

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3458

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BORTOT, TOGNONI, BRUNI, di MARINO, ALDROVANDI, CAPONI, GRAMMENA, PAJETTA GIULIANO, PELLIZZARI, ROSSINOVICH, POCHETTI, SACCHI, SGARBI BOMPANI LUCIANA, SULOTTO, Busetto, FREGONESE, LAVAGNOLI, LIZZERO, SCAINI, SKERK, ALBONI, VIANELLO, AMASIO, BARCA, BARTESAGHI, BASTIANELLI, BONIFAZI, CARDIA, CERAVOLO SERGIO, CIANCA, CICERONE, CHINELLO, CORGHI, DAMICO, DI MAURO, DI PUCCIO, ESPOSTO, FLAMIGNI, GUERRINI RODOLFO, LA BELLA, LAJOLO, LAMANNA, LENTI, LOPERFIDO, MARRAS, MAULINI, MORELLI, NAHOUM, NICCOLAI CESARINO, PELLEGRINO, PIRASTU, PISTILLO, REICHLIN, SCOTONI, SCUTARI, SPECCHIO, TESCHI, TEMPIA VALENTA, TERRAROLI, VENTUROLI, VECCHI, ZANTI TONDI CARMEN, BIAMONTE

Presentata il 18 giugno 1971

Assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali da inalazione di polvere

ONOREVOLI COLLEGHI! — Con l'articolo 1, ultimo capoverso, si aboliscono le diagnosi assicurative delle pneumoconiosi, ponendo le tecnopatie nelle stesse condizioni delle altre malattie professionali.

Naturalmente, data la gravità e la irreversibilità di tali forme morbose, che come è noto hanno un aggravamento progressivo e inevitabile, non si può non tener conto della capacità invalidante e morbigena con causale che esse assumono nei confronti di stati o processi morbosi preesistenti o susseguenti.

Per questa ragione abbiamo ritenuto di dover introdurre nella copertura assicurativa il rischio connesso alla capacità lesiva con causale di questa pneumoconiosi, in particolare nelle forme morbose dell'apparato respi-

ralorio e cardiocircolatorio, ma anche in tutte quelle altre note patologiche che per il livello di gravità già autonomamente acquisito vengono ulteriormente e notevolmente influenzate anche in sede di invalidità o lesioni sopravvenute. Abbiamo ritenuto di dover includere nella copertura assicurativa le lavorazioni che espongono alla inalazione di polvere di silice libera a struttura cristallina o allo stato amorfo ma anche quelle ad inalazione di polvere di silicati (« silice... combinata con basi »).

Questo per tre ragioni fondamentali:

1) perché le polveri di silicati sono sempre associate in maggiore o minore misura con polvere di silice che ne potenzia la lesività;

2) perché è francamente impossibile distinguere quanto del danno è dovuto alla silice e quanto al silicato;

3) perché oltre tutto non si comprende la ragione per cui debba essere assicurato un solo silicato (l'amianto), anche se gli altri sono forse meno dannosi.

Abbiamo chiesto l'abolizione dell'articolo 143 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, anche per considerazioni analoghe a quelle che abbiamo fatto a proposito dell'abolizione di una diagnosi assicurativa delle pneumoconiosi.

Infatti la legge per le malattie professionali non precisa per nessuna tecnopatia le caratteristiche quantitative e qualitative della esposizione al rischio.

Questo deve essere ancor più mantenuto per le polveri assicurate con la presente legge — soprattutto per l'amianto — per le quali non è possibile stabilire con certezza la capacità lesiva in relazione ad un rapporto ponderale, sia pure minimo in tutti i casi.

Con l'articolo 2 si tende ad avviare ad una palese contraddizione con la legge delle malattie professionali. L'esclusione infatti dell'indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta non tiene conto delle manifestazioni acute conseguenti ai danni provocati dalla inalazione di polveri sia per quanto riguarda le manifestazioni bronchiali che polmonari, ivi compresa la tubercolosi. Non si spiega infatti perché, ad esempio, una tubercolosi post-traumatica in fase attiva debba essere indennizzata con la indennità di temporanea almeno fino a quando non si è definitivamente cronicizzata e debba invece, nel caso della sua associazione alla silicosi, essere valutata soltanto con un danno permanente, peraltro limitato nel tempo e non sempre giustamente.

Lo stesso dicasi per insufficienze acute dell'apparato cardiocircolatorio e per gli altri processi morbosi che subiscono influenze negative e aggravanti dalle pneumoconiosi.

