

Franco Carnevale



Fatta in qualche modo l'Italia, chi si è preoccupato di migliorare ed unificare la salute dei lavoratori italiani?

[Scenari di lungo periodo](#)

[Il fenomeno Ramazzini](#)

[Il protagonismo operaio: la prima ondata](#)

[Il protagonismo operaio nelle lotte per la salute: la seconda ondata](#)

[I luoghi di lavoro e l'ambiente esterno](#)

[1961. Annus mirabilis](#)

[Le nuove istituzioni nate con spirito "filooperaio"](#)

[Gli sviluppi: l'Italia in Europa](#)

[I lavoratori attivi in Italia, "italiani" e non, e la loro salute ai giorni d'oggi](#)

[La qualità dipende da voi](#)

[La patologia del "non-lavoro"](#)

[La storia della salute dei lavoratori: approfondimenti](#)

Scenari di lungo periodo

Ragionando sui caratteri della dinamica dell'interesse sociale e culturale tendente al miglioramento della salute dei lavoratori in Italia è possibile individuare tre fasi "alte":

1. quella caratterizzata dall'opera di Bernardino Ramazzini (1633-1714) da collocare temporalmente alle origini del secolo dei Lumi che tutto sommato inaugura un lungo periodo di conoscenze del problema ma di carenza di iniziative che arriva ed oltrepassa gli eventi legati all'Unità d'Italia;
2. una seconda fase che si concentra tra la fine del XIX e il primo decennio del secolo successivo che vede come protagonisti alcuni studiosi "appassionati e valorosi", alcuni

- pubblici amministratori e direttamente dei lavoratori ed organizzatori sindacali;
3. una terza fase i cui prodromi sono da ricercare agli inizi degli anni sessanta del Novecento con decisivi movimenti “dal basso” e realizzazioni “non rituali” che si sviluppano precipitosamente per un decennio ed oltre. Rimane da caratterizzare un periodo che arriva sino ai nostri giorni il quale può essere affrontato valorizzando alcuni avvenimenti più notevoli.

Il fenomeno Ramazzini

L’episodio Ramazzini è emblematico di una fase di passaggio da un mondo di artigiani rimasto quasi immutato per diversi secoli ad una annunciata rivoluzione industriale, più precoce in qualche paese europeo. Il contesto dal quale spicca il volo, in maniera quasi avventurosa, l’opera scritta in latino dal “padre” della medicina del lavoro e il vero suo significato travalicano gli ambiti più o meno autentici di una disciplina medica. L’autore principalmente testimonia dell’esigenza di alcuni aggiustamenti: il principe, l’economia, la società all’alba del Settecento ed a maggior ragione nelle epoche successive non potranno trascurare il valore, la sorte e le esigenze più elementari e quindi il potenziale antagonismo degli artigiani e dei lavoratori singoli o anche organizzati; al lavoro ed ai lavoratori deve essere riconosciuta una dignità e dei diritti inalienabili che saranno, nel loro manifestarsi, alla base di dinamiche capaci di modificare l’economia e l’intera società. **Questa dignità e questi diritti invece sono rimasti in clandestinità per circa due secoli in parallelo con grandi cambiamenti scientifici e sociali**, solo blanditi e condizionati da fenomeni quali il paternalismo, il compatimento di carattere religioso ed anche un generale miglioramento delle condizioni di vita urbana che non poteva escludere del tutto gli strati sociali più svantaggiati ed i protagonisti dei sempre più diffusi “ergastoli meccanici” .

Il protagonismo operaio: la prima ondata

“Esercitazioni” di protagonismo operaio vanno in scena anche in Italia all’inizio del Novecento. Le istanze delle organizzazioni sindacali guardano al miglioramento di condizioni basilari di sopravvivenza (orari, salari, disciplina di fabbrica, ecc.) alle volte prima od oltre che alla “presa del potere”. Alleati naturali e fedeli sono quei medici che fanno dell’apostolato sociale e del metodo scientifico positivo la loro arma principale d’intervento sulla realtà per cambiarla. Nasce così la committenza che diverse federazioni di mestiere e categorie sindacali affidano sui problemi della loro salute a Pieraccini a Firenze per i lavoratori delle ceramiche ed i ferrovieri, a Carozzi per i tipografi, i guantai, i verniciatori anche attraverso la Società Umanitaria e la Clinica del Lavoro di Milano, a

Monti per i cappellai di Monza. Spesso a queste iniziative di fiancheggiatori coscienti ed esperti non sembra che facciano da supporto le lotte dei lavoratori, troppo presi da problemi di più immediata sopravvivenza. Carenze alimentari, regimi di fabbrica ai limiti della sopportazione, abitazioni insalubri, ambienti di vita ricchi di minacce microbiche, la non possibilità di ritorno nelle campagne povere malariche e pellagrose incombevano sulla salute dei lavoratori e delle loro famiglie di più che malattie dovute esclusivamente o quasi al mestiere. Come alternativa c'era la migrazione in paesi lontani.

Il protagonismo operaio nelle lotte per la salute: la seconda ondata

Le immagini umane e mediche di un "genocidio pacifico", delle intossicazioni professionali e delle varie ma tutte gravi malattie dei lavoratori emergono con costanza dalla pubblicistica sociale e da storie cliniche esemplari, mentre le relative responsabilità si perdono nelle nebbie o vengono assorbite dal costo da pagare allo sviluppo economico. Di pari passo con il miglioramento delle condizioni di vita delle classi lavoratrici e, in generale, della popolazione, si fanno strada nell'osservazione dei clinici più attenti le forme croniche di intossicazione. Le malattie professionali più che connotare un mestiere o una professione, rimandano ai rischi presenti in un ciclo produttivo o in un'industria, senza che la malattia abbia alcun valore di riconoscimento sociale, ma semmai un modesto indennizzo stabilito alle volte in seguito a procedimenti giudiziari, costi che verranno poi trasferiti al sistema delle assicurazioni obbligatorie. **Ai disastri della seconda guerra mondiale, con una continuità sconcertante rispetto a quanto avvenuto nel ventennio precedente, fanno seguito le peggiori esperienze in termini di infortuni gravi e di malattie professionali subacute ed acute**, come se la guerra non fosse ancora terminata ed a combattere fossero rimasti soltanto i lavoratori. E' il prezzo pagato prima per la "modernizzazione autoritaria" e poi per la "ricostruzione" e subito dopo ancora per il "boom economico" del paese, a vantaggio di tutti ma di più per una categoria ristretta, privilegiata, di cittadini. Il lento declino che da quell'epoca in poi si osserverà nel numero di malattie professionali indennizzate non è lineare per ognuna di esse: emergeranno negli anni ottanta e ancor più nel decennio successivo gli **effetti a lunga distanza delle esposizioni pregresse**, quelle capaci di fomentare le malattie professionali croniche come, in maniera eclatante ed ossessiva, è successo nel caso dei **mesoteliomi da amianto** e come succede più di recente per le malattie muscolo-scheletriche.

1961. Annus mirabilis

Il 1961 è per la lotta alla nocività in fabbrica un annus mirabilis. A Torino presso la Camera del lavoro viene costituito un gruppo di lavoro ad hoc di operai e sindacalisti comprendente anche tecnici e medici con in testa **Ivar Oddone**, esterni questi ultimi alla medicina del

lavoro ufficiale, per condurre un intervento alla **Farmitalia di Settimo Torinese**. Ha luogo una “inchiesta” la cui importanza è riconoscibile nella stessa iniziativa oltre che nei suoi risultati: i disturbi e le malattie denunciate dagli operai servono per rappresentare una situazione di rischi e di danni di cui non si possedeva un quadro; il coinvolgimento di tecnici interni all’azienda; consentire al sindacato territoriale di recuperare l’esperienza dei lavoratori e di collegarsi col potere democratico locale. **Rivoluzionari diventano i punti contenuti nelle conseguenti piattaforme rivendicative: quella aziendale prevede che, attraverso l’esame della situazione di ogni reparto, tutte le sostanze sostituibili con altre meno nocive vengano sostituite.** Per quanto riguarda la carenza degli impianti dal punto di vista della prevenzione, i lavoratori, non considerandoli “oggettivi”, costruiti per sempre, chiedono che venga realmente assicurata tutta la prevenzione possibile, con la stessa larghezza di mezzi usata per perseguire gli interessi della produzione. Per quanto riguarda il controllo sanitario i lavoratori chiedono che venga garantita la prevenzione delle malattie professionali, non quando sono già conclamate ma prima che possano recare danni definitivi, anche se questi vengono in qualche modo indennizzati dall’ente assicuratore.

