

Quaderni

di Medicina Legale del Lavoro

Supplemento
al **Notiziario Inca**
N. 6-7/2009

Organizzazione
del lavoro e produttività:
nuovi fattori di rischio
di disagio e malattia

**IN
CA**

Supplemento
al **Notiziario Inca**
N. 6-7/2009

DIRETTORE RESPONSABILE

Lisa Bartoli

REDAZIONE

Sonia Cappelli

Via G. Paisiello 43
00198 Roma
Tel. (06) 855631
Fax (06) 85352749
E-mail:
comunicazione-informazione@inca.it

PROPRIETÀ E AMMINISTRAZIONE

Ediesse srl
Via di Porta Tiburtina, 36
00185 Roma
Tel. (06) 44870283/260
Fax (06) 44870335

ABBONAMENTO NOTIZIARIO INCA

annuo € 25,00 - estero € 50,00
una copia € 4,00
C/C post. n. 935015
intestato a Ediesse srl
Via di Porta Tiburtina, 36 - 00185
Roma,
indicando la causale
di versamento «Notiziario Inca»

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

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

CHIUSO IN TIPOGRAFIA
NEL MESE DI OTTOBRE 2009

*Questo Quaderno è stato curato da:
Cristiana Brambilla, Ferdinando Brandi,
Gianpiero Cassina, Lelia Della Torre,
Adalberto Ferioli, Mariaclara Guerreri
del Coordinamento medico legale
dell'INCA CGIL Lombardia
e da Maria Mangiaracina dell'INCA CGIL Lombardia*

<http://www.inca.lombardia.it/consulenza/indicemedico.htm>

*e per l'Ufficio Stampa INCA CGIL nazionale da:
Sonia Cappelli*

▼ Presentazione

Per un orizzonte di possibilità e di speranza 5
di Oriella Savoldi

▼ Relazioni

▶ Fattori di rischio psicosociale ed effetti sulla salute 11
di Giovanni Costa

▶ I disagi e le sofferenze psichiche 19
di Alessandro Magnanensi

▶ Trasformazioni produttive e lavoro flessibile 23
di Luciano Gallino

▶ L'impatto sanitario dell'insicurezza
e delle nuove forme dell'organizzazione del lavoro 37
di Gianfranco Domenighetti, Annamaria Fabrländer, Luca Clivio

▶ Le attuali condizioni di lavoro: l'esperienza di una RLS 43
di Luisella Gagni

▶ Ruolo del medico competente nella valutazione dello stress
e nella gestione del problema alcol nei luoghi di lavoro 51
di Ferdinando Brandi, Daniela Corioni

▼ Approfondimenti

▶ Riflessioni «stress e lavoro» 73
*a cura dei Coordinamenti medico-legali dell'INCA CGIL nazionale
e della Lombardia e della CGIL Lombardia*

▶ Un caso di morbo di Parkinson professionale:
l'ultima relazione di CTU 95

▶ Un caso di Morbo di Parkinson professionale:
il commento dei consulenti medico e legale 109
di Roberta Palotti, Adalberto Ferioli



Presentazione.

Per un orizzonte di possibilità e di speranza

di **Oriella Savoldi***

«**U**na fabbrica – il lavoro – deve essere organizzata in modo che la materia prima da essa impiegata esca in prodotti che non siano né troppo rari, né troppo costosi, né difettosi e che al tempo stesso gli uomini – le donne – che al mattino vi sono entrati non ne escano diminuiti moralmente o fisicamente dopo un giorno, un anno o venti anni». In altri termini il problema è quello di trovare un metodo di organizzazione del lavoro che sia accettabile simultaneamente dalla produzione, dal lavoro e dal consumatore.

Se questo problema, secondo Simon Weil¹, quando scrive nel 1937, occorre porlo, poiché era e resta evidente che i bisogni della produzione e i bisogni dei produttori non necessariamente coincidono, oggi, la crisi in corso, finanziaria, produttiva, occupazionale, dei consumi, lo ripropone con maggiore evidenza. Occorre dunque averlo presente per concorrere ad affrontarlo, senza smettere di contrastare orientamenti, soluzioni, che nella tensione ad arginare la crisi, ripropongono il ripristino pari pari della situazione ante crisi o sempre più spesso la peggiorano.

Intanto occorre considerare che prima della crisi la situazione non volgeva al meglio; condizioni di lavoro peggiorate, precarietà, mortificazione materiale e simbolica del lavoro. Più in generale e da parte dell'attuale governo, smantellamento di garanzie universali a salvaguardia della dignità degli esseri umani coinvolti nel lavoro, riconosciute da un sistema legislativo *lavoristico*, di welfare, conquistato negli anni in virtù di dure lotte sindacali, politiche e sociali.

* Segreteria CGIL Lombardia.

¹ Simone Weil (1909-1934), filosofa francese, commossa fin dall'adolescenza dalle ingiustizie sociali, lasciò nel 1934 l'insegnamento per sperimentare in prima persona la condizione operaia, prima come manovale presso Alsthom (società di costruzioni meccaniche) a Parigi e poi come fresatrice alla Renault da cui ha tratto e lasciato riflessioni tuttora preziose per comprendere il presente.

Questo governo è lo stesso che ha avuto una grave responsabilità nel determinare l'accordo separato del 22 gennaio, per la riforma del sistema contrattuale, che non solo mostra di non avere in mente la migliore tradizione contrattuale praticata nel nostro paese, capace di cercare mediazioni avanzate fra le ragioni dell'impresa e le ragioni dei lavoratori e delle lavoratrici, ma si schiaccia sulle prime condizionando a queste le seconde.

Nessun coraggio, nessuna lungimiranza ha orientato quella firma; nemmeno una lucida lettura di quanto stava avvenendo nel sistema produttivo italiano ha sollevato dubbi. Eppure basterebbe guardare agli accenti posti sulla produttività per comprendere che occorre porre fine a comportamenti che mettono tutto in capo a lavoratori e lavoratrici dipendenti.

Mai come ora la prevalenza delle imprese italiane e lo stesso Stato mostrano di essere bloccati in ricerca, innovazione, investimenti. Per assurdo la *grande occasione* (secondo Emma Marcegaglia, presidente di Confindustria) che, questo governo rappresenta nella sua palese tensione a favorire l'impresa, alimenta un attendismo che fa perdere intraprendenza ed iniziativa: movimenti necessari, ben sostenuti in altri paesi. La CGIL lo sottolinea da tempo: il rischio è di restare indietro, di perdere l'occasione per ripensare il nostro sistema economico e produttivo.

Chiunque abbia fatto una benché minima esperienza di organizzazione del lavoro, che l'abbia studiata o vissuta sulla propria pelle, sa onestamente che, senza innovazione e nuova tecnologia, e rinnovamento degli impianti, non può esserci aumento di produttività, ovvero aumento della quantità di merce prodotta per lavoratore, per lavoratrice. A meno che si pensi che c'erano e ci sono margini di recupero che l'impresa non ha voluto saturare. Quando mai? Al contrario, il calo di domanda da parte del mercato causa mancato pieno utilizzo degli impianti e, dunque, un calo di produttività. E allora che c'entrano lavoratori e lavoratrici?

Occorre pensare in grande, responsabilmente, e proporci le domande giuste che non servono solo a superare la crisi di salario e di reddito più che mai evidente, ma riguardano quale lavoro, per quali produzioni e per quali consumi. Domande su quale vita, personale e collettiva, quale società vogliamo concorrere a realizzare.

La compressione sociale e nel lavoro, accresciuta dalla crisi, le sofferenze diffuse troppo spesso taciute, fra chi viene sospeso o licenziato o chi nel bisogno non trova lavoro, lo impongono.

Se non bastasse, le morti per malattie professionali, largamente diffuse e in quantità ben più elevate di quelle già intollerabili degli infortuni sul lavoro, così

tanto oggetto di cancellazione e indifferenza, testimoniano l'urgenza di impegno e di interventi.

Non si tratta di immaginare un mondo ideale, che come sappiamo risulta molto facile sulla carta, su tanti nostri documenti; si tratta, invece, di stare presso le sofferenze, dentro le contraddizioni, facendo parlare il nostro migliore senso di umanità, senza cancellare le necessità della produzione, con la pretesa di far vivere le legittime aspirazioni dei lavoratori e delle lavoratrici.

Ovvero si tratta di continuare caparbiamente l'opera che facciamo giorno per giorno, nei luoghi di lavoro, nei luoghi sindacali, in questo convegno: aiutarci e provarci guardando ad un orizzonte di possibilità e di speranza per noi stessi, per noi stesse, per tutti coloro, donne e uomini, che vivono del proprio lavoro.





Quaderni
di Medicina Legale del Lavoro

Relazioni





Fattori di rischio psicosociale ed effetti sulla salute

di **Giovanni Costa***

Il fatto che «nuovi», o precedentemente «mascherati», aspetti dell'organizzazione del lavoro vengano ad assumere una sempre maggiore importanza è in gran parte conseguente ai cambiamenti avvenuti negli ultimi decenni nel mondo del lavoro, che hanno profondamente modificato l'assetto organizzativo e produttivo. Essi si riferiscono principalmente a:

- a) Il progressivo spostamento dell'occupazione dai settore primario e secondario verso il terziario: secondo ISTAT [1], nel 2006 essa era del 65,6% nei servizi, del 21,9% nell'industria e del 2,5% in agricoltura, mentre dieci anni prima era del 61,3%, 25,2% e 6,0% rispettivamente.
- b) L'avvento di nuove tecnologie (elettronica, automazione, informatica) e la progressiva riduzione dei tradizionali fattori di rischio di carattere chimico-fisico, connessa con la riduzione delle attività industriali (ad es. 32% in meno di occupazione nel settore siderurgico dal 1990 al 2001) e del miglioramento delle condizioni generali di lavoro, a fronte di un crescente aumento dei fattori di rischio di carattere «psico-sociale», condizionati dalle mutate forme di organizzazione del lavoro che determinano una sempre maggiore importanza e rilevanza del carico mentale del lavoro e delle modalità di rapporto e relazione interpersonale.
- c) La globalizzazione e la flessibilizzazione dei mercati, sia a livello internazionale che locale: ciò si traduce in modificazioni della forma e durata dei contratti di lavoro (a tempo determinato, lavoro somministrato, a chiamata, a progetto), nella delocalizzazione delle attività aziendali in diverse aree geografiche del pianeta, nell'esternalizzazione di molteplici attività complementari o di supporto, nella scissione tra gestione produttiva e finanziaria delle imprese, nella diversificazione dei modelli organizzativi. I lavoratori

* Dipartimento di Medicina del Lavoro e dell'Ambiente, Università di Milano - Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e «Clinica del Lavoro L. Devoto», Università di Milano.

parasubordinati sono in costante crescita negli ultimi anni: nel 2007 erano 1.566.978, con un aumento del 2,4% rispetto al 2006, che a sua volta aveva fatto registrare un aumento del 3,5% rispetto al 2005. Nel periodo 1996-2004 essi erano aumentati del 108% con un incremento medio annuo del 9,6% [2].

- d) La rapida espansione della cosiddetta «società delle 24 ore», che comporta una sempre maggiore interconnessione spazio-temporale su scala planetaria, con la conseguente necessità di interagire in tempo reale, a fini sia lavorativi che sociali, tra persone di aree geografiche e fusi orari differenti. Gli orari di lavoro si vanno quindi sempre più estendendo alle ore serali e notturne e ai giorni festivi, assumendo una variabilità sempre più accentuata, comprendendo il lavoro a turni, il *part-time*, il lavoro nel *week-end*, la settimana compressa, gli orari variabili di inizio e fine lavoro, il lavoro straordinario, il lavoro su chiamata, il telelavoro. La terza indagine europea sulle condizioni di lavoro (2000) evidenzia che solo il 24% dei lavoratori (27% dei dipendenti e 8% degli autonomi) lavora attualmente nel «normale» orario giornaliero (tra le 7-8 e le 17-18, dal lunedì al venerdì) [3]. Secondo la quarta indagine europea sulle condizioni di lavoro del 2005 [4], l'orario medio settimanale di lavoro varia da 34 ore in Olanda a 55 ore in Turchia (minimo 8, massimo 90 ore), e il lavoro a turni con lavoro notturno interessa il 17% dei lavoratori (dal 6,4% in Turchia al 33,5% in Croazia). Secondo i dati ILO [5], l'orario annuale di lavoro supera le 1800 ore in 27 paesi su 52 monitorati dal 1996 al 2006. Negli Stati Uniti, 1/3 della popolazione lavora più di 40 ore settimanali, e 1/5 più di 50 ore [6]. In Europa (2005), il 16,9% dei lavoratori dei 27 Stati membri lavora 48 o più ore settimanali (dall'11,1% in Lussemburgo al 32,1% in Turchia).
- e) Il progressivo invecchiamento della popolazione generale, e quindi anche di quella lavorativa: l'Italia è attualmente, assieme al Giappone, il paese più «vecchio» del mondo, con un rapporto di dipendenza (>65/20-65) del 29%, che si stima raggiungerà il 58% entro il 2025. A fronte di ciò il tasso di occupazione delle persone di età superiore a 55 anni è attualmente in Italia tra i più bassi in Europa (32% contro 50% in Portogallo, 60% in Danimarca, 70% in Svezia) [8], mentre si prevede che aumenterà significativamente nei prossimi anni, anche in relazione a fattori di compatibilità economica. La voce «invecchiamento» risulta essere al primo posto nella spesa sociale dell'Unione Europea incidendo per il 34,5% dei costi totali, in Italia è addirittura al 41,6% [9].
- f) L'aumento del tasso di occupazione femminile che, seppure ancora inferiore a quello maschile, ha visto un incremento 7 volte superiore negli ultimi 15 anni: nel 2006 il tasso di occupazione era del 46,3% a fronte dell'obiettivo dell'Unione Europea fissato al 60% entro il 2010.

- g) La crescente domanda di inserimento e reinserimento lavorativo per persone con diversi gradi di disabilità, sia su base eredo-familiare sia conseguente a traumi e/o patologie cronico-degenerative (cardiovascolari, respiratorie, muscolo-scheletriche, neuro-psichiche). Tra i disabili occupati tra i 15 ai 44 anni, il 15,5% sono donne e il 29,4% uomini, mentre tra i 45 e i 64 anni le donne occupate sono solo il 6,6% contro il 20,8% degli uomini [10]. In Italia, la spesa sociale per invalidità/disabilità è passata da 11.675 milioni di euro nel 1990 a 20.491 milioni di euro nel 2003 [11].
- h) L'estensione dei bisogni e delle aspettative professionali delle giovani generazioni, in relazione ai maggiori livelli di istruzione e di formazione professionale acquisiti.
- i) La crescente immigrazione e occupazione di persone provenienti dall'Est Europa, dall'America latina, dall'Asia e dall'Africa, che impone di valutare attentamente differenti condizioni di vulnerabilità ai fattori di rischio lavorativi sia in riferimento a fattori genetici che socio-culturali.

▼ I rischi psico-sociali

I principali fattori psico-sociali connessi con i compiti e l'organizzazione del lavoro, che possono costituire un rischio per la salute dei lavoratori, si riferiscono in particolare a: contenuto del lavoro (ad es. complessità, imprevedibilità/incertezza, possibilità di controllo, significato, competenze richieste, contatto con il dolore e la morte); carichi e ritmi di lavoro (sovra o sottocarico, pressione del tempo, ritmi elevati); grado di responsabilità e gravità delle possibili conseguenze dell'errore; orari di lavoro (orari prolungati, orari variabili, turni notturni); livello di partecipazione/decisione; possibilità e sviluppo di carriera; mobilità attiva o passiva; ruolo nell'organizzazione (ambiguità e conflitti di ruolo); formazione e addestramento (livello di adeguatezza); funzione e cultura organizzativa (comunicazione, stile di gestione, soluzione di problemi); relazioni interpersonali sul lavoro (conflitti, isolamento, carenza di supporto, discriminazione); rapporti/interferenze casa-lavoro (carichi familiari, pendolarismo, servizi sociali carenti).

Secondo il modello interpretativo dello stress lavorativo «Demand/Control/Support» di Karasek e Theorell [13], è maggiormente probabile che alti livelli di stress, con conseguenti disturbi e malattie, si manifestino in quelle attività lavorative in cui vi siano elevate sollecitazioni psicologiche associate a scarsa possibilità decisionale e inadeguato supporto sia da parte del gruppo di lavoro che del contesto so-

ziale (*high strain job*). Al contrario, le mansioni che impongono elevati carichi psicologici, ma che consentono anche un alto potere decisionale e ricevono un adeguato supporto sociale, sono maggiormente in grado di determinare un comportamento attivo, che stimola l'apprendimento, la motivazione e l'efficienza lavorativa, riducendo quindi gli effetti negativi dello stress.

In base al modello «Effort-Reward Imbalance» (ERI) di Siegrist [14], una mancanza di reciprocità tra «sforzi/costi» impegnati e «compensazione/guadagni» ricevuti determina uno stato di sofferenza emozionale con una speciale propensione all'attivazione del sistema autonomo e conseguenti reazioni da stress. Ciò è ulteriormente accentuato in condizioni di elevato impegno/investimento nel lavoro (*over-commitment*). Questo è vero specialmente se la poca compensazione è sperimentata in termini di bassa stabilità lavorativa, cambio forzato di mansione, mobilità tendente verso il basso, o mancanza di prospettive di carriera (basso controllo occupazionale).

Numerose indagini epidemiologiche condotte negli ultimi anni in diversi settori lavorativi evidenziano un maggior rischio di morbilità, generale e specifica, per coloro che presentano indici di stress più elevati [15, 16, 17, 18]. La letteratura documenta che lo stress è implicato, mediante diversi meccanismi fisio-patologici e psico-relazionali, nella patogenesi di numerosissime disfunzioni e patologie, acute e croniche, a carico dei vari sistemi e apparati, quali cardiovascolare, gastrointestinale, neuro-psichico, cutaneo, endocrino, metabolico e immunologico, nonché di degenerazione neoplastica, oltre che di conseguenze negative sulle relazioni familiari e sociali.

In base alle ultime due indagini sulle condizioni di lavoro nell'Unione Europea, effettuate dalla Fondazione Europea per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro di Dublino (2000 e 2005) lo stress lavorativo viene indicato come la condizione maggiormente associata al deterioramento della salute dal 30% dei 21.500 lavoratori intervistati.

Ciò rappresenta un costo elevato in termini di salute e di riduzione della prestazione, intesa sia come produttività che qualità del servizio. Infatti, se da un lato lo stress può provocare serie conseguenze sul benessere psicofisico, altrettanto importanti sono le conseguenze in termini di «sintomi lavorativi» quali: alti livelli di assenteismo e di turnover, scarsa adesione ed applicazione alle procedure di sicurezza, basso senso di appartenenza e spirito di gruppo, scarsa iniziativa e ridotta produttività.

L'Accordo Europeo sullo stress sul lavoro dell'8 ottobre 2004, siglato dalle maggiori organizzazioni sindacali e imprenditoriali europee (CES, UNICE, UEAPME, CEEP), al quale il d.lgs. 81/2008 fa riferimento per la valutazione dello stress cor-

relato al lavoro, ribadisce in premessa che «considerare il problema dello stress sul lavoro può voler dire una maggiore efficienza e un deciso miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro, con conseguenti benefici economici e sociali per le aziende, i lavoratori e la società nel suo insieme».

In termini monetari vi sono parecchi studi che hanno tentato di stimare i costi diretti ed indiretti connessi con situazioni di stress; a titolo esemplificativo se ne citano alcuni: in Svizzera, secondo uno studio di Ramacciotti e Perriard (2000) i costi annuali dovuti allo stress ammontano a circa 4,2 miliardi di franchi, pari all'1,2% del PIL, comprendendo le spese mediche, le assenze e la perdita di produzione; in UK circa 40 milioni di giornate lavorative vengono perse ogni anno per problemi connessi a situazioni di stress (CBI, 1999); in Svezia, il 14% delle assenze prolungate dal lavoro sono dovute a patologie stress-correlate (National Social Insurance Board, 1999); in USA, sono stati stimati costi totali pari a 22,5 miliardi di dollari nel 1998 (con un aumento del 33% in 6 anni), pari al 25-30% della spesa sanitaria aziendale (Leigh e Schnall, 2000); un recente studio europeo (*Stress Impact*, 2005) ha stimato in più di 20 miliardi di euro il costo globale dello stress nell'Unione Europea, comprendendo costi lavorativi, personali e sociali [7]. Al di là degli effetti sullo stato di salute, lo stress lavorativo può anche incidere profondamente su alcuni aspetti della motivazione individuale come la soddisfazione lavorativa, con ricadute significative sui livelli di performance, sul grado di adesione delle persone agli obiettivi dell'organizzazione, sull'assenteismo, sull'intenzione stessa dell'individuo di continuare a prestare la propria attività per l'azienda in cui è impiegato.

In termini di «valutazione del rischio», occorre sottolineare alcune peculiarità concernenti i fattori psicosociali, per i quali non è solo importante la «quantificazione» del «carico» esterno («stress»), ma è altrettanto (se non più) determinante la valutazione della risposta dell'individuo («strain») che, il più delle volte, è il fattore condizionante lo sviluppo di una condizione di squilibrio psico-fisico e quindi di innesco di conseguenze patologiche.

Occorre infatti rilevare come non esistano criteri assoluti di «quantificazione» del rischio *per sé*, ma come esso debba essere piuttosto valutato in termini «relativi», ossia rapportato alle specifiche situazioni lavorative e caratteristiche delle persone coinvolte.

Dal punto di vista collettivo (ossia come rischio per tutti i lavoratori esposti) è chiaro che una determinata attività lavorativa può comportare un rischio potenziale maggiore rispetto ad altre; ciò può essere ipotizzato (e definito) a priori sulla base dei dati di letteratura che documentano un rischio maggiore in certe attività e/o condizioni di lavoro. Tali condizioni vanno comunque verificate e valutate alla

luce delle specifiche condizioni organizzative e delle corrispondenti risposte adattative delle persone.

Dal punto di vista individuale, vi è da tener conto inoltre che, il più delle volte, prevalgono gli aspetti soggettivi e qualitativi rispetto a quelli oggettivi e quantitativi; quindi i modelli tradizionali di valutazione del rischio, in termini di dose-risposta o dose-effetto, non sono meccanicamente applicabili in tale contesto, in quanto la risposta dell'individuo e/o l'effetto sulle sue condizioni psico-fisiche possono essere principalmente condizionati e/o modulati da fattori «intercorrenti» relativi alle singole persone (es. età, modalità di *coping*, personalità, atteggiamenti comportamentali, condizioni familiari e sociali, stato di salute).

In altri termini la condizione di «rischio da stress» non può essere definita a priori sulla base di parametri di riferimento esterno (ad es. non esiste un valore soglia né criteri oggettivi in assoluto), ma va valutata in modo critico sulla base delle modalità di risposta del gruppo di lavoratori interessati, in riferimento ad una serie più o meno allargata di parametri che indagano i diversi aspetti del problema (caratteristiche e quantità del carico di lavoro, possibilità e modalità di autonomia e controllo sul lavoro, modalità organizzative, orari, bisogni e gratificazioni, relazioni gerarchiche e interindividuali, supporto ricevuto, conflitti casa/lavoro, ecc.).

In relazione a tali peculiari aspetti vi è da sottolineare che la valutazione del rischio non può essere vista solo in funzione dell'ammissibilità o meno alla sorveglianza sanitaria o in funzione del giudizio di idoneità al lavoro specifico, ma deve essere soprattutto orientata alla prevenzione e gestione del rischio.

A livello collettivo, occorre mirare all'individuazione delle più appropriate azioni di carattere preventivo e/o correttivo da mettere in atto, e nella successiva verifica della loro efficacia, mediante il riscontro epidemiologico delle condizioni di benessere e salute dei lavoratori, in base al criterio «costo/efficacia».

A livello individuale, occorre esaminare attentamente le condizioni psico-fisiche del lavoratore, l'appropriatezza o meno delle modalità di risposta e *coping*, nonché i possibili fattori «intercorrenti» (lavorativi e no) in grado di influenzare sensibilmente gli effetti negativi sulla salute, secondo il criterio «rischio/beneficio».

Le conseguenti azioni devono quindi orientarsi in diverse direzioni e, in particolare, da un lato, su interventi relativi alla (ri)configurazione del compito e delle condizioni di lavoro della persona e, dall'altro, a fornire ai lavoratori un adeguato supporto in termini di counselling circa le modalità di *coping*, nonché di eventuali appropriati interventi di tipo riabilitativo (dal punto di vista sia fisico che psichico). Affrontare in modo efficace tali problematiche richiede pertanto un approccio sistemico ed integrato tra le diverse discipline, in particolare tra quelle bio-mediche

e quelle psico-sociali (psicologia, sociologia, gestione delle risorse umane, organizzazione del lavoro).

Tutto ciò porta a riconsiderare le finalità e gli obiettivi prioritari della medicina del lavoro, e della sanità pubblica più in generale, al fine di rispondere adeguatamente ad una realtà occupazionale che cambia molto rapidamente.

Nei prossimi decenni l'impegno della medicina del lavoro dovrà essere orientato sempre più verso obiettivi di prevenzione primaria e di promozione della salute nell'ambiente di lavoro, nonché di prevenzione terziaria in termini di riabilitazione e (re)inserimento lavorativo.

La prima dovrà basarsi, da un lato, su sempre più accurate indagini epidemiologiche volte a definire l'eventuale associazione tra condizioni di lavoro e disturbi/patologie lavoro-correlate, tenendo conto della interazione tra molteplici fattori di rischio occupazionali e non, così come su di una costante attività di informazione e formazione a tutti i livelli, rivolta sia a chi svolge compiti progettuali e dirigenziali, sia a chi ha compiti prevalentemente esecutivi.

La seconda dovrà orientarsi su mirati interventi di supporto all'inserimento lavorativo di persone con diversi gradi di abilità/capacità di lavoro, al fine di trovare il giusto rapporto tra le richieste del compito e le capacità funzionali della persona.

Bibliografia

- [1] Istituto nazionale di Statistica, *Forze di lavoro - Media 2006*, Roma, 2007.
- [2] Di Nicola P., Mingo I., Bassetti Z., Sabata M., *Stabilmente precari? Rapporto 2008 sui lavoratori parasubordinati iscritti alle Gestione Separata INPS*, Roma, Facoltà di Scienze della Comunicazione, Università La Sapienza, giugno 2008.
- [3] Costa G., Åkerstedt T., Nachreiner F., Baltieri F., Carvalhais J., Folkard S., Frings Dresen M., Gadbois C., Gartner J., Grzech Sukalo H., Harma M., Kandolin I., Sartori S., Silvério J., *Flexible Work Hours, Health and Well Being: Results of the SALTSA Project*, in *Chronobiology International*, n. 21, 2004, pp. 1-13.
- [4] Parent-Thirion A., Fernández Macías E., Hurley J., Vermeylen G., *Fourth European Working Conditions Survey*, Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007.
- [5] International Labour Office, *Labour Statistics*, Geneva, ILO Pub, 2007, <http://laborsta.ilo.org>.
- [6] U.S. Bureau of Labor Statistics, *Occupational Outlook Handbook*, 2005, <http://www.bls.org>.
- [7] *Stress Impact*, 2005, <http://www.surrey.ac.uk/Psychology/stress-impact/index.htm>.

- [8] Romans F., Kotecka M., *European Union Labour Force Survey. Annual Results 2006. Eurostat DATA in focus. Population and Social Conditions 10/2007*, Brussels, European Communities, 2007.
- [9] Barea M., Cesana G. (a cura di), *Il welfare in Europa*, Firenze, Società Editrice Fiorentina, 2003.
- [10] INAIL, *Superabile.it. Il Contact Center per il mondo della disabilità*, www.superabile.it.
- [11] Taddei D., *La spesa sociale dal 1990 ad oggi*, 2006, <http://itlists.org/pipermail/pdl3486/2006-January/001619.html>.
- [12] ISTAT, *Demografia in cifre*, 2007, <http://demo.istat.it/strasa2007/index.html>.
- [13] Karasek R., Theorell T., *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, 1990.
- [14] Siegrist J., *Adverse Health Effects of High Effort-Low Reward Conditions at Work*, in *J. Occup. Health Psychol.*, n. 1, 1996, pp. 27-43.
- [15] Leigh J.P., Schnall P., *Costs of Occupational Circulatory Disease*, in *Occupational Medicine-State of the Art Reviews*, n. 15, 2000, pp. 257-267.
- [16] Murphy L., *Stress Management in Work Settings: a Critical Review of the Health Effects*, in *Am. J. Health Promotion*, 1996, n. 11, pp. 112-135.
- [17] International Labour Organization, *Preventing Stress at Work*, Geneva, ILO, Conditions of Work Digest, vol. 11/2, 1992.
- [18] Belkic K., Sacic C., *The Occupational Stress Index – An Approach Derived from Cognitive Ergonomics Applicable Top Clinical Practice*, in *Scand. J. Work Environ. Health*, n. 6 (suppl.), 2008, pp. 169-176.

