

## **1. LAVORI USURANTI: PROBLEMATICHE E PROSPETTIVE**

La tutela della vecchiaia è uno dei concetti fondativi di un sistema pensionistico. In un sistema pensionistico previdenziale come quello italiano la definizione di vecchiaia giuridica, che segna il limite di età pensionabile, non corrisponde necessariamente a quella di vecchiaia biologica, che invece si differenzia da un individuo all'altro.

Il lavoro è una variabile centrale per un sistema previdenziale di origine bismarkiana come quello italiano, che basa sugli anni di contribuzione lavorativa l'erogazione della prestazione vitalizia (Ferrera 2006). Le uniche deroghe applicate ai limiti di età e di contribuzione sono state da sempre legate all'invalidità, che pone una cesura con il proprio lavoro a causa di una menomazione permanente o di una difficoltà a monte nella libertà di poter svolgere qualsivoglia attività lavorativa; oppure a sistemi di prepensionamento che ineriscono molte volte a scelte di politica produttiva e sociale estranee al normale evolversi di una carriera lavorativa.

Il riconoscimento legislativo dell'usura da lavoro apre invece un orizzonte concettuale differente nella politica previdenziale. Riconoscere l'usura da lavoro significa ammettere, diversamente da prima, che il lavoro di per sé non sia uguale per tutti, al netto sia delle differenze nelle esposizioni di rischi per la salute e la sicurezza nel luogo di lavoro, argomento che attiene alla prevenzione e vigilanza, e sia dalla conoscenza tecnologica storicamente data. Si ammette dunque che esistono alcuni lavori, di cui la società non può fare a meno, che purtroppo creano nel tempo differenziali di aspettative di vita. In conseguenza di ciò un sistema previdenziale, dovrebbe garantire il diritto a una condizione di riposo in stato di salute soddisfacente ed una sicurezza economica equa a seconda delle diverse tipologie di lavoro. Nel sistema previdenziale italiano una prima risposta a questo problema, seppur parziale e limitativa, è stata quella dell'istituzione dell'anticipo pensionistico per alcune categorie di lavoro tramite la cosiddetta legge sui lavori usuranti (per un approfondimento specifico della trattazione normativa si rimanda al capitolo 2).

La riduzione dell'aspettativa di vita è dunque il perno centrale su cui ruota la logica che sottende la legge sui lavori usuranti. Ma qual'è il rapporto che intercorre fra il lavoro, l'usura e la riduzione di aspettativa di vita? Premesso che a questa domanda non esiste una risposta certa e strutturata, ancora oggi, tale relazione è in fase di studio e di ricerca in diversi settori disciplinari. A tal proposito si può altrettanto affermare che sia la medicina legale che l'epidemiologia offrono studi interessanti su cui basare dei punti di forza riguardo tale rapporto e di conseguenza offrire spunti rilevanti per le materie di politica pensionistica e previdenziale. Spaziare in una logica interdisciplinare aiuta ad individuare e rafforzare gli elementi di base in un ambito tuttora in fieri.

Al solo fine di semplificare l'esposizione, si possono distinguere gli studi sulla relazione fra riduzione delle aspettative di vita ed usura da lavoro, in due modalità di indagine. La prima, ex ante, preposta a rilevare metodologie diagnostiche dell'usura e del lavoro usurante, attraverso la medicina legale; l'altra di carattere ex post, in cui si possono inserire gli studi di epidemiologia e delle scienze sociali che si occupano di salute, consone a registrare le diseguaglianze dello stato di salute nelle diverse professioni.

Considerazioni riguardanti la legge sui lavori usuranti e più in generale sul sistema pensionistico (delimitando il campo di indagine ad argomenti quali l'aspettativa di vita), verranno trattate a seguito di osservazioni basate sugli studi sopracitati. Questa scelta è fatta a sostegno dei ragionamenti affrontati in questo studio.

### 1.1 Lavoro usurante: dalla medicina legale alla legge

In medicina legale si ritrovano i classici concetti di usura da lavoro e di lavoro usurante in tema di valutazione previdenziale dell'invalidità pensionabile. Tali concetti sono alla base della definizione dei lavori usuranti anche per la legge oggetto di studio: De Zorzi 1996, Vicinelli 1998, Paone 1998, Ricci 2000, Olivelli 2008. Sarà comunque utile riportare le definizioni di medicina legale, allo scopo di evidenziare problematicità dell'uso di tali concetti rispetto ai fini

preposti dalla legge stessa.

A tal proposito, la legge definisce usuranti: “ i lavori per il cui svolgimento è richiesto uno sforzo psicofisico particolarmente intenso e continuativo condizionato da fattori che non possono essere prevenuti con misure idonee” (D.Lgs. 374/1993).

Il significato intrinseco di usura prende le mosse dalla definizione comune che è possibile ritrovare in qualsiasi dizionario della lingua italiana, sinonimo di logoramento, deterioramento, consumo, degradazione conseguente all'uso protratto di un oggetto.

Per comprendere meglio questo concetto in medicina bisogna considerare la distinzione tra usura fisiologica ed usura patologica. Per usura fisiologica si intende quella correlata all'età e al fenomeno dell'invecchiamento naturale, quella che si ritrae dunque in una normale attività lavorativa in condizioni ottimali e senza rischio, associando di fatto questo concetto a quello della senescenza. Per usura patologica si intende invece la costatazione di una usura più breve di quella fisiologica (criterio cronologico-temporale) e/o una determinazione di usura maggiore rispetto alla norma (criterio quantitativo), indotta da dinamiche esterne al normale invecchiamento dell'individuo. Su questo secondo concetto si concentra l'azione legislativa e l'attenzione medico legale (Inserra 1984; De Zorzi 1996; Vicinelli 1998; Fucci 2000; Ricci 2000; Valdini, Galli, a cura di 2008; Macchiarelli et al 2008).

Bisogna dunque distinguere a sua volta l'usura dal lavoro usurante. L'usura è conseguenza di un lavoro usurante ed è danno biologico attuale, mentre il lavoro usurante è causa di danno biologico futuro (Fucci 2000). L'usura dunque grava sul singolo individuo, il lavoro usurante identifica invece precise situazioni (ambientali e non solo) che esercitano i loro effetti negativi su una popolazione di lavoratori sani o malati con la stessa intensità di danno (De Zorzi 1996). Di conseguenza il giudizio di lavoro usurante è essenzialmente prognostico, mentre l'usura intende un danno attuale pertanto un giudizio diagnostico (Marziano 1984). L'usura, per essere comprovata, deve essere quindi riferita a partire da una precisa menomazione (nell'accezione di: limitazione, svantaggio, peggioramento)

a cui riferire l'usura a distanza di tempo, oltre il normale deterioramento fisiologico. A quanto ammonti il superamento della "normale" soglia di usura fisiologica non è al momento dato sapere con assoluta certezza scientifica, "nessuno è stato, almeno fino ad oggi, in grado di definire in precisi termini quantitativi" (Macchiarelli 2008). Quindi si rileva l'usura basandosi su un grado probabilistico fondato, escludendo naturalmente un giudizio ipotetico (De Zorzi 1996).

"Appare importante identificare, fra tutte le infermità che vanno a costituire il complesso menomativo, di cui il soggetto è portatore, quelle sulle quali insiste l'usura da lavoro, poiché solo queste risultano realmente idonee al determinismo dell'ulteriore danno e solo su di esse il logorio esercitato dall'usura svolge efficacemente un ruolo concasuale efficiente" (De Zorzi 1996). Questo approccio è stato validato anche dalla giurisprudenza in merito al giudizio sull'invalidità, a cui si rimanda con particolare riferimento ai lavori di De Zorzi (1996) e Grecchi (2008) e in letteratura non medica alla Olivelli (2008).

Potendo dunque verificare l'usura solo attraverso la valutazione della capacità di lavoro di un singolo soggetto, si può citare Macchiarelli che afferma: "un lavoro non è usurante solo per se stesso, ma in riferimento al soggetto considerato, eventualmente specie tenendo conto delle sue già compromesse condizioni psico-fisiche, e alle modalità con cui viene espletato" (Macchiarelli 2008). Dello stesso avviso risultano ad esempio i pareri di Buzzi (2008), di Fucci (Fucci 2000) e Ricci (Ricci 2000).

Con questo si vuole affermare, non tanto che non esistono delle lavorazioni usuranti, ma che la presenza - e la relativa quantificazione - non sia uguale per tutti i lavoratori allo stesso modo, anche se la fonte può essere la stessa. Essendo inoltre l'usura un danno biologico attuale e il lavoro usurante causa di danno biologico futuro (Ricci 2000), diventa alquanto arduo - ma non impossibile - poter prevedere lavorazioni che con una dose di forte probabilità possano in futuro creare menomazioni. Da sottolineare che la tutela della legge in questione prende in considerazione il lavoro usurante prima che possano essere registrate menomazioni o disagi, infatti a tale stadio, interviene la protezione della legge

sull'invalidità<sup>1</sup> o comunque la legge sulla sicurezza sul lavoro che vieta la prosecuzione del lavoro in determinate condizioni.

Molto più netto in merito alle difficoltà di definire l'usura da lavoro appare Paone (1998) in un articolo inerente la legge stessa: “le difficoltà sono accentuate dalla circostanza che una medesima attività lavorativa può dare luogo a situazioni di potenziale rischio di usura variabili da azienda ad azienda” in funzione di diversi processi produttivi e di organizzazione del lavoro. Con la stessa chiarezza si esprime Grieco (1994): “è riduttivo e fuorviante parlare di lavorazioni ed anche di mansioni usuranti, se non si entra analiticamente nella mansione e si individuano le varie operazioni che gli addetti debbano compiere e le relative modalità”.

La legge sui lavori usuranti dunque si colloca ancora in un ambito non del tutto compiuto, forzando un concetto su un livello scientifico diverso da quello adottato nell'uso corrente, abituato a considerare solo il piano individuale e verificando di volta in volta i singoli elementi di usura rispetto al possibile aggravio delle patologie.

Come individuare lavorazioni usuranti a prescindere dalla valutazione individuale? La risposta a questa domanda è ancora oggi in via di definizione, nondimeno si possono fornire alcuni elementi per comprendere alcuni passaggi del percorso. Già nel 1959 Pellegrini individuava nel lavoro usurante caratteristiche di invecchiamento precoce, causate da un lavoro che non permette un ripristino integrale delle energie impegnate in esso. Un lavoro usurante può anche causare danni e sofferenze che non raggiungono significatività necessaria per il riconoscimento di una malattia (o invalidità), tuttavia si caratterizzano per la compromissione dell'efficienza psicofisica. Per una trattazione storica della medicina legale sul concetto di lavoro usurante si rimanda ai lavori di Vicinelli (Vicinelli 1998) e De Zorzi (De Zorzi 1996). Inserra (1984) riconosce il termine lavoro usurante solo per quei lavoratori i quali operano in condizioni sfavorevoli o antifisiologiche (come lo sono i fattori di nocività ambientali fisici e chimici)

---

<sup>1</sup> Si ricorda che per ottenere l'esonero totale dal lavoro e la corrispettiva pensione di invalidità, bisogna raggiungere percentuali alte di menomazione secondo la parametrizzazione tabellare, riferite a una capacità di lavoro inferiore ad 1/3.

e/o in merito all'organizzazione del lavoro (carichi, durata, postura); condizioni esercitate con cronico eccesso d'uso, in maniera prolungata nel tempo e senza possibilità di recupero energetico e funzionale.

Prescindere da una diagnosi individuale comporta anche esporre la valutazione a fattori esterni che potrebbero catalizzare l'usura. A tal proposito Giammanco (1984) ricorda come fattori di rischio, propri dello stile di vita dell'individuo, possano concorrere ad accelerare l'usura. In mancanza di una diagnosi individuale non si può comunque giungere a relativizzare l'usura al punto da negare una connessione con l'attività lavorativa. Come infatti si vedrà anche dagli studi di epidemiologia riportati nel sotto-paragrafo seguente, fattori di rischio esterni al luogo di lavoro e di carattere individuale sono da rapportare alla generalità di una classe sociale di appartenenza (come nota lo stesso Giammanco), quindi di per sé generalizzabili. Tuttavia non si esclude la necessità di approfondimenti di studio dei fattori epidemiologici al fine di monitorare alcune patologie specifiche per categorie professionali, per individuarne connessioni "extra-lavorative", anche se tali indagini, su larga scala, sono evidentemente in evoluzione nel nostro paese.

