

Salute sul lavoro

Otto aree prioritarie
per la politica comunitaria

Laurent Vogel

Ricercatore del Bts



*Bureau Technique
Syndical Européen
pour la Santé et la Sécurité*

Sommario

	Presentazione	2
	Introduzione	3
1.	La salute sul lavoro Un settore chiave per ridurre le disuguaglianze sociali in materia di salute	6
2.	La strategia comunitaria per il periodo 2002-2006 Mezzi adeguati alle ambizioni?	9
3.	I sistemi di prevenzione Per una strategia coerente	12
4.	L'organizzazione del lavoro Un insieme di fattori importanti	14
5.	I rischi chimici Importante causa di mortalità sul lavoro	20
6.	La precarizzazione del lavoro Problema sempre più grave	25
7.	Salute riproduttiva e maternità Migliorare le conoscenze e la prevenzione	27
8.	Riconoscimento delle malattie professionali Imparare dagli errori	30

Presentazione

La salute e sicurezza nel lavoro sono argomenti poco appariscenti, come ben dice Marc Sapir, ma essenziali nel valutare il livello di tutela delle donne e degli uomini che lavorano. Non è un caso, quindi, che la normativa europea si sia profusa in materia, rafforzando il valore delle tutele sociali proprie del modello sociale europeo.

In questi mesi viviamo in Italia il rischio di modifiche pesanti a questo corpus di diritti e tutele, attraverso il Testo unico che il governo sta emanando. Per contrastarlo abbiamo dalla nostra l'insieme delle direttive europee che abbiamo conquistato, come movimento sindacale, negli anni passati.

Ma anche in Europa non tutto è risolto, anzi, attacchi pesanti si addensano sulle condizioni di lavoro. È quindi con l'intento di fornire strumenti informativi sulle dinamiche, obiettivi, percorsi, difficoltà dell'impegno sindacale europeo che pubblichiamo questo materiale in italiano, apprezzando l'interconnessione presente tra salute e sicurezza, mercato del lavoro ecc., cioè un approccio complessivo a un tema che è ben lungi dall'essere meramente specialistico.

Lo pubblichiamo con piacere perché quanto avviene in Europa incide sull'Italia e viceversa. Perché oggi più di prima l'Europa non è per noi "l'estero", ma l'ambito entro cui noi operiamo quotidianamente. Perché la conoscenza è essenziale per il potere (potenzialità di agire) e perché vogliamo arricchire la consapevolezza di delegati e sindacalisti.

Il diritto all'integrità fisica e morale e alla vita è il primo diritto da salvaguardare per ogni lavoratrice e ogni lavoratore. Solo l'impegno di tutti potrà eliminare il milione di infortuni annui e i quattro morti al giorno nel nostro paese.

Questo è un piccolo, ma credo prezioso, contributo in questo senso.

Paola Agnello Modica
Segreteria nazionale Cgil

Introduzione

Ogni anno, nell'Unione europea, oltre centomila persone perdono la vita a causa di un infortunio o di una malattia dovuti a condizioni di lavoro inadeguate. A dire il vero si tratta di un ordine di grandezza minimo. È impossibile fornire una cifra esatta. Si tratta di una stima prudente e sicuramente sottovalutata. Ogni volta che le autorità pubbliche o i ricercatori tentano di misurare l'impatto delle condizioni di lavoro su questo o quell'aspetto della salute si trovano di fronte a nuovi problemi. I lavoratori e le lavoratrici non hanno bisogno di specialisti per constatare questo fatto. Nel corso delle indagini denunciano infatti massicciamente la fatica, i dolori, i disagi e le malattie di cui soffrono. L'Ufficio tecnico sindacale europeo per la salute e la sicurezza è stato appunto istituito circa quindici anni fa affinché la percezione e il punto di vista dei lavoratori venissero riconosciuti quale fonte di pareri esperti reali. L'intento del Bts è quello di conoscere meglio la realtà attraverso le proprie reti sindacali e i contatti che intrattiene con gli altri protagonisti della prevenzione. Cerca di conoscere questa realtà per trasformarla. Infatti uno dei ruoli fondamentali del Bts è quello di coadiuvare la Confederazione europea dei sindacati e le organizzazioni affiliate nella loro lotta per la salute sul lavoro. Nel corso di questi quindici anni siamo intervenuti in campi molto diversi: dalla sicurezza delle macchine alla prevenzione dei cancro, dall'ergonomia al funzionamento dei servizi di prevenzione, dai dibattiti politici in seno al Parlamento europeo al sostegno fornito alle iniziative dei delegati sindacali nei consigli d'azienda europei di molti gruppi industriali. Poco a poco sia le autorità pubbliche preposte sia i professionisti della prevenzione hanno riconosciuto l'importanza del lavoro svolto da una piccola équipe la cui prima preoccupazione è quella di associare l'esperienza tecnica a un impegno indubbio a fianco dei lavoratori e delle loro organizzazioni.

Il dramma è che alla salute sul lavoro manca la visibilità. Raramente occupa i titoli di prima pagina. Le ricerche in questo campo ottengono scarsa attenzione da parte delle autorità pubbliche. Un esempio per tutti è quello dei fondi stanziati per la ricerca genetica sul cancro, di gran lunga superiori agli scarsi finanziamenti accordati alle ricerche che studiano quale sia il ruolo delle esposizioni sul lavoro nell'insorgenza dei cancro.

Spesso si crea una falsa immagine per cui i problemi di salute dovuti al lavoro sono percepiti come problemi soprattutto di ordine tecnico. Invece noi riteniamo che la salute sul lavoro sia innanzi tutto un tema politico che riflette scelte compiute a livello sociale.

Questo libro intende presentare in modo conciso alcuni dei temi che sono all'ordine del giorno nell'Unione europea in materia di salute sul lavoro. Non tratta

in modo esaustivo tutti i problemi. Informazioni e analisi più dettagliate sono reperibili in altre pubblicazioni del Bts e nei dossier del suo sito internet. Il Bts ha voluto offrire con questa pubblicazione una sintesi destinata a facilitare l'accesso ad alcuni dibattiti a livello comunitario che a volte sono difficili da seguire. Per evitare elaborazioni troppo prolisse abbiamo scartato alcuni temi, ma ciò non significa che siano di scarsa importanza. Questi argomenti, come ad esempio la progettazione delle attrezzature da lavoro, la normalizzazione e il controllo del mercato sono stati infatti trattati in altre pubblicazioni del Bts.

La politica comunitaria in materia di salute sul lavoro spesso non è facile da seguire. Viene elaborata all'interno di un sistema istituzionale complesso. I dibattiti possono risultare un po' oscuri. Tuttavia ha un impatto decisamente importante sulle politiche nazionali in materia di salute sul lavoro. Può contribuire a un miglioramento delle pratiche di prevenzione nelle aziende. Ma ci sono altre politiche comunitarie che sicuramente incidono sulla salute lavorativa. Le politiche di privatizzazione dei servizi pubblici o di promozione della concorrenza hanno generalmente un impatto negativo. Le politiche relative al mercato dei prodotti chimici e delle attrezzature da lavoro determinano, in larga misura, le informazioni a disposizione delle aziende per costruire la loro politica di prevenzione. Diventa dunque essenziale seguire tutte queste politiche nel loro complesso e definire una strategia sindacale comune per agire sulle stesse.

Questo libro rientra nello sforzo permanente compiuto dal Bts per rendere più visibili i dibattiti politici in corso e i meccanismi che sono alla base del processo decisionale. Si rivolge ai sindacalisti e a tutti gli attori della prevenzione e cerca di spiegare quali sono gli obiettivi reali al centro dei maggiori dibattiti politici.

Alcuni riguardano direttamente e unicamente la salute sul lavoro. Altri si occupano di varie tematiche che avranno comunque un grosso impatto sulla salute lavorativa. È probabile che una parte delle discussioni in corso si protrarrà fino al 2006 e anche oltre.

Tra gli argomenti più importanti in discussione possiamo citare:

- il progetto Reach di riforma delle regole del mercato dei prodotti chimici che è stato oggetto di un violento attacco da parte dell'industria chimica e dell'amministrazione Bush;
- la proposta di revisione della direttiva sull'orario di lavoro presentata dalla Commissione nel settembre 2004 che potrebbe segnare un vero e proprio regresso sociale;
- la proposta di modifica della direttiva sulla protezione dei lavoratori esposti ad agenti cancerogeni che prevede l'integrazione degli agenti mutageni e tossici per la funzione riproduttiva. Si tratterebbe di un progresso importante in materia di tutela della salute riproduttiva;
- la discussione in merito alla valutazione riassuntiva fatta dalla Commissione nel 2004 dell'applicazione della direttiva quadro del 1989 e delle altre cinque direttive relative alla salute sul lavoro;
- la discussione in merito al rapporto che la Commissione stilerà all'inizio del 2005 e che riguarderà il bilancio a metà percorso della strategia comunitaria in materia di salute e sicurezza;

- la discussione in merito alla comunicazione della Commissione sulle iniziative comunitarie per prevenire i disturbi muscoloscheletrici;
- la proposta di direttiva sulla liberalizzazione dei servizi (chiamata anche "direttiva Bolkestein") che può incidere sui livelli di salute e sicurezza in numerosi settori (in particolare in quello della costruzione o in tutti quei settori che ricorrono al lavoro interinale).

Facendo il punto sulle strategie di prevenzione adottate nei vari paesi vi sono altre tematiche che compaiono regolarmente e che sollevano questioni comuni all'insieme dei paesi dell'Unione europea. Per questo il movimento sindacale intende interpellare le istituzioni comunitarie perché vengano anch'esse dibattute e fare in modo che queste discussioni sfocino in iniziative concrete.

In particolare intendiamo fare riferimento alle seguenti questioni:

- l'impatto del lavoro precario sulla salute e la sicurezza;
- la necessità di un approccio alla salute lavorativa che tenga conto della parità tra uomini e donne e che garantisca l'accesso misto ai vari posti di lavoro, in condizioni favorevoli alla salute, lungo tutto il corso della vita;
- il miglioramento dei dispositivi di controllo del mercato delle attrezzature da lavoro nel quadro di un'applicazione efficace della direttiva Macchine (la cui revisione è praticamente conclusa);
- le connessioni tra politiche comunitarie di salute pubblica e di salute sul lavoro avendo come obiettivo la riduzione delle disuguaglianze sociali in materia di salute.

Da quando è stato istituito, attraverso scambi di esperienze e pratiche di cooperazione tra le varie organizzazioni sindacali, il Bts è stato molto attento a fare in modo che l'intervento comunitario si avvallesse permanentemente delle esperienze nazionali e degli insegnamenti che si potevano trarre da eventuali successi e fallimenti.

La portata delle sfide è sempre più ampia dal momento che l'allargamento dell'Unione europea ha dato vita a un insieme più diversificato e più complesso. I nuovi Stati membri hanno dovuto assimilare in pochi anni tutta l'esperienza comunitaria. Nel mese di novembre 2004 si è insediata una nuova Commissione mentre il Parlamento europeo era stato rinnovato alcuni mesi prima. L'ampliamento dell'Unione europea non implica automaticamente un progresso o un regresso in campo sociale. Tutto dipende dalle dinamiche sociali e politiche esistenti in ciascun Stato membro e da come incideranno sulle politiche comunitarie. La salute sul lavoro è una di quelle problematiche nell'ambito delle quali la vita quotidiana di ciascuna persona e le grandi decisioni politiche si scontrano continuamente. Con questa pubblicazione intendiamo facilitare l'intervento dei sindacalisti e di tutte le persone che difendono la salute sul lavoro in modo da incidere sulle politiche dell'Unione europea. Inoltre ci proponiamo di contribuire a una dinamica complessiva che disegnerà i tratti dell'Europa del futuro.

Marc Sapir

Direttore del Bts

Ottobre 2004

1. La salute sul lavoro

Un settore chiave per ridurre le disuguaglianze sociali in materia di salute

In tutti i paesi dell'Unione europea si osserva il persistere e spesso l'aggravarsi di disuguaglianze sociali in materia di salute. La speranza di vita, la probabilità di essere affetti da handicap, la prevalenza di numerose malattie variano in funzione della classe sociale delle persone.