Da alcune parti viene proposto l'abbassamento del minimo indennizzabile per le pneumoconiosi. Noi siamo contrari a questa soluzione per le seguenti ragioni:

1) perché riteniamo che il regime assicurativo delle pneumoconiosi debba essere analogizzato a quello delle altre malattie professionali per le quali oltre tutto l'abbassamento del minimo indennizzabile avrebbe un significato e una utilità reale;

2) perché dal punto di vista clinico e medico legale è inconcepibile che una pneumo-

coniosi diagnosticabile anche se non da una riduzione della capacità respiratoria apprezzabile con i mezzi di indagine di routine (prove di ventilazione, gasimetria, prove da sforzo, ecc.), dà comunque « una riduzione permanente dell'attitudine al lavoro quantificabile » (III Convegno nazionale sulla silicosi; mozione conclusiva, punto V — Grosseto 3-4 novembre 1968).

Del resto, non è sufficiente l'assenza di alterazioni funzionali evidenziabili con le attuali tecniche per negare il grave squilibrio biologico che comporta una silicosi diagnosticabile e che viene svelato con le alterazioni fibrosiche polmonari e linfonodali, con le alterazioni del rapporto albumine-globuline che vi si accompagna costantemente, con le alterazioni dei sistemi di difesa generali dell'organismo di cui ad esempio hanno parlato Casula e colleghi al XIV Congresso di fisiologia di cui hanno parlato Pernis (*test* di diffusione su agar dei fattori reumatoidi non agglutinanti; azione specifica della silice sui macrofagi, ecc.), Monaco (reperti patologici del cateterismo cardiaco in casi nei quali gli esami di funzionalità respiratoria ed elettrocardiografici avevano dato risposta negativa) — in atti del Simposio sulla diagnosi e sulla valutazione della silicosi tenutosi a Milano il 3-5 luglio 1967, pagina 143, ed altri.

D'altra parte l'infortunistica pubblica ha tenuto conto di danni ben meno lesivi. Vogliamo ricordarne — solo per inciso — alcuni niente affatto analoghi con il danno da silicosi ma per i quali tuttavolta, malgrado la loro modestia, il legislatore ha voluto indicare un indennizzo (frattura ben consolidata della clavicola: 5 per cento; perdita del dito medio: 12 per cento; perdita dell'anulare: 8 per cento; perdita di un rene: 25 per cento; perdita della milza: 15 per cento, ecc.). Riteniamo tuttavolta opportuno soffermarci su un aspetto della pratica infortunistica nell'ambito della medicina interna a proposito dei danni dell'apparato respiratorio.

È noto infatti a chiunque si occupi di contenzioso medico-legale con l'INAIL che gli esiti di una pleurite basale post-traumatica o di una tubercolosi post-traumatica clinicamente guarita senza compromissioni funzionali comportano il riconoscimento di un danno che oscilla dal 10 al 25 per cento e anche più.

Una fibrosi plomolare quale è quella di cui ci occupiamo è senza dubbio più invalidante di esiti stabilizzati di pleurite basale o di tubercolosi polmonare post-traumatica anche se non presenta apparenti segni di squilibrio funzionali i quali, come vogliamo tor-

nare a precisare, non escludono meccanismi di compenso di per sé usuranti e invalidanti.

Ne è valida l'obiezione sollevata al convegno di Grosseto dai rappresentanti dell'INAIL che la normalità funzionale rilevata alle prove di funzionalità respiratoria comporta necessariamente un giudizio di assenza di inabilità al lavoro in considerazione del principio che in infortunistica pubblica vengono pagati soltanto i danni funzionali (Guardascione). A questa considerazione si pone anzitutto la scarsa attendibilità, ai livelli inferiori del danno, delle metodiche correnti per l'accertamento della funzionalità respiratoria. Abbiamo già rilevato inoltre, che a modestissimi danni anatomici il legislatore ha fatto sempre corrispondere una riduzione della inabilità al lavoro sia pure modesta a compenso della ipotizzata riduzione funzionale. E infine, è assolutamente impensabile che un danno anatomico così grave come una fibrosi polmonare diffusa, accertabile radiologicamente, sia pure con una accentuazione della trama o addirittura con segni lineari puntiformi o nodulari, possa non incidere in una misura sensibile sulle funzioni dell'apparato respiratorio.

