

WELL-BEING, PREVENTION, RISK
BENESSERE, PREVENZIONE, RISCHIO
BIEN-ÊTRE, PRÉVENTION, RISQUE
BIENESTAR, PREVENCIÓN, RIESGO
BEM-ESTAR, PREVENÇÃO, RISCO
WOHLBEFINDEN, VORBEUGUNG, RISIKO

EBOOK OF THE INTERDISCIPLINARY RESEARCH PROGRAM
“ORGANIZATION AND WELL-BEING”

GIOVANNI RULLI
DIREZIONE GENERALE DELL’AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELL’INSUBRIA

BRUNO MAGGI
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Abstract

The etymology and the development of the meanings of well-being, prevention and risk, as well as their relationships, are presented and discussed. It is reminded that the World Health Organization defined health as physical, mental and social well-being, and that the European Union prescribed a general and programmed primary prevention, integrated with the design of work situations. However, current interpretations and practices mistake well-being with wellness, and prevention with the management of existing risks, while usually attributing the responsibility to the acting subjects in the workplace. The Interdisciplinary Research Program “Organization and Well-being”, for over three decades, has interpreted well-being as a perfectible process, and outlined pathways of work analysis that actually carry out primary prevention.

Keywords

Well-being, Prevention, Risk, Work analysis, Organizational action.

Well-being, Prevention, Risk / Benessere, Prevenzione, Rischio / Bien-être, Prévention, Risque / Bienestar, Prevención, Riesgo / Bem-estar, Prevenção, Risco / Wohlbefinden, Vorbeugung, Risiko, Rulli Giovanni, Maggi Bruno. Bologna: TAO Digital Library, 2018.

Licenza: CC BY-NC-ND 4.0
© Copyright 2018 degli autori

ISBN: 978-88-98626-14-4
DOI: <http://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/6027>



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.

The contributions published by the TAO Digital Library are legally deposited and receive an ISBN code. Therefore, they are to be considered in all respects as monographs. The monographs are available online through AMS Acta, which is the institutional open archive of the University of Bologna. Their stable web addresses are indexed by the major online search engines.

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 contributions 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: Francesco M. Barbini, Giovanni Masino, Massimo Neri, 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 Faiña	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 Sznalwar	Universidade de São Paulo	Ergonomics, Occupational Medicine
Gilbert de Terssac	CNRS Toulouse	Sociology of Work

ISSN: 2282-1023

www.taoprograms.org – dl@taoprograms.org
<http://amsacta.cib.unibo.it/>

Pubblicato nel mese di novembre 2018
da TAO Digital Library – Bologna

Benessere, Prevenzione, Rischio

Giovanni Rulli, Direzione Generale dell'Agencia di Tutela della Salute dell'Insubria
Bruno Maggi, Università di Bologna

Benessere*

(Inglese *Well-being*; Francese *Bien-être*; Spagnolo *Bienestar*; Portoghese *Bem-estar*; Tedesco *Wohlbefinden*)

Benessere è parola composta dall'avverbio "bene" e dal verbo "essere", "esistere", "sentirsi"). Questo termine appare nel XVI secolo per designare la soddisfazione di bisogni fisici. Dal XVIII secolo indica la situazione materiale che permette di soddisfare i bisogni dell'esistenza. La nozione di benessere in economia, in sociologia e nella scienza politica, e più precisamente di "benessere sociale", è usato con riferimento a una società nel suo insieme, comprendendo l'abbondanza di denaro e l'accesso ai beni e ai servizi ma anche il grado di libertà, di piacere, d'innovazione e di salute ambientale. Il "benessere economico" è definito, in modo più restrittivo, come la parte del benessere sociale che può essere riferita a parametri monetari. Dalla metà del XX secolo si afferma il significato connesso alle condizioni di salute, per opera di una nozione che muta l'ordine dei valori rispetto alla nozione propria delle scienze sociali.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dalla sua costituzione nella seconda metà degli anni 1940, esprime l'idea di "salute" formulata in termini di *benessere fisico, mentale e sociale*. Questa idea si oppone all'antica definizione negativa della salute come assenza di malattia. Espressa in termini positivi, essa pone in evidenza la priorità della prevenzione e della promozione della salute rispetto alle cure, collegando nel contempo il soma e la psiche alla dimensione sociale della persona umana. Il benessere significa allora la salute

* Una diversa versione di questa prima sezione, concernente il concetto di benessere, è stata pubblicata nella rivista *Laboreal*, 2006, 2, 1: 62-63. Si ringrazia la rivista per l'autorizzazione di questa nuova pubblicazione.

nel senso più ampio, in tutti i suoi aspetti, e in modo attivo. La nuova nozione diventa condivisa, è promossa internazionalmente, accolta dalla legislazione di diversi Paesi nel mondo intero.