I disagi e le sofferenze psichiche

di **Alessandro Magnanensi***

Una delle affermazioni più frequenti è quella che il mondo del lavoro è cambiato. Ci viene offerto un lavoro che chiede sempre di più e il più delle volte non offre in cambio abbastanza. Affermazione condivisa da molti. Ma cosa è cambiato? Sicuramente gli ambienti, la sicurezza, le macchine, gli stipendi, la possibilità di carriera ecc. Ma l'uomo continua ad ammalarsi. I disagi e le sofferenze psichiche sono in aumento a tal punto che oggi è diventato naturale affermare di essere stressato, anzi chi non lo è rischia di essere guardato con forte sospetto. L'organizzazione del lavoro e la produttività sembrano migliorate e lontane dal modello tayloristico; molte aziende creano strutture quasi avveniristiche per i lavoratori (Ferrari, Volkswagen) eppure i lavoratori hanno sempre più disagi. A parte il grande alibi di questi ultimi due anni, la crisi, non è forse che, da «gattopardesca» memoria «cambiare tutto per non cambiare nulla», non riusciamo a fare il vero salto qualitativo: mettere l'uomo al centro del sistema e non in periferia? Una definizione del National Institute For Occupational Safety And Health (NIOSH) dice che «lo stress da lavoro è l'insieme delle risposte psichiche e fisiche di allarme che occorrono quando le richieste da parte del lavoro non corrispondono alle capacità, alle risorse o alle necessità del lavoratore».

Tra i fattori eziologici che portano a disagi e sofferenze psichiche, troviamo la costrittività organizzativa e il mobbing, ma anche il lavoro in strutture mal gestite, la scarsa o inadeguata retribuzione, lo svolgimento di mansioni frustranti o inadeguate alle proprie aspettative, l'insufficiente autonomia decisionale, sovraccarichi di lavoro, l'organizzazione del lavoro disfunzionale o patologica ecc. Tutto questo insieme di azioni, riguardanti un singolo od un gruppo, introducono in modo più o meno ingiustificato degli elementi di sofferenza emotiva nello svolgimento della funzione lavorativa, legata ad un vissu-

* Medico psicoterapeuta Progetto Uomo Milano.

to soggettivo di base di inadeguatezza, di incapacità a raggiungere un obiettivo o a fronteggiare un'emergenza vissuta come potenzialmente dannosa.

Questo vissuto delle condizioni di stress lavorativo/organizzativo è dunque il senso di inadeguatezza che può essere sinteticamente rappresentato nelle seguenti espressioni:

«non sono in grado di:

- ▶ raggiungere il mio obiettivo;
- ▶ reggere questo ritmo;
- ▶ sopportare questo tipo di relazioni interpersonali;
- ▶ conciliare il lavoro con la vita personale ecc.».

Il senso di frustrazione di questa incapacità e l'impossibilità della fuga dalla condizione frustrante generano una condizione di stress con all'inizio dei sintomi d'ansia e successivamente con lo sviluppo di una condizione depressiva. Un altro elemento significativo nella genesi del danno è l'incomprensibilità/inaccettabilità di quello che accade: esiste la difficoltà a trovare strategie di adattamento per la situazione definitiva non razionale e non giusta. Secondo il DSM IV «la caratteristica fondamentale di un Disturbo di Adattamento» è una risposta psicologica ad uno o più fattori stressanti identificabili che conducono allo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali clinicamente significativi.

«I sintomi devono svilupparsi entro tre mesi dall'esordio del fattore o dei fattori stressanti».

Le manifestazioni prevalenti appartengono all'area dei disturbi d'ansia (irritabilità emotiva, stati di allerta, incapacità a rilassarsi, sonno disturbato, ansia generalizzata) o all'area dei disturbi depressivi. La risposta degli individui è estremamente variabile, poiché nella stessa situazione di disagio le reazioni sono molto diverse e tutte legate alla propria personalità e al contesto personale e familiare.

Tra i disagi psichici possiamo anche annoverare:

- ▶ sovreccitazione, irritabilità e rabbia;
- ▶ scarsa concentrazione e scarsa attenzione;
- ▶ una diminuzione del rendimento;
- ▶ una facilità al pianto;
- ▶ eccessi o carenze di alimentazione;
- ▶ un calo della memoria;
- ▶ un calo dell'autostima;
- ▶ difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno;
- ▶ cefalea;
- ▶ fobie;
- ▶ ipocondria;

- ▶ disturbo da attacchi di panico;
- ▶ sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri;
- ▶ affettività ridotta;
- ▶ sentimenti di diminuzione delle prospettive future;
- ▶ ipervigilanza;
- ▶ esasperate risposte di allarme;
- ▶ riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative.

Nasce quindi la necessità di identificare quali risorse possono essere utilizzate per gestire con efficacia le situazioni stressanti all'origine di questi disagi.

Sicuramente agire per riportare l'uomo al centro delle organizzazioni. Si è visto come il sostegno di altre persone viene ritenuto cruciale per reggere situazioni stressanti.

È necessario disporre di sostegni sociali sia nell'ambiente lavorativo che in ambito extralavorativo utilizzabili dal lavoratore. Costruire specifici programmi di azione per alleviare lo stress, centrati sull'addestramento delle persone ad assumere comportamenti di preservazione (comprensione della natura e delle conseguenze dello stress, individuazione dei fattori di rischio personali ed aziendali, insegnamento di tecniche di controllo come training o tecniche di rilassamento).

Ovviamente la cosa migliore sarebbe quella di agire sull'organizzazione del lavoro e sulla produttività di tipo patologico.



Trasformazioni produttive e lavoro flessibile

di **Luciano Gallino***

Nella mia esposizione seguirò una traccia divisa in 6 punti. Ciascuno potrà essere approfondito nella discussione.

▶ *Punto primo: da dove proviene, nel mondo globalizzato, la domanda di flessibilità del lavoro?*

Ai tempi della globalizzazione la domanda di un gran numero di lavori flessibili, dove flessibile significa essenzialmente discontinuo (ma il termine internazionale ovunque usato è appunto quello di lavoro flessibile), caratterizza il mercato del lavoro in tutti i paesi industrializzati.

Da una decina d'anni il lavoro flessibile ha assunto una notevole ampiezza in Italia, in modo non dissimile da quanto è accaduto e sta accadendo in Francia, Germania, Gran Bretagna, Olanda. Sarebbe più difficile utilizzare il medesimo concetto a proposito degli Usa perché il passaggio dal lavoro «normale» al lavoro «atipico» – essenza della flessibilità – presuppone il quadro del diritto del lavoro sviluppatosi nei paesi dell'Europa occidentale, con particolare forza durante il periodo 1950-1980. Essendo negli Stati Uniti tale quadro completamente diverso, la nozione di lavoro flessibile non ha molto senso ove si riferisca ad essi.

La richiesta da parte delle imprese di aumentare la flessibilità del lavoro ha lo scopo di applicare all'utilizzo della forza lavoro due principi di gestione che hanno avuto un buon successo nella ristrutturazione delle attività produttive a partire dagli anni '80 e con particolare intensità e rapidità negli anni '90. Ambedue i criteri derivano dalle pressioni adattative che la globalizzazione impone alle imprese.

Questi due criteri sono:

1) **Si produce solo su domanda** (il termine anglosassone, ormai usato perfino negli spot televisivi, è *business on demand*). Il termine è recente, ma il

* Professore emerito di Sociologia nell'Università di Torino.

principio è entrato nei processi produttivi da tempo. Anni addietro le aziende formulavano delle dettagliate previsioni di vendita e su queste impostavano i loro piani di produzione. Oggi formulano ancora delle previsioni di mercato, ma non c'è praticamente oggetto materiale o servizio complesso che sia prodotto se non nel momento in cui esso viene richiesto. Sono le tecnologie dell'informazione e della comunicazione che permettono di raccogliere e registrare in tempo reale le domande e le tipologie del prodotto richieste dei clienti. Dopodiché esse convergono in un flusso ininterrotto di ordinativi immesso in una rete di fornitori e subfornitori che possono essere distribuiti in tutto il mondo. Il principio base è che si produce solo se è stata registrata la domanda di un determinato tipo e quantità di bene o di servizio.

2) **Tutto deve arrivare/accadere giusto in tempo.** È un principio della organizzazione della produzione nato negli Stati Uniti molti anni fa, ma applicato con particolare efficienza ed efficacia nell'industria giapponese dell'auto – donde il termine toyotismo – a partire dagli anni '70 del Novecento. In pratica nulla, nessuna materia prima, nessun semilavorato, nessun componente deve arrivare nel punto dove deve essere lavorato se non nel preciso momento in cui potrà essere utilizzato.

Le attuali linee di montaggio nell'industria, non meno che le attività di servizio organizzate industrialmente, dalla grande distribuzione alle campagne pubblicitarie, si basano su questo principio. Il quale ha avuto notevole successo perché ha consentito di ridurre drasticamente gli stoccaggi e i depositi, oggi scesi anche dell'80% rispetto a qualche anno fa. Il tutto non sarebbe realizzabile senza lo sviluppo delle tecnologie della informazione e della comunicazione e un uso intensivo dei sistemi di trasporto. In effetti le strade sono diventate una sorta di reparto di produzione perché incessantemente trasportano le parti in modo che arrivino «giusto in tempo» in una determinata unità produttiva.

Visto il successo organizzativo, tecnologico, economico di questi due principi, si è fatta strada nelle aziende l'idea che i medesimi principi potessero essere utilizzati anche nell'utilizzo della forza lavoro. Dato che essa è una voce di costo molto importante, perché non applicare anche alla forza lavoro gli stessi principi? In altre parole: perché non puntare a ottenere che il lavoratore resti disponibile – senza lavorare – in attesa del momento in cui sia richiesta la sua attività e fare in modo che la sua prestazione venga erogata solo quando sia effettivamente utilizzabile, non prima, non dopo?

Volendo fare un caso un po' ovvio: per quale motivo retribuire 8 ore al giorno una cassiera di un supermercato quando questa lavora a ritmo sostenuto solo tra le 18 e le 20, mentre per il resto della giornata la sua prestazione è molto

meno richiesta? Oppure: perché retribuire un insegnante per un mese intero quando in quel mese svolge appena 25 ore di lezione? Il punto di arrivo di queste riflessioni manageriali, che i processi di globalizzazione hanno contribuito a diffondere in tutto il mondo, è il lavoro utilizzato, in termini di quantità e qualità, solo *giusto in tempo*.

Sarà qui opportuno riprendere una distinzione tra due tipi diversi di flessibilità: la flessibilità dell'occupazione e quella della prestazione. La prima ha a che fare con la tipologia del contratto (a tempo determinato, indeterminato, parziale, in affitto, ecc.), in base alla quale il lavoratore viene occupato in modo continuo, oppure in modo discontinuo, per periodi di tempo variabili tra pochi giorni e pochi anni. Per contro la flessibilità della prestazione prende soprattutto forma di orari inconsueti e variabili. Tra di essi rientrano: l'alternanza di periodi di orario normale con periodi di lavoro a turno; i cosiddetti orari pluriperiodali, per cui l'orario settimanale può variare molto – anche di 14-16 ore – nell'arco dei mesi o dell'anno; i turni slittanti (per cui il lavoratore effettua un turno, poniamo, dalle 12 alle 20; la settimana dopo dalle 20 alle 4 del mattino; quella ancora successiva dalle 4 alle 12); le sequenze di giorni lavorativi diversi dalla settimana standard – ad esempio 4 giorni consecutivi per 9 ore al giorno – per cui capita che ogni tot settimane uno debba lavorare nel week-end.

La distinzione tra i due tipi di flessibilità è importante sia dal punto di vista contrattuale sia da quello dei costi umani e sociali della flessibilità. Infatti può avvenire che per la stessa persona l'occupazione sia stabile, in quanto fondata su un contratto di durata indeterminata, mentre può essere elevata la flessibilità della prestazione; oppure la prestazione può essere tipologicamente costante ma accompagnarsi a una forte discontinuità della occupazione. Ciascuno dei 2 tipi di lavoro flessibile comporta particolari problemi e costi. Naturalmente i costi si sommano quando in capo alla medesima persona si uniscono flessibilità della occupazione e della prestazione.

► *Punto secondo: quali modelli organizzativi sono soggiacenti alla domanda di lavoro flessibile?*

La flessibilità del lavoro viene perseguita sia nei paesi sviluppati come la Ue, sia nei paesi in via di sviluppo, alla luce di modelli della organizzazione produttiva che per la loro universalità sono realmente definibili come globali. La loro applicazione estensiva ha condotto a tre esiti assai importanti e caratteristici.

1. Un primo risultato è stato la *frammentazione* delle aziende: molte funzioni che venivano svolte all'interno di una stessa azienda sono ora svolte da una molteplicità di aziende;

2. un secondo risultato è una accentuata *riduzione della dimensione media* delle aziende. In particolare quelle che furono grandi o medio grandi tendono a diventare medie o medio-piccole. Meta ideale: l'impresa senza dipendenti;
3. in terzo luogo si è avuta una forte *dispersione sul territorio* di attività prima concentrate in una medesima azienda: ciò può voler dire centinaia di aziende o di singoli lavoratori che sono impegnati in attività collocantisi a centinaia o migliaia di chilometri dal luogo dove l'azienda committente ha la sua sede.

Come è avvenuto lo sviluppo di questo modello dell'organizzazione della produzione che ha portato a questi tre esiti?

È avvenuto attraverso due movimenti, uno di *esternalizzazione*, l'altro di *internalizzazione* di vari tipi di attività da parte di una determinata azienda. L'attività di esternalizzazione, detta anche outsourcing, ovvero il ricorso a fonti di approvvigionamento esterne di beni e servizi (da qualche anno chiamato anche off-shoring perché sovente le imprese vanno al di là dei propri confini esportando attività produttive in altri paesi), si è manifestata con particolare ampiezza negli anni '80.

A tale epoca una media azienda manifatturiera aveva al proprio interno attività di staff quali i servizi legali; le relazioni pubbliche (che ora si chiamano «comunicazione ed immagine»); le attività proprie della direzione del personale (che ora si chiama direzione delle risorse umane). Sempre al proprio interno si occupava anche di costruzioni, di ristrutturazione e manutenzione di immobili ed impianti, possedeva un grande centro di servizi informatici, aveva una sua divisione contabilità, ecc. Nel corso degli anni '80 tutte queste attività di staff, ovvero di sostegno all'attività principale dell'azienda, sono state esternalizzate, talvolta favorendo la costituzione da parte di ex dipendenti dell'azienda di piccole imprese che fanno lo stesso lavoro, diventando però autonome ed assumendosi quindi, ciascuna per sé, il rischio di impresa che prima era sopportato in toto dall'impresa madre.

A partire dalla seconda metà degli anni '90 e con tendenza a crescere di anno in anno, questo trasferimento all'esterno dell'attività di staff ha coinvolto sempre più anche attività altamente qualificate. Ad esempio i documenti della contabilità, i dati per le fatture da emettere, o i bilanci di centinaia di consociate da consolidare in un bilancio di gruppo, da alcuni anni si trasmettono in India o in altri paesi in via di sviluppo, dove i dati vengono elaborati e sono poi ritrasmessi al committente.

A partire dagli anni '90 c'è stato un processo inverso, detto solitamente di *terzizzazione* ma che andrebbe più propriamente definito, come ho proposto sopra, di *internalizzazione*. In questo caso si tratta di imprese esterne che vengono chiamate fisicamente dentro gli stabilimenti dell'azienda per occuparsi di segmenti centrali dell'attività produttiva.

Troviamo quindi un'azienda manifatturiera dove si svolgono attività di attrezzaggio, di preparazione delle linee di produzione, di stampaggio, di lastratura etc., (tipica, per dire, della produzione di elettrodomestici), le quali vengono affidate ad aziende terze che giorno per giorno, o anche notte per notte, entrano nell'azienda committente per provvedere a questi segmenti centrali dell'attività produttiva.

Questo processo di internalizzazione può arrivare a coprire più dell'80%, in ore/persona, delle attività complessive di una azienda.

La richiesta di una sempre maggior flessibilità del lavoro nasce pertanto dal fatto che si è sviluppata nel suddetto modo una rete interna ed esterna di aziende che può essere diffusa su uno spazio immenso, difficilmente controllabile. In esso un gran numero delle aziende che compongono la rete complessiva dipendono dalle commesse, dagli ordinativi, dai giudizi, dalla valutazione dei prezzi e del rapporto costi-benefici di un'altra azienda, spesso un sub-fornitore che a sua volta dipende per la sua attività da un'altra azienda più grande di lui, dalla quale provengono le commesse. Si è così avuta una distribuzione del rischio di impresa talmente capillare per cui ciascuna della miriade di piccole e medie aziende (che sono nate o sono sostenute dalla diffusione via internalizzazione-esternalizzazione delle attività produttive di un'azienda maggiore) deve badare con grande attenzione alla possibilità di adattare in modo rapidissimo il proprio flusso produttivo in funzione di ciò che i vari livelli di sub-fornitura, o di sub-sub-commesse, decidono o pretendono.

La flessibilità *della produzione* globalizzata diventa una necessità perché nessuna azienda può sapere se il mese prossimo disporrà ancora di quella tal commessa che riguarda attività esternalizzate o internalizzate della organizzazione produttiva dell'impresa principale. Pertanto codesto rischio, che richiede una flessibilità complessiva dell'azienda, in molti casi si traduce nella richiesta di *moltiplicare i lavori flessibili*. In una rete del genere il primo imperativo diventa non assumere, bensì cercare di trasformare il lavoro in commesse ad altre aziende ciascuna delle quali, avendo il medesimo problema, trasferisce il rischio e la richiesta di flessibilità a valle o collateralmente. Si creano così catene di commesse e sub-commesse reticolari che possono comportare l'intervento di numerose aziende per ricomporre l'unità del processo produttivo. Ciascuno dei componenti della rete, ognuno dei quali è sottoposto al rischio di non vedersi rinnovare a breve termine una determinata commessa o fornitura, reca un interesse oggettivo a occupare la maggior quota possibile di lavoratori discontinui, intermittenti, a tempo determinato, di lavori cioè che si possono utilizzare il più possibile con il criterio del «giusto in tempo», e solo su domanda dell'impresa.

È dunque questa struttura reticolare, di rischi distribuiti, dove ciascuna impresa, piccola o media che sia, è sottoposta a pressioni incessanti (sui prezzi, sulla qualità,

sulla riduzione dei costi) da parte di una cascata di altre aziende, ciò che porta le imprese piccole, medie e grandi a richiedere una maggior quantità di lavori flessibili sia in termini di occupazione che in termini di prestazione.

► *Punto terzo: il ruolo del diritto del lavoro*

Negli ultimi anni, in modo del tutto analogo a ciò che è avvenuto in Francia, la legislazione italiana sul lavoro, che un tempo li contrastava, ha sostenuto e accelerato i processi di flessibilizzazione. Un passo importante in tale direzione è stato compiuto con la legge e i decreti del cosiddetto «pacchetto Treu» (dal nome dell'allora ministro del Lavoro) del 1997, i cui effetti si sono cominciati a vedere nei contratti stipulati tra il 1999 e il 2000.

In tali contratti sono state introdotte novità quali l'orario pluriperiodale già menzionato, che si trova ad esempio in una bozza di accordo dell'aprile 2000 del contratto collettivo dei tessili. L'orario pluriperiodale in questo caso prevedeva una media di 40 ore settimanali definite a livello aziendale durante gli 11 mesi lavorativi, nei quali l'orario effettivo poteva variare tra le 32 e le 48 ore per meglio rispondere alla variabilità del mercato. A questo si aggiungevano 96 ore di disponibilità ordinaria (ore supplementari che potevano essere richieste al lavoratore). Erano altresì introdotti la banca delle ore, i contratti a termine, il part time, il lavoro ripartito (che non nasce quindi con il d.lgs. 276/03; è stato introdotto dalla legge Treu e si ritrova da anni in numerosi contratti: pulizie, tessili, telecomunicazioni ecc). Molte figure atipiche sono state dunque inserite nelle aziende in forza del pacchetto Treu a partire dal 1999/2000 in poi. Alcune non sono di poco conto. Ad es. l'orario multiperiodale con una oscillazione compresa tra le 32-48 ore è una flessibilità della prestazione che pesa molto sul lavoratore; inoltre bisogna tener presente l'onere del periodo di preavviso (quando uno passa da 32 ore la settimana a 40 o a 44 il preavviso può essere di alcune settimane, ma in molti casi può essere di alcuni giorni, da cui evidenti ricadute sui tempi della vita personale e familiare).

V'era però un vantaggio nei contratti sortiti dal pacchetto Treu: la flessibilità che veniva introdotta era pur sempre inserita nei contratti nazionali di categoria. I lavori flessibili venivano considerati come eccezione rispetto all'orario a tempo pieno e all'impiego di durata indeterminata che costituivano la norma per la categoria. Inoltre erano soggetti ai cosiddetti limiti di contenimento. In altre parole un'azienda poteva usare il part time o il lavoro ripartito ecc entro una certa quota limite che poteva andare dal 5 al 10% o poco più del totale dei dipendenti, a seconda della localizzazione dell'azienda (con il Mezzogiorno si era un po' più elastici), del periodo dell'anno, di esigenze produttive. Vi era dunque un limite

quantitativo, previsto dai contratti, alla possibilità di impiegare lavori flessibili. Solo alcuni anni dopo il pacchetto Treu è stata introdotta la legge del 2001 sui contratti di durata indeterminata.

Un salto netto si è avuto con la legge 30/2003 e il decreto attuativo n. 276 dell'ottobre 2003. La legge 30 incorpora, adattandoli alle esigenze italiane, la maggior parte dei criteri del *workfare* introdotti dal *new labour*, dal neolaburismo di Blair in Gran Bretagna. Il *workfare* si fonda sulla convinzione che i disoccupati esistono non perché non c'è lavoro, ma bensì perché essi non accettano il lavoro che c'è, dove c'è. Occorre quindi incentivarli in tal senso, e penalizzarli se rifiutano il lavoro che c'è, ovunque si trovi, anche se esso è meno qualificato del precedente, meno retribuito, e molto più lontano dall'abitazione.

Con il decreto attuativo 276, anche se qualche limite all'impiego di lavori flessibili viene menzionato, in pratica esso viene a saltare. Ad es. è ammesso che la somministrazione di lavoro – in altre parole il lavoro in affitto - sia a tempo determinato che indeterminato arrivi a costituire una quota rilevantissima del personale utilizzato da una determinata azienda. Essa potrà avere, poniamo, su 100 addetti un 20% di dipendenti propri e un 80% di lavoratori forniti dalle cosiddette «agenzie di somministrazione». Formalmente appare possibile anche la costituzione di aziende che constano di un imprenditore il quale utilizza esclusivamente lavoro affittatogli da agenzie di somministrazione sia a tempo indeterminato che determinato.

Vi sono tre aspetti del decreto attuativo che sono di particolare rilevanza sociale e giuridica, in quanto ampliano notevolmente l'utilizzo dei lavori flessibili aperto dal pacchetto Treu.

In primo luogo viene abolita la legge che vietava l'intermediazione nei rapporti di lavoro. In tal modo nasce, con una possibilità di diffusione molto grande, la figura del lavoratore che dipende da un'azienda – l'agenzia di somministrazione inquadrata nel terziario – ma lavora stabilmente presso un'altra, che può appartenere a un qualsivoglia settore. In quest'ultima, stabilisce il decreto, egli può svolgere liberamente attività sindacale: ma ci si può chiedere come in concreto ciò sia possibile facendo egli capo a una azienda la cui attività consiste unicamente nell'affittare manodopera, che di quel particolare settore in cui è inquadrata l'azienda utilizzatrice non è detto sappia molto e comunque ha problemi e livelli di confronto con i lavoratori molto diversi da quelli del soggetto utilizzatore.

Un secondo aspetto di questa legge è che essa per molti versi si limita a codificare l'esistente: molte figure da essa formalmente istituite preesistevano di fatto nell'ambito del lavoro nero o sommerso. Questa è una grande deviazione rispetto allo sviluppo del diritto del lavoro degli anni che vanno tra il '45 e l'80. In quel periodo

il diritto del lavoro non rifletteva, bensì cercava di modificare le situazioni esistenti nel mondo del lavoro per introdurre maggiori tutele a favore della parte più debole; tendeva a dare forma e contenuti migliorativi alle condizioni di lavoro ed al rapporto tra lavoratore e impresa, piuttosto che dare un sostegno giuridico allo stato di fatto.

Vi è anche un punto minore, non insignificante: per trent'anni si è discusso del fatto che tra lavoro strettamente dipendente e lavoro interamente autonomo si andavano configurando una molteplicità di lavori (di cui il parasubordinato è una fattispecie) per i quali si auspicava una nuova forma di normativa che tenesse conto che tra il lavoro chiaramente e totalmente dipendente e quello chiaramente e totalmente autonomo vi erano delle numerose figure intermedie. Adesso il decreto in oggetto, intervenendo per es. sui contratti di collaborazione coordinata e continuativa, che debbono essere trasformati o in collaborazioni a progetto, oppure in un tradizionale contratto di lavoro dipendente, separa di nuovo in modo categorico le due figure.

► *Punto quarto: conseguenze sui rapporti di lavoro e sulle capacità di rappresentanza dei sindacati*

I fenomeni delineati finora introducono serie complicazioni nei rapporti di lavoro e nella possibilità dei sindacati di rappresentare gli interessi dei lavoratori. Esse presentano varie analogie con quelle che sempre più di frequente vengono denunciate da dirigenti sindacali e da funzionari ILO di molti paesi – un segno assai indicativo della globalizzazione delle condizioni di lavoro. Prima conseguenza. Se un lavoratore lascia un'impresa facente parte di un determinato settore produttivo per fare lo stesso lavoro in un'altra azienda perché tutto quel settore è stato esternalizzato, quasi certamente deve anche cambiare di categoria contrattuale. È cioè obbligato a passare da un contratto nazionale di categoria ad un altro. Ad esempio, un informatico che svolga il suo lavoro dentro un'azienda chimica appartiene, da un punto di vista contrattuale, alla categoria dei chimici; tuttavia quando egli venga incentivato od obbligato a costituire una piccola azienda che svolga lo stesso lavoro all'esterno, questa nuova azienda del tutto autonoma entrerà nella categoria delle telecomunicazioni o dell'informatica.

Si tratta di movimenti annui che coinvolgono centinaia di migliaia di lavoratori i quali cambiano categoria produttiva pur continuando a svolgere un lavoro del tutto analogo a quello precedente.

Una seconda conseguenza è quella che nel medesimo stabilimento o unità produttiva vengono a trovarsi fianco a fianco una pluralità di contratti normali e di contratti atipici, ovvero persone con contratti a tempo indeterminato ed ad orario

pieno, mentre accanto a loro operano 5, 8, 10 figure differenti, ciascuna delle quali ha un tipo di contratto diverso: di collaborazione, di consulenza, quello che prima si chiamava interinale ed ora di somministrazione, a tempo parziale, intermittente ecc. Si ricordi che l'ISTAT ha stimato in almeno 48 i lavori atipici oggi esistenti in Italia dopo l'entrata in vigore della legge 30/2003 e del suo decreto attuativo n. 276.

Un'altra conseguenza di speciale rilievo è la possibilità che un lavoratore dipenda da un soggetto, inteso come azienda, e lavori per un altro. È quello che avviene, in base al decreto attuativo della legge 30, con la somministrazione di lavoro. Le agenzie di somministrazione sono inquadrare nel terziario ma possono somministrare lavoro a una gamma vastissima, praticamente senza limiti, di soggetti differenti ovvero di aziende con tipologia produttiva differente, sia pure con delle differenze tra la somministrazione a tempo determinato e la somministrazione a tempo indeterminato.

Da tutto ciò cresce per i lavoratori la difficoltà di vedere adeguatamente rappresentati i loro interessi materiali e ideali. Si sa che nella UE è diventato un motivo ricorrente il puntare il dito sull'incapacità dei sindacati di rappresentare in modo adeguato i nuovi soggetti, come vengono chiamati. Prendiamo una contemporanea azienda «normale»: coloro che lavorano per essa facevano in passato parte di un unico settore (il tessile, il cartario, il meccanico ecc.); ora lavorano in 5 o 6 settori differenti con altrettanti contratti nazionali di categoria diversi (che possono anche essere a tempo indeterminato). Per di più nello stesso spazio lavorativo si possono incontrare 5, 8, 10 tipi di contratto atipico differenti che si affiancano a quelli tipici, preesistenti.

C'è ancora una complicazione: in quello stesso spazio produttivo dove operano N persone con X contratti di categoria diversi e Y contratti personali differenti, si possono trovare, a causa dei processi di internalizzazione, 10 o 15 aziende differenti che svolgono all'interno di quello spazio produttivo segmenti essenziali del processo produttivo. Ci si può chiedere come faccia un sindacato a rappresentare in modo efficace gli interessi materiali, ma anche ideali, di una simile congerie di situazioni lavorative.

