

Quaderni

di Medicina Legale del Lavoro

Supplemento
al Notiziario Inca
N. 4-5/2010

L'ambiente di lavoro:
ieri e oggi, obiettivi e significato
della prevenzione



Supplemento
al **Notiziario Inca**
N. 4-5/2010

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
Viale di Porta Tiburtina 36
00185 Roma
Tel. (06) 44870283/260
Fax (06) 44870335

ABBONAMENTO NOTIZIARIO INCA

annuo € 25,00 - estero € 50,00
una copia € 6,00
C/C post. n. 935015
intestato a Ediesse srl
Viale 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
IL 21 GIUGNO 2010

▼ Sommario

- ▶ La prevenzione contro i rischi e i danni da lavoro 5
Il sindacato e il suo Patronato: le scelte di una storia
di Gloria Malaspina e Fulvio Perini

- ▶ *L'iniziativa del Patronato sindacale nell'ambito della patologia professionale* 21
di Marco Bottazzi

- ▶ *L'influenza delle disuguaglianze sociali sulla salute* 31
di Alberto Baldasseroni

- ▶ *Le disuguaglianze sociali: un determinante del rapporto tra condizioni di lavoro e salute* 37
di Laurent Vogel



La prevenzione contro i rischi e i danni da lavoro

Il Sindacato e il suo Patronato: le scelte di una storia

di **Gloria Malaspina*** e **Fulvio Perini****

Descrivere, oggi, l'esperienza prodotta dal Sindacato confederale italiano e dalle sue categorie relativamente alla prevenzione contro i rischi e i danni da lavoro (di seguito: prevenzione sul lavoro), significa mettere in luce non solo il percorso cronologico delle sue conquiste, ma – soprattutto – rammentare ed evidenziare le radici e le ragioni di una vera e propria elaborazione teorica che, lungi dall'essere il prodotto «a tavolino» di alcuni illuminati pensatori, è stata il frutto di una maturazione sul campo di lavoratori, rappresentanti e dirigenti sindacali.

L'importanza di ricostruire, raccontare e ragionare su questo percorso sta tutta nel senso che vogliamo dare a questo contributo: riflettere sulla cultura del sindacato, prodotta dal sindacato, e sulle ragioni della sua importanza, oggi più che mai, in un contesto certamente mutato, nel quale tuttavia sono fortissime le esigenze della tutela e della sua «strutturazione» in un pensiero forte, proprio del sindacato, per quello che deve rappresentare in relazione alla società e al lavoro, dei quali è il prodotto ed il contesto.

Attraverso la scansione anche cronologica dell'acquisizione di un ruolo significativo dell'Organizzazione sindacale sulla materia della salute dei lavoratori cercheremo di spiegare – e ci scusino i lettori se questa parola può sembrare frutto di presunzione – come e perché l'esperienza italiana sindacale sulla prevenzione sul lavoro rappresenti ancora oggi in altre parti del mondo (anche europeo) un esempio unico, nel suo approccio e nelle dinamiche sociali che ha saputo mettere in campo.

Per questo, è necessario delineare il contesto, rispetto alle diverse condizioni di lavoro, sociali e sindacali, normative e di funzionamento dello Stato, per le quali è utile osservare non solo le differenze tra oggi e il passato – in quanto contingenti e storicizzate – ma soprattutto uno degli aspetti più importanti: il carattere proget-

* Area tutela del danno alla persona.

** Consigliere Cnel.

tuale dell'elaborazione e dell'azione della Cgil e dell'Inca per le materie che le erano e le sono proprie.

Il contesto di quell'elaborazione parte da lontano e forse si è perfino perso, nella memoria e nella coscienza di molti, per essere classificato come semplice «epoca», una fase importante, ma conclusa, che merita un posto nella storia del sindacato senza altra attenzione, per alcuni, che una sorta di malinconica e smalzata nostalgia.

Parte da lontano, quella progettualità, e – alla luce dei criteri di oggi – si direbbe «fuori contesto», «dispersiva», troppo comprensiva di obiettivi, ruoli, funzioni. Si è trattato, infatti, di innestare su un terreno prettamente sindacale di difesa dei lavoratori e di avanzamento delle loro ragioni di miglioramento delle condizioni salariali, di vita, di lavoro e di riconoscimento della loro rappresentanza a pieno titolo, la connessione con una analoga battaglia politica, civile e sociale, di conquista di diritti per ceti popolari ancora esclusi dalle vere parità costituzionali, formali e materiali.

Provando a scandire delle tappe, potremmo dire che l'inizio di questo percorso parte almeno dal 1956, quando la Cgil fece la proposta di istituire il «Servizio sanitario nazionale», superando le mutue, e nel 1958 il segretario generale della Cgil, Agostino Novella, ripropose questo obiettivo con il proposito di abbattere «le divisioni istituzionali tra prevenzione, cura e recupero». Ci vorranno vent'anni per affermarlo con la legge di riforma sanitaria 833 del 1978. Ancora oggi i tentativi di ripristinare le vecchie divisioni istituzionali sono in corso, anzi, non sono mai cessate e, purtroppo, hanno trovato nel tempo orecchie disponibili anche nel sindacato confederale, oltre che nello schieramento politico genericamente definibile «di sinistra».

Risalgono sempre a quegli anni le proposte di una legge che affermasse i diritti alla dignità delle persone sul lavoro, ai diritti di rappresentanza dei lavoratori e di libero esercizio dell'azione sindacale nei luoghi di lavoro. È del 1970 la legge 300, lo «Statuto dei diritti dei lavoratori», che afferma «I lavoratori, mediante loro rappresentanze, hanno diritto di **controllare l'applicazione** delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di **promuovere** la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica».

Sempre in quegli anni, dopo la grave sconfitta della Fiom alle elezioni della Commissione interna alla Fiat nel 1955, la Cgil, su proposta del suo segretario generale Giuseppe Di Vittorio, scelse una rinnovata strategia sindacale, puntando alla tutela delle condizioni di lavoro con una diversa e nuova azione sindacale direttamente nei luoghi di lavoro: maturò per questa via un giudizio sull'insufficienza della funzione delle Commissioni interne – gli organismi di rappresentanza dei lavoratori nei luoghi di lavoro – per conoscere le effettive condizioni di lavoro e per dare voce ai lavoratori. I primi delegati di reparto verranno eletti nel 1964 alla Indesit e nel 1968 alla Fiat Mirafiori, in qualità di «esperti» della Commissione interna, ma si avviava ormai un'altra esperienza: le elezioni della Com-

missione interna del 1968 furono le ultime e vennero sostituite dai delegati di reparto riuniti nel Consiglio di fabbrica.

Questa sommaria e iniziale scansione mette in evidenza come la Cgil avesse allora degli obiettivi riformatori e li perseguisse anche per vent'anni prima di raggiungerli, costruendo insieme le condizioni culturali perché fossero un sentire determinato, ma ovviamente anche la Cgil era diversa da quella attuale. Non si tratta di «dare voti», bensì di sapere che quando mutano le radici culturali di un pensiero, soprattutto sociale, mutano anche le organizzazioni che lo sostengono, laddove si acquisiscano per inevitabili i cambiamenti dell'economia e delle forme che ne consentono la presunta stabilità. Va detto, tuttavia, che allora le proposte della Cgil non erano «proposte normative»: erano un programma sindacale da perseguire quotidianamente con l'azione e la lotta nei luoghi di lavoro, nei rapporti con la pubblica amministrazione, nell'azione parlamentare. In proposito, va ricordato che non c'era l'incompatibilità tra cariche sindacali e incarichi politici.

Ma come si innesta, in quel contesto sommariamente ricordato, l'iniziativa sulla prevenzione nei luoghi di lavoro, iniziata con quelle premesse già a metà degli anni sessanta?

Intanto bisogna tenere presente che l'assenza dello Statuto dei lavoratori non permetteva – se non in ragione dei rapporti di forza diretti nei confronti del padrone – di svolgere attività sindacale all'interno del luogo di lavoro (sempre per ricordare, esiste ancora oggi, presso la Cgil di Torino, una «Associazione dei licenziati di rappresaglia»...). Sull'ambiente di lavoro le riunioni si facevano fuori del luogo di lavoro, come tutte le altre, mentre *per saperne di più* esisteva la tecnica dell'inchiesta operaia, per cui il sindacato distribuiva il «questionario sulla nocività e sulle condizioni di lavoro» all'inizio del turno e si presentava all'orario di uscita per raccogliere quelli compilati. Proprio attraverso questa via si scoprì che le risposte più efficaci ai fini della conoscenza della nocività sul luogo di lavoro si riuscivano ad avere se erano organizzate per lo stesso ambiente di lavoro, normalmente il reparto di lavorazione. E poi, ancora, si scoprì che esistevano «gruppi omogenei» di lavoratori esposti alle stesse condizioni di nocività ed agli stessi problemi di salute, che avevano gli stessi bisogni e gli stessi obiettivi di miglioramento, ma non avevano né diritti di discussione comune (il diritto di assemblea), né un loro rappresentante sindacale con il compito di contrattare il miglioramento delle condizioni di lavoro. Soprattutto, si scoprì che le condizioni di lavoro erano uguali per tutti, iscritti e non iscritti al sindacato o iscritti a diversi sindacati: la soluzione fu il «delegato di gruppo omogeneo», «eletto su scheda bianca da tutti i lavoratori iscritti e non iscritti», «rappresentante unitario delle organizzazioni di categoria di Cgil, Cisl e Uil».

Per restare ancora su quella fotografia, va detto che non si troverà mai, in quegli anni, una lamentela sul fatto, pur esistente allora ancor più di oggi, che gli ispettori del lavoro non tutelassero adeguatamente la sicurezza e la salute dei lavoratori. La Cgil ed il sindacato non delegavano, e per questa ragione c'era con la comunità scientifica un rapporto fecondo,

che produrrà nel volgere di pochi anni la letteratura più interessante ed utile in assoluto sulla medicina del lavoro, le patologie lavorative, l'igiene industriale e la medicina legale, con risvolti non solo inediti, ma anche scientificamente innovativi. «Una scelta irriuale...», la definirà Federico Butera nel 1980¹. Infatti, «*non è tanto l'uso degli strumenti medici esistenti* (in situazioni e in momenti particolarmente arretrati e sfavorevoli, anche quello, naturalmente) *né è soltanto un problema di ruolo del medico* – allora era solo il «medico di fabbrica» che interveniva direttamente – *o di rapporto individuale che riesce a stabilire con gli operai* (la fragilità di questi volontarismi ormai è fin troppo verificata)...»². Ossia, la «scelta di campo» non basta, da sola, a garantire la permanenza della trasformazione di un modello culturale.

Sul fronte complessivo, dunque, il percorso comincia circa alla metà degli anni '60, quando l'Inca Cgil nazionale nei primi numeri della rivista «Rassegna di Medicina dei Lavoratori» – allora Supplemento a «L'Assistenza Sociale» – inizia a mettere a fuoco alcuni temi, introducendoli a partire da considerazioni di tipo anche operativo, legate alla rappresentanza e alla sua funzione, alla funzione del Patronato, al rapporto indispensabile con le categorie sindacali e con quello che esse esprimevano dal punto di vista rivendicativo, laddove orari di lavoro, tempi, ritmi, organizzazione del lavoro e riconoscimento salariale erano i temi centrali. Il lavoro eccellente sulla tutela individuale che l'Inca Cgil esprimeva – medicina legale, idoneità e inidoneità, riconoscimento di malattie per cause di lavoro, esplorazione delle condizioni di malattia professionale – trovava nel senso di quanto accadeva nelle rivendicazioni sindacali uno sbocco naturale, per le evidenze che il Patronato era in grado di rappresentare e per gli strumenti che poteva mettere a disposizione: oltre ad un'elaborazione concreta e matura, anche professionalità utili a supporto delle rivendicazioni sindacali delle categorie, in anni di contrattazione collettiva difficile e di rappresentanza ancora insufficiente.

Dalla «Presentazione» della «Rassegna di Medicina dei Lavoratori», n. 1, anno I (nov. dic. 1968): «...La *Rassegna* così concepita e impostata non si propone di fare opera di vulgarizzazione della medicina, ma dovrà diventare una rivista di medicina legale e del lavoro realizzata anche da non medici e per i non medici. Ci rivolgiamo, perciò, ai membri delle Sezioni sindacali aziendali, ai membri degli organismi paritetici e rappresentativi (Ctp, Comitati antinfortunistici, Commissioni interne), ai dirigenti sindacali, ai funzionari e ai

¹ «Si è avuta in Italia (con la linea sindacale per la salute) un'attività conoscitiva adeguata, scientifica, sul lavoro, l'organizzazione industriale e sugli effetti relativi alla salute dei lavoratori. Si è trattato di una attività conoscitiva (ricerca irriuale) e di interventi conseguenti (con veri risultati preventivi) condotti con modalità diverse e da soggetti inconsueti rispetto al mondo classico della ricerca di scienze sociali ed al riconoscimento del diritto alla prevenzione dovuto dallo stato e dalle istituzioni». (F. Butera, 1980)

² «Prototipo di manuale per la ricerca e il controllo permanenti dei rischi e dei danni da lavoro, in funzione di una diversa organizzazione del lavoro – Esempio di circuito di verniciatura di una industria metalmeccanica, ciclo carrozzeria auto» in «La Medicina dei Lavoratori», 1975, 1-2, pp. 1-96.

consulenti medici degli Istituti di patronato e a quanti, nella pratica quotidiana, come tecnici o come politici, si occupano di rischi e di danni da lavoro, perché contribuiscano con la loro collaborazione e con l'invio di saggi, indicazioni e suggerimenti, nel quadro del programma sopra elencato...».

In realtà, accadde proprio che quella rivista diventasse nel volgere di pochi anni un punto di riferimento essenziale. In primo luogo, divenne la sede dell'elaborazione teorica che portò al cosiddetto «modello operaio» di approccio ai problemi dei rischi sui luoghi di lavoro, maturata in due-tre anni di scambio e collaborazioni intense con le categorie sindacali e le Camere del lavoro territoriali già più attive. Ciò si rivelerà fondamentale per l'intero contesto dei diritti dei lavoratori attraverso le rivendicazioni più complete e complesse e i momenti di lotta sindacale più convinta. In secondo luogo, rappresentò per anni la sede di comunicazione formalizzata e condivisa con la Comunità scientifica a tutto campo, che proponeva le proprie ricerche e le proprie conclusioni al mondo dei lavoratori attraverso quella rivista, rappresentando per questa via – anch'essa – l'esigenza di «uscire» dall'Accademia e dalle forme statuali di amministrazione sanitaria e mutualistica così come allora esistenti.

Potremmo citare articoli, relazioni, riflessioni e dibattiti di grande rilievo e spessore – ancora oggi – che quella rivista ha sollecitato, ospitato e divulgato ad un pubblico altrimenti «tagliato fuori» dall'elaborazione di soluzioni che lo riguardavano da molto vicino, ma non è possibile, per evidenti ragioni legate allo spirito e allo scopo di questo scritto. Sarebbe forse interessante, se ce ne fosse la richiesta e se ne ravvisasse l'utilità, lavorare ad una bibliografia ragionata, da mettere a disposizione, per studio o spunti di elaborazione nel merito.