Le condizioni di lavoro sono una causa rilevante di queste differenze sociali in materia di salute. Condizioni di lavoro nocive contribuiscono a ridurre la speranza di vita sia direttamente in quanto causa di infortuni e di malattie mortali, sia indirettamente, contribuendo al deterioramento complessivo della salute. Ad esempio lo stress dovuto alle condizioni di lavoro viene associato a una serie di patologie e soprattutto alle malattie cardiache.

Perché l'azione comunitaria è importante?

L'Unione europea è un mercato unico. Garantisce la libera circolazione dei capitali, dei servizi, dei lavoratori e delle merci. Un mercato di questo tipo esige l'elaborazione di un quadro giuridico comunitario che armonizzi le legislazioni nazionali. Un obiettivo essenziale di questa armonizzazione è quello di evitare una concorrenza selvaggia che si tradurrebbe in un degrado delle condizioni di lavoro e in un deterioramento della salute e della sicurezza dei lavoratori.

Fin dalla sua istituzione e, soprattutto, a partire dall'Atto unico europeo del 1986, l'Unione europea ha elaborato una legislazione importante in materia di salute sul lavoro. È in questo campo, con le disposizioni relative alla parità tra uomini e donne, che la politica sociale comunitaria ha registrato gli sviluppi più rilevanti.

Ciononostante questa legislazione non è stata sufficiente a migliorare in modo significativo le condizioni di lavoro. Si è rivelata un reale fattore di progresso nell'insieme dei paesi comunitari, tuttavia continua ad essere contrassegnata da lacune e carenze. Peraltro il lavoro cambia. Alcuni rischi trascurati in passato stanno emergendo con notevole intensità. Fanno la loro comparsa o si aggravano alcuni nuovi problemi mentre altri perdono importanza. I dati tecnici e scientifici si evolvono. Le attese dei lavoratori si modificano. Per questo la legislazione comunitaria in materia di salute sul lavoro continua ad essere un cantiere sempre in costruzione. Tra il 1989 e il 1992 gli sviluppi legislativi sono stati molto dinamici, ma successivamente si sono molto diradati e si è accumulato un indubbio ritardo.

L'azione comunitaria non si limita all'adozione di una legislazione. Deve essere completata da una strategia d'insieme basata su varie funzioni, come ad esempio la verifica dell'applicazione, la valutazione continua ("monitoraggio") della

situazione, l'azione di controllo e sanzionatrice nei confronti di quegli Stati che non rispettassero i loro obblighi, l'informazione, la ricerca, l'integrazione della salute sul lavoro in altre politiche comunitarie ecc.

A questo proposito diventa particolarmente importante l'azione coordinata delle diverse istituzioni e agenzie comunitarie, e tra queste in particolare l'Agenzia di Bilbao per la salute e la sicurezza sul lavoro, la Fondazione di Dublino, il Comitato consultivo tripartito di Lussemburgo, ma anche alcuni organi meno noti e più specializzati come il Comitato degli alti responsabili dell'Ispettorato del lavoro o lo SCOEL (Comitato scientifico per la definizione di valori limite di esposizione).

Un'azione coordinata di questo tipo implica che la stessa Commissione europea conceda alla salute sul lavoro sufficiente attenzione e mezzi adeguati. A più riprese sia il Parlamento europeo che il Comitato economico e sociale si sono

allarmati per la riduzione in termini di risorse umane e di mezzi materiali a disposizione della Commissione per dare impulso alle politiche in materia di salute sul lavoro e per seguire la corretta applicazione delle direttive nei vari paesi membri. L'allargamento dell'Unione europea a venticinque paesi e l'importanza del dibattito in corso sottolineano la necessità di rimpinguare queste risorse umane e materiali. Fino ad ora non è stata presa nessuna iniziativa in tal senso. A nostro avviso non è sufficiente rispondere con l'integrazione della salute sul lavoro in altre politiche sociali. Senza un nucleo valido che intervenga esclusivamente in materia di salute sul lavoro questa politica rischia di annacquarsi e di perdere ogni coerenza.

Alcuni principi di base

A volte la legislazione relativa alla salute sul lavoro appare come una materia estremamente tecnica che solo gli specialisti sono in grado di trattare. I dati alla base di questa legislazione, tuttavia, rimandano a scelte sociali fondamentali.

Dall'inizio della rivoluzione industriale ci si è posti la seguente domanda: quali sono le responsabilità delle autorità pubbliche quando

l'accumulo di ricchezze di alcuni può provocare gravi danni alla vita e alla salute della maggioranza della popolazione?

Sotto la pressione del movimento operaio si è lottato contro il "lasciate fare, lasciate andare" dei liberali. Non era possibile limitarsi a una proposta di autoregolamentazione da parte delle aziende basata sui loro interessi economici a lungo termine oppure su sentimenti di compassione o di responsabilità sociale. Occorreva intervenire e stabilire condizioni e limiti. Fin dalla prima metà del diciannovesimo secolo sono state elaborate alcune norme per vietare il lavoro minorile, stabilire certe condizioni che garantissero la sicurezza delle macchine, controllare l'igiene nei luoghi di lavoro.

Ogni volta che si è trattato di legiferare per tutelare la salute e la sicurezza sul lavoro le riforme proposte sono state attaccate violentemente. In genere le critiche

Alcuni dati relativi all'impatto delle condizioni di lavoro sulla salute

Le condizioni di lavoro si possono analizzare in base a vari criteri. Lo testimonia l'indagine sulle condizioni di lavoro della Fondazione di Dublino. In termini di percezione immediata il 27% dei lavoratori dell'Europa dei quindici riteneva nel 2000 che le loro condizioni di lavoro comportassero rischi per la salute e la sicurezza. In un'ottica di durabilità a più lungo termine, la situazione appariva ancora più critica: il 42% dei lavoratori dell'Europa dei quindici riteneva che non sarebbe stato possibile o auspicabile conservare lo stesso lavoro una volta raggiunti i sessant'anni. Generalmente la situazione nei nuovi Stati membri è ancora più preoccupante.

L'indagine del 1999 sulla forza di lavoro nell'Unione europea prevedeva un modulo relativo alla salute sul lavoro. Risultava che su 100.000 persone 5.372 avevano un problema di salute causato o aggravato dalle condizioni di lavoro attuali o passate, e questo a prescindere dagli infortuni sul lavoro. Una delle conseguenze di una tale situazione è la perdita di 350 milioni di giornate di lavoro ogni anno.

non riguardavano tanto il contenuto delle misure proposte quanto piuttosto il loro costo. Alcune stime allarmiste hanno sempre presentato la legislazione come una minaccia per l'economia. Nel diciannovesimo secolo gli industriali avevano previsto che il divieto di far lavorare i minori nelle miniere avrebbe segnato l'inizio del declino economico dell'Europa. Anche oggi coloro che si oppongono alla legislazione comunitaria in materia di salute sul lavoro avanzano stime decisamente esagerate in merito ai costi, e addirittura alle eventuali perdite di posti di lavoro. È opportuno ricordare che i costi della prevenzione si traducono in notevoli vantaggi per la società e per le persone tutelate.

Ovviamente la legislazione non risolve tutti i problemi, però è un punto di partenza indispensabile. Senza norme vincolative si assisterà sempre a una sorta di competizione tra quei datori di lavoro decisi a realizzare profitti ad ogni costo, anche causando la morte di lavoratori, e quelli che invece sono più attenti alla prevenzione.

Una legislazione esiste per essere applicata, per cui è indispensabile definire una strategia in materia di salute sul lavoro sia a livello comunitario sia all'interno dei singoli Stati membri. Una strategia di questo tipo deve prevedere risorse adeguate, stimolare la cooperazione tra le diverse autorità coinvolte, istituire sistemi di controllo e di sanzioni. Inoltre non può essere elaborata senza la consultazione delle organizzazioni sindacali ed è importante che venga regolarmente valutata in modo da essere modificata in tempo utile non appena emergano nuovi problemi o vengano individuate nuove lacune.

La salute non può essere imposta da altri. Si costruisce giorno per giorno a livello individuale e collettivo. Per questo il movimento sindacale è uno dei protagonisti di primo piano in materia di salute sul lavoro. L'esistenza di una fitta rete permanente di rappresentanti dei lavoratori per la salute e la sicurezza è una delle condizioni indispensabili per la riuscita di qualunque strategia al riguardo. Attualmente, nell'Unione europea, moltissimi lavoratori sono esclusi da qualunque forma di rappresentanza in materia a causa della dimensione dell'azienda in cui operano ma anche in ragione del loro status occupazionale (ad esempio i lavoratori interinali) e di altri fattori ancora.

Riferimenti bibliografici

- Il Bts pubblicherà nel 2005 un opuscolo sul funzionamento della politica europea in materia di salute e sicurezza sul lavoro.
- Eurostat, *Work and health in the European Union – A statistical portrait*, Lussemburgo. Ufficio per le Pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2004. Consultabile su: [http://europa.eu.int/comm/eurostat>Publications](http://europa.eu.int/comm/eurostat/Publications)
- Documenti delle indagini europee sulle condizioni di lavoro realizzate dalla Fondazione di Dublino. Si veda : <http://www.eurofound.ie/working/surveys/index.htm>
- Sul contributo dei fattori psicosociali alle disuguaglianze sociali in materia di salute: numero speciale di *Social Science and Medicine*, vol. 58 (2004).

2. La strategia comunitaria per il periodo 2002–2006 Mezzi adeguati alle ambizioni?

Nel marzo 2002 la Commissione ha adottato una comunicazione nella quale viene descritta la strategia in materia di salute sul lavoro prevista per il periodo 2002-2006. Tuttavia analizzando questo documento sorgono alcuni dubbi in merito alla coerenza delle iniziative proposte.

La comunicazione della Commissione contiene numerosi elementi di analisi interessanti. Invece le proposte pratiche sono piuttosto scarse e non c'è un calendario che stabilisca scadenze precise. A metà percorso, fine 2004, procedendo a una rapida valutazione si appura che le iniziative non sono poi state molte...

Prendiamo ad esempio i disturbi muscoloscheletrici (Dms). Si tratta di un insieme di patologie che in Europa colpiscono molto frequentemente i lavoratori. La comunicazione della Commissione sottolinea giustamente che in materia di salute sul lavoro costituiscono una priorità. Invece di proporre iniziative precise la Commissione ha annunciato nel 2002 che avrebbe presentato una comunicazione specifica sui Dms nella quale si sarebbe proceduto a un esame delle cause e sarebbero state proposte delle modifiche o alcune nuove disposizioni legislative per quei settori non ancora sufficientemente garantiti. In realtà, alla fine del 2004, ancora non è stata decisa alcuna iniziativa e questa comunicazione non è mai stata presentata.

La questione centrale che la comunicazione della Commissione cerca di aggirare è la seguente: in materia di salute sul lavoro le direttive sono lo strumento fondamentale di intervento comunitario e questo è stato accettato all'unanimità dagli Stati che erano membri dell'Ue al momento della revisione del trattato con l'Atto unico europeo nel 1986. Tutti i progressi realizzati fino ad ora sono stati registrati esclusivamente in quei campi dove le direttive europee costituivano un punto di riferimento comune e vincolativo. Mentre in altri ambiti dove i riferimenti sono costituiti da strumenti istituzionali "leggeri" (raccomandazioni), come ad esempio nel caso del riconoscimento delle malattie professionali, il fallimento è patente.

L'insistenza con la quale la Commissione si dice favorevole a una "soft law" (cioè un insieme composito di misure accomunate dal fatto di non avere effetti vincolativi) (strategie istituzionali leggere, n.d.t.) e l'imprecisione delle proprie intenzioni per quanto attiene a qualunque nuova misura legislativa autorizzano a dubitare seriamente dell'esistenza stessa, per il momento, di una strategia comunitaria in materia di salute sul lavoro. A partire dal 2002 le iniziative della Commissione Prodi sono state scarse e incerte. Sono stati proposti alcuni miglioramenti (principalmente si tratta del progetto di revisione della direttiva sugli agenti cancerogeni), numerose pratiche sono rimaste ferme (in particolare quella relativa ai Dms), la revisione della

In che modo le lotte sindacali possono contribuire a una migliore legislazione comunitaria?