Ad esempio entro gli stabilimenti FIAT di Torino, a Mirafiori, lavorano circa 8-9 aziende «terziste» differenti; a Melfi il numero è ancora superiore. Vi sono degli estremi: nei cantieri navali di Trieste fino ad alcuni anni fa lavoravano circa 4500 dipendenti di Fincantieri e circa 1000-1500 dipendenti di aziende artigiane specializzate nei lavori di allestimento e rifinitura delle navi da crociera. Oggi i dipendenti diretti della Fincantieri sono solo 1200; oltre a loro vi sono altri 4000 lavoratori ripartiti fra 400 aziende differenti (in media, dunque, 10 per azienda) facenti

capo ad una miriade di settori dall'artigianato come ad altri settori del terziario o dell'industria. Si noti che l'esperto di relazioni industriali che portava questi dati in un recente convegno svoltosi a Venezia considerava questo un notevole miglioramento rispetto alla situazione precedente: un paio di anni fa le aziende presenti in quel cantiere erano 800, quindi averle ridotte a 400 viene considerato un successo di non poco conto.

Occorre quindi avere presente questo quadro di estrema complessità organizzativa che solo le tecnologie dell'informazione, nel mondo globalizzato dove un'impresa è formata in realtà non più da un singolo soggetto, bensì da un numero imprevedibile di nodi produttivi dispersi sul territorio, possono in qualche modo reggere. Un reticolo determinato anche dall'intreccio di contratti di categoria, di contratti normali e atipici, dalle interdipendenze funzionali e informazionali tra diverse aziende, nel quale anche le imprese cominciano ad avere problemi di carattere organizzativo. Di recente è apparso un rapporto dell'UNIONCAMERE della Regione Piemonte nel quale per la prima volta si scrive ripetutamente e a chiare lettere che l'eccesso di flessibilità del lavoro reca problemi ai lavoratori per la precarietà in esso intrinseca, ma comincia a recare problemi seri anche al sistema delle imprese.

► *Punto quinto: effetti del lavoro flessibile sul «lavoro decente»*

La moltiplicazione dei lavori flessibili, quelli preesistenti e quelli in via di attuazione, erode le forme di sicurezza che l'Organizzazione Internazionale del Lavoro ha proposto alcuni anni fa per definire il cosiddetto «lavoro decente» o «lavoro dignitoso». Nel 1999 si svolse a Ginevra l'assemblea annuale dell'OIL e il rapporto del segretario generale si intitolava appunto «Pour un travail decent», che possiamo tradurre in «lavoro decente o dignitoso». In questo rapporto venivano delineate 7 forme base di sicurezza che definivano il lavoro dignitoso. Penso che le sicurezze fondamentali che dovrebbero caratterizzare il lavoro potrebbero essere alcune in più, forse una decina. Mi limiterò a ricordarne alcune che sono un'elaborazione della definizione dell'ILO.

- 1) La sicurezza dell'occupazione: non solo protezione contro i licenziamenti abusivi, ma anche stabilità dell'occupazione compatibile con una economia dinamica.
- 2) Sicurezza professionale: possibilità di valorizzare la propria professione accrescendo via via le competenze, formandosi una riconoscibile e stabile identità professionale.
- 3) Sicurezza sul lavoro: protezione contro gli incidenti e le malattie professionali grazie ad una adeguata regolazione relativa alla salute e sicurezza che consideri

anche la limitazione dei tempi di lavoro e degli orari, nonché la riduzione dello stress sul lavoro.

- 4) Sicurezza del reddito: creazione e mantenimento di redditi adeguati.
- 5) Sicurezza previdenziale: possibilità di assicurarsi attraverso il lavoro un reddito che permetta di mantenere, dopo l'uscita dal lavoro, un livello di vita comparabile a quello precedente.

Nell'elenco dell'ILO sono contenute alcune altre forme di sicurezza di cui i lavoratori dovrebbero godere che tralascio.

La moltiplicazione dei lavori flessibili erode una parte notevole delle citate sicurezze. Intacca sicuramente quella relativa alla occupazione, dato che in molti casi lavoro flessibile vuol dire non 12 mesi di lavoro, o meglio 11 mesi di lavoro più uno di ferie retribuite, più la tredicesima, arrecanti al lavoratore 13 mensilità effettive di retribuzione. Può significare sì e no 8-9 mesi di lavoro e altrettanti di retribuzione piena, perché ad essa si ha diritto soltanto quando si è chiamati da un utilizzatore. Occorre infatti notare al riguardo che nel decreto attuativo della l. 30 viene previsto che le agenzie di somministrazione corrispondano il salario pieno ed i contributi di legge dovuti quando il lavoratore è occupato presso un utilizzatore, mentre nel periodo di disponibilità al lavoratore spetta solamente il cosiddetto reddito di disponibilità. In un successivo decreto del Ministero del Lavoro esso è stato indicato in 350 euro mensili per il lavoro in somministrazione, sia a tempo determinato che indeterminato, e nel 20% del salario medio dei dipendenti dell'utilizzatore per il lavoro intermittente (meno di 300 euro). Ed i contributi sono corrisposti in proporzione. Ora se diminuiscono le sicurezze dell'occupazione, del reddito e dei relativi contributi, con esse si riduce la sicurezza previdenziale. Del resto sono già stati fatti dei calcoli precisi da parte dell'INPDAP, l'istituto di previdenza dei dipendenti pubblici, secondo i quali chi ha cominciato a lavorare con contratti di collaborazione coordinata e continuativa fin dalla istituzione di questi, una decina di anni fa, potrà contare al massimo su pensioni corrispondenti al 30% del salario medio.

Le sicurezze definite dall'ILO non sono soltanto una dichiarazione di intenti, una sorta di carta dei diritti morali. Infatti la stessa ILO attraverso un suo programma specifico ha avviato delle ricerche in aziende della UE e di altri paesi. Le sicurezze sono state trasformate in parametri misurabili. Si comincia pertanto a disporre di basi di dati globali sulle varie forme di sicurezza che distinguono, in misura variabile, il lavoro decente dal lavoro penoso. Vedasi il rapporto 2003 dell'ILO su «L'impresa del lavoro decente». In Italia come in Francia dovremo forse impegnarci a contenere il rischio che ampie quote di lavoratori passino dal primo al secondo.

► *Punto sesto: le insicurezze del e sul lavoro hanno vari effetti sulle persone.*

La prima conseguenza della precarietà, derivante dalla moltiplicazione dei lavori flessibili, va vista nella difficoltà di progettare la vita e l'esistenza, tanto a breve quanto a lungo termine. Ma per soffermarmi sugli effetti che hanno maggior connessione con gli interessi dei sindacati, noterei anzitutto che la moltiplicazione dei lavori flessibili, la precarietà che essa induce, tende a ridurre drasticamente la formazione alla sicurezza. Per diverse ragioni: le aziende non hanno alcun interesse a investire nella formazione in generale e meno che mai nella formazione alla sicurezza di lavoratori che utilizzeranno solamente per alcune settimane o pochi mesi. La formazione richiede investimenti importanti. Un'azienda che abbia il 10 o 20% di dipendenti «normali» e un 80% di lavoratori flottanti (sia perché sono atipici o perché dipendono da aziende terze e saranno sostituiti da altri entro un breve periodo) può trovare conveniente, o necessario, dedicare fondi ingenti per formare i primi alla sicurezza, ma tenderà a considerarli sprecati per i secondi. In secondo luogo la sicurezza richiede tempo anche da parte del lavoratore. Per imparare i «codici taciti» necessari per muoversi con sicurezza (sotto il profilo fisico, sociale, tecnico) entro un determinato ambito lavorativo, occorre tempo, in certi casi parecchi mesi. Anche in ambiti reputati per convenzione sicuri, si possono correre rischi. Il lavoratore part-time, intermittente, o con contratto di breve durata, non ha il tempo per interiorizzare i codici della sicurezza.

Un altro aspetto è stato ripetutamente richiamato da numerose ricerche svolte in diversi paesi. Chi lavora con un contratto atipico riduce le attenzioni per la propria salute. Postpone ad esempio l'opportunità di sottoporsi ad una visita medica alla necessità di essere presente sul posto di lavoro per accrescere la possibilità di vedersi rinnovato il contratto che stava per scadere. Sottovalutare il proprio stato di stress, o trascurare una visita per recarsi al lavoro, o recarsi al lavoro sebbene indisposti, incide alla lunga sullo stato di salute.

Faccio qui un inciso che non riguarda tanto il lavoro flessibile, quanto piuttosto la credenza diffusa per cui in molti settori, quali il manifatturiero, il chimico, la ristorazione rapida, i call center, il lavoro sarebbe diventato qualcosa di completamente diverso da quello svolto nell'era che viene chiamata l'età fordista. In realtà ciò che è scomparso del fordismo, e non dappertutto, sono le catene di montaggio alla *Tempi moderni*. Mentre il taylorismo, la «organizzazione scientifica del lavoro», l'ufficio tempi e metodi, hanno cambiato eventualmente nome, ma in altre forme e con altri mezzi continuano ad assoggettare il processo lavorativo a una serie di regole estremamente stringenti, che in molti casi prevedono mansioni ripetitive di poche decine di secondi (è il caso dei call center). In Francia si è constatato un forte aumento dello stress psicomotorio dovuto in generale ai tempi e al tipo di lavora-

zione sia nelle officine meccaniche di grande serie, sia nei reparti delle industrie agro-alimentari, con una importante prevalenza dei disturbi muscolo-scheletrici dovuti alla scarsità di pause e alla intensità di lavoro nell'unità di tempo.

Menzionerei da ultimo gli effetti di tipo psicologico o psicosociale. La precarietà del lavoro tende alla lunga ad essere interiorizzata dalle persone. Può favorire in determinati casi lo sviluppo di processi che incidono sulla struttura della personalità e quindi del comportamento. Laddove l'incertezza diventa una norma, essa può venire interiorizzata ed ha tra i suoi effetti la fragilizzazione della identità personale e professionale. Vi sono psicologi e psicanalisti francesi che hanno prodotto studi di grande interesse su ciò che avviene ad individui, famiglie ed anche ragazzi e giovanissimi, in presenza di una marcata e prolungata insicurezza. A questo proposito si comincia a parlare di «figli della precarietà». Sono dei giovanissimi che crescono entro famiglie dove ambedue i genitori sperimentano da lungo tempo una insicurezza lavorativa pronunciata, non necessariamente correlata a un reddito povero, ma con l'assillo continuo di trovare un altro lavoro quando quello in corso terminerà. Questi giovani – che potrebbero anche esser chiamati «figli della globalizzazione» – manifestano disturbi della personalità rilevanti, con tendenze comportamentali che oscillano tra la resa e la assuefazione, tra il rinchiudersi in se stessi e il ricorso alla violenza.

Anche questo è un aspetto della flessibilità del lavoro che non può trovare un riscontro diretto nelle relazioni industriali, ma che non è possibile ignorare se si vuol dare ad esse un appropriato quadro civile e politico.



L'impatto sanitario dell'insicurezza e delle nuove forme dell'organizzazione del lavoro

di **Gianfranco Domenighetti***, **Annamaria Fahländer****, **Luca Clivio*****

▼ Riassunto

L'analisi confronta la prevalenza di alcuni indicatori di salute (N=19) tra un campione di lavoratori dipendenti che dichiarano di non avere paura di perdere il posto di lavoro (N=611), un gruppo di lavoratori dipendenti con paura di perdere il lavoro attualmente esercitato (N=217) e un campione di lavoratori disoccupati (N=2423).

Gli indicatori relativi alla percezione soggettiva dello stato di salute (N=11) e quelli concernenti il consumo di medicinali (N=5) mostrano, ad eccezione del consumo di alcol, di visite mediche e di tabacco (N=3), prevalenze significativamente maggiori presso la popolazione disoccupata rispetto alle altre popolazioni.

Il confronto degli indicatori tra i tre gruppi analizzati mostra altresì una sistematica e lineare crescita della prevalenza del malessere e dei consumi sanitari in funzione dell'aumento dell'insicurezza percepita e reale dei singoli gruppi analizzati.

In particolare, il rischio dei disoccupati di soffrire di disturbi del sonno e di depressione è di 6 volte superiore rispetto ai lavoratori senza paura di perdere il lavoro, quello dei disturbi cardiaci di 5 volte, dei dolori muscolari di 7 volte superiore, mentre il consumo di antidolorifici e di sonniferi è di 3 volte e quello di tranquillanti e antidepressivi di 5 volte più elevato.

I risultati dell'analisi mostrano e confermano l'impatto sulla salute dell'insicurezza quanto al mantenimento o alla disponibilità del posto di lavoro e

* Università di Lugano e di Losanna e Sezione sanitaria, DSS, Cantone Ticino.

** Sezione sanitaria, DSS, Cantone Ticino.

*** Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri Milano.

confermano come la condizione di disoccupato sia quella più esposta al rischio di degrado sanitario.

▼ Introduzione

L'esclusione dal lavoro tende oggi ad assumere profondi connotati esistenziali, oltre che materiali, che possono anche portare alla perdita dell'identità e del ruolo sociale. «L'ampliamento degli spazi di mediazione fra capitale e lavoro e lo sviluppo di sistemi di Welfare, la qualificazione delle attività produttive e delle professioni, l'aumento dei livelli di reddito e d'istruzione e le modifiche degli stili di vita che si sono realizzati negli ultimi decenni hanno probabilmente stemperato la drammaticità della condizione materiale» [1], convertendo progressivamente gli esiti sulla salute dalle patologie fisiche a quelle psichiche e sociali. La perdita o l'assenza del lavoro è quindi un determinante economico e sociale che definisce aspetti dello status e dell'identità personale con un impatto diretto sull'individuo, la famiglia e l'ambiente sociale e, in particolare, sul benessere sanitario.

Molte ricerche confermano il riscontro di un'alta prevalenza di morbilità psico-fisica e di aumentata mortalità fra la popolazione disoccupata nel confronto con quella occupata. Questi risultati sembrano essere indipendenti dallo stato di salute precedente e diventano in parte reversibili con il reinserimento nel mondo del lavoro [1, 2, 3, 4, 5].

Negli ultimi decenni molte ricerche hanno documentato l'impatto delle condizioni in cui è svolto il lavoro (quali fattori che influenzano la morbilità) sullo stato di salute oggettivo e soggettivo. L'attuale crisi economica inseritasi su un modello di sviluppo economico globalizzato che già promuove profonde trasformazioni dell'organizzazione e delle condizioni di lavoro ha generato nuovi rischi e problemi di salute che esulano dalle definizioni attribuite e riconosciute alle malattie tipicamente professionali [6, 7, 8, 9]. I disturbi psichici, quelli muscolo-scheletrici, le malattie cardio-vascolari e i tumori costituiscono i quattro principali gruppi di patologie correlate con i nuovi rischi dell'attività lavorativa [10, 11]. La progressiva flessibilizzazione del lavoro, che comporta maggiore instabilità e insicurezza, l'aumento della precarietà, che può anche portare all'esclusione dal mondo del lavoro, hanno accentuato l'influenza negativa di queste condizioni di lavoro e di vita sulla salute fisica e psichica [12, 13]. Un importante studio finlandese che ha studiato gli effetti del ridimensionamento del personale in dieci amministrazioni pubbliche ha dimostrato l'aumento si-

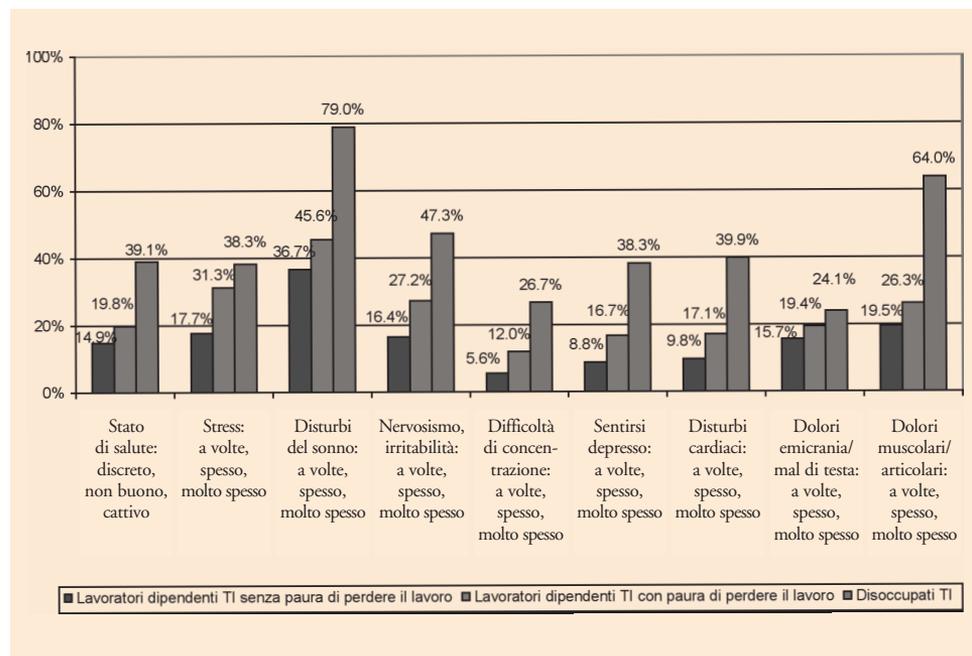
gnificativo della mortalità per malattie cardiovascolari perfino nei dipendenti che, benché abbiano subito il processo di ridimensionamento (*downsizing*) del personale, siano riusciti a mantenere il loro posto di lavoro [14]. Ciò significa che la sola esposizione allo stress conseguente all'incertezza di mantenere il posto di lavoro può avere conseguenze importanti non solo a livello di morbidità bensì anche sulla mortalità.

▼ Un'analisi empirica

Nel 2004 abbiamo condotto nel Cantone Ticino (Svizzera) un'analisi sulla prevalenza di alcuni indicatori di salute su due campioni di lavoratori dipendenti (un gruppo «senza paura di perdere il lavoro, un secondo campione composto da lavoratori con un alto grado di paura di perdere il posto di lavoro in quel momento occupato) e su un campione di disoccupati (vedi riassunto). Qui di seguito diamo per diversi indicatori le rispettive prevalenze.

Figura 1

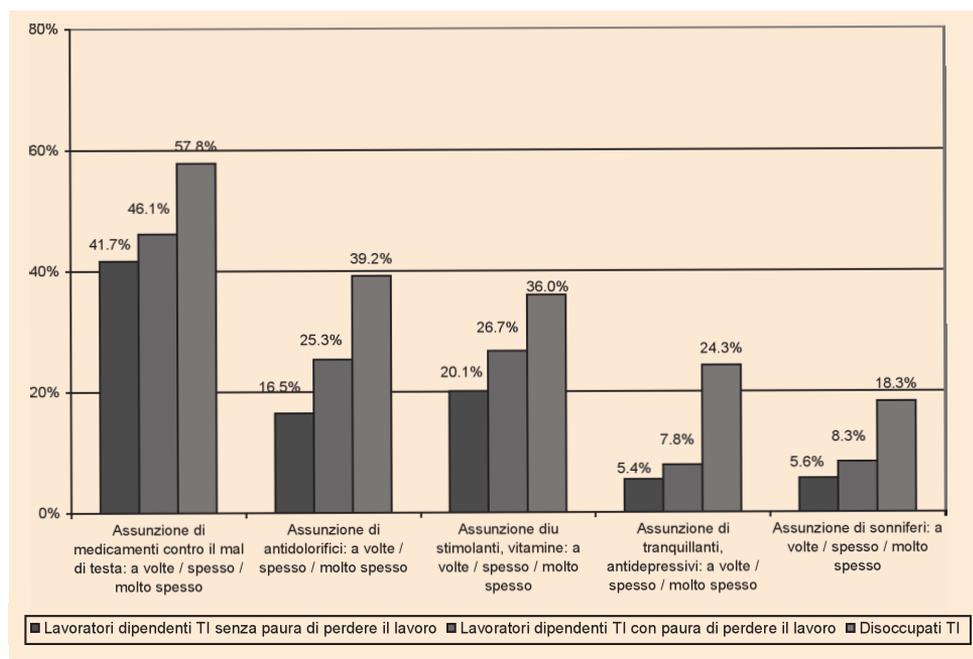
PREVALENZA (%) DI ALCUNI INDICATORI DI SALUTE TRA I LAVORATORI DIPENDENTI TICINESI SENZA PAURA DI PERDERE IL LAVORO (N=611), I LAVORATORI DIPENDENTI CON PAURA DI PERDERE IL LAVORO (N=217) E I DISOCCUPATI TICINESI (N=2.423)



Un semplice sguardo alle figure mostra come per tutti gli indicatori di salute (**Figura 1**) e di consumo di medicinali (**Figura 2**) i valori sono rispettivamente peggiori e più elevati per i disoccupati e che quindi, nel confronto tra i gruppi, la prevalenza dei valori aumenta sistematicamente in relazione alla crescita dell'insicurezza percepita e reale dei gruppi.

Figura 2

PREVALENZA (%) DI ALCUNI INDICATORI RELATIVI ALL'ASSUNZIONE DI MEDICAMENTI TRA I LAVORATORI DIPENDENTI TICINESI (N=611), I LAVORATORI DIPENDENTI CON PAURA DI PERDERE IL LAVORO (N=217) E I DISOCCUPATI TICINESI (N=2423)



La prevalenza registrata tra i disoccupati relativa all'assunzione di medicinali contro il mal di testa, gli antidolorifici, gli stimolanti, i tranquillanti, gli antidepressivi ed i sonniferi aumenta costantemente rispetto ai lavoratori dipendenti senza paura di perdere il lavoro. Questo aumento è significativo e indica un rischio di consumo da 3 a 5 volte più alto tra i disoccupati rispetto ai lavoratori dipendenti.

▼ **Conclusioni**

Molti autori sottolineano l'importanza del lavoro come parte integrante della propria identità, il che comporta dei benefici maggiori per l'individuo come l'attività

fisica e mentale, la stima di sé, il rispetto degli altri, l'identità, i contatti interpersonali, lo status e la rispettabilità sociale [15]. Il lavoro è probabilmente il fattore principale d'integrazione sociale.

Essere estromesso dal mercato di lavoro, anche temporaneamente, rappresenta un evento di vita avverso e sfavorevole che comporta un forte impatto emotivo e senso di incertezza ed insicurezza generale, oltre che difficoltà economiche e sociali evidenti.

I risultati di questo studio confermano un quadro già conosciuto e sottolineano quanto il grado di insicurezza possa influenzare il benessere sanitario ed in particolare la salute psico-fisica. Questo rischio, come dimostrato da questa analisi, aumenta significativamente quando si tratta di persone che si confrontano con la disoccupazione.

Bibliografia

- [1] Caiazza A., Cois E., Vannoni F., *La disoccupazione*, in *Epidemiologia e Prevenzione*, n. 28, supplemento (3), maggio-giugno 2004, p. 51.
- [2] Mathers C.D., Schofield D.J., *The Health Consequences of Unemployment: the Evidence*, in *MJA*, n. 168, 1998, pp. 178-182.
- [3] Jahoda M., *The Impact of Unemployment in the 1930s and the 1970s*, in *Bulletin of the British Psychological Society*, n. 32, 1979, pp. 309-314.
- [4] Warr P.B., *Work, Unemployment and Mental Health*, Oxford, Oxford University Press, 1987.
- [5] Bartley M., *Unemployment and Ill Health: Understanding the Relationship*, in *Journal of Epidemiology and Community Health*, n. 48, 1994, pp. 333-337.
- [6] Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *La qualité du travail et de l'emploi en Europe: Enjeux et défis*, in *Cahier de la Fondation*, n. 1, février 2002.
- [7] Daubas-Letourneux V., Thébaud-Mony A., *Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002.
- [8] Marmot M.G., *La precarietà del posto di lavoro: implicazioni a livello sociale e sanitario*, in *OMS Quaderni di sanità pubblica, lavoro precario e salute, gli effetti della precarietà del posto di lavoro su salute e benessere in un'attenta analisi dell'OMS (Ufficio regionale per l'Europa)*, aprile n. 115, 2000, pp. 9-15.
- [9] Haute Comité de la Santé Publique, *La progression de la précarité en France*, 1998.

[10] Conne-Perréard E., Glardon M.-J., Parrat J., Usel M., *Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques*, Conférence romande et tessinoise des officies cantonaux de protection des travailleurs/Fondation suisse pour la promotion de la santé, 2001.

[11] Domenighetti G., D'Avanzo B., Bisig B., *Health Effects of Job Insecurity among Employees in the Swiss General Population*, in *Int. J. Health Services*, n. 3, 2000, pp. 477-490.

[12] Ferrie J.E. et al., *Health Effects of Anticipation of Job Change and Non-employment: Longitudinal Data from Whitehall II Study*, in *BJM*, n. 311, 1995, pp. 1264-1269.

[13] Ferrie J.E., Shipley M.J., Stansfield S.A., Davey Smith G., Marmot M., *Future Uncertainty and Socio-economic Inequalities*, in *Social Sciences & Medicine*, n. 57, 2003, pp. 637-646.

[14] Vahtera J., Kivimäki M., Pentti J. et al., *Organisational Downsizing, Sickness and Mortality: 10-Town Prospective Cohort Study*, in *BMJ*, n. 328, 2005, pp. 555.

[15] Ferrie J.E., *Le conseguenze sulla salute della precarietà del lavoro*, in *Quaderni della salute pubblica, lavoro precario e salute, gli effetti della precarietà del posto di lavoro sulla salute e benessere in un'attenta analisi dell'OMS (Ufficio regionale per l'Europa)*, 2000.

Le attuali condizioni di lavoro: l'esperienza di una RLS

di **Luisella Gagni***

▼ Introduzione

La sicurezza sul lavoro è una materia di grande rilevanza ai nostri giorni, ma non dobbiamo dimenticarci che si tratta di un argomento di cui si iniziò a trattare nel cuore degli anni '90 e quindi piuttosto giovane, rispetto alla comparsa dei primi ipermercati che avvenne al principio degli anni '70.

Questa divergenza temporale esistente tra la nascita della grande distribuzione e la formulazione delle prime leggi a tutela dei lavoratori è a mio parere un punto fondamentale sul quale riflettere e, quindi, il nocciolo della seguente relazione basata sulla mia esperienza personale.

Iniziai il mio percorso nel settore del commercio nel 1976, quando venni assunta come addetta vendita presso il neonato centro commerciale «Città Mercato» di via Carducci, nel cuore di Bergamo.

All'epoca questo era l'unico ipermercato che servisse sia la città che la provincia, e l'innovazione che portò fu straordinaria: i cittadini avevano la possibilità di recarsi in un unico luogo che offriva loro una vasta gamma di prodotti, da quelli alimentari all'abbigliamento, dagli elettrodomestici ai beni per la cura della persona e della casa.

Questo nuovo tipo di servizio segnò il tramonto delle botteghe artigiane che non potevano per loro natura competere con i centri commerciali e, non potendo sopravvivere alla concorrenza, negli anni andarono via via scomparendo.

A livello lavorativo invece, oltre a rappresentare un nuovo bacino occupazionale, gli ipermercati segnarono la nascita del concetto di organizzazione del lavoro: se nelle botteghe infatti la conduzione era di tipo familiare, in questa

* Segretaria FILCAMS Bergamo.

nuova realtà per fare in modo che la macchina funzionasse fu necessario introdurre mansioni diversificate e specifiche per ogni lavoratore e ordinarle poi in una struttura gerarchica ad albero (direttore, capi settore, capi reparto, addetti vendita, hostess di cassa, magazzinieri, ricevitori).

Le condizioni dei lavoratori erano regolate dalle contrattazioni nazionali e regionali, nelle quali venivano disciplinate in termini generali anche le mansioni, ma la vera legge non scritta che stabiliva quali professioni fossero più idonee alle donne invece che agli uomini, quali fossero più adatte ai giovani piuttosto che a persone più anziane, era il buon senso.

Per esempio gli addetti al ricevimento merci erano prevalentemente, se non totalmente, uomini, così come invece i compiti da svolgere nei reparti ed alle casse erano affidati per lo più alle lavoratrici; inoltre, si deve ricordare che al tempo le mansioni non erano prevalenti ma promiscue, nel senso che la stessa persona nella sua giornata lavorativa alternava spesso e volentieri il lavoro sedentario della cassa a quello fisicamente più attivo di addetta vendita e viceversa, nonostante il proprio contratto citasse una sola delle due professioni.

Osservando attentamente questo panorama si evince facilmente la causa per la quale un tempo non esistevano le attuali patologie professionali ed una relativa legislazione: veniva infatti applicata un'organizzazione del lavoro che, pur puntando alla produttività, riservava una naturale attenzione alla salute mentale e fisica del lavoratore.

Al contrario, la realtà moderna ci mostra un quadro decisamente diverso, dove prevale un'organizzazione del lavoro sottostante ad input aziendali che rendono il lavoratore uno dei vari mezzi da sfruttare per raggiungere il massimo obiettivo con la minore perdita.

Come questo sia avvenuto, e soprattutto quali conseguenze abbia prodotto (la nascita della medicina del lavoro, la comparsa di una specifica legislazione, il peggioramento delle condizioni psicofisiche dei lavoratori) è oggetto di dettagliata esemplificazione ed analisi nella seconda parte della mia relazione.

▼ L'esperienza sul campo

Non è un'opinione bensì mera certezza che l'organizzazione del lavoro sia molto diversa rispetto a quella di quindici anni fa: l'introduzione della flessibilità e la realtà del precariato hanno notevolmente influenzato le decisioni aziendali sull'ordinamento del personale e da ultimo l'avvento di questa forte crisi economica ha modificato tutto il panorama del mondo del lavoro: quei fortunati che hanno un

posto fisso con una retribuzione assicurata chiudono gli occhi sulle condizioni in cui lavorano, e coloro che sfortunatamente si ritrovano disoccupati accetterebbero qualsiasi contratto e mansione.