Nel 1991 l'Ires, in accordo con l'Inca-Cgil, definì il suo parere in merito, specificando che "il lavoro usurante è quello che abbia almeno uno di questi caratteri: 1) impedisce il ripristino integrale delle energie in esso impiegate; 2) rende più precoce la vecchiaia; 3) espone ad aumentato rischio di infortuni per frequenze e gravità, anche in relazione al progredire dell'età; 4) espone ad agenti cancerogeni senza che siano adottate efficaci misure di prevenzione ambientale; 5) espone a rischi biologici capaci di causare malattie gravi per cui non sia disponibile una terapia".

De Zorzi (1996) delinea come lavoro usurante quelle attività lavorative "con caratteristiche di particolare stress energetico o psichico, con modificazioni del bioritmo e turbe della ciclicità/alternanza della veglia e del sonno, con esposizione obbligata e non altrimenti bonificabile a variazioni climatico/ambientali, che esercitano i loro effetti negativi su una popolazione di lavoratori sani e malati con la stessa intensità".

Certo è che i criteri presentati fino ad ora sono ancora molto generici e potrebbero riguardare qualsiasi attività lavorativa, da quella classicamente intesa come logorante fino a quella intellettuale che comporti un alto grado di carico mentale, responsabilità e di stress.

Nel 1999 con il Decreto Ministeriale (19 maggio 1999, n. 208) si giunge, attraverso il lavoro della Commissione tecnico-scientifica, a stilare una lista di criteri per poter identificare le mansioni usuranti (vedi capitolo 2, par. 2.3), in cui si trovano parametri prettamente inerenti condizioni lavorative di ordine collettivo, ma anche l'aspettativa di vita, o l'età pensionabile (materia epidemiologica), o l'età media della pensione di invalidità.

Questa lista può essere considerata ancora piuttosto limitata rispetto alle nuove patologie provenienti dalla trasformazione produttiva e del mercato del lavoro.

A tal proposito, è da considerare il lavoro del Dipartimento di Scienze economiche dell'Università "Ca' Foscari", svolto dagli autori Brugiavini, Canello, Marchiante (2007).

Esso si concentra sull'ampliamento dei criteri per l'individuazione dei lavori usuranti, in cui il legislatore ha dato rilievo a fattori classici come quelli dello sforzo e dell'insalubrità del luogo di lavoro. Sulla scorta del rapporto pubblicato nel 2002 dal giuslavorista francese Yves Strillou (in Francia esiste una tradizione più lunga sul tema dei lavori usuranti), gli studiosi veneziani propongono di allargare lo spettro dei criteri ad indicatori che registrino la speranza di vita senza limitazioni fisiche dei lavoratori, concentrandosi maggiormente sulla qualità della vita e su fattori psichici e sociali. Il rapporto Strillou registrava "una diffusione di situazioni di lavoro ad alto livello di logoramento, legate all'esposizione per un periodo di tempo significativo in condizioni potenzialmente logoranti, che non influenzano direttamente l'aspettativa di vita, ma modificano in modo sostanziale la qualità della vita stessa".

L'attenzione degli studiosi sopracitati si concentra a sua volta su fattori che ledono la qualità della vita come indicatori aggiunti al classico criterio della speranza di vita. Il loro studio mette in relazione le mansioni svolte, i settori economici di riferimento e i parametri inerenti la qualità della vita. Attraverso

dati provenienti “dall’indagine Share” del 2004, si registra che in molti settori di impiego qualificato, le limitazioni nell’attività quotidiana siano maggiori rispetto a quelle degli impiegati non qualificati, imputando ciò a cause di forte responsabilizzazione e di stress. Mantenendo come indicatore la limitazione dell’attività quotidiana, ai primi posti si trovano lavori definibili dagli autori usuranti dal punto di vista fisico, come: gli addetti alle pulizie, i vivaisti, i venditori ambulanti, i coltivatori diretti, i lavoratori del sistema sanitario e le domestiche.

Sempre per un ampliamento dei criteri classici, Guardabasso e Lo Menzo (1984) affermavano che

“l’usura va riguardata non solo nei confronti delle manifestazioni organiche, ma anche in rapporto all’influenza che può esercitare nelle funzioni intellettive (percezione, coscienza, volontà, ideazione, memoria, ecc...) e sulle funzioni della vita istintivo-emotiva”. Marziano (1984) auspicava ancora prima della legge “l’estensione della protezione assicurativa a tutte le malattie da usura lavorativa, tra cui in particolare la nevrosi”, e poi “la persistenza, inoltre, del fattore stressante è causa frequente, in soggetti predisposti, di malattie psicosomatiche, tipiche affezioni da usura da lavoro”.

Grieco (1994): “sono ormai numerose le mansioni, oltre a quelle strettamente legate al puro lavoro intellettuale, in cui viene richiesta interpretazione ed elaborazione mentale di dati sensibili con conseguenti decisioni operative [...] come tutte le altre forme di impegno lavorativo, l’attività mentale sopporta il carico entro dati limiti, oltre i quali compare la stanchezza e poi la fatica”.

Si potrebbe continuare a lungo, nel definire nuove tutele per patologie che si affiancano alle attuali trasformazioni del lavoro. Anche per questo motivo, come si vedrà in seguito in questa ricerca, si porrà il problema della “compatibilità lavorativa”, che non per forza comporta usura particolare.

Chiaramente la legge sui lavori usuranti ammette in via di principio l’esistenza di attività lavorative rispetto alle quali non è possibile apprestare idonee misure preventive. È bene tenere presente questo criterio per tutta la trattazione sui lavori usuranti. Dunque il carattere di “non possibile prevenzione” di alcuni

rischi lavorativi restringe di molto il campo di azione per l'identificazione delle mansioni usuranti. In questo studio si dà per assodato questo concetto, sapendo però che la mancata prevenzione è anche essa un limite problematico non quantificabile con assoluta certezza e comunque variabile nel tempo a causa dell'innovazione tecnologica, dell'organizzazione del lavoro e dell'evoluzione medica<sup>2</sup>.

Pur restringendo il campo rimane comunque un grosso margine di indeterminatezza nel definire un elenco di mansioni e dei criteri associati a tale definizione, anche perché la “non prevenibilità” non è un carattere dirimente per capire l'usura, ma assurge ad un ruolo di delimitazione dello spazio di indagine.

Il legislatore che avviò la legge, come la comunità scientifica medica, erano consapevoli della difficoltà di mutuare tale concetto al fine di definire un elenco di mansioni usuranti con assoluta certezza. Come vedremo anche nel capitolo 2, il legislatore prepose infatti una Commissione tecnico-scientifica al fine di approfondire le problematiche sottese alla gestione pratica della materia e all'identificazione delle mansioni. In mancanza di scientifiche basi solide, come visto fino ad ora, risulta giustificata una lentezza dei lavori della Commissione (seppur con una produzione metodologica “pionieristica”, vedi capitolo 2.3). Non risulta giustificata invece la mancata tutela dei lavori di questa Commissione nella legge 247/2007, da allora, anche se richiamata per legge, i lavori della Commissione si sono interrotti. Infatti dopo tale disposizione il criterio negoziale fra le parti sociali (come si vedrà nel capitolo 2) rimane quello preponderante per l'identificazione delle mansioni. La lista delle mansioni usuranti dopo la legge 247/2007 rimane tutt'ora la stessa, nonostante il carattere intrinseco di evoluzione della materia.

Dunque preservare i lavori della Commissione scientifica (o di progetti di ricerca interdisciplinari), anche attraverso una tutela legislativa, non è utile soltanto come supporto ai fini negoziali fra le parti sociali, ma può risultare come valido stimolo a tutta la comunità scientifica, oltretutto promuovere dibattito.

Risulta valida la considerazione di Paone (1998) in merito alla necessità di una

---

2 Per ulteriori approfondimenti si rimanda all'articolo di Soprani 1999.

definizione obiettiva di lavoro usurante: “tale definizione, tuttavia, se sottratta alla verifica di riscontri obiettivi - quali in particolare le risultanze di rilevazione statistica e di ricerche epidemiologiche al momento non disponibili - si risolve di fatto in una tautologia (è usurante il lavoro che determina usura) e non offre pertanto parametri di riferimento sicuri per l'individuazione in concreto delle attività lavorative qualificabili come usuranti”.

Per affrontare un altro ambito concettuale dell'usura al fine di problematizzare un altro aspetto della legge, sarà bene considerare quale sia la forma funzionale della relazione fra usura e lavoratore usurato, ovvero: l'usura è un fattore proporzionale e continuo o agisce al di sopra di una soglia? Da quanto detto fino ad ora, si evince che l'usura si verifichi in ambedue i casi. L'usura è un processo continuo e lineare che può comportare nel tempo soglie di “non ritorno” per il recupero fisico, fino a cagionare una menomazione permanente.

Una similitudine con una rappresentazione grafica la fornisce De Zorzi (1996). In un piano cartesiano l'aspetto grafico di una relazione fra usura (in ordinata) e carico lavorativo (in ascissa) assume un andamento iperbolico. L'autore descrive l'ipotetico grafico in questo modo: nella prima parte della curva (quella vicina all'origine) si considera un livello di usura fisiologica lavorativa, quindi capace di regredire negli intervalli non lavorativi; la parte intermedia è più propriamente quella della particolare usura (rapportabile alla logica della legge sui lavori usuranti); la parte finale, quella che a fronte di un esiguo incremento del carico comporta un notevole aumento dell'usura, attiene più propriamente alla fattispecie del lavoro controindicato. L'autore prosegue dicendo che “in un ipotetico caso limite si potrebbe verificare che, se ogni lavoro confacente al soggetto procurasse usura, la sua incapacità al lavoro sfiorerebbe l'invalidità totale avvicinandosi asintoticamente a quella assoluta”.

Il processo di usura è dunque un fattore progressivo di esaurimento delle funzioni organiche. “È accelerato l'esaurimento delle funzioni di organi sottoposti a lungo e in modo continuativo a impegni funzionali che superano le riserve energetiche dell'organo stesso in condizioni che non ne consentono il recupero” (Inserra 1984). Come già visto in precedenza l'autore riporta al concetto di “impegno

funzionale” condizioni lavorative sfavorevoli legate non solo ad accelerazioni fisiche e meccaniche, ma anche a fattori di nocività ambientali.

Dunque da queste valutazioni emerge un nodo critico della legge. Come si vedrà nel capitolo 2, dal 2007 in poi la legge ha previsto un beneficio di tre anni di anticipo di età pensionabile, mentre le leggi precedenti contemplavano una gradualità del beneficio proporzionale agli anni lavorati (con un minimo di 1 anno lavorato in maniera usurante). La “Riforma Fornero” oggi, prevede addirittura una tabellazione dei limiti di età con cui andare in pensione. Si è passati dunque da un precedente carattere proporzionale di assegnazione del beneficio ad un carattere fisso.

Si può affermare quindi che l'attuale criterio di assegnazione entri in contraddizione con il processo di usura che avviene realmente a carico del lavoratore. Piuttosto sarebbe auspicabile tornare ad un carattere proporzionale con uno sconto sull'età pensionabile congruo (senz'altro superiore all'attuale), anziché doversi riferire ad un carattere fisso che sembra più derivante da una decisione arbitraria del legislatore, di certo non adeguata al processo usurante. Un carattere fisso di uscita dal lavoro sarebbe invece consono ad un'assegnazione di invalidità dopo aver rilevato una menomazione, come avviene già di fatto per la legge inerente, anche se è bene ricordare (come visto precedentemente) che la legge sui lavori usuranti agisce in un arco temporale di usura, prima che essa diventi tangibile con una menomazione a carico del lavoratore.

Un'altra criticità che si può rilevare, attiene il senso di uno dei “requisiti obiettivi” che limita il beneficio all'aver raggiunto almeno 7 anni di lavoro negli ultimi 10, o a regime addirittura metà della carriera lavorativa. Questo requisito è uguale per tutte le lavorazioni inserite nella tabella. Si stenta a trovare una motivazione medica che renda una giustificazione a tale requisito. L'usura agisce diversamente a seconda dei soggetti, ma anche se si vorrebbe seguire un criterio più generale, di certo ha ricadute diverse a seconda delle lavorazioni. Questo tipo di requisito ammette il fatto che un lavoratore palombaro si usura con la stessa velocità di un autista. Non si capisce neanche perché questo requisito verrà sostituito con “metà della carriera lavorativa”, un periodo che sembra troppo

lungo per sostenere alcune lavorazioni usuranti. È chiaro che solo una motivazione di sostenibilità economica giustifichi tale scelta del legislatore.

1.2 Usura da lavoro e compatibilità lavorativa in funzione dell'età: quale nesso e quali prospettive?

Nell'ambito del dibattito medico legale (ma anche in quello sindacale) sono state sollevate critiche, seppur velate, a proposito di come la legge sui lavori usuranti si raffronti con il concetto di prevenzione.

