CARTOGRAFIE SOCIALI
Rivista di sociologia e scienze umane
Anno VII, n. 14, 2022

Direzione scientifica
Lucio d'Alessandro e Antonello Petrillo

Direttore responsabile
Arturo Lando

Redazione
Elena Cennini, Anna D'Ascenzio, Fabrizio Greco

Staff di supporto alla Redazione
Giuseppina Della Sala, Federica Graziano, Luca Manunza, Andrea Postiglione

Staff di supporto alla Redazione per le attività di internazionalizzazione
Lucio Castracani, Laura Giovinazzi

Coordinamento redazionale
Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli)

Comitato di redazione
Manuel Anselmi (Unitelma Sapienza), Marco Armiero (KTH Royal Institute of Technology, Stockholm),Tugba Basaran (Kent University), Davide Caselli (Università Milano-Bicocca), Valentina Castellini (Università di Toronto), Alberto De Nicola (Alma Mater Studiorum Università di Bologna), Nick Dines (Robert Schuman Centre – European University Institute), Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Marcello Maneri (Università di Milano Bicocca), Alessandro Mazzola (University of Liège),Domenico Perrotta (Università di Bergamo),Valeria Piro (Università degli Studi di Milano), Ciro Pizzo (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Pietro Saitta (Università di Messina), Anna Simone (Università Roma Tre)

Comitato scientifico
Maurizio Bergamaschi (Alma Mater Studiorum Università di Bologna), Emiliano Bevilacqua (Università del Salento), Fabienne Brion (Université Catholique de Louvain-la-Neuve), Sandro Busso (Università degli Studi di Torino), Alessandro Dal Lago (già professore presso Università di Genova), Davide De Sanctis (Università degli Studi Federico II – Napoli), Vincent Dubois (Université de Strasbourg), Didier Fassin (Institute for Advanced Study School of Social Science, Princeton), Domenico Fruncillo (Università degli Studi di Salerno), Fernando Gil Villa (Universidad de Salamanca), Akhil Gupta (University of California), Michalis Lianos (Université de Rouen), Marco Martiniello (University of Liège), Giulio Moini (Sapienza Università di Roma), Carlotta Mozzana (Università Milano-Bicocca), Laurent Mucchielli (CNRS – Centre national de la recherche scientifique), Fabio Quassoli (Università di Milano Bicocca), Salvatore Palidda (già professore presso Università di Genova), Michel Peraldi (CADIS – Centre d'analyse et d'intervention sociologiques), Andrea Rea (Université libre de Bruxelles), Giuseppe Ricotta (Sapienza Università di Roma), Francesca Vianello (Università degli Studi di Padova)

"Cartografie sociali" is a peer reviewed journal

FLUSSI E COMUNITÀ: TRA RISCHIO AMBIENTALE E GOVERNO DELLA SALUTE PUBBLICA

A cura di Stefania Ferraro e Antonello Petrillo

MIMESIS

SUOR ORSOLA UNIVERSITY PRESS

Pubblicazione semestrale: abbonamento annuale (due numeri): € 45,00

Per gli ordini e gli abbonamenti rivolgersi a:
ordini@mimesisedizioni.it
L'acquisto avviene per bonifico intestato a:
MIM Edizioni Srl, Via Monfalcone 17/19
20099 – Sesto San Giovanni (MI)
Unicredit Banca – Milano
IBAN: IT 59 B 02008 01634 000101289368
BIC/SWIFT: UNCRITM1234

Cartografie sociali è una rivista promossa da URiT, Unità di Ricerca sulle Topografie sociali.

Direzione e Redazione della rivista hanno sede
presso l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa
Via Suor Orsola 10 – 80132 Napoli (Italy)
www.unisob.na.it
cartografiesociali@unisob.na.it
cartografiesociali.rivista@gmail.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
SUOR ORSOLA
BENINCASA
FACOLTÀ DI
SCIENZE
DELLA FORMAZIONE



MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)
www.mimesisedizioni.it
mimesis@mimesisedizioni.it

Isbn: 9788857599366
Issn: 2499-7641

© 2022 – MIM EDIZIONI SRL
Via Monfalcone, 17/19 – 20099
Sesto San Giovanni (MI)
Phone: +39 02 24861657 / 24416383

Registrazione Tribunale di Napoli n. 37 del 5 luglio 2012

INDICE

Editoriale
Una necessaria histoire du présent: la sociologia tra le popolazioni danneggiate nei territori devastati
di Stefania Ferraro, Antonello Petrillo 7

MAPPE

Prendere le comunità sul serio
La ricerca in campo ambientale "con" le comunità interessate
di Rosalba Altopiedi 17

Amministrazioni locali e linguaggio del rischio
Cornici discorsive e azioni nel risanamento di Messina
di Pietro Saitta 37

Mediterraneo, migrazioni e delegittimazione dei diritti umani
La considerazione dell'altro tra condizioni antropiche e contingenze "naturali"
di Michelangelo Pascali 57

ROTTE

Il medico competente: criticità di una professione scomoda
di Angela Bagnato 83

I discorsi dei medici competenti durante la pandemia di Covid-19: verso un professionalismo *connettivo*?
di Sara Calicchia 103

The fall of the asbestos branch
A Sociological Approach to Self-ban Strategy of Italian Railways: between Laws, Market Regulations and Judgments
di Anna D'Ascenzio, Stefania Ferraro 125

RILIEVI

La salute mentale che non c'è
Tra disuguaglianze territoriali e nuove politiche post-pandemia
di Daniele Pulino 151

Semis: cronaca di uno spettacolo sui semi e sulla biodiversità
di Giulia Bocciero 167

WUNDERKAMMER

La posta in gioco nel giornalismo d'inchiesta ambientale italiano: industrializzazione, cambiamento climatico, salute
Breve reportage in tre tappe
di Fabrizio Denunzio 185

I diritti delle vittime in costituzione
di Laura Vastano 195

Una lotta, contro la distrazione collettiva
di Antonio Olivieri, a cura di Maria Lombardi 213

Suenos compartidos
di Hebe Pastor de Bonafini, a cura di Maria Lombardi 219

TRAVELOGUES

Il volontariato oggi, tra workfare e dovere sociale
di Federica Graziano 227

La guerra di Piero
di Andrea Postiglione 231

Sara Calicchia*

I DISCORSI DEI MEDICI COMPETENTI DURANTE LA PANDEMIA DI COVID-19: VERSO UN PROFESSIONALISMO *CONNETTIVO*?

Abstract:
This article considers the impact of the COVID-19 pandemic on the occupational physicians professionalism. Semi-structured interviews were conducted with the aim of highlighting the rising of new form of professionalism during this period. The interpretative repertoires denote a new professional practices, more relationship-oriented, and the opening of new agency spaces. However, considering the agency as an effective control over the process that leads to a certain result, some limits remain latent with respect to active participation of the occupational physicians at the policies level.

Keywords:
Professionalism; Occupational Physicians; COVID-19.

1. *Introduzione*

L'interpretazione dei mutamenti avvenuti nella professione del medico competente durante la pandemia da COVID-19 attraverso la lente di alcuni recenti studi sul professionalismo[1] costituisce l'oggetto di questo contribuito. Si ritiene, infatti, che una chiave di lettura trasversale a più campi professionali possa alimentare il dibattito attorno ad alcune questioni aperte all'interno della medicina del lavoro, che la crisi pandemica ha contribuito ad amplificare: la sua collocazione rispetto alla medicina clinica

* Si ringraziano Bruno Papaleo per aver avuto l'intuizione di indagare il ruolo del medico competente in questo particolare frangente storico; Angela Bagnato e Mariarosaria Marchetti per il contributo attivo nella raccolta delle testimonianze.