Le istituzioni comunitarie sono un vero e proprio labirinto. Le istanze decisionali sono lontane dalle preoccupazioni della popolazione e questa constatazione spesso alimenta una certa rassegnazione. Già non è facile per i cittadini, anche nell'ambito nazionale proprio di ogni Stato, partecipare attivamente alla vita politica. Eppure non sono pochi i precedenti incoraggianti che dimostrano come una mobilitazione sindacale possa fare la differenza e pesare sulle scelte politiche. L'esempio che brevemente vi presentiamo riguarda una legislazione che avrebbe potuto avere un impatto negativo enorme sulle condizioni di vita e di lavoro.

Il tentativo di imporre una liberalizzazione del lavoro svolto dagli scaricatori avrebbe comportato seri rischi

per la salute e la sicurezza. I sindacati dei trasporti hanno organizzato una campagna sistematica non appena fu annunciato il progetto di liberalizzazione sollecitato dalla Commissione europea. Uno dei principi più pericolosi di questa riforma era il cosiddetto principio di auto-assistenza che consisteva nel consentire agli armatori di far caricare o scaricare le navi da personale scelto da loro: o da personale occasionale reclutato ad hoc per questa attività, o da personale navigante privo della qualifica di scaricatore. Un principio di questo genere avrebbe messo in pericolo i posti di lavoro nei porti, la sicurezza degli scaricatori e creato una concorrenza che avrebbe ridotto i salari e messo in pericolo le condizioni di lavoro. Di seguito vi presentiamo una cronologia abbreviata degli avvenimenti.

Cronologia dei dibattiti parlamentari e delle mobilitazioni sociali sul lavoro portuale

- **13 febbraio 2001.** La Commissione europea pubblica la sua proposta di direttiva sulla liberalizzazione dei servizi portuali.
- **25 settembre 2001.** Prima giornata di azione della Federazione europea dei lavoratori dei trasporti. Mobilitazione degli scaricatori britannici, spagnoli e belgi.
- **14 novembre 2001.** Il Parlamento europeo emenda la direttiva, ma il principio di auto-assistenza rimane.
- **13 dicembre 2001.** Varie migliaia di scaricatori partecipano alla manifestazione della CES in occasione del Vertice europeo di Laeken (Belgio) e rendono note le loro rivendicazioni.
- **19 febbraio 2002.** La Commissione europea presenta una nuova proposta che non tiene conto delle modifiche suggerite dal Parlamento.
- **14 marzo 2002.** Gli scaricatori partecipano attivamente alla manifestazione della CES in occasione del Vertice europeo di Barcellona.
- **Giugno 2002.** Primi scioperi in sei paesi diversi (tra cui la Norvegia) contro le proposte della Commissione europea.
- **25 giugno 2002.** Nel Consiglio dei ministri si adotta una posizione comune. Le disposizioni relative all'auto-assistenza vengono peggiorate.
- **Gennaio 2003.** Seconda giornata di azione con scioperi di 24 ore che si estendono a 17 paesi.
- **17 febbraio 2003.** 500 scaricatori di 13 paesi europei, riuniti dalla Federazione europea dei lavoratori dei trasporti, presentano le loro rivendicazioni presso la sede del Parlamento europeo di Bruxelles.
- **18 febbraio 2003.** La Commissione trasporti del Parlamento europeo elabora un compromesso che limita gli aspetti più pericolosi della direttiva pur accettando, a certe condizioni, l'auto-assistenza.
- **20 febbraio 2003.** 250 scaricatori manifestano ad Anversa contro la visita della Commissaria europea ai trasporti, Loyola De Palacio.
- **10 marzo 2003.** 3000 scaricatori di 5 paesi manifestano davanti alla sede di Strasburgo del Parlamento europeo. I manifestanti hanno adottato il seguente slogan "Lasciate fare agli specialisti. Questo è lavoro nostro".
- **12 marzo 2003.** Il Parlamento europeo vota la direttiva in seconda lettura. Il testo prevede che l'auto-assistenza dovrà essere sottoposta a una autorizzazione preliminare.
- **15 aprile 2003.** Il Consiglio dei ministri non accetta gli emendamenti del Parlamento europeo. Avvio della procedura di conciliazione.
- **9 settembre 2003.** Azioni di sciopero nei porti belgi e olandesi.
- **29 settembre 2003.** A Rotterdam manifestazione di 9000 scaricatori provenienti da una dozzina di paesi

(tra cui una delegazione degli Stati Uniti). Sospensione del lavoro nei porti belgi, francesi e olandesi. A Barcellona manifestazione degli scaricatori dell'Europa meridionale.

- **30 settembre 2003.** La procedura di conciliazione sfocia in un testo che permette l'auto-assistenza a certe condizioni. In seno alla delegazione del Parlamento europeo il voto è compatto. La Federazione europea dei lavoratori dei trasporti reagisce il giorno stesso e respinge i risultati della procedura di conciliazione. Annuncia nuove azioni da parte degli scaricatori contro la direttiva, che deve ancora essere sottoposta al voto di approvazione del Parlamento in seduta plenaria.
- **17 novembre 2003.** Una petizione con 16.000 firme è stata inviata al presidente del Parlamento europeo per protestare contro il compromesso generato dalla procedura di conciliazione. Nei porti belgi ogni pausa inizia con un'ora di anticipo. I parlamentari europei vengono sommersi di e-mail.
- **20 novembre 2003.** Con 209 voti a favore, 229 voti contrari e 16 astensioni la direttiva frutto della procedura di conciliazione viene respinta dal Parlamento europeo. È solo la terza volta in dieci anni che un progetto frutto della procedura di conciliazione viene respinto in seduta plenaria dal Parlamento.

direttiva sulle lavoratrici gestanti è rimasta lettera morta malgrado le pressioni esercitate dalle organizzazioni sindacali e dal Parlamento europeo e l'impegno politico preso in tal senso nel 1992. Per quanto riguarda l'orario di lavoro la Commissione ha ceduto alle insistenze incalzanti padronali e vorrebbe operare un arretramento. Quando una pratica le crea un certo imbarazzo la Commissione tende ad appellarsi alla "buona volontà delle parti sociali" invece di prendere una posizione chiara che potrebbe irritare alcuni governi. Peraltro il dibattito in corso sulla regolamentazione del mercato dei prodotti chimici (Reach) e la revisione della direttiva Macchine dimostrano come la salute sul lavoro continui a rimanere esclusa dalla politica commerciale. Alcune proposte relative ad altri settori di interesse, come ad esempio la proposta di direttiva sulla liberalizzazione dei servizi (direttiva Bolkestein), potrebbero avere un impatto molto negativo sulla salute lavorativa.

Riferimenti bibliografici

- Le proposte sindacali relative alla nuova strategia comunitaria si trovano in: Vogel, Laurent. *Pour une relance de la politique communautaire en santé au travail*, Bruxelles, CES-Bts, giugno 2001.
- Smismans, S., *Towards a New Community Strategy on Health and Safety at Work? Caught in the Institutional Web of Soft Procedures*, *The International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, vol. 10/1, primavera 2003, pp.55-84.
- Il Bts pubblicherà prossimamente nella sua "Newsletter" la situazione relativa all'attuazione della strategia comunitaria.
- Sito internet del Bts: <http://tutb.etuc.org>Dossiers>Stratégie communautaire>.

3. I sistemi di prevenzione Per una strategia coerente

Uno dei difetti delle legislazioni adottate tra l'inizio della rivoluzione industriale e gli anni sessanta del ventesimo secolo è che erano state concepite come un insieme di risposte specifiche a rischi specifici. In genere il legislatore reagiva alla presenza di un determinato rischio con un certo ritardo e cercava di fornire una soluzione tecnica in grado di eliminare o ridurre questo rischio. Si trattava di un approccio che presentava non pochi inconvenienti:

- l'intervento aveva carattere scarsamente preventivo, dal momento che in genere la legislazione interveniva molto tempo dopo le prime manifestazioni di un dato rischio;
- evolveva troppo lentamente e non era adeguato a tutte le situazioni lavorative;
- trascurava molti rischi che si preferiva ignorare;
- dava l'illusione che tutta una serie di risposte tecniche particolari fossero sufficienti a garantire la salute dei lavoratori.

A partire dagli anni sessanta sono emersi approcci nuovi in materia di salute sul lavoro che sottolineano l'importanza di una strategia complessiva articolata a vari livelli:

- una strategia nazionale di prevenzione che integrasse la salute occupazionale alla salute pubblica e alla tutela dell'ambiente; una regolamentazione più severa del mercato delle attrezzature da lavoro e dei prodotti chimici; sistemi di verifica, di allerta, di controllo e sistemi di sanzioni;
- strategie settoriali e territoriali che tengano conto delle specificità di un dato settore di attività o di un determinato territorio;
- l'integrazione delle esigenze in materia di salute sul lavoro alla gestione e alle scelte strategiche aziendali;
- una partecipazione attiva dei lavoratori e delle loro organizzazioni alla definizione e attuazione delle politiche di prevenzione.

La legislazione comunitaria si è soffermata soprattutto sui due ultimi livelli di intervento. In primo luogo ha definito alcune regole affinché in ogni azienda venisse adottata una politica coerente di prevenzione. Non ha affrontato in maniera sistematica il ruolo delle autorità pubbliche né il contenuto delle strategie nazionali di prevenzione. Tuttavia dai dibattiti di questi ultimi anni è emerso con chiarezza che soltanto una strategia nazionale di prevenzione permette di applicare le disposizioni che riguardano le aziende. In altri termini esiste una complementarità tra l'esistenza di una strategia globale e l'attivazione di determinati meccanismi nei luoghi di lavoro. Ad esempio, gli esami medici effettuati nell'ambito della sorveglianza sanitaria hanno

un'efficacia molto limitata se non sono completati da un controllo complessivo della salute dei lavoratori su scala nazionale, attraverso ricerche epidemiologiche e mettendo a punto soluzioni di prevenzione che in molti casi vanno oltre i confini dell'azienda.

Gli ispettorati del lavoro sono un elemento centrale dell'attuazione delle strategie nazionali in materia di salute sul lavoro. La loro azione dovrebbe garantire a tutti i lavoratori di godere degli stessi diritti per quanto riguarda la tutela della salute e della sicurezza. Attualmente in tutti i paesi dell'Ue i sistemi ispettivi nazionali sono in grosse difficoltà a causa della mancanza di risorse umane e materiali. Non sono

in grado di fornire una risposta efficace in un contesto contrassegnato da una forte frammentazione della produzione, dallo sviluppo di rapporti di subappalto e dal lavoro precario.

All'inizio del 2004 la Commissione ha pubblicato il suo primo rapporto sull'applicazione della direttiva quadro del 1989 e delle cinque direttive particolari. Questo rapporto dimostra che le strategie nazionali di prevenzione presentano parecchie lacune. In molti casi gli Stati hanno recepito le direttive ma non si sono dotati dei mezzi in grado di garantire la loro piena applicazione.

All'ordine del giorno...

→ In numerosi paesi comunitari, a livello nazionale, si discute in merito alle priorità in materia di prevenzione, e questi dibattiti possono arricchire la discussione a livello comunitario. Nel 2005 il Parlamento europeo discuterà il rapporto della Commissione sull'applicazione della direttiva quadro del 1989 e delle cinque direttive particolari. Potrebbe essere un'occasione per elaborare una visione generale relativa alla strategia comunitaria e alle strategie nazionali in materia di salute sul lavoro.

→ È importante sostenere quelle iniziative che consentano una verifica più sistematica delle condizioni di lavoro e del loro impatto sulla salute, ma anche delle attività di prevenzione. Questa verifica è in parte garantita a livello comunitario da varie organizzazioni (Fondazione di Dublino, Agenzia di Bilbao, Eurostat ecc.). Invece a livello nazionale questa funzione viene espletata in modo e in misura diversi da un paese all'altro.