A livello giurisprudenziale, il fatto di aver inserito il carattere di “non possibile prevenzione” dei fattori usuranti, la ripara dall'infrazione del Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul lavoro. Tale testo infatti centralizza sulla prevenzione (cambio dell'organizzazione del lavoro, tecnologia in uso, cambio mansione, ecc...) qualsiasi evento che comporti un rischio per il lavoratore, pena la persecuzione penale e/o civile del datore di lavoro.

Può bastare questo a dirimere di per sé il rapporto con la prevenzione?

Considerando che il carattere di “non possibile prevenzione” non è assoluto, ma problematico, in questa trattazione si dà per assodato che lo sia. Ad ogni modo l'aspetto mutabile della prevenzione, dovuto all'evoluzione tecnologica e medica, definisce di per sé l'usura - specie per alcune mansioni - come un fenomeno non fisso nel tempo.

Come fa notare anche Paone (1998) “l'evoluzione tecnologica e le radicali innovazioni in tema di tutela della salute e sicurezza del lavoro portano intuitivamente ad escludere la possibilità che una occupazione sia irrimediabilmente morbigena, ossia che possieda fattori di rischio non eliminabili con misure preventive ed una corretta organizzazione del lavoro”.

Affermazioni che si ritrovano anche negli scritti di Vicinelli (1998): “è da ritenersi che non ci sia attività lavorativa usurante che possa essere considerata in qualche modo accettabile o immodificabile per necessità”, il quale vede nel beneficio pensionistico una parte del complesso di provvedimenti che debbano essere messi in atto per prevenire o rimuovere l'usura da lavoro.

Ricci (2000) ricorda come la logica della legge sulla salute e sicurezza sul lavoro trovi il suo perno nella prevenzione e sull'inammissibilità di tipologie di lavoro che comportino danno al lavoratore. L'autore contrappone a Pellegrini, che come visto precedentemente definiva il concetto di usura dal punto di vista medico, il parere di altri due medici: "A questa impostazione, già nel 1962 si opponevano Batini e Pini, i quali ritenevano che un lavoro nettamente usurante, caratterizzato cioè da fatica cronica, frequenti episodi di fatica acuta, sforzi, non fosse ammissibile in una società moderna caratterizzata da un elevato livello di protezione sociale".

Fucci (2000) arriva perfino a concludere il suo articolo in polemica con la legge sui lavori usuranti: "In conclusione, a mio avviso, si è ritornati alla monetizzazione non del rischio, ma della salute". Critico anche il parere di Grieco (1994): "l'approccio tutelativo [della legge] è del riconoscimento presunto e a posteriori, ad usura avvenuta è non molto diverso della monetizzazione del rischio".

D'altronde anche nei lavori della prima Commissione tecnico-scientifica per l'istituzione della legge ci si è posti il problema della monetizzazione, come fa notare Olivelli (2008): "le provvidenze previdenziali potrebbero costituire una sorta di monetizzazione del rischio e che di fronte ad un lavoro usurante resta il problema della prevenzione".

E' dunque ragionevole parlare di monetizzazione della salute, riguardo questa legge?

Ad avviso di chi scrive sembra un falso problema: non si può caricare di aspettative troppo grandi soltanto questa legge, che nasce innanzitutto per tutelare quei lavoratori che hanno già subito usura e non stabilisce certo un premio alla mancanza di prevenzione aziendale passata, né tanto meno si sostituisce alla legge sulla salute e sicurezza. Essa dunque fotografa e prende atto di quello che è successo fino al momento in cui è stata concepita e nelle carriere lavorative già purtroppo compromesse. Il problema si pone sullo stallo della legge che continua a prendere in considerazione un complesso di condizioni ancora invariato.

Se si ammette, anche per legge, che esista usura per alcuni lavori e che essa non possa essere prevenuta, perché ammettere solo un beneficio pensionistico e non imporre cambiamenti radicali nelle singole lavorazioni individuate?

Di certo alcuni fattori rimangono ancora immutati, come ad esempio alcune patologie del lavoro notturno, per il quale purtroppo non esiste rimedio se non quello di evitarlo o di lenire il rischio diminuendone il carico. Altri fattori possono essere mutati solo cambiando un complesso di cause più grandi come quelle organizzative, di welfare e del monitoraggio costante di quelle lavorazioni usuranti tale da aggiornare sempre il controllo attraverso nuovi meccanismi di prevenzione. È chiaro dunque che devono intervenire assetti politici di peso maggiore, complessivi e multi-settoriali; il problema deve essere individuato fuori dalla legge sui lavori usuranti (anche se questa andrebbe comunque migliorata in alcuni aspetti come si avrà modo di approfondire nei capitoli 2 e 3). Riguardo ai meccanismi di prevenzione naturalmente resta preminente il Testo Unico sulla Salute e Sicurezza.

Come ricorda Cella (2008) la legge 626/94 (poi mutuata nell'attuale Testo Unico) prevede nel caso ci si trovi di fronte ad un rischio residuo, l'adozione di misure di prevenzione secondaria, ossia la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a cui corrisponde la formulazione di un giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Di certo la garanzia di continuità di una produzione non può fare a meno dei lavoratori che la portino avanti, quindi l'inidoneità è da scartarsi se diventa di carattere collettivo e non permette più alcuni tipi di lavoro.

La legge sui lavori usuranti non prevede però l'obbligatorietà di una sorveglianza sanitaria permanente per quelle mansioni inserite nel proprio elenco, anche al solo scopo di monitorare costantemente la salute dei lavoratori esposti. Infatti dati collettivi, desunti dai controlli periodici condotti nell'ambito della sorveglianza sanitaria, possono essere utilizzati al fine di verificare l'esistenza di eventuali eccessi da usura (Cella 2008).

Riguardo agli aspetti di carattere organizzativo-produttivo e di welfare, cui si accennava in precedenza, esistono? E se sì, cosa potrebbero comportare?

La risposta a queste domande implicherebbe la stesura di un' ulteriore ricerca, più

ampia in materia di politica previdenziale e di organizzazione del lavoro, che andrebbe chiaramente fuori dalla stretta tematica del presente lavoro. In questa parte finale del paragrafo si daranno indicazioni di stimolo per un'indagine, basata su elementi non eludibili dal tema riguardante l'usura da lavoro, intesa nelle sue accezioni sia specifica che generale.

Considerare il problema dell'usura anche con una connotazione generale, significa in questa sede, andare al di fuori della specifica concezione medica, per giungere a discutere anche del problema della “compatibilità” di alcune lavorazioni, senza che esse comportino una usura particolarmente forte.

Si impone questo allargamento concettuale, perché non si può evitare di porre il problema dentro il quadro dell'invecchiamento della forza lavoro per cause demografiche, catalizzate dall'aumento dell'età pensionabile e dall'aggancio alla speranza di vita delle ultime riforme<sup>3</sup>. Non tutte le categorie possono sostenere una permanenza prolungata sul posto di lavoro, specialmente quando esso sia pensato per una popolazione giovane in grado di mantenere determinati ritmi, carichi di lavoro, ma anche attitudini e propensioni (Costa, Grieco 2000). Complessivamente bisogna dunque porre accanto al problema dell'usura, anche quello della “compatibilità lavorativa” di alcune lavorazioni in relazione ad un'età avanzata, che comportano una inadattabilità ad un lavoro con relative difficoltà fisiche e psichiche per chi le continua a compiere per lungo tempo, ad esempio: la maestra, il macchinista, l'infermiere, l'addetto alle pulizie, l'assistente domiciliare, ecc... . La legge sui lavori usuranti diventa dunque ancora più insufficiente a dare una risposta a questo problema se non la si concepisce - insieme ad altre leggi - dentro un'ottica d'insieme, vista la complessità politica (ovvero economica, medica, previdenziale, sociale, ecc...) del tema.

Le soluzioni degli ultimi anni sembrano però privilegiare più il contenimento dei costi, che misure alternative di welfare e lavoro.

Come osservato riguardo al concetto di usura, il carattere di temporalità - di progressivo divenire - permette tempi di recupero se agiti correttamente, tali da non incorrere in menomazioni. E' bene ricordare che col termine di menomazione

---

3 Per ulteriori approfondimenti si rimanda al lavoro di Marcaletti, Zanfrini 2012

si intende una generalità di danni al lavoratore, che possono sopraggiungere nel breve o medio periodo, o rilevabili solo sul lungo periodo (ad esempio la riduzione dell'aspettativa di vita, elemento cardine della legge).

La leva del tempo sembra essere quella da manovrare principalmente, a seconda dei vari aspetti e delle politiche che si vogliono considerare. Adatta anche alla concezione di usura in chiave di compatibilità lavorativa di cui si è già scritto.

Dunque due politiche su binari non paralleli ma intersecanti, possono essere perseguite al fine di contrastare l'usura (specifica o di compatibilità) ad implementazione di quella previdenziale: una politica di riassetto organizzativo e produttivo e l'altra che prenda in considerazione le "politiche di attivazione" in ottica di sistemi complementari (o sostitutivi) al prepensionamento classicamente inteso; politiche che non sono incentrate soltanto sulla riduzione della spesa previdenziale.

Come indica Vicinelli (1998): "una organica legislazione destinata a ridurre le conseguenze negative per la salute di un lavoro usurante deve essere globale e non riguardare solo i benefici previdenziali". Sulla stessa lunghezza d'onda si ritrova Malaspina (1998): "il futuro deve prevedere un doppio binario di azione: da un lato, un'azione tecnologica (da parte delle imprese) e sociale (da parte delle istituzioni) per migliorare le condizioni di lavoro e per restringere il divario nelle condizioni di salute determinato dalle diseguaglianze socio economiche". Grieco (1994): "il pre-pensionamento dei lavoratori presumibilmente usurati è misura inadeguata non solo rispetto alle aspettative dei destinatari, bensì anche a fronte delle possibilità concrete, offerte dall'innovazione tecnologica della produzione e dai progressi dell'organizzazione del lavoro, di intervenire sul versante della prevenzione dell'usura od almeno per il suo contenimento".

Rispetto alla prima ipotesi di politica di intervento, una riduzione dei tempi di lavoro e un apporto di cambiamenti radicali dell'organizzazione del lavoro sono dunque ricette applicabili, che hanno il rovescio di ampliare i costi aziendali, che comunque non andrebbero visti come un onere, ma alla luce di un investimento.

Come consiglia anche Vicinelli (1998) bisogna applicare misure idonee tendenti

a limitare l'esposizione ad attività usuranti - in modo da permettere un recupero consono all'insorgere di menomazioni - attraverso la riduzione di orari, assegnazione di maggior numero di giorni di ferie, periodi di compensazione, pause più lunghe. Misure di ordine organizzativo sono oggi fra l'altro di più facile applicazione in alcuni settori, in cui la flessibilità organizzativa è diventata carattere dirimente (just in time, word class manufacturing). Si pensi ad esempio alle aziende con lavorazioni in linea catena in cui si possono applicare rotazioni maggiori, cambi mansioni fuori catena o anche il fatto stesso di rallentare i ritmi per contrastare patologie da aggravio muscolo-scheletrico, primo fattore di usura nel settore.

Bisogna d'altronde sfatare “il mito” che contrappone una ristrutturazione produttiva ad un aumento dei costi irrecuperabili nel tempo. Come fa notare Grieco (1994): “Non sono pochi i casi nei quali per aumentare e migliorare la produzione e per essere più competitivi sul mercato, l'imprenditore ha introdotto modifiche ed aggiornamenti strutturali ed organizzativi od ha abbandonato produzioni con maggiore usura umana, impegnando l'impresa in produzioni meno usuranti per gli addetti, perché per lui più vantaggiose ed indirettamente se ne sono avvantaggiati anche i lavoratori”. Non è un caso dunque che nel decennio scorso si è assistito al fiorire, all'interno del dibattito organizzativo del lavoro, di teorie ed applicazioni pratiche che vedono nel benessere e nella partecipazione attiva del lavoratore un elemento di produzione ulteriore, incentrato sulla qualità del prodotto, che non può fare a meno delle capacità del lavoratore stesso. Nascono anche metodologie di organizzazione della tempistica del lavoro che inglobano al loro interno, non più come elemento parallelo ed esterno, l'ergonomia e la salute del lavoratore (si vedano ad esempio i principi applicativi della nuova metrica del lavoro Ergo-Uas). Se oggi, in un mercato globalizzato, anche la qualità viene considerata elemento di competitività, vuol dire che un lavoratore deve essere in grado di produrre in condizioni ottimali (ergonomiche, di salute, partecipative, ecc...) come indicato dai nuovi modelli di produzione. Inoltre un alto livello di usura per il lavoratore comporta un costo per l'azienda in termini di produttività: sostituzione forzata

della manodopera in età avanzata con conseguente perdita di investimento formativo, nonché costi relativi all'assenza per malattia, sostituzioni non programmate di mansioni, ecc...