1 La dicitura "professionalismo", seppur non molto in uso nella lingua italiana, è ormai entrata a far parte del patrimonio della sociologia delle professioni a partire dalla traduzione del termine anglosassone *professionalism*. Per un approfondimento sull'evoluzione del concetto consultare Bellini 2020.

e alle altre professioni emergenti nel campo della salute e sicurezza, i suoi margini di discrezionalità nello spazio produttivo dell'impresa, la sua funzione nella tutela della salute globale del lavoratore in ottica preventiva, le fonti del suo agire (Abbritti 2005; Calicchia 2019).

Il possesso di tre dimensioni chiave è ciò che contraddistingue le professioni dalle occupazioni: i professionisti fanno affidamento su conoscenze, standard e competenze (competenza) all'avanguardia; applicano in maniera discrezionale tali conoscenze ai singoli casi (autonomia); rispettano e aggiornano standard e codici (autorità; Noodergraaf 2021). Oggi questo assetto viene messo in crisi per effetto di due principali tendenze: da una parte la richiesta di specializzazione, tipica della società della conoscenza, porta alla valorizzazione delle conoscenze specialistiche e alla moltiplicazione delle istanze di riconoscimento di nuove professioni (Bellini 2020); dall'altra, dietro la spinta di una sempre maggiore richiesta di flessibilità, tutte le professioni, vecchie e nuove, agiscono in contesti socio-economici ad alta concorrenza, caratterizzati da un'enfasi sull'utenza, il controllo manageriale dei costi e la gestione delle prestazioni (Noordegraaf 2007).

Anche il medico competente, al pari di altre professioni liberali, si trova a operare in un contesto di profondo cambiamento del mondo della produzione e del mercato del lavoro. Una recente mappatura condotta dalla fondazione ADAPT ha rilevato 165 figure professionali che a vari livelli e con differenti ruoli e competenze sono occupati nell'ambito salute e sicurezza e rappresentate a loro volta da un vasto sistema di associazioni professionali. Oggi il medico competente si trova quindi a dialogare con figure di recente costituzione, come quella dell'igienista industriale e del manager HSE, regolamentate secondo la normazione tecnica UNI e con figure che svolgono questa attività in aggiunta alla loro principale occupazione e mansione, spesso senza un'eccessiva specializzazione, come per esempio il preposto e il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (Tiraboschi 2021). In maniera diversa rispetto ai colleghi medici che operano nei contesti ospedalieri che sono stati investiti dalle logiche del *New Public Management* (Spina 2021), anche nel campo della medicina del lavoro agiscono forze e pressioni esterne. In una precedente indagine sul ruolo del medico competente a seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo 81/08 abbiamo già messo in evidenza alcune di esse: l'aumento della componente prescrittiva del ruolo rispetto a quella discrezionale, derivato dal proliferare di norme tecniche e dal controllo esercitato dai Servizi di Prevenzione delle ASL; la dipendenza dal datore di lavoro e la logica del "visitificio", che presuppone l'erogazione di servizi standard in

poco tempo in un clima di concorrenza con altri colleghi e con le società di servizi (Calicchia 2019). Quest'ultimo aspetto in particolare sembrerebbe la traslazione efficientista di una dissonanza mai sanata, che il medico competente si porta dietro fin dalle sue origini di medico di fabbrica: pur operando in un regime privatistico alle dipendenze del datore di lavoro, egli ha l'obbligo morale ed etico di fare gli interessi del lavoratore e di occuparsi della sua salute. Ne deriva che, nei contesti meno sensibilizzati ai valori di salute e sicurezza, il rapporto di fiducia con il datore di lavoro e i lavoratori è minato alla base e il medico competente viene percepito come un obbligo di legge.

In che modo i professionisti possono dunque mantenere un ruolo informato, autonomo e autorevole in un contesto che li spinge fuori dai confini ristretti del proprio campo professionale (Noodergraaf 2021)?

Fermo restando che non è possibile ristabilire lo scenario delle professioni liberali e senza cedere alle logiche di controllo esterno, la svolta discorsiva degli studi sul professionalismo, a partire dagli studi sociologici di Evetts e più recentemente Noodergraaf, cerca di superare questa *empasse*, trasformando la professionalità in un concetto più relazionale (Bellini 2020). Evetts, recuperando la classificazione di McClelland tra professionalizzazione dall'alto e dall'interno[2], evidenzia una differenza sostanziale: nel primo caso la professionalità diventa un discorso ideologico e di controllo da parte di poteri esterni, al punto da diventare un meccanismo di autocontrollo che consente l'automotivazione e l'autosfruttamento; nel secondo caso è un discorso, costruito all'interno dei gruppi professionali, che incorpora in sé autorità e implica relazioni di fiducia tra utente e professionista (Evetts 2013). Sempre spostando l'attenzione sul piano relazionale – questa volta interprofessionale – Adler (2008) sostiene che, rispetto alle pressioni esterne di controllo, né i principi manageriali e di gerarchia, né il principio di mercato sono in grado di supportare la crescita della conoscenza, dimensione imprescindibile al riconoscimento di qualsiasi campo professionale.

Egli suggerisce, come via d'uscita, una forma collaborativa di professionalità, basata su una maggiore cooperazione tra diverse comunità professionali, che quindi non dovrebbero essere viste come interferenze, ma come fonti di apprendimento (Adler 2008). In un recente articolo Noodergraaf, portando a compimento la categoria di ibridità da lui stesso coniata (Noo-

2 Per professionalizzazione dall'alto si intende un processo che avviene per mezzo di forze esterne al gruppo, mentre la professionalizzazione dall'interno si verifica quando un gruppo ha saputo utilizzare il discorso professionale per costruire la propria identità occupazionale.

dergraaf 2008) e attraverso un nutrito supporto di fonti, si concentra ancora di più sull'idea di un professionalismo "connettivo" evidenziando come «oggi, invece di professionisti solisti che possiedono le tre dimensioni di conoscenza, autonomia e autorità, abbiamo bisogno di processi relazionali in cui queste tre dimensioni vengano mantenute» (Noodergraaf 2020, p. 215). Dal punto di vista dell'orientamento, i professionisti non dovrebbero dunque essere considerati né dipendenti, né indipendenti, ma interdipendenti dagli altri attori all'interno di vaste reti di relazioni. Di conseguenza il processo che genera l'azione comune conta più del contenuto tecnico: la conoscenza non è più propria del professionista, ma i casi sono trattati in sistemi di competenze distribuite. Fa eco a questo discorso il professionista riflessivo di Schön (1993) che, avanzando oltre l'expertise tecnica tradizionale, applica un controllo riflessivo sulle pratiche. In termini di agency, il professionista si ritrova quindi a guadagnare rispetto e autorevolezza attraverso le pratiche lavorative, l'esposizione mediatica e il saper affrontare dilemmi e incertezze.