L'OMS ha ulteriormente arricchito e specificato questa formulazione, in particolare con la conferenza di Alma Ata del 1978, con la dichiarazione degli obiettivi della "Salute per tutti nell'anno 2000", e con la Carta di Ottawa del 1986. Ciò che salute significa non corrisponde a uno stato naturale ma a un costruito sociale, per cui si riconosce che la promozione del benessere non può essere imposta ma deve essere amministrata in modo autonomo da ogni società in relazione alla cultura che le è propria, iscritta nel contesto secondo i luoghi geografici e le diverse realtà sociali. Il benessere così definito non deve essere considerato in modo statico e univoco, né come uno stato ottativo ma impossibile da raggiungere. Esso va inteso come un *processo perfettibile* da perseguire, come ha indicato Giovanni Rulli nel quadro del Programma Interdisciplinare di Ricerca "Organization and Well-being". I bisogni e gli obiettivi di benessere sono variabili in rapporto alle diversità contestuali e temporali e in rapporto alla possibilità di un *miglioramento continuo*.

Il *lavoro* è direttamente interessato da questa concezione innovatrice della salute. Il Comitato misto OMS/OIL (Organizzazione Internazionale del Lavoro) riguardante la salute al lavoro ha formulato nel 1995 una "definizione di salute al lavoro" che riposa sugli stessi principi. Una direttiva europea (89/391/CEE), trasposta nelle leggi nazionali degli Stati membri dell'Unione, ha prescritto una *prevenzione primaria, generale, programmata, e integrata nella progettazione del lavoro*. La prevenzione è "primaria" quando si oppone al manifestarsi del rischio: è il grado più elevato di prevenzione, rispetto all'azione riguardante il rischio esistente o, peggio, il danno conclamato. Perciò il quadro normativo che prescrive l'azione preventiva primaria impone un'analisi e un intervento di forma iterativa, fondati su criteri oggettivi e articolati in modo esaustivo sull'intera situazione di lavoro, mirati al controllo della salute e della sicurezza dei lavoratori. Fuori dall'Unione Europea, diversi Paesi hanno promulgato norme simili.

Questa visione innovatrice ha peraltro antiche radici. Riflessioni e studi tendenti a porre in relazione il *benessere* nei luoghi di lavoro e una *analisi del lavoro* si sono sviluppati lungo l'intero XX secolo, benché in modi non costanti e con diverse fortune.

All'inizio di quel secolo, Emil Kraepelin e Hugo Münsterberg, allievi di Wilhelm Wundt, fondano i primi laboratori di psicofisiologia, il cui obiettivo è lo studio della "fatica al lavoro". Max Weber pone in relazione tali indagini con gli studi dell'economia e della sociologia dell'impresa per le ricerche del Verein für Sozialpolitik. Luigi Devoto promuove la medicina del lavoro, nuova disciplina con intenzioni nettamente preventive, affermando che "il vero paziente è il lavoro".

Questi interessi di studio iniziano nei medesimi anni della proposta dei principi di "organizzazione scientifica del lavoro" da parte di Frederick W. Taylor e di "amministrazione generale" da parte di Henri Fayol. La visione funzionalista della società, dell'impresa e del lavoro industriale che le teorie di Taylor e di Fayol già presuppongono, diventa l'orientamento esplicito del percorso delle Relazioni Umane iniziate da Elton Mayo e dalla sua scuola al tempo della Grande Crisi del 1929-30. Questo nuovo approccio sa coniugare il "modello classico" dell'organizzazione con la "flessibilità" e la "soddisfazione al lavoro". Con la sua diffusione è posto l'accento sull'"integrazione" dei lavoratori nel sistema, mentre gli studi sulla fatica al lavoro si estinguono e mentre la medicina del lavoro si allontana dal suo principio fondatore.