In questo campo possono rientrare politiche a livello aziendale di riattivazione del lavoratore anziano come, ad esempio: l'allargamento della possibilità di carriera; la mobilità pilotata tra differenti settori dell'azienda, in modo da creare nuove opportunità di apprendimento e riduzione del rischio di "passività appresa" (l'incapacità di adattamento a nuovi contesti lavorativi); lo sviluppo del know how e la formazione continua; l'incentivazione dello sviluppo delle capacità; la riabilitazione fisica e professionale ed altre forme di rimessa in funzione che possano far decidere di mantenere impiegato un lavoratore, riuscendo nello stesso tempo ad esonerarlo da mansioni prettamente usuranti.

Non è possibile accettare ancora oggi, ad esempio, che i lavoratori in catena di montaggio siano valutati come usurati. Potrebbero infatti non essere ritenuti tali qualora si azionassero in modo risolutivo quegli assetti organizzativi già di possibile applicazione, a cui la medicina e l'ergonomia hanno dato una risposta da tempo.

Purtroppo si assiste invece alla direzione contraria, con un aumento dei carichi e dei ritmi, dovuta a infelici scelte strategiche di competizione internazionale. Scelte che non rispondono neanche più ai dettati delle nuove teorie produttive ed organizzative che, come ricordato sopra, riconoscono nella qualità uno dei vettori centrali della competizione.

La competitività non può diventare il paravento dietro cui nascondersi per non fare scelte anche radicali, rispetto ad un'organizzazione del lavoro che possa eliminare alcune patologie e lenirne altre.

Un esempio, come tanti, può venire in aiuto per capire meglio. L'usura da lavoro in linea catena deriva principalmente dall'attività ripetitiva che causa sforzo all'apparato muscolo-scheletrico. Come rilevato dal rapporto Eods del Eurostat (Health and safety at work in Europe 1999–2007) fra coloro che sono esposti a movimenti ripetitivi, si osserva che le prevalenze di soggetti con patologie sono il 37% per i disturbi a collo e spalle (contro l'11% dei non esposti) ed al 24% per i

disturbi agli arti superiori (contro il 4% dei non esposti). Si può dunque dire che il 61% delle malattie contratte sul luogo di lavoro a mansione ripetitiva riguarda l'area degli arti superiori. Una delle affermazioni di fondo dell'indice Ocra<sup>4</sup>, è che tali alterazioni si sviluppino quando la durata del tempo di recupero tra successive prestazioni lavorative sia insufficiente. Inoltre vanno considerati lo sforzo derivante dal peso movimentato, da scorrette posizioni assunte dal corpo e dagli arti, dalla velocità di esecuzione del lavoro e dalla possibilità di presenza di fattori complementari di rischio (vibrazioni, disergonomia degli strumenti, ecc...) Aumentare i tempi di pausa sul lavoro, costituisce senz'altro la leva principale per poter limitare l'usura fra i lavoratori in catena di montaggio. A quale prezzo per l'impresa? Questi passano solo da fattori di mera produttività oraria? Non è interesse di questo studio voler considerare di mettere questi fattori su due piatti della stessa bilancia, ma far notare che altre scelte sono possibili.

Alcuni dati eloquenti, riguardo i costi derivanti dall'usura, li riporta Kuhn (1998) in un suo lavoro di ricerca svolto sulla forza lavoro tedesca: nel 1997 sono andati persi circa 517 milioni di giorni a causa dell'assenza per malattia ed infortunio, ciò corrisponde ad un volume di perdita del fattore di produzione lavoro pari a 89,47 miliardi di marchi; gli infortuni hanno generato una perdita di 60,5 miliardi di marchi; le pensioni di invalidità per causa di lavoro circa 1.000 miliardi di marchi; le malattie all'apparato muscolo scheletrico preponderanti nell'industria manifatturiera hanno causato la perdita di 26 miliardi di marchi, a fronte di una spesa di investimento per il miglioramento dell'ergonomia nettamente inferiore.

D'altronde il sistema produttivo risponde già da se ai problemi dell'usura e della compatibilità lavorativa, ma lo fa servendosi in modo inadeguato di misure nate per altre ragioni, con costi che ricadono sul sistema di welfare collettivo<sup>5</sup>. Si pensi all'uso improprio di fondi destinati a prepensionamenti, cassa integrazione o mobilità, spesso utilizzati per ristrutturazioni di aziende che impiegano al loro interno quelle categorie lavorative che rientrano nell'elenco dei lavoratori di mansioni usuranti, in Italia la metalmeccanica ne è un esempio, così come la

---

4 Per ulteriori approfondimenti si rimanda al lavoro di Colombini, Occhipinti, Fanti 2005

5 Per ulteriori approfondimenti si rimanda ad esempio al lavoro di ricerca dell'Isfol curato da Golini, Gilli 2006

siderurgia. Nello specifico si vuole indicare il meccanismo che vede l'ingresso di giovani lavoratori a basso salario ed elevata capacità di energie confacenti ai meccanismi produttivi forzosi, cui si contrappone la fuoriuscita di lavoratori anziani a salario maggiorato e capacità energetiche ridotte (usurati). Nei paesi del sud Europa (ma anche in Francia e nei Paesi Bassi) si è fatto spesso ricorso all'utilizzo dei prepensionamenti, mentre nel nord Europa più alle pensioni di invalidità e disabilità.

Non è peregrino ipotizzare che la legge sui lavori usuranti in Italia sia stata posta come soluzione indiretta anche di questa gamma di problemi, facendoli emergere su un piano legittimo a cui dare successivamente una soluzione organica. Non sembra un caso, il fatto che le associazioni industriali mossero una critica definendo ristretta la tabella che indicava l'elenco dei lavoratori in catena di montaggio, dedotte dalle sole voci tariffarie Inail (vedi capitolo 2).

Come fa notare Costa (2005), riportando una ricerca dell'Eurobarometer sulle condizioni di lavoro in Europa, "il mondo produttivo europeo fa fronte all'invecchiamento della popolazione spostando i lavoratori verso mansioni meno esposte, invece di adeguare il lavoro per controllare meglio le condizioni nocive". Mobilità professionale dunque come camera di compensazione dell'invecchiamento della forza lavoro, ove però questa compensazione può essere intesa in senso più o meno largo a seconda della saturazione organizzativa e della produzione, in modo particolare per categorie che rientrano già nei lavori usuranti. Come fa osservare Kuhn (1998) in Germania "chi lavora in condizioni sfavorevoli spesso cade in una spirale negativa per cui cambia spesso professione, si trova ad essere disoccupato e quindi si riducono per lui le possibilità di evitare posti di lavoro meno onerosi e più stabili".

Una ricerca che segnala i dati sulla gravità degli infortuni per classi di età (Bena 2005) mette in luce come oltre i 45 anni di età la gravità media degli infortuni sia molto più elevata, indipendentemente dalla professione, un segnale del fatto che soltanto agendo sul rischio tecnologico si potrebbe rendere compatibile il lavoro sicuro con una forza lavoro più anziana.

La mancata prevenzione dell'usura da lavoro e dei meccanismi correlati ad essa,

sia sul piano specifico che su quello della compatibilità lavorativa, hanno dei costi notevoli anche a livello sociale oltre che economico e produttivo. Una esasperazione della disattenzione a questo tema, può comportare conseguenze che costituiscano punti di non ritorno anche sul costo collettivo ed ambientale enormi ed ineluttabili. Non è inappropriato far rientrare, ad esempio, il caso di attualità dell'Ilva di Taranto (e prima ancora Bagnoli, Eternit, ThyssenKrupp, ecc...) come uno di quelli che ha contrapposto falsamente e in maniera inaccettabile questo nodo problematico, che contrappone come su di una bilancia, salute e lavoro, benessere ed economia.

Si passa adesso a valutare la seconda politica di intervento di cui si accennava sopra, sempre in termini di considerazioni e proposte. Una politica che si occupi di prevenire a monte l'usura da lavoro quando possibile e si ponga anche il problema delle compatibilità lavorative in funzione dell'età, non può fare a meno di considerare le “nuove” politiche di welfare. Tali politiche sono oggi favorite dal dibattito su nodi problematici di ristrutturazione del sistema pensionistico e previdenziale. È da esempio il caso delle politiche di attivazione in ottica complementare (o sostitutiva) al prepensionamento classicamente inteso. Come visto in precedenza, venendo in aiuto anche l'approccio medico in chiave interdisciplinare, la sola politica del pensionamento anticipato non è sufficiente a dirimere i problemi dell'usura da lavoro.

Anche l'epidemiologia aiuta a capire che a volte alla sola esperienza del pensionamento, tra coloro che si ritirano non per motivi di salute, è associato un maggiore rischio di mortalità rispetto a quanti continuavano a lavorare a parità di età, professione e stato di salute (Costa 2005).

Un diverso approccio al tema pensionistico ed una politica di ristrutturazione dell'organizzazione produttiva e del lavoro debbono viaggiare sulla via della compatibilità e della simbiosi.

D'altronde le politiche di pensionamento anticipato già da sole bastano a porre una serie di onerose problematiche di sostenibilità economica e sociale, infatti in

tutta Europa si va verso una loro riforma radicale<sup>6</sup>.

Tuttavia l'uso improprio e spropositato di tale istituto previdenziale non può condurre ad un rifiuto totale di tale strumento. Come nota anche Mittone (2004) “gli unici lavoratori svantaggiati per i quali un anticipo sull'età pensionabile rappresenta effettivamente un beneficio sono quelli appartenenti alla categoria dei lavori usuranti”. Il problema dei costi non si porrebbe infatti se ci si limitasse al pensionamento anticipato esclusivamente per quelle categorie tabellate per legge, nonostante - come si avrà modo di leggere nel capitolo 2 e dimostrare nel Capitolo 3 - la legge stessa ponga non pochi limiti al pieno conseguimento anche per quelle mansioni che ne avrebbero diritto. Il problema dei costi emerge quando si arriva a discutere dell'allargamento ad altre mansioni con usura specifica e tanto più quando si manifesta il problema della compatibilità lavorativa in funzione dell'invecchiamento.

Molte categorie di lavoratori sono ancora potenziali candidate a far parte della tabella prevista dalla legge, dunque per poter rendere sostenibili i costi previsti dalla stessa - e migliorarla rendendola più funzionale alla prevenzione del concetto di usura che conosciamo in medicina - bisogna pensare anche ad includere altre politiche di welfare.

A conforto di questo parere troviamo anche quello della Olivelli (2008) che, ammettendo una definizione larga della legge ed il problema della tutela sia delle nuove forme di lavoro che delle nuove patologie, afferma che: “il problema è quello dei costi, perché dove non possono intervenire le categorie, come nel caso dei lavoratori autonomi, dovrebbe la spesa essere affrontata per intero dalla solidarietà generale, con i problemi di sostenibilità finanziaria che ben conosciamo ed è per questo che l'intervento sull'età pensionabile non mi pare adeguato al problema”.

Non si può fare a meno di questo ragionamento a maggior ragione se si parla di compatibilità lavorativa in funzione dell'età.

Dunque le politiche che rientrano nell'ambito dell'attivazione a cui riferirsi potrebbero essere quelle: del “work ability”, dell’“age management<sup>7</sup>”, della

---

6 Per ulteriori approfondimenti si rimanda al lavoro di Ebbinghaus 2006

7 Per ulteriori approfondimenti si rinvia al lavoro dell'autore che ha proposto tale concetto, Ilmarinen

riqualificazione professionale e rilancio del know how del singolo lavoratore, della mobilità fra lavori diversi.

Le ultime politiche citate sono già patrimonio della pubblicistica italiana, quelle che ancora lo sembrano meno sono quelle politiche basate sullo sviluppo della capacità, come può essere l' "age management". Tale politica consiste nella gestione del lavoro guardando il corso della vita e delle risorse, al momento in cui i cambiamenti sono causati dal processo di invecchiamento. "I giovani necessitano di una gestione che supporti e migliori la loro situazione, mentre i più anziani hanno bisogno di altre soluzioni per mantenere la loro capacità di lavoro" (Ilmarinen 2007).

Anche se si tratta di una politica organizzativa nata per le imprese, chiaramente si adatta ad un approccio di carattere più ampio di ordine previdenziale e politico. Il sostegno a determinate misure è infatti all'ordine del giorno nelle agende politiche degli stati europei, vista la portata strutturale del problema.

