

# La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori immigrati: un'esperienza d'integrazione delle competenze

*Scarcella C\* – Direttore Generale, Benedetti L\* - Medico del lavoro PSAL, Comincini F\* – Pedagogista, El Hamad I\* – Infettivologo, Provasi M\*\* - Antropologa, Sottini D\*- Medico del Lavoro PSAL*

*\*Azienda Sanitaria Locale di Brescia*

*\*\*Libero Professionista*

## **Sommario**

L'ASL di Brescia, vista l'importanza del fenomeno migratorio sul territorio e l'impatto sul mercato del lavoro, ha approfondito l'influenza delle differenze socio-culturali nella percezione del rischio. Propone quindi un modello pluridimensionale che, prendendo in considerazione sia l'ambito personale e sociale che lavorativo, stima il livello di vulnerabilità del singolo e del gruppo di lavoratori immigrati dell'azienda, consentendo ai medici competenti e ai datori di lavoro di identificare le misure necessarie ai fini della protezione e promozione della salute. Il modello attribuisce un punteggio in base alla rilevanza emersa dalla letteratura o sulla base di una oggettiva valutazione di svantaggio in grado di ripercuotersi negativamente sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ed è il risultato del contributo di esperti con competenze professionali provenienti dall'ambito sanitario e dalle discipline sociali.

**Parole chiave:** lavoratori immigrati; valutazione del rischio; percezione del rischio; multiculturalismo, approccio multidisciplinare

**Key words:** migrant workers; risk assessment; risk perception; multiculturalism, multidisciplinary approach

## **Introduzione**

I dati più recenti relativi all'1.1.2008 stimano che i cittadini stranieri residenti in Italia siano 3,4 milioni, per la maggior parte concentrati nelle regioni del Nord; la Lombardia è la regione con il maggior numero di immigrati. Le piccole imprese sono protagoniste delle assunzioni di tre quarti dei lavoratori stranieri e ciò per la peculiare conformazione del nostro sistema produttivo.

In questo contesto, caratterizzato da un trend decisamente crescente dei lavoratori immigrati, trova in parte giustificazione il costante aumento degli infortuni occorsi a loro carico. E' noto che tra le cause determinanti del diverso andamento infortunistico tra lavoratori autoctoni e migranti vi sono lavori più rischiosi e un'inadeguata formazione professionale, che si associano a condizioni di vita spesso precarie e disagiate. Sulla base di queste considerazioni, appare prioritaria la questione della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori migranti, anche in rapporto alla molteplicità e all'entità dei fattori di rischio cui possono essere esposti in ambito lavorativo.

La necessità di tenere in opportuna considerazione la maggiore "vulnerabilità" dei lavoratori immigrati viene sottolineata anche dal D.Lgs 81/08, nel quale è previsto l'obbligo per i datori di lavoro di garantire la salvaguardia dei propri lavoratori e valutare i rischi a cui gli stessi sono esposti, con particolare riguardo "... alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati".

Con questa presentazione l'ASL di Brescia, grazie alla collaborazione tra il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, il Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale (attivo nell'assistenza sanitaria agli stranieri dal 1990), e l'Osservatorio utenza straniera (realizzato nel 2008), intende illustrare le dimensioni e le caratteristiche del fenomeno migratorio, con particolare riferimento al contesto regionale e locale, delineare l'identikit sanitario del migrante sul suo territorio e descrivere l'entità e la tipologia dei fattori di rischio per la salute e sicurezza del lavoratore migrante. In modo particolare verrà sottolineata l'influenza delle differenze

socio-culturali nella percezione del rischio lavorativo e sarà proposto, attraverso l'implementazione di un approccio multidisciplinare con la partecipazione di diverse figure professionali, un modello pluridimensionale di valutazione del rischio aggiuntivo derivante dalla condizione di immigrato rispetto ai lavoratori autoctoni. La possibilità di attribuire punteggi diversificati a specifici elementi correlati al rischio, può consentire al medico competente di assegnare uno "score" di valutazione ritagliato sulla peculiarità del lavoratore e più corrispondente alla specifica realtà lavorativa. Tale modello "a punteggio", basato sull'integrazione di diverse competenze specialistiche, darà la possibilità al datore di lavoro di identificare ed assumere specifici provvedimenti preventivi e monitorare l'efficacia nel tempo.