Ed è proprio rispetto al saper affrontare i rischi e alla capacità di esporsi mediaticamente che il nuovo palcoscenico aperto dalla crisi pandemica fornisce uno scenario ideale all'interno del quale indagare le trasformazioni in atto nella professione. La figura del medico competente, in qualità di consulente sanitario, si è rivelata strategica sia rispetto all'impatto socio-sanitario di contrasto alla diffusione del contagio, sia rispetto al contenimento della spesa pubblica attraverso la riduzione complessiva del contenzioso e dei rimborsi per le infezioni contratte sul luogo di lavoro (Spagnolo 2021). Il medico competente è entrato con più vigore nell'agenda politica e mediatica. La sua azione si è esplicata in una dimensione tecnica di gestione del rischio attraverso l'attuazione di misure di protezione e in una dimensione clinica, legata al discorso della fragilità e del reinserimento nelle attività lavorative dopo il contagio. Questa nuova centralità ha aumentato notevolmente il carico di responsabilità e ne è derivato un differenziale di visibilità su più livelli, inter e intra professionale, come anche a livello di opinione pubblica.

Se si cerca la stringa/parola "medico competente" all'interno dell'archivio storico del quotidiano La Repubblica, dal 1991 a oggi, appaiono in totale 315 risultati, di cui 237 a partire dall'inizio della pandemia (febbraio 2020).

Se confrontiamo i risultati con l'ormai famoso collega virologo, che produce 1328 risultati nel periodo pandemico rispetto ai 560 del trentennio precedente, la crescita di articoli sulla figura del medico competente appare comunque rilevante[3].

3 La ricerca è stata effettuata all'interno dell'archivio del quotidiano La Repubblica nel mese di Ottobre 2022, semplicemente contando il numero di articoli

La nuova complessità relazionale derivata dalla maggiore visibilità e dalla centralità del ruolo durante la pandemia offre uno spaccato interessante da indagare proprio nell'ottica dell'emergere di nuove forme di professionalismo.

Tale cornice di senso appare ancora più importante se pensiamo che il medico competente è probabilmente l'unica figura sanitaria in Italia che ha per mandato istituzionale e normativo proprio la collaborazione con gli altri attori della salute e della sicurezza al fine della tutela della condizione sanitaria dei lavoratori.

2. *Indagine sul ruolo del medico competente durante la pandemia da COVID-19*

Durante il periodo che va da marzo a giugno 2021 sono state condotte 22 interviste semi-strutturate a un campione di medici competenti, liberi professioni e dipendenti, attraverso un campionamento a valanga.

Nel tentativo di rintracciare l'emergere di repertori interpretativi legati a nuove forme di professionalismo durante la pandemia di COVID-19, le interviste sono state analizzate tenendo conto di come la professione del medico competente si sia riconfigurata in senso "connettivo" rispetto a tre dimensioni chiave: conoscenze e competenze, autonomia e autorità (tabella 1).

L'intervista semi-strutturata è stata scelta perché permette di cogliere non solo informazioni fattuali ma, attraverso il libero spazio lasciato alla conversazione, anche le percezioni e i significati che gli intervistati attribuiscono alle proprie azioni (Corbetta 1999).

Essa risulta dunque efficace per indagare il processo di riconfigurazione della professione dei medici del lavoro durante la fase critica della pandemia.

Le interviste, condotte secondo il metodo della "focused conversation", sono state costruite in maniera tale che gli intervistati raccontassero il loro vissuto professionale durante la pandemia sotto diversi punti di vista: oggettivo (cosa è successo e come sono cambiate le routine professionali); riflessivo (il sentire rispetto a quanto vissuto); interpretativo (quali cambiamenti ha portato); decisionale (quali cambiamenti sono auspicabili per il futuro?).

---

in cui ricorreva la stringa "medico competente" almeno una volta. Il tema della rappresentazione mediatica del medico competente durante la pandemia meriterebbe un'analisi del contenuto più strutturata e di più ampio raggio, ma si ritiene comunque esemplificativo a dare rilievo della maggiore esposizione mediatica anche solo una crescita di occorrenze così netta.

Nell'ultima parte, ispirandosi all'approccio delle "capabilities" di Amartya Sen (1992), gli intervistati sono stati inoltre invitati a riflettere sugli obiettivi di valore della loro professione e sul differenziale di realizzazione degli stessi prima e dopo la pandemia.

Questo ha permesso di aprire uno spazio di valutazione rispetto alle nuove opportunità di contesto.

Dimensione	PROFESSIONALISMO PROTETTIVO	PROFESSIONALISMO CONNETTIVO
CONOSCENZA	Orientamento al caso	Orientamento a casi complessi in senso multidisciplinare
	Competenze tecniche	Competenze relazionali
	Standard chiari: la conoscenza risiede nel professionista	Competenze distribuite
AUTONOMIA	Decisioni prese dai professionisti	Importanza dei processi decisionali
	Indipendenza (senza interferenze)	Interdipendenza (prendere decisioni in condivisione con gli altri attori)
AUTORITÀ	Derivata dall'appartenza a un albo professionale	Derivata dai professionisti in relazione con gli stakeholders
	Autorità data	Autorità guadagnata attraverso le micropratiche quotidiane e attraverso la legittimazione mediatica

Tabella 1

3. *I risultati delle interviste*

Le interviste restituiscono complessivamente un nucleo molto forte di vissuti esperienziali comuni con repertori interpretativi diversi, soprattutto a seconda di variabili legate ai contesti organizzativi, territoriali e alla tipologia contrattuale del medico competente (dipendente o libero professionista). Tracce di differenziazione che meritano un ulteriore approfondimento in indagini future sono quelle legate ai fattori generazionali. Di seguito si tenterà di sintetizzare tale complessità in pochi, ma significativi tratti salienti. Le tre

dimensioni individuate permettono di ricostruire, seguendo un flusso logico e consequenziale, i mutamenti avvenuti a livello di contesto, come anche le strategie di fronteggiamento della crisi adottate dai professionisti.

3.1 *Un bagaglio di competenze arricchite*

Il ricorso alla metafora della carta da parte di diversi intervistati condensa un repertorio di immagini e vissuti che i medici competenti hanno provato sulla propria pelle, in seguito alla crescente normazione che ha interessato il settore della sicurezza sul lavoro a partire dagli anni Novanta. La carta rappresenta infatti un simbolo di svilimento della propria attività professionale a cui reagire attraverso una pratica professionale che recuperi la relazione, viva, con il paziente e fornisca un servizio affidabile e riconosciuto dal datore di lavoro e dalle altre figure della salute e sicurezza. Negli estratti (Es.) 1 e 2 la carta è posta in antitesi alla necessità di recuperare la dimensione sanitaria e un rapporto di fiducia medico-paziente.

> Es. 1: «Magari ci saranno dei momenti in cui la medicina del lavoro ti potrà apparire uno scatolone di carta, però se segui i lavoratori con attenzione nel tempo, non molli quelli […]».
>
> Es. 2: «Secondo me la svolta che dovrebbe avere la medicina del lavoro è che non solo la carta dovrebbe essere a posto, ma anche la parte medica».

Anche per evitare, come nell'estratto che segue, di cadere in una medicina difensiva che non punta alla sostanza.

> Es. 3: «Le relazioni con le altre figure ci sono, ma si sviluppano intorno ai temi su cui il medico è chiamato ad intervenire, soprattutto sugli aspetti burocratici, facciamo le riunioni periodiche, mandiamo i dati anonimi collettivi, burocrazie che poco hanno a che fare con la sostanza. Poi entriamo in questa dimensione difensiva: "il medico competente ha fatto…?","si, l'ha fatto", poi, che questo fare non corrisponda a nulla di effettivo, l'importante è che le carte siano a posto».

Ecco allora che la carta diventa anche la metafora di un servizio professionale che diventa sostituibile come la fornitura di un qualsiasi altro bene materiale.

> Es. 4: «Cioè il servizio del medico competente non può essere paragonato alla fornitura di risme di carta o materiali, per cui vai a cercare quello che costa di meno».