Purtroppo in Italia "occorre ricordare come il dibattito sulle politiche per ritardare l'età di pensionamento sia rimasto confinato in un approccio forzoso, senza alcuna attenzione per le politiche di invecchiamento attivo" (Mittone 2004).

In effetti la sola incentivazione economica e contributiva "tout court", come strumento principale delle politiche di mantenimento degli anziani al lavoro, risulta una misura quantomeno parziale e limitante. Insufficienti risultano anche le politiche di riduzione in orario part-time dei lavoratori a fine carriera, semplicemente per il fatto che non si manterrebbe una continuità di reddito.

Il richiamo a tali politiche di attivazione diventa utile se le misure in esse contenute possono essere rimodulate a favore dei lavoratori usurati, comunque non al di fuori dalla condizione di cambio mansione (o lavoro), tale da permettere una ripresa compensativa dall'usura subita nella carriera lavorativa che possa attenuare la riduzione dell'aspettativa di vita.

Ciò vale anche quando si parla più in generale della compatibilità delle lavorazioni in funzione dell'invecchiamento.

Tutto questo permetterebbe una permanenza al lavoro, ad un minimo (o senza) costo per l'impresa, per molti lavoratori. Per quelle lavorazioni a carattere saturo, che non permettono oggettivamente la possibilità di trovare altra ricollocazione aziendale, si potrebbe pensare a forme di transizione lavorativa esterne all'azienda. Queste misure andrebbero vagliate per i singoli individui, in modo da permettere un'uscita definitiva per quei lavoratori che registrano un'usura molto elevata.

Come detto in precedenza, queste rimangono considerazioni generali su eventuali direttrici per una politica che volesse affrontare il problema dell'usura sul lavoro in chiave complessiva. Una contraddizione ancora aperta, un tema ineludibile, a cui le risposte da dare sono in divenire e non possono essere demandate solo alla medicina o all'epidemiologia, poiché un approccio interdisciplinare risulta necessario. Quello che appare ormai certo è lo stallo di una politica di prevenzione in questo paese, la legge sui lavori usuranti non può diventare uno “specchietto per le allodole” di cui servirsi soltanto quando si vuole aumentare l'età pensionabile, ma deve essere intesa come parte di un processo ancora in via di evoluzione all'interno di un quadro molto più vasto. Bisogna fare attenzione a non indulgere alle suggestioni di un “rischio accettabile”.

### 1.3 L'aspettativa di vita tra le professioni in epidemiologia

Per quanto riguarda gli approcci ex post sull'usura, l'epidemiologia e la sociologia della salute offrono molti studi e ricerche che si basano su valutazioni effettuate sulla riduzione delle aspettative di vita e sulla disuguaglianza nella salute per professioni.

Nel 1995 l'ISPESL pubblica il primo studio strutturato sul tema per l'Italia, dal titolo “Mortalità per professioni in Italia negli anni '80” (Costa, Faggiano, Lagorio 1995), frutto di una collaborazione fra il programma Re.So e il progetto S.I.Pre<sup>8</sup>. Questo studio, diversamente dai precedenti - peraltro rari - ha il merito

---

8 Il programma Re.So (REte di SOrveglianza della mortalità occupazionale) è frutto di una collaborazione fra il Ministero della Sanità e la Regione Piemonte, mentre il progetto S.I.Pre (Sistema Informativo PREvenzionale sui rischi e danni da lavoro) nasce da una collaborazione fra l'ISPESL e le Regioni italiane.

di essere il primo a porsi la problematica delle differenze di mortalità tra le professioni a livello nazionale, attraverso una metodologia innovativa di record-linkage fra diverse fonti. Un articolo di questo rapporto (Cadum 1995) pone in evidenza le potenzialità e i limiti dell'utilizzo dei dati di mortalità per professione raccolti dall'Istat (anni 1956, 1961, 1973); fino a quel momento, tali dati non erano stati mai utilizzati per realizzare una stima delle differenze nei tassi di mortalità per professione. Lo studio si concentra sulla popolazione di età tra i 25 e i 54 anni e mostra come i lavoratori agricoli presentino una mortalità inferiore alla media della popolazione insieme alla categoria dei degli addetti ai servizi di custodia e domestici, mentre si collocano sopra la media professioni manifatturiere come quella dei calzolai e dei fonditori e professioni autonome quali gli esercenti di pubblici esercizi.

L'articolo centrale di tale rapporto (Costa 1995) si rifà al corpus di dati dello studio Longitudinale Torinese e dello Studio Trasversale Italiano, entrambi basati su un record-linkage di dati censuari e certificati di morte. Questo articolo illustra la distribuzione per professioni della mortalità per cause specifiche di patologia insorta durante il servizio o subito dopo di esso; si analizza dunque la mortalità differenziale per professione suddividendola nelle singole strutture produttive. In sintesi, emerge “un ruolo prevalente delle morti accidentali nella graduatoria degli eccessi di mortalità prematura in Italia negli anni '80, con particolare riferimento alle attività produttive a maggior rischio come l'agricoltura, l'industria estrattiva, la produzione di energia, le costruzioni e i trasporti”. Inoltre “se si prova ad ordinare la dimensione del rischio relativo per la mortalità generale secondo la professione nello studio torinese, si può osservare una netta separazione tra i lavori più umili, sporchi, pesanti da una parte, caratterizzati da più alta mortalità, e le occupazioni intellettuali dall'altra parte, tutte segnate da una forte protezione nel rischio di morte” (si vedano i dati nella tabella 1.1). Si nota che fra le professioni con più alta mortalità si collocano, già dagli anni '80, anche professioni del terzo settore, non solo quelle industriali classicamente intese come faticose e gravose.

Tabella 1.1 – Mortalità generale. Uomini 18-64 anni. Torino 1981-89

<i>10 professioni con più alta mortalità</i>	<i>SMR<sup>9</sup></i>	<i>10 professioni con più bassa mortalità</i>	<i>SMR</i>
Camerieri, cuochi, baristi	149	Ufficiali forze armate	59
Pavimentatori, cantonieri	147	Impiegati banca	64
Facchini e scaricatori	143	Impiegati gomma-plastica	64
Spazzini e pulitori	139	Impiegati ind. elettrotecnica	64
Fabbri e fucinatori	137	Veterinari	73
Fonditori	129	Medici	77
Elettricisti (ind. elettrotecnica)	126	Impiegati in siderurgia	77
Lav. commercio non allo specifico	120	Dirig. pubblica amministrazione	80
Portieri e guardiani	112	Impiegati metalmeccanica	82
Lav. metalmeccanici non allo specifico	106	Insegnanti	84

Fonte: Costa et al. 1995

Nel 1997 l'ISPESL pubblica un secondo rapporto (Costa 1997), frutto della stessa collaborazione che ha dato vita allo studio precedentemente citato. In questo caso si tratta di un rapporto più specifico, dal titolo “Mortalità per professioni in Italia nel 1973”, che costituisce uno sviluppo degli studi esposti nel primo articolo del rapporto del 1995 (Cadum), il quale era incorso in problemi di scarsa comparabilità delle informazioni tra la scheda di morte e la fonte censuaria. L'articolo “Mortalità per professioni in Italia nel 1973” supera solo parzialmente il problema, giacché si limita allo studio dell'anno 1973, l'unico di cui la stessa fonte - cioè l'Istat - fornisce il dato della professione identificata nella scheda di morte. Il rapporto sulla mortalità per professione ci indica che nel 1973 i soggetti in condizione non professionale (in cerca di prima occupazione, studenti, casalinghe, ritirati dal lavoro, ecc...) mostrano una mortalità più elevata rispetto a quelli in condizione professionale attiva. Vengono messi a confronto anche i profili di mortalità proporzionale osservati in Italia nel 1973 e nel 1981. I principali dati di questo confronto vengono presentati in modo separato per ogni

<sup>9</sup> Stima dei rapporti fra decessi osservati ed attesi, ricorrendo al metodo di standardizzazione per età (Rapporti Standardizzati di Mortalità, SMR)

settore, brevi conclusioni mettono in evidenza il fatto che “dai dati dell'agricoltura e del minerario, che vedono ridursi in questi dieci anni alcuni dei rischi igienici che derivano dalle condizioni di lavoro: malattie infettive e malattie respiratorie, ma non quelli per la sicurezza”. Inoltre la persistenza nel tempo di malattie differenti riscontrate in persone con professioni diverse mettono in risalto differenze sociali nella mortalità: infatti si registrano “malattie infettive, tumori dello stomaco e delle vie aereo-digestive superiori, malattie respiratorie e malattie digerenti per le professioni più in basso nella scala sociale; tumori del colon, della mammella e malattie ischemiche del cuore per le professioni più in alto nella scala sociale”.

Dati più circoscritti sulla speranza di vita per professioni riguardano la mortalità nella città di Torino negli anni '80 e '90 e si basano sulla professione rilevata al censimento (Costa, Cadum 1998). Questa ricerca descrive la mortalità in ordine decrescente per classe professionale secondo la classificazione proposta da Esping Andersen, prendendo in considerazione sia le professioni dipendenti della grande impresa sia quelle dei servizi. Tra gli uomini l'ordinamento è coerente con la posizione professionale: fra gli estremi della classificazione, le posizioni presentano una differenza di speranza di vita a 35 anni di circa 5 anni tra gli operai comuni (-3 anni) e i dirigenti (+2 anni). Le cause di morte sono legate specificatamente al lavoro, ma anche agli stili di vita, a carriere di povertà che si trascinano dall'infanzia e a fattori quali stress, fumo, dieta ed ipertensione. Nelle donne invece non è osservabile nessun significativo vettore rispetto l'età, a causa soprattutto dell'incidenza di cause di morte specificatamente femminili, soprattutto come alcune tipologie di tumore correlate con l'alta posizione sociale. Nel 2002 si è tenuto un convegno “Informazione statistica e politiche per la promozione della salute” promosso dall'Istat, allo scopo di fornire un supporto conoscitivo per la progettazione e valutazione delle politiche nazionali e locali di promozione della salute e di programmazione sanitaria. In questo convegno sono stati presentati degli studi realizzati sulla scorta delle analisi dell'indagine campionaria multiscopo “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, svolta dall'Istat nel 1999-2000, su un campione ampliato grazie al contributo del Fondo

sanitario nazionale. Uno degli articoli pubblicati tra gli atti di questo convegno, dal titolo “Salute e lavoro in una popolazione che invecchia” (Costa 2004) ricava una stima delle differenze professionali nella speranza di salute, mettendo in relazione l'indagine multiscopo dell'Istat con le informazioni sulle differenze professionali nella speranza di vita riportate nello Studio Longitudinale Torinese (Costa, Faggiano, Lagorio 1995).

Un primo step descrive la stima della speranza di salute attraverso le stime classiche attuariali secondo l'applicazione dell'indice di mortalità di Sullivan, stratificate per sesso e classe sociale secondo lo schema proposto da Schizzerotto<sup>10</sup>. I dati confermano una difformità secondo la classe sociale nella speranza di vita, che: “a 35 anni mostra differenze tra i due estremi (borghesia e classe operaia) di 1,6 anni tra gli uomini e di 0,2 anni tra le donne; a 55 anni queste differenze si riducono a 0,8 anni tra gli uomini e si annullano tra le donne; in percentuale sulla speranza di vita del gruppo di riferimento lo svantaggio della classe operaia risulta stabile: del 4,3 per cento a 35 anni e del 4,4 per cento a 55 anni tra gli uomini”. Questi dati sono stati successivamente messi in relazione con i seguenti indicatori di salute: in buona salute, libera da malattie croniche e libera da disabilità. Tali indicatori, esposti nella tabella 1.2, mettono in evidenza differenze di classe più intense, soprattutto in quei casi critici, in cui l'indicatore di speranza di vita totale era meno significativo (a 55 anni).

Tabella 1.2 – Speranza di vita per classe sociale. Uomini

Classe sociale	Totale		In buona salute		Libera da malattie croniche		Libera da disabilità	
	<i>età</i>		<i>età</i>		<i>età</i>		<i>età</i>	
	35	55	35	55	35	55	35	55
Borghesia	37,5	18,3	35,9	17,7	18,9	7,6	33,9	17,7
Classe media impiegatizia	36,8	17,9	34,9	17,3	18,1	6,9	33,5	16,9
Piccola borghesia	36,4	17,6	34,7	17,2	17,5	6,6	33,6	16,9
Classe operaia	35,9	17,5	33,2	16,9	16,7	6,2	33,3	16,4

Fonte: Costa *et al.* 2004, in Istat 2004

10 Per specifici approfondimenti si veda Sullivan 1971. Si veda anche Schizzerotto 1993.

Nell'edizione 2012 dell'indagine campionaria multiscopo “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” (attualmente in corso di pubblicazione) dovrebbe essere disponibile la codifica per le singole professioni in modo da rendere più specifica la relazione sopra illustrata. Come infatti illustrano gli autori, la codifica per le singole professioni aiuterebbe a capire meglio la relazione che intercorre fra usura e professione: è infatti impressione condivisa che le differenze negli stili di vita giochino un ruolo molto importante, ma, al contrario, da una codifica più specifica “risulta che gli stili di vita spiegano una frazione molto modesta, intorno al 5 per cento, delle differenze professionali nella salute” (Costa 2004).

