

**Eloisa Betti
Carlo De Maria
(a cura di)**

Genere, salute e lavoro dal fascismo alla Repubblica

Spazi urbani e contesti industriali



OttocentoDuemila, collana di studi storici e sul tempo presente
dell'Associazione Clionet, diretta da Carlo De Maria

Italia-Europa-Mondo, 6



Nell'immagine di copertina, un gruppo di lavoratrici e lavoratori in sciopero davanti alla
Becchi di Forlì, 1972-73 ca., Archivio fotografico Michele Minisci - Il Forlivese, Istituto storico
della Resistenza e dell'Età contemporanea di Forlì-Cesena

**Eloisa Betti e
Carlo De Maria
(a cura di)**

Genere, salute e lavoro dal fascismo alla Repubblica

Spazi urbani e contesti industriali



Bologna 2020



ISTITUTO STORICO DELLA
RESISTENZA E
DELL'ETÀ CONTEMPORANEA
DI FORLÌ-CESENA



ATRIUM
Architecture
of Totalitarian Regimes
of the XX Century
in Europe's Urban Memory

Cultural route
of the Council of Europe
Itinéraire culturel
du Conseil de l'Europe



Volume promosso dall'Istituto storico della Resistenza e dell'Età contemporanea di Forlì-Cesena, con il sostegno del Comune di Forlì e della Rotta culturale europea ATRIUM.

Progetto grafico

Bradypus

ISSN:

2284-4368

ISBN:

978-88-31300-05-6



Quest'opera è stata rilasciata con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale. Per leggere una copia della licenza visita il sito web <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>.

2020 BraDypUS Editore

via Oderisi Da Gubbio, 254

00146 Roma

CF e P.IVA 14142141002

<http://bradypus.net>

<http://books.bradypus.net>

info@bradypus.net

Genere, salute e lavoro dal fascismo alla Repubblica

Spazi urbani e contesti industriali

INDICE GENERALE

Introduzione

Eloisa Betti, Carlo De Maria..... 7

Parte prima: Dibattiti, regolamentazioni, narrazioni

L'evoluzione della medicina del lavoro e la figura del medico di fabbrica nel Novecento

Carlo De Maria..... 19

La salute dei lavoratori in Italia tra fascismo e postfascismo: uno sguardo di genere

Alberto Baldasseroni, Francesco Carnevale..... 41

Salute, prevenzione e formazione nell'esperienza dei sindacati industriali: il contributo femminile negli anni Settanta

Pietro Causarano..... 55

Che "genere" di salute in fabbrica? Femminismo sindacale e medicina del lavoro nel triangolo industriale degli anni Settanta

Anna Frisone..... 75

Costruire il sentimento comune del dolore. Le narrazioni femminili dei disastri industriali

Bruno Ziglioli..... 95

Parte seconda: Contesti industriali e forme di mobilitazione

Diritto al lavoro e diritto alla salute: elaborazione e mobilitazione femminile tra contesto forlivese e dimensione nazionale

Eloisa Betti..... 107

Protagonismo femminile e difesa della salute in una fabbrica in trasformazione: il caso dell'OMSA di Faenza

Federico Morgagni..... 129

In un angolo della memoria. Genere, salute e lavoro negli stabilimenti della Società Metallurgica Italiana

Laura Savelli..... 149

Genere, salute e lavoro nelle miniere del Sulcis-Iglesiente tra fascismo e Seconda guerra mondiale

Liliosa Azara..... 167

Gli autori..... 181

Indice dei nomi..... 183

L'evoluzione della medicina del lavoro e la figura del medico di fabbrica nel Novecento

CARLO DE MARIA

Introduzione¹

In Italia, i primi servizi medici di fabbrica furono avviati per soddisfare la legge del 1889 sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, che come unico obbligo per il datore di lavoro prevedeva la prima medicazione del lavoratore infortunato². Praticamente da subito, fin dal passaggio tra Otto e Novecento, l'attenzione alla salute della donna nell'ambiente industriale si dimostrò ben presente nel dibattito medico-scientifico ed ebbe, però, come preoccupazione prevalente il tema della procreazione e della salute dei nascituri. Il punto centrale non era combattere lo sfruttamento e migliorare le condizioni di lavoro delle operaie, ma sottolineare e stigmatizzare i problemi che ne potevano sorgere in termini di riduzione della fertilità e di salute dei figli, in una cornice generale di diffidenza e di contrarietà verso il lavoro extradomestico delle donne³; una condizione, quella di «lavoratrice», che allontanava le donne dal «ruolo naturale» di

¹ Ringrazio Eloisa Betti per aver letto una prima versione di questo saggio e avermi fornito numerosi consigli bibliografici e spunti interpretativi.

² Cfr. F. Carnevale, Prefazione a O. Targowla, *I medici dalle mani sporche. La medicina del lavoro*, Milano, Feltrinelli, 1978; Id., *Tre secoli di lotte. Donne, salute e lavoro*, in "Salute e Territorio", 2002, n. 130.

³ Cfr. V.P. Babini, *Un altro genere. La costruzione scientifica della "natura femminile"*, in A. Burgio (a cura di), *Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia (170-1945)*, Bologna, Il Mulino, 1999; V.P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nelle scienze dell'uomo. Immagini del femminile nella cultura scientifica italiana di fine secolo*, Milano, Franco Angeli, 1986; M.V. Ballestrero, *Dalla tutela alla parità. La legislazione italiana sul lavoro delle donne*, Bologna, Il Mulino, 1979.

moglie e di madre e che poteva finire per mettere a rischio la salute della stirpe e il progresso della nazione⁴.

Nonostante questi limiti, la stagione riformatrice di inizio Novecento, alla quale è dedicato il primo paragrafo del saggio, ebbe comunque il merito di porre il tema della salute nei luoghi di lavoro come questione sociale di primaria importanza. E arrivò a ottenere, grazie ad alcune punte avanzate di attivismo riconducibili soprattutto agli ambienti socialisti, risultati legislativi duraturi, come ad esempio, la legge del 1902 sul lavoro delle donne e dei bambini, per la quale molto si dovette all'impegno e all'elaborazione della dirigente socialista Anna Kuliscioff, medico specializzato in ginecologia, che difese il diritto delle donne alla salute e alla sicurezza sul lavoro⁵.

Nel clima autoritario tra le due guerre mondiali emerse il rapporto tra medicina del lavoro, selezione del personale e controllo sociale, che viene tematizzato nel secondo paragrafo del saggio. Per quanto concerne la relazione tra genere e salute, l'approccio del fascismo trovò radicamento in un terreno culturale preesistente. Tra anni Venti e Trenta, i medici di fabbrica si occuparono a più riprese della salute riproduttiva della donna in fabbrica, ma senza intervenire sull'organizzazione e sull'ambiente di lavoro⁶. Lo stesso regime che ammetteva pessime condizioni di lavoro per molte operaie esaltava la tutela della «gestante della futura stirpe italiana», assicurando alla donna, «nella suprema funzione della maternità, tutto l'ausilio, tutti gli aiuti che valgano alla solennità della funzione onde s'infutura la specie»⁷.

Le pesanti continuità che si misurano nella transizione tra fascismo e Repubblica (descritte e analizzate nel paragrafo terzo del saggio), conoscono una cesura fondamentale tra anni Sessanta e Settanta. A partire dal 1968-69 si registra una diversa attenzione al problema della salute delle lavoratrici nell'ambiente industriale, con la realizzazione di importanti inchieste spesso svolte in collaborazione con gli enti locali e i servizi territoriali di medicina del lavoro. Cominciò, così, a prendere forma una critica al femminile all'operato dei medici di fabbrica. Le lavoratrici, e con esse tutto il movimento operaio, puntarono l'indice contro

⁴ Sullo sviluppo del movimento eugenetico in Italia, F. Cassata, *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006; C. Mantovani, *Rigenerare la società: l'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2004.