Anche durante la pandemia la norma ha costituito un incipit imprescindibile, una premessa al lavoro che il medico competente ha dovuto svolgere nelle aziende.

> Es. 5: «C'è stato intanto un riconoscimento che partiva dalla normativa vigente, tutti i decreti rimandavano al medico competente».

Tuttavia, il ristabilirsi di un'asimmetria informativa tra professionista e parti interessate e una maggiore percezione del rischio COVID-19 rispetto ad altri rischi tradizionali, ha permesso una nuova valorizzazione della professione a partire dall'area specifica di conoscenza (estratto 7) e a prescindere dall'obbligo di legge (estratto 8).

> Es. 7: «Il medico competente era l'unica figura, avendo studiato medicina, che poteva mediare fra le figure […]. Non ti potevi sottrarre a questo ruolo, è un rischio biologico trasversale, ma sempre di un virus si tratta, tu hai studiato medicina e la tua opinione veniva interpellata».

> Es. 8: «Mentre prima ci vedevano [gli altri attori sicurezza] come un obbligo e basta: "se non faccio la visita mi fanno il controllo e mi sanzionano" e quindi: "che rottura di scatole il medico competente, me lo devo sorbire per forza", adesso finalmente quando si sono trovati davanti un'emergenza sanitaria che li coinvolgeva in prima persona, perché sul posto di lavoro si ci è ammalati, finalmente il medico del lavoro è stato visto come il medico, colui che poteva fare la differenza se partecipava attivamente alla messa in pratica delle misure di sicurezza».

In uno scenario di indeterminatezza come quello causato dalla pandemia, l'asimmetria informativa non riguarda solo i destinatari del servizio, ma anche, come è avvenuto per le altre professioni sanitarie, i medici competenti stessi che, soprattutto in un primo momento, si sono trovati a dover gestire in tempi rapidi una mole di richieste non programmabili, attraverso protocolli incerti (Provenzano 2011). Soprattutto nella prima fase emergenziale, la routine legata alle visite mediche per le idoneità lavorative, viene sostituita da un lavoro continuo di aggiornamento e di fronteggiamento, anche emotivo, di richieste da parte dell'utenza. Nel racconto di un medico competente, dipendente di una grande struttura ospedaliera (estratto 8), lo stato di ansia è generato dal non sapere gestire le emozioni negative (rabbia, paura, preoccupazione) dei colleghi a fronte di un lavoro incessante di studio e approfondimento. Nell'estratto 9 lo sviluppo di nuove procedure sulla sorveglianza attiva si trasforma in un "incubo", mentre nell'estratto 10 diventa una "guerra alla baionetta".

Es. 8 «Materialmente non arrivavamo a smaltire il lavoro che c'era e soprattutto non riuscivamo a contenere la rabbia dei nostri colleghi. Perché erano impauriti, perché c'era un senso di frustrazione in loro, come anche in me, perché io facevo un'attività di cui non sapevo niente. Mi ricordo che la mattina quando arrivavo in treno qui non facevo altro che studiare, scaricare decreti, vedere cosa dovevo fare, linee guida, come comportarmi, questo ti crea sicuramente uno stato di ansia, soprattutto nelle prime fasi. Ed era difficile gestire l'utenza, è questa la difficoltà più grande, la rabbia e la preoccupazione, la paura dell'utenza (S2)».

Es. 9 «[Negli ospedali] c'era da sviluppare tutta la cosiddetta "attività di sorveglianza attiva" di queste persone che, invece di andare in quarantena, come andrebbe qualsiasi individuo che ha un contatto con un caso positivo, facevano una quarantena diversa che era una quarantena andando a lavorare. Questo è stato un incubo… Immaginare, doversi inventare un sistema per monitorare le persone – infermieri, operatori sanitari – di strutture sanitarie che continuamente avevano contatti con casi positivi (S11)».

Es. 10: «La normativa l'abbiamo dovuta calare su di noi, l'abbiamo dovuta rendere operativa, tutti; ripeto all'inizio la normativa sugli ospedali per i lavoratori era veramente una guerra, quindi alla baionetta […]. Questo è stato un evolversi, la normativa per quanto riguarda, in alcuni casi è cresciuta insieme con anche un po' di sicurezze scientifiche, attrezzature e quant'altro in altri casi, come oggi sui vaccini, per noi è una guerra. Non ha senso, non abbiamo un'indicazione scientifica vera».

I protocolli standardizzati e le linee guida non sono risultati sufficienti ad affrontare problematiche così complesse. La postura dei medici intervistati rispetto alle norme tecniche che si sono avvicendate rappresenta in questo senso un elemento di riflessione. Norme, regolamenti e linee guida emanati a vari livelli istituzionali (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute, Regioni ecc…) hanno ispessito ulteriormente il lato giuridico della professione, aggiungendo una mole di lavoro rilevante o addirittura percepita come indebita (estratto 6 e 7) e, non di rado, lasciando dei "campi oscuri" come nel caso della tutela dei lavoratori fragili (estratto 8).

Es. 6: «Noi medici del lavoro siamo un po' troppo giuristi. Noi dovremmo fare più i medici meno giuristi […] adesso [l'essere giuristi] si è acuito, perché con i vari Dpcm, poi Decreti legge, si è stratificata tanta di quella normativa».

Es. 7: «Ci sono state varie normative di non facile interpretazione pratica e alcune lacunose. Quindi non si sapeva bene chi doveva fare cosa, soprattutto la figura del medico competente è stata messa in mezzo in più occasioni e forse

anche in occasioni sbagliate o comunque gli è stata data un'importanza o dei compiti che poi non erano i suoi. Quindi un po' di confusione sulla figura del medico competente è emersa».

Es. 8: «I campi oscuri sono stati i lavoratori fragili perché c'è stato detto tutelate il lavoratore fragile, primo punto chi è il lavoratore fragile? Che cosa deve avere il lavoratore per essere considerato fragile? Perché all'inizio ci arrivavano richieste da chi aveva più di 55 anni, "quindi sono fragile"».

Sono state altre le risorse risolutive rispetto al quadro critico. La pandemia ha costretto i professionisti a mettersi in gioco sul piano delle competenze relazionali e adattive (estratti 9, 10 e 11), utili ad ampliare la comprensione del problema lavorativo (Noodergraf 2021) e a rispondere alle sfide imposte da una crisi che li ha letteralmente "sconvolti".

Es. 9: «Ho dovuto aggiungere un po' di competenze che sono venute un po' fuori dal nulla rispetto a quello che facevo fino a marzo 2020. È proprio la novità di quello che è successo che ci ha sconvolto sotto tutti i punti di vista».

Es. 10: «È come se tutti i medici del lavoro avessero fatto come dire un master di un anno e mezzo sulla gestione dell'emergenza pandemica nella propria azienda».

Es. 11: «Il dover affrontare un'emergenza con dei punti interrogativi che devono essere nel tempo affrontati e risolti, questo sul piano professionale è stato un momento di crescita […].Ti ritrovi a dover prendere delle decisioni diverse dalle solite, dove devi anche sviluppare una capacità organizzativa di sintesi, che magari in altri contesti non è stata necessaria».

L'assenza di linee guida e prassi consolidate ha spinto i medici, soprattutto liberi professionisti, a rompere l'isolamento professionale e a cercare nella creazione o nel rafforzamento di reti intra-professionali una risorsa alternativa (estratti 13, 14, 15).

