegno finanziario della Commissione europea. Esso ha riunito dei sindacalisti d'Italia, del Belgio, della Francia, della Germania, della Romania, della Bulgaria; dei rappresentanti dell'EMCEF, dei responsabili degli organismi nazionali di risarcimento; dei responsabili dell'INAS; dei ricercatori di Eurogip e dell'Ufficio tecnico sindacale della CES; dei medici; d'un rappresentante dell'Osservatorio sociale europeo

Lista dei partecipanti

Angelini, Claudio – Bortone, Antonietta – Bousquenaud, Dominique – Capaldi, Bruno – Cereti, Pietro – Cernigliaro, Antonino – Costache, Sadagurschi – Crugnola, Roberto – Costa-David, Jorge – Dabanovic, Milica – Dal Magro, Paolo – Damyanov, Anastas – De Padova, Anna Maria – De Potter, Alfons – De Toni, Oraldo – Degryse, Christophe – Del Treppo, Graziano – Dorflein, Karl-Heinz – Drabik, Olga – Furieri, Gabriella – Gatti, Emilio – Geromin, Luca – Goggiamani, Angela – Guerisoli, Giovanni – Guidotti, Luigi – Hermans, Albert – Hristova, Tsvetana – Ilossi, Dario – Jegourel, Jean-Pierre – Jordens, François – Kieffer, Christine – Lanteri, Nicolo – Laurent, François – Leone, Francesco – Lodetti, Gianluca – Marranchelli, Giuseppe – Minutello, Massimo – Münch, Klaus – Musu, Tony – Nicolos, Marcel – Octavian, Ciobanu – Octavian, Luca – Paduanelli, Mario – Panero, Giancarlo – Perugini, Natale – Picchio, Valeria – Primante, Donatino – Reibsch, Reinhard – Rodomonti, Albano – Rodomonti, Italo – Roxana, Balescu – Ruvolo, Stefano – Schneider, Bernd – Strauss, Patrick – Theiss, Wilfried – Thimpont, Joël – Uytterhoeven, Jan – Vanweddingen, Philippe – Weis, Stefano – Wüchner, Manfred – Zara, Rico.

Lista degli oratori

Stefano Ruvolo, Italo Rodomonti, François Laurent, Christine Kieffer, Dr Jorge Costa-David, Patrick Strauss, Dr Joël Thimpont, Dr Giovanni Guerisoli, Klaus Münch, Jean-Pierre Jegourel, Dominique Bousquenaud, Marcel Nicolos, Bortone Antonietta, Octavian Ciobanu, Anastas Damyanov, Tony Musu, Reinhard Reibsch, Giancarlo Panero, Gianluca Lodetti.

Comitato di pilotaggio

Italo Rodomonti, François Laurent, Mario Paduanelli, Stefano Ruvolo, Dario Ilossi, Gianluca Lodetti.

Questo opuscolo é stato realizzato dall'Osservatorio sociale europeo su richiesta della CSC-Chimica, dell'INAS e della FEMCA-CISL, col sostegno della Commissione europea (redazione : Ch. Degryse). Esso é disponibile in francese, inglese, italiano, olandese e tedesco.
LUGLIO 2006



CSC Energie Chimie - Rue de Trèves 31-33, 1040 Bruxelles

- ♦ csc-energie-chimie@acv-csc.be
- ♦ www.csc-energie-chimie.be