Su questi dati di fatto si sono mosse imprese grandi e piccole che hanno riorganizzato il personale con lo scopo di farlo fruttare al massimo, seguendo il modello della catena di montaggio dove ogni macchinario, al fine di ottimizzare tempi e spazi, esegue sempre la stessa funzione dal momento della sua accensione fino a quello dello spegnimento.

Prendere in analisi la realtà del microcosmo rappresentato dalla mia azienda sarà utile per comprendere meglio la concretizzazione di queste modalità e le loro conseguenze.

▼ I turnisti

Con lo scopo di ottimizzare l'organizzazione del lavoro, all'incirca una decina di anni fa il mio magazzino decise di anticipare il rifornimento dei banchi rispetto all'orario dell'apertura al pubblico ed ottenne che i ricevitori ed i magazzinieri addetti allo scarico della merce e dello stoccaggio della stessa iniziassero il lavoro alle 4 del mattino, gli addetti ai banchi dei freschi tra le 4 e le 5, e gli addetti vendita in generale, tranne ovviamente il reparto casse, si presentassero tra le 5 e le 6.

Le perplessità da parte delle organizzazioni sindacali furono manifestate immediatamente e negli anni trovarono ragione nelle numerose segnalazioni da parte dei lavoratori: l'interruzione del sonno nel cuore della notte provoca conseguenze prettamente fisiche ma anche sociali e comportamentali.

Nelle ore di veglia infatti i turnisti si sentono in genere affaticati, irritabili, hanno difficoltà a portare a termine brillantemente il lavoro quotidiano, riportano dei cali di energia in prossimità della pausa a metà del turno e soffrono di difficoltà nella concentrazione che porta ad un aumento dei fattori di rischio ai quali sono esposti.

Il lavoro su turni inoltre crea un grado di disagio all'interno delle famiglie dei lavoratori, che si vedono costrette a cercare di uniformare le loro abitudini di vita alle esigenze di riposo del congiunto, il quale si corica in genere piuttosto presto a discapito della compagnia della propria/o moglie/marito e dei propri figli.

Su quest'ultimo punto desidero farvi riflettere che se il turnista fosse una donna, il suo sonno sarebbe sicuramente accorciato per la necessità che essa avrebbe di sopperire a certe incombenze tipicamente femminili come il riassetto della

casa e la cura dei figli, e dovrebbe per tanto godere di un occhio di riguardo da parte delle aziende, che invece attualmente non riconoscono distinzioni tra i sessi.

▼ **Addetti al caricamento dei banchi (addetti vendita)**

La mansione prevalente che svolgo ormai da più di trent'anni è quella di addetta vendita, ovvero colei che è incaricata del rifornimento dei banchi del reparto di competenza, del suo riordino e della prezzatura dei prodotti.

Rispetto al passato, la natura di questa mansione ed il relativo carico di lavoro non hanno presentato variazioni, ma c'è stato un importante incremento dell'attenzione riservata alle patologie che ne conseguono: essendo infatti una professione prevalentemente fisica, è il corpo ad essere soggetto a sollecitazioni ed affaticamento.

Il nostro lavoro quotidiano infatti consiste per la maggior parte del tempo nel sollevamento e nello spostamento dei colli contenenti la merce che andrà poi ordinata sugli scaffali, quindi non stupisce che i disturbi a me segnalati dai lavoratori siano i seguenti: infiammazioni della muscolatura del tronco superiore come la cervicale (zona del collo), periartrite (spalla) e tendiniti come il cosiddetto «gomito del tennista».

Oltre a quelle sopra citate vi sono inoltre patologie più gravi, che colpiscono in genere i soggetti dai 40 anni in su, quali l'artrosi che colpisce per lo più gomiti e ginocchia e la sindrome del tunnel carpale che necessita di intervento chirurgico per la sua cura.

Devo sottolineare però che queste malattie sono dovute anche a fattori che non sono intrinsecamente legati a questa mansione: vi è infatti una responsabilità da parte dell'azienda che ha creato un'organizzazione del lavoro all'interno della quale l'80% degli addetti vendita sono anche dei turnisti, i quali soffrono così dei disturbi causati da entrambe le due disagiate condizioni di lavoro.

▼ **Settore casse**

■ **Patologie**

Il settore delle casse è un altro luogo dal quale mi sono provenute moltissime segnalazioni: le cassiere infatti sono costrette a rimanere per diverse ore di fila in una

posizione fisicamente dannosa e soprattutto statica, identica per tutto il turno lavorativo.

Esse si ritrovano a muovere gli arti superiori del corpo in un senso che è perpendicolare alla posizione del loro corpo e questo causa numerose patologie: tendinite alle braccia, tunnel carpale e dolorosi mal di schiena dovuti alle scorrette posizioni ergonomiche tenute durante la giornata.

Devo però farvi notare che oltre a queste patologie meramente fisiche, le lavoratrici (nella mia realtà, ma in quasi tutti i supermercati, si tratta di una mansione prevalentemente femminile) di questo settore sono soggette ad un forte stress di tipo mentale, che a volte provoca disagi di tipo psicofisico, soprattutto a livello gastrointestinale.

L'organizzazione del lavoro redatta dalla mia azienda infatti prevede un numero esiguo di cassiere, le quali devono conseguentemente far fronte ad un'eccessiva mole di lavoro che comprende anche la relazione con una clientela sempre più nervosa ed indisponente per via dei disservizi causati dai tagli del personale all'interno del magazzino.

Lo scontento dei clienti infatti cresce man mano che questi si aggirano per i reparti rilevando le numerose lacune e sfocia una volta arrivati alle casse, dove le lavoratrici sono tenute a rispondere ai toni sgarbati con pazienza e gentilezza, difendendo sempre e comunque le scelte aziendali delle quali sono le prime a pagare le conseguenze, sia quelle dirette che quelle collaterali.

■ Microclima

Un problema importante che merita un approfondimento a sé stante è quello del microclima: all'interno dei supermercati infatti c'è un sistema di riscaldamento che si scontra però con quelle zone che entrano a contatto con il clima esterno (porte d'entrata al pubblico, porte d'entrata del ricevimento merci) o con quelle aree del magazzino che prevedono temperature particolarmente fredde per la conservazione del cibo (banchi dei freschi e dei surgelati).

Il problema nasce nel momento in cui i lavoratori che sono soggetti alle variazioni di temperatura non sono adeguatamente tutelati, come avviene alla barriera casse all'interno della mia azienda: vi è infatti una zona della barriera che si trova di fronte alle porte d'accesso alla clientela e per tanto è interessata dal flusso di corrente d'aria creata dall'apertura delle stesse, e contemporaneamente si affaccia anche sull'area dei surgelati entrando in contatto con temperature attorno agli 0°. Risulta evidente la condizione di disagio nella quale si ritrovano ad operare le lavoratrici durante lo svolgimento delle loro mansioni, lo è ancor

di più se pensiamo che la loro divisa è costituita da una camicia e da un golfino piuttosto leggero.

Le ipotetiche soluzioni ideate sarebbero quelle di creare delle porte «virtuali» costituite da correnti di aria calda per quanto concerne il problema delle vie d'accesso al pubblico, mentre per quanto riguarda la vicinanza ad un reparto «freddo» erano state proposte delle barriere di plexiglas trasparente, ma ancora oggi stiamo aspettando che vengano presi dei seri provvedimenti.

Purtroppo l'argomento del microclima è stato più volte portato avanti dalle parti sindacali anche in riferimento ad altri reparti, quali ad esempio il ricevimento merci, dove gli addetti lavorano, senza protezioni adeguate, all'aperto (anche in inverno e di primissimo mattino) o addirittura nelle celle frigorifere, ma fino ad oggi le nostre richieste sono cadute nel vuoto o hanno ottenuto ben pochi riscontri.

■ **Fibromialgia**

Prima di concludere vorrei fare un accenno ad una patologia della quale ho sofferto in prima persona, di esordio talmente recente che ancora non rientra in alcuna statistica o studio condotto dai responsabili della sicurezza dei lavoratori, ma che nella mia azienda è stata segnalata da diversi lavoratori: si tratta della fibromialgia, una malattia che colpisce persone dai 40 anni in su, che si manifesta con un irrigidimento globale dei muscoli che provoca dolori cronici in tutto il corpo.

Essa si presenta con fitte che interessano tutto il corpo, un senso di stanchezza cronica indotto anche dall'incapacità dell'individuo di raggiungere lo stadio profondo del sonno, durante il quale la muscolatura si rilassa; ne consegue anche un senso di rigidità globalizzata o localizzata e formicolii in tutto il corpo. Esistono altri vari sintomi, ma quelli maggiormente sentiti dai miei colleghi sono quelli sopra descritti, e anche se gli studi sulla fibromialgia sono tuttora in fase di elaborazione è appurato che tra le varie cause che ne determinano la comparsa vi sia lo stress, anche quello causato dalle tensioni accumulate nell'ambiente lavorativo.

▼ **Conclusione**

Nel 1994 in Italia venne promulgata la prima legge nazionale a favore della sicurezza sul lavoro, la famosa 626, dalla quale si sviluppò una fitta rete di decreti, sem-

pre più specifici e settoriali, finalizzati a garantire alle persone un dignitoso benessere anche negli ambienti lavorativi.

Oggi come oggi si sta creando una vera e propria cultura della sicurezza, grazie anche al ruolo guida dell'Unione Europea, ed ogni sezione del mondo del lavoro è soggetta a studi dettagliati che vengono confrontati con quelli svolti all'estero, con l'intento di trovare le migliori misure da adottare per assicurare l'incolumità dei lavoratori.

Personalmente sono convinta che questa che è stata intrapresa sia la strada giusta, ma rimango fedele anche all'idea che ogni tanto ci si dovrebbe fermare ad analizzare anche il passato, non solo il presente, perché potrebbe avere ancora qualcosa da insegnarci.

Nello specifico, per quanto riguarda la sicurezza sul lavoro, molti dei disturbi psicofisici accusati dai lavoratori sono causati non tanto dalle condizioni intrinseche delle mansioni svolte, bensì dalla ripetitività: similmente ad un macchinario di una catena di montaggio, essi ripetono sempre gli stessi gesti per tutta la durata della giornata e della settimana lavorativa, cosicché le zone corporee soggette a sollecitazione sono sempre le stesse e il lavoro diventa un veicolo attraverso il quale essi si sentano alienati e stressati.

Molte delle patologie si risolverebbero se le aziende adottassero un'organizzazione del lavoro che preveda mansioni miste come lo erano un tempo, strutturando i turni dei lavoratori in due fasi durante le quali essi svolgano due professioni opposte, ad esempio: ad un tot di ore in cassa corrisponda un tot di ore in reparto, ad un tot di ore al ricevimento merci corrisponda un tot di ore all'interno del magazzino, ad un tot di ore trascorse in un lavoro d'isolamento corrisponda un tot di ore impiegate in un lavoro a contatto col pubblico, e via di seguito.

Mi ha fatto estremamente piacere ritrovare questo concetto in uno degli opuscoli che vengono forniti agli RLS: è sintomo che anche le organizzazioni sindacali hanno avvertito la necessità di costruire un futuro che si affacci alla realtà passata e ne conservi ciò che di buono aveva prodotto, perché non è mai esistita un'epoca che abbia prodotto solo frutti positivi o solo mele marce, e una volta maturata questa consapevolezza si è molto più vicini al raggiungimento degli obiettivi preposti.



Ruolo del medico competente nella valutazione dello stress e nella gestione del problema alcol nei luoghi di lavoro

di **Ferdinando Brandi***, **Daniela Corioni****

▼ Premessa

Ci pone di fronte ad una vera sfida la normativa italiana promulgata di recente (d.l. 81/2008 e legge 125/2001 con provvedimento applicativo del 16-3-2006) a recepire, finalmente, le indicazioni europee su stress e alcol nei luoghi di lavoro. Si tratta di problematiche della salute complesse e delicate, sempre più diffuse nella Comunità, molto rilevanti per i costi sociali, economici e di sofferenza personale, e che assumono aspetti peculiari nei luoghi di lavoro.

La peculiarità delle due tematiche è che non si tratta in questi casi di fattori di rischio tradizionali, con i quali si è fino ad ora cimentata la medicina del lavoro. Con i problemi di salute relativi all'alcol e allo stress entra in campo un nuovo paradigma scientifico che va oltre il modello bio-medico di malattia; lo amplia, per aprirsi a quello cosiddetto bio-psico-sociale [27], per il quale la salute è intesa anche nei suoi aspetti sociali e relazionali [41].

È un approccio nuovo che si impone, se si vogliono realizzare progetti efficaci di salute, e per il quale bisogna attingere in altri ambiti disciplinari, tra i quali assume un ruolo peculiare quello della lettura ecologica [7, 8] dei fenomeni, che tiene cioè conto del *contesto* e delle *relazioni* che assumono un valore di *comunicazione*, e di quella scienza pedagogica del cambiamento che si applica nella promozione della salute [42].

In effetti il legislatore pone già gli interventi di promozione alla salute tra i compiti nuovi da attuare da parte del medico competente (MC) (TU art.

* Consulente medico INCA CGIL Brescia.

** Pedagogista.

25, c. 1), e così dà il respiro nuovo al progetto di tutela della salute in questo campo, e indica lo sviluppo di lavoro che è oramai necessario prospettare.

Infine, proprio perché siamo in questa zona di passaggio di cultura e di modelli, non mancano anche difficoltà di natura semantica, a fare propria la chiarezza della terminologia scientifica maturata dall'OMS negli ultimi venti anni in ambito alcolologico.

Il lavoro da fare pone in nuova luce la questione dei soggetti a diverso titolo interessati, tutti responsabili per una loro specifica competenza, e dei principi irrinunciabili per la tutela della salute, quelli noti della partecipazione, informazione/formazione, che dovrebbero ulteriormente evolvere sino a sviluppare, ad un livello più personale, il tema della fiducia, della consapevolezza e della condivisione.

Solo facendo propria questa prospettiva il medico competente, non certo da solo, può pensare di svolgere nel modo migliore il vero ruolo, in qualche modo peculiare, che la norma, nella sua più ampia ispirazione, gli assegna.

▼ I modelli di approccio e loro evoluzione: dalla malattia alla promozione della salute

Per il modello bio-medico tradizionale la malattia è il risultato di singole reazioni di causa-effetto e la salute è vista in senso statico: o si è sani, o si è malati¹.

L'approccio della medicina del lavoro può essere visto come un passo avanti rispetto ad esso, in quanto pur utilizzando sempre il modello deterministico della causalità lineare, lo applica nello studio della popolazione lavorativa, valutando la distribuzione quantitativa dell'effetto (danno), collegata alla esposizione, oltre che alla necessaria variabilità biologica, per la diversa costituzione bio-fisica di ciascuno. È un modello molto importante che ha permesso di verificare il nesso dose/effetto, individuare soglie di azione, e anche stabilire la comparsa di effetti precoci, utile per mettere in campo un intervento efficace di prevenzione anche se secondaria; così insieme il modello medico e quello preventivo, più avanzato, hanno ben convissuto.

¹ Cfr. G. Rose, *Le strategie della medicina preventiva*. In realtà la ricerca epidemiologica ha dimostrato ripetutamente a partire dalla ipertensione (Pickering, 1954), che la malattia è quasi sempre un fatto quantitativo, piuttosto che categoriale/qualitativo. Il criterio sì/no è valido naturalmente in funzione dell'uso che se ne vuol fare (ad es. per stabilire una terapia o un ricovero). L'errore epistemologico non è quello di adottare questo modello, ma di attribuire ad esso il valore di descrizione della natura anziché quello di una semplice convenienza operativa. La mappa non è il territorio.

Oggi però con le problematiche di alcol e stress ci introduciamo nell'ambito dei problemi legati ai comportamenti per i quali il concetto preventivo, del *venire prima*, dell'evitare un danno che già minaccia la persona o che è latente, attraverso la profilassi e l'annullamento dei fattori patogeni si dimostra inadeguato, perché abbiamo a che fare con complesse interazioni tra fattori biologici, ambientali, personali e psicologici, nonché culturali [27, 28]. Siamo cioè di fronte a numerosi fattori che tra loro interagiscono all'interno di quel *processo* che genera salute e malattia e i cui meccanismi «causali» sono «circolari» e non tra loro *separati*.

È avvenuto nel campo della alcolologia, della stessa psichiatria sociale e della formazione sulla salute che, al fine di dare risposta ai problemi ed ottenere risultati [20], ci si aprisse ad una prospettiva più ampia basata sul modello bio-psico-sociale ecologico derivato anche dall'apporto della «Teoria generale dei sistemi» [39].

In questa visione il campo della salute diventa necessariamente interdisciplinare, e dalla prevenzione e cura le strategie per la salute si spostano a comprendere anche il concetto della promozione della salute, intesa come ricerca e lavoro per lo sviluppo del benessere fisico, psicologico, e sociale degli individui e della comunità [11, 25], nel quale è fondamentale il ruolo attivo della persona per esercitare un migliore controllo della salute o per migliorarla [42].

Con stress e alcol il tema della salute si declina in termini più complessi perché le tre dimensioni del benessere – il corpo, la mente e le relazioni sociali – sono tra loro connesse e assumono grande valore i comportamenti, gli stili di vita, e un ruolo speciale la relazione e la comunicazione.

Nella lezione di V. Hudolin², il fondatore delle comunità multifamigliari per il trattamento degli alcolisti (Club degli Alcolisti in Trattamento - CAT) [17, 18], viene superato il concetto di alcolismo come malattia, proprio di Jellinek [29] che ancora oggi, specie in campo medico, viene mantenuto: «L'alcolismo non è una entità ben definita ma un processo, che in molte persone, a partire dai primi consumi di piccole quantità di alcol e in relazione ad un gran numero di fattori interni ed esterni alla persona, produce uno specifico legame tra l'uomo e l'alcol». L'alcolismo viene visto come un comportamento, stile di vita, e il trattamento come un processo di cambiamento, di promozione di salute, quindi anche culturale, realizzato secondo l'approccio cosiddetto «ecologico-sociale».

² Direttore della Cattedra di Psichiatria di Zagabria per circa trent'anni, collaboratore di WHO dal 1965 al 1992 come esperto per la Psichiatria prima e poi per l'Alcolismo. Si forma in Inghilterra con M. Jones nel lavoro della «Comunità terapeutica» partecipando al rinnovamento in psichiatria che corrisponde al cosiddetto sistema dell'*open door psychiatry policy*, che poi con l'innesto del fondamento teorico della «teoria dei sistemi» chiamerà ecologica.

È dentro lo stesso paradigma, pur con qualche differenziazione, il più importante contributo italiano alla definizione di *alcolismo* della prima Consensus Conference della SIA (1994)³ che adottando appunto un criterio di multidimensionalità lo definisce come «un disturbo a genesi multifattoriale (bio-psico-sociale) associato alla protratta assunzione di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo». Anche l'OMS nel 1992 [43] e l'American Psychiatric Association con l'ICD 10 non fanno più riferimento all'*abuso di alcol* ma parlano di *effetto dannoso*, e sempre l'OMS nel 1995 afferma: «La definizione dei problemi legati al consumo di alcol va oltre il restrittivo concetto di alcolismo. Tali Problemi Alcol Correlati (PAC) attengono alla sfera fisica-psichica-sociale riguardano eventi acuti, incidenti e al tempo stesso problemi cronici, fanno riferimento sia al danno provocato a colui che beve sia a quello che è danneggiato dal bere di qualcun altro» [45].

Nella lezione dell'epidemiologo Rose, che nel campo della prevenzione ha dedicato importanti studi sulla distribuzione nella popolazione di fattori di rischio correlati ai comportamenti, tra i quali l'alcol, lo studio di popolazione considera la comunità costituita da individui tra loro non separati, e individua i nessi che si stabiliscono tra i comportamenti cosiddetti «normali» e quelli «devianti». Egli dimostra che vi è sempre una relazione tra i valori medi di una popolazione e la frequenza dei valori cosiddetti «devianti» sia nel caso dei PAC per l'alcol, che dell'ipertensione, o dell'obesità [34]. E afferma: «I determinanti essenziali della salute di una società devono essere trovati nelle sue caratteristiche di massa: la maggioranza deviante può essere compresa solo se vista nel contesto della società e una prevenzione efficace richiede dei cambiamenti che coinvolgano la popolazione come entità. La Salute in una società è un tutto integrale».

Insomma il paradigma è ecologico perché ha in sé il concetto di «sistema» e di comunicazione nella forma appunto del comportamento [40, 7].

Questo vuol dire che se parliamo di stress come di alcol, non possiamo analizzare il problema come se si trattasse solo di un elemento esterno a cui si è esposti, che viene da fuori (che pure c'è), dobbiamo avere ben presente quale parte ha il contesto e in esso la relazione/comunicazione, e cosa voglia dire «valutare» tutto questo.

³ SIA, Ceccanti, Patussi, *Prima Consensus Conference*, Borgo San Felice (Siena), marzo 1994, <http://sia.dfc.uni-fi.it/consensus/introduzione.htm>.

▼ La problematica alcol nei luoghi di lavoro

■ Aspetti generali e mondo del lavoro

È ampiamente riconosciuto sul piano scientifico che l'alcol costituisce una grave minaccia per la salute. Basta vedere i dati degli studi e le ricerche riferiti nell'analisi di Anderson nel 2006 per la Commissione Europea [5], che qui citiamo in estrema sintesi:

- ▶ l'UE è la Regione con 11 litri di alcol anidro/adulto/anno, che ha il più alto consumo del mondo, se pur in calo rispetto al picco di 15 L registrato a metà degli anni '70;
- ▶ il numero di adulti astinenti è pari al 15%;
- ▶ il 6% (5% degli uomini e 1% delle donne) sono definiti alcol-dipendenti in un anno qualsiasi;
- ▶ l'impatto del consumo ha a che fare con il rischio di una serie di danni sociali dose dipendenti, e con 60 diversi tipi di malattie e condizioni quali incidenti disordini mentali e comportamentali anch'essi nella maggior parte dei casi dose-dipendenti;
- ▶ se misuriamo il suo effetto tramite il DALYs (Disability Adjusted Life Years) si dimostra che l'alcol è responsabile del 12% e 2% di morte prematura e di disabilità rispettivamente negli uomini e nelle donne;
- ▶ l'alcol risulta il terzo fattore di rischio per la salute su 26 fattori di rischio nell'UE davanti a sovrappeso-obesità e dietro solo a fumo e ipertensione.

Bisogna anche ricordare che l'alcol è stato riconosciuto come cancerogeno per l'uomo già dal 1988 [21].

Anche l'impatto sul mondo del lavoro è conosciuto e molto pesante.

- ▶ secondo l'Organizzazione Internazionale per il Lavoro le assenze dal lavoro sono due-tre volte superiori in coloro che usano alcol e droghe [22];
- ▶ l'alcol è implicato nella genesi di numerosi infortuni in molti luoghi di lavoro: tra il 10-30% sec. OMS - tra il 10-16% sec. il National Institute on alcohol abuse and alcoholism americano e l'ILO [15];
- ▶ vi è una relazione tra il numero di soggetti con PAC e le condizioni lavorative, i tipi di occupazione/mansione [16], rivestendo un ruolo ad es. le condizioni lavorative sfavorevoli (caldo o freddo, polveri e fumi, prolungati sforzi fisici) quali quelle che riguardano manovali e muratori ecc., le condizioni lavorative nelle quali abbiano un risvolto importante gli aspetti psico-sociali riconducibili allo stress, come attività monotone, ripetitive, mal retribuite [31], e caratterizzate da turnazione [36].

Ma il dato assai significativo è quanto l'OMS afferma e cioè che i problemi associati con l'uso di sostanze alcoliche non riguardano solo i soggetti che *abusano*: «È più probabile che siano i forti bevitori, piuttosto che i bevitori moderati, ad andare incontro a problemi legati al consumo di alcol, ma i problemi che i bevitori moderati affrontano sono più numerosi, perché ci sono molti più bevitori moderati che forti bevitori. Quindi per ridurre i problemi connessi al consumo di alcol, ci si deve porre l'obiettivo di raggiungere sia i forti bevitori che quelli moderati» [44].

Proprio su questa base, ed essendo stato chiaramente dimostrato che l'incremento dei consumi è strettamente legato all'aumento dei PAC, e che il consumo medio pro capite è in stretta relazione con il numero dei forti bevitori [45], l'OMS (Ufficio Regionale Europeo) a partire dagli anni '90 ha profuso grande impegno scientifico e culturale volto alla riduzione dei consumi di alcol e ha raccomandato azioni di prevenzione che all'intervento mirato sui gruppi a rischio si affiancasse quello sulla popolazione, proponendo una cultura della salute fondata sui cambiamenti di stile di vita (Piano di azione Europeo per l'Alcol 1992 - Carta Europea sull'alcol - Parigi 1995) [43, 46] e puntando su progetti di promozione della salute.

Si tratta di interventi realizzati secondo l'approccio di comunità che anche nel nostro paese, se pure solo in rari casi, si sono realizzati [2, 6].

D'altronde è noto che un'alterazione della performance individuale avviene a bassi consumi di alcol ed è tale acquisizione ad aver spinto il legislatore a stabilire un limite, compromissorio, di 0,5 gr/L di alcolemia, forse in procinto di ridursi, per la guida ma addirittura di 0,0 gr/L nel caso di lavorazioni a rischio infortuni.

A questa categoria di consumatori, e cioè ai bevitori moderati, si devono rivolgere i programmi di prevenzione dei luoghi di lavoro se ci si pone l'obiettivo di ridurre gli infortuni.

Il fenomeno alcol in Italia non è meno grave con i 4 milioni di bevitori problematici, 1,5 milioni di alcolisti, da 36.000 a 46.000 numero di decessi alcol-correlati, prevalenza di PPAC in medicina generale e numero di ricoveri alcol correlati >10%⁴.

È vero però che vi è stata una riduzione dei consumi di alcol più consistente di quella registrata in altri paesi europei [13], sino a superare probabilmente il livello di riduzione del 25% entro l'anno 2000 raccomandato dall'OMS. Corrao dimostra che qualsiasi dose di alcol è potenzialmente causa di malattia (anche se il ri-

⁴ GESIA, Gruppo epidemiologico della SIA. Studio ASSALT, Ricerche relative agli anni 1994-1999.

schio aumenta naturalmente con l'aumentare del consumo), e che la definizione di una qualsiasi dose soglia sia del tutto arbitraria non essendo suffragata da solide evidenze scientifiche. Inoltre evidenzia che i decessi attribuibili a basse dosi di alcol sono aumentati dal 1973 al 1993 mentre la forte riduzione del fenomeno ha riguardato l'impatto degli elevati consumi che si sono ridotti.

È evidente che tutte queste acquisizioni comportano una ridefinizione del tema alcol e salute.

I problemi dell'alcol non riguardano solo la situazione estrema, la più evidente dell'alcolismo/alcol-dipendenza che si prospetta di voler diagnosticare (cfr. DMS IV). Se ci rivolgiamo solo ad essa perdiamo molti problemi.

Nei Piani di azione 2000-2005 e 2005-2010 [53] l'OMS prevede la riduzione dei rischi di PAC che possono verificarsi in una serie di ambienti tra cui il luogo di lavoro, e il Piano nazionale *Alcol e Salute*, approvato il 7 febbraio 2007, recepisce tale obiettivo prevedendo che per l'area «ambienti e luoghi di lavoro» sia attivata «la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le amministrazioni regionali per promuovere nei luoghi di lavoro una politica sull'alcol fondata sull'educazione, la promozione della salute, relativa identificazione, o autoidentificazione, dei soggetti a rischio e la possibilità di intraprendere, nel pieno rispetto della *privacy*, trattamenti integrati resi disponibili presso le strutture sanitarie e sociosanitarie»⁵.

▼ La normativa sull'alcol nei luoghi di lavoro

La recente normativa sull'alcol nei luoghi di lavoro (L. 125/01 - Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, 16 marzo 2006, d.l. 81/08 e d.l. 3 agosto 2009, n. 106), deve essere letta con attenzione, guardando alla cultura scientifica sulla salute che è propria dell'Europa.

La legge 125/01 infatti è una «*legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati*» che discende da risoluzioni di organi comunitari e recepisce in pieno le indicazioni dell'OMS con particolare riferimento al primo Piano d'Azione Europeo sull'alcol 1992-1999 [43], e della Carta Europea sull'Alcol con i suoi cinque principi etici e le dieci strategie per lo sviluppo di politiche sull'alcol tra le quali vanno comprese «le promozioni di ambienti di lavoro protetti da incidenti e altre conse-

⁵ Anche l'ILO (1996) con il programma «Stress, Tobacco, Alcohol HIV, Violence» aveva previsto strategie formativo/informative per ridurre il rischio alcol e droghe in ambito lavorativo ed ha indicato la necessità di escludere la disponibilità di bevande alcoliche durante le ore di lavoro e le pause.

guenze negative dovute al consumo di bevande alcoliche». Essa reca norme di natura generale finalizzate alla prevenzione, alla cura, e al reinserimento lavorativo, e tra le finalità dichiarate (art. 2) figurano l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche, e la garanzia «stessa di adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale che si occupa di PAC» utili a promuovere stili di vita sani.