Es. 13: «Il brutto del medico del lavoro che lavora come libero professionista è il fatto proprio di ritrovarsi, dopo la scuola di specializzazione, soli. Diciamo che sicuramente [i gruppi di confronto con colleghi], se vogliamo vederci un lato positivo, hanno avuto il vantaggio di unificarci probabilmente, metterci in contatto, in relazione su questioni che magari uno poteva avere male interpretato o consigli. Questo è stato il lato che si è un po' sviluppato in questo momento pandemico e che invece prima non c'era, assolutamente».

Es. 14: «Ho parecchi colleghi con cui siamo in stretto contatto, cosa che succedeva già prima della pandemia per la gestione normale del MC relativa

al decreto 81, ma che con la pandemia si è rafforzata […]. [Questo gruppo] è stato fondamentale, più forse della stessa normativa, delle ASL, dei decreti».

Es. 15: «Dover stare dietro ad ogni normativa (all'inizio cambiavano in continuazione) aver paura di non essere aggiornata, un aiuto enorme l'ho avuto anche dagli altri colleghi medici del lavoro perché avevamo le famose chat dove chiunque avesse una novità la metteva là. Quindi anche questo mi è servito tantissimo per rimanere sempre aggiornata».

A seconda dei contesti organizzativi, il nuovo assetto permette anche con più facilità di superare la collegialità tipica del professionalismo tradizionale (Vicarelli 2021), valorizzando il lavoro in team sia con altre specializzazioni mediche (estratto 16) che con gli altri attori della salute e sicurezza.

Es. 16: «[In ospedale] una serie di cose che ci ha permesso maggiore *compliance* con i nostri colleghi. Quindi è aumentato tantissimo il rapporto con tutte le specialità, sia medici che non, tutti coloro i quali gravitano attorno al nostro ospedale».

Es. 17: «Quando lavori in una struttura grande come quella dove lavoro io, non sei solo tu il medico competente, noi siamo una squadra, siamo 7 consulenti esterni e quindi hai modo di confrontarti, di vivere anche emotivamente, condividere il tuo stato emotivo con gli altri, cosa che se avessi continuato con l'attività che facevo prima sinceramente sarebbe stato anche limitante perché stare in un grande gruppo hai anche un confronto».

Es. 18: «La cosa più complicata per me è stata strutturare la banca perché sono 22.000 soggetti […]. Si è creato un sistema di sinergia a distanza con tutte le direzioni. Loro hanno delle direzioni territoriali, piuttosto che le direzioni operative, risorse umane, business. Tutto questo è, e continua ad essere, una sinergia quotidiana di scambi e di riunioni».

3.2 *Una rinnovata autonomia professionale…con limitazione*

La mediazione è uno degli aspetti più rilevanti che caratterizzano la professione del medico del lavoro soprattutto rispetto ad altre professioni sanitarie (estratto 19). Nelle situazioni più critiche, quando i due interessi vanno a collidere, questo aspetto influenza i margini di discrezionalità.

Es. 19: «Anche se la nostra è una figura particolare, siamo un medico che un lavoratore non sceglie, gli viene imposto e siamo un medico che sta un po' tra incudine e martello nel fare gli interessi del datore di lavoro e la salute del lavoratore. Siamo peculiari».

In un rapporto così delicato è tanto più importante ribadire, al di là dell'indipendenza dal datore di lavoro, la necessità di processi decisionali condivisi tra tutti gli attori, affinché si verifichino *le condizioni di supporto per promuovere azioni autonome* (Noodergraaf 2021). Quanto è avvenuto nella sfera delle competenze durante la pandemia si è riverberato anche sulla dimensione dell'autonomia: da un lato emerge l'immagine di un professionista *solista* che decide indipendentemente da tutti gli altri stakeholders in virtù di una rinnovata asimmetria informativa:

> Es. 18: «In alcuni casi è stato necessario dire "no, così non si può fare. Si fa così". Però ecco fortunatamente oltre alle grandi responsabilità, alle grandi preoccupazioni, c'era pure il fatto che tutto sommato, in un'azienda dove gli altri non sono medici, cioè è difficile che uno si mette a sindacare il parere di un medico su una questione… Certo ormai succede di tutto eh! Però in linea di massima se tu dicevi "si fa così, fatelo. Poi se non lo fate, andate contro il mio parere"».

> Es. 19: «Autonomia decisionale è stata nel 98%, cioè è brutto usare il termine sudditanza, però è stato questo».

Dall'altro si affianca quella di un professionista che prende decisioni concertate insieme ad altri stakeholders (estratti 20 e 21), poiché viene coinvolto nel merito dei processi aziendali (estratto 22). Lo spostamento degli assetti consolidati avvenuto durante la pandemia ha infatti dato l'opportunità ai medici competenti di agire, nei momenti di maggiore incertezza, al di fuori di linee guida e protocolli consolidati, spingendoli a relazionarsi con gli altri stakeholders per prendere decisioni comuni e raggiungere il comune obiettivo di arginare il contagio.

> Es. 20: «Abbiamo visto insieme, è stato un lavoro in cui non ho dovuto neanche suggerirlo, si sono attivati autonomamente un po' tutti quanti. E ovviamente il coinvolgimento è stato immediato da parte mia, ma proprio perché era nell'ordine delle cose. Non mi viene in mente un momento in cui qualcuno mi ha detto "ah dobbiamo fare questo!" o in cui l'ho dovuto dire io. È venuto automatico».

> Es. 21: «[Segnalazione fragili] la procedura all'inizio era un po' fumosa, ma poi almeno io ho adottato dei certificati con le aziende per cui le persone mi presentavano la documentazione di patologia ed io esprimevo un certificato di fragilità, fuori dalla cartella sanitaria. Inizialmente. Quindi fuori dal contesto medicina del lavoro. Poi dopo quando sono subentrati i vari protocolli dello stato delle Regioni, eccetera, allora abbiamo cambiato, ho cambiato ed ho iniziato a fare le fragilità attraverso il giudizio di idoneità quindi visita medica,

giudizio di idoneità, sul giudizio di idoneità la dicitura di fragilità. Parlo al plurale perché lavoro con un gruppo di altri medici, riuniti in un'associazione di professionisti. E quindi abbiamo adottato delle linee guida comuni che abbiamo deciso insieme».

Es. 22: «Quello che è cambiato è il coinvolgimento, veniamo più coinvolti negli iter decisionali, nella valutazione delle decisioni da prendere, nell'analisi delle nuove normative che si avvicendano, questa è la cosa che è cambiata molto».

La differente distribuzione della responsabilità tra le diverse figure è stata l'ago della bilancia e, lì dove sono venute a mancare, è prevalsa una sensazione di stanchezza e affaticamento derivata dal doversi fare carico delle decisioni.

Es. 23: «[I datori di lavoro] non c'è niente da fare, sono molto più attenti. Hanno molta più paura, paura di rimanere bloccati con le attività lavorative, paura di sbagliare, hanno paura della responsabilità che hanno […]. Gli RSPP proprio sono diventati nulli […]. Nessuno si vuole e si è voluto prendere la responsabilità delle azioni per il COVID, tranne che farle ricadere sul medico competente».

Es. 24 «[I rapporti con la linea datoriale] non sono mai stati molto buoni perché… È un'azienda grossa ed è un po' piramidale. Questa distanza è pesata di più perché comunque essendo un momento difficile dove era necessario prendere decisioni, decidere su e ognuno invece si rimbalzava la palla».

