

A cura di
Pier Alberto Bertazzi

Medicina del lavoro

Lavoro
ambiente
salute



Raffaello
Cortina
Editore

Pier Alberto Bertazzi
Clinica del Lavoro "Luigi Devoto"
DISCCO - Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità
Università degli Studi di Milano e
Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

www.raffaellocortina.it

L'editore e gli autori non sono responsabili per eventuali errori o omissioni o per qualsiasi conseguenza derivante dalle informazioni contenute in questo volume. Non essendo possibile garantire l'esattezza e l'aggiornamento delle indicazioni e delle controindicazioni relative alle indagini, ai trattamenti e ai prodotti menzionati nel volume, il lettore è tenuto a consultare le schede tecniche degli specifici prodotti e la bibliografia di pertinenza. L'uso in questo volume di denominazioni generiche, nomi commerciali, marchi registrati e simili, anche quando non specificamente identificati come tali, non implica che non siano protetti dalle relative leggi e normative.

Realizzazione editoriale: Scienzaperta S.n.c., Novate Milanese (MI)

Copertina: Studio CRèE

ISBN 978-88-6030-633-3
© 2013 Raffaello Cortina Editore
Milano, Via Rossini 4

Stampato da Consorzio Artigiano LVG, Azzate (Varese)
per conto di Raffaello Cortina Editore

Ristampe

0	1	2	3	4	5	6	7	8
2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		

24.1 Il fenomeno migratorio in Italia

Caritas e Migrantes, che nel nostro paese rappresentano l'osservatorio più attento della realtà e dei problemi dei migranti, stimano che il numero complessivo degli immigrati regolari, inclusi i comunitari e quelli non ancora iscritti in anagrafe, abbia di poco superato i cinque milioni alla fine del 2011, un numero poco più alto di quello stimato l'anno precedente (5.011.000 contro 4.968.000) (Caritas, Migrantes, 2012). I migranti provengono da circa 200 paesi diversi, un elemento che ostacola i processi di segregazione etnica ma, contestualmente, crea difficoltà alla risposta dei servizi sanitari alle loro esigenze. Il numero stimato di immigrati comunitari è di 1.373.000, l'87% dei quali provenienti dai nuovi dodici Stati membri UE (dei ventisette totali). La principale comunità è quella romena, con 997.000 persone (21,2% di tutti gli stranieri presenti sul territorio); di dimensioni notevolmente minori sono le comunità polacca, bulgara, tedesca, francese, britannica, spagnola e olandese. La ripartizione della stima totale per aree continentali vede prevalere gli immigrati europei, da paesi UE (27,4%) e non UE (23,4%), seguiti da quelli provenienti dall'Africa (22,1%), dall'Asia (18,8%) e dalle Americhe (8,3%), mentre le poche migliaia provenienti dall'Oceania e gli apolidi non raggiungono lo 0,1%. Tra i soggiornanti europei non comunitari (1.171.163), gli albanesi sono i più numerosi (491.495, 10,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio); seguono ucraini, moldavi, serbi e montenegrini, macedoni, russi, bosniaci, croati e turchi. Il terzo gruppo etnico per numerosità nel nostro paese è costituito dai marocchini (9,9%).

La popolazione straniera presente in Italia è ancora giovane, l'età media è di 33 anni per le donne e di 34 per gli uomini; il 30% degli immigrati è costituito da ultraquarantenni e il 7-8% da ultracinquantenni. Dal punto di vista occupazionale, in questo periodo di crisi, anche tra questi soggetti gli uomini sono i più colpiti.

I comparti lavorativi in cui sono più presenti i migranti sono quelli dell'allevamento, dell'industria, delle costruzioni e dei servizi. Poco più dell'80% degli uomini immigrati ha un titolo di soggiorno legato al lavoro, contro il 40,4% delle donne; di queste, il 14,2% è occupato in attività impiegate e di tipo intellettuale (impiegate,

medici, professioni sanitarie), con un trend in crescita. In generale, però, gli immigrati occupano posizioni lavorative poco qualificate e le cosiddette “seconde generazioni”, figli nati in Italia da migranti, accettano malvolentieri le conseguenti ridotte possibilità di mobilità sociale.