Nel 2005 è stata pubblicata una ricerca monografica frutto di una collaborazione fra ISPESL e il Servizio di Epidemiologia della Regione Piemonte dal titolo “Differenze nella salute tra le professioni” (Costa 2005), con l’obiettivo di sperimentare l’uso di indicatori epidemiologici derivanti da fonti correnti per la costruzione di un osservatorio sui lavori usuranti. Ogni articolo della monografia è dedicato all’esame di un modello d’indagine percorribile con le fonti informative di vari istituti italiani (INPS, INAIL, ISTAT, Archivi ricoveri ospedalieri SDO, Registro Tumori Piemonte), nel decennio 1990/2000.

In questa sede ci si limita a commentare questa monografia nei suoi risultati principali, sottolineando come essa costituisca la ricerca più completa ed aggiornata nel campo dei differenziali nella salute tra le professioni in Italia. Fra gli uomini si osservano alcune professioni sistematicamente svantaggiate, come: muratori e conduttori di macchine edili, conduttori di mezzi di trasporto, minatori, cavatori e lavoratori agricoli. Fonditori e fucinatori presentano eccessi meno sistematici, però se si estende l'osservazione retrospettiva ad almeno 20 anni emerge un netto e significativo eccesso di mortalità generale per questa professione.

Fra i lavoratori agricoli si registra un eccesso marcato di disabilità. I conduttori di mezzi di trasporto sono caratterizzati da molti eccessi di morbosità e di infortuni lievi e ripetuti, si rileva anche un eccesso lieve ma significativo di almeno due

malattie croniche. Il rischio di mortalità nell'attività trasporto merci è nella media dei lavoratori manuali iscritti all'Inps, mentre è in eccesso per i servizi connessi ai trasporti.

Eccessi si registrano anche per i lavoratori manuali dei servizi meno qualificati come: addetti alle pulizie, alla raccolta e al trattamento dei rifiuti, facchini e scaricatori, custodi e guardiani. Queste professioni sono tra le più svantaggiate per quanto riguarda gli indicatori di speranza di vita e di salute e in alcuni casi anche per gli indicatori di presenza e gravità di infortunio.

Un altro gruppo di professioni costituito da quelle del commercio, dei servizi e della ristorazione risulta ad alto rischio per quanto riguarda la speranza di vita e di salute e gli infortuni ripetuti nel caso di cameriere, cuoche e bariste. In posizione simile si trovano le professioni infermieristiche.

Infine, si registrano alcuni singoli eccessi degni di nota: la gravità degli infortuni registrati per gli artisti (fatto già rilevato dalla politica previdenziale sui limiti di età lavorativi); l'eccesso di infortuni con inabilità permanente tra i portalettere e fattorini, fra cui ritroviamo anche i pony express, particolarmente a rischio per la sicurezza stradale; eccessi di stress per le professioni in linea di montaggio, come quelle nel settore meccanico, della plastica, della gomma e alimentare.

Un campo più specifico da tenere sempre presente è lo studio della mortalità per singole cause o l'incidenza di specifiche patologie o disturbi. Filone di studi che ha fatto la storia della medicina del lavoro con risvolti pionieristici in campo previdenziale, come ad esempio la mortalità per asbestosi riferita all'amianto. Sempre la stessa ricerca monografica (Costa 2005) riporta a tal proposito la relazione diretta che esiste tra la storia professionale, come rilevata dall'Inps, e alcune cause di mortalità o di morbosità, in particolare i tumori. Possiamo citare, a titolo di esempio, l'eccesso di mortalità per tumori della pleura rilevato nei settori manifatturieri navali, aeronautico e ferroviario, nell'edilizia e nella produzione di gas ed energia. Si registra anche l'eccesso di tumori delle cavità nasali osservato nei settori del legno e della produzione di mobili, cuoio e calzature; la mortalità per silicosi ancora molto alta nei comparti con esposizione a silice; gli eccessi di morte per caduta accidentali in comparti ad elevato rischio

infortunistico come l'edilizia e l'agricoltura. Commentando questi studi, Costa (2005) evidenzia come “questo tipo di sorveglianza epidemiologica può rappresentare uno strumento di interesse soprattutto quando siano da descrivere categorie di lavoratori la cui organizzazione (lavoratori in unità produttive piccole e disperse su un ampio territorio, lavoratori autonomi, artigiani) non permetta di arruolare coorti sufficientemente numerose da essere studiate ad hoc”. Questo, naturalmente, in particolare riferimento al tessuto produttivo italiano.

Come ricordato precedentemente, tra le donne gli indicatori di salute risultano molto più dissociati: le differenze di genere sembrano precedere le differenze occupazionali e quindi richiedere la progettazione di un sistema statistico più preciso. Il differenziale di morte per il genere femminile appare segnato principalmente dal rischio di tumori dell'apparato riproduttivo, generalmente riconducibile alla posticipazione dell'età della prima gravidanza, condizione particolarmente frequente nelle donne collocate fra le alte posizioni sociali (avvocati, magistrati, medici, imprenditrici, ecc...).

Alcune considerazioni importanti possono essere tratte anche dagli atti del 31° congresso annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia dal titolo “L'epidemiologia dell'invecchiamento” (AIE 2007). Un articolo di Marinaccio (2007) dà un contributo alla discussione sull'impatto che hanno i mutamenti recenti nella struttura demografica e produttiva rispetto alle priorità di ricerca in medicina del lavoro e particolarmente in epidemiologia occupazionale. L'autore registra tre fenomeni rilevanti, tutti relativi alla composizione del mercato del lavoro: la maggiore componente femminile, l'invecchiamento progressivo e il crescente peso dei lavoratori immigrati.

Per quanto riguarda la composizione del mercato del lavoro nei paesi a capitalismo avanzato, si assiste ad una contrazione marcata dei tassi di attività in agricoltura, industria ed in particolare nei settori della chimica, del tessile, della lavorazione dei minerali e della gomma. Sono invece in rapida e costante crescita i settori dell'intermediazione finanziaria, delle costruzioni, della sanità.

Questo mutamento comincia ad emergere anche dai dati acquisiti per gli studi

epidemiologici, che attestano un differenziale significativo a favore delle professioni non manuali (e meglio retribuite) in Inghilterra, Germania, Finlandia e, recentemente, anche in Italia. Marinaccio nota dunque come, rispetto ai classici campi di intervento, possono essere aperte nuove frontiere di studio sulla cancerogenesi professionale, le malattie neurodegenerative work-related, le malattie cardiovascolari legate allo stress e a condizioni di disagio nei luoghi di lavoro.

I già citati atti del convegno dell'AIE riportano anche la sintesi di uno studio dal titolo “Storie lavorative e aspettative di vita. Prime evidenze dal Work Histories Italian Panel”<sup>11</sup> (Leombruni 2010). Lo studio apre riportando un aggiornamento delle stime di speranza di vita dello Studio Longitudinale Torinese. La classificazione secondo il reddito della popolazione riporta una differenza di circa 5,6 anni di vita fra i percettori di reddito più alti (80,6 anni) e quella dei percettori di reddito più bassi (75 anni). Si riporta anche la differenza di aspettativa di vita fra classi sociali, collocando la speranza di vita a 35 anni (età in cui la posizione professionale viene considerata sufficientemente stabile): le differenze fra classi sociali risultano meno marcate perché depurate dall'effetto della mortalità prematura precedente a questa età.

Se si prendono a riferimento gli anni di vita (valore medio) che rimangono alla classe degli imprenditori (46,2 anni), si registra una speranza di vita maggiore di 0,3 anni (46,5) per i dirigenti e un lievissimo abbassamento per i liberi professionisti (46,1); si registra invece una riduzione di aspettativa di vita di 2,9 anni per gli operai non specializzati (43,3), 2,4 anni per gli operai specializzati (43,8) e 2,2 per la piccola borghesia senza dipendenti (44).

Quelli fin qui presentati sono dunque i dati emersi dall'aggiornamento dello Studio Longitudinale Torinese che questo articolo riporta.

Passando ai dati inerenti lo studio dell'articolo si premette che la banca dati utilizzata è il Work Histories Italian Panel (Whip), un archivio longitudinale di storie lavorative costruito a partire dai dati amministrativi dell'Inps, che viene usato anche nella parte empirica di questa tesi (Capitolo 3).

---

<sup>11</sup> Questo studio è disponibile nella versione integrale ed aggiornata all'interno della rivista di Epidemiologia e Prevenzione 2010 n°4.

I risultati dimostrano che l'aspettativa di vita è inversamente proporzionale al reddito.

L'effetto di questo sulla probabilità di morte è quantificabile in un premio di un punto percentuale per ogni 100€ di pensione mensile. Questo si nota anche nella distribuzione dei redditi: fino a metà della stessa non si riscontrano differenze di mortalità sostanziali, mentre si nota un premio positivo nelle parti alte. Estendendo l'analisi alla carriera lavorativa, analizzata rispetto al settore di attività dell'impiego prevalente (operai, impiegati e dirigenti secondo Inps), si nota dunque una differenza di rischio relativo di 1.11 (a RR positivi corrisponde un'aspettativa di vita minore) fra lavoratori manuali (operai) e non manuali (impiegati e dirigenti).

La conclusione principale di tale studio riguarda l'esistenza di un rilevante gradiente di diseguaglianza nelle aspettative di vita, che influisce negativamente nella redistribuzione dei benefici previdenziali. Come notano gli autori: “le differenze di speranze di vita stimate a partire dai differenziali di mortalità per reddito e qualifica dal sotto-campione Whip dei pensionati provenienti dal lavoro dipendente privato sono di direzione e intensità paragonabili a quelle ottenute nello Studio Longitudinale Torinese”. Una fonte come il Whip permetterebbe di “produrre stime amministrative delle differenze di speranza di vita all'età pensionabile per carriera lavorativa che siano certificabili per aggiustare il computo dei benefici previdenziali”. Per poter raggiungere tale livello mancano ancora dei passi nella direzione di linkage specifici con altre fonti statistiche come l'Istat, nella direzione di una maggiore specificazione della mortalità individuale e professionale. Gli autori evidenziano inoltre che “un uso congiunto del dato di qualifica professionale con quello del settore di attività economica dell'impresa si presterebbe anche ad approfondimenti di altre differenze che sono rilevanti per la disciplina previdenziale dei lavori usuranti” (come in parte si vedrà nel capitolo 3). E ancora: “i risultati riportati sono le prime prove per l'Italia nel suo complesso delle relazioni tra lo status socioeconomico, così come si rileva nella carriera lavorativa, e la speranza di vita alla fine della carriera stessa” (Leombruni 2010).

È utile precisare alcuni aspetti relativi alla metodologia degli studi che sono stati riportati, al fine di comprenderne i limiti e le potenzialità. Il nodo centrale ruota attorno alle fonti informative. Come fa notare Costa (Costa 2005) “un sistema basato sulla ricerca sistematica di differenze di salute tra gruppi professionali soffre di limiti di classificazione delle professioni insiti nelle fonti informative utilizzate [...]. Se un indicatore di salute è presente su una sola fonte informativa che osserva una piccola popolazione, è ragionevole che emerga un minor numero di associazioni significative” (Costa 2005). Si sottolinea inoltre che “una fonte locale può non essere comparabile e generalizzabile alla popolazione generale, a causa di possibili differenze nelle condizioni sociali” (Costa 2005).

Per quanto riguarda le stime basate sulla professione al censimento, essa può non essere rappresentativa della storia lavorativa di un soggetto per via di percorsi di mobilità professionale non registrabili. Analizzare le differenze nelle aspettative di vita istituendo come età di riferimento sia i 35 che i 55 anni permette di tenere conto di esperienze lavorative variegata, come visto anche nel lavoro sui dati Istat del 2002 (Istat 2004). L'attesa di vita a 30 anni, ad esempio, cumula, insieme agli svantaggi nella mortalità prematura, anche quelli della mortalità adulta (effetti precoci di rischi lavorativi) e quelli della mortalità dilazionata (effetti di media e lunga latenza dei rischi lavorativi) (Costa, Cadum 1998). Misurare la speranza di vita a 55 anni consente invece di capire l'attesa di vita alla soglia della pensione, ma chi arriva ad un'età pensionabile tra i soggetti esposti a lavori usuranti può essere un sopravvissuto selezionato per essere più sano e con migliore aspettativa di vita (Costa, Cadum 1998).