### **Dimensione del fenomeno migratorio e mondo del lavoro**

I dati ISTAT più recenti (1.1.2008) stimano 3,4 milioni gli stranieri residenti, con il 62,5% nel Nord, il 25,0% nel Centro e il 12,5% nel Mezzogiorno, con un impatto sul mercato del lavoro dalle dimensioni sempre più considerevoli. Dal rapporto annuale INAIL (1) emerge che, nel corso del 2008, l'occupazione regolare straniera in Italia ha superato quota 3.266.000, facendo registrare una crescita rispetto all'anno precedente di oltre il 6%. Il 92% degli assicurati stranieri ha un contratto di lavoro dipendente e di questi il 4% è assunto come interinale; i restanti si dividono tra artigiani (5%) e parasubordinati (3%).

La Lombardia rappresenta da questo punto di vista un polo attrattivo importante; circa un quarto degli stranieri residenti si trova in questa regione (ISTAT). La provincia di Brescia si colloca, in valori assoluti, al secondo posto dopo Milano, con circa 140.000 stranieri, e al primo posto tra le province lombarde in termini di densità migratoria (134,5/1000 abitanti) (2). A Brescia secondo il Dossier Statistico 2008 Caritas/Migrantes, 1 lavoratore ogni 5 occupati è nato all'estero.

Nel trend decisamente crescente dei lavoratori stranieri trova in parte giustificazione il costante aumento degli infortuni occorsi agli immigrati. A fronte di un aumento degli assicurati INAIL del 6% circa, nello stesso periodo l'incremento degli infortuni è stato dell'ordine del 2%; nel 2008 le denunce sono state oltre 143mila e di queste 176 mortali. L'incidenza infortunistica, espressa dal rapporto tra infortuni denunciati e lavoratori assicurati, risulta più elevata per gli stranieri rispetto a quella dei colleghi italiani: 44 casi denunciati ogni 1000 occupati contro i 39 dei soli italiani; che in termini relativi si traduce in una differenza del 13% in più per gli immigrati. Se si tiene conto della durata dei contratti e si riportano le teste assicurate ai lavoratori/anno, il divario tra i due gruppi sale al 25% circa. L'andamento osservato a livello nazionale è ancora più evidente a livello locale, con una crescita costante degli infortuni denunciati per i lavoratori stranieri a fronte di una progressiva riduzione per i lavoratori italiani. (tabella 1 e grafico).

Anche per le malattie professionali dei lavoratori stranieri, nell'ultimo quinquennio si è registrato un costante incremento, passando da 1.220 nel 2004 a 1.814 del 2008, con una crescita del 48,7%. Tale aumento è essenzialmente dovuto alle malattie denunciate nell'Industria e Servizi (97% delle denunce) e principalmente riguardano ipoacusie, malattie cutanee e malattie dell'apparato muscolo-scheletrico.

La spiegazione del fenomeno descritto va ricercata nei settori di lavoro e nel tipo di attività svolte dai lavoratori immigrati: settori a più elevata rischiosità, nei quali prevale l'attività manuale (edilizia, industria pesante, agricoltura), disponibilità a svolgere turni di lavoro più lunghi spesso accompagnati da stanchezza, formazione professionale non sempre adeguata. Le regioni a maggior densità occupazionale sono anche quelle nelle quali si registra il maggior numero di denunce di infortunio e di malattia professionale a carico di lavoratori stranieri. Si evidenzia che nel 2008 in Lombardia è accaduto un infortunio su 5 denunciati a livello nazionale, 40 dei 176 decessi e il 13% delle tecnopatie denunciate a carico di lavoratori stranieri.