Riprendendo a grandi linee alcuni passaggi significativi di quel percorso, proprio per il senso che assumevano nell'elaborazione sindacale, emerse ben presto alla consapevolezza di chi su di esso si misurava che la tutela delle condizioni dei lavoratori e della loro salute sul lavoro rappresentava un elemento di contraddizione con la pratica, allora diffusa, di contrattare l'indennità di rischio a fronte dell'esposizione a fattori di rischio per la salute e di infortunio. Il superamento progressivo dell'indennità di rischio fece maturare a sua volta la consapevolezza dell'importanza di altre due componenti essenziali, per conseguire l'obiettivo della tutela, non solo individuale, ma collettiva e riconosciuta contrattualmente:

1. la questione – già aperta – delle caratteristiche della Rappresentanza sindacale sul luogo di lavoro;
2. l'esigenza, per la praticabilità effettiva della tutela e della prevenzione, di una riforma della sanità che desse seguito a quanto già avanzato dalla richiesta del sindacato, di superare le mutue sanitarie, allora attive – anche in termini di qualità e quantità della copertura sanitaria – per categorie produttive e sostanzialmente classi sociali e quindi fortemente discriminatorie nel diritto alla tutela ed alla cura.

A loro volta, queste due componenti di contesto generavano altre conclusioni necessarie, perché fossero reali e praticate:

- a) quella di non delegare a soggetti esterni l'individuazione del danno collegata a rischi del luogo di lavoro e di essere perciò, attraverso un meccanismo di valutazione e validazione, soggetti protagonisti della ricerca e della proposta, sulle cause da rimuovere e sulle soluzioni da proporre, costruendo con la Comunità scientifica un rapporto di scambio di «saperi», piuttosto che una dipendenza a senso unico³;
- b) quella di collegare la «non delega» e la centralità della salute all'idea di reciprocità e di scambio informativo e conoscitivo insita nell'assunzione di ruolo della rappresentanza: esiste un piano di riconoscimento reciproco, se esiste un ruolo affermato ed esercitato senza interferenze «culturali» da entrambe le parti che si «autorappresentano».

Se volessimo, per fare un esempio di come la reciprocità abbia un peso nell'esercizio di ruoli, ragionare sull'oggi, sarebbe abbastanza facile evidenziare come sia cambiata sia all'interno che all'esterno del sindacato, nella rappresentanza come nelle relazioni con il mondo scientifico e con il Patronato sindacale, la funzione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (Rls). È facile vedere come «...si sia prodotta una frattura con l'esperienza italiana delle "Commissioni Ambiente", esperienza tecnica e di ricerca "irrituale", ma sempre di tipo negoziale, sindacale, "di classe". La figura del Rls definita con la normativa europea, pur confermando, in Italia, lo stretto legame con le rappresentanze sindacali, garantisce una funzione consultiva e propositiva, finalizzata ad una soluzione "partecipata" di problemi specifici e già definiti anche tecnicamente: attività, questa, tipicamente "collaborativa", "fattiva", che dovrebbe avere alla base una formazione "oggettiva", "esterna", che lascia poco spazio all'autonomia di verificare e di gestire le conoscenze acquisite»⁴. In sostanza, oltre al valore di riaffermare il diritto ad una rappresentanza specifica e di essere inserito in una dinamica di relazioni, l'obiettivo dell'iniziativa del Rls non è tale da ridurre o controllare un rischio lavorativo individuato e approfondito. Questa rappresentanza, ancorché fortemente motivata, risente di due limiti fondamentali: il primo, di svolgere una funzione di fatto «a latere» dell'insieme della contrattazione; il secondo, di essere sostanzialmente dipendente dalle considerazioni tecniche e scientifiche esterne, del mondo accademico, o della valutazione dei rischi operata dai tecnici delle aziende.

³ Elemento, questo, non tanto «ideologico», quanto prevalentemente frutto di una elaborazione teorica sostenibile, dal momento che era essenziale poter esercitare un'autonomia di valutazione e di giudizio basata sulla conoscenza che potesse «smarcare» i lavoratori sia dai giudizi di idoneità prodotti dai soggetti accademici o istituzionali chiamati a formularli e spesso utilizzati per respingere, con il licenziamento per scarso rendimento, le richieste di cambiare reparto di lavoratori con difficoltà e malesseri fisici legati al tipo di lavoro che svolgevano, sia quelli di inidoneità, che costituivano di per sé l'anticamera del licenziamento, o della mancata assunzione.

⁴ Francesco Carnevale, *A brief history of worker participation in risk assessment in Europe – From the Italian «workers' model» to present-day*, Conferenza Ces «Participation by workers and workers' representatives: key to successful risk assessment», Bruxelles, 26-27 gennaio 2009.

È del 1969 l'Indagine Inca, Fiom, Fillea, Filcea sulla silicosi⁵, nella quale si afferma – in un approccio diverso da quello rappresentato allora dai «Mac» (Massima concentrazione ammissibile) che «nessun indice di concentrazione del biossido di silicio può essere valido, ai fini della determinazione della nocività ambientale, se non viene raffrontato con la quantità di aria inspirata: la fatica aumenta la quantità di aria inspirata e quindi di polvere che entra nei polmoni», ed è del 1971 la Dispensa Flm sull'Ambiente di lavoro, che con i suoi «omini» ha esemplificato efficacemente le condizioni e l'approccio all'analisi dell'ambiente e alle cause della nocività e dei suoi effetti sulla salute, alle modalità di controllo della nocività e definito un modello di azione sindacale su due rischi specifici allora molto diffusi nei contesti del lavoro operaio: la silice e il benzene. Partendo dalla fase dell'osservazione spontanea sulla presenza di fattori nocivi, con tre gruppi individuati inizialmente cui se ne aggiunge un quarto, per la prima volta esplorato e che nel tempo maturerà la consapevolezza della presenza e degli effetti «da stress», si mettono in relazione i gruppi di fattori con gli effetti patologici che manifestano i singoli lavoratori e si individuano gli strumenti di registrazione necessari alla valutazione del rischio per i singoli lavoratori e i gruppi «omogenei» di lavoro (i registri dei dati ambientali e dei dati biostatistici e i libretti sanitari e di rischio). La dispensa della Flm giunse alla conclusione di una fase di esperienza e di elaborazione durata praticamente tutti gli anni '60. La prima proposta venne presentata da Aldo Surdo, membro della, allora, Commissione interna alla Fiat Mirafiori, alla conferenza della Fiom del 1967.

Il modello prospettato nella dispensa derivava dalla «...necessità di usare un linguaggio uguale per tutti che permetta un confronto tra esperienze diverse tra operai di fabbriche diverse...» e, per rispondere a tale scopo, questo modello doveva essere «...sufficientemente congeniale con la visione che i lavoratori hanno dell'ambiente di lavoro ed utilizzabile da qualunque lavoratore, indipendentemente dalla sua scolarità».

Avendo come riferimento l'uomo che lavora, la percezione del rischio non poteva partire da metodi scientifici di misurazione. Sulla base di questo criterio si proposero con la dispensa, come accennato, quattro gruppi di fattori di nocività. Il primo gruppo «comprende i fattori presenti anche nell'ambiente dove l'uomo vive (la casa di abitazione, ad esempio)»: luce, rumore, temperatura, umidità e ventilazione. Il secondo gruppo «comprende i fattori che non sono di norma presenti nell'ambiente dove l'uomo vive»: polveri, gas, fumi; ma anche vibrazioni e radiazioni ionizzanti. Il terzo gruppo «comprende un solo fattore, l'attività muscolare o lavoro fisico». Il quarto «comprende tutte quelle condizioni che possono determinare degli effetti stancanti»: monotonia, ripetitività, ritmi eccessivi, saturazione dei tempi di lavoro, posizioni disagiati, ansia, responsabilità, frustrazioni.

⁵ Gastone Marri, *Questionario per un'indagine operaia sulla silicosi*, «Rassegna di Medicina dei Lavoratori», 1969, 3, pp. 193-237.

È su questo terreno che si innesterà compiutamente – e proficuamente – il rapporto con i tecnici della salute e della prevenzione – medici, igienisti – per dare vita ad un «sistema» di controllo della nocività «nell'alternativa operaia» nel quale il sindacato è non solo il soggetto di rappresentanza che – attraverso i suoi delegati – promuove e coordina l'iniziativa sull'ambiente di lavoro, ma anche quello che si fa carico, una volta individuate le soluzioni *tecnologiche e organizzative*, di sostenere la contrattazione collettiva in quella direzione. Trova spazio importante, in questo rapporto, l'ambito che riguarda la psicologia del lavoro. Con un articolo di Francesco Novara del 1971⁶ si «aggancia» la questione dell'assenteismo e del turnover alla questione della salute, perfettamente relazionabile a quello che era stato individuato come il «IV Gruppo di fattori» nella dispensa della Flm. Vale la pena di citare: «...Uno degli studi più accurati e significativi (sull'assenteismo) è quello... su una catena di montaggio di automobili: risultò una correlazione strettissima tra assenteismo e carattere “di produzione di massa” dei singoli posti di lavoro... misurato in base a sei fattori: grado di ripetitività, grado di ritmo imposto meccanicamente, abilità richiesta valutabile sulla misura del tempo di apprendimento, frequenza di pause, frequenza d'interazione sociale, dimensione del gruppo interattivo... le catene di montaggio sono un caso particolare della tendenza generale...: l'assenteismo diminuisce in stretta relazione col crescere della qualificazione del lavoro, che comporta una maggior soddisfazione per vari aspetti del lavoro stesso... – e ancora – ... Sebbene la malattia sia la più diffusa ragione obiettiva di assenza dal lavoro, è chiaro a tutti... che spesso, quando il lavoro è ripugnante e il morale basso, anche il malessere di poco conto trattiene dal presentarsi al lavoro...». Si è aperto così un altro campo di indagine, in quegli anni, strettamente legato a questioni negoziali anche di altra natura, evidentemente.

Sono gli anni, anche, dei «manuali», che inaugurano la stagione delle indagini compiute su specifici luoghi di lavoro. Il primo «Prototipo di manuale per la ricerca e il controllo permanente dei rischi e dei danni da lavoro in funzione di una diversa organizzazione del lavoro (esempio di una centrale termoelettrica)» (il secondo, citato nella nota 2, riguarda la verniciatura nel ciclo dell'auto) esce su «Medicina dei Lavoratori» nel dicembre del 1974, il primo numero della rivista, ora unitaria, dei Patronati che hanno dato vita al Crd, Centro ricerche e documentazione sui rischi e danni da lavoro e che ricalca la ormai ben sperimentata «Rassegna di Medicina dei Lavoratori». Nella presentazione della rivista unitaria si dice, fra l'altro, che «...L'obiettivo fondamentale della rivista è quello della costruzione di un modello comune di conoscenza della realtà per la valutazione del rischio e del danno e per la verifica delle soluzioni da realizzare attraverso la partecipazione... per tutti gli aspetti che riguardano la strategia di cambiamento dell'organizzazione del lavoro ela-

⁶ Francesco Novara, *Aspetti psicologici dell'assenteismo e del turnover*, «Rassegna di Medicina dei lavoratori», suppl. al n. 5 de «L'Assistenza sociale», Inca Cgil, 1971, pp. 5-25.

borate, proposte ed attuate direttamente da quella parte del “sistema” che è costituito dai gruppi e dai delegati... non significa disinteresse per le categorie non industriali e per i loro problemi; la redazione è ben a conoscenza della crescita culturale e politica, delle esperienze e delle aspettative dei lavoratori agricoli, degli impiegati pubblici e privati e di tutti gli addetti ai settori terziari in tema di lotta alla nocività e la rivista si occuperà ampiamente dei loro problemi di salute ambientale. Significa semplicemente concentrare l’attenzione nel punto in cui vi sono maggiori possibilità tecniche, culturali, politiche ed organizzative di elaborare i modelli di conoscenza, di controllo e di prevenzione dei rischi e dei danni da lavoro...». Per questa via, la rivista lavorerà su tre filoni fondamentali: i manuali per la ricerca e il controllo dei rischi e dei danni da lavoro; il sistema informativo sanitario; i criteri di valutazione dell’idoneità e dell’invalidità temporanea e permanente. Da questo approccio tre sono le questioni evidenti: la prima, che l’impegno si va estendendo unitariamente alle tre Confederazioni e ai loro Patronati; la seconda, che si è fatta strada la cultura dell’intervento organizzativo per l’analisi e il riconoscimento dei rischi e dei danni; la terza, che il sistema sanitario è chiamato in causa, con la sua organizzazione e l’esigenza imprescindibile del suo cambiamento, sia in direzione dell’equità, che in direzione della prevenzione.

Gli anni tra il 1970 e il 1977 rappresentano dunque una svolta significativa a tutto campo, per il sindacato, ma non solo, nella consapevolezza di quali siano gli strumenti necessari per la prevenzione e, soprattutto, per la verifica di come i ruoli, esercitati per la loro appartenenza, rappresentino uno strumento culturale potente, di acquisizione della conoscenza e di titolarità nelle relazioni – scientifiche e sociali – in un contesto necessariamente «a più voci». Quando, nel 1977, esce il volume *Ambiente di lavoro – La fabbrica nel territorio*⁷ è ormai evidente come si sia raggiunto un punto alto nell’elaborazione sindacale, che traccia la strada per cominciare a ragionare di nocività in fabbrica in modo compiuto, ma, contestualmente, per interloquire con tutti coloro che si occupano di sanità pubblica, a partire dall’assunto che l’inquinamento «dentro» non è estraneo all’inquinamento «fuori». Seveso, con la diossina, e i siti Eternit e Fibronit, con l’amianto, ne saranno la testimonianza più drammatica ed esemplare.

Nel marzo del 1972, a Rimini, si era tenuta la prima Conferenza nazionale unitaria Cgil, Cisl, Uil, che tracciava – nella sua mozione conclusiva – gli elementi-chiave della strategia sindacale acquisita. Si trattava di 12 punti, la cui attualità, sia pure «mutatis mutandis» nei contesti generali, è da rivalutare⁸. Tra gli altri, citiamo il punto che costituisce l’at-

⁷ *Ambiente di Lavoro: la fabbrica nel territorio*, a cura di Ivar Oddone, Gastone Marri, Sandra Gloria, Gianni Briante, Mariolina Chiattella, Alessandra Re, Esi, ottobre 1977.

⁸ *Fabbrica e salute*, Atti della Conferenza nazionale Cgil-Cisl-Uil «La tutela della salute nell’ambiente di lavoro», Rimini, 27-30 marzo 1972, Roma, Seusi, 1972 e, per il documento che riassume le proposte unitarie Inca, Inas, Ital, v. «Notiziario», Inca Cgil, 1972, n. 4-5.

to di impegno per la costituzione di un Centro di documentazione nazionale che assicurasse la socializzazione delle conoscenze e delle esperienze e l'attuazione dei Centri unitari di coordinamento contro la nocività nell'ambito dei quali i tecnici della salute trovasse la sede per un loro inserimento organico (il Crd, appunto). Ci piace anche ricordare il punto che impegna alla presenza del Patronato nei luoghi di lavoro «come una delle condizioni per estendere il metodo della partecipazione ai problemi del salario differito e collegare l'azione di ricerca sui rischi e sui danni da lavoro a quella dell'indennizzo e del risarcimento». Già allora era matura l'idea che la massa critica dei dati individuali reali per la tutela rappresentasse la condizione «sentinella» per avviare azioni di più ampio respiro, generalizzabili in termini di avanzamento per il miglioramento delle condizioni di lavoro e di vita... Forse, questa idea si è perduta.