Un gruppo a sé stante, tra i migranti, è costituito dai soggetti che richiedono la protezione internazionale e ai quali è stato accordato il permesso di protezione sussidiaria/umanitaria o lo status di rifugiato. Per questo gruppo di persone occorre provvedere, in prima istanza, a un intervento globale di carattere sanitario (medico e psicologico), per il recupero della loro identità e delle loro difese, e a un intervento sociale per la loro interazione in un contesto accogliente e, quando possibile, per il loro avviamento al lavoro.

Al di là dei numeri, il fenomeno migratorio va anche letto attraverso chiavi sociologiche, approfondite in studi specifici (Zanfrini, 2007; Zanfrini, 2010). Innanzi tutto, va sfatato il diffuso preconcetto che a partire verso il mondo opulento sia chi proviene dalle zone più povere e disastrose del pianeta, in quanto la scelta di emigrare presuppone da parte dei migranti il possesso di un iniziale capitale umano ed economico (giungere nei paesi del nord del mondo o essere trasportati clandestinamente, costa), soprattutto quando, nell’ambito di un gruppo, coloro che partono sono i primi a lasciare la terra di origine. Anche dal punto di vista sanitario, si può verificare “l’effetto migrante sano”, cioè un meccanismo di auto-selezione alla partenza di soggetti giovani in condizioni di buona salute e nel pieno dell’efficienza fisica e psichica. Ciò vale per le comunità di più recente immigrazione, mentre lo stesso meccanismo non si attua per chi è costretto a partire in condizioni di particolare vulnerabilità a causa di guerre, persecuzioni, carestie o disastri ambientali (rifugiati, profughi, sfollati).

Un altro aspetto rilevante per i migranti è costituito dalla scelta della meta definitiva, che spesso dipende dalle opportunità d’insediamento e dalle potenzialità percepite (più che da quelle reali) e, non ultimo, dalla rete di accoglienza che può costituire un utile supporto per i nuovi arrivati, in termini sia di alloggio e di possibilità di muoversi più disinvolatamente nella realtà del paese di arrivo, sia di reperimento di una prima occupazione (per esempio pizzerie e imprese di pulizie per gli egiziani, professioni sanitarie e assistenza agli anziani per le donne sudamericane e dell’Est europeo, mungitura per gli indiani, edilizia per i romeni, ristorazione e abbigliamento per i cinesi). Al tempo stesso, l’inserimento in una comunità etnica (talora chiusa) può comportare difficoltà nel reperire e nel mantenere un’occupazione quando la meta non è definitiva o può costituire un vincolo troppo rigido e opprimente per chi vuole emanciparsi da percorsi esistenziali predefiniti; ciò vale in particolare per le seconde generazioni in un paese come l’Italia che penalizza anche la posizione dei propri giovani (comunque avvantaggiati nella ricerca di occupazione rispetto ai coetanei stranieri). In un mercato del lavoro schiacciato verso il basso, specie per i migranti, questa situazione si traduce spesso in sottoutilizzo di competenze, di professionalità e di capitale umano, che potrebbero essere fonte di arricchimento e crescita per l’intera comunità.

24.2 Accoglienza, igiene e sicurezza sul lavoro: specificità e criticità per i migranti

Nonostante le traversie legislative associate alle diverse visioni dei governi che si sono succeduti, e grazie anche al fatto di essere inserita nel contesto dell'Unione Europea, l'Italia dispone oggi della normativa più completa in merito al diritto alla salute per tutti (SItI, 2012; Conferenza Stato Regioni, 2012).