Naturalmente la lettura dell'art. 15, che dà le disposizioni per la sicurezza sul lavoro, deve essere fatta tenendo conto di questo impianto generale; non farlo sarebbe non solo riduttivo ma fuorviante. Esso sancisce l'intento squisitamente preventivo del legislatore rispetto al fenomeno infortunistico, perseguito vietando l'uso di bevande alcoliche nelle attività definite e fornendo esclusivamente al MC e ai medici del lavoro dei Servizi con funzioni di vigilanza la facoltà, non l'obbligo, di utilizzare lo strumento del controllo alcolimetrico. Non sono previsti interventi rispetto alla idoneità lavorativa, solo sanzioni amministrative per il lavoratore che contravvenga alle disposizioni. Al comma 3 prevede per soggetti con PAC che vogliano accedere ai programmi terapeutici l'estensione dei benefici previsti per i tossicodipendenti. Il TU 81/08, a sua volta, indicando all'art. 41 comma 4 che nei «casi e alle condizioni previste dall'ordinamento» le visite sono finalizzate alla verifica di assenza di alcol-dipendenza, apre la prospettiva alla possibilità di accertamenti mirati e definiti, e quindi alla effettuazione della sorveglianza sanitaria; è una ipotesi che pare farsi in questi giorni concreta dal momento che il d.l. 3 agosto 2009 n. 106 stabilisce che «condizioni e modalità per l'accertamento dell'alcoldipendenza» debbano essere stabilite entro il 31 dicembre 2009. È un aspetto problematico che deve essere ripreso.

▼ La problematica dello stress nei luoghi di lavoro

La diffusione sempre più crescente del rischio stress e dei suoi gravi effetti sulla salute sono il risultato moderno dello sviluppo della società in un mondo globalizzato che espone a diverse condizioni che, oltre ai fattori fisici esterni, comprendono l'organizzazione del lavoro, i suoi contenuti, le relazioni interpersonali, la qualità della comunicazione, la soddisfazione sul lavoro...; l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul lavoro ha individuato dieci categorie differenti potenzialmente pericolose/rischiose, suddivise per caratteristiche dell'impiego, delle organizzazioni e degli ambienti di lavoro [1].

È l'elenco di una serie di situazioni in cui la persona vive il suo rapporto con se stesso, gli altri, l'ambiente, nell'impegno del lavoro; sono la sua esperienza concre-

ta, in cui si mette in campo con le sue aspettative, ambizioni... , con la sua pienezza vitale, la sua totalità da esprimere e realizzare. Ci siamo aperti in questa definizione, propria dell'approccio «fenomenologico ed esistenziale» della «Gestalt» [33] ad una visione della salute della persona che si realizza come «equilibrio coordinato di tutta la complessità che è», per cogliere meglio le implicazioni sul piano umano della condizione di stress.

Purtroppo oggi abbiamo a che fare anche con la precarietà e l'incertezza della prospettiva di lavoro, una condizione di stress che chiamerei *esistenziale*, di un ordine cioè superiore, che viene prima di tutto il resto, mette in discussione la persona stessa nel proprio esistere. Non c'è bisogno di misurarla.

Nomino questa situazione estrema, oltre che per la sua rilevanza oggi così drammatica, perché ci dà modo di riflettere, come in una estensione di campo, sulla dimensione profonda, di sofferenza personale, che non sempre è facile cogliere, propria dello stress, e che è così scarsamente nominata. È questa dimensione che ci deve fare comprendere la grande delicatezza di questa tematica e l'impegno di natura etica e di responsabilità che anche per questo si impone.

In questo senso oggi non pare più adeguato il modello di Selye (1936) [35], che pur ha avuto indubbi meriti, e serve soprattutto a delineare il meccanismo di azione alla base del danno fisico.

Per cogliere compiutamente la problematica dello stress, l'evoluzione culturale di questi anni e il suo significato, ci dobbiamo riferire anche in questo caso all'ampia produzione di risoluzioni, dichiarazioni, suggerimenti che si sono susseguiti in questi anni in campo europeo.

La Commissione Europea - Direzione generale Occupazione e affari sociali (Lussemburgo 2000) [10] definisce così lo stress: «è un modello di reazioni emotive, cognitive e comportamentali e fisiologiche ad aspetti avversi e nocivi del contenuto, dell'organizzazione dell'ambiente di lavoro. Si tratta di uno stato caratterizzato da elevati livelli di eccitazione e ansia, spesso accompagnati da senso di inadeguatezza». E a proposito dell'intervento afferma: «lo stress può essere prevenuto o neutralizzato riorganizzando l'attività professionale, migliorando il sostegno sociale, e prevedendo una ricompensa adeguata agli sforzi compiuti dai lavoratori. Occorre inoltre, ovviamente adeguare le condizioni fisiche di lavoro alle capacità, le esigenze e le ragionevoli aspettative dei lavoratori».

Nell'Accordo Quadro Europeo sullo stress nei luoghi di lavoro (ottobre 2004) compare: «è una condizione, accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche, psicologiche o sociali...».

Secondo la direttiva quadro dell'UE «adeguare il lavoro all'uomo» si costituisce come principio generale per la prevenzione.

È evidente quale peso debba venir dato alla persona.

Secondo il trattato di Amsterdam (1997) (art. 152), «Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana». Nella risoluzione del 25 febbraio 1999, il Parlamento europeo «Ritiene che il lavoro debba essere adattato alle capacità ed ai bisogni delle persone e non viceversa...». Secondo la dichiarazione ministeriale di Londra coordinata dall'OMS (1999): «La buona prassi è un processo volto a migliorare costantemente le prestazioni nell'ambito della gestione della salute, dell'ambiente e della sicurezza con la partecipazione di tutte le parti interessate sia all'interno che all'esterno dell'impresa: le comunità di lavoro (datori di lavoro, direzione aziendale, lavoratori e organizzazioni sindacali) e la società nelle quali sono inserite».

Sono i passaggi riconosciuti necessari in campo europeo a costituire *progetti di salute in luoghi sani di lavoro*, nella sfida moderna della qualità e anche del successo economico nel mondo delle imprese, e anche così a *ri-costituire* Comunità.

Bisogna riconoscere però che per quanto l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro [26] dia indicazione di un intervento di prevenzione di tipo primario costruito secondo il criterio classico del «ciclo di controllo» come per gli altri fattori di rischio, fino ad oggi la maggior parte dei programmi di intervento sullo stress sono soprattutto stati rivolti alla prevenzione secondaria e terziaria [38].

È probabile che ciò sia dovuto alla complessità dei fattori in gioco, oltre che a ragioni di una inerzia generale sul piano *culturale* che non vede il risvolto umano ed economico stare insieme.

La difficoltà più grande ha a che fare soprattutto con la capacità di costruire una metodologia dell'intervento che si regga su condizioni ottimali di coinvolgimento e di partecipazione al lavoro dei diversi soggetti interessati, e su un approccio positivo di cambiamento sulla base di una esperienza condivisa e valorizzata. Perché, è dimostrato, l'intervento da realizzare deve mettere insieme comprensione/valutazione e azione/riorganizzazione

Dire così significa che la valutazione dello stress, sempre, è solo un punto di partenza che non può rimanere a sé stante, come dice in modo chiaro la CE: «uno dei peccati mortali nel campo della salute sul lavoro consiste nel condurre studi complessi, che descrivono in notevole dettaglio il fenomeno dello stress collegato al lavoro, le sue cause e le sue conseguenze, per poi non farne nulla. Significa diagnosticare senza curare e men che meno prevenire» (p. 77). Altro punto importante da ricordare: «gli interventi se non correttamente gestiti o se attuati in modo incompleto possono contribuire ad intensificare lo stress, anziché ridurlo» (p. 54).

I risultati positivi che in letteratura sono citati, relativi a programmi avviati dall'ILO [3], propongono in modo netto il valore della metodologia usata nell'intervento.

Il successo è in genere proporzionale a questi fattori: impegno profuso, definito dal numero di iniziative intraprese, grado di partecipazione del sindacato all'obiettivo di creare una commissione mista lavoro/*management*, coinvolgimento attivo dei lavoratori sia nella pianificazione dell'intervento che ai gruppi di discussione sui cambiamenti dell'ambiente di lavoro.

È acquisito inoltre come un dato fondamentale che il processo di cambiamento possa «autosostenersi»; come avviene se il *management* mette a disposizione risorse tecniche ed economiche e i lavoratori sentono di «contare».

Sono progetti di intervento costruiti secondo un modello di cambiamento partecipato in cui risultano combinati tra loro diversi approcci: quello indispensabile di «educazione» costituita dall'informazione/formazione, che su questo terreno si definisce nei suoi termini più avanzati come consapevolezza, e allo stesso tempo quello operativo concreto che rende possibile riconoscere e adottare strumenti per la soluzione attiva di problemi, anche in nuove aree [19].

È evidente che si propone di operare secondo i criteri propri del progetto di «Promozione della salute sul luogo di lavoro».

Essi non possono essere disattesi, e a maggior ragione dovrebbero essere applicati anche in interventi relativamente semplici, non costosi, senza eccessivo dispendio di tempo e attuati secondo il senso comune.

È quanto è previsto nel modello di intervento definito del «controllo interno» [10], nel quale si realizza un processo a tappe di autoregolazione effettuato in stretta collaborazione fra le parti interessate.

L'intervento inizia con l'analisi delle caratteristiche dell'esposizione in termini di incidenza e gravità, individuando cause e ripercussioni sulla salute, anche con l'utilizzo di appositi strumenti quali questionari, procede valutando le caratteristiche di tale esposizione, come si riflettono sul contenuto e l'organizzazione del lavoro, e come è possibile modificarle. Tutto questo lavoro ha senso solo se si prosegue poi a mettere a punto e ad attuare un pacchetto integrato di interventi volto a prevenire lo stress e a promuovere il benessere, e poi nell'ultima fase a valutare i risultati.

Il metodo si basa semplicemente sull'apprendimento sistematico dall'esperienza. Per realizzare cambiamenti nell'organizzazione che producano benefici economici, salute, e qualità, è indispensabile che si determini una unione naturale di interessi tra *management* e lavoratori. È la sfida moderna anche per il nostro paese nell'economia, e che ha dimostrato di saper dare risultati per i lavoratori e l'impresa.

▼ Il ruolo del medico competente per l'alcol e lo stress

È evidente che il MC ha un ruolo molto significativo nella realizzazione dei progetti di prevenzione e promozione di salute sino a qui delineati.

Egli deve saper offrire una sua specifica competenza professionale, che in questo campo in particolare si deve esprimere anche sul *piano umano*, per capacità d'ascolto, di attenzione, disponibilità di tempo e di volontà d'interlocazione, e anche di aiuto.

Insomma deve essere nelle condizioni di poter svolgere sino in fondo quel ruolo che già dovrebbe avere *d'esperto naturale*.

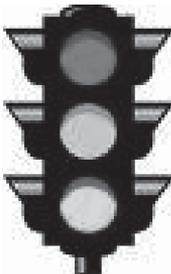
Lo è per la sua particolare funzione, perché se ha lavorato bene nell'azienda che lo occupa, ha conosciuto aspetti significativi del lavoro dal punto di vista organizzativo, delle modalità di rapporto nel luogo di lavoro, anche attraverso le occasioni del colloquio, e ha avuto modo di conoscere bene le persone.

■ Nel caso dell'alcol

Abbiamo trattato nei suoi aspetti generali la tematica che il MC deve conoscere bene, per riuscire ad applicare il nuovo modello di prevenzione fondato sui due principi basilari: di concetto positivo di bene-essere e salute, e della relazione tra quantità di danni da alcol e la quantità totale di alcol consumato [22].

Citiamo a questo punto, perché molto chiaro, l'esempio in figura del semaforo che riporta l'ILO [24], a ribadire una distribuzione del modo di bere in analogia con i colori del semaforo, che dal verde ove non c'è rischio, passa in un *processo che avviene nel tempo* al giallo e rosso con problemi crescenti.

È per la zona verde e gialla, che riguardano il non bere e il bere moderato e che poi si aggrava, che ha senso parlare di prevenzione; nel caso della zona rossa invece che riguarda lavoratori i cui problemi sono in fondo già ben noti, quelli della dipendenza, si tratta di un'altra cosa, c'è bisogno di assistenza professionale o del trattamento.



RED ZONE	STOP FOR INTERVENTION – YOU ARE IN DANGER
AMBER ZONE	CAUTION – YOU ARE AT RISK AND WILL NEED INTERVENTION UNLESS YOU MODIFY BEHAVIOUR NOW
GREEN ZONE	SAFE – YOU CAN PROCEED WITH CARE

Ribadisce l'ILO che i primi interventi attuati secondo il modello medico hanno avuto un debole impatto su quanti già stavano usando o abusando di alcol, mentre quelli nuovi di promozione alla salute in cui tutta la popolazione è vista come un intero hanno potuto sviluppare un potente intervento di prevenzione.

Ci pare in questo modo di poter anche mettere a fuoco la questione dibattuta, ed ora all'ordine del giorno sulla sorveglianza sanitaria per l'alcol-dipendenza. Parlare di «prevenzione» in zona rossa non è corretto per quanto sopra detto (*too few workers, too late*); si tratta di una piccola fascia di soggetti spesso già ben noti, e che spesso nel processo produttivo sono già stati allontanati da situazioni di pericolo, come ben si ricava dalla esperienza corrente.

E ci preoccupa questa sottolineatura, sulla sorveglianza sanitaria in ambito preventivo, perché non vorremmo riproponesse il modello medico a tutto scapito della prevenzione. Per quanto detto fin qui è un vero errore.

Lo potremmo dimostrare con un ragionamento basato sui numeri, per le ragioni sopra dette, oltre che arricchendo la discussione sulla difficoltà di verificare uno stato di dipendenza con test ematici, mentre assai più efficaci sono schemi di analisi di comportamenti quali si possono desumere con semplici questionari (CAGE-AUDIT), magari somministrati mascherati [9, 12, 14, 30].

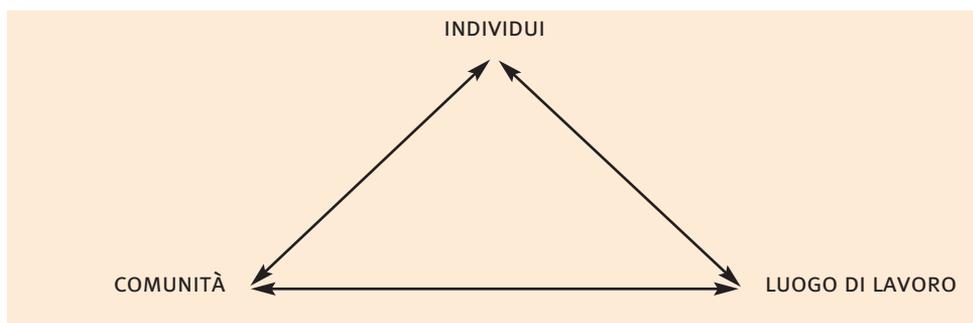
Vogliamo invece affermare a questo punto il ruolo molto importante del MC nel caso dell'alcol-dipendenza, perché se ha formazione ed esperienza può riuscire a prospettare una possibilità di soluzione, di trattamento, come prevede la norma, in situazioni molto delicate in cui la persona magari rischia il posto di lavoro.

Deve essere un MC che ha capacità di ascolto e comunicazione con la persona che ha *bisogno di aiuto*, in modo da mettere a fuoco il problema, e riuscire a far sì che l'altro accolga la possibilità di soluzioni.

Per dare risposte concrete ai bisogni del lavoratore, dovrà anche avvalersi di altre competenze, del livello specialistico dell'ASL, e del Servizio Pubblico della Medicina del lavoro, e disporre degli opportuni collegamenti con le realtà di mutuo aiuto che ci sono nel territorio.

Stiamo dicendo che è importante che ci sia una struttura funzionale ben definita, di cui facciano parte altri professionisti che hanno una responsabilità e una competenza specialistica nella gestione dei problemi dell'alcol.

Abbiamo in questo modo delineato le diverse fasi del problema, tra loro non separabili, e che bisogna trattare insieme secondo un approccio che comprenda nell'azione di prevenzione tutti e tre gli obiettivi, come ha sottolineato l'ILO (1996): gli individui, il luogo di lavoro, e la comunità stessa.



In sintesi le strategie da mettere in campo sono queste [32].

Innanzitutto il MC deve saper giocare un ruolo come di *regista*; ma per farlo egli deve acquisire e crescere nella sua competenza alcolica.

Vi è poi un'altra figura che si dovrebbe costituire così come la indica il WHO [44], ed è fondamentale per il progetto; si dovrebbe cioè individuare il cosiddetto «operatore della salute», che oltre a effettuare il suo lavoro, dovrebbe essere in grado di svolgere azioni di sensibilizzazione, rilevazione dei problemi della sicurezza allargata agli stili di vita, e quindi rispetto all'alcol.

Per costruire un progetto di promozione di salute è indispensabile anche la creazione di un gruppo di lavoro interno all'azienda (o interaziendale o intersettoriale), che sia costituito da lavoratori che hanno una particolare sensibilità per i problemi dell'alcol, quelli impegnati nei servizi sociali, del personale, i capisquadra, gli alcolisti stessi in trattamento presso gruppi di auto-mutuo-aiuto, in grado di pianificare progetti a carattere incrementale che prevedano cioè piccoli passi e creino le basi per ulteriori percorsi.

Lo sviluppo del lavoro dovrebbe prevedere azioni atte a:

- ▶ individuare risorse, esperienze e difficoltà di singole realtà;
- ▶ individuare strumenti adeguati per misurare e rendere visibili i PAC (ricerche, studi...);
- ▶ coinvolgere le persone più vicine quotidianamente ai lavoratori (inizialmente poche persone ed incremento graduale);
- ▶ facilitare percorsi di formazione continua ed educazione permanente rivolta a tutti i lavoratori (per un cambiamento culturale e comportamentale).

Tali interventi vedrebbero una prima fase di indagine nella quale si ricostruisce il quadro epidemiologico della comunità lavorativa in particolare rispetto ai consumi di bevande alcoliche, alle conoscenze e agli atteggiamenti nei confronti dell'alcol.

Si potrebbe anche prevedere in questa fase l'utilizzo di strumenti di *screening* costituiti da questionari (CAGE - e AUDIT) da parte del MC, naturalmente solo se

adeguatamente formato sul loro significato, con i quali sarebbe possibile identificare bevitori a rischio per i quali avviare opportuni interventi di trattamento. Naturalmente tale progetto è possibile solo con il coinvolgimento pieno di tutti gli attori della prevenzione aziendali, DL, MC, RSPP, RLS, che adeguatamente formati siano in grado di costruire e realizzare percorsi adeguati e ben calati nella realtà di quel luogo di lavoro. Naturalmente la valutazione dovrebbe essere ritenuta parte integrante del lavoro e della programmazione di un intervento sui problemi dell'alcol.

■ Nel caso dello stress

Abbiamo già definito i criteri da adottare per i programmi di intervento sullo stress ai quali secondo noi è assolutamente necessario attenersi.

L'intervento deve essere molto concreto, costruito all'interno del luogo di lavoro in un buon clima di fiducia e rispetto, e naturalmente riconosciuto e sostenuto dalla direzione.

Per questo sottolineiamo il nostro no a sofisticati questionari, i quali devono comunque rimanere anonimi, a programmi e pacchetti preconfezionati, che arrivano dall'esterno, un no agli esperti che vengono dal di fuori, se non per problematiche ben definite e circoscritte; devono esserci invece funzione e ruolo degli RLS e dei lavoratori, e programmi diffusi di informazione e formazione, in un programma di lavoro che è condiviso dalla direzione.

Se si lavora in questo modo, il MC può trovare il suo giusto ruolo, accettando la sfida di un lavoro nuovo, e anche il piacere di intravedere la possibilità di risultati importanti, proprio perché il suo apporto potrebbe dimostrarsi davvero significativo.

Potremmo vederlo giocare una funzione importantissima *di connessione*, se accetta di mettere tutta la sua competenza a disposizione dell'azienda intervenendo correttamente nel processo informativo/formativo e sapendo gestire nel modo dovuto il grande patrimonio di conoscenza di cui è in possesso, sulla realtà lavorativa e i problemi di salute dei lavoratori.

▼ Considerazioni finali

Concludo con alcune brevi riflessioni che mi derivano dalla preoccupazione che nel lavoro concreto le modalità di intervento possano davvero corrispondere alle esigenze di metodo che abbiamo sin qui posto.

Mi permetto, in questo ultimo passaggio, di esprimere in termini essenziali la questione cruciale che riguarda tutta la tematica che abbiamo svolto.

Mi riferisco alle due dicotomie soggetto/oggetto, dentro/fuori, che si presentano nello sviluppo di questo lavoro e che dovremmo sempre tenere presenti; c'è bisogno che i lavoratori a tutti gli effetti siano soggetti attivi, e l'intervento deve essere costruito in modo tale da non essere vissuto come imposto dal di fuori, sia invece riconosciuto da ciascuno, perché risponde ad esigenze che stanno anche dentro.

Sono questioni che si pongono sempre quando il lavoro riguarda la persona, e solo se lavoriamo tenendole presenti ci possono essere fiducia, impegno e condivisione. Riconoscere il ruolo del soggetto e fare in modo che sia coinvolto nel progetto, vuol dire mettere in campo un sistema di valori che poi è alla base di una crescita che riguarda il lavoro insieme di ciascuno per la sua parte, e un desiderio di procedere che ha a che fare con la motivazione.

In fondo si tratta dei comportamenti che riguardano i valori umani della persona e a pensarci bene il loro rispetto è la sola condizione che ci può dare una garanzia vera di poter lavorare con qualità, e per questo ad avere risultati.

Bibliografia

[1] Agenzia Europea per la Sicurezza e Salute sul Lavoro, *Ricerca sullo stress correlato al lavoro*, 2000.

[2] AA.VV., Alcol, salute e comunità. Rete per il piano europeo dell'organizzazione mondiale della sanità, *Alcol, meno è meglio. Progetto triennale di promozione della salute sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati da realizzare in ambiti territoriali definiti*, Trento, Centro Studi, 1999.

[3] AA.VV., Organizzazione Internazionale del Lavoro, *Stress at work, la ricerca comparativa internazionale*, Edizione italiana a cura di M. La Rosa, M. Bonzagni, P. Grazioli, Progetto CNR - P.F. Fatma, Milano, Franco Angeli, 1994.

[4] Anderson P., *Alcol e assistenza sanitaria di base*, Copenaghen, WHO Ufficio Regionale per l'Europa, 1996.

[5] Anderson P., Baumberg, B., *L'alcol in Europa, Una prospettiva di salute pubblica*, Regno Unito, Institute of Alcohol Studies, 2006.

[6] Bagnardi V., Sorini, E., *Valutazione di un intervento di educazione e promozione della salute per ridurre i consumi di bevande alcoliche. Il Progetto multicentrico nazionale «Alcol, meno è meglio»*, Congresso nazionale, Associazione Italiana di Epidemiologia, Milano, 15-17 ottobre 2008.

[7] Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi, 1976.

[8] Bateson G., *Mente e natura*, Milano, Adelphi, 1979.

- [9] Bernadt M.W., *Comparison of Questionnaire and Laboratory Tests in the Detection of Excessive Drinking and Alcoholism*, in *The Lancet*, 6 febbraio 1982.
- [10] Comunità Europea (CE), *Guida sullo stress legato all'attività lavorativa. «Sale della vita o veleno mortale?»*, manoscritto terminato nel 1999.
- [11] Cerizza G., Greco C., Lucchini, A., *Il profilo professionale dell'alcolologo. Dall'esperienza clinica agli indirizzi metodologici*, Milano, Franco Angeli, 1999.
- [12] Conigrave K.M., e altri, *Predictive Capacity of the AUDIT, Questionnaire for Alcohol Related Harm*, in *Addiction*, n. 90, 1995.
- [13] Corrao G., et al., *Epidemiologia dei consumi e dei problemi alcol-correlati in Italia*, in *Medicina del Lavoro. Rivista bimestrale di medicina del Lavoro e igiene industriale*, vol. 98, n. 6, novembre-dicembre 2007.
- [14] Ewing J.A., *Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire*, in *JAMA*, n. 252, 1984.
- [15] Gordis E., *Accessible and Affordable Health Care for Alcoholism and Related Problems; Strategy for Costs Containment*, in *J. Stud. Alcohol*, n. 48, 1987.
- [16] Hardfore T.C., Brooks, S.D., *Cirrhotic Mortality and Occupation*, in *J. Stud. Alcohol*, n. 43, 1992.
- [17] Hudolin V., *Manuale di alcologia*, Trento, Centro Studi e Ricerche Erikson, 1991.
- [18] Hudolin V., *Sofferenza Multidimensionale della Famiglia. Linee guida per gli operatori (servitori) di salute nella comunità sui problemi alcoldrogacorrelati e complessi*, Padova, Eurocare, 1995.
- [19] Karasek R., *La prevenzione dello stress attraverso la riorganizzazione del lavoro: una rassegna di «studi di caso» internazionali*, in *Organizzazione Internazionale del Lavoro, Stress at work, la ricerca comparativa internazionale*, edizione italiana a cura di M. La Rosa, M. Bonzagni, P. Grazioli, Progetto CNR - P.F. Fatma, Milano, Franco Angeli, 1994.
- [20] Kuhn S., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Torino, Einaudi, 1995.
- [21] IARC Monographs, *Alcohol Drinking*, vol. 44, Lyon, IARC, France, 1988.
- [22] International Labour Organisation (ILO), *Management of Alcohol and Drug-Related Issues in the Workplace*, Geneva, AN ILO Code of Practice, 1996.
- [23] International Labour Organisation (ILO), *Drug and Alcohol Abuse, Workplace*.
- [24] International Labour Organisation (ILO), *Alcohol and Drug Problems at Work, the Shift to Prevention*, 2003.
- [25] ISPESL, Istituto superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del lavoro, IACP Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona, *La promozione della salute nei Luoghi di Lavoro*.

- [26] ISPESL, Istituto superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del lavoro, Agenzia Europea per la Sicurezza e Salute sul Lavoro, *Lo stress in ambiente di lavoro. Linee guida per i datori di lavoro e responsabili dei servizi di prevenzione*, 2002.
- [27] Ingrosso M., *Ecologia sociale e salute. Scenari e concezioni del benessere nella società complessa*, Milano, Franco Angeli, 1994.
- [28] Ingrosso M. (a cura di), *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche, politiche*, Milano, Franco Angeli, 1994.
- [29] Jellinek E.M., *The Disease Concept of Alcoholism*, Hillhouse (New Haven), 1960.
- [30] Jona E., *Il medico e l'alcolismo. Considerazioni generali in vista di un lavoro sul campo*, Chieri, Centro studi e ricerche in alcolologia ARCAT Piemonte, 1997.
- [31] Martin J.K. et al., *Jobstress, Drinking Networks and Social Support at Work: a Comprehensive Model of Employess Problem Drinking Behaviors*, in *Social Q*, n. 37, 1996.
- [32] Noventa A., *Il rapporto tra l'alcol e il lavoro nella prospettiva alcolologica. Atti del Convegno Nazionale Alcol e lavoro, aspetti legislativi, strategie di prevenzione e modelli di interventi*, 12 marzo 2004, Maranello.
- [33] Perls F.S., *La terapia gestaltica, parola per parola*, Roma, Astrolabio, 1980.
- [34] Rose G., *Le strategie della medicina preventiva*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1996.
- [35] Selye H., *A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents*, 1936, pp. 132-138.
- [36] Smith G., Cook, C., *Alcohol and Drug Misuse*, in *The Medical Aspects*, n. 25, Oxford University Press, 2000.
- [37] Società Italiana di Alcolologia, *Alcol e comportamenti: dall'individuo alla società. XVI Congresso nazionale della SIA*, Grado, 14-16 ottobre 1999.
- [38] Stuart K., *The National Health Service, Doctors and Society beyond 2000. New Opportunities and Challenges*, Commonwealth Health Research Inter-regional Consultation, gennaio, 1999.
- [39] Von Bertalanffy L., *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppo, applicazioni*, Milano, ISEDI, 1971.
- [40] Wiener N., *Introduzione alla cibernetica* (tr. dall'inglese), Torino, Universale Scientifica Boringhieri, 1966.