Risale al 1973, nel quadro di un'iniziativa puntuale del sindacato in relazione alla riforma sanitaria che da alcuni anni impegnava il governo, gli enti locali, le associazioni mediche, gli studenti di medicina, il sindacato stesso, un intervento di Elio Giovannini⁹, segretario confederale Cgil, dal titolo «La lotta operaia per l'ambiente, la salute, la riforma sanitaria», in cui si afferma, tra l'altro, che «...mentre all'Enpi (Ente nazionale protezione infortuni, n.d.r.) vengono sottratte le funzioni relative alla prevenzione delle malattie professionali, d'igiene e del lavoro e vengono trasferite alle Usl, la prevenzione infortuni resta affidata all'Enpi realizzando così una frattura verticale ed una divisione completa tra quella che è malattia, rischio e prevenzione e quella che è l'infortunistica, riproducendo in questo modo una divisione che credevamo superata anche dal punto di vista culturale nella stessa posizione del governo. Inoltre, nell'ultimo progetto governativo si parla di più di medicina preventiva in termini di accertamenti, ma non si menziona neanche in piccola parte la prevenzione primaria, l'identificazione delle cause di danno e pericolo nell'ambiente di lavoro, il rapporto fra condizione di salute complessiva del cittadino e la situazione esistente nel luogo di lavoro... identificare in questo progetto la conferma di una linea più generale...la quale tende a separare la fabbrica dalla società, tende a risolvere i problemi di fabbrica attraverso alcuni mutamenti impiantistici e soprattutto dell'organizzazione del lavoro che modifichino certi effetti della nocività aziendale, senza alterare i dati di base,... (che) ...impedisce soprattutto la saldatura dei dati che rendono possibile e realistica ogni battaglia per un mutamento profondo delle condizioni di salute: quella cioè che lega la definizione delle condizioni di nocività dell'ambiente di lavoro alle condizioni complessive nel quale il lavoratore vive come cittadino». Quella relazione

⁹ Introduzione alla giornata del 2 aprile 1973 nel quadro delle Conferenze-dibattito presso l'Aula Morgagni dell'Università di Padova svoltesi dal 16 marzo al 13 aprile, ad iniziativa della rivista «La Salute», notiziario del Centro regionale Cgil Veneto, in collaborazione con gli studenti della Facoltà di Medicina dell'Università di Padova, l'Arci, le Acli, l'Endas. In «Rassegna di Medicina dei Lavoratori», n. 5, anno VI, settembre-ottobre 1973, pp. 501-510.

di Elio Giovannini è stata molto importante, perché spaziava nell'intero ambito di iniziativa sindacale – dalla riforma sanitaria, ai contratti, alla situazione emergente della ricerca di una «stabilizzazione», a fronte delle ristrutturazioni in essere, da parte del padronato (...così si definiva...) – legando i singoli contenuti (ambiente, qualifiche, orario), per risalire alla necessità di una ricostruzione del valore politico centrale della tenuta del movimento nelle grandi fabbriche e della sua capacità di resistenza alla ristrutturazione, in termini di intervento sull'organizzazione del lavoro come dato qualificante di qualunque risposta del sindacato, pur nella consapevolezza che il divario tra lotte operaie nelle grandi aziende e situazione complessiva del Paese rappresentava un ostacolo a che il discorso sindacale sulle riforme costruisse momenti di iniziativa di massa. Non siamo qui a rendere conto nel dettaglio dell'analisi e delle intuizioni presenti nell'esposizione di Giovannini, ma è importante tenere presente la platea alla quale si rivolgeva – nella Facoltà di Medicina – per dire alla fine: «Penso che (gli studenti) siano sempre più coscienti che una funzione professionale affidata alla valutazione sintomatica individuale di una serie di fatti derivanti da malattia, è certamente un'ipotesi che non solo non risolve nessuno dei problemi dei lavoratori, ma condanna per sempre il medico di domani ad un ruolo totalmente non professionale».

La questione delle alleanze per una strategia complessiva finalizzata all'intervento per la prevenzione e contro la nocività dell'ambiente di lavoro, costruita nei dieci anni precedenti dal sindacato dei Consigli e dai Patronati sindacali, in particolare dall'Inca Cgil, con i compagni e le compagne che allora ne costituivano l'ossatura e lo spirito propulsivo, trova la sua esplicitazione, anche formale. La nascita del Crd nel 1974 segna un passaggio fondamentale in tal senso e realizza l'indicazione della Conferenza di Rimini del 1972. E nel novembre 1973 la Società italiana di medicina del lavoro e igiene industriale, nella Mozione conclusiva del suo XXXVI Congresso, a Pugnochiuso, aveva ratificato l'intera azione sindacale come *sistema* di analisi-ricerca-intervento sull'ambiente di lavoro. Citiamo:

«La Società Italiana di Medicina del Lavoro...

- prende atto della richiesta avanzata dal mondo del lavoro – in particolare dai lavoratori e dalle loro organizzazioni, e dai tecnici che si occupano della tutela della salute nell'ambiente di lavoro – di criteri per la costruzione di un sistema autoregolante di controllo della nocività ambientale capace di intervenire in senso positivo sui rapporti tra condizioni di lavoro e salute;...
- identifica nei medici del lavoro i tecnici attualmente capaci di rispondere alla richiesta dei lavoratori e dei sindacati, tenendo presente che le ipotesi mediche non possono escludere quelle operaie ma devono aggiungersi ad esse;
- riconosce nei libretti sanitari e di rischio e nei registri dei dati ambientali e biostatistici strumenti conoscitivi capaci di concorrere alla costruzione di un sistema di rilevazione-

registrazione dei dati per la verifica della validità e della idoneità delle modificazioni apportate all'ambiente ai fini preventivi;

- la scelta dei dati ambientali e biostatistici da rilevare e da registrare deve rifarsi a due ipotesi: quelle dei lavoratori (dei gruppi omogenei) e quella dei medici del lavoro; ipotesi che non si contrappongono, ma si integrano; ...».

Nel 1976 esce un volume «Salute e Ambiente di Lavoro – L'esperienza degli Smal» (Servizi di medicina per gli ambienti di lavoro, n.d.r.) a cura della Federazione provinciale Cgil-Cisl-Uil di Milano, che rappresenta una sintesi molto efficace del percorso sindacale in materia e fa il punto, anche ai fini della Riforma della Sanità, sugli obiettivi che sindacato e operatori pubblici della prevenzione si proponevano, partendo dall'ipotesi – validata, allora, dalla Regione Lombardia con il documento del Consiglio regionale del 21 febbraio 1974 – che i Servizi per la prevenzione dovessero anche «...seguire i problemi sociali connessi con l'attività di medicina del lavoro come il reinserimento, riadattamento, pensionamento, cambio dei posti di lavoro, indennizzi». «In questo incontro tra Smal e Istituti di patronato – si legge in una nota al testo¹⁰ – si può realizzare una corretta fusione di due momenti diversi, ma entrambi di grande importanza, quello della prevenzione e quello del risarcimento, che debbono essere contemporaneamente presenti a chi svolge un'attività di tutela dei lavoratori, della loro salute e della loro integrità psico-fisica».

Siamo alla vigilia della Riforma sanitaria (la legge 833 del 1978) e l'esperienza degli Smal costituirà la traccia decisiva per delineare diffusione, struttura, compiti e funzioni dei Servizi di prevenzione delle Usl. Si cominciarono in quegli anni a formalizzare relazioni più strutturate con il mondo dei tecnici della prevenzione non accademico – con il quale i rapporti si stavano già consolidando, a cominciare dalla Clinica del lavoro di Milano «Luigi Devoto», per estendersi già a quella di Pavia, di Padova e con l'Università di Torino – che costituirà per almeno vent'anni un punto di riferimento diffuso sul territorio nazionale e sosterrà con la propria iniziativa, anche interna al sistema sanitario, l'analisi e la ricerca del sindacato.

Non è davvero possibile, qui, richiamare attività, nomi, esperienze, senza il rischio di fare torto a qualcuno. È certo che il lavoro per la prevenzione negli ambienti di lavoro fu intenso e ricco e il «modello italiano» rappresentò per moltissimo tempo l'esempio migliore dell'approccio e per la soluzione ai problemi della salute dei lavoratori.

Sono, anche, gli anni in cui si arricchisce il bagaglio teorico della riflessione, e l'assunzione della specificità di genere – ossia, la salute delle donne sul lavoro – ne rappresenta un passaggio molto importante. Si parla di salute riproduttiva e si indivi-

¹⁰ Cgil-Cisl-Uil Federazione provinciale di Milano, *Salute e Ambiente di Lavoro - L'esperienza degli Smal*, Mazzotta, 1976, pp.183-184.

duano le esposizioni a maggior rischio per il patrimonio genetico e per le condizioni di stress (rischio abortivo e di ostacolo al concepimento), ma soprattutto si giunge alla conclusione – importante per l'insieme dell'iniziativa sindacale – che individuare le condizioni di maggior rischio per gruppi di lavoratrici (in questo caso soggetti più «deboli» di altri rispetto ad un'esposizione) e trovare le soluzioni significa creare condizioni migliori per tutti... la logica, in fondo, dell'*empowerment*, strumento concettuale e strategia per le politiche di genere che di lì a poco si affaccerà – con le «azioni positive» – tra gli obiettivi delle donne nel sindacato. L'Istituto superiore di sanità contribuirà molto a questo impegno e organizzerà iniziative specifiche a sostegno di quest'impostazione, che nel frattempo anche negli Usa e nei Paesi scandinavi troverà ricercatrici attente: gli studi più importanti su questi aspetti vengono prodotti in quel periodo. Il punto di flessione sarà rappresentato dalla nuova «lettura» che l'Unione europea darà delle «pari opportunità», in termini di creazione di svantaggi per i lavoratori maschi, ma anche discriminazione per le donne, a partire dagli studi condotti dalla Fondazione di Dublino per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro sul lavoro a turni. Si aprirà in Italia una campagna per reintrodurre nei contratti il lavoro i turni notturni per le donne (con il presupposto che il divieto costituisca una lesione del loro diritto ad avere «pari opportunità», appunto), con la semplice previsione di «deroghe» a tale divieto. Questa battaglia apre un dibattito importante nel sindacato, che riguarda direttamente la contrattazione – siamo negli anni '80, e alcune crisi industriali cominciano a farsi sentire, soprattutto nel tessile e nell'industria chimica – e coinvolge non solo le donne, la salute, i ragionamenti sul lavoro di cura e i tempi di vita e di lavoro, ma alcuni aspetti dell'identità stessa del sindacato nel difendere le conquiste di «miglior favore» a fronte delle logiche produttivistiche, molto forzate dalla crisi industriale in atto in alcuni settori, che porteranno anche a diversi atteggiamenti contrattuali.

Ricordare questo aspetto è importante, perché introduce uno dei primi elementi di criticità nel rapporto tra difesa e promozione della salute attraverso la prevenzione e rapporti di forza nell'ambito delle relazioni industriali.

Si tratta di un primo passo che, con il maggior peso assunto nel tempo dalle normative europee in materia di salute e sicurezza dei lavoratori e dagli indirizzi complessivi della contrattazione in Italia (che condizioneranno fortemente a livello europeo, con la posizione dell'industria, le istituzioni nazionali presenti negli organismi tripartiti consultivi), produrrà come esito in primo luogo – e in virtù delle relazioni sindacali interne al nostro Paese – un certo «distacco» tra l'elaborazione che viveva nell'ambito di chi si dedicava alla prevenzione nei luoghi di lavoro e le scelte di chi rappresentava il sindacato nella contrattazione... in poche parole, inizia una divaricazione tra gli «addetti ai lavori» e le rappresentanze più in generale. Si rompe quell'equilibrio del comune sentire di un ruolo

esercitato per cambiare, a favore di una scelta che «difende» uno stato acquisito e finirà, in questo, per giocare di rimessa.

Non sembri arbitraria e ideologicamente testarda questa posizione. Il terreno offerto dalle conquiste culturali acquisite e maturate negli anni '60-70 e sfociate nei Consigli – prima – e nella Riforma sanitaria successivamente comincia a diventare un terreno di ridefinizione e «appropriazione» di spazi, soprattutto all'esterno del sindacato, per ricostruire un quadro di compatibilità in cui tutto si tiene, comprese le dialettiche culturali di rappresentanza, anche istituzionale, fino ad affidare completamente le dinamiche negoziali a quanto consentito dagli ambiti normativi. I contratti non aprono più «la pista» per norme più avanzate (come fu per lo Statuto dei lavoratori e la Riforma sanitaria, la regolazione dei cottimi, la non monetizzazione del rischio, ad esempio).

Mentre, nel 1982, chiude il Crd – perché viene meno il Patto unitario tra le tre Confederazioni e la Federazione unitaria Cgil-Cisl-Uil si scioglie – continua tuttavia il lavoro di relazione e raccordo tra l'Inca, la Cgil e la Comunità scientifica, anch'essa – soprattutto quella di parte pubblica – impegnata a difendere gli attacchi alla Riforma sanitaria e, in essa, ai Servizi di prevenzione, ai loro operatori, alla professionalità specifica necessaria per operare sugli ambienti di lavoro, alle titolarità di nuovo messe in discussione tra sanità e lavoro. Si tratta di remare controcorrente e in salita, ma quanto costruito nei vent'anni precedenti sostiene fortemente questo impegno. Per quanto riguarda la Cgil, la sua Segreteria nazionale decide di «spostare» in Confederazione il gruppo che era impegnato nel Crd e di affidare la titolarità di coordinamento della materia al Dipartimento attività produttive, il cui segretario confederale era allora Fausto Vigevani. Vigevani si impegnò molto, per sostenere e dare continuità culturale e spessore di elaborazione alle questioni riguardanti l'ambiente di lavoro. Si torna, nel 1986, a dare vita alla rivista «Rassegna di Medicina dei Lavoratori», Rivista trimestrale della Cgil, e nel n. 1, nel suo editoriale di presentazione, Vigevani scrive: «...Si sottovalutano le più grandi e potenzialmente devastanti disuguaglianze del sapere, che escludono dal processo lavorativo, che espongono disarmati milioni di persone al potere di chi "sa", nelle istituzioni, nella gestione della scuola, della giustizia, della medicina, del lavoro,... nuove disuguaglianze che nascono dalla mancanza di pari opportunità per tutti... Vogliamo rendere chiaro l'orizzonte entro il quale intendiamo muoverci, rinnovare il nostro sapere, riacquistare una capacità di conoscere per cambiare e di promuovere cambiamenti effettivi in nome di una concezione della "salute" non separabile e isolabile dal contesto sociale, politico e culturale entro il quale i lavoratori agiscono come tali e come uomini,... – riappropriandosi, nelle attuali condizioni economiche e sociali, di quella tensione che aveva privilegiato, sin dai primi fascicoli di «Rassegna di Medicina dei Lavoratori» – ...le esperienze di partecipazione nella ricerca delle cause di rischio e di danno e delle soluzioni per ridurle o eliminarle, distinguendosi da coloro che sceglieva-

no la semplice denuncia... Sappiamo che tutto ciò non sarà facile. Ma sappiamo anche di poter contare su apporti tecnici e scientifici molto vasti e qualificati...»¹¹.