Una condizione particolare è quella degli stranieri irregolarmente presenti sul territorio nazionale (STP, stranieri temporaneamente presenti), per i quali il DPR 394/1999 prevede espressamente che: “[...] utilizzando un codice regionale a sigla STP [...] gli oneri per le prestazioni sanitarie [...] erogate ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti, comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente non versate, sono a carico della USL/ASL competente.” Lo stato d'indigenza può essere attestato attraverso autodichiarazione presentata all'ente sanitario erogante. Questi soggetti possono avere accesso a cure urgenti, cure essenziali, continuità di cura, se necessario, e a prestazioni di medicina preventiva. Si ricorda che “l'accesso alle strutture sanitarie dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano” (Dlgs 286/1998, art. 35, comma 5).

Il Dlgs 81/2008 sull'igiene e la sicurezza del lavoro – pur affermando all'art. 1 il principio dell'uniformità della tutela dei lavoratori operanti sul territorio nazionale, inclusi i lavoratori immigrati – non prende però in considerazione gli addetti ai servizi di assistenza domiciliare e i lavoratori domestici, escludendo dalla tutela molte figure professionali sempre più cruciali per la nostra società, quali colf e badanti, per la maggior parte immigrati.

Elemento fondamentale previsto nella normativa per tutti i lavoratori, inclusi gli immigrati, è la valutazione di tutti i tipi di rischi, compresi quelli correlati allo stato di lavoratore immigrato, in relazione alla lingua, alla cultura d'origine, alla percezione del rischio e del proprio stato di salute. In quest'ottica, il datore di lavoro deve identificare e mettere in atto le misure tecniche, organizzative e procedurali secondo il principio del tecnicamente fattibile e dello stato dell'arte, al fine di tutelare in modo specifico anche questi soggetti.

24.3 La percezione del rischio e del proprio stato di salute

Il retroterra esistenziale, correlato alla provenienza dei migranti e agli stati emozionali che possono manifestarsi nelle diverse situazioni, può influenzare il concetto di salute e di benessere e la percezione del rischio da parte di queste persone, anche in ambiente di lavoro (SItI, 2012; Palomba, 2008). In diverse culture la malattia è ritenuta una minaccia proveniente dall'esterno, dal mondo soprannaturale e magico;

l'allarme per il proprio stato di salute, inoltre, riflette una concezione riduttiva del corpo come macchina per lavorare e produrre in terra straniera; anche il rischio che si corre sul lavoro può essere quindi vissuto come un elemento inevitabile per la macchina uomo.

L'approccio dei migranti presenti nel nostro territorio alle problematiche d'igiene e sicurezza del lavoro è condizionato in molti casi – specie in quelli di recente immigrazione e con livelli di istruzione medio-bassi – da diversi elementi: scarsa consapevolezza dei rischi connessi all'attività lavorativa, in particolare all'arrivo in Italia, per mancanza e/o carenza di esperienza lavorativa nel paese d'origine; tendenza a considerare la salute nei luoghi di lavoro come un argomento secondario a causa delle precarie condizioni economiche del paese d'origine; non conoscenza delle leggi sul lavoro del proprio paese, comunque generalmente caratterizzate da un grado di tutela inferiore rispetto a quelle italiane; notevoli difficoltà comunicative e linguistiche, con conseguente marginalizzazione nel paese di arrivo (non conoscono le norme di igiene e sicurezza, non riescono a leggerle e/o a comprenderle e di conseguenza a metterle in atto). In molti casi, inoltre, i migranti vogliono lavorare il più possibile per inviare denaro ai familiari nel paese d'origine e (nel caso di alcune etnie) per tornarvi al più presto. Questi soggetti sono spesso chiamati a svolgere i lavori più pesanti, i cosiddetti “3D” (*dirty, dangerous, difficult*: sporchi, pericolosi, difficili). I migranti poco qualificati riescono ad accedere più frequentemente all'occupazione nei settori lavorativi più rischiosi e faticosi, che gli italiani cercano di evitare (edilizia; agricoltura, pesca, allevamento; metallurgia e metalmeccanica; trasporti e facchinaggio; assistenza sanitaria e domiciliare; montaggi, demolizioni, manutenzioni industriali; galvaniche, conterie, industria del legno; assemblaggi, confezionamenti); nello svolgimento di tali lavori, oltre a non avere familiarità con le norme di igiene e sicurezza, spesso non ricevono informazioni e formazione, né supervisione e protezioni adeguate.