Tra gli anni 1940 e 1960 Georges Friedmann cerca di riannodare le fila del benessere, di fronte agli eccessi del "macchinismo industriale" e alle condizioni dell'alienazione, opponendosi nel contempo al taylorismo e alle Relazioni Umane, e particolarmente al loro fondamento funzionalista. Egli propone una *Sociologie du travail* come approccio ampiamente interdisciplinare (nonostante la denominazione), il cui primo passo è costituito dal controllo della salute fisica e mentale del lavoratore, al quale si aggiungono interventi positivi, volti verso una "triplice valorizzazione: intellettuale, morale e sociale". Alla fine degli anni 1940, una nuova corrente di studio del lavoro è fondata in

Inghilterra: l'*Ergonomics*. Essa è presentata come un incontro interdisciplinare che raggruppa le conoscenze biomediche, psicologiche e tecnologiche, volte ad "adattare il lavoro all'uomo". Negli anni 1950 inizia in Francia e in Belgio l'*Ergonomie*, su base ugualmente interdisciplinare, il cui obiettivo è "comprendere il lavoro per trasformarlo", e il cui approccio si distingue da quello anglosassone per lo studio della "attività" dell'operatore nelle situazioni concrete di lavoro. La quasi contemporaneità della nascita di queste correnti, dei temi friedmanniani del benessere al lavoro, e della ridefinizione della salute in termini positivi da parte dell'OMS, conduce a ipotizzare l'esistenza di influenze tra tali programmi, benché probabilmente indirette. Nel corso dei decenni seguenti non si trova tuttavia sempre uno sviluppo dei propositi iniziali nelle articolate evoluzioni della sociologia del lavoro e dell'ergonomia.

La nozione di benessere e il suo rapporto con il lavoro hanno dunque una storia lunga e non lineare. Ma occorre anche considerare le diverse interpretazioni che la riguardano. Sarebbe in particolare errato credere che le teorie del "modello classico" dell'organizzazione non tenessero conto del benessere. Sia Taylor sia Fayol, o Frank B. Gilbreth, ma anche Henry Ford, se ne preoccupavano esplicitamente. Tuttavia il loro modo di vedere il benessere e il lavoro implicava che il lavoratore realizzi il suo massimo benessere adattandosi pienamente alle esigenze del sistema. Ugualmente, per le teorie della flessibilità e della soddisfazione al lavoro, che si sviluppano dalle correnti delle Relazioni Umane sino ai nostri giorni, il benessere è uno stato che deve necessariamente derivare dall'ottimizzazione del funzionamento del sistema. Lo attestano numerosi studi che, dagli anni 1950, pongono l'accento sui nessi tra "motivazione, produttività e soddisfazione", tra "stress e conflitti di ruolo", o sulla "qualità della vita di lavoro".

Il benessere inteso nel senso che si è sviluppato in seguito all'indicazione dell'OMS non può evidentemente avere posto nelle teorie che presuppongono la "predeterminazione del sistema" rispetto ai soggetti agenti. E nemmeno può aver posto nelle teorie secondo le quali la situazione di lavoro è una "realtà

socialmente costruita”, riconoscibile *a posteriori*, che si impone con i suoi vincoli all’attore sociale.

La definizione dell’OMS, e l’idea di benessere come *processo perfettibile* sviluppata nel Programma “Organization and Well-being”, richiedono una teoria che concepisca anche il lavoro come *processo*. Un processo d’azioni e decisioni, sempre mutevole e migliorabile, che possa incorporare il benessere nella sua progettazione, e nella trasformazione continua da parte degli stessi soggetti che vi sono implicati. Questa è la sfida per le discipline del lavoro di fronte al benessere.

Prevenzione

(Inglese *Prevention*; Francese *Prévention*; Spagnolo *Prevención*; Portoghese *Prevenção*; Tedesco *Vorbeugung*)

Il termine *prevenzione* appare nel tardo latino *praeventio*, derivato dal latino classico *praevenire*, letteralmente “venire prima”, da cui discende il senso figurato di “anticipare”. Termini prossimi sono *providere*, “prendere provvedimenti” e *praevertere*, “impedire che una cosa avvenga”. Dal XVI secolo *prevenzione* assume il significato di “misura di precauzione” per “impedire” qualsiasi cosa spiacevole.