D'altra parte, mantenere aperto e attivo il rapporto con la comunità scientifica consentirà di continuare ad adeguare almeno la dimensione della conoscenza, nell'evoluzione di sistemi produttivi e lavorazioni, dei rischi e dei danni ad essi legati e produrrà, con l'impegno di compagne e compagni dell'Inca, di alcune categorie, di alcune Camere del lavoro territoriali e del gruppo che aveva dato vita al CRD e ne aveva seguito fino alla fine il percorso, lo schema di Tst (Tecnologia, salute, tutela): il tentativo – cioè – di riprendere una classificazione aggiornabile (sistema telematico e motore di ricerca dedicato) di lavorazioni/esposizioni/danni alla salute, nella logica delle matrici occupazione/esposizione.

Questa fase, relativa agli anni '80, vive in contemporanea con l'assetto normativo determinato dalle direttive europee e dal loro recepimento in Italia, attraverso il quale si strutturano le procedure e i vincoli di intervento per quanto riguarda agenti chimici e fisici e le relazioni fra le parti nel quadro degli interventi di cambiamento delle condizioni a rischio. Procedure, vincoli e relazioni che porteranno, con la Direttiva-quadro 391 del 1989 e il d.lgs. 626 del 1994, alla reintroduzione dei tecnici di azienda come referenti primari dei lavoratori e alla figura del Rls come rappresentante specifico. I suoi rapporti con il resto della rappresentanza eletta, tuttavia, finiscono per essere marginali. Si perde di vista, cioè, il fatto che *tutti i problemi sindacali sono un momento della prevenzione*. Scriveva Gastone Marri nel 1995: «la possibilità di un'efficace applicazione del decreto 626/94 risiede soprattutto nella formazione autonoma del rappresentante della sicurezza e nella sua determinazione a non farsi frastornare dalla complessità e ampiezza dei compiti che il decreto gli attribuisce. Per raggiungere lo scopo occorre una formazione... finalizzata a "costruire" un esperto capace di "sapere cosa sa", dato che non è tanto ciò che si sa in assoluto che serve, quanto l'apprendimento della capacità di recuperare attraverso un «piano» la memoria cosciente di ciò che si sa di sapere. Dunque, poche informazioni, ma saperle usare e saper riflettere sul modo con cui si lavora. L'esperto, così formato, dovrebbe porsi come compito quello di fare una "mappa grezza" dei rischi... presenti nei luoghi di lavoro, cercando di identificare quei gruppi di lavoratori che vi sono esposti. Avendo presente che le mappe esistono solo nella testa degli uomini».

Nel contesto, mutato, del sistema produttivo, dei rapporti tra le Confederazioni (per le ragioni che ne sono alla base) e delle relazioni industriali, recuperare una titolarità visibile e capace di produrre una «cultura» autonoma per la prevenzione richiede un impegno notevole, a partire dalle rappresentanze sindacali, dal loro rapporto con le categorie di appartenenza, dal rapporto tra Inca e Confederazione e – complessivamente – per come si

¹¹ Fausto Vigevani, *Perché. Come? - Editoriale*, «Rassegna di Medicina dei Lavoratori», n.1, a. I, giugno 1986, pp. 3-8.

intende, oggi, la funzione del sindacato e delle sue politiche rivendicative nella dimensione economica e sociale. Si tratta, d'altro canto, di un passaggio obbligato, se vogliamo – tutti – smetterla di limitarci alle accuse e alle recriminazioni quando le persone si ammalano, muoiono o subiscono incidenti gravi¹².

L'Inca è pronta a fare la sua parte, a mettere a disposizione – in maniera ragionata e fondata sulle tante evidenze che il proprio lavoro quotidiano sottopone alla sua attenzione e impegna a tutelare – un patrimonio considerevole di acquisizioni tecnico-scientifiche, medico-legali e legali, perché costituiscano una «massa critica» sulla quale ricostruire iniziative e ruoli. Malattie professionali, tabellate e non, esposizioni «nuove», invalidità, inidoneità per patologia o infortunio, danni alla maternità e alla paternità, elementi di welfare che non funzionano... insomma, a partire da sé, e mettendosi in gioco, il Patronato non dimentica mai per chi e per che cosa lavora e quale sia il suo rapporto con la Cgil e non dimentica mai che la propria iniziativa – per essere non solo quella, necessaria, di tutelare individualmente le persone, ma anche di mettere a frutto in termini di progresso per tutti quello che riesce a fare per i singoli – necessita di una progettualità più «alta», strettamente finalizzata all'impegno sindacale, che ne è allo stesso tempo obiettivo e stimolo.

¹² Provincia di Roma, Associazione Megachip, Associazione articolouno, *Progetto Argo: Caduti – lavorare e morire*, Provincia di Roma, 2007, volume e dvd.

L'iniziativa del Patronato sindacale nell'ambito della patologia professionale

di **Marco Bottazzi***

L'attività di tutela svolta dai Patronati ha contribuito a modificare il quadro conoscitivo e soprattutto applicativo della *patologia professionale*, nel campo dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali e ha concorso a produrre una reale riforma della tutela del rischio professionale.

Per determinare queste modificazioni si sono utilizzati strumenti culturali, sindacali di intervento sul legislatore e iniziative giudiziarie attraverso le nostre strutture politiche e tecniche, ottenendo così leggi innovative e significative e «rivoluzionarie» decisioni della Corte Costituzionale e della Cassazione.

Gli orientamenti del sindacato sul tema del rischio professionale sono il frutto di un dibattito che si è andato sviluppando negli ambienti scientifici e giuridici a cui il sindacato ha partecipato in prima persona sia a livello dottrinario che politico ed applicativo attraverso la produzione di studi, la partecipazione in sede parlamentare ai dibattiti che hanno dato luogo a leggi innovative e soprattutto attraverso la pratica contestazione dei limiti strutturali applicativi e operativi messi in atto dagli istituti assicuratori.

Analizzando la vasta letteratura prodotta si può, senza tema di smentite, affermare che senza il contributo della Cgil e dell'Inca probabilmente sarebbero diversi e più arretrati gli approdi cui la legislazione, la dottrina e la giurisprudenza sono giunti per quanto riguarda i problemi della medicina previdenziale e del lavoro, della lotta contro la nocività del lavoro e per la prevenzione oltre che per l'equa valutazione del danno alla persona verificatosi nei lavoratori in occasione o a causa del lavoro.

In un convegno del 1953 come Inca coglievamo tra i primi le profonde modifiche che stavano intervenendo nella patologia del lavoro e che erano state causate dalla ristrutturazione industriale. Concludendo questo convegno, Di Vittorio chiedeva

* Coordinatore medico-legale Inca Cgil nazionale.

«l'estensione del concetto di malattia professionale, tenendo conto del peso che può avere la natura del lavoro, l'ambiente, nel far insorgere o nell'aggravare determinate malattie». Sono occorsi 35 anni perché questo elementare concetto di giustizia sociale, che derivava da una evidente realtà scientifica, venisse finalmente messo in atto dalla Corte Costituzionale.

Nel 1964 in un Convegno nazionale sul rischio da lavoro tentammo di individuare una più adeguata definizione di rischio in rapporto al lavoro, alla vita di relazione, alla sicurezza sociale, in riferimento alle mutazioni della società italiana, dell'ambiente di lavoro ai rapporti interpersonali che in esso si esprimono, alla funzione della contrattazione sindacale e alle esigenze di una rinnovata legislazione previdenziale e prevenzionistica.

Allora proponemmo una definizione del rischio che tenesse conto di «ogni contingenza ambientale statica e dinamica, connessa al lavoro, idonea potenzialmente a tradursi in danno psicosomatico e subordinatamente, ma non necessariamente, economico».

Soltanto nel 1991, dopo ripetute iniziative delle consulenze legali del Patronato sindacale, la illuminata *sentenza n. 356 della Corte Costituzionale* riconosceva ai lavoratori il diritto al risarcimento per le menomazioni che comportano danni alla persona diversi dal «danno economico», l'unico a essere tutelato dall'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali.

Nel 1973 le Confederazioni Cgil, Cisl e Uil inviavano al Ministero del Lavoro un documento in cui si proponeva di dare alle tabelle valore indicativo con estensione del riconoscimento a tutti quei danni che, pur non tabellati, derivavano comunque dall'attività lavorativa: «...le malattie tabellate – scrivevano le Confederazioni – non dovrebbero delimitare l'ambito delle malattie professionali, ma solo sollevare il lavoratore dall'onere della prova quando egli è colpito dalle manifestazioni morbose indicate nelle tabelle medesime».

Sono i principi che la Corte Costituzionale avrebbe definitivamente affermato con *le sentenze 206 del 4 luglio 1974 e 179 del febbraio 1988*.

Nel settembre 1985, del resto, al 48° Congresso della Società italiana di medicina del lavoro e di igiene industriale queste posizioni venivano ribadite nella relazione affidata al Centro unitario dei Patronati sindacali e sono state oggetto di una mozione approvata a maggioranza.

Nel 1986 l'Inca organizzava il Convegno «Per una nuova tabella delle malattie professionali» nel corso del quale fu riaffermata l'esigenza dell'introduzione del sistema misto e furono analizzati alcuni problemi su cui era aperta la discussione: tra questi ricordiamo la riaffermata non incidenza dei valori limite (T_{vl}), pur riconosciuti essenziali per la tutela della salubrità ambientale, nella valutazione dei casi di patologie da lavoro e delle prestazioni dovute dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali; l'esigenza di una effettiva tutela dei tumori professionali, sostanzialmente disattesi nell'applicazione

della legge; lo scarso fondamento scientifico che ha la pretesa di definire quadri clinici «tipici» di tutte le malattie professionali; l'esigenza di una maggior aderenza nell'applicazione, insita nell'esistenza della tabella secondo la Corte Costituzionale e più volte riconfermata dalla Cassazione, al criterio della presunzione legale dell'eziologia professionale, ecc. Quando, nel febbraio 1988, la Corte Costituzionale con la sentenza 179 introduce il *sistema misto*, si può ben dire che la decisione premia quarant'anni di lavoro legale e medico-legale del Patronato.

Di rilievo, anche per gli immediati risvolti nel campo della *prevenzione*, è stato il nostro contributo alla definizione del concetto di malattia professionale negli stati sub-clinici, quali la fase silente delle allergopatie.

In particolare, per quanto si riferisce al problema delle cosiddette impregnazioni, va ricordato che la Cassazione, con sent. n. 3699/1987 ha riconosciuto il diritto a fruire dell'assegno di inabilità temporanea per quei lavoratori i quali, pur non presentando evidenti manifestazioni cliniche che permettano di individuare uno stato conclamato di malattia, presentano tuttavia condizioni cliniche di pericolo per la salute nel caso di ulteriore esposizione al rischio, e da esso devono essere allontanati su indicazione del medico del lavoro (*incompatibilità dell'attività lavorativa con le esigenze terapeutiche dell'assicurato*).

Si tratta di un concetto che ha trovato, poi, piena applicazione con la legislazione di derivazione comunitaria.

▼ **La prevenzione e la tutela del danno**

Non si può infine omettere di sottolineare come il lavoro medico-legale dell'Inca abbia sempre avuto la capacità di collegare la tutela del danno, che è suo compito istituzionale, con la prevenzione.

Fin dal 1950 inizia su «l'Assistenza Sociale» (la rivista del nostro Patronato) l'analisi sistematica delle cause degli infortuni sul lavoro, che appaiono sempre più legate all'organizzazione del lavoro con il supersfruttamento facilitato dal cottimo e con il risparmio sulle spese per la sicurezza.

Nel 1951 in preparazione del Convegno promosso dalla Cgil sugli effetti derivanti dall'intensificazione dello sfruttamento l'Inca condusse una inchiesta campione sulle condizioni di sicurezza, la prima del dopoguerra, che interessò circa 100.000 operai appartenenti a 95 aziende metalmeccaniche, 37 tessili, 28 chimiche e 69 cantieri edili. Da tale indagine risultarono, fra l'altro, una impressionante arretratezza tecnica delle fabbriche campionate, violazioni gravissime delle più elementari norme di sicurezza, soprattutto nell'edilizia (carenza degli investimenti nelle opere provvisorie: armature, ponteggi, ecc.), il ricorso indiscriminato alla pratica del subappalto e la quasi totale mancanza di attrezzature igieniche elementari.

Nel 1952 seguiva la conferenza nazionale dell'Inca sugli infortuni e le malattie professionali.

La ricca attività sviluppata negli anni '50, '60 e '70 dall'Inca e dalla Cgil porterà a definire il ruolo dei lavoratori e delle loro organizzazioni nella prevenzione «partecipativa e contrattuale», accolto in accordi aziendali e nei contratti, nella legge 300/1970 (Statuto dei diritti dei lavoratori), nella legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale e in altre leggi dello Stato, e divenuto punto di riferimento per ogni intervento di prevenzione.

In un convegno del 1964 l'Inca elaborò una nuova linea di politica preventiva sintetizzabile nello slogan «dall'uomo protetto all'uomo sicuro» che avrebbe spostato l'attenzione delle organizzazioni sindacali dalla rivendicazione della sicurezza sulle macchine a quella dell'igiene dell'ambiente di lavoro, trasformando inoltre l'impegno dei lavoratori dalla semplice rivendicazione del rispetto delle leggi vigenti ad una attiva azione di tutela della salute globalmente considerata.

I termini «gruppo omogeneo», «validazione consensuale», sono le parole chiave di questa impostazione che trova la sua concretizzazione da parte del Patronato nel 1966 con la nascita del Centro nazionale di ricerca e documentazione sui rischi e sui danni da lavoro (Crd) e, nel 1968, della «Rassegna di medicina dei lavoratori», che ha avuto tanta parte nella socializzazione delle conoscenze tecniche e delle esperienze necessarie alla gestione della linea sindacale sull'ambiente di lavoro.

Si trattava di un modello nuovo di prevenzione centrato sul riconoscimento del valore scientifico dell'esperienza operaia che veniva fatta valere nell'analisi dei rischi, che toglieva le deleghe e consentiva di liberare i tecnici dai condizionamenti padronali, ponendo le basi per l'utilizzazione del sapere sulla nocività del lavoro e consentendo ai lavoratori ed al loro sindacato di controllare con efficacia le condizioni di lavoro per eliminare o ridurre i rischi. Si riconosceva, in tal modo, che i lavoratori non erano interessati alla sicurezza del lavoro solo in quanto possibili vittime di situazioni pericolose, ma soprattutto perché erano coloro che meglio di altri conoscevano le condizioni in cui si trovavano ad operare.

Ed infine i lavoratori potevano rivendicare una prevenzione globale verso tutti i possibili fattori nocivi, anche non compresi negli elenchi delle sostanze tossiche o nelle tabelle delle tecnopatie, perché ancora ritenuti causa solo di malattie comuni anticipando il concetto di «work related disease» (patologie collegate al lavoro), malgrado fosse noto ai medici e ben chiaro ai lavoratori che un ambiente di lavoro anti-igienico ed un lavoro male organizzato potessero essere causa o concausa di una quantità di forme morbose o quanto meno di un loro aggravamento.