→ Nel 2005 la Commissione presenterà una comunicazione sull'attuazione della strategia comunitaria per il periodo 2002-2006. È importante che questa comunicazione non sia un atto puramente formale ma sfoci in un dibattito che consenta di analizzare le lacune della strategia seguita e di formulare proposte in merito ad alcune iniziative precise in base a un calendario stabilito.

→ È importante inserire la dimensione di genere nelle strategie in materia di salute sul lavoro. Un obiettivo prioritario è fare in modo che la mescolanza di settori e di attività non determini condizioni dannose per la salute sia delle donne che degli uomini nel corso di tutta la loro vita lavorativa.

→ È opportuno che le priorità in materia di salute sul lavoro siano accorpate ad altre politiche e in particolare a quelle relative alla tutela dell'ambiente, alla commercializzazione delle attrezzature di lavoro e dei prodotti chimici, alla parità uomo-donna, alle politiche per l'occupazione, la salute pubblica e ai programmi di ricerca.

Riferimenti bibliografici

- Uno speciale sui servizi di prevenzione, "Newsletter" del Bts, n. 21, giugno 2003, pp. 19-41. Consultabile sul sito internet del Bts: <http://tutb.etuc.org/fr>Newsletter>

4. L'organizzazione del lavoro

Un insieme di fattori importanti

I problemi di salute causati dal lavoro non sono imputabili unicamente a fattori materiali come le attrezzature da lavoro o i prodotti chimici. In larga misura sono dovuti a fattori non tangibili: orario di lavoro, intensità, ripartizione degli orari, formazione, informazione ed eventuali altri supporti disponibili adeguati alle mansioni da svolgere, coesione tra i lavoratori, dignità ecc.

Tradizionalmente le politiche di prevenzione hanno trascurato vari aspetti dell'organizzazione del lavoro. Si pensi che da oltre un secolo e mezzo soltanto l'orario di lavoro è stato regolamentato. Eppure l'organizzazione del lavoro è un elemento chiave per migliorare la salute sul lavoro. In questa sede ci limiteremo a segnalare alcuni degli aspetti da considerare.

Orario di lavoro: la durata e l'organizzazione

In materia non sono poche le differenze tra i diversi paesi dell'Ue. Nel Regno Unito, ad esempio, la pratica molto diffusa delle deroghe individuali per quanto riguarda la durata massima settimanale del lavoro finisce per imporre orari di lavoro molto lunghi con conseguenze negative per la salute e la sicurezza. Secondo il governo britannico sono 3.742.000 le persone che lavorano più di quarantotto ore a settimana, e cioè circa il 20% di tutti i lavoratori occupati a tempo pieno¹. Ma non è un problema che riguardi esclusivamente il Regno Unito. Dall'indagine sulle condizioni di lavoro della Fondazione di Dublino risulta che nell'Europa dei quindici, nel 2000, il 14% dei lavoratori aveva un orario di lavoro effettivo di quarantacinque ore settimanali e circa un lavoratore su tre lavorava oltre dieci ore al giorno. Nei nuovi Stati membri l'orario medio di lavoro è superiore a quello dell'Europa dei quindici.

La durata non è il solo fattore pertinente quando si analizza il rapporto tra orario di lavoro e salute. Un altro elemento ugualmente importante è la compatibilità degli orari con le altre attività della persona al di fuori del lavoro retribuito. Alcuni orari atipici (lavoro di notte, lavoro durante il fine settimana) possono dar luogo a una riduzione dei rapporti sociali, a difficoltà ad armonizzare la vita lavorativa con quella extralavoro. Questi orari, inoltre, entrano in conflitto con i ritmi biologici dell'essere umano. Il lavoro di notte, in particolare, è stato associato a disturbi del sonno, della digestione, a patologie cardiache ecc.

Ma un ruolo di primo piano lo svolge anche un terzo fattore, e cioè la regolarità e la prevedibilità degli orari. Le frequenti variazioni di orario, il passaggio da periodi di lavoro più o meno lunghi a periodi di lavoro ridotti e soprattutto l'incertezza in merito agli orari delle prossime settimane e dei prossimi mesi hanno conseguenze

1. Fonte: Dipartimento del commercio e dell'industria, "Working Time – Widening the debate", Londra, giugno 2004. Questo documento può essere consultato sul sito <http://www.dti.gov.uk/consultations/files/publication-1252.pdf>.

2. Questa definizione della Convenzione n. 30 è stata ripresa in breve dalla Convenzione n. 67 relativa all'orario di lavoro nel settore del trasporto su strada (1939)

disastrose per la salute. Queste situazioni si stanno moltiplicando a causa delle politiche di flessibilità dell'orario di lavoro che subordinano le persone ai bisogni immediati della produzione. Per cui i periodi durante i quali un datore di lavoro esige la disponibilità di un lavoratore non sono paragonabili al tempo libero in termini di qualità del riposo, di organizzazione del lavoro domestico, di scelta delle attività nel tempo libero ecc. L'attuale direttiva sull'orario di lavoro è ben lontana dal rispondere alle aspettative dei lavoratori e ciononostante la proposta di revisione di questa direttiva va nella direzione di un regresso sociale e costituirebbe un precedente molto pericoloso di arretramento in materia di norme di protezione dei lavoratori.

Per questo la revisione della direttiva sarà un test importante per il futuro della politica sociale dell'Unione europea.

Direttiva sull'orario di lavoro.

Un test importante per il futuro della politica sociale dell'Ue

La direttiva del 1993 sull'orario di lavoro riprendeva alcune disposizioni minime destinate a migliorare la salute e la sicurezza (articoli da 3 a 13). Probabilmente era la sola direttiva comunitaria che dedicava più spazio a tutta una serie, lunga e complicata, di clausole di flessibilità, di deroghe e di eccezioni (articoli da 16 a 18) che non alle disposizioni sostanziali. Per molti versi assomigliava alla tela di Penelope. Ciò che il legislatore tesseva di giorno per garantire la salute e la sicurezza poteva essere disfatto di notte dagli Stati o dai datori di lavoro. Una parte delle deroghe e delle eccezioni era stata adottata a titolo provvisorio su richiesta del Regno Unito restando inteso che una direttiva più coerente avrebbe dovuto essere proposta dopo un periodo di transizione di sette anni.

Fin dalla sua adozione la direttiva è stata al centro di numerosi scontri. Il Regno Unito ha cercato di ottenerne l'annullamento ma la Corte di giustizia ha respinto il suo ricorso. Varie questioni pregiudiziali hanno consentito di risolvere le difficoltà di interpretazione dovute alle diverse posizioni e di sanzionare i recepimenti che si sono rivelati carenti. La Commissione, pur essendo consapevole dei numerosi abusi prodotti dalle deroghe individuali, non ha tentato ricorso per trasgressione contro nessuno Stato membro, privando così i cittadini comunitari della parità di garanzie nell'ambito dei diritti sociali fondamentali.

L'unico progresso importante è stata la graduale estensione del campo di applicazione delle disposizioni comunitarie a quelle attività e a quei settori esclusi dalla direttiva originale.

Nel settembre 2004 la Commissione ha presentato un progetto di revisione della direttiva. Il tetto di quarantotto ore settimanali di lavoro è sottoposto a una ulteriore flessibilizzazione. Il periodo di riferimento per calcolare l'orario settimanale di lavoro potrà essere portato a un anno.

Nella proposta c'è sempre la possibilità per il datore di lavoro di ricorrere a deroghe individuali. In alcuni casi queste deroghe saranno stabilite dalla contrattazione collettiva, ma non obbligatoriamente. La proposta anticipa già l'eventualità di abusi tant'è vero che fissa un secondo limite massimo di sessantacinque ore settimanali, limite che peraltro non ha un carattere assoluto: saranno possibili delle deroghe attraverso contratti o accordi collettivi.

La proposta contiene una definizione dell' "obbligo di presenza" che consente ai datori di lavoro di pretendere da alcuni lavoratori la loro presenza e disponibilità senza che questo tempo sia considerato orario di lavoro. Si tratta di una disposizione che viola le norme internazionali del lavoro che l'Organizzazione internazionale del lavoro ha emanato fin dal 1930! Infatti secondo i termini della convenzione n. 30 relativa all'orario di lavoro nel commercio e negli uffici "viene considerato orario di lavoro tutto il tempo durante il quale il personale è a disposizione del datore di lavoro²".

Se una cassiera di un grande magazzino è obbligata a essere presente sul luogo di lavoro dalle ore 9 alle 20 ma le sue prestazioni effettive hanno una durata di 5 ore e 30 minuti, secondo le nuove disposizioni proposte la cassiera avrà lavorato soltanto la metà del tempo che ha dovuto trascorrere effettivamente sul posto di lavoro a disposizione del datore di lavoro. Le irregolarità in termini di organizzazione del lavoro dovute alle richieste della clientela o al flusso della produzione potrebbero essere interamente a carico dei lavoratori.

La proposta di revisione della direttiva sull'orario di lavoro costituisce dunque un test importante. Fornirà una risposta in merito alla natura della politica sociale comunitaria. Il dibattito di fondo è il seguente: "deregulation" al servizio di disuguaglianze sociali sempre crescenti o miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro della popolazione.

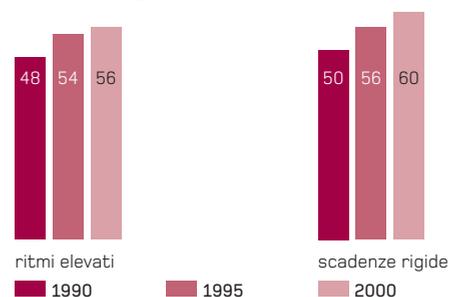
Carico di lavoro

Il carico di lavoro è un fattore importante per la salute dei lavoratori, ed è anche uno degli aspetti dell'organizzazione del lavoro nei cui confronti le politiche di prevenzione sono sempre troppo vaghe.

Il carico di lavoro è una determinante molto complessa. Implica contemporaneamente sforzi fisici e intellettuali, un investimento psicologico e affettivo; dipende in larga misura dalla capacità di un individuo di influire concretamente sullo svolgimento del proprio lavoro, dalla cooperazione esistente tra l'individuo e i propri compagni di lavoro, dalla garanzia di formazione e informazione, dall'adeguamento delle attrezzature di lavoro rispetto alle mansioni da svolgere ecc.

Complessivamente si è riscontrata una forte intensificazione del lavoro durante questi ultimi anni. Tra il 1990 e il 2000 il numero di lavoratori sottoposti a ritmi di lavoro elevati è passato dal 48 al 56% e la percentuale di operatori soggetti a scadenze rigide è passata dal 50 al 60% (dati della Fondazione di Dublino).

Lavoratori soggetti a ritmi elevati e a scadenze rigide - 1990-2000 (%)



Fonte: Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, *Terza indagine europea sulle condizioni di lavoro, 2000*

Questa intensificazione ha molti effetti negativi sulla salute:

- aumento dello stress e dei disturbi psicologici nel loro complesso (fatica generale, insonnia, depressione, irritabilità ecc.);
- fenomeni di somatizzazione che determinano un notevole aumento di vari disturbi fisici;
- insorgenza di un insieme di patologie designate con il termine "disturbi muscoloscheletrici" (Dms);
- inoltre l'intensità del lavoro contribuisce agli infortuni sul lavoro. Infatti il lavoro fatto "in condizioni di emergenza" non sempre consente di far fronte a eventi imprevisti.

L'intensità del lavoro è anche un fattore di esclusione importante soprattutto nel caso dei lavoratori che stanno invecchiando. Per le donne che hanno difficoltà a conciliare la vita professionale con il lavoro domestico non retribuito a volte costituisce un fattore di esclusione dal mercato del lavoro o di segregazione in un lavoro a tempo parziale.

Il lavoro monotono e ripetitivo aumenta gli effetti negativi dell'intensificazione del lavoro. I dati emersi dall'indagine condotta dalla Fondazione di Dublino evidenziano i danni del lavoro ripetitivo sulla salute. Il rapidissimo sviluppo di Dms dimostra come spesso i danni alla salute siano causati da una combinazione dei seguenti fattori:

- intensificazione del lavoro;
- incidenza del lavoro monotono e delle mansioni ripetitive;
- organizzazione del lavoro mediocre e inadeguatezza delle attrezzature di lavoro dal punto di vista ergonomico;
- stress da lavoro.