La “moderna” prevenzione nasce all’inizio del XVIII secolo, con la prima opera di analisi dei rapporti tra lavoro e malattia. Bernardino Ramazzini, professore di Medicina Teoretica e Pratica, prima presso l’Università di Modena, poi presso l’Università di Padova, mette in evidenza la nocività del lavoro, che contemporaneamente offre sostentamento (*Varia et multiplex morborum seges, quam non raro artifices quidam extrema sui pernicie ex iis artibus, quas exercent, pro lucro referunt ...*).

Verso la fine dello stesso secolo è pubblicato il primo dei nove volumi del trattato di “polizia medica” del medico tedesco Johann Peter Frank (1745–1821), docente a Vienna e a Pavia, editi nell’arco di quasi cinquanta anni, dal 1779 al 1827. La polizia medica ha l’ambizione di migliorare le condizioni di

igiene e salute pubblica, da un lato per mezzo di una completa individuazione delle principali malattie sociali e delle loro cause, dall'altro lato tramite la promulgazione di leggi che prescrivono dieci azioni e comportamenti in difesa della salute. La medicina pubblica e la medicina cosiddetta "sociale" devono molto all'opera di Frank, sviluppata nell'alveo dell'illuminismo di Jean-Jacques Rousseau. Sempre in area mitteleuropea occorre ricordare le riflessioni sull'igiene ospedaliera del medico ungherese Ignác Fülöp Semmelweiss (1818-1865), celeberrimo ma perseguitato scopritore della causa della setticemia nel policlinico di Vienna nel 1846, e sull'igiene pubblica e ambientale del chimico, fisiologo e igienista Max Joseph von Pettenkofer (1818-1901).

In campo biomedico si sono affermate nel tempo le nozioni di *prevenzione primaria* (volta a ridurre l'incidenza delle malattie, intervenendo sui "fattori di rischio", sulle "cause patogene", prima che queste portino alle manifestazioni dei propri effetti), *secondaria* (riguardante la diagnosi precoce e la terapia precoce), *terziaria* (volta a prevenire gli esiti invalidanti e la morte). Questa distinzione mostra oggi una rilevante rigidità. Essa induce a segmentare gli interventi possibili, e a definire gli ambiti di interesse e intervento delle discipline biomediche che se ne occupano: l'igiene e la prevenzione, la diagnostica e la terapia, la riabilitazione. Ugualmente appare artificiosa la distinzione, presente nel vocabolario della prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, tra "prevenzione" (primaria), "protezione" (dal rischio) e "precauzione, cautela" (su ipotesi di rischio). La prevenzione, intesa anzitutto come primaria, deve inevitabilmente basarsi su un principio di precauzione, rivolgersi alle verosimili ipotesi di rischio ed estendersi alla protezione qualora gli agenti nocivi siano ammessi nei luoghi di vita e di lavoro (il che tuttavia non dovrebbe verificarsi) o esistano condizioni di rischio aspecifico, come nel caso dello stress.

La prevenzione nel suo senso compiuto esige un'azione diretta non solo a *evitare* l'incontro tra agenti nocivi ed essere umano, ma anche a *impedire l'attivazione* di condizioni di rischio, escludendo la manifestazione stessa dell'agente nocivo. Ciò è peraltro quanto previsto dalla normativa "quadro"

europea sulla prevenzione nei luoghi di lavoro (direttiva 89/391/CEE), che intende la prevenzione come *primaria, generale, programmata e integrata nella concezione del lavoro*.

Questa definizione, fondata logicamente e giuridicamente, implica che la prevenzione riguardante i luoghi di lavoro si basi su una valutazione fondata oggettivamente su criteri documentati, di forma iterativa, estesa all'intera situazione di lavoro, sia concepita anticipatamente e in termini generali, e sia integrata nella progettazione delle situazioni di lavoro, per il continuo miglioramento delle loro condizioni.

Appare quindi cruciale comprendere come possano essere dirette l'analisi e l'interpretazione delle situazioni di lavoro per la *prevenzione primaria delle malattie, degli infortuni, del disagio e della sofferenza nel lavoro*, cioè per operare scelte congruenti di obiettivi di produzione e di prospettive di benessere per le persone coinvolte. Una prevenzione realmente primaria richiede anzitutto il riconoscimento dell'infondatezza di ogni predeterminazione tecnica o economica, poiché nelle situazioni di lavoro - come nella vita in generale -, tutto è frutto di scelte, sempre modificabili. Occorre conseguentemente superare i criteri di progettazione e strutturazione del lavoro che presuppongono l'adattamento dei soggetti agenti a vincoli o contingenze del sistema.