⁵ Cfr. A. Kuliscioff, *Immagini, scritti, testimonianze*, a cura di F. Damiani e F. Rodriguez, prefazione di F. Pieroni Bortolotti, Milano, Feltrinelli, 1978; P. Passaniti (a cura di), *Lavoro e cittadinanza femminile. Anna Kuliscioff e la prima legge sul lavoro delle donne*, Milano, Franco Angeli, 2016; M. Degl'Innocenti, *L'età delle donne. Saggio su Anna Kuliscioff*, Manduria, Lacaita, 2017.

⁶ F. Carnevale, A. Baldasseroni, *Mal da lavoro. Storia della salute dei lavoratori*, introduzione di G. Cosmacini, Roma-Bari, Laterza, 1999, pp. 100-101.

⁷ G. Sapelli, *Organizzazione del lavoro e innovazione industriale nell'Italia tra le due guerre*, Rosenberg & Sellier, Torino 1978, p. 384; I. Piva, G. Maddalena, *La tutela delle lavoratrici madri nel periodo 1923-1943*, in M.L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Franco Angeli, Milano 1982, pp. 835-856.

l'inadeguatezza di questa vecchia figura professionale, asservita al datore di lavoro e priva di una reale autonomia⁸. La nuova stagione della medicina del lavoro che si aprì nella seconda metà degli anni Sessanta viene qui affrontata nel quarto paragrafo del saggio. Un rinnovamento non risolutivo che lascerà ancora negli ultimi decenni del Novecento alcune questioni in sospeso nella definizione stessa dei contorni giuridici e professionali della figura del medico di fabbrica.

1. L'inizio del Novecento e l'approccio riformatore: la malattia professionale come «malattia sociale»

Nel 1901, in anni in cui le malattie professionali andavano indubbiamente moltiplicandosi anche in Italia, seguendo «si può dire passo per passo l'estendersi delle industrie»⁹, il medico Luigi Devoto fondò la rivista bimestrale "Il lavoro", poi "La medicina del lavoro".

Devoto era studioso di formazione positivista. Era stato allievo di Edoardo Magliano, il clinico che aveva studiato la diversa incidenza delle malattie a seconda delle classi sociali. Partendo proprio da questa lezione, Devoto cominciò ad occuparsi, in particolare, delle patologie legate alle condizioni socioeconomiche dei lavoratori. La malattia professionale divenne per lui sinonimo di «malattia sociale»¹⁰.

Questo atteggiamento non aveva un fondamento ideologico classista¹¹; al contrario, il medico del lavoro si poneva, con intento riformatore, in un ruolo di

⁸ Momento di svolta all'interno del dibattito pubblico fu il convegno *La salute della donna che lavora*, svoltosi all'inizio del 1967 a Torino su impulso dell'Unione Donne Italiane. Cfr. UDI, *La salute della donna che lavora. Atti del convegno nazionale (Torino, 28-29 gennaio 1967)*, Milano, Leonardo edizioni scientifiche, 1967.

⁹ Queste parole di Luigi Devoto sono citate da A. Carbonini, *Luigi Devoto e la clinica del lavoro di Milano*, in Betri, Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'unità al fascismo*, cit., pp. 489-516, pp. 495-496.

¹⁰ Cfr. F.M. Biscione, «Devoto Luigi», in *Dizionario biografico degli italiani*. 39, Roma 1991, pp. 612-613. Devoto nacque a Borzonasca, in provincia di Genova, nel 1864. Professore ordinario dal 1902, insegnò prima a Pavia (patologia medica), poi a Milano (clinica delle malattie professionali, dal 1908). Nel 1906, proprio a Milano, organizzò il I Congresso internazionale per le malattie del lavoro (gli Atti del quale vennero pubblicati in quella città lo stesso anno). Sempre a Milano, nel 1910, venne inaugurata la clinica del lavoro, progettata dallo stesso Devoto. Morì a Milano nel 1936.

¹¹ Cfr. *ivi*, p. 613.

mediazione all'interno del conflitto sociale tra capitale e lavoro, secondo una prospettiva laico-positivista¹². Così scriveva Devoto nel 1901:

Il soccorso illimitato della fisiologia e della patologia del lavoro è indispensabile. Occorre dunque aver fede nella scienza. E con la luce della scienza si arriverà a fare un codice, emanazione delle leggi della biologia e della fisiologia, che costituirà il patto di alleanza tra governi, industriali e lavoratori. In quel giorno si erigerà il grande monumento della scienza¹³.

Secondo la nuova generazione di medici, formati nel clima culturale degli ultimi decenni dell'Ottocento, solamente la cura dell'organismo sociale poteva consentire una cura efficace dei singoli individui che lo componevano. Di conseguenza, i rimedi da loro prescritti comprendevano l'esigenza di un risanamento ambientale, rimandando a una sfera decisionale e operativa più vasta di quella strettamente clinica e igienico-sanitaria. Il medico si avvicinava, così, all'ambito politico, candidandosi a un preciso ruolo nella sistemazione della città e nel controllo dei luoghi di lavoro¹⁴.

Non a caso, l'informazione medica guadagnò, a partire dall'inizio del Novecento, un certo spazio anche sulla stampa socialista, e l'incontro tra la medicina sociale e del lavoro e il riformismo socialista produsse quel fertile filone di impegno civico che prese il nome di «socialismo medico»¹⁵. Molti medici impegnati nel PSI, soprattutto nella Milano industriale di Filippo Turati e Anna Kuliscioff, furono protagonisti delle principali associazioni di tipo scientifico e sindacale

¹² Cfr. M.G. Ruggerini, *Le politiche aziendali di reclutamento. Tecniche e filosofie nelle riviste industriali nei primi decenni del Novecento*, in E. Benenati (a cura di), *Trovare lavoro. Collocamento e reti sociali*, Torino, Rosenberg & Sellier, 2001, pp. 169-237, pp. 187-188.

¹³ Le parole di Devoto si trovano citate in Carnevale, Prefazione a Targowla, *I medici dalle mani sporche*, cit., p. XIV.

¹⁴ Cfr. G. Cosmacini, *L'igiene e il medico di famiglia*, in P. Melograni (a cura di), *La famiglia italiana dall'Ottocento a oggi*, Bari-Roma, Laterza, 1988, pp. 589-627 (in part., pp. 610-613); M.L. Betri, *Questione sanitaria e questione sociale nel primo ventennio postunitario*, in N. Azzi (a cura di), *Sapere scientifico e questione sociale tra '800 e '900*, Mantova, Istituto provinciale per la storia del movimento di liberazione nel Mantovano, [1984], pp. 49-57.

¹⁵ Cfr. P. Audenino, *La cultura socialista: un nuovo sistema di valori*, in V. Castronovo (a cura di), *La cassetta degli strumenti. Ideologie e modelli sociali nell'industrialismo italiano*, Milano, Franco Angeli, 1986, pp. 115-168 (in part. p. 128 e sgg); M. Degl'Innocenti, *Gaetano Pieraccini. Socialismo, medicina sociale e previdenza obbligatoria*, Manduria, Lacaíta, 2003; G. Pieraccini, *Patologia del lavoro e terapia sociale*, Milano, Società editrice libraria, 1906.

della loro categoria¹⁶ e si occuparono in prima persona della tutela dei lavoratori e delle lavoratrici contro gli infortuni e le malattie professionali¹⁷.

La stessa cornice culturale laica e positivista che aveva espresso l'approccio riformatore di Devoto e quello più apertamente militante dei medici socialisti poteva però portare ad approcci tecnocratici non privi di implicazioni autoritarie. Ne troviamo un esempio in Giovanni Loriga, ispettore medico-capo dell'industria e del lavoro negli anni Venti. La sua opera principale, *L'organizzazione umana del lavoro*¹⁸, è stata indicata come

uno dei primi tentativi [...] rivolto agli industriali per invitarli a porre in modo esplicito al centro del dibattito sull'organizzazione scientifica del lavoro, quale correttivo indispensabile, il valore centrale del fattore umano¹⁹.