E' ancora Costa (Costa, Cadum 1998) a far notare che questa contraddizione dovrebbe essere superata attraverso due traiettorie, una che riguarda lo sviluppo di indicatori più sensibili, che includano la qualità della sopravvivenza nel criterio di valutazione, l'altra attraverso lo studio di popolazioni più ampie, così da poter disporre di stime più precise sulle differenti età. Due traiettorie che devono essere inserite in sistemi di sorveglianza della mortalità occupazionale basati su dati longitudinali riportanti la storia lavorativa del soggetto. Secondo Spadea (Spadea 2005) la “speranza di vita in buona salute, ovvero libera da un

problema di salute permanente, quale la presenza di malattie croniche o la disabilità, possono fornire una stima più accurata del potenziale di usura a carico delle diverse carriere professionali”. Chi ha provato a stimare le speranze di vita in buona salute ha dimostrato che esse sono più ampie di almeno due o tre volte rispetto alla speranza di vita grezza. Nel nostro paese possiamo citare ad esempio lo studio dello stesso Spadea contenuto nella ricerca monografica del 2005 sopracitata (Costa 2005). Tale studio sconta però ancora il limite del riferirsi ad una popolazione locale come quella riportata dallo Studio Longitudinale Torinese, ma è una buona base di riferimento per prossime analisi.

Tutti gli studi fino ad adesso riportati sono accomunati da problematiche metodologiche di natura esterna al disegno di ricerca. È noto che per misurare correttamente le diseguaglianze professionali occorre disporre di dati sull'attività lavorativa comparabili sia per il numero dei casi osservati (numeratore), sia per la popolazione suscettibile da cui provengono i casi (denominatore). Avere dunque una fonte di informazione univoca e comparabile favorisce un modello di studio unico e con maggiore capacità rappresentativa del dato. In Italia purtroppo esistono diverse fonti istituzionali contenenti dati simili (Istat, Inps, Inail e fonti a livello regionale) che non dialogano fra loro in maniera organica e continuativa. Come fa notare Costa (2005), è possibile in Italia costruire sistemi di sorveglianza nazionali e regionali di monitoraggio e sorveglianza delle differenze professionali nella salute con livelli di completezza e validità adeguati alle esigenze conoscitive. L'autore continua tracciando le condizioni minime per cui questo possa avvenire: la definizione dei soggetti titolati, una regolamentazione delle procedure di accesso, le risorse economiche per sostenere la creazione e la manutenzione delle fonti e la loro valorizzazione statistica. Risulta chiaro che questo livello di competenze su un piano nazionale competono al legislatore, ma fino ad oggi il nostro paese sconta un'arretratezza non giustificata neanche a livello europeo.

L'importanza di uno studio su fonti solide come quelle che si descrivevano sopra possono essere cruciali per gli studiosi, legislatori e policy makers che si occupano di politica previdenziale e pensionistica.

Studi longitudinali su base individuale di questo tipo sono già patrimonio delle comunità scientifiche (e dei legislatori) di alcuni paesi europei e degli Stati Uniti, due sono i modelli di studio preponderanti: il “Decennial Supplement” e il record-linkage fra fonti diverse<sup>12</sup>. Il secondo sembra superare problemi di comparabilità dei dati e comincia ad affermarsi come metodo di ricerca (Costa, Faggiano, Lagorio 1995).

Il record-linkage ha delle difficoltà di realizzazione che sono state attualmente superate in maniera soddisfacente nei paesi scandinavi, grazie alla disponibilità di un ricco apparato di archivi nazionali automatizzati. Molti sono gli studi che ci consegnano diversi autori che si sono cimentati con questa metodologia in paesi europei come la Finlandia (Sauli 1979, Anderson 1986), la Gran Bretagna (OPCS 1986, Fox e Goldblatt 1982) o la Francia (Desplanques 1991). Si citano brevemente solo alcuni degli studi a titolo di esempio, che danno anche un quadro della situazione internazionale. In Finlandia Valkonen (1992) registra una probabilità di morte per i lavoratori manuali di età compresa fra i 35 e i 64 anni maggiore del 100% rispetto agli impiegati di livello superiore, quindi una differenza di mortalità relativa molto accentuata. L'autore sopracitato rileva (Valkonen 1997), tramite un lavoro di stima delle differenze sociali nella speranza di vita in buona salute, una differenza della speranza di vita di quattro anni fra i due estremi della scala educativa finlandese. In Germania Von Gaudecker e Scholz (2006) trovano una differenza massima di circa 6 anni per gli uomini (a 65 anni) tra il primo e l'ultimo gruppo socioeconomico considerato. Per gli Stati Uniti, Singh e Siahpush (2006) stimano un gradiente di vita attesa tra i più favoriti e i più sfavoriti in base ad un indice di deprivazione che tiene conto di 11 indicatori di status; a 65 anni questo gradiente risulta di 1,9 anni per gli uomini e 1,2 per le donne. In Inghilterra e Galles, Bajekal, Rasulo e Yar (2007), riscontrano che un operaio non specializzato che arriva a 65 anni vive in media ancora 13 anni, un avvocato ne vive ben 5 di più; per le donne il differenziale è un po' più ridotto, qualcosa meno di 4 anni.

---

12 Per un elenco dei principali sistemi di sorveglianza della mortalità occupazionale in diversi paesi, si rimanda al lavoro di Costa, Faggiano, Lagorio 1995

#### 1.4 Diseguaglianze fra le professioni ed aumento dell'età pensionabile

Studi di epidemiologia non aiutano soltanto a stimare alcuni effetti dell'usura da lavoro, nel tempo e per interi settori di lavoratori, ma anche ad avere uno sguardo diverso per la complessità delle politiche pensionistiche grazie allo studio sulle aspettative di vita.

Come fa infatti notare Costa (2005) “per gli uomini le fonti informative e gli indicatori disponibili offrono un supporto per identificare gruppi di professioni sui quali la storia lavorativa mostra un significativo impatto sulla salute, da considerare prioritariamente per interventi di compensazione attraverso le misure di riordino dei regimi previdenziali; supporto che può essere utilizzato in via complementare agli altri argomenti e prove derivanti dalla medicina e dall'igiene del lavoro per la valutazione dei fattori di usura legati alla storia lavorativa”.

L'epidemiologia offre dunque spunti per potersi muovere su due binari paralleli e complementari, quelli della medicina e della previdenza. Come fa notare Costa (2005) “l'impatto dell'esposizione ai fattori di rischio tradizionali dell'igiene e della sicurezza del lavoro è modesto se misurato su indicatori generali di salute, come la mortalità e la morbosità generale; viceversa su indicatori di salute più specifici, come la mortalità per singole cause o l'incidenza di specifiche patologie o disturbi, emerge con maggiore sensibilità il ruolo di questi fattori di rischio” (Costa 2005). Dunque “i dati di mortalità e morbosità per professioni, oltre a fornire informazioni sul rapporto tra specifici fattori di rischio professionali e salute, evidenziano anche alcune dimensioni della relazione tra lavoro e salute che sono più indirette e di natura sociale” (Costa, Cadum 1998). Fino ad adesso sono stati presentati studi che hanno preso in analisi la variabile indipendente come la professione, sia per capire l'incidenza delle singole patologie, sia per indagare i differenziali di aspettative di vita.

La valenza degli studi sulle singole patologie per professione sono un supporto essenziale e si intrecciano con gli studi di medicina legale citati nel paragrafo 1.1. Si rimanda dunque il lettore alle considerazioni sulla politica di prevenzione dell'usura sul lavoro svolta sopra.

È utile adesso accennare anche all'altra valenza che hanno questi studi, quella sulle aspettative di vita generali. L'esistenza della disuguaglianza nella salute è patrimonio della comunità scientifica sin dall' 800 (Genova 2008). Essa è infatti basata su studi robusti, sia di fonte statistica ufficiale, sia su piccola scala, sia di tipo trasversale e longitudinale, quello che di nuovo comincia a divulgarsi in Italia, è la disponibilità di dati con cui monitorare le differenze sociali nella salute sotto varie dimensioni (Costa, Cadum 1998).

Come fa notare Costa (2005), nello studio di mortalità generale, le differenze per classe professionale (che ne spiegano circa un 25%) si annullano completamente quando intervengono variabili come l'istruzione o il reddito. Il senso però con cui interpretare tali variabili è dato sempre dall'autore in questa chiave: “il titolo di studio è un buon proxy degli svantaggi accumulati dalla persona nella propria storia di vita, mentre il reddito misura in modo più specifico la posizione attuale nella stratificazione sociale”.

Una concentrazione univoca sulla variabile della professione, intesa come singola mansione, rispetto alla spiegazione delle aspettative di vita a carattere generale diventa dunque limitante (Costa, Faggiano 1994).

Come evidenziano Ponti e Faggiano (1994), citando anche diversi autori, esiste una differenza sociale anche nell'esposizione a fattori di rischio insalubri (fumo, alcool, mancanza di esercizio fisico, ecc...), sottolineando come alcune scelte siano in fondo a “libertà limitata”.

Autori come Siegrist e Marmot (2004) fanno notare come siano molteplici le cause che contribuiscono a spiegare la differenza di mortalità generale: disuguaglianze nel possesso di risorse materiali e culturali, caratteristiche sociali del lavoro svolto, capacità di controllo dell'ambiente di lavoro, vincoli posti dall'attività lavorativa allo svolgimento di attività sociali e ricreative e alla struttura delle relazioni sociali che essa promuove.

Costa e Spadea (2004) propongono come spiegazione alla relazione tra posizione sociale e squilibri di salute la prospettiva del “corso di vita”, mutuandola da autori come Blane (1999) e Kuh e Ben Shlomo (1997). In questa ottica, il patrimonio di salute di un individuo, sotto il profilo del benessere psicofisico

generale, è assunto come un prodotto della posizione sociale occupata lungo tutta la vita.

“L’assunto centrale della teoria è che lo sviluppo biologico individuale abbia luogo in un contesto sociale capace di strutturare le opportunità di vita in modo tale che i vantaggi e gli svantaggi tendano a concentrarsi trasversalmente [contesti lavorativi, familiari, ecc] e ad accumularsi longitudinalmente” (Costa, Spadea 2004). La mobilità sociale dunque costituisce un ulteriore meccanismo attraverso cui la salute e i fattori sociali possono concatenarsi lungo il corso della vita.

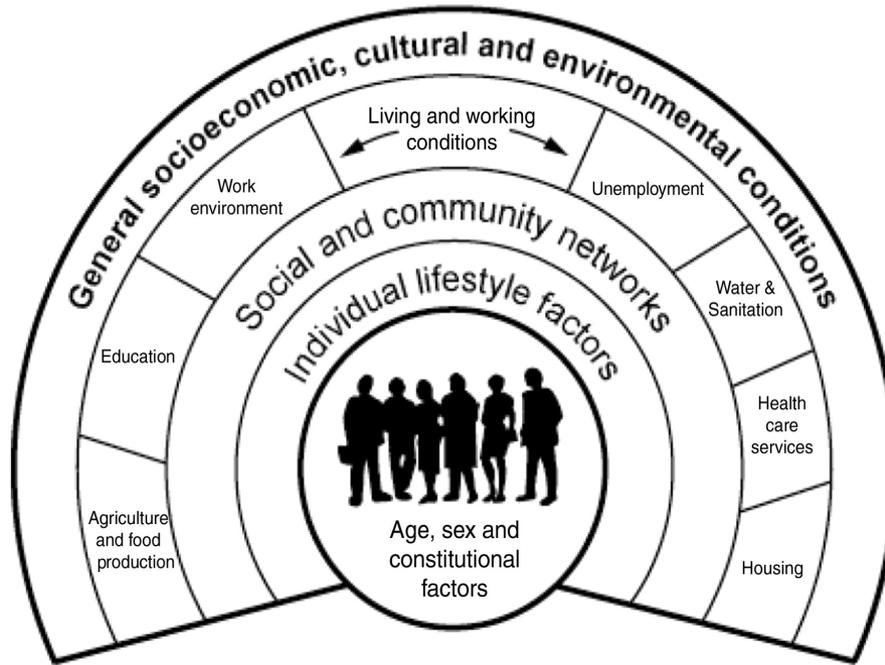
Una spiegazione che può aiutare maggiormente ad inquadrare la funzione dei determinanti di salute, la possiamo mutuare dalle scienze sociali che si occupano di salute. Senza entrare nel merito delle discipline di sociologia della salute e delle politiche sociali sanitarie, prendiamo come riferimento il modello più noto, che meglio rappresenta graficamente i determinanti sulla salute, quello proposto da Dahlgren e Whitehead (1991), costituito da una serie di cerchi concentrici che rappresentano i differenti livelli di influenza di tali determinanti (fig. 1.1).