Per tutte queste considerazioni riteniamo che una pneumoconiosi diagnosticabile, che presenti cioè una fibrosi polmonare diagnosticamente accertabile, non possa comportare una valutazione inferiore al 21-25 per cento;

3) abbassare il minimo indennizzabile solo per le pneumoconiosi potrebbe quindi lasciare intendere che il legislatore ritiene che possano esservi pneumoconiosi diagnosticabili valutabili in una misura inferiore al 21 per cento.

Questo oltretutto favorirebbe soltanto lo eventuale fiscalismo dell'istituto assicuratore.

Da molti anzi è stato affermato (Pellegrini, Franchini, Introna, ecc.) che l'abbassamento del minimo indennizzabile dal 33 al 21 per cento che è avvenuto con il decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1956, numero 648, ha avuto come unico risultato il fatto che silicosi e asbesiosi che prima erano indennizzate con il 33 per cento, poi sono state indennizzate con il 21 per cento.

Le considerazioni che abbiamo fatto sopra in merito al minimo indennizzabile e alla valutazione di un danno da pneumoconiosi apparentemente compensato ci esime da una trattazione ampia dei limiti di invalidità che abbiamo tentato di individuare in riferimento al solo danno respiratorio.

Riteniamo in ogni caso che tale tentativo vada portato avanti in sede legislativa per

ovviare al grave inconveniente di vedere indennizzare in maniera profondamente difforme da provincia a provincia danni uguali come si verifica nella pratica attuale dell'istituto assicuratore.

Con l'articolo 3, con il quale si precisa il diritto di usufruire delle prestazioni in qualsiasi momento sia stata abbandonata la lavorazione morbigena da parte dei lavoratori colpiti dalla pneumoconiosi, si intende assicurare tale diritto a tutti senza limitazioni circa il momento in cui viene abbandonata la lavorazione nociva.

Tale norma deve avere più che valore innovativo, valore interpretativo delle norme precedenti.

Infatti la magistratura sulla base della normativa precedente alla presente legge ha affermato tale diritto.

Con il presente articolo si porrebbe così fine ad una controversia che ha già dovuto impegnare numerosi lavoratori.

Le ragioni profilattiche sussistono non soltanto nel caso in cui sono i lavoratori ad abbandonare la lavorazione nociva, ma anche quando gli stessi vengono allontanati su iniziativa delle aziende in quanto affetti da una delle pneumoconiosi considerate.

La proposta con l'articolo 4, dell'aggiunta di un comma all'articolo 150 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, ha lo scopo di consentire quindi anche ai lavoratori che vengono allontanati dalle lavorazioni nocive di usufruire della rendita di passaggio.

Le recenti acquisizioni in termini di terapia riabilitativa (articolo 5) sono particolarmente importanti, né vanno ignorate (un'ampia letteratura scientifica esiste in proposito: rimandiamo in particolare ai lavori della CEE e al XXXIII congresso della Società italiana di medicina del lavoro, Cagliari, 23-26 ottobre 1970).

È chiaro che le pneumoconiosi non migliorano in sé, ma anzi la loro evoluzione è fatale e inevitabile.

Tuttavia attraverso opportuni provvedimenti, che vanno dall'allontanamento dalla lavorazione polverosa a tutta una serie di terapie cliniche e riabilitative (antibatteriche, antiflogistiche, cardiocircolatorie, respiratorie, fisiche, ecc.), può essere contenuta la rapidità di sviluppo e in ogni caso può essere efficacemente ridotto il corteo sintomatologico che accompagna e aggrava il quadro anatomopatologico (bronchiti, insufficienze cardiocircolatorie, insufficienze respiratorie di tipo ostruttivo, ecc.).

Questo significa prolungare notevolmente la vita dei lavoratori colpiti dalle pneumoconiosi di cui alla presente legge e ridurre in misura ancora più notevole i disagi che alla pneumoconiosi si accompagnano.

Oltre tutto un provvedimento di questa natura può mantenere a questi invalidi per un lungo periodo di tempo efficaci cascami di validità lavorativa oltre che una meno infelice vita di relazione.

Con l'articolo 6 viene sancito l'obbligo da parte delle aziende di non licenziare i lavoratori affetti da pneumoconiosi e nel contempo di trasferirli ad attività che non li esponga al rischio specifico.

Infatti i lavoratori che si ammalano di pneumoconiosi dimostrano di avere una particolare recettività all'agente lesivo specifico, per cui mantenerli esposti alla inalazione di polvere significa certamente e di molto accorciare la loro vita.