### **Identikit sanitario del migrante**

E' noto che gli immigrati all'arrivo in Italia sono sostanzialmente in buona salute, in ragione di una naturale selezione al momento della partenza. L'emigrazione può infatti considerarsi un processo selettivo in cui sono "i più forti tra i più deboli" a tentare l'impresa. Tra tutti i potenziali migranti nel paese d'origine, partono quelli che sono in grado di sopportare il costo economico, affettivo e psicologico del progetto. Si tratta quindi generalmente di soggetti sani, giovani, motivati, istruiti e in grado di parlare e apprendere più lingue. Tale osservazione è confermata anche dal fatto che, nella maggior parte dei casi, la prima richiesta di assistenza sanitaria da parte degli immigrati viene espressa in un momento nettamente distinto dall'arrivo in Italia. Si tratta del cosiddetto "intervallo di benessere", che nelle diverse esperienze risulta non inferiore mediamente agli 8-12 mesi; gli immigrati diventano un gruppo di popolazione più vulnerabile dal punto di vista sanitario per il concentrarsi di numerosi fattori di rischio per la salute. Alcuni di questi erano già presenti, seppure silenti, nella fase precedente la migrazione, altri vengono acquisiti successivamente e a causa della migrazione stessa.

I dati disponibili, provenienti dall'Osservatorio utenza straniera dell'ASL di Brescia, dimostrano che le patologie maggiormente riscontrate fra gli immigrati sono proprio quelle di "acquisizione" nel paese ospite, in cui giocano un ruolo determinante i fattori di rischio post-migrazione legati alle condizioni di vita. In quest'ottica, infatti, deve essere considerata la netta prevalenza di patologie "da raffreddamento", forme di tipo artritico-reumatico e simil-influenzali in senso lato (verosimile conseguenza delle disagiate condizioni negli ambienti di vita e di lavoro), di patologie cutanee (associate alle condizioni di sovraffollamento e promiscuità abitativa), del sistema genitourinario (cistiti, uretriti) e, in minor misura, del sistema cardiovascolare. E' inoltre importante notare la rilevante frequenza di lesioni traumatiche, essenzialmente ascrivibili ad infortuni sul lavoro, incidenti stradali e, talvolta, ad episodi di violenza. Dall'analisi delle notifiche di malattia infettiva (3) risultano particolarmente frequenti tra gli stranieri la malaria, la scabbia e la tubercolosi. I casi di malaria sono da ascrivere alla mancata adozione delle necessarie misure di prevenzione quando gli immigrati quando tornano ai loro Paesi di origine. L'elevata proporzione di casi di scabbia e di tubercolosi negli stranieri conferma le precarie condizioni di vita in cui vivono specialmente gli irregolari (case insalubri, sovraffollate, con servizi igienici carenti).

Meno rappresentate, ma non meno importanti, sono le patologie da "adattamento", condizionate dal processo migratorio come evento stressogeno e dai successivi percorsi di transculturazione. In questo ambito vanno collocate le patologie di tipo neuropsichiatrico, riscontrate in percentuali variabili dal 3% al 6% nelle diverse casistiche e alcune forme di malattie gastroenteriche (colon irritabile, gastriti, ulcere peptiche), inquadrabili in un contesto di disagio non solo fisico ed alimentare ma anche psicologico.

### **Revisione della letteratura sulle condizioni di lavoro dei migranti**

Una recente relazione dell'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) ha fornito una panoramica dei principali problemi riguardanti i lavoratori immigrati (4). Come già sottolineato, essi sono sovra rappresentati nei settori ad alto rischio e nelle categorie cosiddette delle "tre D" (*dirty, dangerous and demanding*, ossia sporche, pericolose e faticose), lavorando per la maggior parte in condizioni inadeguate in settori quali l'agricoltura e l'orticoltura, l'edilizia, la sanità, i lavori domestici, i trasporti e il settore alimentare. Ciò è giustificato non soltanto dalla carenza di manodopera, ma anche dalle barriere linguistiche e legali insieme con forme di discriminazione più sottili. La segregazione del mercato del lavoro può avere conseguenze negative per i lavoratori immigrati, quali maggiori rischi di infortunio e di insorgenza di patologie lavoro-correlate, retribuzione più bassa, orario di lavoro più lungo, instabilità occupazionale più alta, lavoro più faticoso, monotono o con ritmi di lavoro pressanti (4, 5).

