

Un'azione di prevenzione efficace, partecipata e diffusa: un'azione unitaria per la condizione di lavoro.

Commento di Vittorio Buscaglione al Documento CGIL-CISL-UIL per il miglioramento della condizione di lavoro e la difesa della salute e sicurezza nella aziende.

1.

La stagione della vera contrattazione della condizione di lavoro in funzione della salute di chi lavora (a cavallo degli anni '60 e '70) è stata breve e piena di contraddizioni, in cui sovente il tema della salute era affrontato, nelle piattaforme rivendicative e nelle priorità di contrattazione, in modo strumentale.

È mancata anche la gestione degli accordi: moltissimi accordi (che nei fatti anticipavano la legislazione europea) non sono stati applicati ed è mancata l'attenzione da parte sindacale.

Su due priorità (silicosi e asbestosi) che ci si era posti possiamo valutare l'efficacia.

Sull'amianto, malgrado le iniziative del Centro Asbestosi degli anni '70, ci è voluto tempo ma si è arrivati al divieto di utilizzo ed è diventato un problema mondiale.

Sulla silice, tema se si può più complesso, si sono fatti passi in avanti ma l'Ilva insegna che la consapevolezza del rischio è stata debole anche tra i lavoratori e soprattutto ha giocato il ricatto del posto di lavoro.

Maggiore ritardo abbiamo avuto per le sostanze cancerogene, che oggi diventa una priorità in Europa.

Importante è stata la capacità di controllo sulla organizzazione del lavoro che si sviluppa a partire non solo dal lavoro in linea (più tipicamente fordista) ma nei più diversi modi di produrre. Queste acquisizioni si sono gradualmente perse soprattutto a partire dagli anni '80.

Questa fase ha però creato un modello di contrattazione valido ancora oggi, ha fatto sì che la medicina del lavoro ampliasse molto la conoscenza dei rischi e degli effetti sulla salute, ha di fatto ispirato in larga parte la legislazione europea.

2.

Nella applicazione della legislazione europea nel corso di questi ultimi 20 anni è mancata da parte sindacale la padronanza di quel modello.

Il modello è fortemente basato sulla difesa della salute e non solo sulla sicurezza, come oggi è in prevalenza, e pone al centro la persona nella sua completezza, in grado di valutare l'interazione che esiste tra i diversi aspetti della organizzazione del lavoro e lo stato di salute.

In primo luogo il modello si basa sulla "**non delega**".

L'affermazione della responsabilità anche penale del Datore di lavoro, anziché stimolare l'iniziativa di controllo dei rischi da parte dei lavoratori per attivare un efficace confronto, ha creato un atteggiamento di "delega", il problema è stato inteso (in molti casi anche concettualmente esplicito in molti sindacalisti) come un "**problema del padrone**". La "delega" si è manifestata anche nei confronti del **tecnico** che svolgeva funzione di Rspg o dell'Asl.

Altro punto fondamentale la "**validazione**" da parte di lavoratori come elemento necessario e "**scientifico**" della valutazione di rischi. L'RLS normalmente non è stato messo in condizione (per formazione e per possibilità operativa) di raccogliere il giudizio dei gruppi di lavoratori sui rischi e di farne un elemento di confronto.

Il **confronto**, nella reciproca autonomia e competenza, **tra i lavoratori** (e i loro delegati) e **i tecnici**, basato sui dati raccolti dai lavoratori, i dati biostatistici del medico del lavoro e i dati ambientali. Anche questo, per mancanza di formazione, ha visto invece gli Rls sentirsi inferiori e incapaci nei confronti dei tecnici aziendali e dell'Asl.

La "delega" è avvenuta anche per la **formazione**, che è stata per lo più **generica**, effettuata molto sovente da persone esterne all'azienda che poco conoscevano **l'organizzazione del lavoro reale** oltre che in prevalenza senza la partecipazione del medico del lavoro, fatta per lo più perché si doveva fare. **È mancata la formazione sindacale**, proprio quella che doveva dare agli RLS gli **strumenti di autonomia**, di **capacità di controllo** e di **metodo** nel rapporto con i lavoratori.

3.

Si pone anche la domanda se quel modello è ancora valido rispetto ad un mondo del lavoro che è cambiato e che è destinato a modificarsi più ancora nei prossimi anni.

La prima considerazione è: il modello FLM proponeva una analisi dei **fattori di rischio** suddivisi in 4 gruppi (in sintesi: quelli fisici, quelli chimici, la fatica fisica e tutti i fattori stancanti diversi dalla fatica fisica) forniva così **un metodo in grado di seguire i mutamenti della tecnologia e della organizzazione del lavoro**. In tal modo proponeva una tabella di marcia (la riduzione dei primi tre gruppi e il progressivo aumento del quarto) che ci coinvolge direttamente, anche quando parliamo di digitalizzazione e di robotizzazione. Cambiano le modalità di esecuzione del lavoro, cambiano le tecnologie, ma il rapporto tra lavoro e effetti sulla salute esiste sempre e deve essere tutelato.