■ Documenti WHO (citati in ordine cronologico)

- [41] WHO, UNICEF, *Dichiarazione Universale di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria*, Alma Ata, USSR 6-12 settembre 1978

- [42] Ottawa Charter. WHO, *Carta di Ottawa. Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute*, World Health Organisation, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association, Ottawa, Canada, 17-21 novembre 1986.
- [43] European Alcohol Action Plan. WHO, *Alcol: un Piano d'azione Europeo*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio Regionale per l'Europa, Quarantaduesima sessione, Copenaghen, 14-19 settembre 1992.
- [44] WHO, *Health Promotion in the Workplace: Alcohol and Drug Abuse*, Technical Report Series, n. 833, Geneve, 1993.
- [45] Alcohol, less is better. WHO, *Alcol, meno è meglio, Rapporto della Conferenza Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità «Salute, Società e Alcol»*, Parigi, 12-14 dicembre 1995.
- [46] Carta europea sull'alcol. WHO, *Carta Europea sull'Alcool. 10 Strategie per l'azione sull'alcool. Dichiarazione della Conferenza intergovernativa di Parigi*, dicembre 1995.
- [47] Città sane. WHO, *Progetto Città Sane. Salute per tutti entro l'anno 2000. Azioni strategiche a livello locale*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio Regionale per l'Europa, Copenaghen, 1987.
- [48] Health 21: the Health for All Policy Framework the WHO European Region. WHO, *Salute per tutti per il 21° secolo per la Regione Europea*, Ufficio Regionale per l'Europa, Stoccolma, 1999.
- [49] Declaration on Young People and Alcohol. WHO, *Dichiarazione su giovani e alcol*, Ufficio Regionale per l'Europa, Stoccolma, 2001.
- [50] WHO, *Gazzetta ufficiale della Comunità Europea*, 12 marzo 1982, N.C. 87/120-121.
- [51] WHO, *Comunicato stampa del 19/09/2001*.
- [52] Health 21. WHO, *Health For All In The 21st Century*, Ufficio Regionale Europeo, Copenaghen, 1998.
- [53] European Alcohol Action Plan. WHO, *Piano d'Azione Europeo sull'Alcol prima, seconda e terza fase 1999-2005-2010*, Ufficio Regionale per l'Europa, Stoccolma, 1999. Obiettivo 12 di Salute 21.





Quaderni
di Medicina Legale del Lavoro

Approfondimenti





Riflessioni «stress e lavoro»

a cura dei Coordinamenti medico-legali dell'INCA CGIL nazionale e della Lombardia e della CGIL Lombardia

▼ Premessa

Fino ad oggi a noi medici consulenti del Patronato INCA sono stati sottoposti all'analisi alcuni, pochi, casi di lavoratori colpiti o deceduti per *infarto acuto del miocardio* per valutare se fosse sostenibile la denuncia di infortunio *da stress lavorativo* per sforzo abnorme, stress termico, stress psicofisico da superlavoro. Alcuni casi sono stati riconosciuti dall'INAIL in genere dopo ricorso giudiziario. Ad esempio:

- ▶ la Sentenza della Cassazione Civile Sez. Lavoro 27-09-00 n. 12798 tratta di un caso di infarto acuto del miocardio in autista addetto alla guida dell'autobus in cui lo sforzo abnorme è individuato nell'attività lavorativa ripresa dopo un iniziale malore «richiedendo a se stesso una anomala concentrazione di energie fisiche per poter vincere tale malore... tale da poter qualificare come causa violenta la seguente successione degli eventi: il secondo malore, la perdita di controllo del veicolo [...] l'episodio infartuale ed infine il decesso».
- ▶ la sentenza n. 5 del 2 gennaio 2002 della Cassazione Civile Sez. Lavoro «Danno biologico da superlavoro - Responsabilità del datore di lavoro: il nesso causale rilevante ai sensi dell'art. 2087 cod. civ. non è circoscritto agli eventi che costituiscono conseguenza necessitata della condotta datoriale, secondo un giudizio prognostico *ex-ante*, ma si estende a tutti gli eventi possibili, rispetto ai quali la condotta datoriale si ponga con un nesso di causalità adeguata»: nel caso specifico il «superlavoro», che aveva determinato il danno (infarto miocardico), era dovuto al lavoro straordinario feriale e festivo anche presso la propria abitazione per una media di 60 ore settimanali cui era stato costretto per diversi anni a causa dell'insufficienza dell'organico e della sproporzione tra il personale addetto e la quantità di lavoro prevista.

Per quanto riguarda il superlavoro vi sono in letteratura numerosi studi giapponesi sull'ipertensione ed infarto del miocardio.

In questi anni sempre più frequenti negli ambulatori INCA sono stati i casi di *patologie degli arti superiori e del rachide da sovraccarico biomeccanico lavorativo per aumento dei ritmi e carichi di lavoro*. Come afferma Eurogip i disturbi muscoloscheletrici sono ormai una emergenza che interessa tutti i settori lavorativi e aziende di tutte le dimensioni in Europa e rappresentano una vera e propria epidemia (vedi *Les Débats d'Eurogip. Les TMS en Europe. Prévenir le risque professionnel et maintenir les victimes dans l'emploi: quelles actions pour quels résultats?*, 22 octobre 2007, Paris Ref. Eurogip – 30/F dicembre 2007 e *Musculoskeletal disorders. An ill-understood «pandemic»*, ETUI-REHS, Health and Safety Department, European Trade Union Istitut 2007, tradotto e riportato in «Disturbi muscoloscheletrici: un'epidemia sottovalutata» 2087 Quaderni n. 7/8 settembre-ottobre 2007). Riteniamo che essi rappresentino un importante *indicatore* dei danni a livello organico dello stress negli ambienti di lavoro.

A *livello psichico* secondo l'OMS sono in aumento in modo allarmante le malattie mentali.

Il 1° febbraio 2007 *la Repubblica* riferiva di un convegno organizzato da ASL Città di Milano (in data 2 febbraio 2007 in via Oglio 18) su «Ansia e depressione» rivolto ai medici di base affinché essi si convincessero ad inviare i soggetti dagli specialisti per diagnosi e terapie anziché fare direttamente la prescrizione di psicofarmaci; risultava all'ASL che ben 360.000 milanesi facevano uso di ansiolitici! (80.000 seguiti da CPS pubblici – 55.000 le donne trentenni). Nell'articolo non si faceva alcun cenno alla necessità di riflettere sul modo di vivere e lavorare, sulla necessità di cambiare qualcosa...

Le Monde in data 10 settembre 2008 riportava sotto il titolo «il malessere supermedicalizzato»: i medici di base sempre più spesso si devono confrontare con «stress al lavoro, problemi familiari, disturbi del sonno, astenia, ansietà, sofferenza psichica e sociale»; per vari motivi (difficoltà di ottenere la consulenza specialistica, costi, tempo da dedicare a se stessi sempre più ridotto, ecc...) la risposta più diffusa è la prescrizione di farmaci. Un francese su 4 ha consumato uno psicofarmaco negli ultimi 12 mesi! Alla fine dell'articolo si riportava una frase di Eduard Zarifian che nel 1996 aveva fatto uno studio sulla diffusione degli psicofarmaci: «Le cifre mostrano che lo psicofarmaco ha smesso di essere un farmaco ma è diventato un prodotto per trattare il malessere della società» concludendo «Niente è cambiato!». Sempre su *Le Monde* del 2 febbraio 2007 veniva riportato lo sgomento ed il lutto per i 3 casi di suicidio sul lavoro al centro tecnico di Guyoncourt della Renault: secondo il sindacato CGT per «competizione feroce» all'interno dell'azienda; se-

condo lo psichiatra Dejours per «la attuale degradazione profonda del vivere insieme: mentre in passato vi era solidarietà per le vittime delle ingiustizie, oggi vi è una competizione sfrenata essendoci una valutazione individuale del lavoro»

Lo psicologo inglese Oliver James in *Affluenza: how to be successful and stay sane* (Vermillion, 2007) sostiene che gli esseri umani ed il malessere psicologico sono il prodotto dell'ambiente (famiglia e società) che in questi ultimi 15-20 anni ci ha spinto alla competizione per consumare sempre di più: avere sempre più soldi per possedere case, auto, telefonini, viaggi, un seno perfetto, un pene più lungo... La depressione, l'ansia, la dipendenza da alcool, droghe, farmaci dovrebbero essere curati non con l'uso di psicofarmaci ma con un capitalismo «meno egoista» che tassi i ricchi per redistribuire il reddito, che fornisca servizi pubblici di qualità (sanità, scuole, teatri, servizi sociali) ed un lavoro dignitoso.

Luciano Gallino (*Il costo umano della flessibilità*, Laterza, 2001 – *L'impresa irresponsabile*, Einaudi 2005) puntualizza che il nuovo fordismo con aumento dei ritmi e carichi di lavoro e tutte le varie forme di lavoro precario comportano costi umani elevati in termini di disagio, malessere, disturbi: «è la vita che diventa precaria, non è possibile alcuna progettualità».

L'inchiesta FIOM 2008 su come i lavoratori giudicano le condizioni di lavoro nelle aziende meccaniche rileva che, a fronte di una paga ridotta rispetto agli altri paesi europei (in media 1200 euro al mese), si hanno orari prolungati, turni notturni, ritmi elevati con sovraccarico degli arti superiori, lavoro monotono e ripetitivo con scadenze rigide e molto strette.

In *Work, Stress and Mental Health* (Newsletter of the Finish Institute of Occupational Health 1/2005) si riporta che in Finlandia la perdita di capacità lavorativa con richiesta di pensione di invalidità è nella maggior parte dei casi riconducibile allo stress lavoro correlato; i disturbi segnalati sono dolori articolari, cefalea, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, vertigini, disturbi digestivi ed aritmia cardiaca; le patologie più frequenti sono quelle da sovraccarico biomeccanico degli arti e del rachide ed i disturbi mentali. Si segnala una maggiore suscettibilità alle infezioni ed una maggiore incidenza di malattie autoimmuni; il livello di cortisolo nella saliva risulta aumentato. Viene riferito che molti soggetti richiedenti l'invalidità lavorano nel settore dei servizi (mense, pulizie, ecc...) in cui ritmi e carichi di lavoro risultano elevati. Viene sottolineato che per affrontare il problema servono competenze non solo della medicina del lavoro ma di specialisti psicologi e psichiatri e che ci deve essere una stretta collaborazione della direzione aziendale e dei lavoratori.

La partecipazione consapevole dei lavoratori a qualsiasi studio in medicina del lavoro quale elemento essenziale a garantire l'imparzialità del ricercatore è stata di re-

cente enfatizzata da Karen Van Damme (Center for Human Genetics, Catholic University Leuven, Health Coordinator, Labour Inspectorate Belgium) nel seminario della Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro tenutosi a Brescia il 22 febbraio 2007.

Secondo l'OSHA, Agenzia europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro (<http://osha.europa.eu/topics/stress>): «Lo stress legato all'attività lavorativa interessa quasi un lavoratore su quattro, può colpire chiunque a qualsiasi livello, interessare qualsiasi settore ed aziende di ogni dimensione, può essere fonte di malattia e disagio quali i disturbi muscoloscheletrici, può mettere in pericolo la sicurezza sul luogo di lavoro, è responsabile del 50% di tutte le giornate lavorative perse. I cambiamenti in corso nel mondo del lavoro sottopongono i lavoratori a pressioni sempre maggiori; si pensi al ridimensionamento delle imprese e all'esternalizzazione delle mansioni, al maggior bisogno di flessibilità in termini di impiego e competenza, all'accresciuto ricorso ai contratti a tempo determinato, alla più marcata precarietà del lavoro e all'intensificazione dell'attività lavorativa (con un carico di lavoro più intenso e un aumentato livello di pressione) nonché allo scarso equilibrio tra lavoro e vita privata. Ma anche questo problema può essere affrontato con la stessa logica e sistematicità riservate ad altre questioni di salute e sicurezza».

Nell'Accordo Quadro Europeo sullo stress lavoro correlato, sottoscritto dalle parti sociali l'8 ottobre 2004 e in Italia il 9 giugno 2008, ribadito che lo stress può interessare ogni settore, ogni azienda, ogni lavoratore indipendentemente dal tipo di lavoro svolto, dalle dimensioni dell'azienda e dal tipo di contratto, viene indicato che va analizzato e vanno individuate le misure preventive nella cui adozione è prevista la «partecipazione e collaborazione dei lavoratori» (non prevista nella fase di analisi e di individuazione delle misure! All'art. 29 dell'81 è previsto però che «la valutazione dei rischi viene fatta previa consultazione dell'RLS»). Gli indicatori di stress individuati (assenteismo, elevata rotazione di personale, conflitti, lamentele dei lavoratori) non sembrano esauritivi. Negli ambulatori INCA le lavoratrici/i lavoratori riferiscono che in questo clima di paura di ritorsioni e perdita di posto di lavoro spesso non si assentano dal lavoro e non denunciano i disturbi neppure al medico competente se non quando non riescono proprio più a continuare la mansione.

I risultati dell'indagine epidemiologica della Regione Lombardia su «stress e lavoro – progetto 2004-2006» non forniscono elementi di riflessione in quanto non affrontano i fattori lavorativi di rischio; sembra addirittura che sia il «livello socio-economico [...] il fattore psicosociale più strettamente correlato sia ai disturbi sia alla demotivazione e al disagio lavorativo»!

Nell'European Risk Observatory Report 2007 «Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health» a p. 72 si ribadisce che: «I risultati di differenti studi indicano che l'intensificazione del lavoro determinatasi in questi ultimi due decenni può avere un effetto diretto sull'epidemia di patologie da sovraccarico biomeccanico lavorativo e di malattie stress-correlate».

In «Metodologia di valutazione dei rischi psicosociali in ambito lavorativo» AUSL 1 Massa e Carrara ottobre 2008 viene presentata una metodologia (basata su analisi della documentazione, osservazione diretta, interviste preordinate a dirigenti, RSPP, medico competente, RLS, utilizzo di questionari anonimi sulla percezione del rischio da parte dei lavoratori, utilizzo di questionari individuali da parte del medico competente per far emergere i danni in termini di disturbi e malattie) che prevede lo studio di:

- ▶ caratteristiche generali dell'azienda (ciclo produttivo, tempi di produzione, carichi di lavoro, forza lavoro impiegata, contratti atipici, appalti);
 - ▶ andamento assenze, turnover, ritardi, conflitti sindacali, errori di produzione, cause di lavoro;
 - ▶ segnalazioni di disagi da parte di lavoratori (esiste un sistema che favorisce la segnalazione?), risultati della sorveglianza sanitaria (disturbi, patologie);
- e poi la creazione di matrici di valutazione del rischio «macchinose».

In teoria sembra un approccio «completo», gestito da una struttura esterna all'azienda, la ASL; si tratta di capire se questo modello «tecnico» neutro viene calato in una realtà interessata o meno all'analisi del problema e che contributo possa derivare dallo staff dirigenziale e dalle lavoratrici/lavoratori: entrambi sembrano essere messi sotto la lente di osservazione e non certo protagonisti dell'indagine.

Per quanto riguarda come valutare lo stress N. Magnavita (G Ital Med Lav Erg 2008; 30:1, Suppl A, Psicol) fa una ampia rassegna degli «Strumenti per la valutazione dei rischi psicosociali sul lavoro» concludendo che «scarseggiano nel nostro paese gli studi multicentrici, fioriscono i tentativi di percorrere autonomamente la strada di nuove traduzioni ed adattamenti o dell'elaborazione *ex-novo* di strumenti di indagine e modelli teorici [...] è noto che il medico del lavoro si trova in una condizione di grande favore per la raccolta sistematica di osservazioni epidemiologiche [...] la percentuale di risposte alle questioni poste dal medico competente sono sempre molto elevate se confrontate con quelle comunemente raggiungibili dalle indagini epidemiologiche condotte da enti esterni al mondo del lavoro [...] a questo vantaggio si contrappone però l'isolamento del medico competente in una sola o al massimo poche realtà produt-

tive. Anche l'osservazione più accurata finisce per essere limitata dall'unicità e non casualità del campione. Proprio questa considerazione dovrebbe spingere ad utilizzare nello studio dello stress strumenti di validità internazionale in una versione nazionale uniformata e con procedure di somministrazione e valutazione rigidamente standardizzate».

In «Best better psychosocial work environmental: a study of workplace interventions 2004-2008» (dal sito www.eurogip.fr) viene riportato la verifica, sempre utilizzando un questionario, degli interventi sul rischio psicosociale fatti dopo 4 anni in 14 realtà lavorative (non è specificato né il settore né il numero dei dipendenti): nella maggior parte dei casi non si è verificato nessun miglioramento. Il rischio è diminuito in alcune realtà in cui vi è da parte dell'azienda un interesse reale di prevenire lo stress, interesse pari a quello per la qualità del prodotto. Non sembra esserci un solo modo giusto che vada bene a tutti, né ci sono regole facili e semplici per creare un buon «clima» psicosociale: ci vuole tempo e cura; ci vuole un clima di fiducia e di stima, di rispetto e di riconoscimento! Il dialogo ed il coinvolgimento non bastano! Il significato del lavoro deve essere creato collettivamente. Niente viene da niente!

Nel dossier «Le stress au travail» del 4.11.05 www.inrs.fr, dopo i capitoli sulle definizioni, i fattori di stress al lavoro, i meccanismi eziopatogenetici, i danni alla salute, i costi dello stress, gli aspetti legislativi, si affronta il tema della valutazione e prevenzione dello stress. Premesso che la prevenzione dello stress si inquadra all'interno del problema complessivo della prevenzione dei rischi professionali e che usa metodi che si devono adattare alle diverse situazioni e dimensioni delle imprese, vengono individuate le condizioni necessarie che devono esistere perché si possa realizzare una valutazione e prevenzione efficace dello stress:

- ▶ l'impresa deve essere consapevole che la valutazione richiede del tempo, va ripetuta ed alla diagnosi devono seguire delle misure di prevenzione;
- ▶ è necessario che preesista nell'impresa una cultura sul tema della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; sarà difficile affrontare il problema stress in una azienda che trascura la prevenzione dei rischi fisici o chimici;
- ▶ i dirigenti dell'impresa devono essere pronti a mettere in discussione l'organizzazione del lavoro se essa risulta causa di stress;
- ▶ non è possibile fare prevenzione dello stress lavorativo se l'insieme dei lavoratori non è informato e partecipa del progetto;
- ▶ per valutare e prevenire lo stress lavorativo serve un gruppo di lavoro interno all'azienda (solo in caso di necessità avvalendosi di competenze esterne), gruppo che deve essere credibile, autorevole e rispettato e rappresentativo dell'insieme dei lavoratori.

Situazioni preoccupanti che richiamano l'attenzione sul rischio stress lavoro-correlato sono: episodi di violenza fra i lavoratori o da parte del pubblico, casi di suicidio fra i dipendenti, segnalazioni di possibili vessazioni, epidemie di disturbi muscolo-scheletrici, assenteismi, ritardi, demotivazione del personale.

La metodologia proposta prevede una prima analisi della situazione, la messa a punto di un progetto specifico con un gruppo di lavoro dedicato che approfondisca il problema, l'elaborazione e la diffusione dei risultati, la loro validazione e la messa in atto di un piano di azione che elimini il rischio, lo isoli, lo riduca e ne osservi l'andamento nel tempo.

È anche indicata una azione di «rinforzo» dei lavoratori esposti al rischio (per esempio la formazione alla gestione dei conflitti ed all'individuazione precoce degli aggressori per i lavoratori a contatto con il pubblico) e di presa in carico il più precocemente possibile da parte del medico o psicologo dei lavoratori già in stato di sofferenza a causa dello stress lavoro-correlato.

Su questi temi si è ritenuto utile un confronto discussione riflessione tra medici consulenti INCA, esponenti CGIL e medici del lavoro con cui in questi anni si sono avuti frequenti fruttuosi scambi ed il cui giudizio si considera prezioso.

▼ Definizioni

Prima di passare a riferire della discussione si richiamano alcune *definizioni* tratte da *Guida sullo stress legato all'attività lavorativa: sale della vita o veleno mortale?* redatta da Lennart Levi professore emerito di medicina psicosociale del Karolinska Institut di Stoccolma, e Inger Levi, direttrice di Studies Eurostress Stoccolma Commissione Europea 1999.

Stress (pp. 3-4) = reazione emotiva, cognitiva, comportamentale e fisiologica ad aspetti avversi e nocivi del contenuto dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro. È uno stato caratterizzato da livelli elevati di eccitazione e ansia spesso accompagnati da senso di inadeguatezza.

Fattori di stress al lavoro (pp. 14-22) =

- ▶ fisici (rumore eccessivo, calore, umidità, vibrazioni, esposizione a sostanze tossiche);
- ▶ psicologici e sociali legati al contatto con la sofferenza umana (servizi di assistenza medica, polizia) o nel quale il personale è esposto a pericoli fisici (vigili del fuoco, sommozzatori) o a minacce di aggressione (personale di sorveglianza);

- ▶ gestionali (lavoro a turni, lavoro notturno, lavoro protratto, aumento dei ritmi e carico di lavoro, costante impegno richiesto di prestazioni superlative, assenza di autonomia decisionale e controllo sul proprio lavoro);
- ▶ mancanza di sostegno sociale (apprezzamento ed appoggio da parte dei superiori e dei colleghi);
- ▶ ricompensa non adeguata agli sforzi compiuti;
- ▶ incertezza o conflittualità dei ruoli.

Stress e salute (pp. 24-27) =

- ▶ cardiopatia e ictus (le patologie cardiovascolari si manifestano soprattutto nei casi in cui l'impegno richiesto è elevato, il controllo è scarso, il sostegno sociale è insufficiente e lo sforzo compiuto non viene ricompensato);
- ▶ cancro: lo stress in sé non provoca il cancro ma può indurre una serie di comportamenti (fumo, sovralimentazione, eccessivo consumo di grassi, promiscuità) che aumentano secondariamente il rischio di cancro;
- ▶ patologie muscoloscheletriche (arti superiori, collo e tratto lombare): tensione muscolare da fattori di stress legati al lavoro e traumi multipli da fattori non ergonomici sul posto di lavoro;
- ▶ patologie gastroenteriche: dispepsia e sindrome del colon irritabile;
- ▶ disturbi d'ansia, disturbi depressivi, infortuni, suicidi.

Prevenzione o cerotto sui calli? (pp. 39-40) = la maggior parte dei metodi di prevenzione dello stress legato all'attività lavorativa è rivolta soltanto alla prevenzione secondaria o terziaria e consiste in programmi di fitness, metodi per smettere di fumare, controllo dell'alimentazione, corsi di rilassamento ed attività fisica, misure sanitarie di screening, consulenza psicologica senza studiare e poi intervenire sui fattori di stress a livello di organizzazione o di ambiente di lavoro.

Come intervenire: chiedere a chi calza la scarpa (p. 64) = «per sapere dove stringe la scarpa, nulla di meglio che chiederlo a chi la calza. Ne consegue che i lavoratori esposti come sono ai pro e ai contro di ogni luogo di lavoro, sono i veri esperti in tema di problemi e di carte da giocare, di abilità e di esigenze, di sfide e di modi per farvi fronte».

Quali strumenti (pp. 75-76) = «esistono migliaia di liste di controllo, questionari e scale di valutazione [...] può essere giustificato l'uso di strumenti di misurazione esistenti a livello locale di provata affidabilità e validità».

Dalla valutazione all'intervento (p. 77) = secondo la Direttiva europea compito del datore di lavoro è eliminare i fattori di stress in particolare il sovraccarico lavorativo organizzando in modo ottimale la distribuzione dei compiti.

▼ **Discussione**

Nando Brandi INCA CGIL Brescia

Viene sottolineato che sull'argomento stress così come sull'alcool viene spesso utilizzato un approccio, un modello, solo medico trascurando gli aspetti sociali, relazionali e vengono così prodotti studi di scarsa qualità che rischiano di creare confusione anche semantica. Andrebbero focalizzati le condizioni di lavoro che rappresentano fattori di rischio (come i ritmi elevati, i mancati riconoscimenti), i problemi di comportamento, gli indicatori di disagio. Uno dei problemi è che spesso vi è una dissociazione tra il dire e il fare; si deve avere l'umiltà di dire quello che si è in grado di fare evidenziando anche le criticità su cui è ancora difficile trovare soluzioni ed intervenire.

Laura Bodini ASL Città di Milano

Nel corso di questo decennio si sono verificate modifiche notevoli nelle realtà produttive con precarizzazione dei contratti, presenza sempre più importante di lavoratori extracomunitari, lavoro nero. Una conseguenza è la competizione individuale e la fine della solidarietà fra i lavoratori. Lo stress è sicuramente un fattore di rischio emergente, molto più complesso da studiare del rumore: deve essere previsto un ruolo essenziale dei lavoratori. Le ASL cosa fanno sullo stress? Ci sono aspettative sindacali? Parlare di stress genera ansia. Si avverte un'ansia di intervenire, di valutare lo stress. Forse vale la pena di individuare alcuni settori su cui intervenire prioritariamente.

Gianpiero Cassina INCA CGIL Bergamo

I ritmi ed i carichi di lavoro c'erano anche in passato, forse di minore entità. Ma oggi prevale proprio la solitudine! Va sicuramente considerata e valorizzata la soggettività. Andrebbe focalizzata l'attenzione sui fattori su cui è possibile poi un intervento, valutando quale sia il ruolo della politica, del sindacato in merito, quanto e cosa può fare la ASL o il medico competente; suggerire metodologie di intervento per il medico competente quale l'uso di questionari per far emergere le patologie; chiedere anche per queste patologie il riconoscimento di malattia professionale come già avviene in alcuni paesi del Nord Europa.

Giovanni Pianosi ASL Città di Milano

Parlando di rischio psicosociale lavorativo viene sempre enfatizzata la «sovrastimolazione» (ritmi, carichi di lavoro, ecc.) ma non la sottostimolazione (non coinvolgimento, demotivazione, demansionamento, ecc.) che spesso è all'origine di disa-

gio dei lavoratori fino al mobbing e burnout. La richiesta sindacale è sempre stata quella di lavorare meno anni, di prepensionamento considerando il lavoro quasi una condanna mentre bisognerebbe distinguere... La valutazione del rischio è in capo al datore di lavoro e non dovrebbe essere fatta né da ASL né dalla Regione. Produrre linee guida comporta il rischio di un fiorire di consulenze e di «volumi e volumi» di valutazioni del rischio. Meglio non fare nulla che fare male! Non avere paura della scarsa qualità della valutazione: meglio poche pagine ma che affrontino anche pochi problemi reali, perché ci vuole tempo perché si sviluppi la cultura in merito. Andrebbe sviluppata nelle aziende l'attenzione all'ascolto, all'osservazione, al confronto per conoscere la propria realtà. Il medico competente dovrebbe essere un osservatore «guidato». Cosa fanno i servizi di risorse umane?

Valeria Rossi ASL Città di Milano

Dai casi di disagio che arrivano alla ASL si evidenzia che anche nelle grandi organizzazioni non vi è investimento nelle «risorse umane»: sembra vi siano obiettivi solo a breve termine; lavoratori che hanno lavorato per anni nella stessa azienda vengono oggi subito allontanati se presentano qualche problema. Una delle cause di stress sta nella scarsa qualità delle relazioni interpersonali che porta poi disaffezione al lavoro. Per affrontare il rischio stress si dovrebbe concentrare l'attenzione sui fattori organizzativi prevenibili ma ci vuole il «clima» giusto per farlo.

Lo stress non è un fenomeno nuovo; l'unica novità è che la legge obbliga alla valutazione di questo rischio. Come fare perché ciò rappresenti una opportunità e non un obbligo formale? Si devono affrontare alcuni aspetti:

- ▶ Come interpretare la legge? L'art. 28 del d.l. 81/08 recita: «La valutazione dei rischi [...] deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress-lavoro-correlato secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004». Confindustria spinge perché lo stress rientri tra i rischi «particolari»; ma l'accordo europeo al punto 1 secondo comma prevede: «Lo stress può potenzialmente colpire qualsiasi posto di lavoro e qualunque lavoratore, indipendentemente dalla grandezza dell'impresa, dal settore di attività o dal tipo di relazione contrattuale o di lavoro» e non indica certo solo alcuni settori, alcune mansioni «particolari». Questa interpretazione estensiva è chiaramente da privilegiare.
- ▶ Si è creato un proliferare di offerte di consulenze (psicologi, psicanalisti, consulenti del lavoro ecc. che nella maggior parte dei casi hanno poca o nulla esperienza delle realtà produttive) che offrono valutazioni «tecniche» esterne risolutive. Vi è il rischio che anche da parte dei lavoratori si subisca il fascino di queste

iniziative «esterne» e si generino grandi aspettative. Va smontata questa fiducia nei «tecnici esterni» e va diffusa la consapevolezza che è possibile ottenere qualcosa di positivo da questa valutazione solo se l'iniziativa nasce dall'interno perché è maturata la consapevolezza da parte dei lavoratori, RLS, RSU in merito e se c'è una condizione interna che lo permette (se l'azienda è disponibile si è già a metà strada, ma anche il confronto coi lavoratori e i loro rappresentanti può migliorarne la disponibilità!).

- ▶ Andrebbe studiato e fornito agli RLS uno strumento semplice, una breve check list che aiuti ad individuare e fare emergere se e dove sono presenti i problemi e quindi li indirizzi a porre precise richieste all'azienda affinché siano approfonditi (se è il caso) o affrontati alcuni aspetti dell'organizzazione del lavoro.
- ▶ Se ci vuole o no un esperto esterno si vedrà. Lo strumento in sé e cioè quale questionario va utilizzato non è così importante: non è questo il problema! Ma è il modo in cui viene utilizzato e «gestito» che conta: lo gestisce solo l'esperto nominato dal datore di lavoro insieme ad un capo reparto o capo-area? Non emergerà nulla!
- ▶ Una applicazione generalizzata in tutte le realtà produttive gestita dall'alto o dall'esterno può non fare emergere nulla. Può avere anche senso individuare alcuni settori e/o mansioni più facilmente interessate ma serve anche individuare degli indicatori (la check list dell'RLS?) che indichino situazioni con esigenza di analisi e intervento.