Con gli articoli 7 e 8 si vogliono raggiungere i seguenti obiettivi:

individuare nominativamente ai fini della prevenzione della valutazione, e della riabilitazione, i lavoratori esposti al rischio di pneumoconiosi;

raccogliere in schedari e archivi tutto il materiale anamnestico e nosografico allo scopo di documentare ai fini di cui sopra lo stato di malattia del lavoratore esposto al rischio e di seguire il decorso della malattia stessa anche ai fini della riabilitazione della cura e del recupero, anche quando il lavoratore abbia abbandonato la lavorazione rischiosa;

standardizzare i criteri di diagnosi e di valutazione del danno;

disporre di una carta topografica nazionale dell'esposizione al rischio, in modo da fornire utili indicazioni alla programmazione sanitaria dell'intervento preventivo e dati per la modificazione delle lavorazioni pericolose e la generalizzazione delle tecniche produttive nelle quali il rischio è stato eliminato;

ridurre ed eliminare le controversie previdenziali che sorgono frequentemente in ordine alla esposizione al rischio e quindi alla indennizzabilità della malattia ovvero in ordine alla diagnosi della malattia stessa;

garantire, attraverso la manovra tariffaria, il pagamento di premi assicurativi proporzionati all'intensità del rischio.

Per quanto riguarda l'indennizzo delle malattie professionali che ricadono nel campo di applicazione dei regolamenti CEE nn. 3 e 4 e delle convenzioni bilaterali in vigore, si osserva che, anche quando la malattia è stata

accertata, sia per le procedure che per conflitti di competenza l'indennizzo avviene dopo anni di attesa da parte del lecnopatico.

Si verifica inoltre, specie per quanto riguarda la regolamentazione comunitaria, che i conflitti di competenza fra le varie istituzioni portano in molti casi alla negazione dell'indennizzo con scarse possibilità, a volte, di ricorrere al contenzioso.

Si pone il problema di coloro che, avuta l'anticipazione da parte dell'INAIL, si vedano riconosciuta una rendita estera inferiore alla anticipazione corrisposta con il pericolo di vedere l'INAIL procedere al recupero della differenza corrisposta che, negli anni, potrebbe divenire una cifra notevole. L'articolo di legge è quindi formulato in modo da fare risultare che l'INAIL può recuperare l'anticipo solo fino alla concorrenza di quanto corrisposto dalla cassa estera.

Più grave ancora il caso di coloro che, riconsciuti colpiti da silicosi dall'INAIL e in godimento dell'anticipo si vedono negare dopo anni tale diritto dall'istituzione estera per un motivo qualsiasi. Essi vedrebbero cadere ogni diritto con la minaccia di dover restituire all'INAIL quanto versato.

Per evitare ciò, e in analogia con quanto già riconosciuto per il Belgio con la legge n. 1115 del 1962, si potrebbe prevedere per questi casi — che non sono certo molti — il diritto a mantenere la prestazione italiana nei limiti dell'anticipazione riconosciuta.

Per quanto riguarda il secondo comma dell'articolo proposto si fa esplicito richiamo alle proposte conclusive del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, approvate dall'assemblea il 16 giugno 1970, relatore il consigliere Vanni Raffaele, proposte tra l'altro fatte proprie dalla Commissione esteri della Camera in sede di conclusioni dell'« indagine » conoscitiva sull'emigrazione.

Nel merito il CNEL, nell'affrontare il problema rilevava « che la carenza più macroscopica nel campo della tutela assicurativa dei lavoratori migranti è, allo stato attuale, quella che interessa i lavoratori che in gran numero sono occupati in Paesi non ancora legati all'Italia da una regolamentazione internazionale in materia di sicurezza sociale ».

Si è constatato, d'altro canto, che anche laddove esistono regimi convenzionali, permangono criteri discriminatori e limitativi del diritto.

Nella relazione citata viene tra l'altro affermato: « si impone un efficace ed urgente intervento sul piano legislativo interno che val-

ga, in ogni caso, a garantire a costoro un trattamento previdenziale che sia quanto più possibile adeguato a quello dei lavoratori residenti in Patria ».

Il provvedimento che si propone, implica conseguentemente, una contemporanea azione del Governo italiano, tale da superare le carenze esistenti in materia nei rapporti internazionali in materia assicurativa a favore dei lavoratori migranti, realizzando una politica unitaria ad ampio respiro e con larghezza di vedute.