Anche gli immigrati “in regola” e consapevoli dei rischi lavorativi (rumore, infortuni a causa di macchine non protette, stress da ritmi e turni più pesanti rispetto a quelli degli italiani) preferiscono non parlare d'igiene e sicurezza per timore di perdere il posto di lavoro. In particolare, per quanto riguarda l'obbligo di utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI), in diverse situazioni vi è ancora un carente livello di coscienza anche da parte dei datori di lavoro. Alle condizioni lavorative, si aggiungono specificamente per questi soggetti altri fattori che possono accrescere i rischi connessi al lavoro, per esempio le “abitazioni” (talvolta solo posti letto in dormitori o fabbriche abbandonate, spesso gestite da racket), che frequentemente non soddisfano neppure criteri minimi d'igiene.

Un altro aspetto rilevante è il frequente lungo pendolarismo obbligato verso le grandi città, oppure verso zone di campagna poco servite da mezzi pubblici. In genere, inizialmente i migranti accettano queste condizioni rischiose e precarie, anche perché una certa “non conflittualità” può essere in qualche modo rassicurante per mantenere un posto di lavoro e consentire di mettere da parte più denaro per tornare

Box 24.1 Infortuni e malattie professionali tra i lavoratori immigrati

Nel 2011 i lavoratori stranieri assicurati INAIL erano circa 3 milioni (17,8% in più rispetto al 2007). L'incremento è dovuto al maggior numero di assunzioni e soprattutto alla regolarizzazione di badanti e colf (circa 30% in più rispetto al 2007, contro il 9,4% degli uomini). Gli immigrati sono occupati soprattutto nei settori più pericolosi, quali edilizia, industria pesante, agricoltura, con prevalente attività manuale, lunghi turni di lavoro e spesso formazione professionale inadeguata (INAIL, 2012).

Infortuni occorsi a lavoratori stranieri nel 2011

Il numero complessivo di infortuni è stato di 115.661 (15,9% degli infortuni totali), con una riduzione del 6,6% rispetto al 2007; oltre il 94% degli infortuni è occorso in Industria e Servizi e il 5% in Agricoltura. I casi mortali che hanno coinvolto stranieri sono stati 138 (15% dei casi mortali complessivi), di cui 28 nel settore Costruzioni, 15 nei Trasporti e 14 in Agricoltura.

Nei singoli settori, le percentuali di infortuni occorsi a lavoratori stranieri rispetto al totale degli infortuni del settore sono state:

- Colf e badanti 77% (in prevalenza donne)
- Alberghi e ristoranti 22%
- Costruzioni 21% (oltre 13.200 casi)
- Industrie manifatturiere 19%.

L'incidenza infortunistica, cioè il rapporto tra infortuni denunciati e lavoratori assicurati all'INAIL, è più elevata per gli stranieri (38,4 casi ogni 1000 occupati) che per gli italiani (35,8 casi ogni 1000 occupati).

Per quanto riguarda il genere, i casi di infortunio tra gli stranieri riguardano prevalentemente gli uomini: 74% delle denunce (68% nel complesso dei lavoratori) e 89% dei casi mortali (90% nel complesso).

Le comunità con il maggior numero di infortuni e di casi mortali sono state:

- Romania 17% di infortuni e 31% di casi mortali
- Marocco 14% di infortuni e 5% di casi mortali
- Albania 10% di infortuni e 15% di casi mortali.

Malattie professionali occorse a lavoratori stranieri nel 2011

Le malattie professionali tra i lavoratori stranieri sono in aumento: nel 2011 sono stati registrati 2640 casi (contro 1610 nel 2007), con una tendenza simile a quella generale per tutti i lavoratori. Nell'Industria e Servizi i casi sono stati 2473 contro 1566 del 2007 (con un aumento di circa il 58%), in Agricoltura sono stati 159 contro 40 del 2007 (con un aumento di quasi il 300%).