Tale sensazione si condensa in alcuni casi in metafore belliche:

Es. 24: «Quando sei sul campo, poi noi siamo soli disarmati davanti ad un altro esercito che ci fa richieste, se sbagli, sbagli tu e non sbaglia nessun'altro».

Es. 25: «Quando ti chiami fra colleghi diciamo che la manfrina è sempre la stessa, le doglianze, ci diciamo tutti le stesse cose, che siamo soli, che stiamo combattendo una battaglia da soli, che ci vengono imposte dall'alto delle cose che dobbiamo fare per forza. Aspettano te per aprire quella linea di produzione, aspettano te per andare avanti, per rassicurare i lavoratori».

Il discorso legato alla "mediazione", all'"equilibrismo" ritorna con più spessore nella seconda ondata della pandemia, soprattutto in quei casi particolari in cui il quadro normativo e scientifico non chiarisce e il medico si trova a mediare tra gli interessi del datore di lavoro e la salute del lavoratore:

Es. 26: «Parlo da libero professionista: il fatto che noi abbiamo scommesso, abbiamo fatto delle previsioni al buio, come libero professionista ti prendono e ti mettono alla porta o se hai gestito male i fragili o hai messo troppe persone a casa».

> Es. 27: «La distinzione degli ambienti lavorativi, se tu dici ad un datore di lavoro che utilizzando la FFP2 proteggerà meglio i suoi lavoratori, ma lui per risparmiare dice che va bene anche l'altra, ti viene un sentimento di tristezza, ti vai a scontrare su quello che abbiamo detto in preambolo. L'azienda deve essere dotata di un servizio di prevenzione adeguato con cui il medico deve collaborare (S13)».

Altro aspetto rilevante ai fini dei processi decisionali è il rapporto con i servizi di prevenzione. In Italia le ASL sono dotate di Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) che hanno il compito di garantire la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, da una parte attraverso le attività di vigilanza e controllo, dall'altra attivandosi sul territorio per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. In un'indagine nazionale INAIL del 2014 emerge che la prevalente attività svolta da questi servizi è quella di vigilanza (33,4%), all'interno della quale ricade tra l'altro il controllo delle mansioni svolte dal medico competente nell'adempimento dei compiti previsti dalla legge. Se questo ruolo da controllore è quello che viene percepito comunemente dai medici competenti, durante la pandemia si è assistito ad un livellamento di ruoli dovuto alla condivisione di dubbi e perplessità rispetto alla complessità del quadro operativo (estratto 28), tanto che nell'estratto 29 l'intervistato fa riferimento al "rapporto passato".

> Es. 28: «I miei dubbi erano anche i loro e nascevano da un vuoto legislativo».

> Es. 29: «A volte il rapporto con le ASL in passato ha dato un po'… A noi medici del lavoro, ti sei laureato, hai fatto la scuola di specializzazione, lavori, eccetera eccetera, ed è giusta l'attività di controllo e anche le sanzioni che ovviamente sono necessarie, solo che almeno nel mio caso, vivo un po' male il fatto che a volte ti senti, pochissime volte per fortuna, non è che ho avuto grossi problemi con le ASL, come il bambino delle elementari che viene chiamato dalla maestra per capire se hai fatto bene il compito in classe».

Rispetto a questo frame comune, emergono tuttavia due repertori diversi e disomogenei a livello territoriale: in alcuni casi ritorna l'idea del professionista solista che prende su di sé la responsabilità delle decisioni (estratto 30 e 31), anche oltre il dovuto.

> Es. 30: «Allora dalle ASL, devo essere sincero, non lo voglio fare come critica perché ho capito che probabilmente erano oberati di lavoro, ma non ho avuto la possibilità di interagire… Insomma ecco devo essere sincero. All'inizio sul tracciamento… Proprio l'inizio… Ma erano completamente oberati di lavoro… Quindi ci siamo adoperati in autonomia a tracciare e basta (S12)».

Es. 31: «Io il sisp l'ho contatto poco, quello mi ha dato una maggiore libertà di azione, secondo me è stato meglio, perché i sisp si sono intasati».

In altri casi invece si registra una presa in carico delle situazioni e un processo decisionale comune in un clima di supporto reciproco:

Es. 32: «La collaborazione con le ASL è ottima. Noi all'inizio abbiamo istituito un rapporto di efficienza, poi è diventato efficacia e poi è diventato anche confidenziale, di amicizia, perché il direttore del dipartimento di medicina, con i suoi colleghi, consideriamo che siamo partiti in quattro in ambedue le strutture, ora il contact tracing ha nuovi ragazzi giovani che lavorano in questa struttura e quindi si è creato un rapporto diretto tra noi più anziani e di fiducia reciproca e di serietà. Questo ha fatto scattare la molla, l'impegno reciproco di aiutarci a vicenda, non nego il coinvolgimento dei medici di famiglia».

Mentre la presa in carico di alcune responsabilità al posto delle ASL è stata vista come un contributo alla salute pubblica, la difficoltà di dialogo con i medici curanti ha generato, con le dovute eccezioni (estratto 33), uno scontro tra professionisti con ingerenze e sostituzioni percepite come non dovute. Il discorso si costruisce in questo caso attorno a una netta polarizzazione noi/loro (Van Dijk 2006), come nell'estratto 34.

Es. 33: «[I medici curanti] molti mi hanno dato un aiuto enorme soprattutto per far rientrare il lavoratore al lavoro, altri non erano aggiornati in tempo reale».

Es. 34: «Perché loro [i medici curanti] andavano ad applicare delle direttive che invece a noi non venivano, era come se seguissero delle linee guida diverse da quelle che invece erano state dette di seguire a noi quindi avevamo un pochino di difficoltà. Specialmente nei lavoratori fragili perché in alcuni casi è successo che alcuni medici curanti non sapevano poi come fargli proseguire la malattia, poi alla fine per fortuna anche il governo un po' si è espresso meglio».

3.3 *Un medico autorevole*

La maggior parte degli intervistati percepisce una maggiore visibilità, anche a livello di opinione pubblica. Il ricorso a metafore cinematografiche quali "siamo stati messi sotto i riflettori" o "ci si sono accese le luci della ribalta a cui noi non eravamo abituati" sono emblematiche di questa nuova evidenza. Il cambiamento di ruolo è stato percepito soprattutto rispetto alla rottura di assetti consolidati (estratto 37) da cui deriva una rivalutazione complessiva della medicina del lavoro e della figura del medico competente (estratti 38 e 39).

Es. 37: «Abbiamo anche avuto un ruolo che ci ha fatto un pochino emergere dal quotidiano, dall'ordinario».

Es. 38: «Il ruolo del medico competente paradossalmente in questa emergenza è stato rivalutato perché tutti finalmente si sono resi conto dell'importanza del medico competente, della medicina del lavoro nelle varie aziende, nella sorveglianza sanitaria. Fino ad un anno fa difficile che se dicevi ad una persona il medico competente… Ma che è questo medico competente? Ora lo trovi scritto ovunque e rimandano sempre o al medico curante o al medico competente».

Es. 39: «La mia figura è diventata predominante […]. C'è stato un ritorno di considerazione, io dico positiva, perché il medico del lavoro ha avuto un bel carico di lavoro lavorando intensamente e facendo le ore piccole è stato aumentato il discorso delle responsabilità».

La nuova autorevolezza viene costruita attraverso la percezione di una maggiore realizzazione di alcuni obiettivi di valore espressi dagli intervistati. Intanto la maggior parte di loro riporta il fatto di essere stati presenti nei momenti giusti accanto ad altre figure. Negli estratti 39 e 40 i due intervistati esplicitano questa maggiore presenza attraverso uno stilema narrativo costruito su un vero e proprio confine prima/dopo che segna il passaggio a nuove e più complesse responsabilità condivise con altre figure professionali.