Collocandosi all'interno di una interpretazione ampiamente diffusa, Loriga considerava l'attenzione per il fattore umano una caratteristica specifica della cultura italiana, «in contrapposizione a un razionalismo produttivo americano, ritenuto troppo arido e meccanicistico»²⁰. Di fatto, l'autore insisteva sulla convenienza di una selezione del personale, tramite esami medici, all'atto dell'assunzione. Questo accorgimento, secondo le sue parole, avrebbe permesso di trarre «dal materiale umano i più alti rendimenti», «tenendo conto allo stesso tempo delle esigenze fisiologiche e di quelle psicologiche dell'operaio»²¹.

Il tema della selezione del personale, per la sua intrinseca valenza di controllo sociale, ebbe grande fortuna durante il fascismo. Nella letteratura di quegli anni relativa alla medicina del lavoro, il medico di fabbrica era presentato come un competente «consigliere» del capofabbrica e una drastica *selezione medica*

¹⁶ Sulla particolare importanza che ebbe, tra Otto e Novecento, la compagine medica milanese di orientamento socialista come punto di riferimento per i medici di tutto il paese nel mutamento deontologico e ideologico che stava avvenendo in seno alla categoria, si veda M. Soresina, *Ideologia e pratica della professione medica: il caso di Milano*, in Aa.Vv., *Lavorare a Milano. L'evoluzione delle professioni nel capoluogo lombardo dalla prima metà dell'800 a oggi*, Milano, Sole 24 Ore, 1987, pp. 47-80.

¹⁷ Per un inquadramento storiografico, R. Romano, *Sistema di fabbrica, sviluppo industriale e infortuni sul lavoro*, in *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1019-1055.

¹⁸ Firenze, Bemporad, 1923.

¹⁹ Ruggerini, *Le politiche aziendali di reclutamento. Tecniche e filosofie nelle riviste industriali nei primi decenni del Novecento*, cit., p. 187.

²⁰ Cfr. *ivi*, pp. 182 e 187.

²¹ Citate *ivi*, pp. 187-188.

della manodopera (selezione preventiva e periodica) era ritenuta indispensabile e legittima per l'utilizzazione massima dei lavoratori²².

Dall'afflato riformatore delle origini all'autoritarismo del Ventennio il passo fu, in certi casi, inaspettatamente breve: non è, forse, inutile ricordare che anche i rapporti di Devoto con il fascismo furono più che tranquilli. Il fondatore della clinica del lavoro di Milano non mancò di magnificare provvedimenti quali il regolamento di igiene industriale e l'assicurazione obbligatoria per le malattie del lavoro in cui riconobbe echi delle proprie elaborazioni e dei propri sforzi. Nel 1929, divenne inoltre presidente della Società italiana di medicina del lavoro, appena fondata²³. A conferma della straordinaria capacità del regime, sotto l'impulso dell'intervento pubblico, di coinvolgere e mobilitare le élites tecnico-specialistiche nei piani di sviluppo dello Stato fascista²⁴.

2. Il fascismo: medicina del lavoro e controllo sociale

Dal punto di vista giuridico, è proprio sul finire degli anni Venti che nacque la figura del medico di fabbrica. Infatti, il Regolamento d'igiene del lavoro del 1927²⁵ (perfezionato nel 1929) rese obbligatoria l'effettuazione di visite preventive e periodiche da parte del medico di fabbrica (un non meglio definito medico «competente») ai lavoratori che adoperassero o producessero sostanze tossiche o infettanti. Il medico era scelto dalla direzione d'azienda. Per la nomina

non si prevedevano formalità particolari, prescrivendosi soltanto che fosse «competente» e sembrando generalmente agli interpreti della relativa normativa che tale requisito fosse da intendere con riferimento allo specifico ambito di conoscenze scientifiche implicate dalla materia dell'igiene del lavoro e che fosse sindacabile dall'ispettorato del lavoro con conseguente potere di quest'ultimo di prescrivere l'eventuale sostituzione del sanitario ritenuto non idoneo²⁶.

²² Cfr. *ivi*, pp. 210-211.

²³ Cfr. Biscione, «Devoto Luigi», cit., p. 614.

²⁴ Cfr. A. Lyttelton, *La dittatura fascista*, in G. Sabbatucci, V. Vidotto (a cura di), *Storia d'Italia. Vol. 4. Guerre e fascismo, 1914-1943*, Roma-Bari, Laterza, 1997, pp. 171-243, pp. 217-218.

²⁵ Regio decreto 14 aprile 1927, n. 530.

²⁶ S. Evangelista, *Procedimenti e mezzi di tutela della salute in azienda*, Milano, Giuffrè, 1984, p. 243. Si veda, anche, G. Sabatini, F. Molino, *Clinica e patologia dei lavoratori. Con riferimenti di profilassi e legislazione*, Torino, Minerva, 1941, dove si legge: «Il datore di lavoro è libero di affidare il

Come chiariscono Carnevale e Baldasseroni, nessuno all'epoca metteva in dubbio che il medico di fabbrica dovesse essere persona di fiducia del datore di lavoro e badare quindi agli interessi dell'azienda:

In discussione c'è un problema decisivo per l'industria: reclutare i lavoratori più sani e dismettere quelli che sani non sono più; il medico adesso è incaricato, *anche con l'avvallo della legge*, di questo movimento di entrata e di fuoriuscita della forza-lavoro. L'operaio figura quasi sempre quale oggetto passivo di interventi e di indagine, situazione questa che procede parallelamente alla separatezza che generalmente esiste tra medici e mondo operaio; l'operaio, da parte sua, guarda con ostilità e con diffidenza al medico del lavoro, al suo ruolo e agli effetti delle sue decisioni²⁷.

È noto che l'industria pesante (metallurgica e metalmeccanica) costituì il perno dell'espansione economica dell'Italia tra le due guerre mondiali. Proprio l'industria pesante si avvalse, più di altri settori produttivi, dell'opera del medico di fabbrica per svolgere visite preventive e periodiche: quelle previste dal Regolamento d'igiene o, semplicemente, altre ordinate dalla direzione aziendale.

Le visite – hanno scritto Carnevale e Baldasseroni – debbono servire per selezionare i lavoratori, per creare attivamente quello che gli epidemiologi chiameranno «effetto lavoratore sano» e principalmente per convalidare un processo di autoselezione: infatti anche da parte dell'opinione generale e dei candidati viene esclusa la possibilità che l'industria pesante possa accettare operai diversi da quelli veramente sani e robusti. Le altre visite, quelle periodiche, servono per confermare, secondo scadenze prefissate, l'idoneità iniziale e quindi [...] per «prevenire la fatica», nel senso che un operaio non più idoneo si affaticherebbe troppo o non riuscirebbe a svolgere un lavoro che è sempre fisicamente impegnativo e veramente usurante. Alla non idoneità così intesa non può che seguire il licenziamento del quale il medico risulta quasi sempre giudice unico o comunque molto influente²⁸.

È facile notare come l'operaio affaticato, malato o infortunato sia quello che, in definitiva, «crea problemi» alla dirigenza, turbando, oltre al regolare andamento della produzione, anche la pace sociale. E, come ha fatto presente Maria Grazia

servizio al medico di sua fiducia purché esso abbia il requisito di competenza richiesto dalla legge» (p. 207). Nella stessa pagina, gli autori ricordavano: «Il datore di lavoro può affidare l'incarico delle visite mediche anche ad Istituti convenientemente attrezzati (a questo scopo nel nostro Paese esistono gli Istituti di Medicina Industriale dell'Ente Nazionale Prevenzione Infortuni)».

²⁷ Carnevale, Baldasseroni, *Mal da lavoro. Storia della salute dei lavoratori*, cit., pp. 74-75 (corsivo nostro).

²⁸ Ivi, pp. 107-108.

Ruggerini, la preoccupazione di prevenire «tensioni sociali dentro l'azienda» era ben presente nella letteratura sulla medicina del lavoro, negli anni del fascismo²⁹.

Al contrario, un'assenza che si nota all'interno del dibattito specialistico di quegli anni è la mancanza di un approccio di genere ai problemi della salute sul lavoro. A questo proposito, è perfino stridente la contraddizione tra l'insufficiente tutela della salute delle lavoratrici in fabbrica e il grande impegno propagandistico e realizzativo profuso dal regime sul versante della tutela della maternità³⁰. Contraddizione che, tuttavia, rientrava pienamente – a ben vedere – in quella visione tradizionale e conservatrice del ruolo delle donne, auspicabilmente relegate all'ambito dei lavori domestici e di cura, che venne fatta propria e accentuata dal fascismo³¹.