A quella della Farmitalia seguono negli anni immediatamente successivi, a Torino e poi in tutto il paese, altre iniziative. Era giunta a compimento una speciale congiuntura: nelle grandi fabbriche la situazione, in termini di igiene e sicurezza è oggettivamente arretrata rispetto a quanto ormai raggiunto in altri paesi europei; un prolungato immobilismo attanaglia, almeno nel campo della salute, l’azione di partiti, compresi quelli della sinistra, parti sociali, istituzioni ed anche della medicina del lavoro nella sua versione professionale nonché in quella accademica. Un gruppo di operatori sindacali e di lavoratori è in grado di esprimere un modello politico-tecnico che trae vantaggio dal tradurre in frasi semplici ed efficaci concetti talvolta complessi, fino a farne slogan come, “la salute non si vende”, i “quattro gruppi di fattori di rischio”, la “non delega”, il “gruppo omogeneo”, la “validazione consensuale”, i libretti sanitario e di rischio, i registri dei dati ambientali e biostatistici (usualmente chiamati “biostatici”). **A corroborare la fiducia nel modello arrivano i primi risultati tangibili in termini di salute, la constatazione da parte dei diretti interessati che la lotta paga e cioè che le condizioni di lavoro non sono “oggettive”, date una volta per tutte, ma possono essere cambiate anche contro la volontà dei padroni con effetti apprezzabili immediatamente anche dai diretti interessati.**

Figura. Dispensa sindacale sulla nocività (1969)



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

I luoghi di lavoro e l'ambiente esterno

La "linea sindacale" della salute si sviluppa con un particolare programma rigidamente scadenzato di "ricerca-intervento" o, come è stato chiamato, di "ricerca non disciplinare di sociologia industriale"; nella sua fase suprema è destinata anche ad uscire dalle fabbriche, si pone all'esterno, deve incontrare gli interessi di tutta la società, anche per caratterizzare la tanto attesa "riforma sanitaria" della quale si parla dai tempi della lotta di liberazione. A breve distanza di tempo tre episodi, venuti a maturazione, provocano vasta risonanza richiamando l'attenzione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, dell'opinione pubblica e della parte più sensibile del mondo scientifico: **la "morte colorata", cioè i tumori delle vescica da coloranti organici degli operai dell'IPCA di Ciriè (1973-74), i tumori al fegato ricercati e scoperti tra i lavoratori del cloruro di vinile (1974-75), l'esplosione al reattore della fabbrica chimica ICMESA di Meda (1976), segnano altrettante tappe in una presa di coscienza della gravità e complessità della condizione operaia, ma anche dell'inscindibilità dell'ambiente esterno rispetto ai luoghi di lavoro.** Questi fatti come quelli dell'amianto che scoppieranno alla fine del decennio successivo, hanno a che fare con delle sostanze cancerogene, effetti posticipati, determinati probabilisticamente nell'uomo sulla base di analogie con sistemi sperimentali cellulari o animali. Tutto ciò pretende un modo scientifico e rigoroso di fronteggiare il rischio e anche nuovi standard e procedure di prevenzione. L'interazione fra iniziative di difesa della salute da parte dei lavoratori e competenze e passione di alcuni scienziati, nel campo della cancerologia ma anche in quello dell'ergonomia, producono certo i migliori risultati nel definire uno scenario più favorevole alla salvaguardia della salute da questi fattori di rischio, scenario tuttavia nel quale, è bene ribadirlo, appare comunque imprescindibile il protagonismo delle istituzioni e di leggi buone ed applicabili.

La seconda metà degli anni settanta vede il complessivo indebolirsi del movimento per la salute. Un “contrattacco padronale” dopo una certa latitanza, la crisi economica, i cambiamenti sociali e politici ne disarticolano i capisaldi. Altri fattori entrano in gioco, la stanchezza o l’insoddisfazione di alcuni protagonisti di fabbrica, la complessità e l’onerosità degli interventi da condurre secondo la meticolosa metodologia ufficiale, l’effettiva introduzione di alcuni miglioramenti delle condizioni e dell’organizzazione del lavoro, almeno in alcune aziende, e contemporaneamente la difficoltà di individuare ulteriori o diverse rivendicazioni migliorative.

Le nuove istituzioni nate con spirito “filooperaio”

La crisi delle organizzazioni dei lavoratori finisce per trasmettere il testimone dell’impegno in difesa della salute nei luoghi di lavoro alle istituende **strutture di prevenzione delle Unità Sanitarie Locali (USL) volute dalla legge di Riforma Sanitaria del 1978**. A quell’epoca c’erano una cinquantina di servizi per la “tutela della salute dei lavoratori” che, prefigurando la Riforma, ma solo in alcune regioni (Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana) come articolazione dei Consorzi Sanitari di Zona o direttamente di alcuni Comuni. Molti di questi operatori si erano formati culturalmente all’interno di movimenti studenteschi. La risposta delle istituzioni dedicate alla salute dei lavoratori con le strutture appena varate ma disomogenee e tutte in via di formazione procede in tempi lunghi, mantenendo tuttavia fermi alcuni punti qualificanti: dar seguito in qualche modo ai bisogni ed alle rivendicazioni sindacali e soddisfare quindi prioritariamente la “committenza operaia”. **Si assiste così, nel 1982, all’abbandono di vecchie strutture quali ENPI, ANCC ed al trasferimento delle competenze in materia d’igiene e sicurezza dall’Ispettorato del Lavoro alle neonate strutture delle USL dedicate alla “prevenzione” nei luoghi di lavoro.** Passano anche, “per legge”, indirizzi politici quali l’affermazione della partecipazione degli utenti, il primato della prevenzione primaria, il decentramento nella gestione pubblica degli interventi. Le funzioni ereditate dall’Ispettorato del lavoro rappresentano un vero mutamento di epoca per i soggetti della prevenzione e per il loro modo di lavorare, emerge in primo luogo il fatto che esistono delle leggi generalmente disattese e poi la titolarità di un mandato per farle rispettare. Il Ministero della Sanità, dall’inizio mostra di ignorare la stessa esistenza della prevenzione nei luoghi di lavoro e le USL da parte loro si dimostrano sin dall’inizio più interessate alla gestione del versante curativo che di quello preventivo e solo in alcune Regioni viene facilitata l’organizzazione sul proprio territorio di vere e proprie reti di servizi dotati di risorse sufficienti per operare. Là dove le persone di buona volontà erano operanti la maggior parte dei comparti produttivi e quindi prevalentemente delle piccole aziende di alcune regioni del

centro-nord vengono scandagliate in maniera sistematica e costrette, con o senza la partecipazione dei lavoratori, con i poteri della prescrizione e della diffida, alla adozione graduale ma sicura di standard di igiene e di sicurezza omogenei considerati accettabili sulla base di indagini preliminari e di verifiche tecniche condotte ad hoc. Questa operazione, dove è stata possibile condurla, è stata capace di richiamare l'attenzione su alcuni diritti per la salute dei lavoratori, quelli sanciti da una normativa, quella degli anni '50 rimasta quasi sempre lettera morta. Contemporaneamente iniziano e poi aumentano gli interventi da parte di alcuni servizi territoriali nell'edilizia tradizionale abbandonata da tempo ad una gestione spontanea, senza norme, della sicurezza. Il complesso di queste attività, in certi casi rilevante, consumatasi nel decennio 1982-1992, si può dire che sia stata capace di innalzare il livello igienico e di sicurezza anche nelle piccole aziende allineandole in qualche modo a quello promosso prevalentemente dalle iniziative operaie nelle aziende di più grandi dimensioni nel decennio precedente.