Es. 39: «Un po' per la mia indole, per il mio carattere mi sono fatto avanti col mio responsabile chiedendo di gestire questa parte del COVID. Quindi mi sono distaccato dalla sorveglianza sanitaria proprio con lavoratori completamente differenti e sono andato, io e la mia caposala, a gestire l'ambulatorio COVID per i dipendenti».

Es. 40: «Non ho mai fatto reperibilità finora, seppur sono anni che faccio il medico del lavoro, in tutto sono ventotto anni che lavoro, non avevo mai fatto una notte in vita mia. [Quella notte] tutti eravamo presenti al pronto soccorso dove abbiamo gestito l'emergenza. Questo ci ha fatto, ecco come in altri reparti dove c'è l'emergenza, poi si instaura anche un rapporto confidenziale con i soggetti».

Un altro repertorio ricorrente è l'aver realizzato l'obiettivo della prevenzione primaria. I medici competenti si sono trovati a partecipare attivamente al contenimento del contagio nella popolazione generale, contribuendo in alcuni casi anche alle attività di tracciamento, entrando nel merito dei rientri al lavoro dopo malattia, all'attribuzione della categoria di fragilità. La sensazione di utilità è strettamente connessa alla maggiore soddisfazione lavorativa.

> Es. 41: «Mi sento soddisfatto di essere stato molto utile per contrastare l'epidemia. Mi sono sentito molto più utile rispetto al solito».

> Es. 42: «Secondo me è stata veramente un'ottima opportunità questa, per poter cercare di attuare meglio, strutturare soprattutto, la medicina del lavoro, non intesa come il visitifico – cioè le attività del medico competente non è la visita di idoneità alla mansione – ma l'attività di medico competente è quella attività di prevenzione, quella che le dicevo all'inizio».

La sensazione di maggiore riconoscimento passa anche per un rapporto più empatico e confidenziale con i lavoratori. In questo caso il ribaltamento avviene anche per effetto della natura del rischio COVID-19 e per il restaurarsi di un'asimmetria informativa medico-paziente incentrata sugli aspetti clinici, più che sull'obbligo di legge.

> Es. 43: «Aver percepito la soddisfazione di persone che ti chiamavano, magari nelle ore più disparate, perché avevano un dubbio, perché erano logorate dal fatto che potessero avere un sintomo correlato… Questo mi ha appagato molto, essendo ormai un COVID manager».

> Es. 44: «Parlando con i dipendenti sei gratificata perché ti senti un po' il loro punto di riferimento anche perché i medici di base erano un po' latitanti oberati di lavoro […]. La consulenza fatta ai lavoratori è stata quella più gratificante».

Infine, ma non meno importante, la sensazione di aver fatto un passo avanti nel ruolo di consulente aziendale, aspetto fondamentale al fine di entrare nel merito dei processi aziendali.

> Es. 45: «Spero che magari continuino a considerarci un po' più come loro consulenti, piuttosto che come il medico che viene una volta l'anno a fare le visite. Che poi doveva essere così anche prima, non solo con il COVID" (S8).

Se la costruzione di nuovi spazi di agency avviene soprattutto all'interno delle organizzazioni, la stessa percezione non è avvertita sul piano istituzionale. A questo livello i medici intervistati sentono di non avere un'adeguata rappresentanza e questo si riflette sulla percezione di aver subito le politiche e di non avere avuto la possibilità di incidere sulle misure di emergenza prese dal Governo.

> Es. 46: «Siamo stati la risorsa per la quale le aziende hanno continuato a lavorare […], però ci siamo parcellizzati, non c'è stato un fronte comune. Anche le nostre due società più grandi che ci rappresentano, ANMA e SIMLII

non hanno detto "questa è una guerra uniamo tutte le forze", pure loro hanno dovuto sottolineare la loro diversità che non è stato bello. Non abbiamo avuto una figura di riferimento che ci ha rappresentato a livello nazionale».

Es. 47: «[…] si sarebbe potuto lavorare meglio se anche dietro ai medici competenti, anche le stesse società alle quali apparteniamo, si fossero fatte sentire con un po' più di… Cioè a me è sembrato che a livello centrale, quindi a livello di governo, a livello di chi ha scritto i Dpcm, non ci sia stato il coinvolgimento di una figura come quella del medico competente, che poi si è rivelata fondamentale nell'attuazione delle misure nei luoghi di lavoro. Cioè gli andava chiesta qualcosa in più; sembra che alcune cose siano state decise da chi non sa cosa poi succede effettivamente nelle aziende».

4. *Conclusioni*

Una riflessione su quanto accaduto durante questo periodo non può esimersi dal considerare l'eccezionalità del convergere di interessi, da parte di soggetti diversi, verso un unico obiettivo di valore: contrastare la diffusione del contagio. La guerra di trincea delle malattie croniche e professionali, con tempi lunghi di latenza, diventa battaglia campale, con conseguente necessità di ridurre i tempi di azione al fine di evitare il manifestarsi della malattia e i danni economici che ne conseguono. Rispetto a questo macro obiettivo, i luoghi di lavoro si sono rivelati in tutta la loro evidenza un determinante fondamentale di salute. Un mancato intervento a questo livello genera infatti danni immediati e evidenti, trascendendo i confini dell'organizzazione e andando a toccare il tessuto sociale più ampio. Le stime riportano che, nonostante le misure stringenti adottate, la maggior parte dei casi del primo focolaio e almeno il 20% dei casi successivi possono essere dovuti all'esposizione professionale (Mutti 2020).

L'indagine conferma il ruolo di primo piano assunto dai medici competenti nell'adozione di misure per il contenimento del contagio e per la tutela della salute dei lavoratori, configurando la pandemia come contesto abilitante per la professione. In particolare essa ha attivato processi che, secondo la prospettiva del professionalismo connettivo, portano alla messa in sicurezza di processi relazionali in cui si genera un'azione comune (Noodergraaf 2021). È emerso un diverso approccio professionale orientato all'interdipendenza dei processi decisionali più che centrato sul professionista. D'altra parte, durante l'emergenza, le pratiche e i protocolli di azione dal basso, attraverso l'attivazione di reti intra e interprofessionali, si sono rivelati come la risposta più efficace a fronteggiare problemi nuovi e a tamponare le falle di un sistema basato sull'applica-

zione di protocolli standardizzati, che non ha saputo rispondere alla complessità delle sfide imposte dall'indeterminatezza e continua mutevolezza del rischio COVID. Questo ha permesso di infrangere l'isolamento che caratterizzava l'agire dei medici competenti, soprattutto liberi professionisti, e di costituirsi in comunità di pratica recuperando un controllo "interno" della professione rispetto alle norme eterodirette, nonché di aprirsi alla collaborazione con le altre figure della salute e sicurezza in un'ottica multidisciplinare.

Per i professionisti che hanno saputo cogliere le emergenti opportunità, la pandemia ha dunque favorito l'apertura di inediti spazi di agency rispetto alla realizzazione di obiettivi di valore per la medicina del lavoro. Di fronte allo sfaldarsi di una Sanità basata su un modello di assistenza incentrata sulla cura ospedaliera e sullo smantellamento dei servizi territoriali (Mutti 2020), i medici intervistati rivendicano, come prerogativa della loro azione durante la pandemia, un modello basato sulla prevenzione primaria. Modello di azione che, in tempi di crisi pandemica, viene sostenuto appieno dai datori di lavoro e dagli altri attori della sicurezza, anche al fine di mantenere attiva la catena produttiva ed evitare danni economici rilevanti.