3. La transizione dal fascismo alla Repubblica: il medico di fabbrica sempre al servizio dell'azienda

Con regio decreto 17 agosto 1935 venne introdotta in Italia l'assicurazione obbligatoria per le malattie professionali³². Il provvedimento adottava il sistema della lista, «che consiste nel fissare in un elenco tassativo le tecnopatie riconosciute più meritevoli di tutela»³³. Questa prima lista, estremamente limitata, venne sensibilmente allargata nel 1952: il numero delle malattie per le quali si prevedeva l'assicurazione venne portato da 6 a 40. Dal dibattito parlamentare in materia emergevano preoccupazioni e affanni per i ritardi accumulati in questo settore. Durante la seduta del 16 luglio 1952 della XI commissione della Camera dei

²⁹ Cfr. Ruggerini, *Le politiche aziendali di reclutamento. Tecniche e filosofie nelle riviste industriali nei primi decenni del Novecento*, cit., p. 211.

³⁰ Ma su questo si rinvia al saggio di Baldasseroni e Carnevale compreso in questo volume.

³¹ Cfr. V. de Grazia, *Le donne nel regime fascista*, Venezia, Marsilio, 1993; P. Dogliani, *Il fascismo degli italiani. Una storia sociale*, Novara, Utet-De Agostini, 2014.

³² *Disposizioni per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali* (Regi decreti 17 agosto 1935, n. 1765, e 15 dicembre 1936, n. 2276. Regolamento 25 gennaio 1937 n. 200 e disposizioni richiamate), Bologna, Tip. Cantelli, [1937]. Il decreto del 1935 venne perfezionato nel 1937. L'assicurazione per gli infortuni era già stata introdotta nel 1889 (poi, più ampiamente, nel 1904).

³³ G. Miraldi, *Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*, Padova, CEDAM, 1954 (I ed. 1951), p. 155. Si veda, anche, Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie-INAM, *Corso di medicina mutualistica* (Università di Ferrara, anno accademico 1955-1956), Bologna, Tip. Vighi e Rizzoli, 1957, in part. le pp. 69-73, che corrispondono all'intervento di U. Chiappelli, *L'assicurazione di malattia in Italia*.

deputati, Giuseppe Di Vittorio incalzò in proposito il ministro del lavoro e della previdenza sociale Rubinacci e il relatore Coppa:

DI VITTORIO. Ritiene l'onorevole relatore che l'elenco [delle malattie professionali] sia completo con le aggiunte suggerite?

COPPA EZIO, *Relatore*. Assolutamente no. Ma quello che si sta facendo rappresenta, dal punto di vista tecnico-sanitario, [...] un passo più lungo della gamba. Molto ancora si deve fare, mentre non esiste un numero adeguato di medici preparati. Diciamocelo con franchezza, se c'è una preoccupazione per l'applicazione di questa legge è proprio questa carenza!

RUBINACCI, *Ministro del lavoro e della previdenza sociale*. Fra gli scopi di questa legge uno dei più importanti è, appunto, la creazione di medici preparati.

COPPA EZIO, *Relatore*. Deve essere una preparazione accurata; bisogna creare dei medici di fabbrica che si muovano e che studino; altrimenti ci troveremo sempre di fronte a gente che va a caccia di un posto per avere uno stipendio. Mi rendo conto che ognuno ha il diritto di procurarsi il pane; ma nell'ambito della medicina del lavoro la preparazione tecnica specifica è una *conditio sine qua non*.

Perciò, onorevole Di Vittorio, l'elenco non può essere completo; e aggiungo che non sarà mai completo perché, mentre l'industria avanza a passi da gigante, noi, nel campo delle ricerche, non possiamo tenere lo stesso ritmo, non disponendo degli enormi capitali necessari. Auguriamoci che il Ministro, che vede con particolare sensibilità i problemi della medicina del lavoro, si faccia veramente promotore di qualche cosa di più grande di quanto esiste oggi a Napoli e a Milano in fatto di istituti per le ricerche scientifiche delle malattie professionali³⁴.

Il provvedimento del 1952 estese sensibilmente il sistema previdenziale relativo alle tecnopatie, si preoccupò (almeno a parole) della formazione professionale dei medici del lavoro, ma lasciò immutata la figura giuridica del medico di fabbrica. Questa particolare continuità tra periodo fascista e secondo dopoguerra emerse con chiarezza dai lavori di un importante convegno organizzato, nel 1954, dalla Società umanitaria di Milano³⁵. Nel nostro paese, i medici di fabbrica dipendevano ancora direttamente, sia economicamente che organizzativamente, dalla direzione delle aziende. Era, dunque, lecito chiedersi in che modo questi professionisti avrebbero mai potuto sviluppare – anche ammettendo la massima onestà di propositi da parte loro – una adeguata azione di prevenzione contro le malattie professionali e contro le cattive condizioni ambientali nelle quali i lavoratori erano costretti a vivere e a lavorare, se appunto dipendevano dall'azienda. E in che modo sarebbe stato possibile per loro imporre alla direzione

³⁴ *Atti parlamentari. Estensione dell'assicurazione obbligatoria per le malattie professionali*, Roma, INAIL, [1952], pp. 27-28. Le stesse preoccupazioni, relative alla disponibilità di medici di fabbrica e alla loro competenza, emersero anche al Senato (cfr. p. 67).

³⁵ Società umanitaria, *Convegno nazionale di studio sulle condizioni del lavoratore nell'impresa industriale*. Milano, 4-6 giugno 1954, Milano, Giuffrè, 1954.

l'attuazione di determinate misure protettive e di accorgimenti tecnici che, nella maggior parte dei casi, avrebbero portato all'azienda costi notevoli. E con quale fiducia i lavoratori potevano rivolgersi a questi medici. Molto spesso, di fatto, i medici di fabbrica finivano per diventare degli strumenti di discriminazione degli operai nelle mani della direzione dell'azienda, la quale si valeva della loro opera per trovare pretesti per il licenziamento. Un esempio significativo era appena avvenuto nella fabbrica Nobel di Bussi in provincia di Pescara:

Recentemente un numeroso gruppo di operai è stato visitato per disposizione della direzione dell'azienda dal medico di fabbrica e, sulla base dei referti medici, molti di essi sono stati dichiarati in stato di inidoneità specifica a quel determinato lavoro nel reparto di quell'azienda e sulla base di questi referti sono stati licenziati.

Questi lavoratori che avevano assorbito per lunghi anni sostanze tossiche a causa delle esalazioni nocive presenti nell'ambiente nel quale erano costretti a lavorare, anziché essere sistemati in altro reparto e addetti ad altro lavoro, per il quale potevano essere ancora idonei, sono stati licenziati. L'opera del medico di fabbrica invece di contribuire a risolvere il problema con misure e provvedimenti che bonificassero l'ambiente di lavoro riducendo o eliminando le esalazioni nocive dell'ambiente ha portato al licenziamento dei lavoratori. Ciò significa fare di questi lavoratori solo parzialmente inabili dei disoccupati permanenti i quali non saranno più in grado di riprendere altrove la loro attività produttiva.

Questa è l'azione che è stato costretto, forse anche senza volere, a compiere il medico di fabbrica a causa della sua dipendenza economica dalla direzione dello stabilimento. [...] Il medico di fabbrica potrà svolgere la sua funzione in perfetta indipendenza, solo a patto di essere riconosciuto per quello che effettivamente è, un funzionario specializzato dall'organizzazione sociale incaricato di curare la difesa della salute e dell'integrità fisica dei lavoratori, solo a patto di avere l'assoluta integrale indipendenza economica, organizzativa e amministrativa dalla direzione dell'azienda³⁶.