Vivo e fecondo, negli anni '60 e '70, è stato l'incontro tra la medicina del lavoro e i dirigenti e i tecnici del sindacato ai fini della lotta contro la nocività del lavoro. Anche gli effetti di questo incontro furono importanti: si abbassò notevolmente il tasso degli infortuni e numerosi provvedimenti di bonifica ambientale ridussero in modo marcato i rischi

presenti nell'ambiente di lavoro. Nel contempo, la presa di coscienza dei rischi da parte dei lavoratori e le più affinate metodiche cliniche messe in opera dai tecnici degli enti locali e dall'istituto assicuratore hanno permesso un più accurato controllo delle condizioni di salute dei lavoratori che ha provocato, nella prima fase, un marcato aumento delle denunce di malattie professionali.

Si pervenne ad una evoluzione del concetto di rischio professionale come complesso di fattori che, presenti nel luogo di lavoro, influivano sui comportamenti del lavoratore. Una acquisizione alla quale ci atteniamo ancora oggi come Patronato nel momento in cui poniamo all'attenzione del dibattito scientifico, tematiche quali: la differenza di genere, le nuove forme di lavoro, le modificazioni fisiologiche dell'età, lo stress ecc.

Nel quadro di una attività di istruzione dei lavoratori alla loro azione di tutela della salute i fattori nocivi vennero sintetizzati in quattro gruppi:

- un gruppo di fattori presenti anche nell'ambiente di vita (luce, rumore, temperatura, ventilazione, umidità, ecc.);
- un gruppo di fattori normalmente non presenti in un'abitazione e quindi caratteristici dell'ambiente lavorativo (polveri, gas, vapori, fumi, sostanze e materiali usati per ragioni produttive, ecc.);
- un gruppo di fattori ricollegabili all'attività muscolare come occasione di fatica fisica (sforzi fisici, pesi, posture e movimenti antifisiologici, ecc.);
- un quarto gruppo di fattori nocivi comprendente ogni condizione di lavoro diversa dal lavoro fisico, capace di provocare effetti stancanti (ad esempio: monotonia, ritmi eccessivi, saturazione dei tempi, ripetitività dei movimenti, ansia, eccesso di responsabilità, autoritarismo dei capi, ecc.).

▼ Ricerca attiva dei danni da lavoro

L'Inca, struttura del sindacato, ha cercato in tutto l'arco della sua storia di adempiere ai compiti di tutela che gli sono stati assegnati anche per colmare il divario tra i danni causati dal lavoro e le malattie professionali, tabellate e non, e quelli che l'Inail effettivamente indennizza.

Una storia che dunque si interseca profondamente con l'esperienza della Cgil esercitando un ruolo spesso propulsivo ed innovativo. Basta scorrere la lista delle malattie professionali assicurate e le statistiche dell'Inail per rendersi conto dell'assoluta carenza di tutela nei confronti della stragrande maggioranza dei rischi protetti.

Il nostro impegno per il riconoscimento delle nuove malattie professionali conferma quell'intreccio fra tutela e prevenzione che da sempre caratterizza il nostro Patronato in quanto il riconoscimento tabellare interviene spesso o troppo spesso a sanare l'arretratezza di certe norme igienistiche o di certi atteggiamenti culturali.

Infatti, come è noto, l'articolo 34 del d.p.r. 303/56 prevedeva che la sorveglianza sanitaria sia obbligatoria in presenza di lavorazioni che sono individuate come responsabili di malattie professionali tabellate.

Tale impegno dell'Inca appare ancor più importante stante una situazione culturale quale è quella italiana in cui la prevenzione non solo è arretrata nei confronti dell'assicurazione ma ne è anche subordinata, per cui ancora troppo spesso si provvede a prevenire solamente quei rischi che provocando danni al lavoratore impongono indennizzi.

Questa iniziativa di ricerca attiva ci ha portato alla costruzione di una rete di relazioni che prevede:

- 1) rapporti con i servizi di prevenzione: continuiamo ad avere come Patronato rapporti con i servizi di medicina del lavoro alcuni dei quali sono egregiamente impegnati nella ricerca e nel cui ambito sono stati costituiti dei gruppi di lavoro su singoli comparti in grado di fornire preziose informazioni sulla situazione di ampie zone del Paese ma anche su rischi e tecnologie presenti e passate;
- 2) rapporti con gli istituti di ricerca ed universitari: qui dobbiamo rilevare una flessione frutto più di scelte che questo mondo accademico ha compiuto negli ultimi anni che non di una minore attenzione nostra o del sindacato, pur se continuiamo ad avere rapporti con molti istituti;
- 3) rapporto con il sindacato: in questi ultimi anni come Patronato abbiamo sviluppato una intensa attività di rapporto con molte categorie del sindacato a partire dall'intreccio delle tematiche inerenti la normativa di igiene e sicurezza (d.lgs. 626 prima ed oggi d.lgs. 81) con quelle della tutela con incontri e corsi rivolti agli Rls ed ai lavoratori. Da questa iniziativa occorre partire per trarre tutte le informazioni possibili dagli obblighi previsti da detta normativa.

Questa attività di ricerca delle nuove malattie professionali e di emersione di quelle note ci vede impegnati in una costante attività pubblicitica e convegnistica che ha lo scopo di sensibilizzare le diverse figure previste dalle normative vigenti ed è ben sintetizzata dalla ventennale attività sul tema dei tumori professionali.

Le ricerche sui tumori professionali hanno avuto notevole sviluppo negli ultimi decenni con un allargamento dell'attenzione dai tumori che riconoscono quasi esclusivamente un'eziologia professionale, quali il mesotelioma pleurico da amianto, l'angiosarcoma epatico da Cvm, il carcinoma dei seni paranasali da polveri di legno e cuoio, ai tumori indotti da queste stesse sostanze ma in organi diversi da quelli considerati «bersaglio»; a quelli che non hanno connotati diversi da quelli di origine «spontanea» e per i quali l'evidenza del fenomeno è apprezzabile solo sul piano epidemiologico e valutabile in termini di eccesso di rischio. Inoltre il maggior numero dei tumori si manifesta in epoca successiva al pensionamento, facendo sì che la maggior parte dei tumori professionali non sia identificabile durante il periodo di esposizione.

Il nostro impegno è stato innanzitutto quello di far recepire a livello assicurativo quelli che sono i dati e le certezze che vengono dal mondo scientifico. Impegno che si è tradotto nella battaglia affinché nella nuova tabella delle malattie professionali siano inseriti tutti i cancerogeni ritenuti certi (gruppo 1) dallo Iarc (l'Istituto per la ricerca sul cancro con sede a Lione) o da altri istituti di ricerca.

La sotto-dichiarazione delle malattie professionali è un fenomeno che nel nostro paese interessa l'insieme delle patologie da lavoro

È un fenomeno che rischia di diventare sempre più significativo, a fronte delle modificazioni del mercato del lavoro, con la sua progressiva terziarizzazione, che fa emergere nuove patologie in rapporto al carico mentale del lavoro e allo stress, ma anche patologie già «note» in settori, tuttavia, che fino ad ora ne erano immuni.

Come Patronato e come Cgil abbiamo da sempre interpretato la sotto-dichiarazione delle malattie professionali non solo come il «banale» confronto fra numero di malattie denunciate o segnalate ed il numero di malattie correlate al lavoro attese alla luce delle diverse ipotesi sulla frazione di rischio attribuibile, ma anche e soprattutto come emersione delle malattie nuove o emergenti; nella consapevolezza che i dati sulle malattie lavoro-correlate servono anche e soprattutto a fare prevenzione.

Per contrastare questa sottostima e sottodichiarazione negli ultimi anni l'attività dell'Inca è stata caratterizzata dalla realizzazione, in rapporto con le diverse categorie sindacali e sotto l'egida del Dipartimento salute e sicurezza della Cgil Nazionale, di indagini mirate alla evidenziazione delle patologie da lavoro. Queste indagini, che si sono basate su un questionario autosomministrato, avevano come obiettivo di:

- valutare lo stato di salute dei lavoratori con particolare attenzione alla prevalenza della localizzazione dei disturbi;
- studiare i possibili fattori legati all'attività lavorativa: mansione e attività;
- studiare i fattori extralavorativi;
- evidenziare patologie correlate all'esposizione lavorativa così come definita dal d.lgs. 81.

I risultati sono andati molto oltre le aspettative con un ritorno di questionari compilati superiore a quello normalmente atteso in questa tipologia di indagine e con risultati importanti sia in tema di riconoscimento di malattie professionali che di indicazioni utili per la prevenzione.

▼ **La nuova tabella delle malattie professionali**

È noto come solo una parte delle malattie che riconoscono una causa (o una concausa) lavorativa siano ammesse all'indennizzo attraverso il sistema di lista, ferma restando la possibilità di richiedere la prestazione secondo i criteri della sentenza 179/1987 della Corte Costituzionale, criteri recepiti dal decreto 38/2000 di riforma dell'Inail.

La sottostima delle malattie professionali è causata spesso da difficoltà oggettive, legate al frequente lungo periodo di latenza con conseguente difficoltà di individuare esposizioni lontane nel tempo e l'agente causale, soprattutto in caso di esposizioni multiple e di malattie ad eziopatogenesi multifattoriale, lavorativa ed extralavorativa.

Il passaggio da malattie professionali specifiche a malattie generali per cui si prospetta la possibilità e/o la probabilità di origine professionale comporta un maggiore impegno in campo epidemiologico, come pure un uso attento dei dati ottenibili dalla sorveglianza sanitaria, per evidenziare la quota pertinente.

Occorre, poi, definire modalità per la più attenta e duratura osservazione clinica ed epidemiologica degli esposti a rischio per evidenziare nuove patologie correlate a nuovi fattori di rischio come pure gli effetti delle esposizioni a basse dosi di tossico o di cancerogeno ecc.

Studi o ricerche per settore produttivo costituiscono gli strumenti più idonei per raccogliere dati che riflettano la reale portata dei problemi di salute e di sicurezza e dunque orientino, il più precisamente possibile, gli interventi di tipo preventivo.

A tali difficoltà si aggiunge la scarsa attenzione, anche per poca conoscenza, alle più recenti acquisizioni di tossicologia da parte dei medici, generici e specialisti, di diagnosi e cura.

In un recente documento dell'Etui (l'Istituto sindacale europeo) si legge che «il passaggio dall'indennizzo alla prevenzione delle malattie professionali resta un punto debole dei sistemi di prevenzione in Europa»; mentre la storia e l'esperienza del Patronato in Italia sono state caratterizzate da un costante intreccio fra queste diverse problematiche, una storia che, dunque, si interseca profondamente con l'esperienza dell'organizzazione ispiratrice con spesso un ruolo di tipo propulsivo ed innovativo.

Tale impegno dell'Inca appare ancor più importante stante una situazione culturale quale è ancora quella italiana in cui la prevenzione non solo è arretrata nei confronti dell'assicurazione, ma ne è anche subordinata per cui ancora troppo spesso si provvede ad assumere misure di prevenzione solamente per quei rischi riconosciuti che provocando danni al lavoratore, impongono indennizzi.

Come Patronato in costante sinergia con la Cgil ci siamo impegnati affinché si pervenisse all'aggiornamento delle tabelle di legge e alla loro emanazione.

Questo impegno è stato motivato dalla convinzione che l'inserimento tabellare riveste particolare importanza in quanto nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali la causalità giuridica assume diverse connotazioni a seconda che la malattia sia o non sia inclusa nella tabella di legge.

Ma soprattutto perché l'esperienza degli altri Paesi europei dimostra come l'inserimento tabellare abbia determinato un netto aumento dei riconoscimenti delle patologie con conseguenti benefici anche in termini della loro prevenzione.

L'analisi dei dati Inail dell'ultimo quinquennio dimostra come delle circa 26.000 domande presentate ogni anno ben l'85% sia rappresentato da malattie che non erano previste dalle tabelle in vigore e che hanno visto una scarsa disponibilità all'accoglimento. A solo titolo d'esempio segnaliamo che nel 2007 le malattie muscolo-scheletriche hanno rappresentato il 41,6% di tutte le domande presentate.

Questi dati rendono significativi i nuovi inserimenti tabellari ed in particolare di:

- patologia del rachide da movimentazione da carichi o da vibrazioni whole-body anche se limitate alla sola previsione tabellare dell'ernia discale e non alla patologia degenerativa quale la spondilodiscopatia (peraltro prevista dalla lista 1 dell'elenco ex articolo 139 del T.U.). Rispetto a questa patologia giudichiamo limitato l'elenco delle lavorazioni dell'industria che espongono a vibrazioni a tutto il corpo;
- patologie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore da movimenti ripetuti e posture incongrue, da azioni di presa o appoggio prolungato con la declinazione dettagliata delle diverse patologie correlate;
- malattie muscolo-scheletriche da sovraccarico biomeccanico del ginocchio, per appoggio prolungato e per movimenti di flessione-estensione;
- in agricoltura sono state introdotte sia le vibrazioni al sistema mano-braccio che le vibrazioni whole-body nella guida dei trattori e di altri mezzi meccanici ma anche la movimentazione manuale di carichi oltre alle malattie muscolo-scheletriche da sollecitazione biomeccanica dell'arto superiore per le attività di potatura e mungitura;
- ipoacusia, viene introdotto il parametro generale in assenza di efficace isolamento acustico, la ratio di questa definizione, che deve essere letta in accordo con la normativa di igiene e sicurezza, è quella che non è sufficiente che siano state adottate misure di abbattimento del rischio sia di tipo ambientale che di tipo personale ma che deve essere dimostrato che tali misure abbiano determinato il reale e concreto annullamento del rischio per ipoacusia, rischio che, giova ricordarlo, assume connotati diversi in ambito previdenziale rispetto a quello in ambito igienistico; ma soprattutto è stata aggiunta l'ulteriore voce: «altre lavorazioni, svolte, in modo non occasionale, che comportano una esposizione personale, giornaliera o settimanale, a livelli di rumore superiori a 80 dB(A)».

Inoltre l'inserimento tabellare deve determinare come risultato anche quello di rendere più agevole e rapido l'iter di riconoscimento delle malattie professionali, rendendo la procedura più attrattiva per il lavoratore.

L'altra novità significativa è rappresentata dalla introduzione dell'elenco dettagliato delle patologie correlabili al singolo agente in quanto viene a riformulare il principio della presunzione legale dell'etiologia professionale delle malattie tabellate.

Questo elenco delle diverse malattie correlate all'agente è stato integrato con l'indicazione di una voce aperta «altre malattie causate dalla esposizione professionale» allo stesso agen-

te. La voce aperta di malattie dovrebbe permettere, condividendo quanto affermato nella relazione tecnica di accompagnamento alla proposta della Commissione, di riconoscere patologie che, se pure più sfumate o diversamente descritte nella formulazione diagnostica, siano nosologicamente riconducibili allo stesso agente e quindi riconoscibili con il criterio della presunzione legale.

Un ulteriore settore di impegno è dato dall'impegno per la concretizzazione del dettato normativo che prevede un aggiornamento periodico delle tabelle ed affinché si dia piena attuazione al registro nazionale delle malattie professionali, elemento fondamentale affinché le tabelle possano adeguarsi alle modificazioni del lavoro.