La conoscenza della lingua del Paese ospite rappresenta non solo uno dei principali fattori che condizionano l'accesso del migrante al mercato del lavoro e il modo nel quale egli viene considerato (posizione lavorativa bassa e/o precaria), ma soprattutto influisce in modo determinate

sui livelli di sicurezza e di salute sul luogo di lavoro e costituisce spesso una barriera al loro miglioramento.

Una conseguenza diretta della segregazione del mercato del lavoro è la “sovraqualificazione” di molti lavoratori migranti che, pur avendo conseguito livelli relativamente elevati di educazione, sono impiegati in occupazioni di bassa specializzazione (4, 6, 7). Studi condotti dall’ILO (5) hanno rilevato come più di un terzo dei posti disponibili per mansioni semi-qualificate sono “preclusi” ai giovani candidati maschi immigrati o appartenenti a minoranze etniche.

Un recente studio dell’*Health and Safety Executive* (HSE) britannico ha indagato le condizioni di lavoro e sicurezza dei migranti giunti nel Regno Unito da meno di 5 anni (8). Lo studio ha messo in evidenza che i lavoratori immigrati non solo sono maggiormente impiegati in settori che destano preoccupazioni per la salute e la sicurezza, ma sono anche esposti a un rischio aggiuntivo poiché la loro esperienza di lavoro nel paese che li ospita è relativamente breve e non conoscono abbastanza i sistemi di salute e sicurezza in vigore. Entro certi limiti, alcune delle condizioni critiche che i migranti affrontano sembrano essere spiegate dai settori e dalle occupazioni nelle quali sono impiegati, tuttavia esiste evidenza che anche quando viene considerato il settore e l’occupazione, i lavoratori immigrati sono ancora svantaggiati. Molti studi (5,6) hanno dimostrato che, rispetto ai colleghi autoctoni, gli stranieri percepivano paghe significativamente inferiori anche tenendo in considerazione fattori come l’occupazione, l’educazione, il tipo di industria e l’esperienza. Molti dei lavoratori intervistati nell’indagine condotta nel Regno Unito riportavano di essere spesso inseriti nei turni peggiori, di veder rifiutate concessioni disponibili per i lavoratori locali, di godere di minori condizioni favorevoli e di essere vittime di molestie più spesso dei loro colleghi non stranieri. La discriminazione razziale, particolarmente se combinata al genere e all’etnia, è stata identificata avere una forte influenza sullo stress lavoro correlato. La situazione di vita più stressante dei lavoratori immigrati rappresenta un importante ulteriore fattore aggravante.

### **Influenza delle differenze socio-culturali nella percezione dei rischi lavorativi**

Nell’ambito di un realtà lavorativa multietnica, è importante evidenziare come la dimensione socio-culturale influenzi profondamente la percezione del rischio lavorativo, con differenze ad esempio, fra la cultura italiana, europea o occidentale rispetto a culture diverse e distanti, come quelle di persone che vengono dall’Africa o dall’Asia e che con noi condividono solo in parte certi valori o una certa sensibilità.