Tab. 1 Problemi di salute associati a gesti ripetitivi della mano/del braccio - 2000 (%)

	Dolori dorsali	Dolori muscolari alle spalle e al collo	Dolori muscolari agli arti superiori	Dolori muscolari agli arti inferiori
Presenza di gesti ripetitivi	48	37	24	21
Assenza di gesti ripetitivi	19	11	4	5
Tutti i lavoratori	33	23	13	11

Tab. 2 Problemi di salute associati a ritmi - 2000 (%)

	Dolori dorsali	Stress	Dolori muscolari alle spalle e al collo	Ferite
Ritmi permanentemente elevati	46	40	35	11
Assenza di ritmi elevati	25	21	15	5

Tab. 3 Problemi di salute associati a scadenze rigide, 2000

	Dolori dorsali	Stress	Dolori muscolari alle spalle e al collo	Ferite
Ritmi permanentemente elevati	42	40	31	10
Assenza di ritmi elevati	27	20	17	5

Fonte: Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, *Terza indagine europea sulle condizioni di lavoro, 2000*

L'attuale legislazione comunitaria è decisamente inadeguata a orientare le politiche di prevenzione in materia di disturbi muscoloscheletrici. Le direttive esistenti prendono in considerazione solo alcuni fattori di rischio (lavoro su videoterminale ma sotto una prospettiva troppo centrata sui problemi visivi, e la movimentazione manuale dei carichi). Considerando poi la dimensione di genere le lacune di questa legislazione incidono soprattutto sulle lavoratrici addette ad attività che comportano gesti ripetitivi, posture obbligate e una scarsa autonomia decisionale in materia di organizzazione del lavoro.

Violenza, molestie e stress: segnali pericolosi per il carico psicosociale

Varie indagini, nazionali ed europee, testimoniano di un aumento, nel mondo del lavoro, dei problemi associati alla violenza sia fisica che psicologica, alle varie forme di molestie sia sessuali che morali e allo stress. In particolare vi sono alcuni fattori

che spiegano questi fenomeni, e cioè:

- una migliore percezione di fenomeni che sono sempre esistiti ma che prima venivano vissuti nel silenzio e nell'isolamento;
- una disumanizzazione delle condizioni di lavoro spesso associata all'aumento delle esigenze di produttività e a una subordinazione totale delle persone agli imperativi della produzione;
- sistemi di gestione che mettono i lavoratori in concorrenza tra loro, spezzano le forme di cooperazione instaurando una guerra di tutti contro tutti.

La prevenzione incontra parecchi ostacoli nel campo dei rischi psicosociali e questo per vari motivi:

- in genere è impossibile intervenire in questo ambito senza rimettere in discussione l'organizzazione del lavoro. Ma i datori di lavoro ritengono che spetti a loro definire l'odl, in funzione dei loro interessi (in genere il profitto degli azionisti);
- un'analisi degli aspetti psicosociali include necessariamente l'esercizio del potere in seno all'azienda e aspetti particolari dei rapporti di potere sono il fatto di mettere i lavoratori in concorrenza tra loro, la "gestione attraverso lo stress", le discriminazioni razziali o il predominio maschile;
- le pratiche multidisciplinari continuano a essere poco diffuse all'interno dei servizi di prevenzione;
- le direzioni aziendali tendono a privilegiare approcci individuali di gestione dei conflitti rispetto a quelli collettivi di trasformazione delle condizioni di lavoro, come emerge con chiarezza da quanto avviene nel campo delle molestie sessuali e di quelle morali (mobbing).

Senza entrare in un'analisi dettagliata di questi problemi, è indubbio che attualmente essi costituiscano una priorità per la prevenzione, per cui affrontare il problema della salute nei luoghi di lavoro limitandosi ai rischi materiali non è assolutamente sufficiente. Per stimolare le pratiche di prevenzione la Confederazione europea dei sindacati ha negoziato un accordo quadro europeo sullo stress con le or-

ganizzazioni padronali. Questo accordo è stato firmato nell'ottobre 2004 e la sua portata reale dipende dalla capacità di ogni singolo Stato dell'Ue di adottare disposizioni conseguenti.

L'esistenza di un accordo quadro non solleva il legislatore comunitario da ogni responsabilità al riguardo. I sistemi di relazioni industriali sono molto diversi in Europa e i soli meccanismi nazionali di contrattazione collettiva non saranno mai sufficienti a garantire una uguale protezione a tutti i lavoratori dell'Ue.

All'ordine del giorno...

- Impedire che la revisione della direttiva sull'orario di lavoro comporti un arretramento sul piano sociale.
- Indurre la Commissione a presentare una proposta di direttiva sulla prevenzione dei disturbi muscoloscheletrici ed elaborare la legislazione e le politiche nazionali in questo ambito.
- Vigilare affinché l'accordo europeo sullo stress venga recepito nelle contrattazioni collettive nazionali. In caso di insuccesso delle contrattazioni e in quei paesi dove le contrattazioni collettive non garantiscono tutti i lavoratori, vigilare affinché venga adottata una legislazione che assicuri una protezione equivalente di tutti i lavoratori in materia di stress.
- Elaborare la legislazione e le politiche nazionali nel campo della prevenzione dei rischi psicosociali e, in particolare, lottare contro le violenze, il mobbing e le discriminazioni sul lavoro.

Riferimenti bibliografici

- Boisard, Pierre et al., *Temps et travail : l'intensité du travail*, Dublino, Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, 2002. Consultabile su: <http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0248FR.pdf>.
 - Daubas-Letourneux, Véronique, Thébaud-Mony, Annie, *Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne*, Dublino, Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, 2002. Consultabile su: <http://www.fr.eurofound.eu.int/publications/files/EF0206FR.pdf>.
 - Cartron, Damien, Gollac, Michel, "Intensité et conditions de travail", "Quatre pages", n°58, Centre d'Etudes de l'emploi, luglio 2003. Consultabile su: <http://www.cee-recherche.fr/fr/publicationspdf/4pages58.pdf>.
 - "Lo stress da lavoro", Numero speciale *Newsletter del Bts*, n. 19-20, settembre 2002.
 - "Il lavoro senza limiti? Riorganizzare il lavoro e ripensare la salute dei lavoratori", Numero speciale, *Newsletter del Bts*, n. 15-16, febbraio 2001.
 - "I disturbi muscoloscheletrici in Europa", Dossier speciale, *Newsletter del Bts*, n. 11-12, giugno 1999, pp.11-42.
- Tutte le Newsletter del Bts sono consultabili su : <http://tutb.etuc.org/fr/>Newsletter>.

5. I rischi chimici

Importante causa di mortalità sul lavoro

I rischi chimici costituiscono attualmente una grave causa di mortalità tra i lavoratori dei paesi dell'Unione europea tanto da provocare un numero molto più elevato di decessi rispetto agli infortuni sul lavoro. Un recente studio spagnolo reputa che le malattie da lavoro siano responsabili in questo paese di circa 15.000 morti l'anno³. In base a questa valutazione la principale patologia coinvolta è il cancro e la causa prima è il rischio chimico. Altri studi nazionali che hanno cercato di valutare la mortalità attribuibile alle condizioni di lavoro arrivano più o meno agli stessi risultati⁴.

L'esposizione agli agenti chimici è una delle cause più importanti di disparità sociali in materia di salute. Oltre trent'anni fa alcuni ricercatori britannici avevano già dimostrato che le esposizioni professionali erano all'origine di oltre un terzo delle differenze sociali aggregate per quanto riguarda la mortalità da cancro nel suo complesso⁵. In genere tutti i dati disponibili confermano una distribuzione disuguale dei cancri in base alla classe sociale⁶. A seconda dei tipi di cancro il ruolo svolto dalle esposizioni sul lavoro può assumere un'importanza determinante (cancro del naso, del polmone, del fegato, ad esempio) o un'importanza relativamente minore (cancro della prostata).

Per quanto riguarda la morbilità le esposizioni professionali contribuiscono in modo significativo alle disuguaglianze sociali in termini di salute relativamente alle patologie delle vie respiratorie, le dermatosi e le allergie. Svolgono inoltre un ruolo importante in materia di salute riproduttiva.

Gli indicatori di esposizione disponibili dimostrano che moltissimi sono i lavoratori esposti a rischi chimici. Ad esempio l'indagine francese Sumer 1994⁷ indica che il 54% degli operai, il 27 delle professioni intermedie, il 21 degli impiegati e soltanto l'8 dei quadri di livello superiore sono esposti a prodotti chimici. Il 15% dei lavoratori interessati (cioè circa 610.000 persone) è esposto a oltre cinque prodotti diversi. In Francia un milione sono i lavoratori esposti a prodotti riconosciuti cancerogeni. Per il 22% di loro l'esposizione è superiore alle venti ore settimanali.

La normativa comunitaria relativa ai rischi chimici è suddivisa in tre moduli principali:

- norme relative ai luoghi di lavoro che stabiliscono gli obblighi dei datori di lavoro nei confronti dei loro dipendenti;
- norme relative all'introduzione sul mercato che stabiliscono gli obblighi dei fabbricanti e degli importatori di prodotti chimici⁸ e quelli delle autorità nazionali competenti;
- norme relative ai rischi di incidente rilevante (direttiva Seveso) che riguardano

3. Garcia, A.M., Gadea, R., "Estimación de la mortalidad por enfermedades laborales en España" *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2004, 7(1), pp.3-8.

4. Nurminen, M., Karjalainen, A., "Epidemiologic estimates of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2001, vol.27, n°3, pp.161-213.

5. Logan, W.P.D., *Mortality from cancer in relation to occupation and social class*, Lione, Iarc, 1982.

6. Consultare in particolare: International Agency for Research on Cancer, "Social inequalities and cancer", Lione, 1997.

7. Heran-Le Roy, O., Sandret, N., "Enquête nationale Sumer 94. Premiers résultats", Parigi, Ministero del Lavoro e degli Affari sociali.

8. In questo testo per esigenze di brevità i termini "prodotti chimici" designano tanto le sostanze che i preparati.

soprattutto gli obblighi di sicurezza delle aziende rispetto ai rischi per l'ambiente e la sicurezza delle popolazioni che vivono in prossimità dei siti di produzione o di stoccaggio.

La legislazione comunitaria in materia di rischi chimici è stata elaborata in due fasi successive.

Tra il 1978 e il 1988 il problema è stato affrontato sulla base dell'elaborazione di valori limite obbligatori. L'elemento centrale della legislazione era la prima direttiva quadro del 1980. Ma il tentativo di definire un insieme di valori limite obbligatori è fallito e lo si evince dall'abbandono della proposta di direttiva sul benzene. Tra le disposizioni adottate in questa fase rimane in vigore solo la direttiva del 1983 sull'amianto (con varie revisioni successive). Tuttavia l'adozione di valori limite indicativi, previsti a partire dal 1988 con la revisione della direttiva quadro del 1980, si inserisce nella continuità di questa fase.

A partire dal 1989 l'adozione della direttiva quadro segna una svolta e su questa base verranno adottate diverse direttive specifiche nell'ambito della prevenzione dei rischi chimici, e cioè:

- la direttiva sui cancerogeni (prima direttiva adottata nel 1990 e revisionata a più riprese);
- la direttiva sulle lavoratrici gestanti (1992) la quale non si pronuncia in modo netto tra l'eliminazione del rischio alla fonte e le misure di gestione del rischio in funzione delle situazioni individuali. La sua applicazione attesta una decisa sottovalutazione dei rischi per la funzione riproduttiva in una politica globale di prevenzione;
- la direttiva sui rischi chimici (1998). Si tratta della direttiva più globale che propone un approccio coerente rispetto alle disposizioni contenute nella direttiva quadro del 1989.

Parallelamente viene portata avanti l'adozione di valori limite indicativi. Anche se lo strumento scelto è una direttiva, tuttavia il fatto che si tratti di valori limite "indicativi" in pratica priva lo strumento normativo del carattere vincolativo che è la sua prerogativa. La definizione dei valori limite e la loro utilizzazione sono ancora una volta all'origine di notevoli differenze tra i vari paesi dell'Ue.