Prassi diffuse, come ad esempio la valutazione di "idoneità alla mansione", o di "fattori di rischio", sono totalmente inadeguate in un percorso di prevenzione. La valutazione dell'idoneità alla mansione si basa sull'accettazione di attribuzioni stabili e immodificabili di compiti elementari, di derivazione tayloristica, a persone valide e adattabili, rendendo possibile, nei fatti, la sostituzione del soggetto meno adatto con il soggetto "sano e robusto". Se si accetta che il rischio dipenda da "fattori" si presume che esso sia inevitabilmente presente, invece di indagare le condizioni che lo possono attivare come conseguenza di azioni umane. Ugualmente occorre prendere atto delle ingannevoli attribuzioni di valore positivo ai concetti di "flessibilità" e di "soddisfazione nel lavoro", derivate dal funzionalismo sociologico e psicologico-sociale. Flessibile è, nel suo significato etimologico, ciò che si adatta

agevolmente; nel lavoro riguarda l'adattamento del soggetto a prescrizioni organizzative. La soddisfazione per i compiti attribuiti e per il loro svolgimento non è necessariamente associata a benessere, è anzi assai diffusamente associata a sovraccarichi fisici, mentali e sociali che comportano ricadute patologiche, anche rilevanti e talvolta letali.

Gli approcci che propongono di associare il benessere nel lavoro al "buon clima organizzativo", o alla resilienza dei lavoratori, o ancora alla loro buona forma fisica e psichica (*fitness*) o, infine, a una presunta maggiore libertà di scelta di luoghi e tempi delle attività come nelle varie forme di *smart working*, non attuano prevenzione. Non sono altro che sviluppi delle prospettive che sin dai primi decenni del XX secolo, e per tutto il suo corso, hanno preteso di promuovere condizioni più favorevoli ai soggetti implicati nel lavoro senza tuttavia riconoscere la loro centralità, ma anzi attribuendo ai soggetti stessi la responsabilità della gestione dei rischi e dei danni derivanti da scelte che presuppongono la predeterminazione del sistema.

L'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro richiede *l'analisi dei processi d'azione e decisione* che configurano sia le situazioni in atto sia disegni progettuali: un'analisi che sappia interpretare la congruenza tra scelte di strutturazione, scelte tecniche e scelte di obiettivi, e che sappia incorporare negli obiettivi il benessere, insieme all'efficacia e all'efficienza di ogni processo. Il Programma Interdisciplinare di Ricerca "Organization and Well-being" indica questo percorso dagli anni Ottanta del Novecento, ha illustrato i suoi fondamenti teorici e metodologici, e mostrato realizzazioni in numerosi processi di lavoro, sia manifatturieri sia di servizi. Le scelte di progettazione e di strutturazione del lavoro si dimostrano sempre migliorabili in questo percorso. Il benessere cessa allora di apparire come uno "stato" temporaneo, e la prevenzione primaria come una "utopia": essi sono, come il processo di lavoro, *processi perfettibili*.

Rischio

(Inglese *Risk*; Francese *Risque*; Spagnolo *Riesgo*; Portoghese *Risco*; Tedesco *Risiko*)

Il termine greco *κίνδυνος* indica *rischio* e *pericolo* nella filosofia antica, ed esprime, in generale, l'aspetto negativo della possibilità. L'etimo di "rischio", nelle lingue moderne, potrebbe derivare dall'antico italico *risco*, dal latino *resicare*, "portar via troncando". Dal XVI secolo il significato del termine è sempre associato all'idea di *possibilità*, e designa un evento negativo più o meno prevedibile, e "rischiare" equivale a "esporsi a un inconveniente possibile", attraverso comportamenti e non per caso.