La figura del medico di fabbrica introdotta dal regolamento del 1927 era stata in tutto e per tutto conservata dalla normativa del dopoguerra³⁷. Basti richiamare il decreto del presidente della repubblica 19 marzo 1956, n. 303, che fissava le norme generali per l'igiene del lavoro. All'articolo 33 (visite mediche) si leggeva:

Nelle lavorazioni industriali che espongono all'azione di sostanze tossiche o infettanti o che risultano comunque nocive, indicate nella tabella allegata al presente decreto, i lavoratori devono essere visitati da un medico competente: a) prima della loro ammissione al lavoro per constatare che essi abbiano i requisiti di idoneità al lavoro al quale

³⁶ Ivi, pp. 226-227.

³⁷ Evangelista, *Procedimenti e mezzi di tutela della salute in azienda*, cit., p. 243. Si può vedere, anche, M. Crepet, B. Saia, *Medicina del lavoro*, Torino, UTET, 1993 (I ed. 1979), p. 345.

sono destinati; b) successivamente nei periodi indicati nella tabella, per constatare il loro stato di salute³⁸.

Sotto il profilo terminologico, è interessante notare come la locuzione «medico competente», se continuava a richiamare «la necessità del possesso di cognizioni specifiche», non fissava però «i contorni di una figura predefinita». Proprio per questo, secondo Giuseppe de Falco, non esistendo «una classificazione autonoma»,

la prassi aveva introdotto l'uso della generica espressione «medico di fabbrica», volta a indicare nulla più che il rapporto del professionista con la struttura di lavoro³⁹.

Sia nel 1927 che nel 1956, continuiamo sotto la scorta di de Falco, la figura del medico addetto al controllo dei lavoratori non fu delineata in maniera precisa, né fu possibile individuare in quei provvedimenti «un insieme di obblighi tipici che valessero a connotare la figura stessa in maniera puntuale»⁴⁰. In quella situazione normativa l'attività del medico tenuto al controllo dei lavoratori era dunque svolta per lo più al di fuori di schemi prefissati dalla legge e in base a un rapporto di natura privata con il datore di lavoro, che si avvaleva, in maniera talvolta continuativa ma per la maggior parte dei casi occasionale, delle prestazioni professionali del medico prescelto.

Le conseguenze pratiche di questo vuoto legislativo furono al centro di un convegno sulla medicina del lavoro tenutosi a Bologna nel 1962. In quella sede, Giovanni Favilli, docente di patologia generale, dopo avere rammentato all'assemblea l'articolo 33 del decreto 303/1956, notò come «nessuna precisazione» fosse mai venuta «successivamente» su come il medico dovesse acquisire la competenza che la legge pareva richiedere:

Accade quindi che la competenza si riduce ad essere quella che qualsiasi medico ha; magari immediatamente dopo la laurea, e la legge non richiede affatto che il medico sia in possesso di *titoli specifici* che dimostrino la sua competenza nella medicina del lavoro. [...] Si può quindi dire senza tema di sbagliare, mi sembra, che quanto è prescritto dalla legge viene affidato alla discrezione dei datori di lavoro, ai quali è sufficiente dimostrare che sono in regola nei riguardi di quella norma estremamente generica fissata dalla legge, la visita cioè del medico competente⁴¹.

³⁸ Citato in E. Leaci, L. Caputo, *La sorveglianza medico-sanitaria dei lavoratori. Obblighi del datore di lavoro. Lavoratori interessati. Adempimenti e disposizioni di legge. Sanzioni*, Roma, EPC, 1997, p. 55.

³⁹ G. de Falco, *Sicurezza sul lavoro. Le figure soggettive: competenze, adempimenti, responsabilità*, Roma, Carocci, 1999, p. 158.

⁴⁰ Ivi, pp. 157-158.

⁴¹ *Atti del convegno sull'igiene e la medicina del lavoro. Bologna, maggio 1962*, supplemento a "Bologna. Rivista del comune", 1963, n. 1, p. 77.

Si poteva legittimamente arrivare a concludere che la figura del medico di fabbrica fosse praticamente «inesistente» nella nostra legislazione. Il datore di lavoro si serviva perciò, al momento opportuno, di un medico qualsiasi non qualificato, il famigerato medico «competente» indicato dalla legge; in altre parole un medico di sua fiducia, non necessariamente specializzato e non selezionato in base a un concorso o a una specifica preparazione⁴².

Nel determinare questo immobilismo, sicuramente aveva pesato l'incuria dei governi, che nulla avevano fatto per incoraggiare gli studi di medicina del lavoro. Più nello specifico, lo Stato avrebbe dovuto fornire mezzi finanziari adeguati agli Istituti universitari e ospedalieri specialisti in medicina del lavoro per assicurare loro piena autonomia, impedendo che si rinnovassero convenzioni fra tali Istituti ed Enti previdenziali o imprese private; convenzioni che, sostenendone il finanziamento, finivano per subordinarli in maniera quasi automatica a determinati interessi⁴³.

Era, dunque, chiamato in causa anche il ruolo dell'ENPI, Ente nazionale prevenzione infortuni, organismo dipendente dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale. Per legge, i medici dell'ENPI potevano svolgere un ruolo sostitutivo rispetto ai medici di fabbrica. Infatti, in base al nuovo statuto dell'ente approvato nel 1954, l'ENPI aveva facoltà di effettuare, «su richiesta degli imprenditori, le visite mediche preventive, periodiche e di controllo previste dalla legislazione sulla tutela del lavoro e sulla prevenzione degli infortuni»⁴⁴.

Una scelta che cadesse sui medici dell'ENPI, apparentemente *super partes* nei contenziosi tra datore di lavoro e prestatori d'opera, poteva sembrare, a un primo sguardo, di gran lunga preferibile rispetto all'intervento di un medico di fabbrica dipendente direttamente dall'azienda. Sennonché, una sentenza 10 marzo 1973 del pretore di Torino Francesco Palmisano ci riporta alla complessità delle cose.

L'ENPI – notò Palmisano – svolgeva due distinte funzioni: 1) servizi obbligatori (verifica degli impianti) ai quali le imprese erano coattivamente sottoposte; 2) consulenze antinfortunistiche, visite mediche periodiche, servizi di infermeria di fabbrica, ecc., a pagamento, a libera richiesta delle imprese (espletati a seguito di volontaria richiesta degli imprenditori e dietro compenso). In altre parole, la stessa impresa che per legge era sottoposta alle verifiche obbligatorie poteva chiedere all'ENPI i servizi volontaristici, stipulando una convenzione e pagandone il prezzo. A questo punto, se i medici dell'ENPI avessero denunciato un'azienda per qualche inadempienza in materia di igiene e sicurezza del lavoro,

⁴² Cfr. *ibidem*.

⁴³ Cfr. *ivi*, pp. 156-157.

⁴⁴ Associazione industriale lombarda, *Sicurezza sul lavoro*, Milano 1969, pp. 39-40.

quest'ultima non avrebbe più, per logica reazione, stipulato contratti per i servizi volontaristici, determinando una perdita economica per il bilancio dell'ente⁴⁵.

4. La svolta tra anni Sessanta e Settanta: verso una nuova medicina del lavoro

Nel 1969, la FIOM-CGIL editò una piccola pubblicazione, in forma di dispensa, dal titolo *L'ambiente di lavoro*, frutto di una collaborazione tra operai, dirigenti sindacali e tecnici della salute (medici e psicologi)⁴⁶. Essa rappresentò probabilmente «il primo momento di convergenza» tra medici e lavoratori, successivamente sviluppato in altri progetti editoriali⁴⁷.

Le idee e le esperienze di una nuova leva di medici cresciuti a contatto con gli avvenimenti dell'«Autunno caldo» delle lotte operaie (1969) mise in crisi il ruolo tradizionale della medicina del lavoro, proponendone uno completamente diverso: «lo schieramento senza esitazione dalla parte dei lavoratori, affiancandone le lotte in corso e i valori sostenuti»⁴⁸.