Si possono cogliere alcune tendenze di ordine generale in materia di applicazione della legislazione relativa ai rischi chimici.

• La gerarchia delle misure di prevenzione è scarsamente rispettata

La sostituzione degli agenti pericolosi con altri che lo sono meno o non lo sono affatto continua ad essere una procedura eccezionale a meno che non venga esplicitamente imposta dalla legislazione o dalle pressioni esercitate dalle autorità pubbliche (caso amianto). Le misure di controllo collettivo vengono spesso trascurate a vantaggio dei mezzi di protezione individuali.

• Esistono notevoli differenze tra i settori e addirittura tra le attività e/o le professioni all'interno di uno stesso settore

Quanto più ci si allontana dalla chimica di base tanto più le misure di controllo collettivo sembrano perdere il loro carattere di priorità. Questo fatto è evidente soprattutto nei settori che utilizzano le sostanze chimiche dove, per motivi diversi, esiste una tradizione di passività rispetto ai rischi che queste rappresentano, come avviene in agricoltura, nel tessile, in alcuni settori manifatturieri, nell'industria alimentare, ma anche in attività di servizio come le aziende di pulimento, le autofficine, i parucchieri o i servizi di assistenza sanitaria.

- Gli effetti a lungo termine delle esposizioni chimiche praticamente non hanno visibilità sociale

A testimonianza di questa realtà c'è il fatto che le popolazioni esposte ad agenti cancerogeni nell'ambito del loro lavoro sono senz'altro rilevanti e la situazione è ancora peggiore nel caso degli agenti mutageni e degli inquinanti organici persistenti. Il problema è aggravato dall'impossibilità di far riconoscere le numerose patologie causate dal lavoro quali malattie di origine professionale.

- Le politiche di prevenzione tendono a trascurare parecchi effetti se non sono immediati e gravi

Gli effetti associati a bassi livelli di esposizione e a combinazioni di esposizioni sono trattati in misura quasi trascurabile. Si tratta di un ambito dove il rispetto dei valori limite offre scarsa protezione e dove non esiste una retroazione della sorveglianza sanitaria in grado di incidere sulle valutazioni del rischio e sulla ridefinizione dei piani di prevenzione. In numerosi paesi dell'Unione europea un certo numero di lavoratori esposti a sostanze chimiche pericolose non viene sottoposto ad alcuna sorveglianza sanitaria dal momento che il loro datore di lavoro non riconosce la pericolosità delle esposizioni.

- L'attività dei servizi di prevenzione non è adeguata ai problemi posti dai rischi chimici

L'accesso a servizi multidisciplinari competenti sia in materia di igiene industriale che di sorveglianza sanitaria è ancora oggi un privilegio riservato a una minoranza di lavoratori. In realtà, nella maggior parte dei paesi dell'Ue, due sono i criteri che incidono soprattutto sul funzionamento dei servizi di prevenzione: il settore e la dimensione dell'azienda. Criteri di questo tipo sono sicuramente inadeguati se si pensa all'enorme diffusione dei rischi chimici tra i lavoratori.

All'ordine del giorno...

- L'adozione del sistema Reach, dopo la direttiva quadro del 1989, è l'occasione più importante che ci viene offerta per migliorare le condizioni di salute sul lavoro. E' essenziale respingere le pressioni che gli industriali stanno esercitando con lo spauracchio della perdita di posti di lavoro. Il dibattito in corso sul Reach consente una migliore cooperazione tra le organizzazioni ambientaliste e il movimento sindacale.
- Rafforzare le norme che si applicano alle aziende "Seveso" prevedendo alcune disposizioni che regolino il subappalto e facendo partecipare i rappresentanti dei lavoratori per la salute e la sicurezza all'elaborazione delle misure di prevenzione contro i grandi rischi.
- Promuovere l'adozione di valori-limite sulla base delle esigenze in materia di salute cercando di armonizzare questi valori in funzione delle migliori pratiche di prevenzione.

Riferimenti bibliografici

- Reach au travail, opuscolo che sarà pubblicato nel 2004.
- Sito internet del Bts : <http://tutb.etuc.org/fr/>Dossiers>Agents chimiques>

Reach: un sistema a difesa della salute nei luoghi di lavoro

Quali sono i legami tra l'attuale regolamentazione del mercato e le carenze constatate in materia di prevenzione nei luoghi di lavoro?

La prevenzione nei luoghi di lavoro dipende rigorosamente dalle informazioni disponibili sul mercato. I rischi chimici non sono necessariamente identificabili attraverso una percezione immediata e, nella maggior parte dei casi, il livello reale delle attività di prevenzione è stabilito dalle informazioni allegate al prodotto: classificazione, scheda dei dati di sicurezza, frasi di rischio ecc.

I lavori preparatori del Libro bianco sui prodotti chimici hanno scoperto che ci sono parecchie lacune in queste informazioni. Classificazione insufficiente, omissione di alcuni effetti nelle valutazioni dei rischi effettuate dalle aziende produttrici, carenze rilevate nei meccanismi di valutazione stabiliti dalle autorità pubbliche ecc. Alcuni casi particolarmente drammatici, come la morte di sei lavoratori in una fabbrica tessile in Spagna (caso Ardystil) o i problemi associati agli eteri glicolici in Francia, testimoniano di un'enorme mancanza di informazioni.

Un miglioramento delle regole di mercato non si tradurrà automaticamente in un miglioramento di tutti gli aspetti della prevenzione nei luoghi di lavoro. Le condizioni concrete di utilizzazione delle sostanze sono comunque decisive per stabilire il livello di prevenzione. Ma una riforma delle regole di mercato può creare condizioni senz'altro più favorevoli all'attività di prevenzione.

In che misura le proposte del sistema Reach possono migliorare la prevenzione nei luoghi di lavoro?

1. Il sistema Reach inciderà soprattutto sull'informazione fornita dal mercato

L'obbligo di registrazione è accompagnato, secondo modalità diverse, da un obbligo di valutazione. I miglioramenti proposti dovrebbero ridurre quei casi di classificazione insufficiente, che quasi sempre si traducono in una sottovalutazione dei rischi.

2. Un sistema più dinamico di circolazione dell'informazione

Un sistema di valutazione dà dei risultati in termini di prevenzione solo se funziona in base a principi di gestione dinamica. Una prima valutazione sfocia in alcune decisioni in merito alla classificazione, all'imballaggio, all'etichettatura, ai dati di sicurezza che dovranno essere verificate, adeguate o modificate. Fino ad ora, salvo alcuni rarissimi casi nei quali interviene l'autorità pubblica, la valutazione iniziale effettuata dal produttore diventa quasi sempre la valutazione definitiva e questo tipo di sistema non si avvale delle esperienze e non tiene conto dei problemi reali presenti nei luoghi di lavoro. Il Reach dovrebbe permettere di verificare meglio quale sia l'impatto dell'ambiente di lavoro sulla salute.

3. Una maggiore responsabilizzazione dei diversi protagonisti

Attualmente le attività dei produttori sono nettamente separate da quelle degli utenti e questo comporta due inconvenienti. I produttori sono poco inclini all'innovazione in materia di salute e di tutela dell'ambiente. Gli utenti finali tendono ad adottare un comportamento piuttosto passivo e le valutazioni di rischio che devono fare come datori di lavoro sono spesso abbastanza superficiali quando si tratta di rischi chimici. Diffondere in maniera più sistematica le informazioni dovrebbe consentire una maggiore responsabilizzazione dei vari protagonisti e potrebbe in particolare rivitalizzare la pratica della valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro.

4. Una ripresa dell'iniziativa da parte delle autorità pubbliche

L'istituzione dell'Agenzia europea per le sostanze chimiche (European Chemicals Agency) e i suoi legami con le autorità competenti nei vari Stati membri, le disposizioni in materia di procedure di autorizzazione o di restrizione per alcune sostanze dovrebbero fare in modo che le autorità pubbliche tornino ad assumere l'iniziativa in questo settore.

Amianto : conseguenze tragiche quando le aziende si autoregolano

Si è cominciato a usare massicciamente l'amianto nelle produzioni industriali negli ultimi trent'anni del diciannovesimo secolo, e, a cavallo tra il diciannovesimo e il ventesimo sono scattati i primi allarmi in merito all'elevata mortalità registrata tra i lavoratori esposti a questa sostanza.

Tre sono le principali patologie causate dall'amianto: l'asbestosi (una fibrosi dei polmoni paragonabile alla silicosi che comporta difficoltà respiratorie gravi e può provocare la morte), il cancro dei polmoni e il mesotelioma (cancro della pleura). Ma l'amianto è all'origine di altri cancri. Fin dal 1920 era noto per essere causa di gravi malattie respiratorie. Già nel 1950 erano disponibili dati scientifici sufficienti relativi alla cancerogenicità dell'amianto. Nel 1977 l'Organizzazione mondiale della sanità classificava l'amianto come sostanza cancerogena per l'uomo.

Per moltissimo tempo le industrie produttrici e utilizzatrici dell'amianto hanno intimidito le autorità pubbliche a tal punto che queste, con il pretesto di salvaguardare l'occupazione, raccomandavano di continuare a produrre amianto "con senso di re-

sponsabilità", adottando misure di igiene industriale. Questa strategia basata sull'uso controllato è stata un fallimento e soprattutto ha ritardato l'introduzione del divieto di utilizzazione dell'amianto. Ha contribuito a decine di migliaia di decessi evitabili nei paesi dell'Ue e ancora oggi cerca di impedire il bando di questa sostanza nei principali paesi utilizzatori che si trovano ormai soltanto in Asia, nell'America Latina e in Africa. È stato solo nel 1999 che l'Unione europea ha deciso di vietare tutti i tipi di amianto (a partire dal 1° gennaio 2005).

Attualmente nei paesi industrializzati la mortalità da amianto è superiore a quella imputabile agli infortuni sul lavoro e questa situazione continuerà ancora per alcuni decenni dal momento che il periodo di latenza tra l'esposizione e l'insorgenza del mesotelioma può superare i quarant'anni. Peraltro sono ancora moltissimi gli edifici dove l'amianto è presente e che quindi rappresentano un pericolo potenziale non indifferente per la salute pubblica. Le misure di prevenzione indotte da queste circostanze hanno costi elevati che saranno a carico anche delle prossime generazioni.

6. La precarizzazione del lavoro Problema sempre più grave

Decine di milioni di lavoratori nell'Unione europea svolgono lavori cosiddetti "atipici". Anche se a stretto rigore godono di una parità giuridica formale, nei fatti però queste forme di lavoro spesso privano i lavoratori delle garanzie di cui abitualmente beneficiano gli operatori con un contratto a tempo indeterminato e a tempo pieno.

- La maggior parte degli studi che si occupano di salute occupazionale dimostrano che i lavoratori precari sono tra i più vulnerabili e sono più frequentemente vittime di infortuni sul lavoro. Rispetto ai loro colleghi hanno meno possibilità di accesso ai servizi di prevenzione e la sorveglianza medica per loro è meno sistematica. La loro informazione e formazione in materia di rischi professionali sono generalmente inadeguate, inoltre raramente possono avvalersi di un Rls.
- Spesso il lavoro precario ci è stato presentato come una soluzione miracolosa ai problemi della disoccupazione. In realtà per molti lavoratori il precariato non consente un inserimento stabile nel mercato del lavoro. Anzi in alcuni casi si entra in una spirale che porta all'esclusione sociale e a una precarietà esistenziale sempre più pericolosa. Il lavoro precario è una delle cause principali del moltiplicarsi in Europa dei cosiddetti "working poors" cioè di quelle persone che vivono al di sotto della soglia di povertà pur avendo un lavoro e questa situazione riguarda soprattutto le donne e i giovani.