L'impegno dell'Inca, il patronato della Cgil, nell'evidenziazione delle malattie da lavoro è costante, anche perché si basa sulla convinzione che è certamente importante il diritto all'indennizzo del lavoratore che ha perso il bene salute perché ha lavorato, ma che ancora di più è importante che si parta dall'evidenziazione della malattia da lavoro per risolvere il problema e, quindi, far sì che vi siano sempre meno lavoratori che possano ammalarsi.

L'influenza delle disuguaglianze sociali sulla salute

di **Alberto Baldasseroni***

Parlare dell'influenza delle disuguaglianze sociali sulla salute significa occuparsi di uno dei grandi temi di fondo della Sanità pubblica moderna. Merita ricordare l'origine di questo interesse. Lo scenario ci porta nella Gran Bretagna dei primi decenni dell'800, reduce dalla prima fase della sua Rivoluzione industriale, quella che durante il secolo precedente aveva di fatto spazzato via un mondo di rapporti sociali cristallizzati nella nota formulazione dei «Tre Stati»: il clero nel Primo Stato, i nobili nel Secondo e gli altri nel Terzo Stato. L'ascesa di una nuova classe sociale, la borghesia, la nascita della cosiddetta «opinione pubblica» sui grandi temi della vita dello Stato, erano tutti fatti che predisponavano ad un crescente interesse per le vicende legate allo stato di salute delle popolazioni. E lo sguardo, «illuminato» dalla ragione, non poteva non accorgersi che le determinanti di questa erano in primo luogo «sociali». Se le grandi inchieste dell'avvio del secolo condussero, da una parte, alla radicale riforma della normativa, da tempo adottata, per fronteggiare il fenomeno della povertà (New Poor Law, 1834) e, dall'altra, alla prima vera legislazione protettiva del lavoro (1802-1833), è con la raccolta dei dati statistici relativi alla mortalità che avviene il vero salto di qualità. L'inchiesta di Chadwick del 1842 «*Inquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*»¹ rappresenta un incipit inequagliato per comprendere l'origine di questi studi. Ma anche la prima statistica di mortalità della popolazione inglese e gallese organizzata da William Farr e pubblicata poi con regolarità a partire dal 1839 segna una svolta decisiva². Sul continente è nella Francia napoleonica che si dà origine alle statistiche di mortalità differenziale per professioni nei lavori di Villermé e del folto gruppo di igienisti protagonisti del rinno-

* CeRIMP, Centro regionale infortuni e malattie professionali, Regione Toscana.

¹ Chadwick E., *Inquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*, London, W. Clowes & Sons, 1842.

² Hamlin C., *Could You Starve to Death in England in 1839? The Chadwick-Farr Controversy and the Loss of the «Social» in Public Health*, «Am. J. Pub. Health», 85(6): 856-866 (1995).

vamento post-rivoluzionario³. Al centro di tutti gli interessi è la Questione sociale, ovvero l'evidente svantaggio di salute che le classi lavoratrici soffrono nei confronti dei borghesi, del clero, dei «contadini», intesi questi ultimi come coloro i quali vivono in campagna e lavorano la propria terra piuttosto che come sottoproletariato rurale. L'urbanizzazione si dimostra fonte di infezione e di supermortalità epidemica (colera e tifo) ed endemica (tisi polmonare), ma anche luogo del degrado sociale nocivo alla salute (inquinamento da fumo di ciminiere e camini alimentati a carbone; facilità allo spaccio di bevande alcoliche; prostituzione; «vizio»). Nascono nell'Europa del XIX secolo quelle stimate sociali che caratterizzeranno a lungo il differenziale di salute fra le classi. A suggello di questa prima, tumultuosa fase di industrializzazione Frederick Engels, un importante sociologo tedesco stabilitosi a Londra, scrive nel 1845 un libro destinato a grande fama «The Condition of the Working Class in England»⁴ dove si descrive in maniera chiara l'influenza delle disuguaglianze sociali nel determinare le condizioni di salute della popolazione inglese.

▼ Un salto nel tempo

Queste brevi note introduttive non sembrano un vezzo storicistico. Si tratta in realtà dell'apertura di un filone di studi che prosegue tuttora e con forza⁵. La sua base empirica è rappresentata dalle statistiche della mortalità e della morbosità disponibili, analizzate in base a categorie di informazioni relative allo status sociale della popolazione. Recentemente nel nostro Paese sono stati prodotti pregevoli contributi proprio a partire da questa base. Vale la pena di ricordare il notevole lavoro uscito nel 2004 come supplemento della rivista «Epidemiologia & Prevenzione», dal titolo significativo di *Disuguaglianze di salute in Italia*, a cura di Giuseppe Costa, Teresa Spadea e Mario Cardano⁶. Ma anche, l'anno successivo, il supplemento alla rivista «La Medicina del Lavoro» tutto dedicato alle *Differenze nella salute tra le professioni. Spunti epidemiologici per le politiche del lavoro e della previdenza*, a cura di Giuseppe Costa, Carlo Mamo e Antonella Bena⁷. Affiancano questo gruppo di ricercatori, di scuola torinese, gli studi coordinati condotti in Toscana noti sotto il nome di SLTo, Studio longitudinale toscano, volto a misurare la mortalità differenziale dovuta a determinanti sociali⁸. Ma il novero di iniziative volte a valutare questo

³ Ackerknecht E.H., *Hygiene in France, 1815-1848*, «Bull. Hist. Med.», 22(2): 117-155 (1948).

⁴ Engels F., *Die Lage der arbeitenden Klasse in England*, Leipzig, Drud' und Verlag von Otto Wigand, 1845.

⁵ Davey Smith G., Lynch J., *Commentary: Social capital, social epidemiology and disease aetiology*, «Int. J. Epidemiol.», 2004; 33: 691-700.

⁶ Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di), *Disuguaglianze di salute in Italia*, «Epidemiol Prev.» 2004; 3 (suppl.).

⁷ Costa G., Mamo C., Bena A. (eds), *Differenze nella salute tra le professioni*, «Med. Lav.», 2005; 96 (suppl.)

⁸ [Http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/1237819882366_Mortalità%C3%A0_per_condizione_socio-economica_STL.pdf](http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/1237819882366_Mortalità%C3%A0_per_condizione_socio-economica_STL.pdf).

aspetto della sanità pubblica è veramente imponente. Cercando in Google attraverso le parole-chiave «Disuguaglianze-sociali-salute-Italia» si ottengono 54.500 risultati, tutti pertinenti e interessanti. I documenti in pdf che ne derivano sono ben 22.400, ognuno dei quali meriterebbe di essere aperto e ispezionato per trarne materiale di conoscenza e documentazione. Non è facile infatti delimitare il campo disciplinare di coloro i quali si occupano di questo tema. Così come Chadwick e Farr provenivano da settori completamente differenti, avvocato il primo, medico il secondo, anche chi si occupa attualmente di disuguaglianze sociali e delle loro conseguenze sulla salute afferisce a settori disciplinari molto vari. Si possono così trovare rappresentati i medici di sanità pubblica, gli epidemiologi, gli statistici attuariali, i sociologi, gli psicologi sociali, ed anche altre figure professionali. La produzione scientifica di questo insieme di studiosi è quindi da reperire in differenti contenitori che indicizzano secondo categorie non omogenee i vari documenti. Per quelli che hanno maggior affinità con le scienze bio-mediche Medline rimane il punto di partenza obbligato. Una ricerca effettuata con parole-chiave «Inequalities-health-social-determinants» ha consentito di ottenere 2.627 record di cui 245 revisioni. Di questi articoli solo 11 erano in italiano e solo 2 di essi erano revisioni.

▼ **Il lavoro come determinante di disuguaglianze sociali nei confronti della salute**

Date le competenze di chi scrive, concentreremo l'attenzione su uno degli aspetti che caratterizzano il fenomeno: quello del lavoro. Come visto, peraltro, il lavoro rappresenta un perno centrale in qualsiasi tentativo di discutere il tema delle disuguaglianze sociali come determinanti della condizione di salute.

In un recente convegno dedicato all'efficacia della prevenzione nei luoghi di lavoro⁹, una relazione è stata dedicata proprio al modo di fronteggiare quelle condizioni lavorative che possono generare danni alla salute e che sono socialmente determinate¹⁰. Se tradizionalmente erano i fattori di rischio chimico-fisici e la fatica fisica ad essere distribuiti in maniera socialmente determinata tra i lavoratori (basti pensare alle differenze che esistevano tra operai di linea e impiegati negli uffici di una medesima azienda), adesso prevalgono quelli psico-sociali. È la posizione gerarchica, la pressione a produrre, l'ampiezza discrezionale del modo di produrre, più che il lavorare su materiali (lavoro operaio) o su informazioni (lavoro impiegatizio), che discrimina l'esposizione al rischio di danni alla salute¹¹⁻¹². Ma a

⁹ [Http://www.ccm-network.it/ebp_e_lavoro/](http://www.ccm-network.it/ebp_e_lavoro/)

¹⁰ Mamo C., *Le disuguaglianze nella protezione e promozione della salute di chi lavora*, «Med. Lav.», 2009; 100 (suppl 1): 41-44.

¹¹ Wilkinson R., Marmot M. (eds), *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd edition, WHO Library, 2003.

¹² Karasek R. A., Theorell T., *Healthy Work*, New York, Basic Books, 1990.

fianco di queste tradizionali determinanti, specifiche della realtà lavorativa, si presentano anche quelle legate alle abitudini personali, agli stili di vita. L'attuale focalizzazione sull'importanza di introdurre programmi di promozione della salute e di corrette abitudini voluttuarie tra i lavoratori deriva proprio dalla constatazione che la condizione sociale svantaggiata in fabbrica corrisponde alla condizione sociale svantaggiata nei confronti dell'accesso alle cure e all'adozione di stili di vita più salubri. L'intreccio tra questi due aspetti, l'eccesso di rischio imposto dalla posizione lavorativa e la carenza di risorse per adottare, individualmente, comportamenti salubri è irrisolvibile. Questo assunto ha ricevuto importanti verifiche empiriche dagli studi sperimentali di Gloria Sorensen, ricercatrice americana al Dana Farber Cancer Institute di Boston, che hanno dimostrato come solo affiancando l'offerta di interventi di promozione della salute a interventi volti ad attenuare l'influenza negativa di fattori di rischio specificamente professionali si raggiungevano validi e duraturi risultati nel contrastare abitudini voluttuarie insalubri¹³.

▼ Altri possibili assi di lettura del fenomeno

Se le variabili di *outcome* sono univocamente delineate (mortalità, morbosità, condizioni predittive di malattia, fattori di rischio ad alta frazione eziologica) le determinanti sono invece da definire operativamente. Concettualmente è lo svantaggio sociale ciò che interessa esaminare nelle sue influenze sulla salute; ma come possa essere misurato tale svantaggio sociale rimane da stabilire. Abbiamo visto alcuni modi di valutarlo in ambiente di lavoro (esposizione a fattori chimico-fisici; fattori psico-sociali legati al lavoro). Tuttavia, anche rimanendo nel campo del lavoro, esistono altri assi possibili per rendere operativo lo studio del concetto di svantaggio sociale. Negli ultimi anni si è molto parlato in Italia della condizione di immigrato per cause economiche nel determinismo di fenomeni avversi per la salute, anche in campo lavorativo. La condizione di immigrato, quindi, può essere considerata come indagabile per ciò che concerne le determinanti sociali della salute¹⁴. In realtà questo genere di studi ha poca storia nel nostro Paese, fino a poco tempo fa esportatore di manodopera e quindi, semmai, oggetto di studio in altri Paesi per questa caratteristica. Nel campo infortunistico, per esempio, i dati forniti dall'Inail segnalano, anno dopo anno, inesorabilmente il crescente tributo di invalidità e morti che gli immigrati danno alla nostra economia. Tuttavia rimane aperto e senza risposta il quesito se tale incremento sia dovuto al parallelo incremento nel numero di lavoratori immigrati impiegati nelle nostre aziende e se, comunque, l'eventuale incremento di rischio (frequenza relativa) sia attribuibile al tipo di lavori ai quali vengono prevalentemente addetti gli immi-

¹³ Sorensen G., Barbeau E. M., *Integrating occupational health, safety and worksite health promotion: opportunities for research and practice*, «Med. Lav.», 2006, mar-apr., 97(2): 240-57.

¹⁴ Cfr. § 1.3 Vannoni F., Cois E., «L'emarginazione sociale», in Costa G. et al., 2004, cit.

grati o anche ad un più elevato rischio legato alla loro condizione culturale e sociale di non cittadinanza. Mancano anche studi che entrino nel merito delle diverse origini etniche degli immigrati. Qual è il peso delle rispettive credenze religiose? Quale quello delle abitudini del gruppo sociale di appartenenza?

Un altro asse di lettura delle disuguaglianze sociali nei confronti della salute che coinvolge ancora una volta la centralità del lavoro è, in realtà, quello affrontato dalla dicotomia lavoro/non lavoro¹⁵. Non mancano gli studi stranieri che pesano quanto la «precarità» del lavoro, fino alla sua perdita, causino danni alla salute. In questi studi talvolta sono affrontati aspetti relativi ai meccanismi di welfare e di garanzia nei confronti della perdita del lavoro, cercando di capire quali siano i meccanismi che meglio salvaguardano dai danni temuti in caso di disoccupazione¹⁶.

▼ Conclusioni

Quello delle disuguaglianze sociali come determinanti della salute è argomento di fondo della Sanità pubblica e finisce per intersecare tutto l'ambito della prevenzione primaria dei fattori di rischio. A nessuno può sfuggire quanto sia importante disporre di una bilancia ben tarata quando si tratti di discutere di rischi per la salute dei lavoratori, ad esempio. Nei piatti di tale bilancia andranno a collocarsi da una parte i fattori peculiari del lavoro e dall'altra quelli che con il lavoro interferiscono, ma che sono individuali, legati a caratteristiche particolari di questo o quell'individuo. La parte da cui pende l'ago della bilancia contribuirà a determinare le politiche di Sanità pubblica che verranno adottate. È immaginabile che qualcuno voglia aggiungere tara da una parte o dall'altra, sulla base di pregiudizi politici, economici, ancora una volta sociali! Compito dell'operatore di Sanità pubblica sarà proprio quello di evitare che questo accada in maniera occulta, lasciando invece che le decisioni su quali siano le priorità d'intervento vengano prese in maniera esplicita, palese, contemperando, inevitabilmente, le esigenze di riequilibrio delle disuguaglianze con quelle di rispetto della concreta fattibilità¹⁷⁻¹⁸.

¹⁵ Cfr. § 1.5 Caizzo A., Cois E., Vannoni F., «La disoccupazione», in Costa G. et al., 2004, cit.

¹⁶ Dorling D., *Unemployment and Health - Health benefits vary according to the method of reducing unemployment*, *BMJ* 2009; 338: b829 doi: 10.1136/bmj.b829.

¹⁷ Flelding J. E., Briss P. A., *Promoting Evidence-Based Public Health Policy: Can We Have Better Evidence And More Action?*, «Health Affairs», 25(4): 969-978 (2006).

¹⁸ Brownson R. C., Chiqui J. F., Stamatakis K. A., *Understanding evidence-based public health policy*, «Am. J. Pub. Health», 99(9):1576-1583 (2009).