Per il secondo articolo proposto si tratta di sanare, sia pure limitatamente agli infortuni o malattie professionali, la situazione di lavoratori assunti in Italia da imprese italiane o estere o occupati in paesi con i quali l'Italia non ha stipulato convenzioni in materia di assicurazioni sociali (oltre 40.000 lavoratori).

Va detto che esiste la necessità di affrontare globalmente il problema con apposito progetto di legge.

Tuttavia si ritiene che porre il problema in questa sede, può essere un mezzo per avviarne la soluzione.

Anche su tale problema il CNEL, ha fatto precise proposte, che nelle conclusioni già citate sono così riportate:

« Per i lavoratori assunti direttamente in Italia, da imprese italiane o straniere aventi sede legale in Italia, per lavori da svolgere in Paesi non convenzionati, tenendo conto che in tali situazioni è possibile l'individuazione del datore di lavoro, appare opportuno un intervento legislativo che imponga alle imprese l'obbligo di assoggettare i lavoratori di che trattasi a tutte le forme assicurative obbligatorie previste per i lavoratori residenti in Italia ».

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

L'articolo 140 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, è sostituito dal seguente:

« Nell'assicurazione obbligatoria per le malattie professionali contemplate nell'articolo 3 del presente decreto, sono comprese:

1) la silicosi associata o non ad altre forme morbose dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio, esistente o non con gravi processi morbosi o stati di invalidità di qualsiasi altro organo o apparato sempreché sia contratto nell'esercizio e a causa delle lavorazioni che espongono alla inalazione di polvere di silice libera a struttura cristallina o allo stato amorfo o combinata con basi;

2) l'asbestosi associata o non ad altre forme morbose dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio, coesistente o non con gravi processi morbosi o stati di invalidità di qualsiasi altro organo o apparato sempreché sia contratta nell'esercizio e a causa delle lavorazioni che espongono alla inalazione di polvere di amianto ».

La tabella n. 8 allegata al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, è abrogata.

Sulla base di quanto previsto dai commi precedenti del presente articolo 1 si intendono abrogati gli articoli 142 e 143 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124.

ART. 2.

L'articolo 145 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, è sostituito dal seguente:

« Le prestazioni assicurative sono dovute in tutti i casi di silicosi o di asbestosi di cui al presente decreto, da cui sia derivata una inabilità temporanea assoluta, ovvero una inabilità permanente al lavoro superiore al 20 per cento, ovvero la morte.

In ogni caso ogni fibrosi polmonare pneumoconiotica (pneumoconiosi) diagnosticabile comporta un grado percentuale di inabilità permanente non inferiore al 20 per cento.

Nel caso in cui la pneumoconiosi ha provocato la perdita di un terzo della capacità respiratoria, questo comporta un grado percentuale di inabilità permanente non inferiore al 50 per cento, salve restando le valutazioni di eventuali danni ad altri organi ed apparati.

Nel caso in cui la pneumoconiosi ha provocato la perdita della metà della capacità respiratoria, questo comporta un grado percentuale di inabilità permanente non inferiore all'80 per cento, salve restando le valutazioni di eventuali danni ad altri organi ed apparati ».

ART. 3.

Dopo l'articolo 172 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, è aggiunto il seguente:

ART. 172-bis.

« I lavoratori affetti dalle pneumoconiosi hanno diritto alle prestazioni quale sia stato il periodo di tempo intercorso dal momento in cui hanno abbandonato la lavorazione morbigena ».

ART. 4.

All'articolo 150 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, è aggiunto il seguente comma:

« La rendita di passaggio è altresì corrisposta, da parte dell'istituto assicuratore, an-

che quando l'assicurato viene allontanato, per ragioni profilattiche, dalle lavorazioni di cui all'articolo 140 ».

ART. 5.

Dopo l'articolo 172-*bis* del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, è aggiunto il seguente:

ART. 173-*bis*.

« I lavoratori riconosciuti affetti dalle pneumoconiosi devono essere sottoposti a controllo clinico e a terapia riabilitativa secondo la particolarità clinica, le esperienze e i metodi acquisiti dalla scienza e dalla tecnica, da parte dell'istituto assicuratore ogni sei mesi.

Le terapie riabilitative dovranno inoltre essere applicate nel corso e alla fine dei periodi di inabilità temporanea assoluta. Il periodo di inabilità temporanea assoluta può sostituire gli accertamenti semestrali.

Durante il corso degli accertamenti semestrali e degli eventuali periodi di terapia riabilitativa i lavoratori dovranno fruire dell'indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta.