La precarizzazione delle condizioni di lavoro non è appannaggio esclusivo delle forme precarie di lavoro. In molti casi il subappalto produce precarietà anche tra i lavoratori che hanno un posto di lavoro stabile perché le condizioni di lavoro sono soggette alla pressione costante della concorrenza in termini di costi e al controllo esterno esercitato da coloro che passano l'ordine. Alcune recenti catastrofi, come l'incidente avvenuto all'Azf di Tolosa e quello alla Repsol in Spagna, hanno evidenziato i pericoli derivanti dal subappalto. Anche il lavoro degli autonomi è spesso molto precarizzato.

Per quanto riguarda il lavoro precario resta ancora moltissimo da fare. Le po-

All'ordine del giorno...

- Prendere in maggiore considerazione il lavoro precario nell'elaborazione delle strategie nazionali in materia di salute sul lavoro.
- Definire meccanismi in grado di consentire ai lavoratori interinali di accedere ai servizi di prevenzione e di essere rappresentati quando si tratti di tematiche connesse alla salute sul lavoro. Vietare il ricorso al lavoro interinale in quei settori o attività che comportano rischi molto gravi. Negli altri casi sottoporre l'utilizzo del lavoro interinale a un controllo da parte dei rappresentanti dei lavoratori e delle autorità pubbliche.
- Procedere a una valutazione critica dei rapporti tra politiche dell'occupazione e salute sul lavoro nell'Unione europea.

che norme comunitarie esistenti sono decisamente insufficienti rispetto alla portata dei problemi. La questione sta diventando particolarmente urgente e grave a causa della precarizzazione delle condizioni di lavoro nei nuovi Stati membri.

Lavoro interinale e sicurezza: alcuni dati nazionali

In Spagna esiste uno stretto legame tra lavoro precario e tassi elevati di infortuni sul lavoro. La maggior parte dei dati disponibili non fanno distinzione tra lavoro temporaneo effettuato per conto di un'azienda (contratto a termine) e lavoro interinale. Uno studio sistematico delle statistiche relative agli infortuni sul lavoro tra il 1988 e il 1995 fa emergere una tendenza costante. Nel corso degli otto anni considerati i tassi di incidenza degli infortuni per 1.000 lavoratori sono stati 2,8 volte più elevati tra i lavoratori temporanei rispetto a quelli occupati a tempo indeterminato. Gli infortuni mortali hanno registrato un tasso di incidenza 1,8 volte maggiore⁹. Da alcune ricerche è emerso che tra i lavoratori temporanei gli interinali presentavano tassi di infortunio decisamente più elevati ma l'Istituto nazionale per la sicurezza e

l'igiene del lavoro non dispone di statistiche specifiche riguardanti questa particolare categoria. Uno studio condotto nel 2003 sulle statistiche relative al periodo 1996-2002 dimostra che la situazione tende a deteriorarsi¹⁰. Il tasso di frequenza degli infortuni è in sensibile aumento soprattutto tra i lavoratori temporanei rispetto a quelli che lavorano a tempo indeterminato. Tra il 1996 e il 2002 per i lavoratori a tempo determinato il tasso è passato dal 101 al 121 per mille lavoratori, mentre per quelli stabili è passato dal 42 al 45 per mille.

La tabella 4 illustra l'eccessiva predisposizione all'infortunio dei lavoratori interinali in Belgio. Il confronto riguarda i lavoratori interinali per l'anno 2002 e tutti i lavoratori per il 2001.

Tab. 4 Gli infortuni sul lavoro in Belgio: confronto tra i lavoratori interinali e tutti i lavoratori complessivamente

	Operai		Impiegati		Operai 66.5 % + impiegati 33.5 %	
	Tutti i lavoratori	Lavoratori interinali	Tutti i lavoratori	Lavoratori interinali	Tutti i lavoratori	Lavoratori interinali
Tasso di frequenza	61.7	124.56	7.25	15.03	41.25	87.27
Tasso di gravità reale	1.4	2.41	0.14	0.25	0.98	1.66
Tasso di gravità globale	2.65	6.48	0.265	0.67	1.86	4.45

Fonte: dati del servizio centrale di prevenzione relativi agli infortuni sul lavoro denunciati dalle aziende di lavoro interinale nel 2002

9. Boix, P., Orts, E., Lopez, M.J., Rodrigo, F., "Trabajo temporal y siniestralidad laboral en España en el periodo 1988-1995", Cuadernos de relaciones laborales, n. 11, 1997, pp.275-319.

10. Union General de Trabajadores (Ugt) "Evolucion de la siniestralidad en España 1996-2002", Madrid, 2003.

7. Salute riproduttiva e maternità Migliorare la conoscenza e la prevenzione

Nell'ambiente di lavoro molti sono i fattori di rischio per l'apparato riproduttivo, e in particolare quelle sostanze chimiche la cui tossicità non è stata adeguatamente valutata, alcuni fattori fisici come il calore, le radiazioni ionizzanti ecc. Ma anche l'organizzazione del lavoro può presentare alcuni rischi. Ad esempio un orario di lavoro troppo lungo o il lavoro di notte sono stati associati a un aumento di aborti spontanei, a problemi di crescita nel feto (in particolare una diminuzione di peso alla nascita) oppure a nascite premature. Anche lo stress causato dall'intensità del lavoro ha spesso effetti negativi sulla libido.

I problemi sono essenzialmente due:

- i rischi per la salute riproduttiva dovuti al lavoro sono poco studiati e mancano parecchi dati. Soltanto alcune regioni d'Europa (in particolare la Toscana in Italia) dispongono di registri che permettono di associare determinate anomalie alle

Gli eteri glicolici

Queste sostanze sono presenti in una vasta gamma di prodotti di consumo e anche nei luoghi di lavoro. Si trovano nei detersivi per la casa, nelle colle, nelle vernici e nelle pitture, nei deodoranti, nei cosmetici e nei medicinali ecc.

Da alcuni anni la normativa comunitaria vieta l'uso nei prodotti di consumo più diffusi di alcuni eteri glicolici tossici per la funzione riproduttiva. Ma niente è stato previsto nel caso delle esposizioni professionali nei luoghi di lavoro. Nel 2000 in Francia, a seguito di una denuncia sporta da alcuni lavoratori degli Stati Uniti, il sindacato ha effettuato un'indagine tra i lavoratori dell'Ibm di Corbeil. Sono stati registrati undici cancro dei testicoli, diciassette altri tipi di cancro e dieci casi di malformazioni alla nascita. Ci sono state delle denunce contro l'Ibm per aver esposto i lavoratori, tra il 1970 e il 1995, agli eteri glicolici. Mina Lamrani imballava bottiglie di eteri glicolici che utilizzava per pulire le scatole nelle quali venivano immagazzinate fette di silicio negli ambienti non areati di una piccola azienda

che lavorava in subappalto per l'Ibm. Il suo bambino è nato con una grave malformazione al viso. Thierry Garofano lavorava nella fabbrica di Corbeil ed era esposto agli eteri glicolici. È diventato sterile e soffre di forti dolori muscolari. Su iniziativa delle organizzazioni sindacali e delle associazioni delle vittime in Francia l'impiego degli eteri glicolici è stato rimesso in discussione e sono previsti degli sviluppi anche a livello di legislazione comunitaria. Dalle azioni giudiziarie in corso negli Stati Uniti promosse da 157 lavoratori di varie fabbriche dell'Ibm è emerso che questa multinazionale fin dai primi anni ottanta era stata avvisata dalle autorità federali del fatto che alcuni eteri glicolici erano all'origine di gravi malformazioni fetali negli animali e che potevano costituire un serio pericolo per la funzione riproduttiva nell'essere umano. I processi in corso negli Stati Uniti dimostrano che l'esposizione ad alcuni eteri glicolici ha provocato cancro tra i lavoratori (soprattutto il cancro dei testicoli) e gravi malformazioni nei loro bambini (a seguito di una esposizione sia del padre che della madre).

esposizioni sul lavoro. L'industria chimica è decisamente restia a intraprendere valutazioni approfondite dei rischi per la salute riproduttiva presenti nelle loro realtà produttive.

- anche quando i dati ci sono le politiche attuate molto spesso trascurano la prevenzione primaria (soprattutto l'eliminazione dei rischi) privilegiando una soluzione individuale limitata al periodo della gravidanza.

La direttiva del 19 ottobre 1992 sulla protezione delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento contiene alcune ambiguità e carenze sia per quanto riguarda la salute sul lavoro in senso stretto sia in materia di tutela dei diritti (protezione contro i licenziamenti, mantenimento della retribuzione ecc.).

La valutazione dei rischi ha un ruolo centrale nella direttiva la quale non definisce alcuna misura di prevenzione mirata, ma si limita a considerare alcuni fattori di rischio, peraltro in maniera non esaustiva, e a prevedere che si terrà conto di questi fattori nella definizione delle misure di prevenzione. Un datore di lavoro prima di fare la valutazione dei rischi deve aspettare che la donna gli comunichi la sua gravidanza o invece in tutte le aziende si deve procedere alla valutazione preliminarmente in modo da eliminare o ridurre i rischi prima che una lavoratrice notifichi di essere incinta? A nostro parere va privilegiata la seconda opzione, ma a questo riguardo la direttiva è molto ambigua.

Una valutazione del rischio effettuata dopo la comunicazione da parte della lavoratrice del suo stato non consente una politica di prevenzione efficace. Secondo la letteratura scientifica i rischi maggiori per il feto si concentrano all'inizio della gravidanza. Nella maggior parte dei casi quando il datore di lavoro ne viene informato è già troppo tardi per prevenirli. Comunque anche se una situazione ambientale favorevole facilitasse la comunicazione immediata dello stato di gravidanza sembra che comunque la notifica avvenga in media dopo circa 7,5 settimane di gestazione. La maggior parte dei rischi di malformazione dell'embrione si concentrano tra la terza e l'ottava settimana con periodi di massima incidenza diversi a seconda degli organi, per cui per la stragrande maggioranza delle donne le misure di prevenzione

relative all'esposizione ad agenti teratogeni risulteranno inefficaci.

La direttiva prevede che il datore di lavoro adotti le misure di prevenzione in base alla valutazione dei rischi. Prioritarie sono l'eliminazione del rischio e la prevenzione alla fonte, in caso contrario il datore di lavoro deve adottare misure temporanee di adeguamento dell'organizzazione del lavoro e in presenza di impossibilità tecnica od oggettiva egli dovrà assegnare la lavoratrice a un altro posto di lavoro. In caso di impossibilità tecnica od oggettiva di procedere in tal senso allora la lavoratrice dovrà essere dispensata dal lavoro per tutto il periodo necessario a proteggerne la salute. La direttiva non fornisce alcun criterio per capire cosa si intenda per impossibilità oggettiva. Ad esempio il problema dei costi che andrebbero a incidere sul profitto economico basterebbe ad escludere l'adozione delle misure necessarie?

All'ordine del giorno...

- Indurre la Commissione a presentare una proposta di revisione della direttiva del 1992 e migliorare le legislazioni nazionali in materia di tutela della maternità.
- Far progredire la legislazione e le politiche nazionali relative agli agenti mutageni e tossici per la funzione riproduttiva per migliorare la prevenzione.
- Sostenere il progetto Reach e migliorarne le disposizioni fondamentali.
- Stimolare la ricerca sui rischi per la funzione riproduttiva.
- Garantire la verifica dei dati disponibili relativi ai problemi di salute riproduttiva associati alle condizioni di lavoro.
- Contribuire alla definizione di una strategia globale per la salute riproduttiva che tenga conto anche dei rischi associati al lavoro.

Quel che succede in pratica sembrerebbe confermare questa possibilità. Nel caso di rischi gravi l'opzione più diffusa è l'allontanamento preventivo, per cui la gravidanza si trasforma in una patologia che esclude le donne dai luoghi di lavoro. Una soluzione di questo tipo pone due problemi. Da un lato l'assenza di garanzie sufficienti per quanto riguarda la retribuzione potrebbe implicare che, costrette dal bisogno economico, alcune lavoratrici sceglieranno di restare al proprio posto di lavoro malgrado i rischi per la salute, dall'altro la prevenzione primaria che comporta l'eliminazione dei rischi alla fonte non è più considerata una priorità.