Le disuguaglianze sociali: un determinante del rapporto tra condizioni di lavoro e salute*

di **Laurent Vogel****

Le questioni della salute sul lavoro rappresentano una sfida importante per il movimento sindacale. Esse sono dirette, circostanziate e concrete e toccano i principali problemi della società. Le condizioni di lavoro determinano significative disuguaglianze sociali di salute, che si aggiungono alle altre forme di disuguaglianza sociale in termini di reddito, ricchezza, istruzione, abitazione, ecc. Come tutte le altre forme di disuguaglianza, le disuguaglianze sociali nella salute sono oggi in aumento in tutta Europa.

▼ **I rapporti sociali modificano la realtà biologica degli individui**

Se guardiamo l'ultimo secolo e mezzo di storia sindacale, ci rendiamo conto di come la salute sia stato uno dei fattori determinanti della presa di coscienza dei lavoratori in quanto classe sociale diversa dalle altre. Lo sfruttamento intensivo delle prime generazioni di lavoratori della Rivoluzione industriale ha avuto un impatto devastante sulla salute umana. Le storie di vita, le inchieste, le testimonianze del XIX secolo concordano nel descrivere i lavoratori come una categoria di persone riconoscibili per i segni evidenti degli attacchi alla loro integrità fisica provocati dal lavoro. Carnagione pallida, bambini di piccola statura, respirazione difficile dei minatori e degli altri lavoratori esposti a rischi respiratori, alto numero di mutilati... I rapporti sociali lasciano la loro impronta sui corpi, sulla realtà biologica. Questa realtà ha conosciuto un'importante evoluzione nel tempo. Durante l'ultimo secolo il movimento sindacale è stato all'origine di molti cambiamenti sociali. Le disuguaglianze sociali

* Traduzione di Carlo Caldarini, Osservatorio Inca Cgil per le politiche sociali in Europa.

** Direttore del Dipartimento Salute e sicurezza dell'Istituto sindacale europeo (<http://hesa.etui-rehs.org>).

nella salute non sono tuttavia scomparse. Esse rimangono una delle espressioni più brutali della disuguaglianza sociale. In tutto il mondo la loro visibilità è enorme. Una bambina nata a Tokyo ha una speranza di vita di 85 anni. Una bambina nata nello stesso momento in Sierra Leone può sperare di vivere fino all'età di 36 anni. Dietro queste medie statistiche c'è una realtà spesso trascurata. Le disuguaglianze geografiche concentrano le disuguaglianze sociali. Nei Paesi d'Europa le aspettative di vita media sono tra le migliori al mondo. Ma queste stesse aspettative di vita variano notevolmente a seconda della classe sociale. In Francia un operaio di 35 anni può aspettarsi di vivere altri 40 anni. Alla medesima età, un alto funzionario ha una speranza di vita di 47 anni. Tenendo conto della qualità della vita, la differenza è ancora maggiore. La speranza di vita senza inabilità è di 24 anni per un operaio di 35 anni e di 34 anni per un quadro superiore della stessa età. Per l'operaio sono 7 anni di vita in meno, 10 se consideriamo gli anni senza inabilità.

Questi dati ci portano a una seconda considerazione. Le condizioni di lavoro svolgono un ruolo importante nelle disuguaglianze sociali di salute. L'accesso alle cure mediche per quasi tutta la popolazione è una conquista cui si è giunti attraverso le numerose lotte del movimento operaio. Ma la salute non è determinata unicamente dall'accesso alle cure. Le condizioni di vita e di lavoro svolgono oggi un ruolo ancora più importante. Attualmente, in Europa occidentale i fattori tradizionali delle disuguaglianze sociali di salute svolgono un ruolo meno rilevante rispetto al passato. Le differenze non si spiegano più principalmente con la malnutrizione, le condizioni abitative o con un livello di reddito che non assicura le condizioni di base per la sopravvivenza. Senza essere scomparsi del tutto, questi fattori colpiscono ancora i settori più sfruttati del mondo del lavoro come nel caso dei lavoratori migranti senza documenti o nelle altre forme di esclusione dal mercato del lavoro. Un elemento centrale, all'origine di numerose disuguaglianze di salute, è dato oggi dalle condizioni di lavoro. Vari sono i fattori che contribuiscono a questa situazione. Alcuni sono legati alle condizioni fisiche in cui viene esercitata l'attività: esposizione ad agenti cancerogeni, al rumore, a fumi e vapori tossici, attrezzature di lavoro pericolose o inappropriate dal punto di vista ergonomico, carichi troppo pesanti... Altri sono legati all'organizzazione del lavoro: ritmi troppo veloci, intensità del lavoro, movimenti ripetitivi, lavoro monotono, mancanza di sviluppo personale in strutture gerarchiche e dispotiche... Ognuno di questi fattori è il risultato di scelte di organizzazione della produzione. Il lavoro in condizioni nocive per la salute non è un'ineluttabile necessità tecnica: è il risultato di una pressione costante, tesa a subordinare i bisogni umani a quelli dell'accumulazione del capitale.

Per comprendere meglio l'impatto delle condizioni di lavoro sulla salute dobbiamo allargare la nostra visione delle condizioni di lavoro. Al di là dei fattori materiali e di organizzazione del lavoro, bisogna considerare le condizioni generali del lavoro. La precarietà, ad esempio, ha un triplo impatto negativo sulla salute. L'impatto diretto è legato alla politi-

ca delle aziende che utilizzano lavoratori temporanei per le attività più pericolose. Un secondo impatto deriva dalla maggiore difficoltà per i lavoratori precari ad organizzare ed elaborare strategie per la protezione della propria salute: a parità di esposizione, i lavoratori precari sono i più colpiti. Un terzo impatto è legato all'effetto d'*irradiazione* della precarietà del lavoro, che influenza la capacità generale di definire un progetto di vita¹. Questa situazione ha implicazioni negative che si estendono oltre la sfera del lavoro. Allo stesso modo, la ristrutturazione industriale incide tanto sulla salute dei lavoratori che hanno perso il posto di lavoro quanto su quelli che restano.

▼ Il cancro come specchio dei rapporti sociali

L'esposizione alle sostanze cancerogene sul lavoro è ancora oggi un fenomeno importante in Europa. Non disponiamo purtroppo di dati precisi riguardanti l'Italia (questo la dice lunga sui limiti di certe campagne di prevenzione contro il cancro che in gran parte ignorano le condizioni di lavoro!), ma alcune stime francesi possono darci un'idea approssimativa della situazione.

TABELLA 1 - ESPOSIZIONE DEI LAVORATORI AD AGENTI CANCEROGENI IN FRANCIA

	<i>Lavoratori esposti a sostanze cancerogene</i>	<i>Di cui senza tutela collettiva</i>
Totale dei lavoratori	13,5%	42,3%
Lavoratori < 25 anni	17,1%	42,6%
Edilizia	34,9%	51,8%
Industria	21,2%	33,9%
Agricoltura	21,9%	77,8%
Servizi	8,7%	40,9%
Quadri superiori	3,3%	24,0%
Quadri intermedi	11,1%	35,0%
Operai qualificati	30,9%	43,6%
Operai non qualificati	22,5%	47,1%

Fonte: Sumer Survey, 2003

Come si può vedere, la disuguaglianza tra i diversi gruppi sociali è essa stessa aggravata dalle condizioni concrete di lavoro in cui avviene l'esposizione al rischio. Nell'edilizia oltre la metà dei lavoratori esposti ad agenti cancerogeni è priva di qualsiasi tutela collettiva. Nel settore dell'agricoltura oltre tre lavoratori su quattro sono senza tutela collettiva. La percentuale di giovani lavoratori esposti è allarmante e riflette la precarietà del lavoro e, in particolare, il frequente uso di lavoratori temporanei per le mansioni più pericolose.

¹ Raccomando la lettura del libro di Richard Sennett, *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, Feltrinelli, Milano, 2001.

Secondo le stime del Centro internazionale per la ricerca sul cancro, nel 2008 nella regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (che comprende la Turchia e le Repubbliche ex sovietiche) il cancro ha provocato 3.689.000 nuovi casi di malattia e 2.575.000 decessi². Alcuni di questi tumori sono direttamente causati dalle condizioni di lavoro. Altri sono causati da esposizioni ambientali che in molti casi sono anch'esse il risultato delle attività economiche delle imprese. Anche attenendosi alle stime più basse, secondo le quali soltanto l'8% dei tumori sarebbe attribuibile alle condizioni di lavoro, la mortalità per cancro dovuta a cause di lavoro supera di gran lunga la mortalità per incidenti e rappresenta la prima causa in Europa di mortalità dovuta a condizioni di lavoro³.

▼ Un'influenza sull'insieme dei problemi di salute

I tumori non sono l'unica causa di mortalità legata alle condizioni di lavoro. L'incidenza della mortalità cardiovascolare è anch'essa molto disuguale tra i gruppi sociali. E anche in questo caso, le condizioni di lavoro giocano un ruolo niente affatto trascurabile. Più il lavoro è intenso, stressante, organizzato in modo da privare i lavoratori del controllo della propria attività, tanto più possiamo osservare livelli elevati di mortalità cardiovascolare. A differenza di quanto accade con il cancro, qui la causa non è l'esposizione ad una sostanza chimica o fisica. La mortalità deriva in questo caso dall'organizzazione del lavoro: dalla sua intensità e dal suo carattere dispotico.

I disturbi muscolo-scheletrici sono ormai una vera epidemia. È il disturbo più frequente tra i lavoratori e una causa di sofferenza e disabilità. Anche se non si muore, la qualità della vita è comunque gravemente colpita. I disturbi muscolo-scheletrici sono al tempo stesso il riflesso di condizioni materiali inadeguate e di un'organizzazione del lavoro predatrice della salute. Essi sono strettamente associati a fattori di stress psicosociale, a un lavoro senza reale autonomia, a mansioni monotone e ripetitive. Si potrebbero moltiplicare gli esempi: salute mentale, salute riproduttiva, malattie respiratorie, malattie della pelle... È difficile trovare un gruppo di malattie in cui le condizioni di lavoro non svolgano alcun ruolo.

▼ Disuguaglianze al femminile

In tutta Europa le donne lavorano più degli uomini se si considera il tempo di lavoro retribuito e quello non retribuito. L'indagine europea sulle condizioni di lavoro mostra che, se si tiene conto anche del lavoro non retribuito, il numero di ore effettive di lavoro delle

² Boyle P., Levin B. (ed.), *World cancer report*, International Agency for Research on Cancer, Genève, 2008.

³ Per una visione d'insieme vedi M. Mengeot, *Les cancers professionnels. Une plaie sociale trop souvent ignorée*, Bruxelles, Etui-Rehs, 2007 (<http://hesa.etui-rehs.org/fr/publications/pub40.htm>).

donne occupate a tempo parziale è addirittura superiore a quello degli uomini occupati a tempo pieno. In altre parole, se per gli uomini il lavoro a tempo parziale può liberare tempo «per sé», per le donne lo stesso lavoro è spesso il risultato di un loro sfruttamento nel lavoro domestico, associato spesso a peggiori condizioni nel lavoro retribuito e, naturalmente, a redditi più bassi. Il lavoro part-time si presenta quindi come una forma di precariato che colpisce principalmente le donne.

TABELLA 2 - DURATA TOTALE DEL LAVORO NELL'UNIONE EUROPEA A 27 (ANNO 2005)

	<i>Lavoro retribuito</i>	<i>Lavoro non retribuito</i>	<i>Totale</i>
Donne tempo pieno	40 h	23 h	63 h
Donne tempo parziale	21,3 h	32,7 h	54 h
Uomini tempo pieno	43,1 h	7,9 h	51 h
Uomini tempo parziale	23,5 h	7,3 h	30,8 h

Fonte: Fondazione di Dublino, Indagine sulle condizioni di lavoro

Da questo punto di vista la famiglia è una struttura di sfruttamento e di dominio di un'efficacia formidabile, poiché la sua legittimità è superiore a quella delle imprese e basata su tradizioni patriarcali plurimillennarie.

In termini di disuguaglianze sociali di salute, le donne che si trovano in condizioni peggiori sono quelle che devono fare i conti con le cattive condizioni del lavoro subordinato e anche con un lavoro domestico ad alta intensità.

I dati che seguono, tratti da una ricerca sulla salute pubblica in Catalogna, dimostrano come sia importante l'interazione tra lavoro salariato e lavoro non retribuito per la comprensione delle disuguaglianze di salute tra le donne. Essi indicano sia l'importanza dei danni alla salute legati al peso del lavoro domestico, sia il fatto che ad essere più colpite sono le donne le cui condizioni di lavoro sono meno favorevoli.

TABELLA 3 - CORRELAZIONE TRA DIMENSIONI DELLA FAMIGLIA E CONDIZIONI DI SALUTE FRA LE DONNE (INCHIESTA SULLA SALUTE IN CATALOGNA, 1994)

Dimensioni della famiglia	<i>Stato di salute percepito</i>		<i>Almeno una condizione cronica</i>	
	Lavoratrici non manuali	Lavoratrici manuali	Lavoratrici non manuali	Lavoratrici manuali
2 persone	1	1	1	1
3 persone	1,64	0,98	0,80	1,15
4 persone	1,36	1,80	1,08	1,58
> 4 persone	2,16	2,74	0,91	3,26

Fonte: Artazcoz et al., 2001 (semplificato)⁴

⁴ Artazcoz, L. et al., *Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands*, «Journal of Epidemiology and Community Health», 2001, vol. 55, n. 9, pp. 639-647.

Questa osservazione è utile per affrontare il problema dell'interazione tra lavoro domestico non retribuito e lavoro retribuito. L'aspetto maggiormente visibile di questa interazione è il cumulo: orario di lavoro accumulato, esposizione cumulativa al rischio...

Per esempio, alcuni studi condotti a Barcellona hanno dimostrato come la prevalenza di asma tra le donne vari in funzione dell'esposizione cumulativa agli allergeni nella sfera del lavoro retribuito e in quella del lavoro domestico (Medina Ramón, 2005). Il modello del cumulo spiega solo una parte dell'impatto del lavoro sulla salute. Esso non rispecchia il fatto che imprese e famiglie sono entrambe strutturate secondo i medesimi rapporti sociali di genere. Al di là del cumulo, possiamo quindi osservare degli effetti che definiremo di *mimetismo* e d'*irradiazione*.

Mimetismo perché gli stereotipi tendono a trasporre nel lavoro retribuito una serie di caratteristiche legate al lavoro domestico. Quest'effetto si manifesta principalmente in due modi: la segregazione tende a concentrare le donne in attività e settori che, in un modo o nell'altro, si presentano come un prolungamento del lavoro domestico: sanità, servizi sociali, istruzione, pulizie... Anche nell'industria manifatturiera, i posti di lavoro sono spesso definiti sulla base di stereotipi dove il lavoro industriale offerto alle donne corrisponde alle qualità acquisite attraverso l'esperienza del lavoro domestico. Questo mimetismo ha l'effetto di ridurre il beneficio potenziale per la salute del lavoro remunerato e introduce un elemento di monotonia che limita l'interesse per le nuove attività che accompagnano l'uscita della donna lavoratrice dalla sua sfera domestica. Contribuisce anche a una svalorizzazione sociale (e salariale!) di molte professioni femminili, costituendo un ostacolo importante all'autostima.