In questa prospettiva risulta utile far riferimento al concetto di *habitus*, come chiave di lettura interpretativa del significato che la percezione del rischio ha per un lavoratore immigrato (9). Semplificando, si definisce *habitus* il sistema di disposizioni e regole acquisite dall’individuo nel tempo, risultato del suo essere esposto a condizioni e condizionamenti sociali. Quello che il mondo sociale offre viene introiettato dall’individuo come struttura mentale, come strumento di classificazione del mondo medesimo. L’*habitus* (tendenzialmente condiviso da chi vive analoghe condizioni) è ciò che induce, che dispone gli agenti sociali a percepire, giudicare e trattare il mondo nel modo in cui lo fanno. Questo agire non intenzionale (governato dall’*habitus*) produce le condotte più adatte alla situazione, quelle che ottimizzano la prestazione e gli effetti. L’individuo conosce le regole, ma il suo agire va normalmente oltre le regole, cercando non un’osservanza normativa, ma un adattamento strategico alle circostanze. In quest’adattamento l’individuo è vincolato dal senso delle strutture sociali (che operano nella soggettività come strutture mentali, come schemi cognitivi) fondando il senso del limite che ciascun individuo ha riguardo alle sue reali possibilità in un dato contesto sociale. Si sa che non si può fare tutto, che ci sono dei limiti alla nostra volontà e ai nostri desideri, questa conoscenza pratica ci guida nella scelta delle azioni; fa in modo che ciò che non possiamo fare spesso non venga neppure preso in considerazione come possibilità, che non venga visto o considerato.

Per fare un esempio possiamo considerare *l’habitus mentale* di un lavoratore immigrato (indipendentemente dalla sua cultura di provenienza, ma inserito in una “cultura della

sopravvivenza” nel paese ospitante) il cui basso stipendio è necessario per mantenere la famiglia. Il forte dolore alla schiena e lo sfinimento fisico e mentale, provocato dalle innumerevoli ore impiegate a svuotare secchi pieni di materiale edile, può essere vissuto come regolare, giusto, a volte quasi auspicabile, perché la comunità a cui il lavoratore fa riferimento rende gli individui vincolati al senso della realtà e alle regole che la struttura sociale stabilisce e che devono necessariamente essere così introiettate e condivise.

In quest’ottica la presa in considerazione del concetto di *habitus* di un gruppo, un ambiente, una cultura risulta fondamentale nel processo di valutazione dei rischi: quello che un gruppo sociale può ritenere pericoloso, auspicabile, doveroso o non lecito, per un altro gruppo potrà assumere valenze in parte o completamente differenti.

Come poter valutare che cosa sia un rischio per un lavoratore di una cultura a noi lontana, quando i valori e i significati che parole come stanchezza, pesantezza, pericolo, infortunio, salute, malattia, lavoro, progetto di vita possono assumere accezioni e sensi così diversi e lontani tra loro? Sono proprio questi i primi aspetti che si ritiene necessario indagare per conoscere degli elementi e dei fattori che concorrono alla percezione dei rischi occupazionali per un lavoratore di cultura altrà.

Inoltre il gruppo che non opera in sicurezza genera una “cultura della non-sicurezza” e richiama alle proprie regole tutti coloro che s’inseriscono creando una diseducazione che si autoalimenta per conformarsi al gruppo. Fondamentale è quindi l’educazione alla sicurezza come opera costante, pratica ed attiva che deve produrre una continua stimolazione del gruppo al confronto, alla discussione, alla condivisione ancor più intensamente in un ambiente multi-culturale, anche ricorrendo a mediatori culturali che sappiano tradurre i concetti in un modo culturalmente comprensibile e accettabile per chi sta di fronte.

### **I lavoratori immigrati nel D.Lgs 81/2008 e successive modifiche**

Come emerge dai pochi studi disponibili e dalle considerazioni riportate, i lavoratori immigrati sono da considerare tra le categorie di lavoratori con particolare vulnerabilità, come le donne e le fasce di età più giovani e più anziane. Il D. Lgs 81/2008 contiene particolari indicazioni che tengono conto di tale vulnerabilità, infatti sia l’**art. 1** che l’**art. 28** stabiliscono l’obbligo per il datore di lavoro di garantire la salvaguardia dei propri lavoratori e valutare i rischi a cui gli stessi sono esposti, con particolare riguardo alle differenze di genere, di età e alla **condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati**. E’ pertanto compito del datore di lavoro promuovere un sistema di valutazione che sia in grado di individuare ed esaminare l’esposizione al rischio a seconda della tipologia degli esposti nella realtà in esame. Sarà quindi necessario tener conto del “rischio aggiuntivo” conseguente allo stato di “lavoratore immigrato”, legato ad una serie di fattori che dovranno essere adeguatamente indagati e tenuti in considerazione.