Gli sviluppi: l'Italia in Europa

L'inerzia legislativa di trentacinque anni in materia di norme tecniche di prevenzione, dalla promulgazione del D.P.R. 303 nel 1956, viene interrotta nel 1991 dai vincoli della Comunità Europea che, principalmente per evitare la concorrenza sleale tra i vari paesi, pretende l'armonizzazione della normativa di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Viene richiesta la realizzazione di un sistema "completo" di obiettivi e metodi dove i datori di lavoro diventano soggetti non solo di responsabilità penali, ma debitori di una organizzazione della prevenzione standardizzata, qualificata professionalmente. La valutazione dei rischi ed i programmi di miglioramento diventano il perno di possibili interventi di miglioramento. La partecipazione deve significare collaborazione, adesione motivata, informazione.

Con queste innovazioni i datori di lavoro italiani, piccoli e grandi, per la prima volta, si vedono attribuire non più generici e astratti obblighi di tutela dell'incolumità (della sicurezza e di ognuno dei rischi psico-fisici possibili ed immaginabili) dei propri dipendenti, comandi sempre passibili di elusioni e spesso considerati assolti pagando i premi dell'assicurazione INAIL o con altri tipi di scambio; vengono loro richiesti precisi compiti d'intervento attivo, l'applicazione di procedure codificate compreso l'obbligo di saper dimostrare a chi ne ha titolo, anche con dei documenti, la congruenza delle azioni preventive; il tutto sanzionabile con elevate multe. Il datore di lavoro si deve avvalere di consulenti di fiducia da reperire sul mercato, di nuove e strane figure come quella del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e del Medico "competente"; quest'ultimo si diffonde a dismisura anche in settori nei quali prima

era escluso con la possibilità di rimanere sostanzialmente estraneo alle iniziative di prevenzione. I consulenti crescono come i funghi ed entrano in un mercato ricco che prima di equilibrarsi rispetto alle prestazioni richieste ed a quelle offerte rimarrà confuso.

L'organo di controllo in un tale sistema sarebbe deputato ad agire come supremo regolatore e osservatore di una dialettica sempre più collaborativa per il raggiungimento di uno scopo "consensuale", quello delle migliori condizioni di lavoro tecnologicamente compatibili, sostenibili, che dovrebbe essere "validato" dalle parti sociali.

Cosa abbia apportato a breve e medio termine il sistema europeo alla salute dei lavoratori è difficile dire; fortunatamente è intervenuto in un terreno "arato" sia nelle grandi (prevalentemente grazie alle iniziative sindacali degli anni '70) che nelle piccole aziende (a cura dei Servizi delle ASL nel decennio successivo), sia per i lavoratori garantiti che per la nuova generazione dei precari. Sicuramente è aumentato il patrimonio in termini di "cultori della prevenzione", una volta limitato sostanzialmente al nucleo degli operatori pubblici. **I lavoratori hanno ottenuto un riconoscimento della propria funzione nella difesa della loro salute, anche o principalmente con l'istituzione del Rappresentante dei Lavoratori alla Sicurezza (RLS), del quale vengono definiti, con forza di legge, diritti ed ambiti di competenza.** E' così che il concetto di "partecipazione" perde il suo antico sapore di antagonismo sociale, per rientrare in un quadro di comune concertazione tra le parti sui temi della sicurezza e della salubrità, generalmente quelle "valutati" più spesso formalmente dal datore di lavoro o da chi per lui. Gli RLS sono riusciti ad esprimere un ruolo solo quando fiancheggiate dal sindacato, cioè in alcune grandi aziende, con deviazioni di funzione nella pubblica amministrazione che vanno da un antagonismo formale ad una pratica collaborazione con il Servizio di prevenzione e protezione risultando del tutto assenti o assoggettati al datore di lavoro nelle piccole e medie aziende. Ognuna di queste varianti di RLS ha avuto anche difficoltà nel rapportarsi all'organo di controllo.

I lavoratori attivi in Italia, "italiani" e non, e la loro salute ai giorni d'oggi

I fenomeni demografici degli ultimi due decenni hanno sicuramente ridefinito in modo inatteso, almeno per la rapidità con cui ciò si è verificato, il profilo del lavoratore italiano. Da paese esportatore di manodopera quasi sempre non qualificata, proveniente dalle campagne e dalle zone extraurbane, l'Italia è divenuta terra d'immigrazione. **Parlare quindi di salute dei lavoratori italiani perde il senso di un sia pur vago riferimento razziale, per acquisire l'accezione, molto più calzante per un paese intrinsecamente multirazziale, di salute dei lavoratori non solo residenti, ma semplicemente attivi in Italia per periodi più o meno lunghi.** Oltre che il mercato del lavoro e le caratteristiche

del lavoro e dell'ambiente in cui si svolge, sono da considerare quali fattori di rischio "specifici" la comprensione linguistica, i comportamenti sociali, le credenze ed i pregiudizi religiosi e, principalmente, la potestà di acquisire e poi esprimere le esigenze di autotutela.

I profondi cambiamenti sono intervenuti a causa o in occasione di altri sommovimenti globali. La feroce competizione nella riduzione dei costi di produzione ed il marcato declino nel rafforzare le normative nazionali di protezione del lavoro sono i principali elementi in gioco nei paesi in sviluppo, mentre nei paesi "sviluppati" interviene la ridotta sicurezza dell'impiego. Si conferma l'ipotesi secondo la quale le "rivoluzioni industriali" rappresentano un diritto-dovere di ogni comunità e di ogni paese e che necessariamente richiedano "lacrime e sangue". L'assetto produttivo cinese rappresenta un buon esempio sul campo degli effetti della globalizzazione, sia interni al paese che sull'economia mondiale. **Esemplare, ricca di insegnamenti è anche l'esperienza relativa alla comunità cinese attiva ormai da un ventennio in Italia, una "economia etnica" anarchica e primordiale, una produzione in cui datore di lavoro e lavoratore dello stesso gruppo etnico "partecipano" incondizionatamente al processo di accumulazione, impenetrabili rispetto al contesto sociale dove la produzione si esercita.** In queste condizioni i problemi di salute e sicurezza sul lavoro non possono essere in primo piano.

Quantitativamente il **fenomeno della manodopera immigrata** è di difficile delimitazione e comunque trova lavoro in diversi segmenti del mercato più spesso subentrando alla manodopera indigena non più disponibile a svolgerlo. Si individuano alcune categorie di lavori nei quali sono andati inserendosi gli immigrati; in primo luogo ci sono i **lavori nelle fasce socialmente deboli**, meno tutelati da un punto di vista contrattuale, più subordinati e quindi ritenuti dai lavoratori locali meno "dignitosi": collaboratori domestici dai salari eccezionalmente bassi, venditori ambulanti, veri e propri terminali di complesse ramificazioni produttive basate sul mercato parallelo della merce con marchio contraffatto. Per tutti questi non si sbaglia a sostenere che il rapporto di lavoro, talvolta di mero sfruttamento primordiale, pesi sulla propria condizione di salute molto più che non fattori di rischio specifici. Poi ci sono i **lavori poco graditi agli italiani** perchè pesanti o nocivi e "usuranti"; tra i più noti sono da ricordare quelli delle cave e dei laboratori di marmo nel veronese, delle concerie di Arzignano e di Santa Croce sull'Arno, delle fonderie e acciaierie del Bresciano; in questi casi l'inserimento al lavoro è stato favorito dagli stessi imprenditori, spesso sostenuti dal volontariato di matrice cattolica, con risultati relativamente buoni in termini di integrazione e di rispetto delle norme sull'igiene e la sicurezza. Un posto rilevante deve essere assegnato ai lavori in edilizia, specialità ormai di alcune etnie, provenienti soprattutto dal Magreb, dalla Romania e dalla Albania; nel caso degli immigrati edili, come è noto, si sommano le violazioni del rapporto di lavoro, spesso al 'nero', con il risultato duplice

di aggravare i fattori di rischio e, in caso di infortunio, alle volte, di occultarne l'origine lavorativa. Rilevante è l'offerta ai migranti di lavori in agricoltura; in questo campo la manodopera è estremamente funzionale al ciclo di lavoro che prevede una accentuata stagionalità. La tradizionale difficoltà d'intervento per la prevenzione dei rischi in questi ambienti, cumulati con le terribili condizioni di vita, diventa insormontabile ostacolo quando condizione di clandestinità e necessità di guadagno si sommano nell'immigrato, contribuendo a renderlo complice dello sfruttamento.