Contrariamente alle altre direttive sulla salute lavorativa quella del 1992 non prevede alcuna consultazione dei rappresentanti dei lavoratori in materia di misure di prevenzione e questo rafforza la tendenza a considerare la protezione delle lavoratrici gestanti una questione che riguarda alcune persone che si trovano in una situazione anormale e non come un obiettivo collettivo di salute sul lavoro in qualunque azienda.

La direttiva non stabilisce garanzie sufficienti per quanto riguarda il mantenimento della retribuzione durante il congedo di maternità. Le disposizioni relative alla tutela contro il licenziamento possono essere facilmente aggirate in quanto è sufficiente che il datore di lavoro invochi una causa diversa dalla gravidanza.

L'adozione della direttiva aveva suscitato alcuni contrasti tra gli Stati membri. L'Italia aveva condizionato il proprio voto favorevole a un impegno a migliorare la direttiva a breve termine. La Commissione avrebbe dovuto presentare una proposta di modifica nell'ottobre 1997. Nel luglio del 2000 il Parlamento europeo ha proceduto a un esame critico dell'applicazione della direttiva e si è pronunciato per una revisione della stessa. Fino ad oggi la Commissione non ha avanzato la benché minima proposta in materia.

L'approccio preventivo più efficace consisterebbe nel limitare la tutela della maternità a quelle condizioni che caratterizzano la situazione delle donne in gravidanza (in primo luogo nel campo dell'ergonomia, dell'orario e dell'intensità del lavoro, ma anche per quanto riguarda una maggiore protezione contro alcuni agenti infettivi e le radiazioni ionizzanti) e nell'adottare una politica molto più severa in materia di prevenzione del rischio chimico basata sull'eliminazione e la sostituzione delle sostanze pericolose per la funzione riproduttiva (sia delle donne che degli uomini). Nei casi in cui un'eliminazione risultasse tecnicamente impossibile si dovrebbe ricorrere a misure di controllo efficaci riducendo le esposizioni ai livelli minimi. A tale proposito la proposta della Commissione di includere gli agenti chimici pericolosi per la funzione riproduttiva nella sfera di applicazione della direttiva "agenti cancerogeni" è un primo passo nella giusta direzione. L'efficacia di questo provvedimento dipenderà dalla misura in cui l'industria chimica sarà obbligata a valutare adeguatamente i rischi per la funzione riproduttiva che presentano i prodotti immessi sul mercato e il progetto Reach costituisce un'opportunità per un'evoluzione in tal senso.

8. Riconoscimento delle malattie professionali Imparare dagli errori

Dovendo definire le priorità della prevenzione sulla base dei dati che risultano dalla notifica e dal riconoscimento delle malattie di origine professionale in Europa dovremmo rassegnarci a una serie di constatazioni assurde. I dati disponibili invece di informarci sulla situazione reale in materia di salute testimoniano di un occultamento sistematico della maggior parte delle malattie da lavoro da parte dei sistemi vigenti.

Questo riconoscimento delle patologie professionali che non corrisponde alla situazione reale è comune a tutti i paesi dell'Ue e ha conseguenze immediate:

- una ridotta visibilità di numerose patologie che non vengono considerate prioritarie dalle politiche di prevenzione;
- un massiccio trasferimento di risorse a beneficio del padronato. I costi sono in parte a carico delle vittime (ad esempio la perdita di salario dovuta a un cambiamento di posto di lavoro o la disoccupazione, la maggior parte delle conseguenze di una invalidità ecc.) e in parte sono scaricati sui bilanci generali della sanità (copertura delle malattie, dell'invalidità e della disoccupazione garantita dalla previdenza sociale, dal sistema sanitario nazionale ecc.).

La dimensione di genere all'interno dell'inadeguato riconoscimento delle patologie professionali merita un'analisi particolare. Si tratta di una discriminazione sistematica che indebolisce le politiche di prevenzione nei confronti di malattie molto diffuse tra le lavoratrici e che colpisce soprattutto le donne. Nella maggior parte dei paesi dell'Ue le donne si collocano in una percentuale che va dal 25 al 40 % dei casi di malattie professionali riconosciute. Nel Regno Unito questa percentuale è inferiore al 10% e in Belgio si aggira intorno al 5.

Eppure i dati globali raccolti nel 1999 da Eurostat nell'Ue all'epoca dell'indagine sulla forza di lavoro indicano che in tutti i paesi considerati dall'indagine, salvo la Grecia, il tasso di prevalenza delle malattie da lavoro è maggiore tra le donne quando viene aggregato all'equivalente tempo pieno¹¹.

Il fallimento annunciato di una politica comunitaria

Le prime iniziative comunitarie in materia di salute sul lavoro si erano poste l'obiettivo di armonizzare i sistemi di riconoscimento delle malattie professionali e di creare una struttura comune per la medicina del lavoro. Si trattava di raccomandazioni della Commissione, cioè testi non vincolativi. La prima fu adottata il 23 luglio 1962 e aveva come oggetto l'indennizzo delle malattie professionali. Raccomandava la stesura di una lista uniforme di malattie o di agenti che potevano causarle e paral-

11. Consultare : Dupré, Didier, " La salute e la sicurezza degli uomini e delle donne sul lavoro ", *Statistiques en bref, Population et conditions sociales*, tema 3-4, Eurostat, 2002. Consultabile su: http://europa.eu.int/index_fr.htm>Eurostat.

Fallimento di una politica comunitaria in cifre

Uno studio di Eurogip pubblicato nel 2000 illustra le enormi disparità esistenti tra i vari sistemi nazionali di notifica e di riconoscimento delle malattie professionali e consente di valutare le disuguaglianze sociali che implicano.

Negli Stati dell'Unione europea considerati in questo studio si va da un minimo di 3,3 malattie di origine professionale riconosciute per 100.000 lavoratori in Irlanda a un massimo di 177 in Francia.

Non si riscontra alcun reale avvicinamento tra i vari sistemi nazionali né per quanto riguarda i dati complessivi riassunti nella tabella né in merito alle principali patologie. In dieci anni lo scarto tra le situazioni estreme è rimasto praticamente identico, salvo il caso della Svezia. Le evoluzioni avvenute nel corso di questi ultimi dieci anni differiscono notevolmente da un paese all'altro. Nei paesi scandinavi, in Austria e in Italia c'è stata un'impressionante diminuzione del numero di malattie professionali riconosciute (con una leggera rimonta in Italia e in Svezia durante gli ultimi

due o tre anni). Le logiche di austerità hanno svolto un ruolo determinante in questo regresso, peraltro ugualmente evidente in Belgio, anche se meno marcato. In Francia e in Spagna si osserva il fenomeno inverso: siamo di fronte a un regolare aumento del numero di malattie riconosciute attribuibile in tutti e due i paesi a un più puntuale riconoscimento dei disturbi muscoloscheletrici e in Francia delle malattie da amianto. In Germania si è avuto un aumento delle malattie riconosciute tra il 1990 e il 1996, seguito, a partire dal 1997, da una regolare diminuzione. Nel Regno Unito il numero di malattie professionali riconosciute è molto basso se confrontato ad altri Stati dell'Ue. Nel corso degli anni novanta non c'è stata una evoluzione netta: in media sono state riconosciute annualmente oltre 3.000 patologie polmonari e un numero compreso tra le 4.000 e le 5.000 altre patologie diverse. Negli ultimi anni (dal 1998 al 2000) si riscontra un deciso calo delle malattie polmonari riconosciute e una stagnazione nel caso delle altre patologie.

Tab. 5 Malattie professionali denunciate e riconosciute in dodici paesi dell'Ue - 1990-2000

	Nuovi casi di malattie professionali denunciati per 100.000 lavoratori			Nuovi casi di malattie professionali riconosciuti per 100.000 lavoratori (% di casi accertati)		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Austria	151	133	103	78 (51.8 %)	52 (39.3 %)	42 (41.7 %)
Belgio	431	336	277	186 (43.2 %)	204 (60.9 %)	112 (40.5 %)
Danimarca	549	669	545	90 (16.4 %)	131 (19.6 %)	124 (22.8 %)
Finlandia	320	331	238	160 (50 %)	110 (33.1 %)	64 (27 %)
Francia	63	103	237	44 (70 %)	76 (73.8 %)	177 (75 %)
Germania	192	235	211	35 (18.3 %)	66 (27.9 %)	49 (23.1 %)
Grecia	-	5.3	4.5	-	4.7 (90 %)	3.5 (78.1 %)
Irlanda	4.4	6.4	7.5	2,3 (52 %)	5.5 (87 %)	3.3 (44 %)
Italia	354	211	160	93 (26.2 %)	39 (18.5 %)	33 (20 %)
Lussemburgo	113	49	82	8 (6.7 %)	15 (30.9 %)	14 (16.9 %)
Portogallo	-	57	55	-	42 (73.1 %)	27 (48.9 %)
Svezia	1,524	642	309	1,242 (81.5 %)	258 (41.3 %)	138 (45 %)

Fonte: Eurogip, 2002

lealmente consigliava che i sistemi si preparassero a riconoscere qualunque malattia la cui origine professionale fosse sufficientemente dimostrata. Un altro obiettivo era quello di istituire un sistema di notifica di certe patologie che non erano comprese nella lista al fine di consentire un aggiornamento periodico della lista stessa.

Quattro anni dopo, il 20 luglio 1966, la Commissione adottava una nuova raccomandazione che riguardava le vittime di malattie professionali, più precisa rispetto a quella del 1962. Il suo intendimento era di fare in modo che gli Stati membri presentassero dei rapporti biennali da utilizzare come base per una revisione periodica della lista europea. Le raccomandazioni del 1962 e del 1966 furono ampiamente disattese.

Il 22 maggio 1990 la Commissione adottò una nuova raccomandazione dove ancora una volta si esortavano gli Stati membri ad applicare i principi stabiliti oltre venticinque anni prima. La raccomandazione inoltre aggiornava per la prima volta in ventiquattro anni la lista europea, mentre originariamente era previsto un aggiornamento periodico ogni due o tre anni. La maggior parte dei paesi della Comunità non sempre applicavano il sistema misto, soltanto la Danimarca e il Lussemburgo sembrava avessero adottato un sistema conforme alle indicazioni contenute nelle raccomandazioni del 1962 e del 1966.

La nuova raccomandazione conteneva una esortazione finale: “La Commissione chiede agli Stati membri di informarla, al termine di un periodo di tre anni, in merito alle misure adottate o previste per dare seguito alle disposizioni contenute in questa raccomandazione. A quel punto la Commissione esaminerà in che misura questa sia stata attuata negli Stati membri per stabilire se sia opportuno proporre uno strumento normativo vincolativo”. Quindi era ragionevole prevedere che intorno al 1993-1994 sarebbe stata messa in cantiere una direttiva ad hoc.

Il 20 settembre 1996 la Commissione adotta una comunicazione riguardante la lista europea delle malattie professionali nella quale si arrivava alla conclusione che è “premature proporre in questo momento una disposizione legislativa vincolativa per sostituire la raccomandazione del 1990”. La Commissione prevedeva “tuttavia di

esaminare questa possibilità in occasione di un aggiornamento della lista europea delle malattie professionali”.

L'aggiornamento è stata fatto nel settembre 2003. Il contenuto della lista è stato migliorato, ma il fatto che si tratti ancora e sempre di una raccomandazione pone non pochi interrogativi in merito alla sua efficacia.

All'ordine del giorno...

- Indurre la Commissione a presentare una proposta di direttiva sui criteri minimi di riconoscimento delle malattie professionali nei vari paesi dell'Unione europea.
- Prendere delle iniziative per combattere contro quella che si può definire una forma di discriminazione indiretta e cioè il numero sistematicamente inferiore di riconoscimenti delle malattie professionali che colpiscono le lavoratrici.
- Incoraggiare la ricerca su quelle malattie che si sospettano di origine professionale in modo da rafforzare le strategie di prevenzione.
- Intervenire nei vari Stati per migliorare i sistemi di riconoscimento delle malattie professionali e, in particolare, vigilare affinché il riconoscimento dei tumori di origine professionale, delle lombalgie e delle patologie associate alla salute mentale corrisponda maggiormente a quella che è la situazione reale.