Le spese per gli accertamenti e le terapie sono a totale carico dell'istituto assicuratore ».

ART. 6.

All'articolo 157 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, è aggiunto il seguente comma:

« I lavoratori affetti da pneumoconiosi di cui al presente decreto non possono essere licenziati, e dovranno essere adibiti a lavorazioni che non espongono a rischio specifico ».

ART. 7.

All'articolo 156 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, sono aggiunti i seguenti commi:

« I datori di lavoro sono tenuti altresì a trasmettere all'istituto assicuratore e alle rappresentanze sindacali aziendali elenco nominativo dei lavoratori esposti al rischio di cui alla presente legge, raggruppati per reparto, per lavorazione e per mansione, con obbligo di indicare i criteri e le valutazioni, compresi i risultati della misurazione della polverosità ambientale.

La mancata inclusione negli elenchi non comporta la perdita del diritto alle prestazioni.

Copia aggiornata degli elenchi trasmessi all'istituto assicuratore dovrà essere affissa all'interno dell'azienda.

Ove sorgano tra l'azienda e i lavoratori interessati contestazioni circa la mancata inclusione negli elenchi nominativi, il giudizio sulla effettiva esposizione al rischio, fino a quando non entreranno in funzione gli organismi del Servizio sanitario nazionale, viene demandato ad un collegio di cui fanno parte i rappresentanti dei lavoratori, dell'istituto assicuratore e dell'azienda. Il collegio può avvalersi di tecnici esterni all'azienda stessa e scelti di comune accordo.

Le spese per il funzionamento del collegio e per le eventuali ricerche sono a carico del datore di lavoro ».

ART. 8.

È istituito uno schedario nazionale degli esposti alle lavorazioni morbigene di cui alla presente legge e un archivio del materiale nosografico relativo ad ogni singolo lavoratore esposto al rischio o affetto da pneumoconiosi.

Lo schedario e l'archivio sono affidati ai comitati provinciali consultivi dell'INAIL di cui alla legge 3 dicembre 1962, n. 1712, e fino a quando non entreranno in funzione gli organismi del Servizio sanitario nazionale.

La scheda individuale dovrà contenere tutte le informazioni anamnestiche lavorative, psico-fisiologiche e patologiche, compresi i dati delle misurazioni ambientali relativi alla polverosità e dovrà consentire di elaborare i dati riguardanti la presenza di rischio pneumoconiotico per settore industriale, per azienda, per lavorazione e per mansione.

L'archivio nosografico dovrà raccogliere tutte le radiografie e le altre documentazioni sanitarie significative ai fini della diagnosi e della valutazione delle pneumoconiosi, da chiunque possedute.

Entro il 1° gennaio 1972, tutti gli enti che dispongono di materiale nosografico relativo a lavoratori pneumoconiotici, sono tenuti a farlo pervenire alle sedi provinciali dell'INAIL, o in caso di avvenuta istituzione del Servizio sanitario nazionale, alle Regioni.

ART. 9.

Ai lavoratori rimpatriati per i quali è stata accertata l'esistenza della silicosi o dell'asbe-

stosi, l'INAIL provvede, in base alle norme vigenti e alla presente legge, ad erogare in via provvisoria e a titolo di anticipazione, le prestazioni economiche e sanitarie, con diritto di eventuale rivalsa e a compensazione su quanto sarà liquidato dalla istituzione estera competente in base alle norme previste dai regolamenti CEE nn. 3 e 4 per la sicurezza sociale dei lavoratori migranti e successive modificazioni e in base alle convenzioni bilaterali con altri paesi.

Il diritto alle prestazioni previste dalle norme vigenti e dalla presente legge sono estese ai cittadini italiani rimpatriati affetti da pneumoconiosi contratta in Paese non convenzionato con l'Italia. Le prestazioni economiche cesseranno nel caso di riconoscimento all'avente diritto a prestazioni analoghe non inferiori nel Paese in cui è stata contratta la malattia professionale.

Nel caso in cui le prestazioni siano inferiori, sarà corrisposta al lavoratore la differenza tra la misura già percepita in base a quanto previsto dal presente articolo e quella successivamente acquisita.

ART. 10.

Viene fatto obbligo alle imprese italiane o straniere aventi sede legale in Italia, che assumono direttamente in Italia lavoratori di cittadinanza italiana per lavori da svolgere in Paesi non convenzionati, di assoggettare i lavoratori di che trattasi, all'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e malattie professionali a norma della legislazione vigente in materia.