A emergere dai discorsi degli intervistati è, infine, l'opportunità di attivare una medicina del lavoro incentrata sul lavoratore che, in balia di un nuovo rischio, assuma le sembianze di un paziente che necessita di cure e attenzione a livello clinico, come anche di ascolto empatico.

Tuttavia, se interpretiamo l'agency non solo come opportunità di raggiungere e ottenere risultati che hanno valore e significato per sé e per gli altri, ma anche come capacità di controllo effettivo sul processo che porta a quel determinato risultato[4] (Sen, 1992; Keleher 2014), dai discorsi degli intervistati emergono alcuni limiti legati alla partecipazione attiva nei processi. Tra le criticità rilevate, la percezione di una scarsa rappresentanza della categoria a livello istituzionale, da cui deriva una sensazione di subalternità alle norme governative; in secondo luogo, una conquista di spazi di discrezionalità rispetto al controllo esercitato dai servizi di prevenzione delle ASL che, in alcuni casi, sembra derivare più dalla mancata tenuta degli stessi nelle fasi acute della pandemia che da una deliberata scelta a livello di *policies*; in terzo luogo, all'interno di alcuni contesti organizzativi, l'attribuzione al medico competente di re-

4 Amartya Sen distingue tra *Realized Agency Success (RAS)* e *Instrumental Agency Success (IAS)*. Il primo si riferisce alla realizzazione di un obiettivo di valore a prescindere dal ruolo giocato dalla persona; il secondo si ottiene solo quando un individuo gioca un ruolo attivo nella realizzazione dei suoi obiettivi.

sponsabilità che dovrebbero essere maggiormente condivise tra tutti gli attori della prevenzione; infine, la difficoltà di agire in sinergia con i medici curanti rispetto a temi delicati per la tutela della salute dei lavoratori, quali la fragilità e i rientri lavorativi.

Alla luce di queste considerazioni è quindi lecito domandarsi quanto l'attivismo dei medici competenti durante la pandemia sia esito di una presa in carico professionale piena, oppure di un *problem solving* contingente attivato per sopperire in emergenza alle lacune del sistema sanitario e del sistema di prevenzione aziendale. Non a caso alcuni campanelli di allarme ritornano già nella seconda ondata pandemica: soprattutto nei casi di fragilità o in quelli dei rientri post-COVID, riconducibili per alcuni versi ai dilemmi che sono propri delle idoneità lavorative (Calicchia 2019). Sullo sfondo di una crisi economica sistemica, che divide sempre di più i lavoratori precari da quelli che hanno ancora diritto di tutela, il medico competente si trova, come un equilibrista, su un filo sottile che oscilla tra gli interessi dell'azienda e quelli del lavoratore. La pandemia, soprattutto nella sua eccezione di sindemia (Horton 2020), ha acuito ancora di più le differenze sociali rispetto alla diffusione della malattia e il medico competente si trova ad effettuare scelte delicate, a volte in opposizione con l'altra interfaccia sanitaria del lavoratore, il medico curante.

In conclusione, accogliendo l'idea della pandemia come *fatto sociale totale e soggetto imprevisto* (Simone 2021), gli scenari aperti dalla crisi hanno da una parte fatto emergere una nuova forma di professionalismo in grado di rispondere a sfide anche complesse; dall'altra hanno rappresentato una cartina di tornasole di nodi critici mai sanati (si veda anche Bagnato in questo volume), dai quali deriva la difficoltà della categoria di agire nel sistema di prevenzione aziendale e di porsi come attore chiave delle politiche sanitarie che impattano sulla salute del lavoratore.

Riferimenti bibliografici

Abbritti G., Apostoli P., Iavicoli S., 2005, *Needs, education and accreditation in occupational medicine in Italy*, in «Int Arch Occup Environ Health», n. 78, pp. 75-78.

Adler P. S., Kwon S.W., Heckscher C., 2008, *Professional Work: The Emergence of Collaborative Community*, in «Organization Science», n. 19, pp. 359-376; http://www.jstor.org/stable/25146184.

Bellini A., 2020, *Sul concetto di professionalismo: il contributo della sociologia allo studio delle professioni*, in «Professionalità studi», n. 4, pp. 1-15.

Calicchia S., Cangiano G., Scolamiero G., Capanna S., Papaleo B., 2019, *Emerging problems and novel skills: a qualitative analysis on the role of occupational physicians*, in «La Medicina del lavoro», n. 110. pp. 215-225.

Corbetta P., 1999, *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna, il Mulino.

Evetts J., 2013, *Professionalism: Value and ideology Julia Evetts*, in «Current Sociology», n. 61, pp. 778-796.

Horton R., 2020, *COVID-19 is not a pandemic*, in «the lancet», n. 396; al link https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-67362032000-6/fulltext

Keleher L., 2014, *Sen and Nussbaum: agency adcapability expansion*, in «Éthique et économique», n. 11; al link: https://scholar.google.com.cu/citations?user=LysD8gUAAAAJ&hl=es

Noordegraaf M., 2007, *From "Pure" to "Hybrid" Professionalism: Present-day Professionalism in Ambiguous Public Domain*, in «Administration and Society», n. 39, pp. 761-785.

Noordegraaf M., 2020, *Protective or connective professionalism? How connected professionals can (still) act as autonomous and authoritative experts*, in «Journal of Professions and Organization», n. 7, pp. 205-223.

Mutti A., 2020, *Occupational Medicine in the time of COVID-19*, in «La medicina del lavoro», n. 111, pp. 83-86.

Provenzano V., 2021, *Covid-19, documento SIAARTI e gerarchie di cura: cambiamenti e comportamenti sanitari in Italia*, in «EyesReg», n. 2; al link: https://www.eyesreg.it/2021/covid-19-documento-siaarti-e-gerarchie-di-cura-cambiamenti-e-comportamenti-sanitari-in-italia.

Sen A., 1992, *Inequality Re-examined*, Oxford, Clarendon Press.

Simone A., 2021, *La pandemia come fatto sociale totale e soggetto imprevisto*, in Petrillo A. (a cura di), «*Il fatto sociale totale. Voci dalla pandemia tra capitale e vita*, numero monografico di Cartografie sociali», n. 10-11, pp. 103-113.

Schön D. A., 1993, *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Bari, Dedalo edizioni.

Spina E., Vicarelli G., 2021, *Verso un nuovo professionalismo medico*, in Vicarelli G, Pipan T. (a cura di), *La sociologia e la sfida della formazione manageriale in sanità*, in «Salute e società», Milano, Franco Angeli.

Tiraboschi, M. (a cura di), 2021, *Bilancio e prospettive di una ricerca*, volume 1, in Manzella P., Tiraboschi M. (a cura di), *Il Sistema prevenzionistico e le tutele assicurative alla prova della IV Rivoluzione*, in «ADAPT University Press»; al link: https://salus.adapt.it/bric-pubblicazioni/.

Van Dijk T., 2006, *Ideology and discourse analysis*, in «Journal of Political Ideologies», n. 11, pp. 115-140.

Vimercati L., Caputi A., Benevento M., De Maria L., Ferorelli D., Solarino B, 2021, *Role and Tasks of the Occupational Physician during the COVID-19 Pandemic*, in «Medicina» (Kaunas), n. 57; al link: https://doi.org/10.3390/medicina57050479.