Per cogliere questo nuovo atteggiamento “operaista” è utile prendere in considerazione gli atti di un corso di medicina del lavoro organizzato nel 1972 dal Dipartimento di sicurezza sociale della Regione Emilia-Romagna⁴⁹. L'obiettivo del corso era «produrre una linea, un orientamento, *politici e tecnici comuni*» per gli interventi nell'ambiente di lavoro:

Qual è la componente politica? È il modo in cui l'operatore si pone rispetto ai lavoratori della fabbrica, rispetto alla direzione della fabbrica. Abbiamo esempi storici, che sono il modello operativo degli enti pubblici della prevenzione: andare in fabbrica con rapporto esclusivo con la direzione, non avere rapporti con i lavoratori, rispondere

⁴⁵ Cfr. *La fabbrica del cancro. L'Ipca di Ciriè*, testi di P. Benedetto, G. Masselli, U. Spagnoli e B. Terracini, Torino, Einaudi, 1976, p. 85.

⁴⁶ FIOM-CGIL, *L'ambiente di lavoro*, a cura di I. Oddone, Roma 1969.

⁴⁷ Per una messa a punto sul tema, cfr. A. Berra, T. Prestipino, *La sicurezza del lavoro. Psicologia, prevenzione, organizzazione*, presentazione di E. Spaltro, Milano, Franco Angeli, 1996, p. 145.

⁴⁸ Carnevale, Baldasseroni, *Mal da lavoro. Storia della salute dei lavoratori*, cit., p. 350.

⁴⁹ Dipartimento di sicurezza sociale della Regione Emilia-Romagna, *La tutela della salute nei luoghi di lavoro. Atti del corso regionale di medicina del lavoro. Bologna, giugno-novembre 1972*, Bologna, STEB, 1973, p. 7.

segretamente alla sola direzione. Questa è stata la scelta politica che nega la partecipazione, e che nega, quindi, anche [...] la perfezione tecnica, la prevenzione.

Abbiamo un altro modello: andare in fabbrica con un rapporto di *identificazione con i lavoratori* per restituire l'informazione tecnica alla gestione politica dei lavoratori, soli protagonisti della prevenzione. Penso che il nostro modello sia quest'ultimo⁵⁰.

Intorno alla metà degli anni Settanta, ebbe una forte risonanza, anche a livello giuridico, il caso IPCA (Industria piemontese coloranti all'anilina). Un libro pubblicato nel 1976 dall'editore Einaudi ne ricostruiva le fasi, mettendo sotto la lente di ingrandimento l'inadeguatezza della vecchia figura del medico di fabbrica:

All'Ipca c'era il dottor Giovanni Mussa che a Ciriè ha compiuto la sua lunga carriera spaziando dall'attività medica a quella amministrativa: medico di fiducia all'IPCA dal 1929 al 1971, ex sindaco democristiano del paese, due figli primari all'ospedale di Ciriè, direttore sanitario per un certo tempo dell'ospedale stesso: classico esempio di paternalismo e di potere periferico. Dell'IPCA doveva sapere tutto ma pare ignorasse anche le cose più evidenti e gravi. Gli operai andavano a farsi visitare: «Dottore orino sangue» [...] Ci son voluti vent'anni per sapere che nella vescica avevano il cancro.

La magistratura appurò che il medico di fabbrica aveva eseguito visite «superficiali» senza avvertire i lavoratori circa il rischio incombente, senza informarli sugli accorgimenti medici per evitarlo o attenuarne le conseguenze. Egli inoltre non aveva disposto accertamenti diagnostici specifici; una condotta negligente che si spiegava con il fatto che quel professionista fosse legato a doppio filo al carro del potere aziendale⁵¹. Sull'onda di questo e di altri casi che cominciavano a emergere in tutta la loro evidenza, nel corso degli anni Settanta si diffuse, all'interno del movimento operaio, il «rifiuto del medico di fabbrica»⁵².

Del resto, quel decennio si era aperto con l'approvazione dello Statuto dei lavoratori (legge 20 maggio 1970, n. 300), che aveva impresso un corso del tutto nuovo ai rapporti sindacali, anche sul versante della salute sul lavoro⁵³. All'articolo 9 si leggeva:

I lavoratori, mediante loro rappresentanze, hanno diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di pro-

⁵⁰ Ivi, p. 11. I corsivi sono nostri.

⁵¹ Benedetto, Masselli, Spagnoli, Terracini, *La fabbrica del cancro. L'Ipca di Ciriè*, cit., pp. 50-51.

⁵² Cfr. *Salute nell'ambiente di lavoro e potere locale. Atti della conferenza regionale sulla tutela della salute nei luoghi di lavoro. Modena 14-15 dicembre 1973*, Roma, Editori Riuniti, 1974, p. 39.

⁵³ Cfr. L. Campiglio, *Lavoro salariato e nocività. Infortuni e malattie del lavoro nello sviluppo economico italiano*, Bari, De Donato, 1976, p. 190.

muovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica⁵⁴.

Se gli anni della ricostruzione postbellica, e in particolare gli anni Cinquanta, erano stati caratterizzati da un limite di fondo dell'azione sindacale: il carattere neutrale attribuito alla tecnologia e all'organizzazione del lavoro, ovvero sia l'assenza di una concezione alternativa del modo di produrre, a partire dalla prima metà degli anni Sessanta, nella fase culminante del boom economico, le lotte sindacali (condotte con una sempre maggior unità operativa dei tre sindacati CGIL, CISL e UIL) erano arrivate a conquistare la contrattazione integrativa aziendale come nuovo livello rivendicativo interno alla fabbrica. Il sindacato non era più assente dalla fabbrica come nel decennio precedente. In questo modo, il movimento sindacale poté caratterizzarsi in modo molto più preciso sulla questione della salute in fabbrica, che si era posta quanto mai all'attenzione proprio a causa del prepotente sviluppo dell'industria. Il punto centrale della linea rivendicativa fu la richiesta di istituire dei comitati tecnici paritetici di prevenzione e sicurezza. Negli intendimenti del sindacato, a questi organi misti dovevano essere demandate funzioni conoscitive sulla situazione ambientale e di successiva proposta per la prevenzione dei rischi di nocività. A tale scopo, il comitato doveva essere dotato di potere di indagine nei reparti e avrebbe basato il proprio intervento sull'utilizzo di tecnici e medici esterni, ai quali era delegata la funzione scientifica di conoscenza dei dati ambientali. I comitati di prevenzione e sicurezza erano stati riconosciuti per la prima volta nel contratto nazionale dei chimici del 1964 e a partire dal 1968-1969 si assistette al deciso rilancio della contrattazione aziendale. Essa rappresentò indubbiamente un elemento essenziale per comprendere il successivo sviluppo del movimento contro la nocività⁵⁵.

In quei nuovi organi sindacali "decentrati" e di base, trovò espressione per la prima volta una sensibilità specifica verso un'ottica di genere nelle questioni sanitarie e relative alla salute delle lavoratrici; una conquista che si produsse anche sotto il crescente influsso acquisito dal movimento femminista a livello nazionale e internazionale⁵⁶.

Spesso, le rappresentanze dei lavoratori e delle lavoratrici trovarono appoggio presso nuove strutture pubbliche di medicina del lavoro, istituite e gestite

⁵⁴ Citato *ibidem*.

⁵⁵ Cfr. *ivi*, pp. 182-189.

⁵⁶ Si vedano, a questo proposito, le osservazioni di Pietro Causarano nel saggio compreso in questo volume. Sul rapporto tra femminismo e sindacato, si veda inoltre: Elda Guerra, *Una nuova presenza delle donne tra femminismo e sindacato. La vicenda della Cgil*, in G. Chianese (a cura di), *Mondi femminili in cento anni di sindacato*, Roma, Ediesse, 2008, pp. 217-265.

dagli enti locali⁵⁷. In questi casi, i servizi medici aziendali rimasero in piedi per espletare operazioni di pronto soccorso e d'urgenza, oppure collaborarono con i nuovi servizi pubblici locali⁵⁸.