La formazione rappresenta certamente lo strumento imprescindibile per aumentare i livelli di sicurezza nelle aziende per tutti i lavoratori. Nel caso dei lavoratori stranieri, affinché il progetto formativo sia efficace, è necessario sia predisposto tenendo conto delle capacità linguistiche dei discenti e delle differenze culturali, utilizzando se possibile *trainer* della stessa etnia (10). A tale riguardo, gli **art. 36** e **art. 37** del decreto prevedono che, ove i destinatari siano lavoratori immigrati, l’informazione e la formazione avvengano previa verifica della comprensione e della conoscenza della lingua utilizzata.

Si richiama inoltre l’**art. 25**, nel quale si prevede che il medico competente collabori “... alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute, secondo i principi della responsabilità sociale”. Infatti, le attività mirate al contenimento e controllo dei rischi lavorativi non esauriscono la possibilità di preservare la salute di chi lavora: il luogo di lavoro rappresenta il *setting* ideale (gruppi concentrati, di pari) per contribuire a sviluppare le capacità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e permette di raggiungere la maggioranza della popolazione adulta che raramente vede personale sanitario, opportunità tanto più interessante se si considerano le “fragilità” dei lavoratori migranti (10).

Infine, l'**art. 11** del decreto indica che “nell’ambito dei rispettivi compiti istituzionali, le amministrazioni pubbliche promuovono attività specificamente destinate ai lavoratori immigrati o alle lavoratrici, finalizzate a migliorare i livelli di tutela dei medesimi negli ambienti di lavoro”. All’interno di questo mandato si colloca il contributo degli Autori.

### **La valutazione del rischio aggiuntivo del lavoratore migrante**

Per quanto riguarda i lavoratori immigrati, chi effettua la valutazione del rischio in azienda non ha ad oggi a disposizione metodologie di analisi mirate (invece disponibili per alcuni rischi in funzione del genere e dell’età, es. movimentazione manuale dei carichi), ma solamente una modesta letteratura scientifica e le statistiche riferite a infortuni e malattie professionali. Si è pertanto ravvisata la necessità di mettere a punto uno strumento che permettesse la valutazione del “rischio aggiuntivo” specifico dei lavoratori migranti presenti nel contesto aziendale, da affiancare alla valutazione dei rischi tradizionali e psicosociali indagati trasversalmente per tutte le categorie di lavoratori.

Presso l’ASL di Brescia si è costituito un gruppo multidisciplinare che ha visto la partecipazione di diverse figure professionali: medici del lavoro del Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, medici esperti della salute dei migranti, esperti nell’area della promozione della salute e dell’area antropo-sociologica.

E’ stato predisposto un modello pluridimensionale che indaga le diverse fragilità caratteristiche della condizione di migrante, al fine di stimare, prendendo in considerazione sia l’ambito personale e sociale che lavorativo, il livello di vulnerabilità del singolo e del gruppo di lavoratori immigrati dell’azienda, consentendo nel contempo di identificare le misure necessarie ai fini della protezione e promozione della salute.