Questo modello rappresenta la complessità degli intervenienti sulla salute. Si parte dal centro che vede rappresentati gli individui con le loro caratteristiche demografiche. Al di sopra sono rappresentati gli stili di vita individuali che generano stili di vita diversi. Il livello successivo esprime il ruolo che la comunità e le reti di relazioni sociali hanno come determinante. Sopra di esse si trovano le condizioni di vita e di lavoro che si caratterizzano per: condizioni ambientali del posto di lavoro, istruzione ricevuta, qualità dell'alimentazione, reddito percepito, condizioni igieniche generali e qualità dell'acqua, condizioni dell'abitazione e dei servizi sanitari. Al di sopra di tutto si collocano le condizioni socio-economiche, culturali ed ambientali<sup>13</sup>.

---

13 Per una più approfondita trattazione delle disuguaglianze nella salute in ambito sociologico si rimanda ai lavori di Genova 2008 e anche Bucci e Neresini 2001.

Figura 1.1 – Determinanti di salute



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

Quello che dimostra questo approccio è che gli studi di mortalità generale, in ottica di disuguaglianza nella salute, mutano la lettura della variabile professionale. Se negli studi specifici legati alla mortalità per singole cause la professione rappresenta la variabile della singola mansione, in un'ottica di studio di disuguaglianza di salute complessiva, la professione va dunque inquadrata nel contesto più ampio e moderno di classe sociale, come indicatore di essa.

Si può dunque essere d'accordo con Costa e Cadum (1998): "Il lavoro è una dimensione costitutiva della vita di una persona e può avere conseguenze favorevoli e sfavorevoli sulla salute. In quanto fonte di reddito, [si può aggiungere anche: espressione del livello di istruzione] in quanto motivo di prestigio, in quanto motore della organizzazione del tempo e dei rapporti sociali di una persona, la disponibilità al lavoro rappresenta una risorsa essenziale per promuovere, proteggere e curare la propria salute e la qualità della vita [...] una posizione svantaggiata nella scala professionale può aumentare di molto il rischio di morire rispetto all'altro estremo della scala".

Gran parte delle disuguaglianze di mortalità sono riferibili sia agli svantaggi nelle risorse materiali e culturali che separano le classi occupazionali e le loro carriere

di vita, sia alle caratteristiche sociali del lavoro che si svolge, ai vincoli posti da questo allo svolgimento di attività sociali ricreative e alla struttura sociale che promuove (Costa 2005).

“Intense, regolari e crescenti sono i principali attributi con cui si presentano le diseguaglianze nella salute in Europa alla lettura dei sistemi informativi e statistici disponibili ” (Costa, Spadea 2004).

Un andamento analogo caratterizza lo scenario italiano, ad un costante miglioramento generale delle aspettative di vita, “una scomposizione del quadro complessivo illustra la persistenza e l’accentuarsi di significative diseguaglianze di mortalità e morbosità tra i sessi, tra le diverse aree geografiche e tra le distinte classi socioeconomiche di cui si compone la popolazione italiana” (Costa, Spadea 2004).

Tra gli occupati le persone di classe operaia muoiono prima dei dirigenti; tra gli operai, gli addetti ai servizi non qualificati presentano un profilo di mortalità ancora più sfavorevole (Costa 2005).

La speranza di vita parziale presenta differenze fino a quattro anni tra le professioni ai due estremi (Costa, Cadum 1998).

Tutto questo può solo accentuarsi in un paese come l'Italia in cui la mobilità sociale è rallentata. Seppur il sistema registra livelli di mobilità ascendente questa è di corto raggio (fra classi contigue). Inoltre le diseguaglianze di possibilità di mobilità sono assai elevate e riguardano la tendenza all'immobilità (Ballarino, Cobalti 2003). Questo anche alla luce di nuove diseguaglianze sociali che emergono dal cambiamento provocato dalle società post-industriali<sup>14</sup>.

Le evidenze empiriche sulla diseguaglianza nelle aspettative di vita sono ormai note e strutturate a livello europeo e in via di perfezionamento nel nostro paese. Tali evidenze non possono che portare a riflettere sull'aumento dell'età pensionabile dentro il sistema pensionistico italiano.

In Italia, purtroppo, la considerazione dell'aumento dell'aspettativa di vita avviene in maniera unidirezionale guardando alla sola crescita media demografica complessiva e alla sola tenuta economica del sistema. Un eloquente

---

14 Per ulteriori approfondimenti si rimanda al lavoro di Ballarino e Regalia 2008

rimando esemplificativo, che fa emergere anche la relazione fra studio scientifico e realizzazione politica, è l'affermazione di E. Fornero: “l'aumento di speranza di vita che si manifesta durante il godimento della pensione (e quindi lungo periodi di alcuni decenni) si traduce in aumenti di spesa che non possono non riversarsi in un rilevante disavanzo del sistema. Volendo riportare il meccanismo alle condizioni necessarie per l'equilibrio finanziario, sarebbe necessario determinare periodicamente (meglio se addirittura annualmente) i coefficienti di trasformazione in base alle speranze di vita proiettate secondo le più attendibili previsioni demografiche di volta in volta disponibili. ” (Fornero, Castellino 2001).

Non appare come una contraddizione insita al sistema pensionistico, registrare simili livelli di disuguaglianza delle aspettative di vita e al contempo avere un limite di età uguale per tutti, fra l'altro in via di continua elevazione? Non si pone un problema di equità distributiva in tal senso, fra le diverse categorie produttive? Il problema è certamente ampio, dunque si limita l'esposizione ad alcuni nodi problematici di carattere generale, ritornando anche sulla categoria più specifica dei lavori usuranti.

Su questo problema riflettono alcuni degli autori sopra citati. Costa e Cadum (1998): “un aumento indiscriminato dell'età pensionabile uguale per tutti presuppone che al momento del pensionamento tutti abbiano la stessa probabilità di godere di un uguale numero di anni di riposo in condizioni di salute ritenute soddisfacenti, indipendentemente dalla storia lavorativa”. Come fanno notare sempre gli stessi autori “la facoltà di derogare all'aumento dell'età pensionabile in base ad un riconoscimento di lavoro usurante, definito a priori e non su base empirica, non è in grado di controllare completamente l'effetto cumulativo degli svantaggi di una carriera lavorativa, come quelli osservati sulla speranza di vita”. Essi concludono auspicando che “solo un sistema sociale che fosse capace di regolare e di differenziare l'età pensionabile in modo proporzionale sarebbe in grado di garantire una più equa opportunità di riposo in pensione”.

Sullo stesso solco ritroviamo anche Leombruni che riguardo all'aumento di età pensionabile si esprimeva affermando che “questo processo decisionale, nel

nostro paese, risulta particolarmente disinformato dal punto di vista degli aspetti di salute, se non nelle rare occasioni in cui questa viene utilizzata come argomento strumentale per sostenere la necessità di deroghe a misure restrittive sull'età pensionabile, per esempio in occasione della discussione sui lavori usuranti” (Leombruni 2010). Una delle variabili cruciali che dovrebbe informare la discussione sull'aumento dell'età pensionabile è la speranza di vita degli individui. Di solito si considerano soltanto i fattori determinanti di tipo demografico (età, genere e coorte), ma non se ne analizza la distribuzione interna.

Questo comporta come segue l'autore sopra citato che “l'applicazione dei coefficienti di trasformazione del valore medio della speranza di vita a gruppi sociali [provenienti da carriere di lavoro subordinato con basso reddito e bassa posizione sociale], che fruiranno del beneficio pensionistico per un numero di anni inferiore alla media, produrrebbe una perdita di beneficio pensionistico a favore di gruppi sociali più avvantaggiati (una specie di redistribuzione al contrario)”.

Quali siano le ragioni per cui la salute e in generale le diseguaglianze di aspettative di vita non hanno il giusto posto nell'agenda delle riforme pensionistiche, cominciano a diventare sempre più ignote col passare del tempo.

Una riflessione generale che si può condividere la porge Costa: “In generale le società occidentali non hanno mai dato molta importanza ai costi sociali dello sviluppo: anzi in molti casi l'esternalizzazione di questi costi è stata una precisa scelta, accompagnata dall'acquiescenza delle istituzioni. Negli ultimi anni sta aumentando la consapevolezza che occorre cambiare rotta nell'ottica della sostenibilità dello sviluppo; la qualità dell'ambiente è il criterio più spesso utilizzato per misurare i costi sociali e la loro sostenibilità, mentre la salute e le sue diseguaglianze stentano a venire alla luce come un criterio autonomo di valutazione” (Costa, Spadea 2004).

Costa (2005) propone degli eventuali sviluppi sul piano pensionistico, partendo dall'evidente presupposto che l'utilizzo della media della speranza di vita penalizza le categorie con speranza di vita peggiore. Dunque “per venire incontro

a tale sperequazione si potrebbe introdurre una speranza di vita ad assetto variabile in funzione di un indicatore misurabile di reddito, che fosse disponibile sia nel sistema informativo che registra i contributi versati (Inps, Inail), sia nelle statistiche che misurano la variazione della speranza di vita, ad esempio il reddito rilevato in anagrafe tributaria o quello desumibile dalle retribuzioni assicurate” (Costa 2005).

Si lasciano queste considerazioni - su cui si è d'accordo - a lavori più specifici di politica pensionistica, si chiude facendo notare come una applicazione asettica della speranza di vita penalizzi anche la legge sui lavori usuranti, minandone la logica stessa di salvaguardia dei lavoratori usurati.

Come si vedrà meglio nel capitolo 2, aver aumentato l'età pensionabile negli anni ha portato anche ad un effetto trascinarsi indiretto dell'età di uscita anticipata per i lavoratori usuranti. Questo sia perché il beneficio dal 2007 consisteva in uno sconto fisso di 3 anni a fronte di un aumento dell'età pensionabile, sia perché dal 2011 anche l'età di uscita per i lavoratori usurati viene agganciata all'aumento automatico della speranza di vita.

Si rileva un problema concettuale non di poco conto riscontrato dalla Legge 247/2007 e peggiorato con le ultime. Il rischio è di perdere di vista il concetto di usura da lavoro e le sue connotazioni intrinseche. Se è vero che il nocciolo centrale dell'usura da lavoro è sempre stato la perdita di aspettativa di vita, non significa che essa andrebbe ad aumentare allo stesso modo sia per i lavoratori usurati che per quelli che non lo sono, perché non è una dimensione problematica avulsa. Come ricordato anche dai lavori della Commissione, dagli studi riportati in questo capitolo, ma anche dai criteri identificativi del DM 1999, l'usura da lavoro contempla in sé condizioni peggiorative per la salute intrinseche alla connotazione del lavoro stesso (prevenzione, infortuni, ergonomia, agenti chimici, condizioni di salute, ecc...), oltre che per le condizioni inerenti la classe sociale di appartenenza (salario, reddito, istruzione, ecc...). Avere una speranza di vita maggiore non significa poter lavorare di più, a parità di condizioni usuranti. Se l'applicazione dell'aspettativa di vita è già problematica per l'intero sistema pensionistico, lo diventa a maggior ragione per i lavoratori usurati. Esiste un

rapporto differente della diminuzione dell'aspettativa di vita - anche se non si conoscono con esattezza i termini probabilistici - in concomitanza con altre variabili imputabili alla condizione di lavoro usurante, come appena sopra ricordato. La speranza di vita non muta quindi in maniera lineare per ogni singolo lavoratore, a maggior ragione per i lavori usuranti. L'aspetto originale del meccanismo dell'adeguamento alla speranza di vita è che presenta effetti ripetitivi nel tempo, producendo un aumento perenne dell'età pensionabile. Questo produce una permanenza del lavoratore in alcune produzioni per livelli sempre maggiori di età, a parità di condizioni di lavoro, sociali e di prestanza fisica che invece peggiorano nel tempo diversamente dalla media dei lavoratori. Si perde dunque di vista quale sia il reale livello di tutela per i lavoratori usuranti. Questa condizione a lungo andare rischia soltanto di peggiorare la condizione dei lavoratori stessi, con ripercussioni non di poco conto per i costi della produzione, ma anche e soprattutto sociali.