Quale può essere il ruolo delle ASL? Vanno individuati i requisiti minimi necessari perché una valutazione del rischio stress può essere considerata valida: il primo requisito potrebbe essere «deve essere stata condivisa anche dall'RLS». Quando si fa un controllo esterno come ASL si capisce se c'è stato un confronto con l'RLS o no! Il secondo requisito «deve contenere delle misure di miglioramento che riguardino l'organizzazione e l'ambiente di lavoro e non gli individui». Di programmi di «medicina di comunità» rivolta ai singoli lavoratori affinché cambino il proprio stile di vita (diminuzione di fumo, alcool, dieta, sport, ecc.) o apprendano tecniche di meditazione, ecc. se ne deve occupare la comunità appunto e non la medicina del lavoro o il datore di lavoro! La legge e l'accordo europeo prevedono che sia valutato lo stress-lavoro correlato e siano intraprese misure che riguardano lo stress da lavoro ed è sul lavoro che ci si deve prioritariamente focalizzare. Come fa l'RLS di un supermercato di fronte ad orari di lavoro di 16 ore al dì? Il problema è la relazione tra le nuove regole introdotte sull'orario di lavoro e la salute. All'interno di queste regole date che cosa significa occuparsi di stress? Può significare mappare la situazione e sorvegliarne gli effetti? Nelle situazioni dove gli orari di lavoro sono estremamente irregolari e quasi «individualiz-

zati» una valutazione del rischio da stress può prescindere da un'analisi degli orari? A complicare ulteriormente il quadro va aggiunto che i settori dove gli orari sono più irregolari sono anche quelli meno sindacalizzati e dove la presenza e/o significatività dei RLS è meno diffusa.

Daniela Rota CGIL Lombardia

Un breve riepilogo delle considerazioni già sviluppate per dare a tutti i partecipanti al tavolo una base di confronto comune:

- ▶ partecipazione al tavolo di CGIL Lombardia con la finalità di scambi e lavoro coordinato su un terreno comune;
- ▶ valutazione del rischio stress come questione attualmente nodale del tema stress in generale, in quanto nuovo adempimento introdotto dal decreto 81 e che entrerà in vigore il prossimo 16 maggio;
- ▶ confronto con la Regione nel laboratorio «Stress e lavoro»;
- ▶ obiettivo prioritario da perseguire: la prevenzione e non la ricerca di casi di stress;
- ▶ arginare il business delle consulenze sui nuovi documenti di valutazione dei rischi e il conseguente rischio di risultati che sono mero adempimento formale e di basso contenuto qualitativo;

Sugli sviluppi del confronto sul tavolo regionale si devono sottolineare innanzi tutto due aspetti.

Come OO.SS. abbiamo più volte criticato gli orientamenti della SIMLII che leggono lo stress come rischio legato a gruppi particolari esposti, sostenendo sia il non riconoscimento delle linee SIMLII, ma soprattutto rivendicando l'Accordo europeo dell'ottobre 2004.

Con la ripresa del confronto nell'ultima riunione, dopo parecchi problemi di metodo e di merito sorti su quel tavolo regionale, siamo riusciti per quanto concerne il problema di cui sopra a ripartire proprio dagli assunti dell'Accordo europeo.

Il secondo aspetto riguarda l'obiettivo che a più breve periodo si è dato il laboratorio regionale, quello di orientamento degli organi di vigilanza.

L'ipotesi è quella di riprendere gli Indirizzi per la redazione del documento di valutazione del rischio *ex art. 4 d.lgs. 626/94*, documento regionale (Comitato Tecnico Scientifico del Progetto Obiettivo «626») elaborato con il contributo preponderante delle organizzazioni sindacali.

In merito al dibattito sull'uso del questionario come strumento base per cominciare la valutazione del rischio stress, si dovrebbe, a partire da questo tavolo, ma chiaramente come OO.SS. e come Patronati, condividere questo assunto: il que-

stionario in sé non è la base della valutazione; la valutazione può e dovrebbe prescindere dal questionario. Possiamo condividere inoltre che possa costituire uno strumento per orientare chi ha più difficoltà nel darsi un metodo e quindi è d'obbligo esprimersi e dare orientamenti su modelli buoni di questionario da utilizzare. In ogni caso le aziende, a maggior ragione se più strutturate e di medie dimensioni, devono sapere, e già sanno, a priori come organizzare il lavoro in modo da non generare stress.

Isa Redaelli ASL Milano 3

Il gruppo ha una precisa connotazione politica e la riflessione è rivolta al cambiamento. Interessa di più il metodo che il merito; occorre discutere quindi sul metodo e sul ruolo che devono giocare i vari componenti e cioè sul ruolo della politica, del sindacato, dell'RLS, delle ASL.

Le aziende sanno che devono fare la valutazione del rischio stress, i consulenti sanno che c'è questo nuovo business e offrono «pacchetti» con questionari, corsi di formazione e informazione... Occorre definire gli strumenti ed i metodi. Si potrebbe ipotizzare un diagramma di flusso. Si parte da una check list che permetta di individuare se esiste una situazione organizzativa a rischio. In caso di esito negativo andrebbe effettuata una verifica della inesistenza del rischio con l'utilizzo di questionari. Se invece emerge una situazione di rischio vanno studiati bene i fattori e le soluzioni. Quale è il momento per fare la valutazione del rischio stress-lavoro correlato? È ora! Tutte le realtà produttive si devono attrezzare. Vanno forniti agli RLS gli strumenti.

Marco Bottazzi INCA CGIL Nazionale

Per prima cosa va bene chiarito in ambiente sindacale che lo stress non è il mobbing, non è il burnout, non sono le vessazioni; possono esserci sia mobbing sia stress ma non sono la stessa cosa!

La SIMLII nel suo documento sullo stress indica determinati settori e determinati metodi di intervento «soggettivi» e cioè che prevedono la partecipazione dei lavoratori ed «oggettivi» che prevedono solo raccolta di dati. Sarebbe un errore seguire queste indicazioni perché vorrebbe dire che lo stress è presente solo in alcuni settori ed in alcune mansioni. L'ISPESL non ha ancora prodotto linee guida. Oggi circolano molti questionari che indagano molto opinioni e dati e comportamenti personali. I questionari devono essere anonimi! Vi è il problema della «delega» al tecnico che oggi vuol dire delega al mercato. Il metodo deve essere concordato con l'RLS che deve partecipare alla valutazione: questo deve essere ben chiarito agli RLS. Inoltre la valutazione non va fatta una volta per tutte.

Adalberto Ferioli INCA CGIL Varese e Legnano

Ripensando alle lotte per la difesa della salute degli anni '60 e '70 del secolo scorso ed al modello elaborato dei 4 gruppi di fattori di nocività è evidente che nel 4° gruppo in cui erano indicati «ritmi eccessivi di lavoro, monotonia, ripetitività, responsabilità, ansia, posizioni disagiati, altri effetti stancanti» si ritrovano tutti i fattori di rischio stress di cui oggi si discute. Andrebbero analizzati questi fattori di rischio da parte dei lavoratori suddivisi in gruppi omogenei. Oggi si vogliono usare i questionari per dire che non c'è rischio così come le aziende hanno fatto nel documento di valutazione del rischio per gli altri fattori di nocività, documenti che come consulenti INCA vediamo presso INAIL per i casi di malattia professionale. Vi è un grosso rischio di confusione oltre che di sottovalutazione dei problemi di stress. Nelle piccole aziende di 3-4 dipendenti può proprio non avere alcun senso utilizzare un questionario; sarebbe utile per le piccole aziende fare indagini di settore utilizzando questionari diversi a seconda delle diverse realtà produttive. Occorre comunque essere consapevoli che la percezione dello stress varia in funzione di vari fattori. Per esempio in un'azienda multinazionale di pubblicità con sedi in numerosi paesi europei ed extraeuropei sono stati usati in passato questionari anonimi per valutare lo stress ed è emerso che anche in presenza di orari prolungati, di sovraccarico lavorativo non vi era percezione di stress laddove vi era una importante «motivazione».

Lelia Della Torre INCA CGIL Lombardia

È vero che la «motivazione» fa molto, fa la differenza per cui una situazione può essere vissuta in modo stressante da un soggetto e meno da un altro! Se lavoro 10-12 ore al giorno per pagare il mutuo di una villetta con giardino in cui possono giocare i miei figli ed io posso la domenica coltivare un orto biologico non provo alcuno stress; anche se lavoro 10-12 ore al giorno per ottenere (o perché ho ottenuto) un ruolo di caporeparto o di capo area o di responsabile non avverto alcuno stress perché ho altre sensazioni gratificanti come il piacere, la soddisfazione di fare un lavoro che mi piace; se lavoro come badante lontano dalla famiglia posso anche, nelle ore libere, non riposare ma fare le pulizie presso altre famiglie perché il desiderio che i miei figli possano studiare e cambiare così il loro futuro, la voglia che si avveri qualcosa mi fa sopportare tutto ed al massimo avverto solo un po' di fatica fisica. Ma c'è un ma! Le nostre articolazioni sono in grado di sopportare un certo carico, un certo numero di movimenti ripetitivi in un minuto per brevi periodi; ma se aumento il numero di movimenti anche di poco oltre il carico massimo si usurano così come se anziché fare quel nume-

ro massimo di movimenti per breve tempo la mansione è prolungata per ore o per giorni. Allora cominceranno a comparire i disturbi e poi le patologie! Lo stesso vale per i disturbi e le patologie legati alla privazione del sonno, all'ansia di terminare un lavoro, al «saltare» i pasti o avere un'alimentazione irregolare perché non ho tempo per fermarmi... Va bene per alcuni giorni... per un breve periodo... ma poi il nostro corpo «ci parla» nel senso che compaiono disturbi e bisognerebbe stare ad ascoltarlo... fermarsi... rivedere, ripensare come si sta vivendo e lavorando... per questo serve raccogliere anche il dato sui disturbi e le patologie fra gli addetti!

Il senso del limite... Capire se è stato superato o mantenuto il senso del limite!

Angelo Rivolta FILCAMS Lombardia

In questi anni con la diffusione del lavoro precario, esternalizzazioni, riduzioni del personale le aziende hanno in mano una forte arma di ricatto nei confronti dei lavoratori per chiedere orari prolungati, maggiori carichi di lavoro, ecc.. con conseguente esacerbazione dello stress. Il problema è complesso. Come fare perché l'RLS ed i lavoratori riconoscano le situazioni di stress? È sicuramente utile una formazione specifica. In questi anni a Milano come FILCAMS abbiamo affrontato questo problema nei call-center con una indagine portata avanti dalla ASL utilizzando questionari e sono emersi dati interessanti; anche in alcune recenti assemblee con i lavoratori si è sviluppato un dibattito molto partecipato sul tema stress. Vanno individuati gli strumenti che devono essere leggibili e praticabili e le modalità più adeguate perché il rischio di sottovalutazione del problema è evidente. Quale questionario è più adatto? Di sicuro deve contenere domande sui rischi specifici e sull'organizzazione del lavoro. Chi classifica e valuta i questionari? Una volta definiti bene strumenti e metodi si potrebbe sperimentare in qualche grossa realtà lavorativa in cui si è realizzata la formazione degli RLS.

In questa fase le aziende affrontano con modalità disparate la questione dello stress, del consumo di droghe, alcool... in un'ottica di pura autotutela e controllo... e selezione.

È importante definire dei percorsi per gli RLS e i lavoratori (e naturalmente le aziende, il medico competente...) per ricondurre anche questi temi verso un approccio partecipativo, e di condivisione degli strumenti di prevenzione e formazione da adottare. Le valutazioni condivise dei risultati dei test dovrebbero a loro volta far parte della più complessiva valutazione dei rischi lavorativi.

▼ **Riflessioni conclusive**

■ **Ruolo di sindacato, RSU, RLS**

Nella attuale situazione di crisi in cui risulta prioritaria la salvaguardia del posto di lavoro la valutazione dello stress e cioè riflettere insieme sulle attuali condizioni di lavoro e su eventuali disturbi e patologie in comune può rappresentare una occasione di «consapevolezza» per sindacato, RSU, RLS: contrattare orari, organico, pause, ritmi, carichi di lavoro, ecc... vuol dire affrontare fattori di stress nella realtà della attuale organizzazione del lavoro che ha previsto negli ultimi 15 anni da un lato orari e carichi e ritmi di lavoro usuranti e dall'altro una condizione di soggezione, di ricatto per la precarizzazione del lavoro.

■ **Cominciare a dire dei NO**

No a qualsiasi questionario che non sia stato preventivamente valutato e concordato con le organizzazioni sindacali di categoria.

No a qualsiasi questionario che non sia somministrato in forma anonima senza che si possa risalire in alcun modo al nominativo del lavoratore o della lavoratrice.

No a qualsiasi questionario che contenga domande relative a opinioni dei lavoratori e lavoratrici così come prevede l'art. 8 (divieto di indagini sulle opinioni) della legge 300/70 (Statuto dei lavoratori).

No al modello «medico» che prevede sofisticati questionari in programmi e pacchetti preconfezionati che arrivano dall'esterno o che preveda da subito il coinvolgimento di «supertecnici», psicologi, psichiatri. *No* alle spese inutili. Va diffusa invece la consapevolezza che è possibile ottenere qualcosa di positivo da questa valutazione solo se l'iniziativa nasce dall'interno perché è maturata la consapevolezza da parte dei lavoratori, RLS, RSU in merito e se c'è una condizione interna che lo permette.

No a ritenere lo stress un problema di alcuni particolari settori lavorativi o di alcune particolari mansioni.

No alla «medicina di comunità» rivolta ai singoli lavoratori affinché cambino il proprio stile di vita (diminuzione di fumo, alcool, dieta, sport, ecc.) o apprendano tecniche di meditazione, ecc. Se ne deve occupare la comunità appunto e non la medicina del lavoro o il datore di lavoro.

■ Quando dire dei Sì

Sì a programmi di informazione/formazione per RLS che li rendano consapevoli del loro valore, programmi sul ruolo e l'autostima, di *empowerment* cioè sul sentire di potere, di essere in grado di fare, sulla «vetero non delega», che ricordino loro che non sono eletti per imparare a fare i periti tecnici, gli ingegneri, gli avvocati e cioè per acquisire le nozioni tecniche delle varie discipline. Sono eletti per portare alla direzione aziendale problemi, saperi, richieste che vengono dai lavoratori. La loro forza deve essere il legame con i lavoratori con cui dovrebbero discutere i problemi di salute e sicurezza ed ipotizzare e poi validare le soluzioni.

Recentemente la CGIL Lombardia e poi alcune categorie regionali hanno sperimentato quale sistema formativo per il ruolo dell'RLS il teatro dell'Oppresso ottenendo importanti riscontri in termini di messa a fuoco di problemi e discussione di possibili soluzioni. Sarebbe molto utile estenderne l'esperienza, non lasciare morire i semi! Esiste infatti il problema di chi aggiorna gli RLS: sarebbe importante richiedere che Fondimpresa riservi fondi specifici per corsi sperimentali di empowerment.

Sì a programmi di informazione/formazione per RLS e lavoratrici/lavoratori sullo stress e su quali siano i fattori di rischio e i loro possibili effetti sulla salute da tenere sotto controllo.

Sì ad una semplice check list (vedi FACTS 31/2002 «Consigli pratici destinati ai lavoratori su come affrontare lo stress legato all'attività lavorativa e le sue cause», www.agency.osha.eu.int), che permette all'RLS di analizzare insieme ai lavoratori/lavoratrici per ogni singolo reparto/gruppo omogeneo:

- ▶ verifica di orari di lavoro, tempi e ritmi di produzione, carichi di lavoro, organici (diminuzione, part-time, precari) in riferimento al passato: cosa si è modificato in questi anni?
- ▶ altri fattori di nocività/disturbo presenti nel reparto e segnalati come tali dai lavoratori;
- ▶ presenza di disturbi e malattie muscoloscheletriche, di disturbi e malattie a livello cardiovascolare, digestivo, psiconervoso, uso di farmaci... Dati da richiedere anche al medico competente (quali risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria).

La check list è solo uno strumento che permette all'RLS di «sondare», di ricordare cosa verificare sull'organizzazione del lavoro, di cosa parlare con i lavoratori. Non serve che i disturbi siano raccolti in modo standardizzato con significatività statistica! Serve capire se una data organizzazione del lavoro sta producendo disturbi e/o danni.

Cosa poi l'RLS deve chiedere all'azienda? Che il problema vada approfondito se il problema esiste? A questo punto sorge la domanda: quali strumenti? gestiti da chi? I modelli di intervento devono essere molto semplici, poco «medicalizzati» o «psicologizzati» in cui il soggetto di ricerca e conoscenza, il punto di vista deve essere quello dei lavoratori/lavoratrici.

Senza lavoratrici/lavoratori, RLS e anche RSU non c'è intervento di valutazione dello stress condivisibile. Nessuno può parlare per loro! È anche una questione etica! Ed è anche una questione «scientifica» perché se i lavoratori non sono coinvolti come soggetti attivi difficilmente le risposte saranno attendibili.

Se l'RLS è formato in merito, consapevole del suo potere, non ha tanto importanza se si usa questo o quel questionario: ciò che importa è che siano presenti le domande essenziali sull'organizzazione del lavoro e sui disturbi, che il questionario sia relativo al gruppo omogeneo, che sia anonimo, che sia molto semplice, che le domande o affermazioni siano semplici, condivise e costruite dai e insieme ai lavoratori/lavoratrici basati sul buon senso e la concretezza dell'esperienza, che l'RLS possa partecipare alla elaborazione ed alla esposizione dei risultati.

Se i risultati sono negativi ma in contrasto con la check list chiaramente va studiato il perché.

Il tutto deve però essere finalizzato alla individuazione di misure di bonifica dei fattori lavorativi stress-correlati, deve essere finalizzato alla prevenzione!

In accordo con RSU dovrà essere individuata una piattaforma per rivedere orari, carico di lavoro, ritmi ed organici...

Deve essere chiaro che il nucleo di tutta la questione è conoscenza-cambiamento. Se lo si scinde non esiste nessuna valutazione condivisibile dello stress.

Serve l'esperto esterno? Solo se l'analisi, lo studio interno all'azienda ha messo in evidenza problemi (di comunicazione, ecc.) che necessitano di competenze particolari

■ Quale può essere il ruolo delle ASL?

Individuare i requisiti minimi necessari perché una valutazione del rischio stress possa essere considerata valida, quali:

«deve essere stata condivisa anche dall'RLS» e «deve contenere delle misure di miglioramento che riguardino l'organizzazione e l'ambiente di lavoro e non gli individui».

Di programmi di «medicina di comunità» rivolta ai singoli lavoratori affinché cambino il proprio stile di vita (diminuzione di fumo, alcool, dieta, sport, ecc.) o

apprendano tecniche di meditazione, ecc. se ne deve occupare la comunità appunto e non la medicina del lavoro o il datore di lavoro! La legge e l'accordo europeo prevedono che sia valutato lo stress-lavoro correlato e siano intraprese misure che riguardano lo stress da lavoro ed è sul lavoro che ci si deve focalizzare.

■ Cosa chiedere come CGIL a livello regionale e nazionale (Conferenza Stato-Regioni-Ministero)?

- ▶ Che nei luoghi di lavoro, tutti secondo l'accordo europeo e non solo in particolari settori (anche se potranno o dovranno essere individuati prioritariamente alcuni settori rispetto ad altri, alcune aziende rispetto ad altre) si cominci una riflessione sulla presenza di fattori di stress finalizzata alla prevenzione.
- ▶ Che gli RLS siano coinvolti fin dall'inizio per decidere come deve essere fatta la valutazione e per la elaborazione dei risultati e la individuazione/validazione delle misure di prevenzione.
- ▶ Che emergano i dati della sorveglianza sanitaria su disturbi e patologie legati alle mansioni, ai gruppi omogenei (tramite questionari guidati che il medico competente dovrebbe utilizzare nel corso delle visite) per verificare se un certo lavoro così come organizzato sta producendo problemi di salute negli addetti e che i lavoratori affetti vengano presi in carico con adeguato supporto medico e/o psicologico e per i necessari adempimenti medico-legali (denunce all'ASL, INAIL delle malattie lavoro-correlate).
- ▶ Che vengano utilizzati strumenti di valutazione semplici e validati e condivisi.
- ▶ Che la valutazione contenga anche le misure di prevenzione.
- ▶ Che i datori di lavoro siano consapevoli che valutare i fattori lavorativi stress-correlati vuol dire mettere in discussione l'organizzazione del lavoro che deve essere sottoposta a studio e se del caso modificata e mostrino un reale interesse a diminuire lo stress, interesse pari a quello per la qualità del prodotto.

Se la valutazione deve essere un atto non formale non può realisticamente essere preteso che venga fatta in modo estensivo e automatico in tutte le realtà lavorative in tempi rapidi. È auspicabile venga effettuata dove ci sono le condizioni per farlo con esperienze di qualità in qualche modo «pilota».

Gli indicatori minimi di una valutazione condivisibile del rischio stress lavoro-correlato risultano quindi SEMPLICITÀ - CONCRETEZZA - PROCESSO CONDIVISO - MISURE DI CAMBIAMENTO.

Bibliografia

- FACTS 22 AGENZIA EUROPEA OSHA 2002.
 FACTS 31 AGENZIA EUROPEA OSHA2002.
 FACTS 32 AGENZIA EUROPEA OSHA2002.
Tre esempi di buone prassi sul posto di lavoro, OSHA2002.
Apprendere dall'interno, OSHA2002.
La lezione del pensiero positivo, OSHA2002.
Come risolvere il problema dello stress legato all'attività lavorativa: consigli per dipendenti, datori di lavoro, esperti, OSHA2002.
Prevenzione pratica dei rischi psicosociali e dello stress, OSHA2002.
Export forecast on emergine psychosocial risks related occupational safety and health, OSHA 2007.
- Comunicazione 118/2002 Commissione Comunità Europea.
 Accordo Quadro Europeo 8 ottobre 2004.
 Recepimento italiano dell'«Accordo Quadro Europeo» 11 giugno 2008.
 Implementation of the european autonomous agreement on work-related stress 18.06.08.
 Aspectos basicos de la gestion de la prevencion de riesgos laborales MANUEL VELAZQUEZ 2008.
- Health&Safety Executive (HSE), *Psychosocial working conditions in Britain*, 2007.
 Health&Safety Executive (HSE), *Tacking stress: the management standards approach*, 2005.
 Health&Safety Executive (HSE), *Workplace stress costs Great Britain in excess of 530 million*, 2007.
- Processus organisationnels et psycho-sociaux favorisant la participation des travailleurs en santé et en sécurité du travail* M. Simard Janvier, 1999 IRSST.
Penibilité du travail et sortie précoce de l'emploi DARES Janvier 2008, n. 03.1.
Maladies psychiques liées au travail: quelle reconnaissance en Europe? EUROGIP Février 2004.
Risques psychosociaux au travail P. Lageron Comundi Stimulus 2008.
- ILO Organizzazione Internazionale del Lavoro, *STRESS AT WORK. La ricerca comparativa internazionale*, Franco Angeli, 1994.

Stress e attività lavorativa, relazioni Convegno Monza 4 aprile 2009.
Stress e lavoro, Report 2008 Progetto Obiettivo Regione Lombardia.

I QUADERNI FOR n. 7 settembre 2004.

Valutazione e prevenzione del rischio da stress lavoro correlato, Attilio Pagano Istituto Ambiente Europa Modena 2008.

Studio Possemato, «Utilizzo del questionario ICCL su lavoratori appartenenti a servizi domiciliari e ad un laboratorio analisi», relazione conclusiva, 2008.

Metodologia di valutazione dei rischi psicosociali in ambito lavorativo, Regione Toscana AUSL 1 Massa e Carrara, ottobre 2008.

Questionario ISPESL «Le persone e il lavoro».

Questionario finlandese sullo stress da lavoro tradotto e utilizzato presso la Clinica del lavoro di Milano.

Documento di consenso SIMLII, *Attività lavorative associate a stress*, Newsletter INCA 39 e 42 2008.

M.E. Magrin, *Dalla resistenza alla resilienza: promuovere benessere nei luoghi*, G. Ital Med Lav Erg 2008; 30:1 Suppl A. Psicol <http://gimle.fsm.it>.

M. Magnavita, *Strumenti per la valutazione dei rischi psicosociali sul lavoro*, G. Ital Med Lav Erg 2008; 30:1 Suppl A. Psicol <http://gimle.fsm.it>.

G. Borg, *A general scale to rate symptoms and feelings related to problems of ergonomic and organizational importance*, G. Ital Med Lav Erg 2008; 30:1 Suppl A. Psicol <http://gimle.fsm.it>.

Rivista 2087 «Rischi psicosociali sul lavoro», gennaio-febbraio 2009.

Bozza al 6 marzo 2009 «Check list Indicatori aziendali stress lavoro correlato» ULSS 21 Verona.



Un caso di morbo di Parkinson professionale: l'ultima relazione di CTU

TRIBUNALE DI MILANO

R.G. 4658/05

CONSULENZA TECNICA MEDICO-LEGALE D'UFFICIO IN TEMA DI

STIMA DEL DANNO

NELLA CAUSA:

contro INAIL

RISARCIMENTO DANNI residuati a

§ § § § § § §

§ § § § § § §

L'Ill.mo G.I. Dott. ssa Scuderi Manuela nominò i due CTU e pose agli stessi il quesito che si da per allegato.

§ § §

Nella data prefissata per le operazioni consulenziali hanno avuto inizio le operazioni di consulenza con una ricostruzione dell'anamnesi del ricorrente e i CTU hanno esaminato le circostanze con cui ha avuto inizio la sua malattia.

In quell' occasione il ricorrente ha riferito che le sue condizioni erano ulteriormente peggiorate e che aveva avuto pareri diversi sulla terapia da seguire.

Il ricorrente ha poi effettuato una ulteriore visita dalla dott.ssa [redacted] presso il Centro Parkinson degli ICP.

Il [redacted] ha quindi eseguito questa visita in cui è stata modificata la terapia con un discreto miglioramento delle condizioni neurologiche.

In seguito il ricorrente è stato rivisto dallo specialista neurologo, dott. [redacted] presso la Casa di Cura S. Pio X in data 17.7.2008.

In questa occasione è stata completata la raccolta dei dati anamnestici, è stata eseguita la visita neurologica e sono stati eseguiti i test specifici.

Documenti esaminati:

- copia notifica ricorso introduttivo
- questionari del datore di lavoro
- indagine ambientale per la valutazione dei rischi chimici della Fondazione Maugeri
- documento valutazione del rischio Alenia
- cartella ricovero del ricorrente presso Clinica Medicina del lavoro
- verbale commissione sicurezza Alenia relativo al Freon
- relazione sulla valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute del lavoro
- sentenza numero 214\04 Tribunale Milano sezione Lavoro
- relazione di consulenza tecnica d' ufficio Dott.ssa [redacted] 11/12/1003
- integrazione di consulenza tecnica d' ufficio Dott.ssa [redacted] 19/4/2004
- mandato generale delle liti
- delibera del CdA
- consulenza tecnica nella controversa tra [redacted] vs INAIL 30/3/2007
- integrazioni alla consulenza tecnica tra [redacted] vs INAIL 30/7/2007

Anamnesi

Anamnesi familiare: negativa per malattie ereditarie oppure di interesse neurologico-

Anamnesi fisiologica: nato a termine da parto eutocico. Sviluppo psicomotorio regolare. Appendicectomia nel 1969.

Anamnesi patologica remota negativa.

Anamnesi patologica prossima: il ricorrente riferisce di avere iniziato ad accusare i primi sintomi nel 1994 con uno stato di malessere generale ed episodi di vertigine ed astenia.

L'anno seguente 1995 ha iniziato ad accusare un rallentamento motorio all'arto inferiore di destra. Nel 1996 compaiono disturbi del sonno ed anche difficoltà motorie alla mano destra. Quindi difficoltà nella deambulazione. Successivamente sono comparsi anche attacchi di panico e sintomi di tipo depressivo, disturbi della memoria e difficoltà a mantenere l'attenzione. Nel 1997 venne visitato da uno psichiatra che pose diagnosi di "depressione". Il sig. ha quindi iniziato una terapia antidepressiva con parziale miglioramento della sintomatologia. In seguito ha assunto serotoninergici anticolinergici e per un breve periodo anche neurolettici. In relazione al progressivo peggioramento della sintomatologia motoria con difficoltà nella deambulazione viene ricoverato presso la Divisione di neurologia dell'Ospedale S. Raffaele di Milano dove viene posta diagnosi di Malattia di Parkinson con sindrome depressiva ed insonnia. In questa occasione esegue EEG e TAC encefalo che sono risultate negative. Nel giugno 2000 ricovero presso il centro Parkinson degli ICP di Milano dove esegue RMN encefalo che dimostra una riduzione dello spessore della pars compacta ed una SPECT con rilievo di ipocaptazione e livello parieto-occipitale-sinistra. Nel novembre 2000 è stato ricoverato presso la Clinica del lavoro degli Istituti Clinici di perfezionamento. Nel 2001 continua ad essere seguito dove inizia ad assumere dopaminoagonisti e nel 2002 viene aggiunta alla terapia anche l-dopa. Nel 2007 esegue presso il laboratorio di genetica dell'Istituto Mario Negri una indagine molecolare che ha escluso la presenza di modificazioni del gene Parkina. Nel 2003 iniziano a comparire delle fluttuazioni motorie con la presentazione in fase off di gravi difficoltà nella deambulazione. Negli anni successivi sono stati fatti numerose modificazioni della terapia antiparkinsoniana (Entocapone, Siro etc.). Nel 2006 è stato ricoverato presso la Fondazione Salvatore Maugeri di Veruno per importare un programma riabilitativo specifico per il morbo di Parkinson.