Sulla base della revisione della letteratura scientifica e dell’esperienza condotta in questi anni dai sopraccitati Servizi, sono state identificate le principali variabili che risultano contribuire alla maggiore vulnerabilità dei lavoratori immigrati ed è stato attribuito un punteggio in base alla rilevanza emersa dalla letteratura o sulla base di una oggettiva valutazione di svantaggio in grado di ripercuotersi negativamente sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

Il modello prevede la somministrazione ai lavoratori immigrati di un questionario che indaga fattori personali e fattori lavorativi, utilizzando un set minimo di indicatori, semplici e facilmente ricavabili. Tra i fattori personali vengono presi in considerazione, per esempio, il tempo di permanenza in Italia, le competenze linguistiche, le aspettative del progetto migratorio, la conoscenza dei servizi sociosanitari, le condizioni abitative, il supporto familiare e della comunità locale di riferimento. Tra i fattori lavorativi si indaga, per esempio, l’esperienza professionale, l’atteggiamento culturale nei confronti della sicurezza, le tipologie di contratto, le condizioni lavorative e il livello di integrazione, la conoscenza dei diritti nei luoghi di lavoro.

Il questionario è composto da 31 *items* per i fattori personali e 24 *items* per i fattori lavorativi, per la somministrazione del quale si prevede la collaborazione del medico competente o di personale sanitario opportunamente formato. La formulazione delle domande è stata curata attraverso la scelta di espressioni e parole semplici e comprensibili anche da immigrati con scarsa padronanza della lingua italiana. Alla fine del questionario il medico competente esprimerà un giudizio sulla collaborazione e comprensione linguistica del lavoratore intervistato. Il questionario è stato testato su alcuni lavoratori occupati afferenti ai servizi della ASL ed ha richiesto in media 10-15 minuti per la compilazione; si prevede inoltre di proseguire la sperimentazione coinvolgendo alcune aziende del territorio appartenenti a settori con elevata prevalenza di lavoratori immigrati.

Con la predisposizione di tale modello “a punteggio”, l’ASL di Brescia fornisce ai medici competenti ed ai datori di lavoro uno strumento interdisciplinare che, combinando le informazioni sulle condizioni di vita con quelle lavorative, permette di ottenere un profilo dei lavoratori stranieri presenti in azienda, per identificare quali interventi preventivi sia necessario adottare e monitorarne nel tempo l’efficacia. Fornisce inoltre un esempio di studio del fenomeno immigrazione utilizzando un metodo ed un linguaggio condiviso tra l’ambito sanitario e le discipline sociali.