Per illustrare i modi di operare di questi ultimi (istituiti ad opera delle amministrazioni più sensibili al problema della nocività in fabbrica) è utile fare riferimento a un singolo "caso". Scegliamo quello di Forlì. Qui, nella prima metà degli anni Settanta,

venne istituito un Servizio di medicina del lavoro che nelle varie fasi fu dapprima comunale poi consortile, servendo cioè il consorzio dei comuni del comprensorio forlivese [...] Il Centro di medicina del lavoro operava unicamente su richiesta dei lavoratori delle aziende forlivesi che, d'intesa con le direzioni aziendali, avanzavano domanda di controllo dei rischi e delle condizioni di salute mediante la sigla di specifici accordi e di convenzioni [...] Furono proprio le convenzioni delle ditte più importanti che costituirono i primi successi del movimento sindacale locale e le prime tappe di una formidabile esperienza che portò il Centro a contatto con decine e decine di piccole e medie aziende e con centinaia e centinaia di operai. Va qui sottolineato anche il profondo rinnovamento culturale che fu alla base di questi controlli di medicina del lavoro [...] Il medico del lavoro entra dunque nelle fabbriche, si pone problemi di comprensibilità del proprio linguaggio nei confronti dei lavoratori e di comunicare e recepire messaggi finalizzati all'obiettivo di conoscere e rimuovere le cause di malattia.

Nasceva allora una vera metodologia di approccio scientifico, che era segnata dalla identificazione dei gruppi omogenei di esposti ai medesimi rischi (verniciatori, saldatori, laccatori, ecc.), dalla ricostruzione del ciclo di lavoro...⁵⁹.

Proprio lo sviluppo di una «vera metodologia di approccio scientifico», al di là dell'allora diffuso impegno politico di stampo operaista (l'«identificazione» con gli operai e con le loro condizioni), fu il contributo più duraturo di queste esperienze professionali⁶⁰.

Fortunatamente era tramontata la figura del vecchio medico di fabbrica: il "medico del padrone", come era stato definito. Ma sostituirlo *tout court* con il "medico del sindacato" non sarebbe stata probabilmente la soluzione migliore per evitare strumentalizzazioni politiche.

⁵⁷ Cfr. *La salute nei luoghi di lavoro. Manuale di prevenzione*, di G. Angotzi, G. Battista, L. Briziarelli, F. Loi e M. Mori, Roma, NIS, 1981, p. 73.

⁵⁸ Cfr. *ibidem*.

⁵⁹ D. Mengozzi (a cura di), *La Mangelli risanata. Da «fabbrica fascista» a sito contaminato*, Milano, Franco Angeli, 1997, pp. 82-83 (la citazione è tratta dal contributo scritto dai responsabili del Servizio prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro dell'Unità sanitaria locale di Forlì: A. Gardini e L. Veneri).

⁶⁰ V. Andreoli, *L'intervento sanitario in fabbrica. Un'esperienza nelle officine grafiche*, Milano, Mondadori, 1975, p. 347, dove si analizza il lavoro di una commissione sanitaria costituitasi nel 1972 nelle officine grafiche Mondadori, nelle quali aveva acquistato dimensione collettiva il problema ambientale e i suoi rischi di patogenicità.

5. Dalla riforma sanitaria alla fine del XX secolo

La riforma sanitaria del 1978 (legge 23 dicembre 1978, n. 833) accolse molte delle ipotesi nate dalle esperienze dei dieci anni precedenti. Essa istituì, infatti, un Servizio sanitario nazionale basato su Unità sanitarie locali (USL). All'interno di ognuna di queste, venne organizzato un Servizio di igiene e di medicina del lavoro⁶¹. Ai medici del lavoro operanti nelle nuove strutture venne affidata «l'organizzazione di un sistema globale di prevenzione negli ambienti di lavoro». A questo fine, i poteri dell'Ente nazionale prevenzione infortuni e quelli dell'Ispettorato del lavoro in materia di igiene e sicurezza vennero trasferiti agli operatori dei nuovi servizi⁶². In tal modo, l'Unità sanitaria locale acquistò

la piena completezza dei poteri d'intervento, da quelli più strettamente operativi del controllo e dell'analisi, a quelli tipici degli organi dello Stato [ENPI ed Ispettorato]: d'accesso nei luoghi di lavoro, d'ispezione e vigilanza sull'applicazione delle norme, di prescrizione e di diffida⁶³.

Nei servizi di medicina del lavoro delle USL poté, finalmente, affermarsi un approccio marcatamente multidisciplinare ed elettivamente tecnico-scientifico, con una conseguente deideologizzazione dell'oggetto⁶⁴. L'insieme di medici e tecnici impegnati nei servizi territoriali per la tutela della salute nei luoghi di lavoro comprendeva figure professionali molto differenziate tra loro: medici del lavoro, igienisti, biologi, ingegneri, chimici, fisici, psicologi, sociologi, periti industriali, tecnici di laboratorio, rispecchiando insomma la complessità cui fa riferimento il concetto stesso di «tutela della salute nei luoghi di lavoro» che è cosa ben diversa dalla «medicina del lavoro» intesa in senso stretto⁶⁵.

⁶¹ Come abbiamo visto, le anticipazioni progettuali sono reperibili già agli inizi degli anni Settanta, nelle realizzazioni delle regioni e degli enti locali per la prevenzione dei rischi e danni da lavoro. Lo sviluppo dei servizi territoriali di prevenzione era stato, insomma, iniziato in alcune regioni assai prima della riforma sanitaria. Si veda, a questo proposito, A. Grieco, E. Occhipinti, S. Tonelli (a cura di), *Ambiente di lavoro e riforma sanitaria: il sistema informativo*, prefazione di D. Casula, Milano, Franco Angeli, 1983, pp. 11-12.

⁶² Cfr. Carnevale, Baldasseroni, *Mal da lavoro. Storia della salute dei lavoratori*, cit., p. 350.

⁶³ *La salute nei luoghi di lavoro. Manuale di prevenzione*, di Angotzi, Battista, Briziarelli, Loi, Mori, *La salute nei luoghi di lavoro*, cit. p. 59.

⁶⁴ Cfr. Grieco, Occhipinti, Tonelli (a cura di), *Ambiente di lavoro e riforma sanitaria: il sistema informativo*, cit., p. 13.

⁶⁵ A. Grieco, Prefazione a U. Laurenzi, F. Rigosi, *La salute possibile. Manuale di prevenzione in fabbrica*, Milano, Franco Angeli, 1985, pp. 19-20, p. 19.

Come conseguenza della riforma sanitaria, a partire dalla fine degli anni Settanta si pose, sistematicamente, il problema del rapporto tra i nuovi medici del lavoro delle Unità sanitarie locali e la vecchia figura del medico di fabbrica; figura che comunque continuava ad operare all'interno degli stabilimenti industriali. Il «rifiuto del medico di fabbrica» espresso dal movimento operaio nel corso del decennio precedente non aveva, infatti, portato alla liquidazione dei medici dipendenti dalle aziende. Anche se – è vero – la loro esistenza fu ad un certo punto incerta, anche da un punto di vista giuridico⁶⁶. Vediamo, in dettaglio, come andò.

A questo proposito, bisogna riprendere in considerazione lo Statuto dei lavoratori. L'articolo 5 impedisce al datore di lavoro di effettuare, mediante medici di sua fiducia, accertamenti sull'idoneità e l'infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente che sia assente per malattia. Nel 1986, la Corte di cassazione diede a questa norma un'interpretazione molto estesa; interpretazione che, se si fosse affermata, avrebbe messo ai margini i medici di fabbrica:

Le visite mediche e di controllo previste dall'art. 33 d.p.r. 19 marzo 1956, n. 303, in relazione alle lavorazioni industriali comportanti l'azione di sostanze tossiche o comunque nocive, dai cui risultati può dipendere la decisione di assunzione o di mantenimento in servizio del lavoratore, sono riconducibili alla previsione dell'art. 5 statuto dei lavoratori – che ha soppresso ogni possibilità per il datore di lavoro di avvalersi di un medico di fiducia per eseguire accertamenti sanitari sui lavoratori – ed altresì alla previsione dell'art. 14 legge 23 dicembre 1978, n. 833, che ha devoluto alle unità sanitarie locali il compito di provvedere all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Conseguenza che gli accertamenti suddetti possono essere affidati alle sole strutture pubbliche e non già al medico di fabbrica, cui resta affidata soltanto quell'attività d'intervento sanitario che [...] possono presentarsi nel luogo di lavoro⁶⁷.

Questa disposizione andava a collidere con i principi generali che rimettono all'imprenditore l'organizzazione dell'attività d'impresa e, nell'ambito di questa, le modalità di gestione dei controlli sulla sicurezza e salute dei lavoratori⁶⁸. E, in effetti, ad affermarsi fu, l'interpretazione restrittiva dell'articolo 5, così come si trova in una successiva sentenza (1991) della suprema corte:

⁶⁶ Intorno alla metà degli anni Settanta, si stimò che in Italia fossero attivi circa 1.000-1.500 medici di fabbrica (cfr. Campiglio, *Lavoro salariato e nocività. Infortuni e malattie del lavoro nello sviluppo economico italiano*, cit., p. 213).

⁶⁷ La sentenza è citata in Leaci, Caputo, *La sorveglianza medico-sanitaria dei lavoratori. Obblighi del datore di lavoro. Lavoratori interessati. Adempimenti e disposizioni di legge. Sanzioni*, cit., p. 97.

⁶⁸ Cfr. de Falco, *Sicurezza sul lavoro. Le figure soggettive: competenze, adempimenti, responsabilità*, cit., p. 159.

La norma di cui all'art. 33 del d.p.r. 19 marzo 1956, n. 303, riguardante la facoltà del datore di lavoro di designare un «medico competente» per l'esecuzione delle visite mediche periodiche obbligatorie, non è in contrasto con l'art. 5 dello statuto dei lavoratori che vieta accertamenti sanitari sull'idoneità ed infermità del lavoratore dipendente. In caso di rifiuto dei lavoratori di sottoporsi alla visita del medico designato dall'imprenditore, questi ha l'onere di procedere senza indugio all'irrogazione di sanzioni disciplinari e, persistendo il rifiuto dei dipendenti, di provvedere al loro licenziamento per giusta causa⁶⁹.

Lungo gli anni Ottanta, il delicato rapporto tra i servizi di medicina del lavoro delle USL e i medici di fabbrica si sviluppò intorno a strumenti come il «libretto sanitario personale» del lavoratore, introdotto dalla riforma del 1978. Prodotto dal servizio aziendale di medicina del lavoro (il medico di fabbrica), esso era custodito dai lavoratori e, per loro tramite, fungeva da canale di comunicazione tra il servizio aziendale e qualunque operatore sanitario con cui il lavoratore dovesse entrare in contatto. Attraverso strumenti come il libretto sanitario personale o la relazione igienico-sanitaria aziendale, la riforma sanitaria volle creare un flusso di dati che collegasse l'azienda all'USL⁷⁰.

Ancora nel 1984, nel primo libro italiano dedicato alla figura del medico di fabbrica⁷¹, veniva denunciata la mancanza di una legge che regolamentasse in modo diretto e specifico i suoi compiti e le sue funzioni. Di conseguenza, quest'ultimo, si era sempre trovato (e si trovava) oggettivamente costretto a fare ciò che gli era richiesto dall'imprenditore: dare cioè solidarietà all'organizzazione del lavoro in atto, limitandosi a controllare se il lavoratore fosse ad essa idoneo o se fosse predisposto ad una malattia professionale o se avesse avuto la sfortuna di esserne colpito. Peraltro, il sanitario di fabbrica difficilmente (a meno che non avesse vocazioni eroiche) poteva agire diversamente, in quanto dipendeva economicamente dall'imprenditore. La conseguenza pratica di tutto questo era evidente: in qualunque momento l'imprenditore, se non era soddisfatto delle prestazioni del medico, poteva cambiarlo e cercarne un altro, che fosse a lui più congeniale.

Questo è reso possibile, anche dopo l'entrata in vigore dello Statuto dei lavoratori (legge n. 300 del 1970), perché i medici di fabbrica non figurano mai come dipendenti, ma come «consulenti», o personale comunque ingaggiato con contratto di «collaborazione professionale». Cioè il loro licenziamento può avvenire in qualsivoglia momento [...] La scarsa coscienza sindacale della categoria, il disinteresse nei loro confronti da parte

⁶⁹ Anche questa sentenza si trova citata in Leaci, Caputo, *La sorveglianza medico-sanitaria dei lavoratori. Obblighi del datore di lavoro. Lavoratori interessati. Adempimenti e disposizioni di legge. Sanzioni*, cit., p. 98.

⁷⁰ Cfr. Grieco, Occhipinti, Tonelli (a cura di), *Ambiente di lavoro e riforma sanitaria: il sistema informativo*, cit., pp. 70-78. Si veda, anche, L. Magelli, C. Giacomini, *Guida alla medicina preventiva e igiene del lavoro*, Bologna, Patron, 1987, pp. 242-244.

⁷¹ C. Masera, *Medico di fabbrica*, Milano, Organizzazione Editoriale Medico Farmaceutica, 1984.

del Consiglio dell'Ordine dei Medici (molto attento invece su altre questioni spesso non così rilevanti socialmente e unicamente corporative), e la concorrenza di neo-laureati che sono in attesa disperata di un posto di lavoro, rendono estremamente facile la manovra di divisione all'interno della categoria da parte della classe imprenditoriale⁷².

Questa la situazione del medico di fabbrica fino alla fine degli anni Ottanta. Aspettarsi da una figura di questo tipo l'imparzialità scientifica e una condotta da professionista era, semplicemente, una pretesa. Come si è visto, il medico di fabbrica non era assolutamente messo in grado di essere imparziale e si trovava, invece, a dovere fare i conti con una struttura aziendale sulla quale non poteva incidere e con dei lavoratori che, il più delle volte, avevano perso – o, meglio, non aveva mai avuto – fiducia nei suoi confronti⁷³.

Nel 1991, a settant'anni di distanza dal regolamento del 1927, il decreto legge 277, recependo alcune direttive CEE, ha dato, infine, una «precisa definizione» della figura professionale del medico di fabbrica, identificandolo

in un medico in possesso del titolo di specializzazione o docenza in medicina del lavoro o discipline equipollenti (art. 3) o in un non specialista autorizzato ad esercitare le funzioni di medico competente dagli Assessorati Regionali alla Sanità in base ad una pregressa e documentata attività come medico del lavoro (art. 55)⁷⁴.

Il DL 277/1991 è stato poi perfezionato dal decreto legge 626/1994⁷⁵. Secondo Carnevale e Baldasseroni, la normativa europea che viene introdotta anche in Italia a partire dai primi anni Novanta ha delineato una nuova figura di medico operante all'interno delle aziende⁷⁶. A ben vedere, però, la novità appare solo parziale. Si tratta sempre di un «medico di fiducia del datore di lavoro»⁷⁷, che, rispetto a quanto avveniva in precedenza, deve dimostrare di essere solidamente preparato («vengono delineati con chiarezza i requisiti professionali del medico competente, per cui tale figura viene ad assumere una veste precisa e un ruolo predeterminato»)⁷⁸. Il XX secolo si chiudeva dunque con l'auspicio che questa figura professionale, in forza di una competenza meglio definita e verificata, potesse finalmente intervenire non solo nella sorveglianza sanitaria dei dipendenti, ma partecipando attivamente anche al sistema di prevenzione aziendale.

⁷² Ivi, p. 4.

⁷³ Cfr. ivi, pp. 4-5.

⁷⁴ Cfr. Crepet, Saia, *Medicina del lavoro*, cit., p. 345.

⁷⁵ Cfr. de Falco, *Sicurezza sul lavoro. Le figure soggettive: competenze, adempimenti, responsabilità*, cit., p. 163.

⁷⁶ Cfr. Carnevale, Baldasseroni, *Mal da lavoro. Storia della salute dei lavoratori*, cit., p. 350.

⁷⁷ *Ibidem*.

⁷⁸ De Falco, *Sicurezza sul lavoro. Le figure soggettive: competenze, adempimenti, responsabilità*, cit., p. 161.