L'effetto d'*irradiazione* consiste invece nel fatto che le due giornate di lavoro non sono due giornate consecutive che si svolgono in dimensioni temporali distinte. La sfera domestica non scompare durante le ore di lavoro salariato. Vi è sempre una doppia presenza. Spesso la rigidità delle condizioni di lavoro e, soprattutto, l'impossibilità di adeguare gli orari secondo i bisogni individuali, è causa di una sofferenza sul lavoro il cui impatto sulla salute può essere devastante.

Confrontate con quelle degli uomini, le condizioni di lavoro delle donne determinano differenze soprattutto in termini di speranza di vita senza disabilità. L'usura dovuta alla segregazione di genere sul luogo di lavoro spiega le forti disuguaglianze tra donne di diverse categorie socio-professionali in relazione alla qualità della vita degli anziani. Ciò è illustrato dalle statistiche francesi che mostrano le diseguali condizioni sociali di salute secondo il genere⁵.

⁵ Cambois E., Laborde C., Robine J.-M., *La double peine des ouvriers. Plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte*, «Population et sociétés», n. 441, Janvier 2008.

TABELLA 4 - SPERANZA DI VITA A 35 ANNI (FRANCIA, 1999-2003)

<i>Donne</i>			
<i>Speranza di vita a 35 anni</i>			
	Con incapacità	Senza incapacità	Totale
Quadri superiori	15,5 anni	35,4 anni	50,9 anni
Operai	21,8 anni	26,8 anni	48,6 anni
Totale popolazione	20,0 anni	28,8 anni	48,8 anni
<i>Uomini</i>			
<i>Speranza di vita a 35 anni</i>			
	Con incapacità	Senza incapacità	Totale
Quadri superiori	12,6 anni	34,0 anni	46,6 anni
Operai	16,5 anni	24,4 anni	40,9 anni
Totale popolazione	15,1 anni	27,7 anni	42,8 anni

▼ Dove siamo oggi?

In termini di risultati, è difficile stabilire un bilancio complessivo. Occorrerebbe evitare di utilizzare statistiche ingenui, esaltando la riduzione reale degli incidenti mortali o la riduzione puramente statistica delle malattie professionali in Paesi come l'Italia. Le stime dell'Organizzazione internazionale del lavoro lasciano poco spazio ad un ottimismo di maniera. Nell'Europa dei 27 circa 160.000 persone muoiono ogni anno a causa di un infortunio o di una malattia causata dal lavoro. I dati dell'indagine europea sulle condizioni di lavoro indicano quattro tendenze principali:

- situazioni nettamente contrastanti tanto tra Paesi quanto all'interno di ciascuno di essi, a seconda dei settori e dei fattori di precarizzazione che colpiscono in modo particolare alcune categorie di lavoratori;
- stabilità relativa delle esposizioni ad agenti materiali pericolosi o nocivi (prodotti chimici, rumore, macchinari pericolosi, ecc.);
- crescita dei rischi legati all'organizzazione del lavoro. Il problema principale è costituito dall'intensificazione del lavoro. Le manifestazioni più evidenti di questo problema sono rappresentate da vere «epidemie» di disturbi muscolo-scheletrici e da una serie di sintomi da stress;
- impatto differenziato nel tempo delle condizioni di lavoro maggiore dell'impatto immediato.

▼ L'intensificazione del lavoro

L'intensificazione del lavoro appare in maniera evidente nell'Europa dei quindici. Per questi Paesi i dati disponibili coprono un periodo di 15 anni, dalla prima alla quarta indagine europea sulle condizioni di lavoro. Costruendo un indice dell'intensità percepita, che unisca le risposte alle domande «Il tuo lavoro ha un ritmo molto elevato?» e «Il tuo lavo-

ro ha delle scadenze molto ravvicinate?», il risultato è che la percentuale di lavoratori colpiti dall'intensità del lavoro è notevolmente aumentata in Europa occidentale tra il 1991 e il 2005: da circa un terzo a quasi il 45%. Nei Paesi dell'Europa centrale e orientale, la situazione è più variabile. Tra il 2001 e il 2005 c'è stato un aumento di intensità percepita del lavoro in Repubblica Ceca, Slovenia, Ungheria e le Repubbliche baltiche e una diminuzione in Polonia, Slovacchia, Bulgaria e Romania.

L'analisi dei dati provenienti dalle indagini europee conferma l'ipotesi di una *ibridazione* crescente delle difficoltà di organizzazione industriale (standardizzazione della produzione per accrescere l'offerta ad un costo inferiore) e di vincoli commerciali (in cui la produzione è determinata dalla domanda esterna)⁶. Lo sviluppo della subfornitura industriale e la standardizzazione crescente del lavoro nel settore dei servizi hanno contribuito a questa articolazione tra i diversi vincoli. Entrambi questi fenomeni introducono delle similarità tra le condizioni di lavoro degli impiegati (soprattutto donne) in molti settori dei servizi (sanità, commercio, alberghi e ristoranti) e quelle delle categorie operaie in settori diversi come il settore automobilistico e l'agro-alimentare. L'intensificazione del lavoro colpisce in un modo particolare soprattutto i giovani lavoratori. Ciò va messo in rapporto con la precarietà del lavoro. Tutto indica infatti che a una minore qualità del contratto corrisponde una minore qualità del lavoro.

L'intensità del lavoro ha un duplice impatto sulla salute. L'impatto immediato, come anche quello relativamente a breve termine, comporta maggiori rischi di incidenti, aumento dei disturbi muscoloscheletrici, problemi di salute mentale legati allo stress. L'impatto a lungo termine aggiunge a questi problemi degli effetti trasversali sulla salute. Le condizioni di lavoro colpiscono la sfera biologica e determinano un deterioramento complessivo della qualità della vita durante tutto l'invecchiamento.

I seguenti dati, tratti dall'indagine francese Svp 50 (2003), illustrano questo fenomeno di degradazione globale della salute⁷.

TABELLA 6 - PATOLOGIE E LAVORO SOTTO PRESSIONE TRA I LAVORATORI DI 50 E PIÙ ANNI

	Mai lavorato sotto pressione	Sotto pressione in passato	Attualmente sotto pressione
Dolori	53%	65%	66%
Stanchezza	43%	55%	61%
Disturbi del sonno	35%	46%	51%
Disturbi della memoria	24%	34%	37%
Peggioramento della salute negli ultimi anni	23%	35%	41%

Le trasformazioni del lavoro sollevano il problema della pertinenza delle strategie di pre-

⁶ Boisard P. et al., *Temps de travail: l'intensité du travail*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin, 2002.

⁷ Mardon C., Volkoff S., *Les salariés âgés face au travail sous pression*, «Quatre pages Cee», n. 52, mars 2008.

venzione perseguite tanto a livello europeo quanto nei diversi paesi. I diversi meccanismi di precarizzazione del lavoro producono situazioni sempre più frammentate⁸. La maggior parte dei dispositivi di prevenzione hanno come punto di riferimento principale l'impresa. Tale situazione non consente di affrontare la realtà dei rischi e la loro distribuzione ineguale lungo la catena delle diverse attività produttive. In particolare, le questioni sollevate dall'*outsourcing* non ricevono quasi mai una risposta adeguata e sono spesso la causa di gravi catastrofi, da quella della Mecnavi a Ravenna quasi 25 anni fa, fino all'esplosione della fabbrica Azf di Tolosa nel 2001. Una seconda difficoltà è legata all'insieme delle attività cosiddette periferiche, dalla manutenzione alle pulizie, dall'imballaggio al trasporto, dove il controllo del rischio è particolarmente basso.

▼ E il movimento sociale?

La riforma indotta dalle direttive Ue sulla salute sul lavoro è stata essenzialmente una riforma venuta dall'alto, svoltasi nella maggior parte dei Paesi in un contesto di debole mobilitazione. Vi è stata certamente qualche eccezione. In Francia, la consapevolezza dei disastrosi danni alla salute causati dall'amianto alla fine degli anni novanta ha dato alla salute sul lavoro un'importanza e una visibilità senza precedenti nel dibattito politico e mediatico. In Italia, il processo di Torino contro i dirigenti del gruppo multinazionale Eternit potrebbe contribuire a una presa di coscienza degli effetti del lavoro sulle disuguaglianze sociali di salute: la stragrande maggioranza dei 2.000 morti di Casale Monferrato e degli altri paesi vicini erano operai o mogli di operai.

In molti Paesi europei, per varie ragioni, il movimento sindacale non è riuscito a rilanciare la mobilitazione attorno ai problemi della salute sul luogo di lavoro, se non in modo occasionale o settoriale. Le ragioni possono essere molteplici. Nei paesi dell'ex blocco sovietico non vi era alcuna tradizione di auto-gestione della salute da parte dei sindacati in termini di azione rivendicativa. I sindacati delegavano la questione della salute sul lavoro al controllo dello Stato, limitandosi spesso a rivendicare la monetizzazione del rischio. I premi sui lavori insalubri o pericolosi rappresentavano spesso una parte significativa della busta paga del lavoratore. La delega ai controlli dello Stato o degli esperti tecnici non è consuetudine esclusiva dei sindacati dell'Europa centrale e orientale. In Europa occidentale questa stessa attitudine è causata a volte da una sorta di identificazione di alcuni funzionari sindacali con la gestione del sistema di risarcimento dei rischi professionali. Al di là delle diverse culture della salute sul lavoro ereditate dalle differenti storie sindacali, le difficoltà maggiori riguardano l'elaborazione di lotte e azioni in grado di rafforzare l'offensiva in un contesto di generale indebolimento della dimensione collettiva del lavoro.

⁸ Appay B., Thebaud-Mony A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Iresco-Cnrs, Paris, 1997.

Da questo punto di vista, è probabile che l'attuale crisi aumenterà le difficoltà. L'attenzione prestata dappertutto in Europa al tema del *mobbing* mostra, oltre ad un malessere reale legato soprattutto ai cambiamenti nei metodi di gestione padronale, la difficoltà a passare da una visione psicologica, centrata sulle sofferenze e sui conflitti interpersonali, a un approccio collettivo. Riappropriarsi del tema dell'organizzazione del lavoro⁹, farne una questione di lotta e di trasformazione è probabilmente una delle principali condizioni per un rilancio dell'azione sindacale sulla salute al lavoro.

▼ Le sfide

Se dovessimo sintetizzare le sfide per le politiche della salute sul lavoro negli anni a venire, si potrebbero elencare alcuni temi di importanza critica.

- La lotta per la salute sul lavoro è inseparabile dalla lotta contro la precarizzazione del lavoro. Questa è una delle critiche principali da fare tanto alle politiche di livello comunitario quanto a quelle nazionali. L'insicurezza ha un triplice impatto sulla salute. Essa tende a concentrare i rischi su alcune categorie di lavoratori, messe in una situazione in cui le strategie di difesa sono più difficili da attuare. I danni alla salute dei lavoratori sono spesso il risultato di un'accumulazione di rischi in contesti differenti. Le medesime categorie di lavoratori sono sottoposte ad un alto livello di rischi sia fisici sia psicosociali. La precarizzazione colpisce non solo la salute dei precari. Essa destabilizza il lavoro collettivo e tende così ad indebolire le strategie di difesa della salute, anche nei gruppi di lavoro stabili. La precarietà implica anche una dimensione esistenziale che va al di là delle condizioni del lavoro: essa mette in discussione la definizione di progetti di vita indipendente. La precarietà produce un'interazione permanente tra i rischi sul lavoro in senso stretto e quei rischi esterni che vengono troppo spesso descritti come «comportamenti individuali», mentre sono spesso legati alle specifiche modalità d'inserimento nel mercato del lavoro.
- La salute sul lavoro è al centro dei dibattiti sul modello di produzione. C'è una possibile convergenza tra le esigenze di una riorganizzazione del modello di produzione, per garantire il rispetto dell'ambiente, e l'eliminazione di molti rischi sul lavoro. I dibattiti sul Reach hanno dimostrato come queste convergenze potrebbero portare a delle rivendicazioni comuni tra le organizzazioni sindacali e ambientali. Questo non significa che tali convergenze possano formarsi spontaneamente. Probabilmente richiedono una doppia trasformazione. Nel movimento sindacale, una visione critica dell'ideologia produttivista, della convinzione secondo cui la crescita, misurata da indicatori tradi-

⁹ 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, Luxembourg, 2002.

zionali, è la sola condizione del progresso sociale. Nel movimento ambientalista, l'abbandono di quelle idee ingenuie circa il possibile emergere di un capitalismo verde senza sconvolgere i rapporti di potere. Basta guardare a come siano dannose le condizioni di lavoro nella maggior parte delle aziende di riciclaggio dei rifiuti per comprendere i limiti delle strategie di sviluppo che prescindono dai rapporti di produzione.

- Se gli attori della salute sono raramente presenti in tutto ciò che riguarda la prevenzione collettiva, i militanti sindacali possono invece svolgere un ruolo insostituibile. È qui, infatti, che l'azione immediata, quotidiana e locale di migliaia di militanti può lanciare una sfida importante all'intera società. Attraverso questa azione, il sindacato può dare corpo ad una mobilitazione collettiva dei lavoratori in difesa della salute. Contrariamente ad un pregiudizio ben radicato, l'azione per la tutela della salute sul lavoro non è di natura puramente tecnica. Essa consente ai lavoratori di porre problemi di fondo e corrisponde ad una delle principali aspettative dei lavoratori verso i sindacati. Un'organizzazione che non è in grado di agire sul terreno della salute sul lavoro è senza credibilità quando intende difendere gli altri interessi dei lavoratori. La lotta per la salute è inseparabile da un'azione e da un'organizzazione collettiva destinata a trasformare le condizioni del lavoro. Senza una tale azione collettiva da parte dei lavoratori stessi, né i progressi delle conoscenze mediche, né gli sviluppi tecnici potranno assicurare spontaneamente dei miglioramenti durevoli. È quanto dimostrato da tutta la storia della salute sul lavoro, dall'amianto al cloruro di vinile monomero, dal fosforo dei fiammiferi al piombo nelle vernici. Il divario tra la prevenzione possibile sulla base delle conoscenze scientifiche e una prevenzione efficace è enorme. Solo l'azione sindacale permette di sbloccare la situazione.
- I problemi della salute sul lavoro pongono con forza la questione della democrazia sul luogo di lavoro. «Non perdere la vita guadagnandosi da vivere» implica la possibilità di esercitare un controllo sulle condizioni di lavoro. L'esperienza mostra come l'attività autonoma dei lavoratori e dei loro sindacati sia sempre il fattore decisivo per migliorare la salute sul lavoro. Oggi, una maggioranza di lavoratori europei sono privi di qualsiasi forma di rappresentanza nei luoghi di lavoro. Lo sviluppo del lavoro precario, la frammentazione delle attività produttive attraverso reti di subfornitura sono tutti fattori che contribuiscono a questa situazione. Porre la questione della democrazia sul lavoro permette di collegare le esigenze immediate di tutela della salute con quella che è probabilmente la pre-condizione per ogni cambiamento strategico radicale¹⁰.

¹⁰ Coutrot T., *Démocratie contre capitalisme*, La Dispute, Paris, 2005.