Le principali tipologie di malattie professionali, registrate nel corso del 2011, sono state:

- osteoarticolari e muscolotendinee 1870 (con un aumento rispetto al 2007 di oltre il 170%)
- sistema nervoso e organi di senso 341 (di cui 295, l'85%, ipoacusie)
- respiratorie 101
- cutanee 62
- tumori 36.

I principali paesi di provenienza dei lavoratori colpiti da malattie professionali sono gli stessi che detengono il primato relativo agli infortuni:

- Marocco 12%
- Romania 10%
- Albania 10%.

dopo qualche anno al proprio paese. Chi decide invece di restare inizia, dopo qualche tempo, a prendere coscienza della realtà lavorativa e anche a chiedere, per esempio, di utilizzare i DPI.

24.4 Il ruolo del medico di medicina generale e del medico del lavoro

Tutte le persone hanno diritto a un livello di vita sufficiente a garantire la propria salute, il proprio benessere e quello della propria famiglia, soprattutto per quanto concerne l'alimentazione, il vestiario, l'alloggio, le cure mediche e i servizi sociali inerenti (Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, 10 dicembre 1948).

Nell'affrontare le problematiche sanitarie, e obbligatoriamente anche sociali, legate alla migrazione, è necessario puntualizzare il concetto fondamentale dell'"interazione" tra indigeni e migranti, di difficile realizzazione nella società in genere, particolarmente in periodi di crisi economica quando prevalgono spinte xenofobe anche negli ambienti di lavoro. "Essa è un processo bidirezionale, perché riguarda congiuntamente gli immigrati e i paesi riceventi, e multidimensionale perché finalizzato alla pacifica convivenza tra individui e gruppi culturalmente ed etnicamente diversi e perché fondato sul reciproco rispetto delle differenze (a condizione che queste non ledano i diritti umani fondamentali e non mettano a rischio le istituzioni democratiche). Essa non è predefinita, è una meta da perseguire nel tempo, che si declina contestualmente a livello economico, culturale, sociale e politico" (SItI, 2012).

Dal punto di vista sanitario, occorre ricordare che i confini geografici non sono mai stati una barriera per la diffusione delle malattie e tale principio è valido in senso bidirezionale. Il percorso unidirezionale (immigrati come veicolo di malattie dai paesi in via di sviluppo ai paesi più avanzati) è un pregiudizio: è poco frequente e riguarda soltanto poche malattie, infettive (per esempio malaria, schistosomiasi e filariasi) o d'altro tipo (per esempio malattie metaboliche ed emoglobinopatie). Questo pregiudizio non tiene conto dell'influenza negativa sulla salute globale di queste persone esercitata dall'indigenza in cui spesso vivono, da condizioni abitative poco rispondenti ai criteri previsti dalla sanità pubblica (abitazioni senza agibilità, di scarsa qualità, condizioni di sovraffollamento e promiscuità) con conseguente aumentato rischio di malattie infettive respiratorie (dalle sindromi similinfluenzali alla tubercolosi), osteoarticolari, urologiche e dermatologiche. Spesso, inoltre, le abitudini apprese dagli immigrati nei paesi riceventi determinano stili di vita che portano a patologie, per esempio cardiovascolari e gastroenteriche (come colon irritabile, gastriti e ulcere peptiche), assenti o con incidenza molto minore nei paesi d'origine. Un'influenza negativa sulla salute dei migranti è esercitata anche dai sistemi sociali e sanitari poco orientati all'accoglienza del diverso e della persona in situazioni di disagio perché non in regola con le normative del paese ricevente. Alle problematiche "tangibili" si aggiunge spesso, per il singolo migrante, anche l'in-