## Bibliografia essenziale

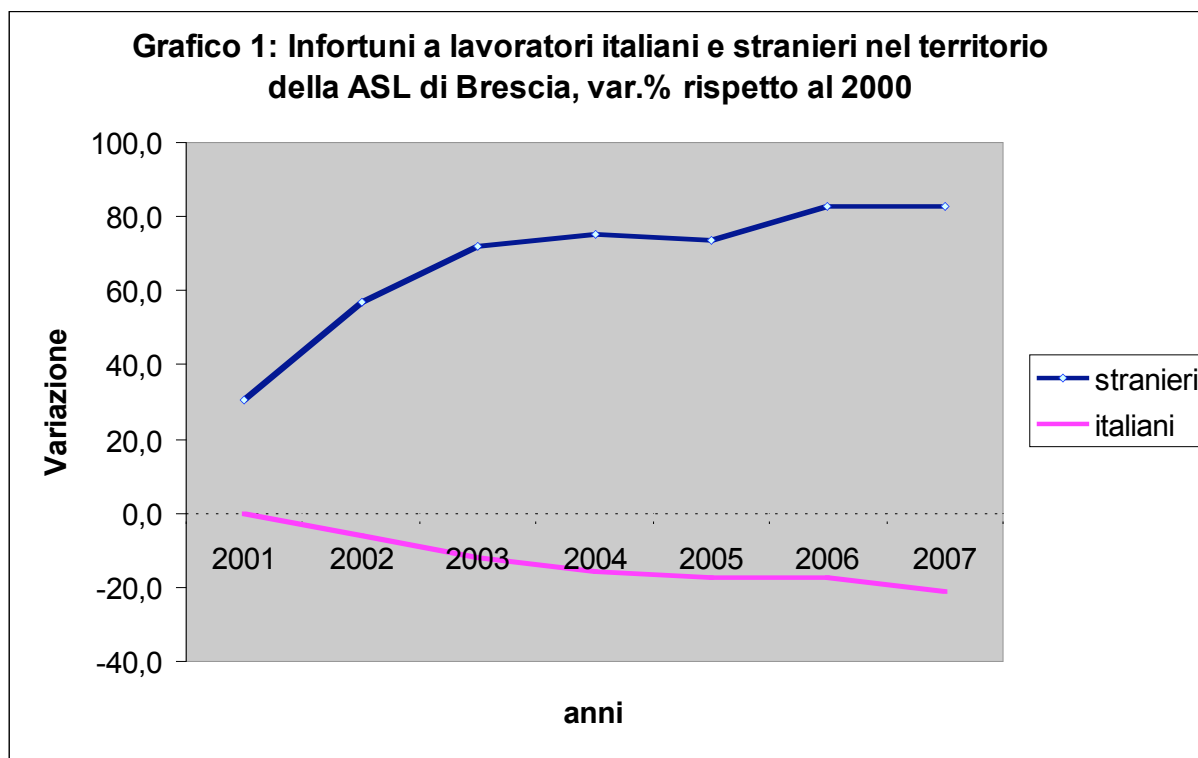
1. INAIL: Rapporto Annuale 2008. Giugno 2009. Available at: [http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?\\_nfpb=true&\\_pageLabel=PAGE\\_PUBBLICAZIONI&nextPage=PUBBLICAZIONI/Tutti\\_i\\_titoli/Rapporti/Rapporto\\_annuale/Rapporto\\_annuale\\_2008/index.jsp](http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?_nfpb=true&_pageLabel=PAGE_PUBBLICAZIONI&nextPage=PUBBLICAZIONI/Tutti_i_titoli/Rapporti/Rapporto_annuale/Rapporto_annuale_2008/index.jsp)
2. Rapporto 2008: gli immigrati in Lombardia della Fondazione ISMU di Milano-Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multi etnicità.
3. Progetto "Osservatorio utenza straniera": profilo della popolazione immigrata nel territorio dell'Azienda Sanitaria Locale di Brescia.
4. European Agency for Safety and Health at Work - European Risk Observatory: Literature study on migrant workers. Available at: [http://osha.europa.eu/en/publications/literature\\_reviews/migrant\\_workers](http://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/migrant_workers)
5. International Labour Conference, 92nd sessions: Towards a fair deal for migrant workers in the global economy, 2004. Available at: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/meetingdocument/kd00096.pdf>
6. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007: Employment and working conditions of migrant workers. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn0701038s/tn0701038s.pdf>
7. TUC: Safety and migrant workers: a practical guide for safety representatives. June 2007. Available at: <http://www.tuc.org.uk/extras/safetymw.pdf>
8. McKay S, Craw M, Chopra D: Migrant workers in England and Wales: an assessment of migrant worker health and safety risks. Working Lives Research Institute, London Metropolitan University, 2006. Available at: <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr502.pdf>
9. Bourdieu P, Ragioni pratiche. Sulla teoria dell'azione, Bologna, Il Mulino, 1994.
10. C. Mamo. Le disuguaglianze nella protezione e promozione della salute di chi lavora. Med Lav 2009; 100 (Suppl 1): 41-44.

## Grafici e tabelle

**Tabella 1: Infortuni denunciati nella ASL di Brescia  
anni 2000 – 2007**

Anno	totale	stranieri	italiani
2000	27520	2987	24533
2001	28426	3892	24534
2002	27694	4689	23005
2003	26764	5131	21633
2004	25843	5238	20605
2005	25480	5181	20299
2006	25740	5462	20278
2007	24845	5462	19383

Elaborazione su dati INAIL - fonte Epiwork 2008



Elaborazione su dati INAIL fonte Epiwork 2008