Il concetto di rischio, inteso come possibilità che si verifichi un danno per la salute, è tipicamente, e comprensibilmente, applicato alle patologie a maggiore impatto in termini di mortalità o di morbosità. Si studia pertanto specificamente il rischio, e si tende a darne una valutazione quantitativa, nell'ambito della patologia cardiovascolare (sulla base di dati relativi a pressione arteriosa, peso corporeo, colesterolemia, ecc.), della patologia neoplastica (esposizione ad agenti nocivi, classificati secondo categorie di evidenza di relazione tra esposizione e cancro, come da parte dell'Agenzia Internazionale della Ricerca sul Cancro), ma anche di altre malattie a rilevante impatto in termini di disabilità (dismetabolismi, degenerazioni cognitive, ecc.).

La definizione di rischio per la salute più rigorosa si ricava dall'uso consolidato in campo epidemiologico. Essa si avvale delle nozioni di *rischio relativo* ($RR = \text{rapporto tra incidenza tra individui esposti e incidenza tra non esposti}$) e di *rischio attribuibile* ($RA = \text{differenza tra incidenza tra individui esposti e incidenza tra i non esposti}$). Tali nozioni hanno lo scopo di dare evidenza e peso a differenze o proporzioni di eventi negativi ("danni osservabili") in una popolazione, e in un certo periodo di tempo, rispetto a una differente popolazione, o alla popolazione generale. Ciò permette, ad esempio, di affermare che una popolazione esposta a un agente nocivo, in una certa concentrazione e per un certo tempo, ha - eventualmente dopo un intervallo di tempo libero da patologia (latenza) - maggiore probabilità di ammalarsi rispetto

a chi non è esposto, con una misura, statistica, di questa differenza. La nozione di *frazione eziologica* (FE = rapporto tra RA e incidenza tra gli individui esposti) completa l'argomentazione permettendo di ipotizzare, sempre statisticamente, "quanto" della patologia manifestatasi sia attribuibile all'esposizione: ad esempio quanto possa avere contribuito l'inalazione di fibre di asbesto nella manifestazione di mesotelioma pleurico - che è evento possibile anche in popolazioni non esposte all'amianto.

Una seconda definizione considera il rischio per la salute quale "prodotto" tra "probabilità di accadimento" di un certo evento e "danno" conseguente al verificarsi di tale evento. Essa appare diffusa nell'ambito della prevenzione e della sicurezza nei luoghi di lavoro a proposito della "valutazione dei rischi", ed è anche indicata dalle linee guida (*Guidance on risk assessment at work*) allegata alla direttiva prevenzionistica "quadro" europea, 89/391/CEE: "... probabilità che sia raggiunto il *livello potenziale di danno* nelle condizioni di impiego e/o di esposizione, nonché dimensioni possibili del danno stesso ...".

Nonostante l'autorevolezza delle fonti, si può rilevare che si tratta di uno strumento per "classificare" il rischio, non di una definizione del concetto di rischio. La classificazione si basa su un'ipotetica scala a numero limitato di opzioni (di solito 16 = 4 livelli di probabilità x 4 livelli di danno), a loro volta raggruppabili in "classi" di rischio ($R \leq 2$ = basso, $3 \leq R \leq 5$ = medio, $6 \leq R \leq 9$ = alto, $R > 9$ = altissimo) al fine di ordinare le priorità di intervento, dal meno breve al più breve termine. Tale strumento può inoltre essere oggetto di rilevanti critiche. Si può legittimamente dubitare della scientificità di un procedimento che arbitrariamente raggruppa in classi una relazione tra "entità" completamente differenti cui è attribuito un "punteggio numerico" invece del tutto analogo. Il processo di calcolo che ne deriva è pertanto assai ingannevole, come dimostra l'esperienza quotidiana dell'igiene e della sicurezza nel lavoro: infatti, a uno stesso "valore" risultante dal prodotto "P x D" corrispondono realtà molto differenti. E' quindi evidente una forte discordanza tra scopo e strumento.

Il *pericolo* (Inglese *Danger*; Francese *Danger*; Spagnolo *Peligro*; Portoghese *Perigo*; Tedesco *Gefahr*) è generalmente inteso equivalente al rischio e associato al *danno* (Inglese *Damage*; Francese *Dommage*; Spagnolo *Daño*; Portoghese *Dano*; Tedesco *Schaden*).