fluenza di alcuni fattori psicologici legati a: differenza di genere (con maggiore vulnerabilità della donna giunta nel paese ricevente rispetto alla popolazione maschile nella medesima comunità); distacco dalla famiglia/figli (più pesante per le donne); insicurezza legata al lavoro; problemi giuridici, linguistici e culturali e anche vissuti di fallimento del percorso di migrazione in caso di percezione e/o di reale discrepanza tra la realtà incontrata nel paese ricevente e le aspettative prima della partenza dalla terra natia. In alcuni casi drammatici, un peso notevole è attribuibile anche ai traumi psicologici e fisici subiti spesso dai rifugiati e dai richiedenti asilo. Tutti questi fattori influenzano e segnano in senso depressivo la salute mentale dei migranti. Si rileva, in proposito, una non trascurabile incidenza di patologie da adattamento-sradicamento caratterizzate da disturbi psicosomatici fino a casi di sindromi neuropsichiatriche e di somatizzazione a carico di diversi organi e apparati, in conseguenza del significativo processo stressogeno (SItI, 2012).

Il medico di medicina generale può svolgere un ruolo chiave nella fase di accoglienza del soggetto immigrato, che spesso si trova in una situazione di isolamento e di scarsa comunicazione con le istituzioni della realtà ospitante. Il medico dovrà fungere da "ponte" per trasmettere al migrante le informazioni utili per promuovere pratiche e atteggiamenti volti a garantire la propria salute e prevenire le patologie; dovrà anche facilitare l'accesso del migrante a eventuali cure, in senso globale, e contribuire alla comprensione del contesto giuridico, economico, geografico e culturale in cui il migrante deve iniziare/continuare a muoversi. Nelle realtà organizzate, un supporto importante ai medici potrebbe essere garantito, a livello sia istituzionale sia di "privato sociale" (organizzazioni di volontariato, onlus, terzo settore, non-profit), dal "mediatore linguistico/culturale". Questa figura ha il compito di facilitare l'inserimento dei cittadini stranieri nel contesto sociale del paese di accoglienza, identificandone i bisogni anche assistenziali e mettendo in atto le opportune modalità di comunicazione per rispondere nel modo più adeguato alle loro necessità e condurli a conoscere e fruire delle risposte offerte dalla rete dei servizi presenti sul territorio di permanenza. Il percorso, anche in termini di salute, dovrebbe condurre all'obiettivo di accostare il migrante a uno standard di vita che, non appiattendolo ma valorizzando le differenze, riduca le distanze e neutralizzi le disuguaglianze tra questo soggetto e i suoi simili del paese ricevente.

Il medico del lavoro o il medico competente che opera a livello aziendale collabora, sin dall'inizio, alla valutazione dei rischi in azienda, anche e specialmente per gli immigrati, e successivamente espleta i compiti più prettamente sanitari, in particolare la sorveglianza sanitaria (Leocata, 2002). In occasione della raccolta dell'anamnesi, il medico può spesso riscontrare "scarsa conoscenza delle patologie familiari e, in generale, un diverso approccio culturale a tali problematiche; difficoltà a ottenere informazioni precise su abitudini di vita e abusi alimentari o voluttuari; difficoltà a ottenere informazioni su pregresse esposizioni a rischio; reticenze (giustificabili) nei lavoratori che temono di rischiare il posto di lavoro, in quelli provenienti da aree di estremo degrado sociale o da zone di guerra e nei profughi politici;

per talune etnie, scarsa abitudine ai sistemi sanitari capillari e complessi e a terapie fondamentali, non scontate per tanti lavoratori migranti (per esempio diabete, asma e ipertensione)” (Palomba, 2008). Molto spesso, il medico competente aziendale è anche la figura sanitaria con la quale i migranti si confrontano maggiormente, anche per la loro ridotta fruizione del Servizio Sanitario Regionale (SSR). L’impresa è un ambito nel quale il lavoratore migrante deve obbligatoriamente sottoporsi ad accertamenti sanitari; ed è perciò anche la situazione privilegiata che consente al medico competente di occuparsi della salute del migrante anche in termini di educazione sanitaria e in relazione ad aspetti clinici collaterali a quelli dovuti a eventuali rischi professionali. Il medico d’azienda, meglio se in collaborazione con il medico di medicina generale, potrebbe essere la figura capace di far emergere e ascoltare le incertezze, i dubbi e le paure del lavoratore straniero; di aiutarlo a individuare, valutare e affrontare positivamente i rischi presenti nel luogo di lavoro e di indirizzarlo, quando necessario, alle altre figure e servizi del SSR, diventando in qualche modo il “medico di fiducia” del lavoratore migrante (Leocata, 2002).