La seconda considerazione è: il **ciclo di produzione** (che già allora vedeva crescere la dispersione produttiva in catene di terzisti attorno ai grandi gruppi) è oggi non solo **ulteriormente frammentato**, ma anche **geograficamente disperso** nella fabbrica globale e, fattore ancora più importante, parte del lavoro viene eseguito al di fuori dei luoghi di lavoro aziendali.

Diventa complesso quindi gestire una contrattazione per singoli segmenti del ciclo produttivo, è necessario affrontare le **soluzioni in modo coordinato e sinergico**. Sempre di più si tende a creare accordi quadro con i gruppi industriali che si articolano poi in tutta la filiera a monte e i fornitori, o per settori di lavorazione. È necessario anche che del lavoro "agile" siano ben identificati i luoghi e le modalità di lavoro e che entri a far parte della contrattazione.

Attenzione però a deviare tutti i nostri ragionamenti sulla digitalizzazione. Nella nostra realtà c'è una grande quantità di lavoro manuale, ci sono circa 3 milioni di lavoratori in nero in agricoltura, edilizia e in piccole imprese, si susseguono infortuni drammatici causati da scarsa manutenzione, da rischi chimici, da prevenzione inesistente. Una campagna di confronto sulla salute e la sicurezza del lavoro vede quindi **una gran parte dei modi di lavorare che non sono sostanzialmente cambiati da quelli di decenni fa**; ciò che ci caratterizza è la **frammentazione**, non l'innovazione (purtroppo). È stato più intenso l'investimento delle aziende negli anni in cui c'era contrattazione, che non quello degli anni in cui si è stati in difesa.

C'è piuttosto una diversità da colmare al più presto: l'esperienza che si richiama alla Dispensa FLM è stata preceduta da una **indagine attenta** che il sindacato ha fatto per **conoscere l'organizzazione del lavoro**, i suoi **mutamenti e le sue tendenze**; è stata preceduta da una

campagna di formazione diretta del sindacato per fornire ai delegati gli strumenti culturali di controllo della condizione di lavoro e di rivendicazione (e non solo di denuncia). È stata preceduta da una intensa campagna di informazione dei lavoratori (fatta di volantini, inchieste, questionari, assemblee) che è servita a dare ai lavoratori la consapevolezza dei pericoli per la salute.

4.

CHE FARE allora? Credo che dobbiamo **partire dagli strumenti di conoscenza** che la legislazione ha dato per impostare specifiche piattaforme di correzione e miglioramento o di controllo della organizzazione del lavoro quando si modifica.

Il primo strumento di conoscenza che i delegati hanno (RIs, ma anche Rsu) è il DVR. In primo luogo è necessario verificare che il DVR descrive la reale condizione di lavoro delle diverse fasi di lavoro e ne individua i rischi che i lavoratori avvertono e contiene le misure di prevenzione specifiche (procedure di sicurezza, protezione collettiva, protezione individuale, ecc.) ; verificare se il DVR corrisponde alla realtà attuale; verificare quali sono le modifiche della condizione di lavoro che l'Azienda prevede.

Altro strumento di conoscenza sono i dati (le rilevazioni strumentali che sono state effettuate, le schede di sicurezza dei materiali chimici, i dati "anonimi collettivi" che il medico ha elaborato e che possono indicare situazioni problematiche.

Questo passaggio è fondamentale: serve ai delegati e al sindacato a conoscere e capire e soprattutto per ragionare con i lavoratori sulle possibili rivendicazioni, serve a definire i termini di confronto e responsabilità non solo del datore di lavoro, ma anche dei tecnici che da lui sono stati incaricati e che ne rispondono professionalmente. In questi anni la giurisprudenza ha ben individuato la responsabilità professionale sia del Rspp che del medico competente.

Credo che debbano esserci più **occasioni di confronto e riflessione tra delegati dello stesso territorio o dello stesso settore e dirigenti sindacali** durante questa fase, al fine di permettere un arricchimento delle esperienze ed una più forte coerenza delle iniziative nelle diverse realtà.

Da qui, dalla completezza e dalla verifica dei dati e dal giudizio che i lavoratori esprimono può partire una fase di reale contrattazione.

Fermo restando che **la salute e la sicurezza non sono contrattabili**, si apre invece la **contrattazione sulle soluzioni e sulle modalità di esecuzione del lavoro** nella realtà attuale e nelle previsioni di modifica e di innovazione: in questa fase devono entrare tutte le modalità operative (quindi il lavoro "agile", il subappalto ecc.).

Questo (il **metodo** che è patrimonio unitario) è il motivo per cui credo utile nella presentazione del Documento nazionale sottolineare il riferimento alla Dispensa FLM.

È necessario aprire questa nuova stagione con il contributo di tutti: **i dibattiti di politica generale sono deboli se non si torna a sostenere la forza contrattuale nella azienda** e se alla contrattazione non si dà una dimensione proporzionata alla struttura attuale dell'industria e dei servizi.

Il contributo e l'esperienza di tutti è necessaria per creare una nuova pratica di iniziativa sindacale nelle aziende.

Torino 10 febbraio 2018