Il concetto di *pericolo* per la salute è riferito a ciò che può comportare un certo “agente nocivo”, la sua manifestazione con una certa frequenza nella popolazione, oppure riguarda una proprietà o qualità intrinseca di una determinata “entità” o “fattore” (ad esempio, materiali o attrezzature, metodi o pratiche di lavoro) avente il “potenziale” di causare danno. In ambedue le accezioni esso non aggiunge nulla al concetto di rischio. Da un lato, infatti, non spiega i nessi tra agenti e conseguenze che sfuggono al rapporto di causa-effetto (ad esempio, non si vede in che consisterebbe il pericolo intrinseco nel caso dello stress). D’altro lato, esso è comunque sempre riferito a una relazione: tra agenti, sostanze, condizioni e individui, differenti tra loro a volte in modo assai rilevante. E’ preferibile pertanto tralasciare il concetto di pericolo, e usare unicamente il concetto di *rischio*, inteso come possibilità che si configuri un danno, e *rischio di*, come specificazione di ciò che potrebbe configurarsi (ad esempio, rischio “di” infortunio, “di” malattia professionale, ecc.).

Ciò che può attivare un rischio (ad esempio, fumo, rumore, asbesto, lavoro su impalcature, ecc.) è solitamente chiamato “fattore di rischio”. I fattori di rischio sono intesi dalla letteratura epidemiologica non tanto come “determinanti”, quanto come “agenti di danno”, e sono spesso raggruppati in classi, che rinviano a classi di rischi: fisici, chimici, ecc. Questa impostazione ha condotto anche all’indicazione di una classe di rischi cosiddetti “psicosociali”, che comprende lo stress, la sofferenza e la violenza nel lavoro, le molestie morali, e talvolta anche i disturbi muscolo-scheletrici. Appare arduo tuttavia individuare i “fattori” che possono attivare tali rischi, secondo lo schema abitualmente seguito per i rischi di origine fisica o chimica. Ciò comporta rilevanti problemi per la tutela della salute, nei luoghi di lavoro e in generale, e la possibile deriva verso un’attribuzione di responsabilità di “gestione” di tali rischi in capo ai soggetti a essi esposti.

Nell'ambito del Programma Interdisciplinare di Ricerca "Organization and Well-being" è stato evidenziato, dagli anni Ottanta del Novecento, come questa impostazione presupponga esclusivamente la *spiegazione causale*, in termini di rapporti di causa-effetto necessari, oppure probabili, derivata dalle scienze fisiche e chimiche. Non è considerata la modalità di *spiegazione funzionale*, anch'essa propria delle scienze della natura in quanto interessate agli organismi viventi, benché di ogni organo e di ogni apparato funzionale siano studiate, appunto, le "funzioni" che essi assolvono per la vita e lo sviluppo dell'organismo. Di fatto, le discipline biomediche combinano la spiegazione funzionale e la spiegazione causale: ad esempio, soltanto la conoscenza del funzionamento dell'apparato uditivo permette di valutare, in termini causali, l'impatto e le conseguenze di un rumore, della sua entità, della sua durata.

E' inoltre totalmente ignorata la modalità di *spiegazione condizionale*, che è rivolta a mettere in luce nessi di causazione, non in riferimento a leggi o a uniformità empiriche come nei rapporti lineari di causa-effetto, bensì in base al confronto tra *condizioni* che possono dare origine all'evento da spiegare. L'identificazione di *possibilità oggettive* procede scartando ogni condizione che si riveli meramente accidentale nella dinamica dell'evento, per giungere a riconoscere la *condizione adeguata* al suo verificarsi.

Questo è il percorso più adatto alla ricerca di ciò che può attivare un rischio, qualsiasi rischio. Ad esempio, il rapporto tra vibrazioni provocate dall'utilizzo di una motosega e danni alla mano e al braccio, oppure il rapporto tra inalazione di fibre d'asbesto e danni ai polmoni, sono opportunamente indagati dalle discipline biomediche in termini di spiegazioni funzionali e di probabilità induttiva. Ma se si vuole risalire all'origine del rischio, alle scelte d'azione umana da cui dipende, l'interpretazione delle condizioni adeguate alla sua attivazione è non solo preferibile ma necessaria. E' fuor di dubbio, infatti, che tutto ciò che compone una situazione di lavoro, o di vita in generale - luoghi, ambienti, materiali, strumenti, modalità d'azione - è frutto di scelte. Su queste scelte deve vertere l'attività volta a *evitare i rischi*: la *prevenzione*.