La qualità dipende da voi

Passata l'epopea dell'operaio di mestiere, superata anche l'esperienza dell'operaio-massa che in Italia ha simbolicamente assunto le vesti dell'addetto alla catena di montaggio nelle grandi fabbriche del triangolo industriale degli anni '60 e '70, ci troviamo ora a fare i conti con figure di lavoratori meno aggregabili in stereotipi, più varie, che esprimono visioni della realtà talvolta contrastanti, non necessariamente interpretabili come segni di uno strisciante egoismo corporativo, ma forse leggibili come espressione dell'irriducibile unicità dell'individuo umano. L'epoca delle varianti del taylor-fordismo è stata arricchita dai principi e dalla pratica della "qualità totale", sistema nel quale al lavoratore si chiede sempre meno forza-lavoro muscolare o manuale e sempre più partecipazione alla produzione, coinvolgendolo nell'analisi degli errori, nell'attrezzaggio per la produzione estremamente flessibile in piccola serie. In fabbrica non risuona più la sentenza "non siete pagati per pensare", ma il suadente "la qualità dipende da voi".

C'entra tutto ciò con la salute? Se il lavoro occupa pur sempre una larga parte dell'esistenza terrena, se la sua perdita provoca disagi e sofferenze tanto accentuate, la risposta non può che essere affermativa. **Assistere a una progressiva riduzione delle classiche malattie professionali tra i lavoratori nativi dei paesi ad economie di mercato forte, dove per altro sono cessate molte attività manifatturiere con impiego di metalli e di solventi, non significa la definitiva scomparsa di danni alla salute, ma solo una ennesima modifica del profilo nosografico di queste popolazioni con forme di sofferenza che più spesso travalicano il danno organico.** Le malattie da lavoro in una prima fase erano delle franche intossicazioni acute che aggravavano le già diffuse malattie sociali mentre successivamente la particolare organizzazione del lavoro e della assicurazione ha favorito la loro cronicizzazione e così sono nate, si sono sviluppate ed istituzionalizzate quelle note come "malattie professionali". **In seguito quelle malattie mutano perchè entra in gioco un'aggiornata costellazione di determinanti: la limitazione di rischi estremi, esposizioni a concentrazioni di tossici diversi, più basse, di più breve durata, la**

ricerca e l'accettazione di rischi "sostenibili", il mancato rilevamento delle fasi iniziali di malattia, le manifestazioni di effetti a lungo termine. Le Statistiche Assicurative delle malattie professionali propongono un'immagine deformata del fenomeno infatti alcune alterazioni (muscoloscheletriche, psicosociali, allergiche, tumori) vengono in pratica escluse dal computo perché non riconosciute e poi l'ente assicuratore che muta nel tempo i criteri di accettazione. Stando così le cose il bisogno e l'efficacia della prevenzione delle malattie e delle alterazioni correlabili con il lavoro non possono essere valutati solo sulla base della riduzione o eliminazione della patologia assicurata o riconosciuta e neppure sulla base di loro improbabili elementi causali specifici. Occorre piuttosto rivolgersi alla capacità di controllo del complesso degli elementi collegati con l'esposizione ai rischi lavorativi e con la loro gestione. In altre parole occorre applicare rigorosamente il complesso delle procedure e delle norme tendenti a controllare all'origine i rischi più aggiornati che possono essere attivi nelle varie realtà lavorative e nei confronti di ognuno dei lavoratori esposti.

La patologia del "non-lavoro"

Ma anche altre sono le nubi all'orizzonte, la patologia del "non-lavoro", della disoccupazione che colpisce in misura sempre maggiore gli strati più deboli della popolazione.

Disoccupazione che non vuol dire sempre inattività forzata, ma spesso lavoro nero, sommerso, illegalità diffusa, violazione di tutte le norme contrattuali e di sicurezza, precarietà totale di rapporti di lavoro incivili. In realtà la condizione di disoccupato nasconde una varietà di situazioni con precise differenze anche sul piano delle conseguenze sulla salute e sul benessere. La prima grande separazione passa tra chi un lavoro non lo ha mai avuto e chi un lavoro lo ha perso, magari dopo molti anni. Se il primo gruppo di soggetti ha visto ingrossare le sue fila in maniera rilevante, più difficile è dire quali siano le reali cifre del secondo. Ma anche tra questi ultimi lavoratori bisogna distinguere in base al criterio dell'età: giovani alle prime esperienze di lavoro vivono spesso positivamente l'accumularsi di brevi e differenti occupazioni, alla ricerca della propria "vocazione-attitudine" male o punto orientata da una scuola inadeguata ai tempi. Altrettanto devastante è la disoccupazione adulta di chi perde un lavoro svolto per molti anni.

Esiste sicuramente uno "zoccolo duro" di eventi avversi che le iniziative di prevenzione non sono state e non sono riuscite ad eliminare. In un passato ormai remoto, i lavoratori si sono dovuti contrapporre frontalmente con le imprese per conquistare il diritto alla salvaguardia dei loro diritti. Oggi che è in pieno svolgimento un nuovo processo tardano ad affermarsi dei meccanismi di difesa alternativi; poco efficace risulta il

meccanismo che vorrebbe la prevenzione remunerativa per i datori di lavoro divenendo essa stessa fonte di risparmio e nel contempo stimolo per una migliore produzione; tarda a manifestare i suoi effetti il ruolo aggiornato di tutela che secondo la filosofia della norma europea dovrebbe essere giocato direttamente dai lavoratori e dai loro rappresentanti. Ai “moderni” strumenti di rivendicazione e gestione della sicurezza si oppongono elementi perversi, da alcuni considerati oggettivi o strutturali legati alla attuale fase di “civilizzazione”, **elementi che agiscono anche togliendo peso e visibilità ai produttori di merci a favore dei consumatori di quelle stesse merci.**

Tutti questi elementi, complessi e molteplici, consigliano di orientare l’attenzione e l’antagonismo nei confronti delle “cattive condizioni di lavoro”, **con interventi che affrontino più in generale gli effetti negativi ed in primo luogo l’usura, lo sfruttamento, gli elevati costi psicosociali.** Un buon indicatore di una tale tendenza deve essere visto nella “libertà” che il singolo lavoratore deve possedere per auto tutelarsi e nel “potere” che detiene nel far valere questa sua opzione. **La trasformazione del lavoro in atto ed in particolare quella prevista da accordi del tipo di quello dello stabilimento Fiat di Pomigliano e di Mirafiori ha come presupposto una riduzione del “potere” (formale ed informale) dei suoi lavoratori acquisita con il ricatto del “non lavoro”.** Oggetto dello scambio è la produttività massima con un’internazionalizzazione degli standard e quindi più fatica per i lavoratori che nessuna “valutazione dello stress” resa obbligatoria dalle norme vigenti nella Unione Europea riuscirà a rendere più clemente. In agguato c’è un nuovo modello organizzativo che pretende il coinvolgimento di tutti nel processo di miglioramento del prodotto e di abbassamento dei costi di produzione. Il modello può anche porre l’accento sul miglioramento ergonomico delle postazioni lavorative per aumentare la produttività, ma soprattutto sulla partecipazione incondizionata, devozionale da parte dei lavoratori. **A Pomigliano, a Mirafiori ma poi in molte fabbriche di qualsiasi posto del globo, si pretende che i lavoratori, non potendo o non dovendo essere sostituiti da robot, lavorino come robot, nel momento in cui esiste un abbondante esercito di robot di riserva.**

Franco Carnevale, medico del lavoro, Firenze

La storia della salute dei lavoratori: approfondimenti

- Alberto Baldasseroni, Franco Carnevale, Sergio Iavicoli. Alle origini della tutela dei lavoratori. Roma: Ispesl, 2009.
- Giovanni Berlinguer. Storia della salute da privilegio a diritto. Firenze: Giunti, 2011.
- Franco Carnevale e Alberto Baldasseroni. Mal da lavoro. Storia della salute dei

lavoratori. Roma-Bari: Laterza, 1999.

- Germano Maifreda. La disciplina del lavoro. Operai macchine e fabbriche nella storia italiana. Milano: Bruno Mondadori, 2007.
- Stefano Musso. Doria del lavoro in Italia dall'Unità ad oggi. Venezia: Marsilio, 2002.

Salute e lavoro. 150 anni di storia italiana.

Franco Carnevale

Fatta in qualche modo l'Italia, chi si è preoccupato di migliorare ed unificare la salute dei lavoratori italiani?

Area: sistemi sanitari internazionali

Tag: Salute e ambiente; Determinanti sociali e diseguaglianze

Scenari di lungo periodo

Ragionando sui caratteri della dinamica dell'interesse sociale e culturale tendente al miglioramento della salute dei lavoratori in Italia è possibile individuare tre fasi "alte":

- a) quella caratterizzata dall'opera di Bernardino Ramazzini (1633-1714) da collocare temporalmente alle origini del secolo dei Lumi che tutto sommato inaugura un lungo periodo di conoscenze del problema ma di carenza di iniziative che arriva ed oltrepassa gli eventi legati all'Unità d'Italia;
- b) una seconda fase che si concentra tra la fine del XIX e il primo decennio del secolo successivo che vede come protagonisti alcuni studiosi "appassionati e valorosi", alcuni pubblici amministratori e direttamente dei lavoratori ed organizzatori sindacali;
- c) una terza fase i cui prodromi sono da ricercare agli inizi degli anni sessanta del Novecento con decisivi movimenti "dal basso" e realizzazioni "non rituali" che si sviluppano precipitosamente per un decennio ed oltre. Rimane da caratterizzare un periodo che arriva sino ai nostri giorni il quale può essere affrontato valorizzando alcuni avvenimenti più notevoli.

Il fenomeno Ramazzini

L'episodio Ramazzini è emblematico di una fase di passaggio da un mondo di artigiani rimasto quasi immutato per diversi secoli ad una annunciata rivoluzione industriale, più precoce in qualche paese europeo. Il contesto dal quale spicca il volo, in maniera quasi avventurosa, l'opera scritta in latino dal "padre" della medicina del lavoro e il vero suo

significato travalicano gli ambiti più o meno autentici di una disciplina medica. L'autore principalmente testimonia dell'esigenza di alcuni aggiustamenti: il principe, l'economia, la società all'alba del Settecento ed a maggior ragione nelle epoche successive non potranno trascurare il valore, la sorte e le esigenze più elementari e quindi il potenziale antagonismo degli artigiani e dei lavoratori singoli o anche organizzati; al lavoro ed ai lavoratori deve essere riconosciuta una dignità e dei diritti inalienabili che saranno, nel loro manifestarsi, alla base di dinamiche capaci di modificare l'economia e l'intera società. Questa dignità e questi diritti invece sono rimasti in clandestinità per circa due secoli in parallelo con grandi cambiamenti scientifici e sociali, solo blanditi e condizionati da fenomeni quali il paternalismo, il compatimento di carattere religioso ed anche un generale miglioramento delle condizioni di vita urbana che non poteva escludere del tutto gli strati sociali più svantaggiati ed i protagonisti dei sempre più diffusi "ergastoli meccanici"

Il protagonismo operaio: la prima ondata

"Esercitazioni" di protagonismo operaio vanno in scena anche in Italia all'inizio del Novecento. Le istanze delle organizzazioni sindacali guardano al miglioramento di condizioni basilari di sopravvivenza (orari, salari, disciplina di fabbrica, ecc.) alle volte prima od oltre che alla "presa del potere". Alleati naturali e fedeli sono quei medici che fanno dell'apostolato sociale e del metodo scientifico positivo la loro arma principale d'intervento sulla realtà per cambiarla. Nasce così la committenza che diverse federazioni di mestiere e categorie sindacali affidano sui problemi della loro salute a Pieraccini a Firenze per i lavoratori delle ceramiche ed i ferrovieri, a Carozzi per i tipografi, i guantai, i verniciatori anche attraverso la Società Umanitaria e la Clinica del Lavoro di Milano, a Monti per i cappellai di Monza. Spesso a queste iniziative di fiancheggiatori coscienti ed esperti non sembra che facciano da supporto le lotte dei lavoratori, troppo presi da problemi di più immediata sopravvivenza. Carenze alimentari, regimi di fabbrica ai limiti della sopportazione, abitazioni insalubri, ambienti di vita ricchi di minacce microbiche, la non possibilità di ritorno nelle campagne povere malariche e pellagrose incombevano sulla salute dei lavoratori e delle loro famiglie di più che malattie dovute esclusivamente o quasi al mestiere. Come alternativa c'era la migrazione in paesi lontani.

Il protagonismo operaio nelle lotte per la salute: la seconda ondata

Le immagini umane e mediche di un "genocidio pacifico", delle intossicazioni professionali e delle varie ma tutte gravi malattie dei lavoratori emergono con costanza dalla pubblicistica sociale e da storie cliniche esemplari, mentre le relative responsabilità si perdono nelle nebbie o vengono assorbite dal costo da pagare allo sviluppo economico. Di pari passo con il miglioramento delle condizioni di vita delle classi lavoratrici e, in generale, della popolazione, si fanno strada nell'osservazione dei clinici più attenti le forme croniche di

intossicazione. Le malattie professionali più che connotare un mestiere o una professione, rimandano ai rischi presenti in un ciclo produttivo o in un'industria, senza che la malattia abbia alcun valore di riconoscimento sociale, ma semmai un modesto indennizzo stabilito alle volte in seguito a procedimenti giudiziari, costi che verranno poi trasferiti al sistema delle assicurazioni obbligatorie. Ai disastri della seconda guerra mondiale, con una continuità sconcertante rispetto a quanto avvenuto nel ventennio precedente, fanno seguito le peggiori esperienze in termini di infortuni gravi e di malattie professionali subacute ed acute, come se la guerra non fosse ancora terminata ed a combattere fossero rimasti soltanto i lavoratori. E' il prezzo pagato prima per la "modernizzazione autoritaria" e poi per la "ricostruzione" e subito dopo ancora per il "boom economico" del paese, a vantaggio di tutti ma di più per una categoria ristretta, privilegiata, di cittadini. Il lento declino che da quell'epoca in poi si osserverà nel numero di malattie professionali indennizzate non è lineare per ognuna di esse: emergeranno negli anni ottanta e ancor più nel decennio successivo gli effetti a lunga distanza delle esposizioni pregresse, quelle capaci di fomentare le malattie professionali croniche come, in maniera eclatante ed ossessiva, è successo nel caso dei mesoteliomi da amianto e come succede più di recente per le malattie muscolo-scheletriche.

1961. Annus mirabilis

Il 1961 è per la lotta alla nocività in fabbrica un annus mirabilis. A Torino presso la Camera del lavoro viene costituito un gruppo di lavoro ad hoc di operai e sindacalisti comprendente anche tecnici e medici con in testa Ivar Oddone, esterni questi ultimi alla medicina del lavoro ufficiale, per condurre un intervento alla Farmitalia di Settimo Torinese. Ha luogo una "inchiesta" la cui importanza è riconoscibile nella stessa iniziativa oltre che nei suoi risultati: i disturbi e le malattie denunciate dagli operai servono per rappresentare una situazione di rischi e di danni di cui non si possedeva un quadro; il coinvolgimento di tecnici interni all'azienda; consentire al sindacato territoriale di recuperare l'esperienza dei lavoratori e di collegarsi col potere democratico locale. Rivoluzionari diventano i punti contenuti nelle conseguenti piattaforme rivendicative: quella aziendale prevede che, attraverso l'esame della situazione di ogni reparto, tutte le sostanze sostituibili con altre meno nocive vengano sostituite. Per quanto riguarda la carenza degli impianti dal punto di vista della prevenzione, i lavoratori, non considerandoli "oggettivi", costruiti per sempre, chiedono che venga realmente assicurata tutta la prevenzione possibile, con la stessa larghezza di mezzi usata per perseguire gli interessi della produzione. Per quanto riguarda il controllo sanitario i lavoratori chiedono che venga garantita la prevenzione delle malattie professionali, non quando sono già conclamate ma prima che possano recare danni definitivi, anche se questi vengono in qualche modo indennizzati dall'ente assicuratore.

A quella della Farmitalia seguono negli anni immediatamente successivi, a Torino e poi in tutto il paese, altre iniziative. Era giunta a compimento una speciale congiuntura: nelle grandi fabbriche la situazione, in termini di igiene e sicurezza è oggettivamente arretrata rispetto a quanto ormai raggiunto in altri paesi europei; un prolungato immobilismo attanaglia, almeno nel campo della salute, l'azione di partiti, compresi quelli della sinistra, parti sociali, istituzioni ed anche della medicina del lavoro nella sua versione professionale nonché in quella accademica. Un gruppo di operatori sindacali e di lavoratori è in grado di esprimere un modello politico-tecnico che trae vantaggio dal tradurre in frasi semplici ed efficaci concetti talvolta complessi, fino a farne slogan come, "la salute non si vende", i "quattro gruppi di fattori di rischio", la "non delega", il "gruppo omogeneo", la "validazione consensuale", i libretti sanitario e di rischio, i registri dei dati ambientali e biostatistici (usualmente chiamati "biostatici"). A corroborare la fiducia nel modello arrivano i primi risultati tangibili in termini di salute, la constatazione da parte dei diretti interessati che la lotta paga e cioè che le condizioni di lavoro non sono "oggettive", date una volta per tutte, ma possono essere cambiate anche contro la volontà dei padroni con effetti apprezzabili immediatamente anche dai diretti interessati.

Figura. Dispensa sindacale sulla nocività (1969)

I luoghi di lavoro e l'ambiente esterno

La "linea sindacale" della salute si sviluppa con un particolare programma rigidamente scadenzato di "ricerca-intervento" o, come è stato chiamato, di "ricerca non disciplinare di sociologia industriale"; nella sua fase suprema è destinata anche ad uscire dalle fabbriche, si pone all'esterno, deve incontrare gli interessi di tutta la società, anche per caratterizzare la tanto attesa "riforma sanitaria" della quale si parla dai tempi della lotta di liberazione. A breve distanza di tempo tre episodi, venuti a maturazione, provocano vasta risonanza richiamando l'attenzione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, dell'opinione pubblica e della parte più sensibile del mondo scientifico: la "morte colorata", cioè i tumori delle vescica da coloranti organici degli operai dell'IPCA di Ciriè (1973-74), i tumori al fegato ricercati e scoperti tra i lavoratori del cloruro di vinile (1974-75), l'esplosione al reattore della fabbrica chimica ICMESA di Meda (1976), segnano altrettante tappe in una presa di coscienza della gravità e complessità della condizione operaia, ma anche dell'inscindibilità dell'ambiente esterno rispetto ai luoghi di lavoro. Questi fatti come quelli dell'amianto che scoppieranno alla fine del decennio successivo, hanno a che fare con delle sostanze cancerogene, effetti posticipati, determinati probabilisticamente nell'uomo sulla base di analogie con sistemi sperimentali cellulari o animali. Tutto ciò pretende un modo scientifico e rigoroso di fronteggiare il rischio e anche nuovi standard e procedure di prevenzione. L'interazione fra iniziative di difesa della salute da parte dei lavoratori e competenze e

passione di alcuni scienziati, nel campo della cancerologia ma anche in quello dell'ergonomia, producono certo i migliori risultati nel definire uno scenario più favorevole alla salvaguardia della salute da questi fattori di rischio, scenario tuttavia nel quale, è bene ribadirlo, appare comunque imprescindibile il protagonismo delle istituzioni e di leggi buone ed applicabili.

La seconda metà degli anni settanta vede il complessivo indebolirsi del movimento per la salute. Un "contrattacco padronale" dopo una certa latitanza, la crisi economica, i cambiamenti sociali e politici ne disarticolano i capisaldi. Altri fattori entrano in gioco, la stanchezza o l'insoddisfazione di alcuni protagonisti di fabbrica, la complessità e l'onerosità degli interventi da condurre secondo la meticolosa metodologia ufficiale, l'effettiva introduzione di alcuni miglioramenti delle condizioni e dell'organizzazione del lavoro, almeno in alcune aziende, e contemporaneamente la difficoltà di individuare ulteriori o diverse rivendicazioni migliorative.

Le nuove istituzioni nate con spirito "filooperaio"

La crisi delle organizzazioni dei lavoratori finisce per trasmettere il testimone dell'impegno in difesa della salute nei luoghi di lavoro alle istituende strutture di prevenzione delle Unità Sanitarie Locali (USL) volute dalla legge di Riforma Sanitaria del 1978. A quell'epoca c'erano una cinquantina di servizi per la "tutela della salute dei lavoratori" che, prefigurando la Riforma, ma solo in alcune regioni (Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana) come articolazione dei Consorzi Sanitari di Zona o direttamente di alcuni Comuni. Molti di questi operatori si erano formati culturalmente all'interno di movimenti studenteschi. La risposta delle istituzioni dedicate alla salute dei lavoratori con le strutture appena varate ma disomogenee e tutte in via di formazione procede in tempi lunghi, mantenendo tuttavia fermi alcuni punti qualificanti: dar seguito in qualche modo ai bisogni ed alle rivendicazioni sindacali e soddisfare quindi prioritariamente la "committenza operaia". Si assiste così, nel 1982, all'abbandono di vecchie strutture quali ENPI, ANCC ed al trasferimento delle competenze in materia d'igiene e sicurezza dall'Ispettorato del Lavoro alle neonate strutture delle USL dedicate alla "prevenzione" nei luoghi di lavoro. Passano anche, "per legge", indirizzi politici quali l'affermazione della partecipazione degli utenti, il primato della prevenzione primaria, il decentramento nella gestione pubblica degli interventi. Le funzioni ereditate dall'Ispettorato del lavoro rappresentano un vero mutamento di epoca per i soggetti della prevenzione e per il loro modo di lavorare, emerge in primo luogo il fatto che esistono delle leggi generalmente disattese e poi la titolarità di un mandato per farle rispettare. Il Ministero della Sanità, dall'inizio mostra di ignorare la stessa esistenza della prevenzione nei luoghi di lavoro e le USL da parte loro si dimostrano sin dall'inizio più interessate alla gestione del versante curativo che di quello preventivo e

solo in alcune Regioni viene facilitata l'organizzazione sul proprio territorio di vere e proprie reti di servizi dotati di risorse sufficienti per operare. Là dove le persone di buona volontà erano operanti la maggior parte dei comparti produttivi e quindi prevalentemente delle piccole aziende di alcune regioni del centro-nord vengono scandagliate in maniera sistematica e costrette, con o senza la partecipazione dei lavoratori, con i poteri della prescrizione e della diffida, alla adozione graduale ma sicura di standard di igiene e di sicurezza omogenei considerati accettabili sulla base di indagini preliminari e di verifiche tecniche condotte ad hoc. Questa operazione, dove è stata possibile condurla, è stata capace di richiamare l'attenzione su alcuni diritti per la salute dei lavoratori, quelli sanciti da una normativa, quella degli anni '50 rimasta quasi sempre lettera morta. Contemporaneamente iniziano e poi aumentano gli interventi da parte di alcuni servizi territoriali nell'edilizia tradizionale abbandonata da tempo ad una gestione spontanea, senza norme, della sicurezza. Il complesso di queste attività, in certi casi rilevante, consumatasi nel decennio 1982-1992, si può dire che sia stata capace di innalzare il livello igienico e di sicurezza anche nelle piccole aziende allineandole in qualche modo a quello promosso prevalentemente dalle iniziative operaie nelle aziende di più grandi dimensioni nel decennio precedente.

Gli sviluppi: l'Italia in Europa

L'inerzia legislativa di trentacinque anni in materia di norme tecniche di prevenzione, dalla promulgazione del D.P.R. 303 nel 1956, viene interrotta nel 1991 dai vincoli della Comunità Europea che, principalmente per evitare la concorrenza sleale tra i vari paesi, pretende l'armonizzazione della normativa di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Viene richiesta la realizzazione di un sistema "completo" di obiettivi e metodi dove i datori di lavoro diventano soggetti non solo di responsabilità penali, ma debitori di una organizzazione della prevenzione standardizzata, qualificata professionalmente. La valutazione dei rischi ed i programmi di miglioramento diventano il perno di possibili interventi di miglioramento. La partecipazione deve significare collaborazione, adesione motivata, informazione. Con queste innovazioni i datori di lavoro italiani, piccoli e grandi, per la prima volta, si vedono attribuire non più generici e astratti obblighi di tutela dell'incolumità (della sicurezza e di ognuno dei rischi psico-fisici possibili ed immaginabili) dei propri dipendenti, comandi sempre passibili di elusioni e spesso considerati assolti pagando i premi dell'assicurazione INAIL o con altri tipi di scambio; vengono loro richiesti precisi compiti d'intervento attivo, l'applicazione di procedure codificate compreso l'obbligo di saper dimostrare a chi ne ha titolo, anche con dei documenti, la congruenza delle azioni preventive; il tutto sanzionabile con elevate multe. Il datore di lavoro si deve avvalere di consulenti di fiducia da reperire sul mercato, di nuove e strane figure come quella del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e del Medico "competente";

quest'ultimo si diffonde a dismisura anche in settori nei quali prima era escluso con la possibilità di rimanere sostanzialmente estraneo alle iniziative di prevenzione. I consulenti crescono come i funghi ed entrano in un mercato ricco che prima di equilibrarsi rispetto alle prestazioni richieste ed a quelle offerte rimarrà confuso. L'organo di controllo in un tale sistema sarebbe deputato ad agire come supremo regolatore e osservatore di una dialettica sempre più collaborativa per il raggiungimento di uno scopo "consensuale", quello delle migliori condizioni di lavoro tecnologicamente compatibili, sostenibili, che dovrebbe essere "validato" dalle parti sociali.

Cosa abbia apportato a breve e medio termine il sistema europeo alla salute dei lavoratori è difficile dire; fortunatamente è intervenuto in un terreno "arato" sia nelle grandi (prevalentemente grazie alle iniziative sindacali degli anni '70) che nelle piccole aziende (a cura dei Servizi delle ASL nel decennio successivo), sia per i lavoratori garantiti che per la nuova generazione dei precari. Sicuramente è aumentato il patrimonio in termini di "cultori della prevenzione", una volta limitato sostanzialmente al nucleo degli operatori pubblici. I lavoratori hanno ottenuto un riconoscimento della propria funzione nella difesa della loro salute, anche o principalmente con l'istituzione del Rappresentante dei Lavoratori alla Sicurezza (RLS), del quale vengono definiti, con forza di legge, diritti ed ambiti di competenza. E' così che il concetto di "partecipazione" perde il suo antico sapore di antagonismo sociale, per rientrare in un quadro di comune concertazione tra le parti sui temi della sicurezza e della salubrità, generalmente quelle "valutati" più spesso formalmente dal datore di lavoro o da chi per lui. Gli RLS sono riusciti ad esprimere un ruolo solo quando fiancheggiate dal sindacato, cioè in alcune grandi aziende, con deviazioni di funzione nella pubblica amministrazione che vanno da un antagonismo formale ad una pratica collaborazione con il Servizio di prevenzione e protezione risultando del tutto assenti o assoggettati al datore di lavoro nelle piccole e medie aziende. Ognuna di queste varianti di RLS ha avuto anche difficoltà nel rapportarsi all'organo di controllo.

I lavoratori attivi in Italia, "italiani" e non, e la loro salute ai giorni d'oggi
I fenomeni demografici degli ultimi due decenni hanno sicuramente ridefinito in modo inatteso, almeno per la rapidità con cui ciò si è verificato, il profilo del lavoratore italiano. Da paese esportatore di manodopera quasi sempre non qualificata, proveniente dalle campagne e dalle zone extraurbane, l'Italia è divenuta terra d'immigrazione. Parlare quindi di salute dei lavoratori italiani perde il senso di un sia pur vago riferimento razziale, per acquisire l'accezione, molto più calzante per un paese intrinsecamente multirazziale, di salute dei lavoratori non solo residenti, ma semplicemente attivi in Italia per periodi più o meno lunghi. Oltre che il mercato del lavoro e le caratteristiche del lavoro e dell'ambiente in cui si svolge, sono da considerare quali fattori di rischio "specifici" la comprensione linguistica, i comportamenti sociali, le credenze ed i pregiudizi religiosi e, principalmente,

la potestà di acquisire e poi esprimere le esigenze di autotutela.

I profondi cambiamenti sono intervenuti a causa o in occasione di altri sommovimenti globali. La feroce competizione nella riduzione dei costi di produzione ed il marcato declino nel rafforzare le normative nazionali di protezione del lavoro sono i principali elementi in gioco nei paesi in sviluppo, mentre nei paesi "sviluppati" interviene la ridotta sicurezza dell'impiego. Si conferma l'ipotesi secondo la quale le "rivoluzioni industriali" rappresentano un diritto-dovere di ogni comunità e di ogni paese e che necessariamente richiedano "lacrime e sangue". L'assetto produttivo cinese rappresenta un buon esempio sul campo degli effetti della globalizzazione, sia interni al paese che sull'economia mondiale. Esempio, ricca di insegnamenti è anche l'esperienza relativa alla comunità cinese attiva ormai da un ventennio in Italia, una "economia etnica" anarchica e primordiale, una produzione in cui datore di lavoro e lavoratore dello stesso gruppo etnico "partecipano" incondizionatamente al processo di accumulazione, impenetrabili rispetto al contesto sociale dove la produzione si esercita. In queste condizioni i problemi di salute e sicurezza sul lavoro non possono essere in primo piano.

Quantitativamente il fenomeno della manodopera immigrata è di difficile delimitazione e comunque trova lavoro in diversi segmenti del mercato più spesso subentrando alla manodopera indigena non più disponibile a svolgerlo. Si individuano alcune categorie di lavori nei quali sono andati inserendosi gli immigrati; in primo luogo ci sono i lavori nelle fasce socialmente deboli, meno tutelati da un punto di vista contrattuale, più subordinati e quindi ritenuti dai lavoratori locali meno "dignitosi": collaboratori domestici dai salari eccezionalmente bassi, venditori ambulanti, veri e propri terminali di complesse ramificazioni produttive basate sul mercato parallelo della merce con marchio contraffatto. Per tutti questi non si sbaglia a sostenere che il rapporto di lavoro, talvolta di mero sfruttamento primordiale, pesi sulla propria condizione di salute molto più che non fattori di rischio specifici. Poi ci sono i lavori poco graditi agli italiani perchè pesanti o nocivi e "usuranti"; tra i più noti sono da ricordare quelli delle cave e dei laboratori di marmo nel veronese, delle concerie di Arzignano e di Santa Croce sull'Arno, delle fonderie e acciaierie del Bresciano; in questi casi l'inserimento al lavoro è stato favorito dagli stessi imprenditori, spesso sostenuti dal volontariato di matrice cattolica, con risultati relativamente buoni in termini di integrazione e di rispetto delle norme sull'igiene e la sicurezza. Un posto rilevante deve essere assegnato ai lavori in edilizia, specialità ormai di alcune etnie, provenienti soprattutto dal Magreb, dalla Romania e dalla Albania; nel caso degli immigrati edili, come è noto, si sommano le violazioni del rapporto di lavoro, spesso al 'nero', con il risultato duplice di aggravare i fattori di rischio e, in caso di infortunio, alle volte, di occultarne l'origine lavorativa. Rilevante è l'offerta ai migranti di lavori in agricoltura; in

questo campo la manodopera è estremamente funzionale al ciclo di lavoro che prevede una accentuata stagionalità. La tradizionale difficoltà d'intervento per la prevenzione dei rischi in questi ambienti, cumulati con le terribili condizioni di vita, diventa insormontabile ostacolo quando condizione di clandestinità e necessità di guadagno si sommano nell'immigrato, contribuendo a renderlo complice dello sfruttamento.

“La qualità dipende da voi”

Passata l'epopea dell'operaio di mestiere, superata anche l'esperienza dell'operaio-massa che in Italia ha simbolicamente assunto le vesti dell'addetto alla catena di montaggio nelle grandi fabbriche del triangolo industriale degli anni '60 e '70, ci troviamo ora a fare i conti con figure di lavoratori meno aggregabili in stereotipi, più varie, che esprimono visioni della realtà talvolta contrastanti, non necessariamente interpretabili come segni di uno strisciante egoismo corporativo, ma forse leggibili come espressione dell'irriducibile unicità dell'individuo umano. L'epoca delle varianti del taylor-fordismo è stata arricchita dai principi e dalla pratica della “qualità totale”, sistema nel quale al lavoratore si chiede sempre meno forza-lavoro muscolare o manuale e sempre più partecipazione alla produzione, coinvolgendolo nell'analisi degli errori, nell'attrezzaggio per la produzione estremamente flessibile in piccola serie. In fabbrica non risuona più la sentenza “non siete pagati per pensare”, ma il suadente “la qualità dipende da voi”.

C'entra tutto ciò con la salute? Se il lavoro occupa pur sempre una larga parte dell'esistenza terrena, se la sua perdita provoca disagi e sofferenze tanto accentuate, la risposta non può che essere affermativa. Assistere a una progressiva riduzione delle classiche malattie professionali tra i lavoratori nativi dei paesi ad economie di mercato forte, dove per altro sono cessate molte attività manifatturiere con impiego di metalli e di solventi, non significa la definitiva scomparsa di danni alla salute, ma solo una ennesima modifica del profilo nosografico di queste popolazioni con forme di sofferenza che più spesso travalicano il danno organico. Le malattie da lavoro in una prima fase erano delle franche intossicazioni acute che aggravavano le già diffuse malattie sociali mentre successivamente la particolare organizzazione del lavoro e della assicurazione ha favorito la loro cronicizzazione e così sono nate, si sono sviluppate ed istituzionalizzate quelle note come “malattie professionali”. In seguito quelle malattie mutano perchè entra in gioco un'aggiornata costellazione di determinanti: la limitazione di rischi estremi, esposizioni a concentrazioni di tossici diversi, più basse, di più breve durata, la ricerca e l'accettazione di rischi “sostenibili”, il mancato rilevamento delle fasi iniziali di malattia, le manifestazioni di effetti a lungo termine. Le Statistiche Assicuratrici delle malattie professionali propongono un'immagine deformata del fenomeno infatti alcune alterazioni (muscoloscheletriche, psicosociali, allergiche, tumori) vengono in pratica escluse dal computo perché non riconosciute e poi l'ente assicuratore che muta nel tempo i criteri di accettazione. Stando così le cose il bisogno e l'efficacia della

prevenzione delle malattie e delle alterazioni correlabili con il lavoro non possono essere valutati solo sulla base della riduzione o eliminazione della patologia assicurata o riconosciuta e neppure sulla base di loro improbabili elementi causali specifici. Occorre piuttosto rivolgersi alla capacità di controllo del complesso degli elementi collegati con l'esposizione ai rischi lavorativi e con la loro gestione. In altre parole occorre applicare rigorosamente il complesso delle procedure e delle norme tendenti a controllare all'origine i rischi più aggiornati che possono essere attivi nelle varie realtà lavorative e nei confronti di ognuno dei lavoratori esposti.

La patologia del "non-lavoro"

Ma anche altre sono le nubi all'orizzonte, la patologia del "non-lavoro", della disoccupazione che colpisce in misura sempre maggiore gli strati più deboli della popolazione.

Disoccupazione che non vuol dire sempre inattività forzata, ma spesso lavoro nero, sommerso, illegalità diffusa, violazione di tutte le norme contrattuali e di sicurezza, precarietà totale di rapporti di lavoro incivili. In realtà la condizione di disoccupato nasconde una varietà di situazioni con precise differenze anche sul piano delle conseguenze sulla salute e sul benessere. La prima grande separazione passa tra chi un lavoro non lo ha mai avuto e chi un lavoro lo ha perso, magari dopo molti anni. Se il primo gruppo di soggetti ha visto ingrossare le sue fila in maniera rilevante, più difficile è dire quali siano le reali cifre del secondo. Ma anche tra questi ultimi lavoratori bisogna distinguere in base al criterio dell'età: giovani alle prime esperienze di lavoro vivono spesso positivamente l'accumularsi di brevi e differenti occupazioni, alla ricerca della propria "vocazione-attitudine" male o punto orientata da una scuola inadeguata ai tempi. Altrettanto devastante è la disoccupazione adulta di chi perde un lavoro svolto per molti anni.

Esiste sicuramente uno "zoccolo duro" di eventi avversi che le iniziative di prevenzione non sono state e non sono riuscite ad eliminare. In un passato ormai remoto, i lavoratori si sono dovuti contrapporre frontalmente con le imprese per conquistare il diritto alla salvaguardia dei loro diritti. Oggi che è in pieno svolgimento un nuovo processo tardano ad affermarsi dei meccanismi di difesa alternativi; poco efficace risulta il meccanismo che vorrebbe la prevenzione remunerativa per i datori di lavoro divenendo essa stessa fonte di risparmio e nel contempo stimolo per una migliore produzione; tarda a manifestare i suoi effetti il ruolo aggiornato di tutela che secondo la filosofia della norma europea dovrebbe essere giocato direttamente dai lavoratori e dai loro rappresentanti. Ai "moderni" strumenti di rivendicazione e gestione della sicurezza si oppongono elementi perversi, da alcuni considerati oggettivi o strutturali legati alla attuale fase di "civilizzazione", elementi che agiscono anche togliendo peso e visibilità ai produttori di merci a favore dei consumatori di quelle stesse merci.

Tutti questi elementi, complessi e molteplici, consigliano di orientare l'attenzione e l'antagonismo nei confronti delle "cattive condizioni di lavoro", con interventi che affrontino più in generale gli effetti negativi ed in primo luogo l'usura, lo sfruttamento, gli elevati costi psicosociali. Un buon indicatore di una tale tendenza deve essere visto nella "libertà" che il singolo lavoratore deve possedere per auto tutelarsi e nel "potere" che detiene nel far valere questa sua opzione. La trasformazione del lavoro in atto ed in particolare quella prevista da accordi del tipo di quello dello stabilimento Fiat di Pomigliano e di Mirafiori ha come presupposto una riduzione del "potere" (formale ed informale) dei suoi lavoratori acquisita con il ricatto del "non lavoro". Oggetto dello scambio è la produttività massima con un'internazionalizzazione degli standard e quindi più fatica per i lavoratori che nessuna "valutazione dello stress" resa obbligatoria dalle norme vigenti nella Unione Europea riuscirà a rendere più clemente. In agguato c'è un nuovo modello organizzativo che pretende il coinvolgimento di tutti nel processo di miglioramento del prodotto e di abbassamento dei costi di produzione. Il modello può anche porre l'accento sul miglioramento ergonomico delle postazioni lavorative per aumentare la produttività, ma soprattutto sulla partecipazione incondizionata, devozionale da parte dei lavoratori. A Pomigliano, a Mirafiori ma poi in molte fabbriche di qualsiasi posto del globo, si pretende che i lavoratori, non potendo o non dovendo essere sostituiti da robot, lavorino come robot, nel momento in cui esiste un abbondante esercito di robot di riserva.

Franco Carnevale, medico del lavoro, Firenze

Testi per approfondire la storia della salute dei lavoratori:

Alberto Baldasseroni, Franco Carnevale, Sergio Iavicoli, *Alle origini della tutela dei lavoratori*, Ispesl, Roma 2009.

Giovanni Berlinguer, *Storia della salute da privilegio a diritto*, Giunti, Firenze 2011.

Franco Carnevale e Alberto Baldasseroni, *Mal da lavoro. Storia della salute dei lavoratori*, Laterza, Roma-Bari 1999.

Germano Maifreda, *La disciplina del lavoro. Operai macchine e fabbriche nella storia italiana*, Bruno Mondadori, Milano 2007.

Stefano Musso, *Doria del lavoro in Italia dall'Unità ad oggi*, Marsilio, Venezia 2002.