Anamnesi lavorativa: ha iniziato a lavorare come tornitore meccanico nella ditta Salmoiraghi di Milano. Ha lavorato con questa mansione per 9 anni e poi ha continuato nella stessa ditta come controllore di strumentazione micro ottica. Dal 1991 al 1998 il paziente riferisce di avere lavorato presso la ditta Alenia produttrice dei vettori "Arianna". La mansione specifica consisteva nella pulizia, nel collaudo e nel montaggio della valvole del vettore. Nel corso di tale attività veniva in contatto con il solvente FREON STM. Non pare che usasse mezzi di protezione.

Esame obiettivo neurologico

Normali le funzioni superiori. Ipvovisus bilaterale. Amimia del volto. Presenza di R. palmo-mentoniero bilaterale. Acufeni all AUDX. Deboli i riflessi orofaringei con saltuaria difficoltà nella deglutizione. Bradicinesie ed atteggiamento camptocormico. Agli arti superiori: Non deficit stenici globali o segmentari. Mingazzini I mantenuta. E' presente un ipertono plastico prevalente a destra con riduzione delle prove di destrezza manuale. Non tremore. Agli arti inferiori: Stenia segmentaria indenne. Mingazzini II mantenuta. Sono presenti dei movimenti distonici in flessione dei piedi a destra. Ipvovisus plastico prevalente a destra. I ROT sono deboli bilateralmente. La deambulazione autonoma è possibile ma molto lenta a piccoli passi con difficoltà nei cambiamenti di direzione. Ridotte le sincinesie pendolari. Romberg non mantenuto. Presenta difficoltà nei passaggi posturali con riduzione dell' autonomia.

Test

Normale il MMSE (30/30).

UPDRS III = 32 in on e 40 in off

Stadio di Hoehn e Yahr modificato = 3 malattia bilaterale da lieve a moderata presenza di instabilità posturale ma fisicamente indipendente.

Scala per le attività della vita quotidiana di Schwab e England modificata = abilità al 40% (molto dipendente. Può partecipare a tutte le attività ma riesce a frane poche da solo)

Il Signor *[nome]* risulta quindi sicuramente affetto da morbo di Parkinson ad andamento lentamente progressivo ed ad esordio in età adulta.

E' stato esposto come risulta dagli atti all'azione tossica del solvente Freon SMT che contiene metanolo.

La malattia di Parkinson

Il morbo di Parkinson è un disturbo progressivo caratterizzato da lentezza e povertà di movimenti volontari accompagnati da tremore e rigidità muscolare. Il DSM-IV-TR [2000] classifica la malattia di Parkinson tra le Malattie del sistema nervoso riportate, secondo i

codici dell'ICD-10 [1993], nelle Condizioni Mediche Generali. [Text Revised, American Psychiatric Association, 2000; World Health Organization, 1993]. Nel 1817, il medico di Hoxton James Parkinson notò nelle strade di Londra un piccolo gruppo di pazienti, essi si muovevano piuttosto lentamente, mostrando tremori regolari delle mani e della faccia quando erano fermi e camminavano con un portamento rigido. [Rosenzweig, et al, 1998]. La descrizione del disturbo motorio che ora porta il suo nome è così accurata e sintetica da essere tuttora attuale:

"... moto tremolante involontario, con forza muscolare ridotta, di parti non in azione, anche quando vengono sorrette; con propensione a piegare il tronco in avanti e a passare da un'andatura al passo alla corsa; assenza di alterazioni sensitive e dell'intelletto" [Parkinson, 1817].

Come si può notare, nella sua descrizione originale, Parkinson esclude che fosse tipica della malattia la compromissione delle capacità cognitive, affermando l'assenza di alterazioni dello stato mentale ("the senses and the intellect remain uninjured"-1817). In realtà egli stesso si era reso conto che, anche se non dementi, i suoi malati potevano essere affetti da numerosi sintomi riguardanti la sfera cognitiva ed affettiva. Per quanto riguarda la presenza di disturbi cognitivi, si attribuisce a Trousseau ed a Charcot il merito di averli notati per primi, verso la metà del secolo scorso. Ball, psichiatra a Sainte Anne, fu probabilmente il primo a registrare la frequenza delle manifestazioni psichiatriche [Ball, 1882].

Riscontri anatomopatologici

Il quadro patologico descritto da James Parkinson come "shaking palsy" rappresenta la forma più frequente e meglio definita di disordine del movimento, causato da alterazioni a carico del circuito motorio dei nuclei della base. Notevoli progressi nella conoscenza delle malattie dei nuclei della base sono stati conseguiti a partire dalla fine degli anni '50, quando Arviol Carlsson dimostrò che l'80% della dopamina cerebrale si trova nei nuclei della base [Carlsson, 1959]. In seguito, Oleh Hornykiewicz osservò che i cervelli dei soggetti che avevano sofferto di morbo di Parkinson presentavano bassi livelli di dopamina, norepinefrina e serotonina; ma che la dopamina era quella ridotta in modo più drastico [Hornykiewicz, 1966]. Il morbo di Parkinson quindi è divenuto il primo esempio di malattia neurologica associata con la carenza di un particolare neurotrasmettitore

Oltre alla riduzione dei livelli cerebrali di dopamina, i pazienti affetti da morbo di Parkinson mostrano una degenerazione progressiva delle cellule nervose a livello dei due nuclei pigmentati del tronco dell'encefalo: la substantia nigra e il locus coeruleus. Poiché la pars compacta della substantia nigra contiene una considerevole parte dei neuroni dopaminergici cerebrali, queste osservazioni suggeriscono che la via dopaminergica dalla substantia nigra allo striato sia interessata dall'alterazione patologica che determina l'insorgenza del morbo di Parkinson [Coté, et al., 1994]. La perdita di cellule in questa area è continua ma i sintomi compaiono solamente dopo una perdita estesa. Per anni non ci fu alcun trattamento per il morbo di Parkinson ma, grazie alla scoperta della diminuzione dei livelli di dopamina nella substantia nigra, una terapia farmacologica si sviluppò alla fine degli anni '60, quando Walter Birkmayer e Hornykiewicz ipotizzarono che i pazienti affetti da morbo di Parkinson avrebbero potuto trarre giovamento da un eventuale normalizzazione dei livelli cerebrali di dopamina [Birkmayer, et al., 1976]. Di conseguenza iniziarono a somministrare una sostanza chiamata L-DOPA (L-3,4-diidrossifenilalanina). Precursore della dopamina, tale sostanza è in grado di ridurre marcatamente i sintomi nei pazienti con Parkinson ma la degenerazione delle cellule nervose della substantia nigra prosegue nel corso degli anni ed è responsabile dell'evoluzione della malattia.

Le cause della malattia di Parkinson

Fattori ambientali

Le cause di questa patologia rimangono sconosciute, sebbene alcune ricerche siano a favore di una patogenesi del disturbo provocata da fattori ambientali. Un primo dato a favore di tale ipotesi è la presenza di una sindrome parkinsoniana secondaria ad encefalite. Un parkinsonismo postencefalico si è manifestato in molti pazienti precedentemente colpiti da encefalite letargica, nel corso dell'epidemia degli anni che vanno dal 1915 al 1926. Sebbene studi autoptici eseguiti allora non lasciassero dubbi sulla natura infiammatoria di questa patologia, nessun agente infettivo fu mai isolato. Un'idea diffusa tra i neurologi era ritenere che, se un agente infettivo provocava una malattia con sintomatologia parkinsoniana, allora probabilmente un'infezione era responsabile anche del morbo di Parkinson. Tuttavia, studi sierologici ed epidemiologici hanno escluso una eziologia virale [Hopkins, 1996].

Fattori genetici

Per i parenti di primo grado di soggetti affetti da Parkinson il rischio di contrarre la malattia può essere due volte superiore a quello della popolazione generale [Marder, et al., 1996; Jarman, et al., 1999; Lazzarini, et al., 1994]. Sebbene le varietà solo genetiche comprendono probabilmente una piccola minoranza di soggetti con malattia di Parkinson, mutazioni genetiche identificate recentemente che riguardano più precisamente il gene alpha-synucleina [Polymeropoulos, et al., 1997; Kruger, et al., 1998], e il gene parkina [Kitada, et al., 1998] hanno fornito degli indizi preziosi sull'eziologia della degenerazione neuronale e hanno permesso di riconoscere l'importanza di un'alterazione del metabolismo proteico nella malattia di Parkinson [Huang, et al., 2003]. Il gene parkina sul cromosoma 6 può essere associato alla malattia in famiglie con almeno un membro affetto da Parkinson a esordio precoce, mentre molteplici fattori genetici possono essere coinvolti nella forma idiopatica a esordio tardivo [Scott, et al., 2001]. L'opinione che prevale attualmente è che la malattia di Parkinson possa essere la manifestazione di diverse condizioni che hanno un comune percorso finale. I soggetti possono essere affetti in modo diverso da una combinazione di fattori genetici e ambientali.

Una importante prova a favore di un'eziologia ambientale è stata l'identificazione della sostanza tossica MPTP (1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetraidropiridina) quale causa di una patologia irreversibile simile al Parkinson [Langston, 1985]. Il ruolo del MPTP venne alla luce alla fine degli anni 70, quando fu riscontrato che numerosi pazienti che contrassero il Parkinson in giovane età avevano fatto uso di sostanze stupefacenti contenenti MPTP; studi sui primati confermarono l'insorgere della malattia in seguito alla somministrazione di tale principio.

L'esposizione a pesticidi, erbicidi, insetticidi e fungicidi si verifica tramite l'assunzione di acqua o cibi contaminati, per contatto cutaneo o per inalazione diretta. L'esposizione cronica a metalli come manganese, rame, ferro, alluminio e piombo aumenta il rischio di sviluppare la malattia, in particolare nei soggetti con storia familiare positiva. Una correlazione positiva tra malattia, residenza e attività professionale è attribuita all'esposizione a particolari composti chimici utilizzati in agricoltura. (Firestone 2005, McCornac et al., 2002)

Numerosi sono i lavori che affrontano i vari aspetti della tossicità ambientale nell'eziologia del morbo di Parkinson e non risponde allo scopo che ci proponiamo l'esame di tutti i dati disponibili. Quello che appare certo e che viene ripreso da tutti i testi di Neurologia e di Medicina Interna è che il morbo di Parkinson possa avere negli agenti tossici ambientali un

fattore causativo.(Encyclopedie Medico-Chirurgical – Neurologia – Aspetti clinici e terapeutici della malattia di Parkinson 2001).

L'aspetto più importante della questione qui trattata è il possibile ruolo eziologico dei solventi organici ed in particolare del metanolo e del trifluoroetano che sono contenuti nel solvente FREON SMT.

I solventi organici

Uno dei primi lavori citati in letteratura è quello di Pezzoli e coll. 2000 che tra i primi ha studiato l'effetto dell'esposizione ai solventi organici in un gruppo di soggetti affetti da malattia di Parkinson dove riportano una alta percentuale di soggetti con esposizione a solventi che hanno successivamente sviluppato una malattia di Parkinson. Gli autori concludono che "le occupazioni che utilizzano solventi organici sono un fattore di rischio per la comparsa precoce dei sintomi del morbo di Parkinson e di una forma più grave della malattia. I solventi organici possono essere coinvolti nell'eziologia dei casi di morbo di Parkinson che non hanno una importante componente genetica."

Questo lavoro è stato oggetto di una serie di lettere pubblicate l'anno successivo su Neurology in quanto altri autori (Jaques et al) hanno obiettato a Pezzoli di non avere utilizzato dei casi controllo di soggetti sani, di non avere sufficientemente diviso tra loro le categorie dei solventi a cui i soggetti esaminati sono stati esposti e poi di non avere considerato l'esposizione ad altri fattori di rischio quali fumo farmaci ed altre sostanze con possibile affetto tossico sui nuclei della base e questi autori concludono che "gli obiettivi non sono stati raggiunti e le conclusioni non sono giustificate. Pezzoli risponde che l'obiettivo del lavoro non era quello di dimostrare che l'esposizione ai solventi organici determina il Parkinson ma che lo può aggravare in soggetti geneticamente predisposti e che nei soggetti esaminati non vi erano state esposizioni ad altri fattori tossici ambientali.

Nel 2002 viene pubblicato un lavoro (Finkelstein e Vardi) dove viene trattato il caso, per molti aspetti simile al caso del [redacted], in cui una giovane ricercatrice ha sviluppato la malattia di Parkinson dopo una lunga esposizione professionale in laboratorio ai vapori di metanolo. Anche in questo caso non erano presenti sufficienti protezioni in un ambiente di lavoro scarsamente ventilato. Gli autori dicono che le caratteristiche strutturali di questo laboratorio di ricerca che hanno determinato una esposizione cronica prolungata ai vapori di metanolo possono essere presenti in altre strutture industriali e di ricerca." Secondo questi autori solo raramente è possibile dimostrare che uno specifico agente può essere

responsabile del morbo di Parkinson. Nel presente caso si può solo presumere che il metanolo sia l'agente responsabile del morbo di Parkinson nella giovane paziente.

Nel 2006 Rango et al hanno pubblicato uno studio in cui hanno confrontato gli aspetti clinici e le immagini di Risonanza Magnetica encefalica in 7 soggetti che erano stati esposti a solventi organici (2 soggetti a bassi livelli e 5 soggetti ad alti livelli) ed avevano sviluppato una malattia di Parkinson e 30 soggetti esposti ai solventi che non avevano sviluppato la malattia dimostrando che l'espressione clinica è più grave nei pazienti che erano stati esposti ad elevati livelli di solventi organici perché in questi casi è presente un danno delle strutture post sinaptiche nigro-striatali.

Nel 2007 Canesi et al hanno dimostrato in uno studio mediante le tecniche di SPECT e PET eseguite su 36 pazienti affetti da morbo di Parkinson che erano stati esposti cronicamente ad elevati livelli di solventi organici e 38 malati di Parkinson che non erano stati esposti ai solventi. Gli autori riportano che una severa esposizione professionale ai solventi può modificare il corso della malattia ed in ultima analisi accelerare la degenerazione nigro-striatale.

Infine quest'anno è stato pubblicato un lavoro (Airias 2008) in cui è stata dimostrata in un unico caso la comparsa di malattia di Parkinson dopo ingestione acuta tossica di metanolo con conferma delle lesioni striatale mediante indagini PET.

RISPOSTA AL QUESITO

La domanda specifica a cui siamo chiamati a rispondere è la seguente:

" Dicano i CTU esaminati gli atti del procedimento e compiuti tutti gli accertamenti che riterranno necessari anche sulla persona del ricorrente tenuto conto degli accertamenti compiuti dal precedente CTU dott. [redacted] relativi alla prolungata esposizione del ricorrente al metanolo contenuto nella miscela FREON SMT utilizzata dal [redacted] nell'ambito dell'attività lavorativa dal 1991 al 1998 secondo le modalità ricostruite dal Dott. [redacted] se nell'esposizione al metanolo di cui sopra possa ravvisarsi, con rilevante grado di probabilità, il fattore causativo o quantomeno un cofattore significativo nell'insorgenza del morbo di Parkinson di cui è affetto il ricorrente."

Non è peraltro possibile escludere che la stessa esposizione sia stato il fattore causativo unico di questa patologia.

Dott.

Dott.

Milano, 28 Marzo 2009

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition, Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association. Trad. it: DSM-IV-TR Manuale diagnostico-statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2001.

ROSENZWEIG, M.R., LEIMAN, A.L. & BREEDLOVE S.M. (1998). Psicologia biologica. Milano: Ambrosiana.

PARKINSON, J. (1817). An Essay on the Shaking Palsy. London.

BALL, B. (1882). De l'insanité dans la paralasye agitante. Encéphale, 2: 22-32.

CARLSSON, A. (1959). The occurrence, distribution and physiological role of catecholamine in the nervous system. Pharmacol. Rev. 11: 490-493.

HORNYKIEWICZ, O. (1966). Metabolism of brain dopamine in human parkinsonism: Neurochemical and clinical aspects. In Costa, E., Coté, L.J., & Yahr, M.D. (a cura di), Biochemistry and Pharmacology of the Basal Ganglia. New York: Raven Press, pp. 171-185.

COTE, L., & CRUTCHER, M.D. (1994). I nuclei della base. In Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M. (a cura di), Principles of Neural Science. Elsevier Science Publication Co.

BIRKMAYER, W., & HORNYKIEWICZ, O. (1976). Advances in Parkinsonism: Biochemistry, Physiology, Treatment. Fifth International Symposium on Parkinson's Disease (Vienna). Basel: Roche.

HOPKINS, A. (1996). Neurologia Clinica. Ediz. it. a cura di Salvatore Smirne. Poletto Ediz.

MARDER, K., TANG, M., MEJIA, H., ET, AL. (1996). Risk of Parkinson's disease among first degree relatives: a community based study. Neurology, 47: 155-160.

JARMAN, P., & WOOD, N. (1999). Parkinson's disease genetics comes of age. *BMJ*, 318: 1641 - 1642.

LAZZARINI, A., MYERS, R., ZIMMERMAN, T., ET, AL. (1994). A clinical genetic study of Parkinson's disease: evidence for dominant transmission. *Neurology*, 44: 499-506.

POLYMEROPOULOS, M.H., LAVEDAN, C., LEROY, E., ET, AL. (1997). Mutation in the alpha synuclein gene identified in families with Parkinson's disease. *Science*, 276 (5321): 2045 -2047.

KRUGER, R., KUHN, W., MULLER, T., ET, AL. (1998). Ala30Pro mutation in the gene encoding alpha-synuclein in Parkinson's disease. *Nat Genet*, 18 (2): 106-108.

KITADA, T., ASAKAWA, S., HATTORI, N., ET, AL. (1998). Mutation in parkin gene cause autosomal recessive juvenile parkinsonism. *Nature*, 392 (6676): 2045-2047.

SCOTT, W.K., NANCE, M.A., WATTS, R.L., ET, AL. (2001). Complete genomic screen in Parkinson's disease: evidence for multiple genes. *JAMA*, 281: 341-346.

LANGSTON, J.W. (1985). Mechanism of MPTP toxicity: more answer, more questions. *Trends in Pharmacological Science*, 6: 375-378.

FIRESTONE J.A. (2005) A population based case control study. *Arch. Neurol.*, 62: 91-95
MC KORNAC (2002) Environmental risk factors and Parkinson Disease. *Neurobiol.Dis.* 10:119-127

VIALLET F. (2001) *Encyclopedie Medico-Chirurgical – Neurologia – Aspetti clinici e terapeutici della malattia di Parkinson* 17-060-A50 pag 6

PEZZOLI G, CANESI M, ANTONINI A.et al. (2000) Hydrocarbon exposure and Parkinson's disease. *Neurology*; 55: 667–673.

JAKES A. GAMBLE J., TSAI SP (2001) Hydrocarbon exposure and Parkinson's disease. *Neurology*; (multiple letters) 55: 667-673.

FINKELSTEIN, Y., VARDI, J. (2002) Progressive parkinsonism in a young experimental physicist following long-term exposure to methanol *NeuroToxicology* 23 (4-5), pp. 521-525

RANGO, M., CANESI, M., GHIONE, I., FARABOLA, M., RIGHINI, A., BRESOLIN, N., ANTONINI, A., PEZZOLI, G. (2006) Parkinson's disease, chronic hydrocarbon exposure and striatal neuronal damage: A 1-H MRS study, *NeuroToxicology* 27 (2), pp. 164-168

CANESI M., BENTI R., MAROTTA G., CILLIA R., ISAIAS I. U., GERUNDINI P., PEZZOLI G. and A. ANTONINI (2007) Striatal dopamine transporter binding in patients with Parkinson's disease and severe occupational hydrocarbon exposure *European Journal of Neurology*, 14: 297-299

AIRIAS L., PAAVILAINEN T., REIJO J., RINNE P., Methanol intoxication-induced nigrostriatal dysfunction detected using 6-[18F]fluoro-L-dopa PET (2008) *Neurotoxicology* 29, 671-674

Un caso di Morbo di Parkinson professionale: il commento dei consulenti medico e legale

di **Roberta Palotti***, **Adalberto Ferioli****

Il signor Eugenio, dipendente della ex Alenia di Nerviano (oggi Selex Galileo), dal giugno 1991 al dicembre 1998, pulisce valvole per motori aerospaziali, usando, come riferitogli dal datore di lavoro, il Freon R113. Lavora in un piccolo locale, senza sistemi di aspirazione, in violazione della normativa. Non viene sottoposto agli esami previsti per chi utilizza solventi. Nel 1997, a soli 49 anni, accusa i primi sintomi, tre anni dopo scopre la causa: «morbo di Parkinson», ipotizzato di origine professionale dal Centro per la malattia di Parkinson di Milano.

Il morbo di Parkinson è una patologia degenerativa del sistema nervoso centrale la cui origine è ancora ampiamente discussa. Esistono dati che mettono in evidenza una familiarità della patologia a indicare, almeno per alcuni casi, una predisposizione genetica. Esistono d'altra parte evidenze consolidate sul ruolo causale di sostanze chimiche di uso industriale/agricolo, quali il manganese e le sue leghe, i derivati dell'acido carbammico e tiocarbammico. Attraverso l'INCA, nel luglio 2000, Eugenio chiede all'INAIL, in via amministrativa, il riconoscimento della malattia professionale, proprio in riferimento ai dati pubblicati dal centro di Milano che mostravano una associazione statisticamente significativa tra morbo di Parkinson ed esposizione alla «famiglia dei Freon». Nel caso del Freon R113, inoltre, esistevano studi clinici e sperimentali che confermavano la sua neurotossicità per il sistema nervoso centrale: infine, la storia della malattia che, con la sua insorgenza in età precoce e con sintomi che si erano progressivamente aggravati con il progredire del tempo di esposizione, rappresentava un elemento non secondario a sostegno dell'esistenza del

* Legale INCA CGIL Legnano.

** Consulente medico INCA CGIL Legnano e Varese.

nesso di causa. Tutto ciò non basta all'INAIL per accogliere l'istanza di Eugenio, neppure in sede di collegiale medica.

L'INCA avvia il contenzioso giudiziario durante il quale l'Istituto deposita il documento di valutazione dei rischi, da cui emerge che il composto utilizzato non era semplicemente il Freon R113, ma una miscela ancor più micidiale denominata Freon Smtp, contenente sostanze tossiche, metanolo ed epossipropano, e nocive, Freon R113, dicloroetilene e nitrometano.

La «scoperta» della presenza del metanolo rafforza ulteriormente le ragioni di Eugenio perché le conoscenze sulla neurotossicità di questa sostanza sono molto estese ed esistono evidenze, ormai certe, sul rapporto causale tra esposizione a metanolo e insorgenza del morbo. Ad esempio, la sedicesima edizione (2005) del Trattato di Medicina Interna più prestigioso a livello internazionale, *Harrison's – Principles of Internal Medicine*, inserisce il metanolo tra le sostanze note per causare il morbo di Parkinson nell'uomo.

Quindi, all'atto del diniego amministrativo o quantomeno all'atto dell'introduzione del giudizio avanti il Tribunale, l'INAIL è perfettamente al corrente dell'esatta composizione della miscela utilizzata dal lavoratore, anche della presenza del metanolo. Ciononostante l'Istituto non ritiene di doverlo comunicare né al lavoratore, né al consulente medico di parte che assisteva il lavoratore, né al Patronato e nemmeno di rivedere la propria posizione di rifiuto. Nonostante le reiterate richieste svolte nell'ambito del procedimento, il giudice, per una pretesa violazione del contraddittorio, limita l'oggetto del giudizio alla sola influenza del Freon R113 nella determinazione della tecnopatia lamentata, giungendo poi a negare la sussistenza del nesso causale tra il morbo e l'attività svolta (il tutto limitatamente ed espressamente al solo Freon R113). Ma se un contraddittorio era stato violato non era certo in danno all'INAIL, perfettamente a conoscenza di tutti gli elementi utili alla definizione della vicenda, bensì in danno al lavoratore.

La CTU (Consulenza tecnica d'ufficio), svolta da un esperto di prima nomina (specializzanda), che si avvarrà poi di un neurologo che nemmeno visiterà Eugenio, limitata al solo Freon R113, è negativa.

Negativa sarà anche la sentenza di primo grado. Per mettere al riparo il lavoratore da ulteriori questioni procedurali e processuali, l'INCA presenta all'INAIL, nel gennaio 2004, una integrazione alla prima domanda amministrativa del luglio 2000, rappresentando all'Istituto che il lavoratore era stato esposto ad altre sostanze nocive (circostanza perfettamente nota all'INAIL). Inoltre propone appello avverso la sentenza negativa e promuove un nuovo giudizio di primo grado per ottenere il riconoscimento della malattia professionale sulla base della misce-

la Freon Smtp e in particolare di tutte le altre sostanze ad esclusione del Freon R113, già oggetto del precedente giudizio.

Delle tre procedure seguite, quella in via amministrativa all'INAIL ha esito negativo: la richiesta, inizialmente, non viene presa in esame dall'Istituto stante la pendenza della causa e nonostante i solleciti del Patronato (febbraio e aprile 2004). La domanda amministrativa viene infine definita dall'INAIL con comunicazione datata settembre 2004 (successiva al deposito della sentenza negativa di primo grado) con la seguente motivazione: «In sede giudiziale viene confermato il precedente provvedimento». Ma se la precedente posizione negativa dell'INAIL era stata assunta sulla base del solo Freon R113 e non sulla miscela Freon Smtp come può l'Istituto ritenere confermato in sede giudiziale il precedente provvedimento negativo?

Anche il giudizio di appello avverso la sentenza negativa di primo grado ha esito negativo. La Corte d'Appello ritiene infatti giuridicamente corretta l'esclusione delle altre sostanze della miscela dall'indagine giudiziaria avendo ritenuto il lavoratore colpevole (!) di non essersi attivato per conoscere l'esatta composizione della sostanza utilizzata. Infine, il nuovo giudizio di primo grado, diretto ad accertare l'origine professionale della malattia sulla scorta delle altre sostanze componenti la miscela Freon Smtp, ad esclusione del Freon R113, ha vita difficile. Il giudice al quale viene assegnata la causa viene destinato temporaneamente ad altro incarico. La causa rimane in *stand by* per un anno fino a quando non viene riassegnata al nuovo giudice il quale, dopo un rinvio in attesa della sentenza della Corte d'Appello (che avrebbe reso non necessario il giudizio di primo grado ove accolto), dispone la Consulenza tecnica d'ufficio (CTU). L'esito della CTU è positivo (e lapidario contro il datore di lavoro colpevole di non aver adottato nemmeno le cautele minime per la tutela della salute dei lavoratori), accertando sia l'origine professionale sia il diritto alla costituzione della rendita. Nel corso delle operazioni peritali il CTU riesce anche a quantificare i litri di sostanza utilizzata: 7.104 litri, tra il 1990 e il 1998. Sebbene la perizia, come detto, sia lapidaria e cristallina, non lasciando adito a dubbio alcuno, il giudice ordina alle parti il deposito di memorie in ordine al nesso di causa sul quale ovviamente si era espresso il CTU.

Alla successiva udienza il giudice dispone un'ulteriore consulenza tecnica d'ufficio sul nesso di causa, dando per assodati e non contestati i risultati della CTU precedente quanto a modalità lavorative ed esposizione alla sostanza. L'incarico viene assegnato nel gennaio 2008. Poi il giudice viene trasferito e la causa riassegnata. I CTU, nonostante numerosi solleciti, non depositano la perizia.

Dopo varie traversie, il giudice rinvia la causa all'udienza del 13 maggio 2009, rappresentando ai CTU che, in caso di mancato deposito della perizia entro il 6 aprile

2009, avrebbe revocato l'incarico. L'elaborato peritale che conferma il giudizio della precedente CTU, datato 26-03-2009, viene depositato presso la cancelleria del tribunale il 10 maggio 2009, ovvero tre giorni prima dell'udienza nel corso della quale l'INAIL chiede rinvio per esame. Richiesta che viene accolta dal giudice e alla quale la difesa del ricorrente non si oppone stante la brevità. Il 20 maggio 2009 in sede di discussione, il legale dell'INAIL, su segnalazione del proprio perito di parte, adombra generici dubbi sulla correttezza procedurale seguita dai CTU, senza peraltro precisarne i contenuti.

La causa viene finalmente definita con sentenza di accoglimento nella quale il giudice accerta l'origine professionale della malattia «morbo di Parkinson» contratta da Eugenio a causa e in occasione dell'attività lavorativa svolta con l'utilizzo del metanolo contenuto nella miscela Freon Stmp.