Bibliografia

- CARITAS ITALIANA, FONDAZIONE MIGRANTES (2012) *Dossier statistico immigrazione - 22° Rapporto sull’immigrazione*. Idos Edizioni, Roma.
- CONFERENZA STATO REGIONI (2012) Accordo del 20 dicembre 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e delle Province Autonome italiane”.
- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 31 agosto 1999, n. 394, Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell’articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.
- DECRETO LEGISLATIVO 25 luglio 1998, n. 286, Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.
- DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008, n. 81, Attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- INAIL - ISTITUTO NAZIONALE PER L’ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO (2012) *Rapporto annuale 2011. Parte quarta: Statistiche - Infortuni e malattie professionali*. http://www.inail.it/internet_web/wcm/idc/groups/internet/documents/document/ucm_portstg_095303.pdf.
- LEOCATA G (2002) *Il medico competente*. Il Sole 24 Ore, Milano.
- PALOMBA V (2008) *La tutela della salute dello straniero nell’ambiente di lavoro*. Seminario per i Medici Competenti. ASL Brescia, 26 settembre 2008.
- SITÌ - SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE, MEDICINA PREVENTIVA E SANITÀ PUBBLICA, SEZIONE LOMBARDIA (2012) *Medicina delle migrazioni: la salute del migrante e i fattori di rischio associati*. Cremona, 2012.
- ZANFRINI L (2007) *Sociologia delle migrazioni*. Edizioni Laterza, Roma-Bari.
- ZANFRINI L (2010) Il lavoro. In: FONDAZIONE ISMU, *Sedicesimo Rapporto sulle migrazioni 2010*. Franco Angeli, Milano.

Come mai il lavoro è così determinante per le nostre condizioni di salute? I suoi effetti si limitano a poche, specifiche malattie – magari “antiche”, come la silicosi e il saturnismo – o si manifestano anche in malattie più comuni, come tumori, patologie muscolo-scheletriche, respiratorie e cardiovascolari, disturbi psichici e psicosomatici?

Il lavoro influenza la salute solo producendo malattie o può anche favorire il benessere (non solo dal punto di vista economico)? La stretta correlazione tra lavoro, ambiente e salute – osservata per la prima volta sistematicamente da un medico e scienziato italiano nel XVII secolo – mantiene il suo valore ancora oggi?

Il volume *Medicina del lavoro*, cui hanno contribuito oltre trenta specialisti, intende rispondere a queste domande in modo chiaro, ma con un approccio sempre rigoroso e aggiornato.

In oltre 600 pagine, arricchite da tabelle e figure, sono presentate le principali evidenze su quanto e come le diverse attività lavorative influiscono sullo stato di salute. Vengono inoltre illustrati gli strumenti che permettono al medico di tenere conto dei fattori di rischio connessi al lavoro, sia di fronte ai singoli pazienti, sia in relazione alle comunità nelle quali opera.

Dopo un ampio inquadramento generale della disciplina e delle sue articolazioni, il testo affronta i fattori di rischio e i loro effetti, i rischi per i principali organi e apparati, l'interazione ambiente-genoma, il rischio cancerogeno, alcuni ambienti di lavoro di emergente rilievo, i temi dell'attenzione alla persona e della promozione della salute, l'attuale quadro normativo e il ruolo del medico.

Per le sue caratteristiche, il volume è destinato sia all'uso propriamente didattico, nei corsi universitari e nelle scuole di specializzazione, sia all'aggiornamento professionale e alla consultazione da parte del medico di medicina generale.

Pier Alberto Bertazzi

Clinica del Lavoro “Luigi Devoto”, DISCCO - Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano e Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano.