

**WORK ANALYSIS FOR PREVENTION ACCORDING
TO THE "ORGANIZATION AND WELL-BEING" PROGRAM•**

**L'ANALYSE DU TRAVAIL POUR LA PRÉVENTION SELON
LE PROGRAMME « ORGANIZATION AND WELL-BEING »**

**L'ANALISI DEL LAVORO PER LA PREVENZIONE SECONDO
IL PROGRAMMA "ORGANIZATION AND WELL-BEING"**

BRUNO MAGGI

UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E UNIVERSITÀ DI FERRARA

GIOVANNI RULLI

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI VARESE,
DIREZIONE GENERALE**

Abstract

A case study concerns a public health service where work analysis, oriented towards primary prevention, is repeatedly performed over a long period of time. The goal is to present the approach of the Interdisciplinary Research Program "Organization and Well-Being", that has been active for three decades. This approach is based on the Organizational Action Theory and concerns the analysis of work processes' regulation. It takes care of the well-being of people at work and implies that the analysis, carried out by the workers themselves, coincides with the transformation of the work processes. The debate is open about the possible connections between this approach and the ones that share the same epistemological premises.

Keywords

Well-being, Primary prevention, Work analysis, Organizational action, Health service.

-
- This text coincides, with some adjustments, to the conference by invitation held at the International Seminar *Adequação do Projeto de Operações e do Trabalho em Serviços*, promoted by the Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, in collaboration with the Interdisciplinary Research Program "Organization and Well-being", São Paulo, August 28th-29th 2006.

Work analysis for prevention according to the "Organization and Well-being" Program /
L'analyse du travail pour la prévention selon le Programme « Organization and Well-being » /
L'analisi del lavoro per la prevenzione secondo il Programma "Organization and Well-being".
Maggi Bruno, Rulli Giovanni. Bologna: TAO Digital Library, 2012.

Proprietà letteraria riservata
© Copyright 2012 degli autori
Tutti i diritti riservati

ISBN: 978-88-906740-6-8



The TAO Digital Library is part of the activities of the Research Programs based on the Theory of Organizational Action proposed by Bruno Maggi, a theory of the regulation of social action that conceives organization as a process of actions and decisions. Its research approach proposes: a view on organizational change in enterprises and in work processes; an action on relationships between work and well-being; the analysis and the transformation of the social-action processes, centered on the subject; a focus on learning processes.

TAO Digital Library welcomes disciplinary and multi- or inter-disciplinary contributions related to the theoretical framework and the activities of the TAO Research Programs:

- Innovative papers presenting theoretical or empirical analysis, selected after a double peer review process;
- Contributions of particular relevance in the field which are already published but not easily available to the scientific community.

The submitted contributions may share or not the theoretical perspective proposed by the Theory of Organizational Action, however they should refer to this theory in the discussion.

EDITORIAL STAFF

Editor: Bruno Maggi

Co-editors: Roberto Albano, Francesco M. Barbini, Giovanni Masino, Giovanni Rulli

International Scientific Committee:

| | | |
|--------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Jean-Marie Barbier | CNAM, Paris | Science of the Education |
| Vittorio Capecchi | Università di Bologna | Methodology of the Social Sciences |
| Yves Clot | CNAM Paris | Psychology of Work |
| Renato Di Ruzza | Université de Provence | Economics |
| Daniel Faïta | Université de Provence | Language Science |
| Vincenzo Ferrari | Università degli Studi di Milano | Sociology of Law |
| Armand Hatchuel | Ecole des Mines Paris | Management |
| Luigi Montuschi | Università di Bologna | Labour Law |
| Roberto Scazzieri | Università di Bologna | Economics |
| Laerte Sznclwar | Universidade de São Paulo | Ergonomics, Occupational Medicine |
| Gilbert de Terssac | CNRS Toulouse | Sociology of Work |

www.taoprograms.org
dl@taoprograms.org

Pubblicato nel mese di Giugno 2012
da TAO Digital Library – Bologna

L'analisi del lavoro per la prevenzione secondo il Programma "Organization and Well-being"•

Bruno Maggi, Università di Bologna e Università di Ferrara

Giovanni Rulli, Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese, Direzione Generale

Introduzione

L'analisi del lavoro rivolta a obiettivi di prevenzione è tema di studio e di riflessione da più di un secolo. Correnti e programmi di ricerca si sviluppano in Europa dall'inizio del 1900¹, mentre contemporaneamente sono promosse le prime leggi concernenti la protezione delle donne e dei bambini al lavoro e la riduzione degli orari di lavoro, e nasce la medicina del lavoro come disciplina autonoma.

Mezzo secolo è dunque già trascorso quando l'*Ergonomics* in Inghilterra e l'*Ergonomie* in Francia e in Belgio iniziano i loro percorsi mirati ad adattare le condizioni di lavoro alle esigenze fisiologiche e psicologiche dei lavoratori². Quasi un secolo quando l'Unione Europea, con le sue direttive³, prescrive di inserire la prevenzione primaria⁴ nella progettazione dei processi di lavoro: una prescrizione trasposta in varie leggi degli Stati membri dell'Unione, e anche statuita da legislazioni di altri Paesi non europei⁵.

Tuttavia, numerosi indicatori rivelano che queste norme sono applicate sinora in modo incompleto: in particolare i dati riguardanti gli infortuni sul

• Questo testo corrisponde, con qualche aggiornamento, alla conferenza tenuta su invito al Seminario Internazionale *Adequação do Projeto de Operações e do Trabalho em Serviços*, promosso dalla Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, in collaborazione con il Programma Interdisciplinare di Ricerca "Organization and Well-being", São Paulo, 28-29 agosto 2006.

¹ Per una discussione su questi studi dei primi decenni del ventesimo secolo, v. Maggi, 1984/1990: III.

² K.F.H. Murrell fonda l'*Ergonomics* nel 1949. L'*Ergonomie* ha inizio alla metà degli anni 1950, segnatamente con gli approcci di Favergé, Wisner, Cazamian, Leplat.

³ V. anzitutto la direttiva n° 89/391 del 12 giugno 1989.

⁴ La prevenzione primaria è rivolta a evitare i rischi alla fonte; la prevenzione secondaria è rivolta a evitare i danni di rischi esistenti. Per un'analisi critica sulla distinzione tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria v. Rulli, 2010.

⁵ Legge n° 91-1414 del 31 dicembre 1991 in Francia; decreto legislativo n° 626 del 19 settembre 1994, e decreto legislativo n° 81 dl 9 aprile 2008 in Italia; NR17 del 1990 nel caso del Brasile.

lavoro e specialmente gli incidenti mortali⁶. Questi stessi dati autorizzano interrogativi sui possibili ostacoli a una prevenzione primaria nei percorsi, avviati da lunga data, delle numerose discipline che si occupano del lavoro e propongono riflessioni e interventi rivolti alla salute e alla sicurezza dei lavoratori, i cui risultati sono talvolta rilevanti per ciò che attiene alla prevenzione secondaria⁷: il diritto del lavoro e la medicina del lavoro, la sociologia e la psicologia del lavoro, l'ergonomia, nelle loro diverse correnti.

Parecchie ragioni sono state avanzate per spiegare, e talvolta giustificare, questa mancanza di un impegno innovativo tendente a includere la prevenzione nella progettazione del lavoro. Noi sosteniamo tuttavia che una ragione appare al contempo sottostimata e fondamentale: l'insufficiente diffusione di conoscenze e di competenze di *analisi organizzativa* capace di includere la dimensione della salute dei soggetti al lavoro, definita secondo il Programma interdisciplinare di ricerca "Organization and Well-being" come *processo perfettibile di benessere fisico, mentale e sociale*, congruente ai principi espressi dall'OMS⁸. Mentre le rappresentazioni comuni del lavoro attribuiscono alla sua "organizzazione" un carattere di lunga durata, un altro punto di vista parte, al contrario, dalla constatazione che le scelte organizzative di ogni processo di lavoro cambiano continuamente. Noi sosteniamo pertanto che si può guidare questo cambiamento, al fine di dirigerlo verso obiettivi di benessere e nello stesso tempo verso obiettivi di qualità, di efficacia e di efficienza. Ma questo implica l'adozione di *un altro modo di vedere l'organizzazione*.

In questo testo desideriamo presentare l'approccio del Programma interdisciplinare di ricerca "Organization and Well-being"⁹: un approccio di

⁶ V. ad esempio, European Commission, 2010.

⁷ Per alcune esemplificazioni in proposito si veda: Etienne, Maggi, 2007; 2009.

⁸ Sul concetto di benessere sia permesso rinviare a: Maggi, 2006. Per una riflessione sulle conoscenze e competenze necessarie all'analisi del lavoro a fini di prevenzione primaria: Maggi, 2003: II, 4. Per la definizione di salute in termini di processo perfettibile di benessere: Rulli, 1996.

⁹ Per informazioni sul Programma interdisciplinare di ricerca « Organization and Well-being », e in particolare sull'elenco delle pubblicazioni, si veda il sito www.taoprograms.org.

analisi, di intervento e di concezione dei processi di lavoro che, da tre decenni¹⁰, appare in grado di perseguire obiettivi di prevenzione primaria. Un caso concreto, estratto dai lavori di questo Programma, servirà a illustrare il nostro discorso: si tratta di un caso in cui l'analisi e la progettazione del lavoro in un servizio sanitario sono reiterate durante un lungo periodo. Esponendo questo caso, emblematico dei servizi di pubblica utilità, desideriamo mostrare in modo sintetico l'utilizzazione del metodo che caratterizza l'approccio del Programma, ed evocare i tratti principali della teoria che ne è a fondamento.

Il caso empirico

Il servizio sanitario cui ci riferiamo fa parte del Sistema Sanitario Nazionale in Italia. In questo sistema un importante obiettivo di prevenzione è affidato ai servizi che si occupano di igiene, di salute pubblica e di medicina del lavoro. Tali servizi sono inseriti da circa 20 anni in Dipartimenti di Prevenzione. La loro attività è destinata sia direttamente ai cittadini, sia alle amministrazioni pubbliche e alle imprese private. Essi hanno anche funzioni di autorizzazione sanitaria, di ispezione e di controllo. Si basano su diverse competenze disciplinari, impiegate in lavori di gruppo, e perseguono al contempo obiettivi di promozione di prevenzione e di vigilanza, riguardanti l'igiene e la sicurezza delle persone (alimentazione, malattie infettive...) e dell'ambiente urbano e di lavoro.

La promozione del benessere dei lavoratori di questi servizi è un obiettivo che appare sovente sottostimato. Eppure la salute, tanto individuale quanto collettiva, è loro compito di lavoro, e i settori di lavoro pubblico sono, senza alcun dubbio, oggetto delle norme sulla prevenzione nei luoghi di lavoro. Questo quadro normativo - l'abbiamo già sottolineato - è chiaramente orientato verso obiettivi di prevenzione primaria e prescrive che la progettazione, non solo dei luoghi, degli strumenti e delle tecniche, ma anche dei processi di lavoro nel loro insieme, comprenda la progettazione della prevenzione.

¹⁰ Cioè anche prima delle norme citate riguardanti l'analisi del lavoro a fini di prevenzione.

Nel corso degli ultimi decenni diversi cambiamenti, dovuti all'evoluzione della cultura sanitaria, hanno riguardato il sistema italiano della prevenzione e lo hanno orientato più marcatamente verso obiettivi di prevenzione primaria. Questo orientamento ha favorito le iniziative di promozione della salute negli ambienti di vita e di lavoro, al di là dell'azione di repressione dei comportamenti implicanti nocività e rischi. Occorre inoltre considerare che le norme che regolano il quadro istituzionale dei servizi sanitari sono assai mutate, nel senso di un decentramento di responsabilità e di potere legislativo verso le Regioni. Tale decentramento si accompagna a margini di discrezionalità gestionale accordata alle unità locali deputate alle prestazioni sanitarie pubbliche, a lato delle quali operano unità sanitarie private, connesse contrattualmente con il sistema pubblico, sulla base del rispetto di requisiti di gestione, tecnologici e professionali.

Il nostro caso riguarda il Servizio di Igiene e Salute Pubblica facente parte di un Dipartimento di Prevenzione Medica di una delle Unità Sanitarie Locali della Regione Lombardia, quella della Provincia di Varese, che conta nella seconda metà degli anni 1980 poco più di 800.000 abitanti (all'inizio degli anni 2000 circa 840.000 abitanti, nel 2012 circa 880.000). Questo Servizio si occupa di prevenzione nel campo delle malattie infettive, dell'igiene dell'ambiente urbano e delle relazioni tra ambiente e salute, per mezzo di un personale composto di medici, infermieri, chimici, ingegneri, tecnici della prevenzione e di personale amministrativo.

Alla fine degli anni 1990 le unità sanitarie pubbliche della Regione Lombardia sono state divise in unità ospedaliere, specificamente dedicate alle prestazioni sanitarie, di ospedalizzazione e di cura, e unità sanitarie locali (ASL), acquirenti di tali prestazioni (con possibilità di negoziazione della qualità e dei prezzi). Rispetto agli anni 1980-1990 le ASL hanno ridotto il numero e la varietà delle prestazioni fornite direttamente. Ad esempio, le competenze in materia di igiene ambientale si sono sostanzialmente interrotte mentre, per mezzo di strumenti di autocertificazione e di autovalutazione, il

sistema di controllo nei settori dell'igiene e della sicurezza nel lavoro e dell'alimentazione si è molto semplificato.

Il Dipartimento di Prevenzione Medica costituisce un esempio tipico in questa prospettiva di prevenzione e di integrazione dei servizi. Esso comprende prestazioni pubbliche in numerosi campi di prevenzione, tra i quali: malattie di elevata importanza sociale (anzitutto malattie cronico-degenerative e malattie infettive), comportamenti a rischio (tabagismo, sedentarietà...), incidenti (della strada e domestici), malattie particolarmente connesse alla inquinazione ambientale (cancro ai polmoni, allergie...) patologie concernenti il lavoro (malattie professionali e incidenti), malattie dovute all'alimentazione (intossicazioni...).

Nel caso del Servizio di Igiene e Salute Pubblica dell'ASL della Provincia di Varese, l'analisi e la nuova progettazione dei processi di lavoro, comprendente la dimensione del benessere, si sono sviluppate in modo iterativo dalla seconda metà degli anni 1980 all'inizio degli anni 2000; il che permette, tra l'altro, di confrontare diversi quadri di riferimento tecnici e istituzionali del Sistema Sanitario, che abbiamo sopra evocato. In particolare, negli anni 1980 nove servizi d'igiene e di salute pubblica operavano sul territorio della Provincia di Varese, corrispondenti ad altrettante unità sanitarie locali e parti del territorio. In un primo periodo l'analisi e l'intervento sono stati condotti dagli operatori del Servizio di Igiene e Salute Pubblica di una delle Unità Sanitarie Locali, riguardante un'area di circa 45.000 abitanti. Dall'inizio degli anni 2000 un solo Servizio di Igiene e Salute Pubblica opera su tutto il territorio della Provincia (840.000 abitanti), con attività di prestazioni dirette meno importanti, ma con responsabilità accresciute di coordinamento del lavoro di parecchi gruppi, ripartiti in sei distretti socio-sanitari. In un secondo periodo l'analisi e l'intervento hanno quindi riguardato l'insieme dei processi di lavoro di tale servizio.

L'approccio

L'analisi del lavoro a fini di prevenzione è condotta, nel servizio sanitario che ci serve d'esempio, secondo il procedimento sviluppato nel quadro del Programma interdisciplinare di ricerca "Organization and Well-being". Tre caratteristiche di questo approccio vanno particolarmente evidenziate, e richiedono qualche commento:

- si tratta di un *approccio di azione organizzativa, riguardante una analisi della regolazione del processo di lavoro;*
- è caratterizzato dalla *presa in carico del benessere dei soggetti al lavoro;*
- implica che *l'analisi è contemporaneamente trasformazione dei processi di lavoro ed è condotta dai soggetti stessi di tali processi.*

La *teoria dell'agire organizzativo* (Maggi, 1984/1990; 2003), che è alla base dell'approccio, presuppone un orientamento epistemologico secondo cui ogni processo d'azione sociale - quindi ogni processo di lavoro - è visto come un *processo d'azioni e decisioni, sempre in cambiamento, mai concluso.* L'organizzazione è *agire organizzativo*, è *l'aspetto regolatore* del processo d'azione sociale. I *soggetti agenti* non sono separabili dal processo: essi ne sono al centro, partecipano alla sua progettazione, alla sua attivazione, al suo svolgimento. Il *benessere* dei soggetti non può dunque essere disgiunto dagli obiettivi, dalla regolazione, e dalla valutazione di qualsiasi processo d'azione.

Centrare l'analisi sulla regolazione dei processi d'azione di lavoro, sull'organizzazione concepita come l'aspetto organizzatore sempre in cambiamento di questi processi, differenzia nettamente questo approccio da tutti quelli che considerano l'organizzazione come un insieme di "determinanti", di "prescrizioni" date, che influenzano in qualche modo "dall'alto" o "dall'esterno" la situazione di lavoro. Così, ad esempio, approcci della psicologia del lavoro o dell'ergonomia, o anche della medicina del lavoro, riducono l'organizzazione a una sorta di "scatola nera", sulla quale talvolta

intervengono, senza tuttavia disporre delle competenze specifiche del campo di studio dell'organizzazione¹¹.

L'analisi centrata sulle *scelte organizzative*, che effettivamente regolano tutte le dimensioni del processo di lavoro – azioni attivate e obiettivi perseguiti, tecniche impiegate, tempi, spazi, strumenti, materiali... - permette di decodificare la *costrittività*¹² indotta da queste scelte, cioè ciò che è *alla fonte delle ricadute sul benessere* dei soggetti agenti. Le analisi del lavoro psicologiche o ergonomiche valutano le *conseguenze* corrispondenti a *elementi* di costrittività organizzativa; l'epidemiologia e la medicina del lavoro partono abitualmente dai danni per identificare e definire i rischi. Secondo questi percorsi rovesciati è molto difficile, se non impossibile, risalire al punto di partenza, alla fonte effettiva delle ricadute sul benessere. L'approccio del Programma "Organization and Well-being", invece, punta l'analisi su questa fonte: le scelte organizzative. Il riconoscimento della costrittività organizzativa permette di identificare nello stesso tempo scelte alternative, in grado di ridurre, o anche eliminare, elementi della costrittività. Questa azione alla fonte conduce alla realizzazione della *prevenzione primaria*.

Si può aggiungere che l'analisi della regolazione del processo di lavoro propria di questo approccio non è in competizione con l'analisi ergonomica, né con gli approcci clinici all'attività di lavoro, né con l'azione della medicina del lavoro: al contrario, le complementarità sono possibili e fruttuose. Abbiamo estesamente trattato questo argomento nei nostri scritti¹³, ne abbiamo discusso in numerosi congressi e convegni¹⁴, e vi abbiamo dedicato seminari

¹¹ Abbiamo sviluppato questo argomento in diversi scritti, e particolarmente in: Maggi, 1984/1990: III; conferenza su invito al 30° Congresso della SELF, Biarritz, 1955, poi in Maggi, 1966; 2003: II, 2; o ancora Maggi, 2008.

¹² Il concetto di « costrittività organizzativa » è definito nel quadro della teoria dell'agire organizzativo. Essa indica la riduzione della libertà di decisione che è conseguenza di ogni scelta organizzativa. La costrittività è un carattere inevitabile dell'agire organizzativo, ma variabile e quindi modificabile, da non confondere con le conseguenze percepite dai soggetti; la sua valutazione può derivare esclusivamente da una analisi organizzativa (Maggi, 1984/1990: III; 2003, II, 4).

¹³ Si veda, in particolare, Maggi, 1984/1990: III, 2003: II, 4.

¹⁴ Si vedano, ad esempio, le comunicazioni ai Congressi della SELF: De la Garza, Maggi, Weill-Fassina, 1998; De la Garza, Weill-Fassina, Maggi, 1999; Rulli, Maggi, 2002; o le comunicazioni ai congressi dell'IEA: Rulli, Maggi, 1997; Rulli, Maggi, Cristofolini, De Nisi, 2000.

internazionali del Programma “Organization and Well-being” promossi in collaborazione con ricercatori di diverse scuole¹⁵.

Dal riconoscimento della centralità dei *soggetti agenti* nel processo di lavoro, della loro partecipazione alla sua progettazione, alla sua attivazione, e al suo svolgimento, consegue che soltanto questi stessi soggetti, e non ricercatori esterni, possono analizzare e valutare in modo appropriato il processo di lavoro che li riguarda¹⁶. Inoltre, poiché l’analisi concerne le scelte organizzative e le loro possibili alternative nello sviluppo di un processo d’azione, essa si inserisce in un cambiamento e vi partecipa: l’analisi è al tempo stesso trasformazione, intervento, nuova progettazione. Tutto ciò può avere come protagonisti soltanto i soggetti del processo.

Questa è, in effetti, un’altra caratteristica fondamentale e distintiva dell’approccio che stiamo presentando. Altri approcci, delle discipline già citate, sviluppano analisi che sono al contempo trasformazioni della situazione di lavoro, e sostengono che le competenze implicate sono proprie dei soggetti di tale situazione e non trasferibili. Tuttavia, da un lato, la trasformazione attivata da questi approcci non riguarda il cuore del processo di lavoro, cioè la sua dimensione organizzativa; d’altro lato, questi approcci prevedono sempre, in qualche modo, un “ricercatore”: il riconoscimento delle competenze specifiche dei soggetti al lavoro non conduce alla sua conseguenza finale, cioè a un’analisi interamente condotta dai soggetti stessi.

Per realizzare quest’ultimo obiettivo si richiede un metodo di analisi organizzativa dei processi di lavoro di cui i soggetti implicati possano appropriarsi. Il dispositivo del Programma “Organization and Well-being” è in

¹⁵ Si possono ricordare: l’11° seminario, Milano, 1994, in collaborazione con il Département d’Ergonomie et Ecologie Humaine dell’Università di Paris 1; il 14° seminario, Bologna, 1996, in collaborazione con il Laboratoire d’Ergonomie del Conservatoire National des Arts et Métiers di Parigi; il 19° seminario, Bologna, 1998, in collaborazione con il Laboratoire d’Ergonomie Informatique dell’Università di Paris 5; il 26° seminario, Bologna, 2002, in collaborazione con il Département d’Ergologie dell’Università di Aix-Marseille; il 30° seminario, Aix-en-Provence, 2005, in collaborazione con l’Unité mixte de recherche ADEF, INRP, Université de Provence, IUFM d’Aix-Marseille. Gli atti del 19° seminario sono stati pubblicati dalla rivista *Ergonomia*, 12, 1999. Il 30° seminario ha permesso di progettare il libro: Faïta, Maggi, 2007.

¹⁶ Il confronto tra diversi approcci d’analisi del lavoro è sviluppato in particolare in Maggi, 2003: III, 3, e in Faïta, Maggi, 2007.

effetti basato sull'incontro di tre assi: l'asse dei saperi metodologici di cui i soggetti dei processi di lavoro possono appropriarsi a seguito di una adeguata formazione; l'asse delle competenze di lavoro, specifiche di quei soggetti, senza le quali nessun apprendimento e nessuna analisi e progettazione efficaci dei processi è possibile; e l'asse dell'epistemologia del processo d'azione e decisione, che permette di porre in relazione i saperi di analisi organizzativa e le competenze intrinseche ai processi di lavoro¹⁷.

Si possono notare due tratti salienti di questo dispositivo. Uno riguarda il *processo di apprendimento* che è alla base dello sviluppo di nuove competenze, di analisi organizzativa, da parte dei soggetti dei processi di lavoro. Non si tratta di una formazione imposta dall'esterno, ove si pretende di "trasmettere" dei saperi, ma di una formazione attivata da e nel processo di lavoro, dai suoi bisogni di analisi, ove solo l'apprendimento dei soggetti implicati permette loro di appropriarsi dei saperi metodologici e lo sviluppo di nuove conoscenze¹⁸. L'altro tratto cruciale del dispositivo riguarda la relazione costituita tra saperi di analisi e competenze del processo di lavoro sottoposto all'analisi. Questa relazione non è dovuta a un atto di volontà, a un impegno militante, all'azione di un ricercatore, ma è *necessariamente implicata dall'epistemologia* che il metodo e la teoria adottati presuppongono.

Tutte le caratteristiche dell'approccio esposto e succintamente commentato derivano direttamente dalla *teoria dell'agire organizzativo*, che ne è alla base, e dai suoi presupposti epistemologici. Ugualmente deriva da questa teoria il metodo di analisi dei processi di lavoro. E' evidente, peraltro, che solo alcuni elementi della teoria sono stati qui evocati, quelli che erano essenziali per la presentazione del procedimento. Ora, al fine di mostrare, in modo ugualmente succinto, l'utilizzazione del metodo di analisi, ritorniamo al caso empirico annunciato.

¹⁷ Per una presentazione di questo dispositivo e della sua utilizzazione: Maggi, 2003: III, 2; 2010.

¹⁸ Sulle diverse concezioni di formazione: Maggi, 2000; 2003: III. Per una riflessione critica sull'idea di « trasmissione » nell'educazione e nella formazione: Maggi, 2010.

L'analisi di un processo di lavoro

Come si è detto, il servizio sanitario di cui si tratta opera su un territorio piuttosto vasto, soprattutto nella sua estensione provinciale a partire dalla fine degli anni 1990. Esso offre prestazioni articolate su numerosi campi di prevenzione e impiega 13 persone: medici, infermieri, chimici, ingegneri, tecnici della prevenzione e personale amministrativo. Si può quindi scegliere un processo di lavoro nell'insieme delle attività di questo servizio al fine di offrire un esempio di analisi.

Scegliamo il processo di *controllo delle acque potabili*. Secondo il metodo adottato - denominato Metodo delle Congruenze Organizzative (MCO)¹⁹ - i soggetti del processo anzitutto descrivono il proprio lavoro, distinguendo le componenti analitiche del processo: i risultati attesi, le azioni adottate per conseguirli, la qualificazione tecnica delle azioni, e la regolazione dell'insieme.

Secondo la descrizione il *risultato* atteso di tale processo è la valutazione di analisi chimica e batteriologica di campioni d'acqua, che permette di formulare un giudizio di utilizzazione per il consumo umano, da inviare ai sindaci dei comuni affinché essi possano emettere prescrizioni in merito. Le *azioni* principali attivate per raggiungere questo obiettivo sono: la definizione di una strategia di campionamento, la raccolta dei campioni, la loro trasmissione ai laboratori di analisi, il ricevimento e la valutazione dei risultati della analisi, la comunicazione ai sindaci. La descrizione continua distinguendo le *modalità di svolgimento* di tali azioni. In particolare: chi sono gli operatori implicati (loro caratteristiche biologiche e professionali), i luoghi di svolgimento (uffici, ambienti e loro caratteristiche), i tempi di lavoro, i mezzi utilizzati (apparecchi, strumenti, materiali, veicoli...), e infine le modalità di coinvolgimento degli operatori (responsabilità, salari, incentivi, formazione, esperienze, valori, identità nel lavoro...).

¹⁹ Il Metodo delle Congruenze Organizzative è stato proposto e utilizzato a partire dalla metà degli anni 1980 (Maggi, 1984/1990: 103-126, 159-177). Una presentazione dettagliata è nel libro Faïta, Maggi, 2007, che ne discute la possibile sinergia con il Metodo dell'Auto-Confronto negli approcci di clinica dell'attività.

La descrizione continua con l'identificazione delle *conoscenze tecniche* che qualificano le azioni. La tecnica è intesa in termini di dimensione strumentale dell'azione, ciò che può permetterle di perseguire il risultato desiderato. Queste conoscenze riguardano: l'*oggetto* della trasformazione (le acque, le fonti di approvvigionamento), i *mezzi* (norme di riferimento, strumenti, veicoli, materiali...), il *processo* (per ogni azione le conoscenze concernono l'intero processo e anche i suoi nessi con altri processi del servizio sanitario).

Infine la descrizione pone in evidenza i diversi aspetti della *regolazione del processo*: le relazioni tra gli obiettivi del processo e gli obiettivi di livello superiore del servizio; l'ordine delle azioni, che appaiono eterogenee, interdipendenti, in parte contemporanee e in parte in serie; l'ordine degli svolgimenti delle azioni; i rapporti che si instaurano tra la strutturazione delle azioni e la strutturazione degli svolgimenti, così come tra le azioni e le conoscenze che si sono rivelate necessarie per il raggiungimento dei risultati. La riflessione è rivolta, da un lato, alla *natura delle regole* del processo: formali e informali, esplicite e tacite, previe o contestuali alle azioni. D'altro lato, essa è rivolta ai *livelli di decisione* riguardanti la regolazione: si cerca di distinguere i momenti di posizione delle regole, di verifica delle regole poste e dei loro aggiustamenti; si pongono in rilievo le azioni specificamente mirate alla regolazione e le conoscenze tecniche che esse richiedono.

L'analisi passa allora progressivamente dalla descrizione alla interpretazione e alla valutazione del processo di lavoro, quando la riflessione si estende, per ogni componente analitica del processo, alla identificazione delle scelte alternative che possono riguardarla: alternative di risultati, alternative d'azione e di svolgimenti, alternative tecniche e, certamente, alternative di regolazione. Il metodo conduce in tal modo al punto centrale dell'analisi, che diventa nello stesso tempo valutazione e cambiamento. Banalizziamo questo passaggio, per comprendere meglio: il risultato atteso del processo può essere formulato diversamente aggiungendovi la tutela del benessere dei soggetti agenti (il che, peraltro, era proprio il caso nel nostro esempio di analisi). Questa scelta alternativa del risultato da raggiungere va a influenzare ampiamente

tutte le altre componenti del processo. Ugualmente si possono prospettare scelte alternative d'azione, di tecnica, ecc. Tutto è variabile, e quindi modificabile nel processo. I soggetti agenti valutano per trasformare e anche trasformano per valutare.

Nell'analisi diretta a fini di prevenzione questa valutazione-trasformazione si incentra sulla *congruenza* delle scelte organizzative e sulla *costrittività* che ne deriva. Tali scelte non saranno mai completamente congruenti e l'organizzazione è sempre costrittiva, ma si può migliorare il livello di congruenza e ridurre la costrittività: anch'essa è variabile come è variabile l'agire organizzativo.

I soggetti del processo di controllo delle acque potabili, attraverso la valutazione delle congruenze relative delle componenti del loro processo, pongono in evidenza una serie di elementi, di manifestazioni concrete della costrittività organizzativa che devono affrontare. Ad esempio: il numero limitato di operatori rispetto all'estensione delle azioni da svolgere, l'incertezza normativa rispetto all'importanza del risultato da raggiungere, la scarsa discrezionalità²⁰ rispetto alle responsabilità, l'alta variabilità delle azioni, le necessità di lavoro di gruppo, la carenza di formazione, problemi di comunicazione e trattamento di dati o di utilizzazione di strumenti e apparecchi, di spostamenti sul territorio, ecc.

Prendiamo un esempio in dettaglio: il caso del medico che deve discutere con dei sindaci a proposito di ordinanze urgenti o di interventi sulle installazioni, a seguito di analisi delle acque potabili. Questo medico, dopo aver ricevuto per fax o su disco informatico il risultato negativo dell'analisi chimica o batteriologica, verifica tale risultato rispetto ai registro dei campioni con i tecnici della prevenzione, controlla le norme di intervento nei documenti di servizio, e valuta le conseguenze possibili per la salute pubblica. Secondo il tipo di non conformità verificato, gli obblighi di legge, le caratteristiche materiali

²⁰ Abbiamo, da diversi anni, proposto definizioni del concetto di «autonomia», che significa «capacità di produrre proprie regole», e di «discrezionalità», che indica «spazi d'azione in un processo regolato», che sono state riprese in letteratura. Sia permesso rinviare a: Maggi, 2003: 102, 122, 139-158.

dell'installazione idraulica, ecc., contatta infine il sindaco interessato, allo scopo di identificare gli interventi sulle installazioni e, nei casi più gravi, l'approvvigionamento alternativo di acqua potabile. La valutazione del processo di lavoro rivela qui *rapporti, sia personali sia istituzionali, con amministratori pubblici, in situazioni potenzialmente conflittuali o di rischio per gli utenti, e nel quadro di ambienti instabili e non prevedibili*. L'analisi ha posto in luce un elemento di costrittività derivante da un livello critico di congruenza tra l'obiettivo da raggiungere, le azioni svolte e le modalità del loro svolgimento, le connesse conoscenze tecniche.

L'identificazione degli elementi di costrittività organizzativa non è dunque il frutto di un'ipotesi avanzata sulla base delle conseguenze percepite dai soggetti o dei danni di cui sono vittime, ma il risultato di un'analisi che permette di valutare all'origine le diverse scelte organizzative, e di valutare da questo punto di partenza tanto le conseguenze in atto quanto le conseguenze possibili. Poiché riguarda nello stesso tempo scelte alternative, questa valutazione è inoltre in grado di prospettare simultaneamente delle soluzioni preferibili e di aiutare a realizzarle.

L'analisi di lungo periodo

Abbiamo detto che l'analisi di cui si tratta si svolge dalla fine degli anni 1980 all'inizio degli anni 2000 e che, durante questo lungo periodo, sono intervenuti cambiamenti istituzionali che hanno modificato la struttura generale del servizio sanitario. E' pertanto interessante dare una sommaria indicazione del lavoro di analisi condotto dagli operatori del servizio, prima e dopo tale cambiamento, per mostrare come un'analisi si sviluppa nel corso del tempo ed entra a far parte, in qualche modo, dei comportamenti abituali nel lavoro quotidiano dei soggetti interessati.

L'economia di questo testo non permette di moltiplicare gli esempi dei numerosi processi che compongono le attività del servizio. Ci limitiamo a evocare elementi di costrittività organizzativa che si riferiscono alla generalità

di tali attività, e ciò al fine di aggiungere altre informazioni riguardanti la finalità di prevenzione dell'analisi.

Ricordiamo che nel primo periodo, negli anni 1980, l'analisi ha riguardato uno dei nove servizi di igiene e salute pubblica operanti sul territorio della Provincia di Varese, composto di 13 persone. Il lavoro di analisi condotto in questo periodo ha posto in evidenza, tra altri, i seguenti elementi di costrittività:

- *La variabilità di forma e nel tempo delle attività, e la loro forte interdipendenza.* Ciò accade soprattutto in caso di imprevedibilità e di urgenza: epidemie, contaminazione delle acque, incidenti sul lavoro, ecc.

- *La necessità di lavoro di gruppo, largamente multidisciplinare, con elevati livelli di discrezionalità e di responsabilità individuale e collettiva, per conseguire risultati di alto valore sociale.* Ciò riguarda, in particolare, i casi di infezioni alimentari o di epidemie, che richiedono attività di medici e di tecnici sanitari caratterizzate da necessità di mutuo adattamento e da elevato impatto sulle popolazioni delle decisioni prese.

- *Il divario tra le competenze degli operatori e la variabilità delle azioni da svolgere in vista dei risultati desiderati.* Le competenze spaziano in diversi campi dell'azione medica e tecnico-sanitaria (malattie infettive, igiene urbana, igiene e sicurezza nel lavoro, igiene degli alimenti, ecc.) e devono fronteggiare situazioni difficili e spesso imprevedibili, il che può essere al limite, o anche al di là, delle effettive competenze degli operatori implicati.

- *Il divario tra i percorsi di formazione di base degli operatori e le conoscenze richieste.* Ciò è particolarmente evidente al momento dell'impiego per quanto riguarda l'igiene ambientale e la prevenzione nei luoghi di lavoro. Ad esempio, la specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina del lavoro non è richiesta per le assunzioni dei medici negli anni 1980.

- *L'incompletezza della definizione degli spazi normati e delle richieste di discrezionalità, le contraddizioni delle attribuzioni gerarchiche.* Ad esempio, un atto importante come la prescrizione formale indirizzata ai sindaci, nel caso della valutazione di potabilità delle acque, è attribuita a un medico assistente di

primo livello gerarchico, che occupa nondimeno il posto di Responsabile del Servizio.

- *L'insufficienza del sistema informatico, che è limitato alle attività amministrative, e non connesso in rete, rispetto tanto all'importanza delle comunicazioni quanto alle necessità di trattamento di dati.*

- *Il divario tra livelli di retribuzione e livelli di responsabilità tecnica e istituzionale.*

- *La necessità di spostamenti sul territorio, anche con mezzi di trasporto, che implicano la frequentazione di luoghi diversi (rurali e urbani) potenzialmente a rischio.*

- *I vincoli ambientali, posturali e connessi all'utilizzazione di apparecchiature di lavoro d'ufficio (ad esempio: assenza di climatizzazione, vincolo di lavoro alla scrivania, utilizzazione di apparecchi elettrici, utilizzazione di oggetti in vetro, vincolo di lavoro a cielo aperto, ecc.).*

E' importante notare che l'identificazione degli aspetti di costrittività organizzativa permette ai soggetti dei processi di lavoro di continuare la loro analisi e la loro riflessione considerando le ricadute possibili in termini di rischi e di danni, al fine di prospettare e realizzare cambiamenti diretti alla prevenzione e, conseguentemente, al miglioramento delle condizioni di benessere.

Gli operatori del servizio sanitario hanno dapprima preso in considerazione i rischi di danni fisici più tradizionalmente conosciuti: per esempio riguardanti gli apparati visuale, osteoarticolare e muscolare, in seguito alla utilizzazione di apparecchiature munite di terminali video, oppure riguardanti traumatismi in seguito all'utilizzazione di strumenti e di mezzi di trasporto. Poi hanno anche considerato rischi di danno psichico: per esempio rischi di *burn-out*²¹, di rinforzo di *Type A coronary prone behavior pattern*²², di stress²³, o ancora di dis-confort psichico a-specifico.

²¹ Il *burn-out* dell'operatore è il risultato possibile di disequilibrio tra richieste e risorse nell'attività, ove si sommano attese di competenze specifiche e motivazioni individuali e sociali forti. La conseguenza difensiva si manifesta con la presa di distanza emozionale dal lavoro e dagli utenti, l'allontanamento dall'azione, il cinismo, la rigidità nello svolgimento di ciò che è prescritto dalle norme e dalla gerarchia. Si veda: Maslach, 1976.

²² La nozione di *coronary prone behaviour pattern* è stata proposta negli Stati Uniti negli anni 1960, nel corso di ricerche sul rischio di coronaropatie che avevano posto in evidenza due tipi di

Gli operatori del servizio hanno così potuto identificare dei “profili di rischio” per gruppi di lavoratori, categorie professionali e fasi di lavoro. Ad esempio, le scelte organizzative che possono indurre conseguenze negative sul benessere dei medici sono apparse riguardare principalmente: l’insufficienza degli effettivi a fronte dell’accumulazione delle attività da svolgere, la monotonia e la variabilità di tali attività, l’incertezza dei margini discrezionali, i livelli di responsabilità, la formazione insufficiente, la complessità dei rapporti con gli utenti, l’utilizzazione di strumenti e apparecchi, la carenza di informatizzazione, i vincoli posturali e visuali. E questi elementi caratterizzanti il lavoro dei medici sono stati identificati come fonti di rischio di *burn-out*, di rinforzo di *Type A coronary prone behavior pattern*, di traumatismi fisici, di patologie articolari e muscolari, di fatica visiva.

Con l’aiuto di questo quadro di connessioni tra scelte organizzative, elementi di costrittività e ricadute sul benessere, diventa possibile definire ordini di priorità di intervento, cioè di riprogettazione dei processi di lavoro, secondo l’entità e la probabilità del rischio e del danno ipotizzabile, il numero dei soggetti implicati, il rapporto costi-benefici, verso il risultato di prevenzione primaria.

Occorre ancora aggiungere che il metodo seguito, attraverso il confronto di alternative di scelte organizzative e di gradi di costrittività indotta, permette anche una valutazione previa di ogni opzione. Ad esempio, per fronteggiare l’incertezza dei margini discrezionali un’alternativa consiste nella formalizzazione dei percorsi d’azione; ma ciò implica la valutazione delle conseguenze possibili di una scelta che produce rigidità e tempi più lunghi delle operazioni. Per ridurre la variabilità dei rapporti con gli utenti, una scelta alternativa riguarda la formalizzazione delle modalità di accesso (orari,

comportamento: il tipo A (caratterizzato da forte senso del dovere, competitività, desiderio di realizzazione professionale, tendenza a rispettare i tempi) e il tipo B (distinto dal primo per l’assenza di questi atteggiamenti rivolti a reprimere le sensazioni naturali di fatica e per la capacità di rilassarsi senza provare sensi di colpa) ove il primo tipo mostrava un rischio doppio di sviluppare coronaropatie, indipendentemente da altre condizioni di rischio. Si veda: Rosenmann, Friedman, 1961.

²³ Come definito da Selye, 1976. Per il confronto delle diverse definizioni di stress e dei diversi approcci allo stress nel lavoro, vedi Rulli, 2010.

appuntamenti); ma occorre valutarne le conseguenze in termini di perdita di flessibilità, e di probabilità di relazioni conflittuali. Infine, l'adozione di un sistema informatico, che può risolvere numerosi problemi nel flusso delle informazioni, è una scelta le cui conseguenze sono da valutare per quanto concerne l'utilizzazione di computer, la modificazione delle relazioni tra operatori, la necessità di nuove conoscenze.

Nel secondo periodo, all'inizio degli anni 2000, l'analisi riguarda l'insieme dei processi di lavoro dell'unico servizio di igiene e salute pubblica che opera su tutto il territorio della Provincia: casualmente sempre 13 persone in totale, ma non esattamente le stesse del primo periodo, e che - si ricorderà - hanno attività di prestazioni dirette meno importanti, ma responsabilità accresciute di coordinamento di sei distretti socio-sanitari. E' quindi interessante notare la rilevanza di altri aspetti dei processi di lavoro, rispetto al primo periodo, che possono essere fonte di rischi e di danni. Ad esempio:

- *Le difficoltà di governo del servizio, lontano dai distretti socio-sanitari, a causa dell'estensione del territorio.* Durante gli anni 1980 ognuno dei nove servizi di igiene e salute pubblica aveva le proprie linee operative, coordinate dai medici, che si incontravano ogni giorno con i tecnici e gli infermieri al fine di regolare i diversi interventi. All'inizio degli anni 2000 i medici della sede centrale formulano le linee operative a distanza, mentre gli operatori dei distretti (medici, tecnici e infermieri) svolgono le attività di raccolta dei dati clinici, di anamnesi, di campionamento dei materiali biologici, ecc., con riferimento alle indicazioni "centrali", e con eventuali contatti telefonici per avere consigli e chiarimenti. Esiste una rete informatica, ma non ancora completa.

- *La variabilità di forma e nel tempo delle attività, la loro forte interdipendenza, e nello stesso tempo le conoscenze richieste, sono mutate a causa dei cambiamenti degli obiettivi istituzionali e delle caratteristiche della popolazione.* Le diverse caratteristiche della popolazione richiedono nuove conoscenze per le malattie infettive di importazione (veicolate da persone o da materiali). Il caso dell'igiene degli edifici industriali può servire come esempio di questa modificazione di obiettivi. Durante gli anni 1980 la valutazione dei progetti (da trasmettere al

sindaco cui spetta l'autorizzazione per la costruzione) era formulata in una relazione dei tecnici, firmata dal medico responsabile del servizio deputato. Negli anni 2000 la relazione si articola in diverse parti: una valutazione del tecnico del distretto, una valutazione del medico del lavoro, eventualmente altre valutazioni, geologiche, veterinarie, ecc. Tali valutazioni sono riunite in un documento del servizio centrale. Un intervento successivo ha avuto l'obiettivo di ridurre l'allungamento dei tempi di produzione e di raccolta dei diversi contributi prodotti nei distretti.

- *L'accresciuta necessità di lavoro di gruppo e multidisciplinare, in particolare sul territorio, con livelli elevati di discrezionalità ma con coordinamento più complesso.* Rispetto agli anni 1980 il coordinamento è necessario non solo all'interno di ogni gruppo operativo (per esempio di ispezione del lavoro) ma anche tra i diversi gruppi, al fine di uniformare i comportamenti nei distretti.

- *Un nuovo divario tra le competenze degli operatori e la variabilità delle azioni da svolgere in vista dei risultati desiderati.*

- *Un nuovo divario tra i percorsi di formazione di base degli operatori e le conoscenze richieste, a causa dei mutamenti istituzionali.* In seguito alla valutazione degli anni 1980 sono state realizzate formazioni specifiche per le diverse professioni: ad esempio, di management sanitario per i medici, di informatica per il personale amministrativo, tecnica per gli ingegneri, ecc. Negli anni 2000 appare più importante sviluppare le conoscenze riguardanti l'utilizzazione dei programmi informatici, gli strumenti di analisi del lavoro, la comunicazione (e ciò particolarmente a causa dell'accresciuta presenza di stranieri extracomunitari), le dinamiche di gruppo, ecc.

- *Il mutamento di qualificazione di numerosi operatori.* Ciò ha riguardato in particolare i medici della sede centrale e dei distretti. Ad esempio, i medici "centrali" sono negli anni 2000 più concentrati su attività che richiedono conoscenze teoriche e epidemiologiche, rispetto alle conoscenze operative che caratterizzano il livello dei distretti; i medici dei distretti sono implicati in attività specifiche nuove (come quelle di igiene degli edifici sanitari) e non più in attività di igiene ambientale (che richiedevano conoscenze diverse).

- La necessità accresciuta di competenze informatiche, che riguardano tutti gli operatori: amministrativi, medici e operatori sanitari. L'utilizzo dei mezzi informatici di comunicazione e delle banche di dati in rete si è intensificato, soprattutto a seguito di minore necessità di spostamenti sul territorio.

- Nuovi vincoli ambientali, posturali e di utilizzazione di apparecchiature di lavoro d'ufficio, che riguardano in particolare gli operatori centrali, sia a causa dell'informatizzazione, sia a causa della riduzione di attività in trasferta.

Questi aspetti della costrittività organizzativa dei processi di lavoro, derivanti dalla trasformazione del servizio, hanno anche implicato cambiamenti nei rischi e nei danni possibili. Così, grazie al cambiamento delle attribuzioni istituzionali (ad esempio il trasferimento delle attività di igiene ambientale a un'altra Agenzia della Regione) si è potuta constatare una riduzione dei tradizionali rischi chimico-fisici, sia per gli operatori centrali del servizio sia per gli operatori dei distretti. Però l'analisi ha posto in evidenza un accrescimento del rischio di *burn-out*, in particolare in conseguenza della variabilità delle attribuzioni, della separazione delle attività centrali e dei distretti, delle scelte di coordinamento, della incerta definizione delle qualificazioni e degli stessi obiettivi di lavoro²⁴.

All'inizio degli anni 2000 gli operatori del servizio continuano a valutare le scelte organizzative alternative nei diversi processi di lavoro, e le ricadute possibili sul benessere per gruppi di lavoratori e professioni, reiterando il procedimento del primo periodo di analisi e di (ri)progettazione. Ciò al fine, come la prima volta, di una migliore congruenza delle scelte organizzative del servizio, che permetta di migliorare nello stesso tempo l'efficacia, l'efficienza e la qualità, e mirando particolarmente al benessere dei soggetti coinvolti.

²⁴ L'accento sul *burn-out* è giustificato dall'elevata responsabilità sociale di queste attività, per questo motivo prossime a quelle studiate dalla letteratura in argomento. Si veda: Cherniss, 1980; Maslach, Jackson, 1981; Borritz *et al.*, 2005.

Per discutere

Abbiamo presentato e commentato alcune parti dell'analisi del lavoro a fini di prevenzione condotta nel corso di circa due decenni in un servizio sanitario. Le abbiamo utilizzate come esempi dell'approccio del Programma "Organization and Well-being". L'obiettivo di questa esposizione non conduce a formulare conclusioni ma piuttosto a stimolare una discussione che ci auguriamo quanto più possibile aperta e ampia. Numerose questioni dovrebbero, secondo noi, nutrire questa discussione.

Una prima serie di questioni può riguardare l'attivazione di un approccio di analisi del lavoro in grado di perseguire e realizzare la prevenzione primaria. Norme di legge, come si è ricordato, prescrivono un approccio di questo tipo, e lo richiedono vivamente i dati sempre sconcertanti che riguardano la mancanza di salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro. Tuttavia, sino ad ora, non si vedono proposte soddisfacenti in tal senso nelle numerose discipline che sviluppano analisi del lavoro e si occupano dei rapporti tra lavoro e salute. Crediamo che ciò che costituisce ostacolo ai fini della prevenzione primaria negli approcci della medicina e del diritto del lavoro, della psicologia e della sociologia del lavoro, dell'ergonomia, sia soprattutto una *concezione dell'organizzazione* inadatta a quanto questi stessi approcci vorrebbero conseguire. Possiamo peraltro documentare che la concezione dell'organizzazione come *agire organizzativo* permette al Programma "Organization and Well-being" di ottenere, dagli anni 1980, risultati apprezzabili di prevenzione primaria nei più diversi settori. Ci sembra che ci si possa interrogare sulla resistenza ad adottare una visione dell'organizzazione adatta ai fini della prevenzione che le discipline citate manifestano. Ugualmente ci si potrebbe interrogare sulla possibilità di conseguire prevenzione primaria con altri percorsi, invece che con la riflessione sull'agire organizzativo.

Una seconda serie di questioni può riguardare - se si vuole utilizzare un linguaggio diffuso nel dibattito metodologico delle scienze umane e sociali - la relazione tra "ricercatore" e "oggetto della ricerca". I diversi approcci di analisi del lavoro militano, in generale, per un ruolo attivo o partecipativo dei soggetti-

oggetto dell'analisi. Ma nei fatti, la capacità dei soggetti di analizzare il proprio lavoro è messa in dubbio, anzi negata, dalla presenza sempre riaffermata del ricercatore. L'approccio del Programma "Organization and Well-being", invece, ha tra i suoi tratti fondamentali il fatto che l'analisi – con le sue conseguenze di trasformazione e di nuova progettazione dei processi di lavoro – è interamente condotta e governata dai soggetti stessi. Ci sembra che sarebbe interessante interrogarsi sulle ragioni che possono impedire, e su quelle che possono permettere, un ruolo veramente attivo dei soggetti nell'analisi.

Una terza serie di questioni può riguardare le possibili collaborazioni tra l'approccio organizzativo del Programma "Organization and Well-being" e altri approcci di analisi del lavoro che, toccando necessariamente il livello dell'organizzazione, non ne hanno padronanza, per mancanza di competenze specifiche in tale campo di studio. Pensiamo specialmente a certi approcci di analisi clinica dell'attività di lavoro e di medicina del lavoro. Non ci riferiamo a giustapposizioni di analisi differenti, ove ciascuna segue un percorso particolare; pensiamo a connessioni dirette nello stesso quadro di analisi. E' importante interrogarsi sui presupposti epistemologici²⁵ che possono permettere tali incontri, certamente fruttuosi, e sulle scelte metodologiche che essi richiedono. In seno al Programma, questo tipo di collaborazione si sviluppa sin dall'inizio con un approccio compatibile di medicina del lavoro. Altre possibilità di incontro sono in discussione (Faïta, Maggi, 2007). La riflessione e i tentativi in questa direzione apportano senz'altro arricchimenti.

Queste questioni non sono certo esaustive, ma possono probabilmente stimolare una discussione che ci sembra vitale per l'obiettivo, socialmente essenziale, della prevenzione nel lavoro.

²⁵ Sui presupposti epistemologici delle teorie dell'azione e delle teorie dell'attività nel quadro delle scienze umane e sociali, e sulle compatibilità o incompatibilità tra teorie di differenti campi disciplinari, si veda l'opera collettiva: Maggi, 2011.

Riferimenti bibliografici

- BORRITZ M., BÜLTMANN U., RUGULIES R., CHRISTENSEN K. B., VILLADSEN E., KRISTENSEN T. S.
2005 Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the P.U.M.A. study, *JOEM*, 47, 10: 1015-25.
- CHERNISS C.
1980 *Staff burnout. Job stress in the human service*. Beverly Hills: Sage Publications Inc.
- ETIENNE P., MAGGI B.
2007 Conception du travail sur les chantiers du bâtiment : avancées et reculs de la prévention, in Zouinar M., Valléry G., Le Port M.-C. (Eds.), *Ergonomie des produits et des services*, Actes du 42° Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Saint-Malo : 625-34, Toulouse : Octarès Éditions.
2009 Santé et sécurité des utilisateurs des machines. Un cas de relation entre analyse organisationnelle et ergonomique, in Gaillard I., Kerguelen A., Thon P., *Ergonomie et Organisation du Travail*, Actes du 44° Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Toulouse, <http://www.ergonomie-self.org/media/media41146.pdf> : 237-43.
- DE LA GARZA C., MAGGI B., WEILL-FASSINA A.
1998 Temps, autonomie et discrétion dans la maintenance d'infrastructures ferroviaires, in *Temps et Travail*, Actes du 33° Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française : 415-22, Paris.
- DE LA GARZA C., WEILL-FASSINA A., MAGGI B.
1999 Modalités de réélaboration des règles : des moyens de compensation des perturbations dans la maintenance d'infrastructures ferroviaires, in *Ergonomie et fiabilité des systèmes et des organisations*, Actes du 34° Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française : 335-43, Caen.
- EUROPEAN COMMISSION
2010 *Health and Safety at Work in Europe (1999-2007): A Statistical Portrait*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- FAÏTA D., MAGGI B.
2007 *Un débat en analyse du travail. Deux méthodes en synergie dans l'étude d'une situation d'enseignement*, Toulouse: Octarès Editions.
- MAGGI B.
1984/1990 *Razionalità e benessere. Studio interdisciplinare dell'organizzazione*. Milano: Etas Libri.

- 1996 La régulation du processus d'action de travail, in Cazamian P., Hubault F., Noulin M. (Eds.), *Traité d'ergonomie* : 637-62, Toulouse : Octarès Editions.
- 2000 (Ed.) *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation*, Paris : Presses Universitaires de France.
- 2003 *De l'agir organisationnel. Un point de vue sur le travail, le bien-être, l'apprentissage*, Toulouse : Octarès Editions; 2006 ed. port., *Do agir organizacional, Um ponto de vista sobre o trabalho, o bem-estar, a aprendizagem*, Sao Paulo: Editora Edgard Blücher; 2009 ed. sp., *El actuar organizativo. Un punto de vista sobre el trabajo, el bienestar, el aprendizaje*, Madrid: Editorial Modus Laborandi.
- 2006 Bem-estar / Bienestar, *Laboreal*, 2, 1, <http://laboreal.up.pt/>: 62-63.
- 2008 Organisation et bien-être. L'analyse du travail aux fins de prévention, in Terssac G. de, Saint-Martin C., Thiébault C. (Eds.), *La précarité: une relation entre travail, organisation et santé* : 193-206, Toulouse : Octarès Éditions.
- 2010 *Peut-on transmettre savoirs et connaissances ?/ Can we transmit knowledge?/ Si possono trasmettere saperi e conoscenze?*, <http://amsacta.cib.unibo.it>, Bologna: TAO Digital Library.
- 2011 (Ed.) *Interpréter l'agir : un défi théorique*, Paris : Presses Universitaires de France ; 2011 ed. it., *Interpretare l'agire: una sfida teorica*, Roma : Carocci.

MASLACH C.

- 1976 Burn-out: a social psychological analysis, Communication, American Psychological Association, S. Francisco.

MASLACH C., JACKSON S.E.

- 1981 The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behaviour*, 2: 90-113.

ROSENMAN R.H., FRIEDMAN M.

- 1961 Association of specific behaviour pattern in women with blood and cardiovascular findings, *JAMA*, 24: 1173-84.

RULLI, G.

- 1996 La formazione per la prevenzione e il D.Lgs. 626/94. Un'esperienza nel settore dei servizi, in *Formazione per la prevenzione, metodo delle congruenze organizzative e D.Lgs. 626/94*, Quaderno del Programma Interdisciplinare di Ricerca "Organization and Well-being": 13-67, Torino: Tirrenia Stampatori.
- 2010 *Stress at Work: Risk Evaluation and Prevention / Le stress au travail : évaluation du risque et prévention / Lo stress nel lavoro: valutazione del rischio e prevenzione*, <http://amsacta.cib.unibo.it>, Bologna: TAO Digital Library.

RULLI G., MAGGI B.

- 1997 Training and Education for Prevention in Workplaces. A Case Study in

the Services Sector, in Seppälä P., Luopajarvi T., Nygard C.-H., Mattila M. (Eds.), *From Experience to Innovation*. Proceedings of the 13th Congress of the International Ergonomics Association, Tampere, 1: 423-25, Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

- 2002 Prescription, standardisation et prévention. Les normes ISO 9000 et la qualité dans le secteur sanitaire : une évaluation critique, in Evesque J.-M., Gautier A.-M., Revest Ch., Schwartz Y., Vayssière J.-L. (Eds.), *Les évolutions de la prescription*. Actes du 37° Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française : 85-91, Aix-en-Provence.

RULLI G., MAGGI B., CRISTOFOLINI A., DE NISI G.

- 2000 Work Analysis in a Public Health Center: The Evaluation of a Training and Education Program, in *Ergonomics for the New Millenium*, Proceedings of the 14th Congress of the International Ergonomics Association, 2: 697-700, San Diego.

SELYE H.

- 1976 *Stress in Health and Disease*, Boston: Buterworths.