

# I determinanti della salute

*Francesco Garibaldo*

## 1. Premessa

Il tema della salute e sicurezza dei lavoratori ha conosciuto negli ultimi 35-40 anni in Italia alterne fortune. Oggi siamo di fronte a una sottolineatura retorica del tema e a una contemporanea prassi tanto modesta quanto inefficace. Non mi riferisco solamente al dato eclatante dell'alto numero di morti e feriti e alla estrema lentezza e difficoltà nel ridurne la quantità. Accanto a questa tragica realtà, infatti, si ha un peggioramento complessivo della condizione lavorativa lungo tutte le dimensioni analitiche classiche rilevanti per misurare la salute di chi lavora: l'ambiente fisico, l'organizzazione del lavoro, l'ambiente sociale. Il peggioramento è documentato da ricerche sul campo, come quelle condotte dall'Istituto per il lavoro (Ipl) nella provincia di Torino (2003) e nella regione Emilia Romagna (2005), ma anche dai rapporti delle agenzie europee.

Prima di esporre i risultati delle nostre ricerche è utile fissare alcuni concetti. Alla fine degli anni sessanta in Italia vi fu un'importante convergenza, su scala locale ma con una dimensione nazionale, di forze intellettuali (in Piemonte, con Oddone e Novara; in Emilia Romagna, con Rebecchi) con il movimento sindacale, che iniziava una nuova stagione rivendicativa con il motto «la salute non si monetizza». La convergenza avvenne non in un classico schema di relazione tra esperto e utente, nel quale l'esperto, che possiede una conoscenza positiva e completa di un fenomeno, dice all'utente cosa significa l'accadimento e come affrontarlo. Si teorizzò, sia pure con percorsi diversi tra il Piemonte e l'Emilia Romagna, che la salute dei lavoratori, per sua stessa natura, rappresentava un punto di convergenza tra una situazione vissuta e quindi, in quanto tale, soggettivamente fondata, e l'ana-

\* Francesco Garibaldo è direttore della Fondazione Istituto per il lavoro di Bologna.

L'autore ringrazia Emilio Rebecchi e Gino Rubini per la revisione e i consigli forniti per un buon esito di questo articolo.

lisi multidimensionale e pluridisciplinare dell'ambiente di lavoro. La conoscenza del fenomeno richiedeva quindi una collaborazione tra il soggetto, che pativa la situazione data, e i ricercatori e/o professionisti della salute; sulla natura della collaborazione e sul fondamento epistemologico della conoscenza specifica che lì avveniva vi erano diversità di valutazione tra il Piemonte e l'Emilia Romagna. In ogni caso tale conoscenza non si presentava, usando un linguaggio antico, come conoscenza analitica ma come «politica», cioè una conoscenza orientata alla prassi, quindi come una conoscenza in divenire. Si direbbe con il linguaggio di oggi che si trattava di forme di ricerca-azione, il cui statuto scientifico in Italia, a differenza di tutto il centro e nord Europa, non è mai stato riconosciuto dal mondo accademico. I risultati di quella fase furono importanti e diffusi, con un netto miglioramento della situazione lungo tutte le dimensioni citate.

Questo movimento si tradusse, alla metà degli anni settanta, in una istituzionalizzazione progressiva dei temi della salute e sicurezza del lavoro in capo a specifiche «agenzie pubbliche», sostenute da provvedimenti legislativi; non è qui la sede per raccontarne la storia, se non per sottolineare che il processo di istituzionalizzazione, in parte a causa del mancato riconoscimento di uno statuto scientifico a quell'esperimento della prima metà degli anni settanta, e in parte a una minore rilevanza che il tema assunse nell'agenda sindacale, avvenne a spese sia della complessità dell'approccio sia del suo carattere orientato al cambiamento. Si definì una funzione ispettiva, agganciata a cosiddetti parametri oggettivi, disgiunta dal rapporto diretto con la condizione soggettivamente esperita e dalla trasformazione. Si perse così via via di efficacia proprio nel momento in cui, a metà degli anni ottanta, un'ondata di «fondamentalismo di mercato», definita con efficacia turbo-capitalismo, mise il tema ambiente e salute in relazione di variabile subordinata alle esigenze competitive delle imprese. L'effetto si è accumulato per oltre vent'anni. Di qui la domanda: a che punto siamo?

Occorre rilevare che alla fine degli anni novanta l'assessorato alla Sanità dell'Emilia Romagna, d'intesa con l'Ipl che ne propose la dimensione culturale e scientifica, giunse alla conclusione che senza rimettere in gioco i «determinanti socio-organizzativi» della salute e sicurezza, come si diceva con il nuovo linguaggio, si correva il rischio di una sostanziale improduttività del pur necessario approccio sanitario al problema. Né stupisce che una sensibilità analoga si trovò poi poco più tardi nell'amministrazione provinciale di Torino – evidentemente un certo patrimonio culturale si era de-

positato in questi luoghi d'Italia. Tale «svolta» venne sostenuta con convinzione dalle organizzazioni sindacali confederali e di categoria. Da qui originano i nostri cinque rapporti regionali su salute e sicurezza nei luoghi di lavoro – il sesto è in via di completamento – le due indagini sul campo e il contributo al volume dell'Ispesl sugli autobus come luoghi di lavoro.

Si è riaperta quindi una fase nuova, non riconducibile per altro, se non culturalmente, alla precedente, dato che tutto è cambiato; in primo luogo, lo spazio realistico di manovra delle organizzazioni sindacali su temi così controcorrente. Se si guarda a quali iniziative di trasformazione diffusa tale «svolta» ha prodotto, ci sono dei risultati ma ancora deludenti; ciò dipende dalla mancanza di una «messa a sistema» di tale approccio, sia su scala locale sia nazionale. Infatti proprio la dizione «determinanti socio-organizzativi», pur nella neutralità tecnico-descrittiva del termine, evoca immediatamente a tutti gli attori sociali e ai decisori politici un campo minato. Se infatti si segue la linea ascendente delle concatenazioni causali, dal fenomeno ai suoi determinanti, sia pure fuori da ogni determinismo ingenuo, intendendo cioè con l'espressione «causa» un insieme complesso di fattori, si giunge inevitabilmente a dover mettere in conto che vi sono «valori» o «variabili» che non sono subordinabili alla competizione e ne costituiscono un limite. Questa è la ragione di fondo per la quale va combattuta la spinta, nelle amministrazioni a tutti i livelli, a spostare la competenza su salute e sicurezza dagli assessorati alla sanità a quelli al lavoro.

## **2. Il concetto di «determinanti socio-organizzativi» oggi**

### ***2.1 Dai determinanti ai fattori extratecnici e sistemici***

Il termine da noi usato tradisce in parte la complessità del concetto. Infatti, sin dal nostro primo rapporto veniva evidenziato il fatto che il concetto di salute va rielaborato ed esteso. Siamo poi giunti alla conclusione che andava esteso in due direzioni.

La prima, avanzata nel primo rapporto, così viene definita dal Rebecchi<sup>1</sup>: «Più in generale, il modello di salute è strettamente correlato al livello culturale e socioeconomico delle persone, dei gruppi, delle società, e come si

<sup>1</sup> Emilio Rebecchi, componente del Comitato scientifico dell'Istituto dalla sua fondazione, psichiatra e psicanalista.

diceva sopra, alle iniziative per conquistarlo. La prevalenza di un modello di salute rispetto all'altro si riflette nella legislazione generale, e specificamente sanitaria, di una singola nazione, o di un gruppo di nazioni. E ancora influenza in modo significativo l'organizzazione concreta dei servizi sanitari e sociali, attraverso le aspettative, attraverso l'influenza sulle conoscenze stesse degli operatori sanitari [...].

In questa sede mi vorrei occupare brevemente del problema, cercando di collocarlo nell'attualità. In altra sede mi sono recentemente occupato dell'importanza dell'aspettativa medica (psichiatrica – essendo stata questa per molti anni la mia principale occupazione) nel determinare non solo il processo terapeutico, ma per alcuni aspetti la stessa fenomenologia dei disturbi e delle possibilità di guarigione (di curare). Il concetto può essere allargato. Si può cercare più in generale di determinare l'importanza dei fattori extra-tecnici sia sulla pratica dei servizi sanitari sia sulla ricerca scientifica. E ciò per l'influenza diretta sugli operatori sanitari, sugli scienziati, e anche per l'influenza sui governi, il potere economico ecc., dei concetti di salute e dei modelli di salute: ad esempio, le scelte di sviluppare i servizi sanitari e in particolare quelli preventivi (vaccinazioni, educazione sessuale, alimentazione, leggi di tutela ecc.) sono fortemente influenzate, quando non determinate, da cambiamenti significativi nei modelli di salute.

Dal punto di vista poi più strettamente sanitario, il concetto di salute proprio di individui e gruppi o il modello di salute che perseguono ha un'importanza centrale sia per lo sviluppo della medicina preventiva sia di quella curativa e riabilitativa. E altrettanto è importante per lo sviluppo delle conoscenze e dei modelli operativi degli stessi operatori sanitari e sociali, che sono a loro volta profondamente condizionati dal concetto di salute e dal modello di salute prevalenti e dal loro proprio. Gli interventi tecnici che servono a tutelare la salute sono infatti preceduti, sostenuti, accompagnati dalla consapevolezza storicamente determinata della società in cui quegli interventi avvengono. Ogni intervento medico/paramedico, ogni pratica psicoterapeutica, prodotto farmaceutico ecc. può essere letto nel contesto storico e sociale. Gli interventi sanitari che si producono, e anche quelli che non si producono ma si dovrebbero produrre, hanno una genesi sociale, culturale e socioeconomica definita. E soprattutto – è ciò che vorrei segnalare e sottolineare in questo contributo – è interessante e importante vedere l'intreccio fra i fattori che precedono l'intervento tecnico, l'intervento stesso, e l'effetto sulla salute.

È pertanto sempre più necessario studiare questo intreccio di fattori, e soprattutto focalizzare l'attenzione sui fattori extrasanitari capaci di modificare il concetto di salute e i modelli di salute. Così da considerare l'intervento su questi fattori come il primo degli interventi sanitari. Ciò comporta un diverso rapporto e richiede (richiederebbe) un'integrazione fra ambiti scientifici attualmente poco e per nulla collegati»<sup>2</sup>.

Questa prima estensione ci propone il problema di un lavoro continuo di de-costruzione del concetto di salute, nel mentre lo usiamo; ad esempio oggi è normale, per chi svolge certi lavori, considerare positivamente un modello lavorativo basato su una estrema dilatazione e saturazione dell'attività, perché essa è fonte di una soddisfazione intensa. Se si discute, con tecniche che aiutino una riflessione personale critica – come i gruppi di discussione – con tali lavoratori si vede chiaramente che esiste al fondo una percezione della pericolosità di tale modalità<sup>3</sup>, percezione che entra in contraddizione con elementi di soddisfazione derivanti da un forte investimento affettivo su tale attività; si tratta di vedere se tale investimento affettivo è oggettuale o narcisistico.

La seconda direzione di allargamento del concetto ci è venuta dal rapporto con l'ambiente torinese, nel corso del lavoro di ricerca sul campo lì condotta, e specificatamente con Cardano, che mette in guardia contro tentazioni deterministiche e semplificatrici, senza nulla voler togliere alla specificità dei fattori socio-organizzativi. Infatti egli afferma: «[...] il fatto che tra le ragioni che producono sovrarmortalità degli operai ce ne sono altre che non si esauriscono nei fattori di rischio presenti nell'azienda; almeno in prima battuta, se uno lavora in un industria plastica dove non vengono utilizzati solventi, ma vengono semplicemente utilizzati semilavorati che vengono assemblati, non c'è ragione di pensare che c'è sovrarmortalità per tumori al polmone. Se però gli operai fumano 40 sigarette al giorno allora il tumore al polmone viene. Quaranta sigarette al giorno sono qualcosa che solo debolmente si lega agli aspetti organizzativi; poi, se le persone che vengono assunte provengono da una storia lavorativa, sono immigrati, hanno lavorato in una miniera di zolfo prima di venire a

<sup>2</sup> Rebecchi E. (2001), *Modificazione dei modelli e del concetto di salute*, in Ipl, *1° Rapporto Annuale dell'Istituto per il Lavoro su salute e sicurezza*, Milano, Franco Angeli, pp. 145-146.

<sup>3</sup> Vedi il nostro lavoro della ricerca sul campo nel settore della produzione del *software* in Italia: Bognani M., Fuggetta A., Garibaldi F. (2002), *Le Fabbriche Invisibili: struttura, sapere e conflitto nella produzione del software in Italia*, Roma, Meta Edizioni, pp. 173-189.

Torino, ecco che alcune patologie hanno tempi di latenza particolarmente consistenti, per cui emergono anche in un contesto. Allora tutta questa cosa senz'altro ha rilievo, si può comunque – senza pensare di esaurirlo in termini organizzativi – pensare a importanti nessi organizzativi; quello più banale del fumo, è che in alcuni casi il tabagismo, il consumo di sigarette si può pensare come una forma impropria di *stress*. Qual è la fonte dello *stress*? L'insicurezza professionale, il fatto di avere un lavoro flessibile, il fatto di avere una paga che non consente di affrontare il mutuo. Quindi non c'è scritto nel mansionario dell'operaio che lavora nell'industria plastica che deve fumare quaranta sigarette al giorno, però il clima organizzativo, le condizioni contrattuali, creano una situazione di *stress* che suggeriscono sistemi impropri di automedicazione, che possono essere le sigarette come il più diffuso, ma anche grandi vassoi di bigiole, fino ad arrivare agli psicofarmaci»<sup>4</sup>.

Evitare quindi le banalizzazioni non per liquidare il problema, ma per coglierlo in tutte le sue dimensioni e, per questa via, estendere il concetto di salute sino a considerarlo «un patrimonio della popolazione», quindi come tale da tutelare. A chi spetta tale tutela? Se il patrimonio di salute è una sintesi di cause e condizionamenti che non possono essere, se non analiticamente, nettamente divisi, allora la responsabilità della tutela è un compito sociale diffuso, che va cioè perseguito in ogni ambiente. Dice Cardano: «In ultimo, quando si parla di politiche di promozione della sicurezza, qualcuno ha parlato della individuazione degli ambienti di lavoro come un luogo elettivo per la promozione della salute. La politica aziendale sensibile ai problemi della sicurezza potrebbe decidere di promuovere all'interno dell'azienda una campagna antifumo con incentivi, con una informazione accurata e con una serie intelligente di misure; questo rientra tra i piani di tipo organizzativo. Un'azienda può anche decidere di prendersi cura della salute dei lavoratori anche per ciò che non le compete; molto banalmente, se ci sono delle persone che devono venire a lavorare alle sei del mattino e devono partire alle quattro del mattino perché i mezzi sono scomodi e quindi si alzano alle 3.30 e arrivano alle 6 che sono storditi; questo è qualcosa che non ha a che fare con il ciclo produttivo; allora l'azienda che cosa fa: dice, mi metto d'accordo con una società

<sup>4</sup> Provincia di Torino, Ipl (2004), *La salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro in Provincia di Torino*, Torino, p. 21.

di trasporti e invece di fare alzare le persone alle quattro del mattino, si alzeranno alle 5 perché alle 5.30 c'è la corriera che li porta [...].

Tutta una serie di incidenti derivano da sovraccarico nella fase che precede il lavoro. Come mai si è fatto male? Si è fatto male perché è stordito, si è dovuto alzare alle 3.30. Questo è un altro aspetto organizzativo, in questo modo noi pensiamo alla responsabilità e alla cultura organizzativa come qualcosa che va al di fuori dell'organizzazione del tempo di lavoro, ma che da un lato contempla l'organizzazione della riproduzione, dall'altro che considera sua responsabilità o suo interesse individuare il luogo di lavoro come luogo di promozione della salute [...].

Sono convintissimo del fatto che non sia solo il lavoro a determinare le condizioni di sovramortalità, ma il lavoro, a mio giudizio, conserva centralità [...].

Sulla legge 626 non c'è scritto che l'azienda per evitare gli infortuni del turno dalle 6 alle 2 (14.00, ndr) deve fare in modo che gli operai non si alzino alle 3.30; però un'azienda può dire: io lavoro qui, la maggior parte dei lavoratori vengono da centri lontani, devono farsi – perché i mezzi sono scomodi – due ore, io faccio due righe di conto, mi conviene di più gravare sul mio bilancio il pullman che tutte le mattine li va a prendere, piuttosto che spendere soldi in infermeria, avere un micro assenteismo ricorrente, *turn-over*, perché se una persona deve alzarsi alle 3.15 del mattino per andare a lavorare prima o poi si trova un posto più vicino. Questo non ha niente a che fare con il rispetto della legge 626, vuol dire avere un orientamento non miope e responsabilizzante, che si assume responsabilità che vanno al di là delle disposizioni di legge»<sup>5</sup>.

## ***2.2. Il concetto nel suo significato ristretto***

Si è quindi lavorato a estendere il concetto e di qui sono partito, in questo saggio, per togliere di mezzo ogni possibile fraintendimento del suo significato più ristretto, che resta per noi di estrema rilevanza e va comunque precisato. Cosa intendiamo dunque per determinanti socio-organizzativi?

Si tratta di andare oltre le tradizionali ricerche epidemiologiche o l'approccio tecnico-sanitario, per quanto esteso esso sia, i cui risultati rimangono una indispensabile premessa. L'approccio tradizionale si basa sulla legislazione relativa alla salute e alla sicurezza nei luoghi di lavoro. Il nostro non è molto diffuso in Italia nelle sedi istituzionali, mentre dovrebbe essere il

<sup>5</sup> Provincia di Torino, Ipl (2004), *op.cit.*, pp. 22-23.

complemento necessario della legislazione. Infatti dobbiamo distinguere, anche ai fini delle necessarie azioni pubbliche di correzione e contrasto, i comportamenti illeciti o illegali delle imprese o di parti di esse, dalle conseguenze, su chi lavora, dei modelli lavorativi esistenti e dei processi di riorganizzazione del lavoro e delle attività economiche.

In Italia è ormai cosa consegnata alle cronache giornalistiche l'esistenza di un'estesa area di inosservanza delle regole in materia di sicurezza e salubrità del lavoro, accanto a un'area grigia di osservanza formale e burocratica che si traduce in concreto in una sostanziale inosservanza. In genere l'ampiezza della prima area viene associata alla caratteristica struttura italiana di piccole e medie, quando non di piccolissime imprese, in quasi tutti i settori di attività economica; la seconda area viene in genere associata ai comportamenti di alcune medie e grandi imprese; in realtà le due aree coesistono in entrambi i settori anche se con proporzioni diverse. Non va sottovalutata l'importanza di documentare, quantificare e denunciare questi fenomeni, al fine di sconfiggerli; si tratta di attivare le necessarie azioni di contrasto e di educazione alla tutela della salute e della sicurezza come un bene pubblico, oltre che un interesse personale.

Diverso è il caso dell'analisi dei determinanti socio-organizzativi. Si tratta infatti di verificare se e come, ad esempio, il luogo fisico e le attrezzature, l'organizzazione del lavoro, la natura della relazione di lavoro nel contesto delle dinamiche del sistema di relazioni industriali e della legislazione sul lavoro producano singolarmente, o assieme ad altri fattori, un effetto sulla salute o la sicurezza di chi lavora. Gli esempi sono quasi ovvii, ma forse vale la pena sottolinearne alcuni.

In primo luogo, l'inesperienza lavorativa. È cosa ovvia e naturale che chi inizia un'attività lavorativa spesso ignori o sottovaluti, se non adeguatamente educato, i rischi del suo lavoro. In ogni caso, anche se sottoposto preventivamente a un corso di formazione specifico e ben progettato, decisiva è l'esperienza, cioè quella forma di sapere tacito e pratico che nasce dalla consuetudine e che costituisce un insostituibile processo cumulativo di conoscenza personale. Risulta quindi di facile interpretazione il dato statistico che mostra come, ad esempio, giovani lavoratori che cambiano spesso il loro posto di lavoro corrano il rischio di infortunarsi. In questo caso l'osservanza della legge, delle norme, pur importante, non è risolutiva, perché vi sono dei limiti derivanti dalla natura del rapporto di lavoro. Se si vuole quindi ridurre questo fenomeno bisogna agire sul versante for-

mativo, ma anche intervenendo sul tipo di rapporto: il come, ovviamente, è un problema del tutto aperto.

In secondo luogo, possiamo fare l'esempio relativo ai carichi mentali. In molti lavori oggi, sia di officina sia di altro genere, chi lavora deve maneggiare simboli che gli vengono sottoposti da interfacce informatiche che operano ad alta velocità. Tutta la letteratura esistente<sup>6</sup> riconosce il fatto che chi lavora in queste condizioni viene sottoposto a un carico mentale di cui possiamo solo dire che non esiste una precedente esperienza per i singoli e per la società. Verificare quindi cosa accade a tali operatori, indagando come dobbiamo affrontare questa nuova realtà lavorativa, è al momento largamente un campo di indagine e sperimentazione, e bisognerebbe rapidamente giungere alla fase degli *standard*. Non è altresì difficile immaginare che se si combina una situazione siffatta con ritmi molto elevati, orari prolungati, grande incertezza e competitività interpersonale sul lavoro si ha una miscela esplosiva che va affrontata per quello che è, cioè non un problema socio-sanitario.

In terzo luogo, si osservi il pregiudizio tecnocratico in base al quale chi lavora viene considerato oggetto di *standard* ambientali e delle macchine e attrezzature, nonché di procedure affidate a una elaborazione tecnica che richiede solo disciplina e diligenza nel rispettarla. Quando le cose non funzionano, quindi, ciò viene imputato a inadempienze nei comportamenti dei singoli. Si ignora totalmente o si sottovaluta il ruolo fondamentale di una gestione attiva, quindi partecipata, della sicurezza e del ruolo attivo di chi lavora per la prevenzione dei fattori patogenetici.

In quarto luogo, vi è una conoscenza del tutto inadeguata sia da parte dei sindacati sia del «pubblico» dei processi di cambiamento del lavoro e delle strutture lavorative e, da parte di tutti gli *stakeholder*, delle interazioni sistemiche tra i cambiamenti che si producono, per via legislativa o di interventi trasformativi unilaterali o concordati tra le parti sociali, in un settore o nell'altro. Aumentano a dismisura, in tutto il mondo, gli effetti imprevisti dei processi di cambiamento di cui si pensava di controllare e predeterminare i risultati, i cosiddetti «effetti collaterali o imprevisti» – *side effects* – di cui parla la letteratura internazionale.

<sup>6</sup> In proposito, vedi quanto indicato dall'Unione Europea nel piano di azione *Europe's Way to the Information Society*, COM(94)347 *final*; in particolare, il rapporto che ha preceduto il piano di azione (Relazione politica finale del gruppo di esperti di alto livello) *Costruire la società europea dell'informazione per tutti noi*, aprile 1997, reperibile in italiano in [http://europa.eu.int/ISPO/topics/i\\_social.html](http://europa.eu.int/ISPO/topics/i_social.html)

In quinto luogo, sarebbe del tutto mistificatorio – come ha sottolineato Guariniello nella ricerca torinese, – non tenere conto dell’asimmetria di potere, nell’impresa, tra chi lavora e chi esercita il comando, sia un imprenditore privato o un’organizzazione pubblica; è quindi molto rilevante la cultura diffusa tra chi esercita il potere imprenditoriale, imprenditori oppure *manager* o dirigenti intermedi. La presente cultura neoliberista, prevalente tra chi esercita il potere imprenditoriale, ha caratteristiche specificamente «allergiche» a tutti quegli elementi di attenzione che sono necessari per affrontare in modo efficace la prevenzione dei rischi e dei fattori patogenetici, al di là della sincera volontà di affrontarli.

Ecco quindi esempi di fattori che singolarmente o congiuntamente ad altro costituiscono delle costellazioni di possibili imputazioni causali, cioè dei determinanti. È chiaro che a una impostazione siffatta corrispondono politiche che non possono, in larghissima misura, essere comprese in un ambito puramente legislativo e/o ispettivo-repressivo. Si tratta di politiche di intervento modificativo delle realtà operative, delle culture e dei comportamenti; politiche quindi che richiedono una larga partecipazione soggettiva.

### 3. La metodologia di ricerca

Nell’organizzare le ricerche sul campo più importanti – quella del 2003 a Torino e quella del 2005 in Emilia Romagna – abbiamo dovuto creare una metodologia coerente con l’impostazione scelta. Come abbiamo sostenuto nell’impostare la ricerca di Torino, «la natura dei fenomeni indagati ha infatti due facce interconnesse: l’esperienza – nel senso di esperire – di chi lavora nel valutare dove e in che misura ‘patisce’ una situazione di malessere e, dall’altro lato, il complesso di fenomeni che riteniamo causa del ‘patimento’. L’esperire soggettivo quindi ci può indicare dove e quanto qualcosa accade; il sapere pratico di chi lavora ci può suggerire una concatenazione causale, che possiamo controllare e arricchire con le ‘conoscenze positive’ del sapere scientifico, e ci può infine suggerire delle soluzioni, a loro volta controllabili e arricchibili dal ‘sapere positivo’.

L’impostazione da noi scelta quindi ci consente di identificare sia una classe di fenomeni sia di indicarne la sorgente; cioè i determinanti, come li abbiamo chiamati. Tale impostazione, non solo non è in contraddizio-

ne con ricerche tipiche delle scienze naturali o con ricerche di tipo organizzativo, basate su criteri logico-deduttivi e su modellistiche, ma ne costituisce, in qualche misura, una premessa utile e, a nostro parere, indispensabile e di integrazione dello stesso sapere positivo, cioè un contributo conoscitivo e non solo sintomatologico. Fuori da ogni circonlocuzione rassicurante, siamo quindi alla ricerca degli elementi patogenetici che nascono dal cuore stesso dei processi di riorganizzazione del lavoro e delle attività economiche degli ultimi decenni»<sup>7</sup>.

Per realizzare tale obiettivo abbiamo, nel caso di Torino, realizzato tre diversi livelli di ricerca. Il primo, teso a definire il quadro generale attraverso interviste ai sindacalisti, ai tecnici, ai rappresentanti del sistema delle imprese e agli amministratori pubblici e gruppi di discussione, tra gli stessi tipi di persone, focalizzati sulla situazione della salute di chi lavora, i determinanti e le politiche. Il secondo, con studi di caso aziendali realizzati con interviste ai rappresentanti sindacali e ai *manager*, gruppi di discussione aziendali tra i lavoratori e, ove possibile, una visita dei luoghi di lavoro.

Il terzo, attraverso una distribuzione di massa di un questionario auto-compilabile. Attraverso il questionario abbiamo anche affrontato il problema della comparabilità tra quella situazione locale e altre situazioni locali già indagate o da indagare. Abbiamo scelto di usare a tal fine, con qualche necessario adattamento, il questionario costruito dalla Fondazione Europea di Dublino, Fondazione – giova ricordarlo – finanziata dall'Unione Europea e gestita in modo tripartito, con la presenza cioè del sindacato europeo e delle associazioni di impresa. Avendo fatto questa scelta abbiamo potuto contare su un questionario già testato e ottimizzato. Il questionario prevede, a parte una parte generale informativa, cinque sezioni: ambiente fisico; tempi di lavoro; organizzazione del lavoro; ambiente sociale; percezione dei danni alla salute, che comprende una pagella della salute.

Questa organizzazione è quella che consente di ottenere i risultati più significativi; purtroppo in Emilia Romagna abbiamo dovuto, per mancanza di fondi, lavorare solo sul questionario, il che non consente lo stesso grado di approfondimento.

<sup>7</sup> Provincia di Torino, Ipl (2004), *op.cit.*, pp. 4-5.

## 4. I risultati di ricerca

Naturalmente mi limiterò a una sintesi estrema dei materiali che sono comunque disponibili.

### 4.1 Torino

#### 4.1.1 Il disegno della ricerca

Il rapporto è costruito attorno ai tre strumenti utilizzati, quindi vi è un risultato relativo alle questioni generali – di cui ho già parlato – e due sezioni relative alle risposte ai questionari e agli studi di caso. In primo luogo, sono state realizzate una serie di interviste (12) a testimoni che, per incarichi e funzioni di natura istituzionale e di rappresentanza di interessi, costituiscono un punto di riferimento sulle politiche di salute e sicurezza, a livello generale e in specifico per quanto attiene la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Agli intervistati è stata richiesta una valutazione sullo stato dell'arte nel sistema produttivo torinese, e un giudizio sugli strumenti di intervento esistenti e di quelli in discussione a livello di governo e presso enti e amministrazioni locali.

Successivamente sono stati realizzati tre gruppi di discussione<sup>8</sup> cui hanno partecipato complessivamente 28 persone, in rappresentanza delle organizzazioni sindacali provinciali, delle Rsu e Rls dei settori oggetto di indagine (vedi oltre), nonché delle associazioni di rappresentanza dell'industria, del commercio, dell'artigianato, della cooperazione, infine del servizio di Epidemiologia dell'Asl 5 di Grugliasco.

Per quanto concerne l'indagine diretta presso i lavoratori, sono stati utilizzati due strumenti: la somministrazione di un questionario individuale, distribuito in sei diverse settori produttivi e di servizio e, quale ulteriore approfondimento, la realizzazione di quattro studi di caso, in altrettante realtà pubbliche e private: un grande ospedale torinese, l'azienda di trasporto pubblico torinese, un'impresa di logistica, un centro commerciale. In ogni realtà oggetto di studio di caso sono state realizzate interviste ad alcuni lavoratori

<sup>8</sup> Il gruppo di discussione è costituito da un insieme di persone, riunite per discutere di uno specifico argomento, in presenza di un coordinatore e di un osservatore; ai partecipanti è sottoposta una domanda specifica, relativa al tema di indagine. Lo spazio di un gruppo consente di studiare realtà complesse e in cambiamento, offrendo la possibilità di analizzare in quale direzione istituzioni e singoli sono spinti dai mutamenti. Contestualmente, l'osservazione di un gruppo consente di studiare le interrelazioni tra i partecipanti e di fare ipotesi rispetto al loro significato.

con caratteristiche socio-anagrafiche, professionalità e ruoli diversi all'interno dell'organizzazione, nonché ai rappresentanti dell'impresa (responsabile del servizio prevenzione e direttore generale e/o responsabile delle risorse umane); complessivamente sono state realizzate 52 interviste. Ogni studio di caso è stato focalizzato sulla ricostruzione del ciclo di lavoro all'interno dell'impresa, sull'individuazione degli elementi di criticità e delle correlazioni tra tempi, ritmi, organizzazione del lavoro e condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori.

Il principale strumento di indagine diretta è rappresentato da un questionario individuale, indirizzato ai lavoratori. Il questionario utilizzato è – con qualche leggera modifica operata per adattarlo al contesto italiano – quello già adottato dalla Fondazione Europea di Dublino, nella *survey* del 2000<sup>9</sup>. La scelta di utilizzare il questionario di Dublino ha consentito la comparazione dei risultati della rilevazione realizzata in provincia di Torino con un'esperienza internazionale, realizzata da una struttura dell'Unione Europea, seppure con le dovute cautele interpretative rese necessarie dalla considerazione che il campione di indagine qui analizzato non è sovrapponibile a quello sul quale è stata realizzata l'indagine di Dublino.

Per la distribuzione e la raccolta dei questionari all'interno delle realtà analizzate si è utilizzata la rappresentanza eletta dei lavoratori, quale interfaccia con i lavoratori e strumento di diffusione dei questionari. Questo metodo, se da un lato non garantisce la rappresentatività statistica dell'insieme selezionato di lavoratori, dall'altro ha consentito una penetrazione capillare all'interno dei luoghi di lavoro, che ha permesso di raccogliere complessivamente 3.974 questionari.

#### *4.1.2 I risultati*

Sull'ambiente fisico la novità è la messa in discussione dello stereotipo della modernizzazione per il quale, tolta l'agricoltura e l'edilizia, l'ambiente fi-

<sup>9</sup> Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions del vie ed de travail, *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail – 2000*. A partire dal 1990, ogni cinque anni la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions ha svolto nei vari paesi della Comunità Europea un'indagine sulle condizioni di lavoro e sulle condizioni di salute in un campione di lavoratori, sia dipendenti sia autonomi. In quanto struttura tripartita, la Fondazione Europea di Dublino ha coinvolto nell'impostazione dell'indagine i rappresentanti dei sindacati, delle organizzazioni dei datori di lavoro e dei governi dei 15 Stati membri, nonché la Commissione Europea. Nel corso dell'ultima indagine del 2000, di cui si conoscono i risultati, la Fondazione ha coinvolto 21.500 lavoratori nei 15 paesi membri.

sico negli altri settori è salubre e gode di tutti gli *standard* che la tecnologia può offrire. In realtà tali ambienti sono di norma relativamente «stretti» perché affollati di lavoratori e macchine, attrezzature e/o merci; sono spesso inquinati per polveri, fumi e rumori, spesso non forniti delle attrezzature necessarie a ridurre la fatica fisica. Tale situazione non riguarda solo gli ambienti industriali ma anche gli ospedali e i trasporti pubblici (autisti).

Sui tempi di lavoro e l'organizzazione del lavoro i dati più rilevanti sono quelli relativi alla ripetitività e ai ritmi di lavoro. Rispetto alla ripetitività si hanno situazioni fortemente differenziate tra chi lavora a ritmo vincolato, o ha rapporti con il pubblico o con i clienti, e gli altri; si evidenzia insomma una divisione chiara tra lavoro manuale e lavoro non manuale. I primi hanno una situazione molto pesante per frequenza rispetto all'attività, dal 70 al 90 per cento, e durata rispetto al tempo di lavoro, ben oltre la metà. In questi casi vi è una evidente relazione con certe patologie muscolo-scheletriche che stanno crescendo in modo impressionante in gran parte dell'Europa. Se si considerano i ritmi di lavoro, la distinzione precedente tra lavoro manuale e non si attenua o scompare; infatti le posizioni peggiori riguardano le professioni sanitarie, gli autisti e addetti macchina, i lavoratori manuali dell'edilizia. Nel caso dei ritmi è interessante la ricostruzione dei determinanti; essi, come ovvio, si possono dividere tra interni ed esterni. Gli interni sono le relazioni gerarchiche e tra colleghi, la velocità delle macchine e gli obiettivi di produzione e/o di progetto; gli esterni sono domande dirette di clienti e/o utenti oppure eventi non controllabili. Se consideriamo gli stessi gruppi professionali appena citati si ha che, ad esempio, gli autisti e gli addetti macchina dipendono da eventi esterni non controllabili, mentre gli addetti ai servizi, alle vendite, i medici, gli infermieri e gli assistenti sanitari hanno un ritmo di lavoro legato ai clienti/utenti; in ogni caso gli eventi esterni hanno un peso rilevante per tutti coloro che sono a stretto contatto con il pubblico o i clienti. I fattori interni sembrano influire diversamente secondo le classiche linee di divisione tra lavoro manuale e non, per cui nei primi prevale, almeno in forma diretta, l'aspetto delle macchine, e nei secondi degli obiettivi legati a progetti, mentre scarso peso avrebbero gli aspetti gerarchici; infine, gli obiettivi di produzione hanno un ruolo importante trasversalmente, con scarse eccezioni e con una punta massima tra gli operai.

Sull'ambiente sociale, «in merito alla possibilità che i lavoratori indagati hanno di discutere della propria condizione di lavoro in generale, emerge un

quadro coerente con quanto riscontrato dalla Fondazione Europea di Dublino. Così che se qui tale possibilità è dichiarata nel 75,4 per cento dei casi, a livello comunitario lo è nel 73. Inoltre tale facoltà non è specifica di gruppi professionali particolari né alcuno di essi si discosta dalla tendenza generale, anche se la possibilità di discutere della propria condizione di lavoro è più presente tra i dirigenti e quadri (83,3 per cento) e meno tra i medici, gli infermieri e gli altri assistenti sanitari (67,5). Diverso è il caso quando la possibilità di discutere passa da un piano generale a quello relativo all'organizzazione del lavoro. Se infatti Dublino indica nel 71 per cento il numero di coloro che usufruiscono di una simile possibilità, dunque individua un'equivalenza tra la possibilità di discutere su questioni generali e su un aspetto specifico, nel nostro insieme si scende al 61,5. Inoltre, significative sono le differenze tra gruppi professionali. Se infatti dirigenti e quadri dichiarano di poter discutere dell'organizzazione del lavoro a fronte di un suo mutamento nel 77,4 per cento dei casi, poco più del 50 per cento degli addetti al magazzino e logistica, dei lavoratori manuali dell'edilizia e degli operai usufruisce della stessa possibilità. Più nello specifico, ad avere minori possibilità di discussione relativamente ai mutamenti organizzativi sono i centralinisti e gli addetti al *call center*, gli addetti al magazzino e gli operai diretti alla produzione»<sup>10</sup>. Mentre si ha un ambiente di lavoro più violento rispetto alla media europea dovuta alla presenza più marcata di atti intimidatori.

Infine, la sezione sulla salute è organizzata in tre parti: la percezione dei danni alla salute, cioè il passato; la pagella della salute, il presente; la possibilità di poter continuare a svolgere lo stesso lavoro sino a 60 anni, cioè il futuro. Il risultato, in sintesi, è: «Siamo di fronte a un gruppo di persone che inizia a lavorare con un patrimonio di salute migliore di quanto trovato in altre ricerche europee, ma che progressivamente lo compromette e diventa scettico sulla possibilità, non sulla volontà o il desiderio, di continuare così sino a 60 anni. In modo più articolato abbiamo traiettorie di compromissione della salute diverse tra i diversi gruppi professionali, da gruppi in situazioni molto negative come gli autisti di linee urbane, gli addetti alla sosta, gli operai in produzione diretta ecc. ed altri relativamente più avvantaggiati come i medici o i dirigenti. Abbiamo inoltre traiettorie diverse tra donne e uomini a sfavore delle donne sia nel punto di partenza sia di arrivo»<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Provincia di Torino, Ipl (2004), *op.cit.*, pp. 76-79.

<sup>11</sup> *Ivi*, p. 176.

Si è poi proceduto a una ricognizione dei fattori patogenetici risultanti da una analisi fattoriale delle risposte ai questionari da cui risulta una lista di cinque fattori che, in ordine di importanza, sono:

- *stress* e dolori muscolo-scheletrici;
- disturbi cognitivi;
- problemi allergici;
- problemi respiratori;
- disturbi sensoriali (vista e udito).

Per ciascuno di questi fattori si è proceduto alla ricerca di determinanti socio-organizzativi o di situazioni relative all'ambiente fisico. Ecco il risultato: «Il fattore *stress*, che comprende principalmente sei diversi sintomi dichiarati dagli intervistati, è largamente intersettoriale, è difficile cioè cogliere uno specifico peso professionale; la differenza sta nella contemporanea presenza di tutti i sintomi o della maggior parte di essi. I più malmessi sono gli addetti alla sosta e al controllo, gli autisti di linee urbane, l'assistenza clienti, magazzino e prelevatori, tecnici e analisti di laboratorio, operai diretti alla produzione. Cambia anche il peso del singolo sintomo. Sempre attraverso la manipolazione statistica del *data base* si è proceduto a valutare il peso di un insieme di indicatori presenti nei questionari. Si è così costruita una tabella riassuntiva che connette l'esistenza dello *stress* a indicatori specifici per ogni gruppo professionale. Vi sono delle ricorrenze: si tratta di ritmi di lavoro elevati e di scadenze molto rigide e molto strette, esse sono presenti, singolarmente o associate, in 6 gruppi professionali su 11; seguite poi dalle intimidazioni, 4 su 11; dalla non conciliazione di orario di lavoro e impegni esterni, 3 gruppi, che accomuna operai, non solo quelli diretti, e autisti; dal rischio di far male ad altri, 2 gruppi, che accomuna gli operai diretti di produzione e gli autisti di linee urbane; dalla impossibilità a discutere le condizioni di lavoro in generale, 2 gruppi; dalle discriminazioni legate al genere, 2 gruppi. Come si vede si tratta di determinanti legati all'organizzazione del lavoro e della produzione o servizio, nonché di elementi legati ai diritti di informazione e contrattazione. Intervenire su questi determinanti significa ridurre, se non eliminare, un insieme di effetti.

Analogamente si è proceduto per i sintomi riconducibili ai dolori muscolo-scheletrici. In questo caso si registra una situazione con un'accentuata differenza tra i lavori di tipo manuale e gli altri, e tra questi spicca la situazione negativa degli addetti alla sosta, addetti al magazzino e prelevatori, operai diretti di produzione (in modo particolare finitori, verniciatori e

schiumatori, addetti al montaggio, addetti alle presse e ai forni), addetti vendita generici e casse per le attività relative al settore commercio, e gli autisti di linee urbane. Seguono poi un'insieme di professioni con almeno 1/3 degli addetti che denuncia tali sintomi. I determinanti, come ipotizzato nel capitolo sull'organizzazione del lavoro e quello sugli studi di caso, sono facilmente riconducibili ai ritmi e ai movimenti ripetitivi.

Per gli altri tre gruppi di fattori patogeni si può dire che i disturbi cognitivi sono prevalentemente intersettoriali, per quelli allergici e respiratori si hanno specifici gruppi professionali (ausiliari alla sosta, lavoratori del gruppo professionale gestione magazzino e logistica, operai), per i disturbi ai sensi primari si hanno *target* professionali diversi per vista (personale alla vendita e ai servizi e con lavori tecnico-impiegatizi) e udito (operai e lavoratori manuali dell'edilizia). Per quanto riguarda la vista è facile risalire all'uso continuo della vista, talvolta complicato da illuminazione inadeguata, e dall'uso prolungato di mezzi (computer ecc.) che richiedono concentrazione della vista o a situazioni (i carrellisti) a scarsa illuminazione ambientale in ambienti polverosi; per l'udito, ai rumori connessi all'uso di macchine che vibrano o producono rumori. Per le allergie vi sono alcune evidenti correlazioni con le condizioni ambientali. I disturbi cognitivi hanno una distribuzione del tutto analoga, oltre che una forte correlazione, con lo *stress*; tutte le considerazioni svolte sullo *stress* sono applicabili ai disturbi cognitivi»<sup>12</sup>.

Gli studi di caso richiederebbero uno spazio eccessivo; occorre rilevare che quello sui trasporti, cioè la Gruppo Trasporti Torinese, ha portato a una interessante conclusione operativa con un impegno aziendale a intervenire per rimuovere alcuni dei determinanti indicati.

## **4.2 Regione Emilia Romagna**

### *4.2.1. Il disegno della ricerca*

I risultati, in special modo per l'identificazione dei determinanti, sono più modesti di quelli di Torino per l'impossibilità a svolgere degli studi di caso e dei gruppi di discussione e delle interviste. Lo schema del rapporto segue l'articolazione del questionario – lo stesso usato a Torino – quindi: ambiente fisico, tempi di lavoro, organizzazione del lavoro, ambiente sociale, percezione dei danni alla salute.

<sup>12</sup> Provincia di Torino, Ipl (2004), *op.cit.*, p. 177.

Al fine di raggiungere un'ampia significatività statistica dei questionari rientrati, l'Istituto per il lavoro, previa consultazione con la Cgil, Cisl, Uil regionale, ha ritenuto opportuno distribuire oltre 50 mila questionari (nello specifico 54.200<sup>13</sup>) tra le aziende emiliano romagnole appartenenti a pre-stabiliti settori merceologici, il cui peso occupazionale e infortunistico ha raggiunto valori importanti: metalmeccanico, alimentare, ceramico, edile, tessile abbigliamento, gomma-plastica e poste. Una distribuzione così «a tappeto» è giustificata dalla volontà di raggiungere un livello statisticamente significativo. Sulla base di esperienze pregresse, infatti, si ritiene soddisfacente quando il ritorno di questionari superi almeno il 10 per cento del numero complessivo di questionari distribuiti.

Per consentire una distribuzione ragionata e rispondente al reale peso occupazionale si sono costruiti degli indici ponderati, utilizzando come fonte di riferimento il censimento Istat del 2001. Per ogni singola provincia, a eccezione di Ravenna per cui è già disponibile una ricerca analoga<sup>14</sup>, è stato così calcolato un indicatore che tenesse conto del numero di dipendenti per settore, genere e classe dimensionale. Avendo un'articolata intelaiatura statistica di partenza, risulta più agevole, una volta completata la fase di raccolta, la comparazione tra numero di questionari attesi e numero di questionari effettivamente raccolti. In tal modo è possibile offrire una lettura ponderata dei dati: per quelle realtà provinciali o settoriali che non hanno raggiunto il reale peso occupazionale registrato dall'indagine censuaria, l'interpretazione dei dati deve essere accompagnata da necessarie cautele dettate da una non piena rappresentazione della realtà occupazionale.

Per garantire un continuo monitoraggio dei risultati dell'indagine, è stato deciso, in un rapporto congiunto tra Ipl e organizzazioni sindacali, di nominare un referente/coordinatore all'interno di ogni singola struttura sindacale locale<sup>15</sup>. Grazie al loro contributo sono stati organizzati incontri, uno per ogni struttura sindacale territoriale, in cui i ricercatori del-

<sup>13</sup> I questionari realmente distribuiti sono stati 57.300 per dare un margine di azione alle strutture sindacali territoriali in caso di eventi imprevisti.

<sup>14</sup> Agendo in una logica integrativa rispetto alla precedente indagine, per la provincia di Ravenna sono stati distribuiti questionari solo per il settore tessile abbigliamento e per le poste.

<sup>15</sup> L'area territoriale sindacale non sempre coincide con i confini amministrativi provinciali. In Emilia-Romagna le strutture sindacali territoriali sono Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Forlì, Cesena, Ferrara, Ravenna, Rimini.

l'Ipl hanno potuto illustrare le modalità di distribuzione dei questionari e chiarire i contenuti delle domande attraverso un rapporto diretto con chi poi materialmente avrebbe distribuito i questionari nelle aziende o si sarebbe interfacciato con i lavoratori.

La distribuzione dei questionari è stata possibile grazie al generoso sforzo e alla presenza capillare delle strutture sindacali locali che, non con poche difficoltà, sono riuscite a raggiungere un ragguardevole numero di imprese. Discorso a parte è da farsi per il settore delle poste per il quale la Cisl regionale si è assunta la piena responsabilità della distribuzione tra tutte le province.

Il questionario ha ricevuto 13.110 risposte. La distribuzione non ha seguito i criteri pesati inizialmente definiti, con un risultato che sovrastima i meccanici, i ceramisti e il tessile abbigliamento, mentre sottostima tutti gli altri. Il rapporto di genere, data la reale distribuzione, è abbastanza equilibrato (66,1 per cento uomini e 33,9 donne). Sono state coinvolte 689 aziende, di cui 302 fino a 50 dipendenti, 110 oltre i 500 e le altre in mezzo. Oltre 400 aziende sono metalmeccaniche, 104 del tessile abbigliamento e 32 della ceramica; il resto si distribuisce tra le altre categorie. A parte è stata realizzata una distribuzione per le poste con 514 questionari.

I dati che emergono segnalano una situazione diffusa di disagio.

#### *4.2.2. Ambiente fisico*

Se si guarda all'ambiente fisico con qualche attenzione si vede che in generale le risposte, prevalentemente dai reparti di produzione dei diversi settori, indicano il persistere della gravosità del lavoro manuale operaio rispetto alle altre mansioni anche per quanto riguarda le esposizioni a rumore e ad altri fattori inquinanti l'ambiente di lavoro. Permangono problemi nella movimentazione carichi e si manifestano in forma acuta e diffusa disagi e patologie da movimenti ripetitivi, in particolare nei lavori a catena di montaggio. Insomma l'ambiente fisico non ha subito l'evoluzione che le tecnologie odierne consentirebbero e, contrariamente a una opinione diffusa, rimane un punto dolente nella condizione lavorativa. Se si guarda ai singoli elementi dell'ambiente fisico infatti si ha che:

– La percezione del rischio per quanto attiene le vibrazioni da utensili manuali prevale nel settore ceramica, metalmeccanico e nel settore agroalimentare.

– Per quanto concerne il rumore, nonostante i progressi tecnologici nella progettazione di macchine e sistemi per la produzione meno rumorosi del

passato, l'indagine mette in luce in alcuni settori – ceramica (76,1 per cento dei questionari, da 3/4 a tutto il tempo di lavoro), costruzioni, metalmeccanico – la percezione di livelli di rumorosità molto elevati.

– Tempi di esposizione a temperature molto alte o basse per ceramica (il 42 per cento dei questionari, da sempre a 3/4 del tempo di lavoro), gomma plastica e agroalimentare.

– Manipolazione o contatto con sostanze o materiali dannosi per ceramica e gomma plastica.

– Posizioni di lavoro disagiate e/o che provocano dolore per ceramica (34,2 per cento dei questionari), metalmeccanico, agroalimentare ed edilizia; in questo caso i determinanti sono riconducibili a modalità di organizzazione del lavoro che obbligano a lavoro in piedi o con posture non corrette dal punto di vista ergonomico;

– In base alle normative il problema della movimentazione di oggetti pesanti dovrebbe essere limitata. Permane tuttavia una movimentazione di oggetti pesanti (20,6 per cento, da sempre a 3/4 dell'orario di lavoro) nel settore metalmeccanico; nei reparti logistica, sempre metalmeccanici, sono il 18,3 per cento dei lavoratori a denunciare situazioni di disagio nella movimentazione oggetti pesanti. Nel settore ceramica il 37 per cento dei lavoratori e delle lavoratrici dei reparti produttivi dichiara un disagio da movimentazione e spostamento oggetti pesanti. Il 50,9 per cento dei lavoratori dei reparti logistica e trasporti del settore ceramica dichiara una movimentazione oggetti pesanti sempre fino a 3/4 del tempo di lavoro. Nelle produzioni ceramiche il confezionamento dovrebbe prevedere confezioni non superiori ai 20-25 chilogrammi, mentre sono critiche le produzioni nel settore igienico sanitario ove i singoli prodotti superano spesso i 40-50 chilogrammi. Problemi analoghi si registrano nel settore delle costruzioni, ove il 34,5 per cento da sempre a 3/4 del tempo di lavoro movimentava oggetti pesanti. Nel settore poste il 30,9 è la percentuale di operatori esposti a movimentazione. La movimentazione di prodotti che superano i 20-25 chilogrammi dovrebbe essere organizzata con l'utilizzo di manipolatori e traslatori meccanici.

– Il 59,8 per cento dei lavoratori e delle lavoratrici dei reparti di produzione del settore metalmeccanico – percentuale che sale al 66,6 nel settore della ceramica – svolge compiti ripetitivi per un tempo di lavoro che va da sempre a 3/4 del tempo di lavoro. Il dato così rilevante è confermato anche da recenti ricerche svolte nei reparti montaggio di una azienda che produce

elettrodomestici bianchi, che hanno messo in evidenza l'insorgenza di patologie osteoarticolari quali tunnel carpale, epicondiliti, dopo appena 15-20 mesi di lavoro. La componente movimenti ripetitivi rimane una costante nel lavoro manuale anche nel settore della gomma plastica (61,9 per cento) e nei reparti produttivi del settore tessile abbigliamento (65,9 per cento). Anche nei reparti della logistica dei diversi settori si registrano situazioni di movimenti ripetitivi, in fattispecie nelle poste ove la movimentazione è di fatto la produzione di questo servizio.

Su tutta una serie di altre voci, come quelle relative a interventi tesi a informare, formare i lavoratori e le lavoratrici sulla sicurezza, dotazioni ecc. il giudizio è molto critico, mentre sulla dotazione dei posti di lavoro e su interventi per garantire il rispetto delle norme il giudizio è prevalentemente positivo; nel caso poi di valutazione dell'esistenza di interventi che vadano oltre le norme per migliorarle, i rispondenti al questionario si dividono a metà, riflettendo probabilmente situazioni difformi anche nella stessa impresa.

#### *4.2.3 I tempi di lavoro*

Sui tempi di lavoro si può dire, in sintesi, che la stragrande maggioranza lavora tra le 40 e le 44 ore settimanali (gli operai sono tendenzialmente più vicini alle 40 ore, viceversa gli impiegati); vi sono gruppi significativi con regimi di 36 e 48 ore, le prime riconducibili alla struttura produttiva. La stragrande maggioranza impiega meno di mezz'ora per raggiungere il luogo di lavoro. Si lavora di notte come prevalenza solo nella ceramica e si ha un presenza significativa del lavoro notturno nell'agroalimentare, negli altri è ultra minoritario. Il lavoro domenicale e di sabato riguarda significativamente solo i ceramisti, ma nel caso del sabato si hanno significative presenze in tutti i settori. Un altissima maggioranza non lavora mai più di 10 ore al giorno; questa situazione è particolarmente vera per gli operai, mentre per le altre categorie professionali si hanno sfondamenti significativi di tale limite.

Il lavoro a tempo parziale è un fenomeno assolutamente minoritario in tutti i settori, vi sono delle punte un po' più significative per gli operai di alcuni settori: metalmeccanico, gomma-plastica e tessile abbigliamento. Tutti vorrebbero lavorare meno ore. la stragrande maggioranza lavora sempre lo stesso numero di ore al giorno e lo stesso numero di giorni a settimana. L'orario fisso riguarda la maggioranza degli intervistati ma in alcuni settori, in realtà, è la stragrande maggioranza che non cambia orario. Il non

giornaliero riguarda la maggioranza degli intervistati nell'agroalimentare e nella ceramica, una minoranza negli altri settori; in genere il gruppo degli impiegati, tecnici e coordinatori ha un regime di orario giornaliero in misura superiore agli operai. L'orario di lavoro, per la maggioranza degli intervistati non cambia nel corso del mese, con l'eccezione dell'agroalimentare. Il massimo di variabilità riguarda comunque gli operai. Tali cambiamenti vengono di norma comunicati il giorno stesso o il giorno prima.

#### 4.2.4. *Organizzazione del lavoro*

Meritano riflessione le cifre riguardanti i ritmi e i movimenti ripetitivi. Oltre il 65 per cento infatti risponde affermativamente circa la presenza di movimenti ripetitivi, e circa il 40 afferma che gli atti lavorativi hanno una durata inferiore al minuto e una percentuale di questi di atti inferiori ai 5 secondi. È evidente l'importanza di questi dati, riferiti alla fatica e ai disturbi somatici e nervosi (malattie muscolo-scheletriche, affaticamento nervoso ecc.). È significativa anche la percentuale di scadenze rigide e strette denunciate da molti intervistati.

I ritmi sono conseguenti al funzionamento dei macchinari per alcuni settori produttivi (ceramica, gomma-plastica, agroalimentare), mentre negli altri comparti dipendono dall'azione dei colleghi e dagli obiettivi da conseguire. La presenza di fattori causali differenti (macchinari, uomini, obiettivi) può condurre a sofferenze differenziate per i lavoratori sottoposti a ritmi elevati, e ciò potrà venire approfondito da ulteriori, specifiche indagini.

Va osservato, per altro, come alle domande «posso ricevere l'aiuto dai compagni di lavoro se lo richiedo», «posso fare una pausa quando ne sento il bisogno», le risposte sono plebiscitariamente affermative per quasi tutti i settori. Ciò significa che movimenti ripetitivi, ritmi e in generale fattori di fatica psicofisica, vengono attenuati dall'azione individuale (pause) e collettiva (aiuto dei colleghi) dei lavoratori.

Se si considerano poi le domande concernenti la cooperazione nella forma della rotazione e gruppo di lavoro, si vede che le risposte si distribuiscono intorno al 50 per cento, e ci segnalano una difficoltà a rendere più flessibile l'organizzazione del lavoro. Ciò è confermato dalle risposte alla domanda circa i compiti complessi, che vede il 60 per cento di risposte negative, e che conferma la presenza di una difficoltà a flessibilizzare il lavoro, invece che il lavoratore, e a valorizzare le capacità lavorative intrinseche e potenziali. Mentre l'apprendimento di nuove nozioni vede una netta pre-

valenza di risposte affermative, e ci conferma la disponibilità e il desiderio dei lavoratori a collaborare per migliorare le loro prestazioni lavorative.

Queste sono le considerazioni di natura più generale. Vi sono poi alcuni elementi di interesse più di dettaglio, tra questi si può citare il dato sulla formazione, visto che la maggioranza riceve meno di 16 ore di formazione negli ultimi 12 mesi prima della distribuzione dei questionari; inoltre, le punte massime di risposte con meno di 16 ore riguardano il produttivo/operativo e la logistica/ trasporti, cioè proprio i reparti operativi e il 68,5 per cento degli operai di tutti i questionari. Un altro dato interessante riguarda la risposta alla domanda sulla adeguatezza delle proprie competenze al compito lavorativo: una larghissima maggioranza infatti ritiene che le proprie attitudini siano adeguate alle richieste e vi sono significative risposte che considerano le proprie attitudini superiori, tra queste spiccano quelle di coloro che erano in formazione lavoro.

#### *4.2.5 Ambiente sociale*

Spiccano le discriminazioni tuttora presenti che riguardano le donne, persone di altra nazionalità, razziali, dei portatori di *handicap*, e rispetto all'età; i valori sono molto bassi, ma giustamente il rapporto sottolinea il dato per il suo valore qualitativo assoluto.

Riguardo la parte relativa alle domande sulla possibilità di scambiare opinioni, il quadro che emerge è differente secondo che si faccia riferimento agli scambi informali o a quelli formali. Quelle informali, pur con un'area preoccupante di quasi un quarto del lavoro operaio che dichiara di non avere capacità/possibilità di discutere con i propri compagni di lavoro della condizione lavorativa, nemmeno «informalmente», sono diffuse. Per quelle formali emerge il quadro di organizzazioni del lavoro molto gerarchizzate, nelle quali il 40 per cento circa degli operai non discute i cambiamenti dell'organizzazione del lavoro quando questi avvengono; le comunicazioni sono orizzontali, quindi tra persone dello stesso livello e nello stesso reparto. La frequenza di scambi di opinioni con i delegati è alta tra gli operai ma scende molto tra impiegati, tecnici e quadri. Sull'utilità dello scambio di opinioni rispetto al miglioramento del posto di lavoro si ha di massima una valutazione positiva, oltre il 60 per cento; rispetto al miglioramento a livello di reparto la percentuale rimane alta ma scende al di sotto del 60, infine rispetto al miglioramento a livello aziendale la percentuale scende sotto al 50.

#### 4.2.6. *Percezione dei danni alla salute*

Nella gestione del questionario si è scelta una domanda filtro al fine di conteggiare le risposte dei lavoratori e delle lavoratrici che dichiarano una relazione percepita come certa tra la condizione lavorativa e una serie di disturbi e/o patologie. Le risposte affermative a questa domanda sono il 43,6 per cento degli operai/e del settore metalmeccanico. Sempre nel settore metalmeccanico un segnale deriva anche dai dirigenti, che per il 46,7 per cento dichiarano una relazione tra la compromissione della propria salute e il lavoro. Nel settore ceramica è il 57,8 per cento degli operai e delle operaie a riconoscere tale relazione tra lavoro e salute. Il settore agroalimentare registra il 56,2 per cento degli operai e delle operaie che pongono in relazione la compromissione della propria salute con il lavoro.

L'anzianità lavorativa è senz'altro un fattore che va esaminato, tuttavia non va dimenticato che per le patologie muscolo scheletriche anche un breve periodo di 3-5 anni di lavoro è sufficiente per l'insorgenza della patologia.

Il dato quindi dei disturbi che vengono dichiarati dall'universo delle persone che hanno ammesso una correlazione tra il lavoro e la compromissione della propria salute è assai rilevante. Infatti oltre l'80,9 per cento dei lavoratori e delle lavoratrici operai/e metalmeccanici di questo universo dichiarano il mal di schiena, nel settore ceramica il dato è del 85 per cento. Questo dato, visto correlato ad altri disturbi muscolo scheletrici, può essere attribuito alle modalità operative di lavoro vincolato, con una scadente progettazione di tipo ergonomico.

Il dato del disagio si ripete anche per l'affermazione «ho dolori muscolari alle spalle e al collo», ove il 71,3 per cento degli operai e delle operaie metalmeccanici si riconoscono in questa condizione di disagio, così come il 73,9 per cento degli operai e delle operaie del settore ceramica e il 74,1 per cento del settore agroalimentare. È palese che questi valori sono riferiti alle persone che hanno riconosciuto una connessione tra il lavoro e il dolore fisico: le risposte a questa domanda sono 4.773 su 13.110, pari al 36,4 per cento dell'universo di tutti i questionari. Alcune metodiche adottate per contenere e mitigare gli effetti dei movimenti ripetitivi sugli arti superiori nei reparti di montaggio del settore metalmeccanico, in ragione anche di una gestione non ortodossa, non paiono avere raggiunto risultati tali da considerare efficaci queste «buone pratiche».

Se invece andiamo a ricercare quanti, tra quelli che hanno dichiarato di soffrire di male alla schiena, dichiarano di avere anche dolori muscolari alle

spalle e al collo, registriamo un balzo dal 71,3 per cento negli operai metalmeccanici all'80 per cento, gli operai e le operaie del settore ceramica passano dal 73,9 all'81,6 per cento, nel settore gomma plastica dal 69,6 al 79,3 per cento, nel settore agroalimentare dal 74,1 all'82,7 per cento.

Come si vede vi sono disagi che nel tempo rischiano di divenire tecnopatie muscolo scheletriche conclamate, molto frequenti nelle mansioni operaie degli addetti al montaggio o degli addetti alla logistica. Non va trascurato poi l'ampio corredo di patologie correlabili all'organizzazione del lavoro *just in time*, che induce una concentrazione nella stessa unità di tempo di attività manuali e cognitive che possiamo definire *multitasking*, che riguardano lavoratori e lavoratrici cui viene richiesto di essere organizzatori del proprio lavoro, con vincoli di risultato rigidi e predefiniti. In questa situazione si trovano impiegati e operai che rispondono con percentuali molto elevate alle domande che riguardano la stanchezza nervosa (sono molto teso/a, stanco/a, faccio fatica a pensare, sono irritabile, ho mal di stomaco ecc.), ove si toccano percentuali da oltre il 50 fino al 70 degli impiegati e oltre il 60 degli operai. L'insieme di questi dati potrebbe essere una base di conoscenza per lo sviluppo di strategie per la salute per le istituzioni pubbliche che, come il Servizio sanitario nazionale, debbono poi rispondere alle domande di costose prestazioni diagnostico terapeutiche.

#### *4.2.7. La pagella della salute*

La pagella della salute è un altro indicatore molto semplice affidato alla valutazione soggettiva dell'intervistato. È un indicatore grezzo di sintesi della autovalutazione dello stato di benessere psicofisico che ovviamente ciascuno raffronta con il proprio modello desiderato di salute, con la rappresentazione condivisa di salute propria del gruppo sociale cui appartiene.

Per questi motivi il dato aggregato di queste risposte rappresenta più un indicatore di clima piuttosto che una rappresentazione delle effettive condizioni di salute della popolazione intervistata. Abbiamo valutato le risposte in base a due relazioni: una valutazione delle risposte correlata al settore e alla mansione, un'altra correlata al settore e all'età.

In entrambe le tipologie si registra una autovalutazione più positiva da parte degli impiegati rispetto a quella degli operai o dei lavoratori manuali: nell'area dei voti bassi dal 4 al 6 gli operai metalmeccanici sono il 31 per cento contro il 20 degli impiegati, nel settore ceramico il 37,8 per cento degli operai si dà un voto basso contro il 27,3 degli impiegati; questo scarto si

ripete in quasi tutti i settori produttivi esaminati. Si deve tenere conto che l'universo dei lavoratori e delle lavoratrici è un universo selezionato che dovrebbe disporre di un patrimonio di salute più ricco rispetto al resto della popolazione non attiva.

Infine, sono rilevanti i dati delle risposte al quesito «pensi che potrai fare lo stesso lavoro di adesso quando avrai 60 anni». La richiesta di immaginare sé al futuro, vincolati al lavoro d'oggi, risulta non accettabile dalla maggioranza dei lavoratori e delle lavoratrici operai e operaie. Hanno risposto no il 53,7 per cento degli operai/e metalmeccanici e il 21,2 per cento ha risposto non so. La percentuale sale al 63 per cento degli operai/e del settore della ceramica con il 21,2 di non so. Il settore agroalimentare registra per gli operai e le operaie una percentuale del 55,1 per il no, con un 22,7 per cento di risposte non so; sempre nell'area del 50,3 per cento le operaie e gli operai del settore tessile abbigliamento con a fianco il 24,5. Il settore edile, come era attendibile, registra il 62,4 per cento di risposte negative con il 20,2 di risposte non so.

Nei lavori di tipo impiegatizio o tecnico si registra una disponibilità più adattiva. Sono infatti il 54,3 per cento gli impiegati e le impiegate metalmeccaniche che ritengono che potranno fare lo stesso lavoro, il 49,9 dei tecnici, il 51,3 dei coordinatori e preposti, il 53,3 dei dirigenti. Nel settore della ceramica il 35,2 per cento dei tecnici e il 50 dei preposti e coordinatori.

Nel settore agroalimentare si raddoppia rispetto agli operai la percentuale dei/delle impiegate che ritengono di potere affrontare lo stesso lavoro (44,6 per cento impiegati, 42,3 tecnici). Questi dati non possono essere ignorati dai decisori politici e dai dirigenti sindacali che intervengono sulle politiche previdenziali e di *welfare*. Da una parte occorre sviluppare una riflessione seria sulle condizioni dei lavoratori *seniores* dei settori più gravosi dell'industria e dei servizi, dall'altra occorre prendere in considerazione il fatto che i lavoratori più giovani dovranno restare sul mercato del lavoro per lungo tempo e per fare ciò dovranno essere molto esigenti rispetto alla qualità della gestione della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro.