

Immigrazione e lavoro. Riflessioni su ruoli ed opportunità per il Medico del Lavoro nella tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori migranti

S. PORRU, CECILIA ARICI

Dipartimento di Medicina Sperimentale ed Applicata - Sezione di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale - Università degli Studi di Brescia

KEY WORDS

Migrant workers; occupational health and safety; occupational health inequalities; health surveillance

SUMMARY

«Immigration and work. Roles and opportunities for Occupational Medicine in the health and safety of migrant workers». Background: It is estimated that in Italy there are 4 million migrant workers, accounting for about 10 percent of the total workforce. They contribute to national economic development but they are also heavily involved in the so-called “3D jobs” (dangerous, dirty and demanding/degrading). **Objectives:** To draw occupational physicians’ (OP) attention to the necessity of dealing with occupational health and safety problems related to migrant workers, highlighting his/her role and opportunities, in order to guarantee access to health services and prevent occupational health inequalities. **Methods:** The available data on occupational diseases and accidents among migrant workers are discussed, as well as conditions of individual susceptibility; as an example, data are commented obtained in many years of health surveillance in a foundry. **Results:** Migrant workers may suffer from occupational health inequalities. The OP, by means of focused risk assessment, health surveillance, fitness for work and health promotion, can substantially improve migrant workers’ health. In fact, data from our experience showed how a migrant workforce may be well characterized and also represent an opportunity, instead of being a “risk factor”. **Conclusions:** Within the framework of needs for further methodological and applied research, the OP can play a proactive role in workplaces, aimed at real integration of migrant workers, with overall benefits for workers, enterprises and society.

RIASSUNTO

Si stima che in Italia gli immigrati siano 4 milioni, rappresentando il 10% circa della forza-lavoro. Oltre a contribuire in modo sostanziale alla crescita economica italiana e del Paese di provenienza, essi svolgono in prevalenza lavori gravosi e rischiosi (“3D jobs” = dangerous, dirty and demanding/degrading). Principale obiettivo del nostro contributo è richiamare l’attenzione del Medico del Lavoro (MdL) sulla necessità di occuparsi dei problemi di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro degli immigrati, evidenziandone ruoli ed opportunità. A tal proposito, vengono illustrati i dati disponibili circa malattie professionali ed infortuni sul lavoro in lavoratori immigrati, discusso il tema della suscettibilità individuale, e, a titolo d’esempio, commentati dati di molti anni di sorveglianza sanitaria presso una fonderia in provincia di Brescia, che indicano come una forza-lavoro di immigrati possa essere ben

caratterizzata e costituire anche un'opportunità, anziché rappresentare un "fattore di rischio". Alla luce di alcune necessità di ricerca sia metodologica sia applicata, intendiamo promuovere interventi da parte del MdL mirati alla vera integrazione, innanzitutto sanitaria, del lavoratore migrante, per evitare ineguaglianze di salute, a beneficio di individuo, impresa e società.

INTRODUZIONE

La migrazione è un fenomeno esistente da secoli, motivato e sostenuto da fattori politici, sociali, religiosi (conflitti, nazionalismi, integralismi, con migrazione di profughi, rifugiati, esiliati) ma soprattutto economici, per la ricerca di migliori condizioni di vita e di lavoro, come anche rispecchiato dalla definizione di migrante fornita da vari enti ed istituzioni nazionali ed internazionali, in cui la dimensione "lavoro" appare elemento fondamentale (6, 11).

Negli ultimi anni, si è assistito ad una globalizzazione delle migrazioni, con crescita esponenziale, femminilizzazione e multiculturalità dei migranti. Infatti, in termini numerici, il fenomeno migratorio è molto rilevante. Si stima che nel mondo vi siano circa 200 milioni di migranti (pari al 3% della popolazione mondiale), la metà dei quali lavoratori (distribuiti prevalentemente in Europa e Nord America, dove rappresentano circa il 14% della forza-lavoro). In Italia, gli immigrati sono attualmente circa 4.000.000, pari al 10% della forza-lavoro, con forte, anche se imprecisamente quantificabile, presenza di lavoro irregolare, stimato in circa 350.000 lavoratori. I lavoratori assicurati sono invece stimati intorno all'80-90% della forza lavoro ufficiale. Essi provengono prevalentemente da Romania (22%), Albania (8%), Marocco (7%), Ucraina (4%), e sono residenti per il 70% in 5 regioni del Centro-Nord (Lombardia, Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Lazio) (2, 5, 7).

Deve essere sottolineato che gli immigrati contribuiscono in modo sostanziale alla stabilità ed alla crescita economica del Paese ospite. Infatti, da un lato costituiscono forza-lavoro complementare a quella locale, poiché è ampiamente documentato che sono occupati in larga misura in lavori gravosi e rischiosi (i cosiddetti "3D jobs" = *dangerous, dirty and demanding/degrading*) che i locali non cercano

nè svolgono più, fatto che determina un tasso di occupazione (circa 67,1%) superiore a quello degli italiani (58,1%); dall'altro lato, creano nuovi posti di lavoro attraverso autonome attività imprenditoriali (sono riportate circa 240.000 imprese con titolare immigrato), producendo un gettito fiscale pari al 9,5% del PIL, svolgendo sia lavoro dipendente che autonomo. Da non trascurare i benefici effetti sull'economia del Paese d'origine, attraverso le cospicue rimesse (2, 5, 7, 10).

In Lombardia, si stima che siano presenti circa 1 milione di immigrati (25% del totale nazionale, 11% della popolazione regionale), provenienti prevalentemente da Europa dell'Est, Asia e Nord Africa. Per quanto attiene al livello d'istruzione, in Lombardia più del 16% sono laureati e circa il 42% diplomati. Il tasso medio di occupazione è del 92%, con prevalenza di dipendenti regolari, in particolare operai generici nell'industria, operai edili, addetti alla ristorazione/alberghi, domestici. È poi da rilevare che il 12% degli immigrati occupati sono lavoratori autonomi, per un totale di circa 32.000 imprese censite. Si sta assistendo, inoltre, ad una stabilizzazione dell'immigrazione, con una crescita significativa degli occupati che lavorano in Italia da oltre 10 anni. Interessanti valutazioni ed analisi sociologiche, demografiche ed occupazionali sono state compiute in particolare in Lombardia da un osservatorio, i cui dati sono di notevole interesse culturale ed applicativo anche per il Medico del Lavoro (MdL) (10).

In considerazione del numero di lavoratori immigrati coinvolti, del tipo di lavori cui sono adibiti, della carenza sostanziale di sistematici ed ampi dati relativi alle problematiche di Medicina del Lavoro per questi lavoratori, alle carenze di ricerca scientifica applicata nel settore, obiettivi del nostro contributo sono richiamare l'attenzione della nostra disciplina sulla necessità di occuparsi, sotto vari aspetti, dei problemi di tutela della salute e della si-

curezza sul lavoro degli immigrati, evidenziare ruoli ed opportunità per il MdL in tale campo e sottolineare l'importanza di rispondere con professionalità alle necessità di salute e sicurezza lavorativa di tali individui (3).

IMMIGRAZIONE, SALUTE E SICUREZZA

Perché il MdL dovrebbe occuparsi in modo peculiare di salute e sicurezza sul lavoro negli immigrati? Numerose sono le motivazioni a tale proposito. Innanzitutto, per una necessità etico-deontologica, in quanto i bisogni di salute appaiono, almeno in questa fase di ciclo socio-economico, in generale più rilevanti ed urgenti rispetto a quelli dei lavoratori italiani. Inoltre, la normativa (D.Lgs. 81/2008, modificato ed integrato dal D.Lgs. 106/2009) indica chiaramente di considerare le differenze di etnia, in particolare nella valutazione dei rischi, e quelle di lingua nelle attività di informazione, formazione, addestramento e, come logica conseguenza, anche per le attività di sorveglianza sanitaria (SS), di provvedimenti clinici e di idoneità lavorativa, che devono oltretutto essere improntate alle più recenti evidenze tecnico-scientifiche (di cui daremo conto più avanti) ed al codice etico ICOH per i professionisti di Medicina del Lavoro (nei suoi principi attinenti ad equità, tutela del posto di lavoro, non discriminazione). Ciò impone uno sforzo verso l'integrazione in termini anche di salute e di attenzione onnicomprensiva all'individuo-lavo-

ratore da parte del MdL. Vi è, poi, un punto, relativo alla responsabilità sociale delle imprese, per il quale, fra i tanti possibili contenuti, quello relativo alla tutela della salute e sicurezza di persone che potrebbero essere svantaggiate appare fondamentale per il ruolo del MdL.

È interessante rilevare come negli ultimi anni si sia venuta a configurare anche in Italia una sorta di geografia dei mestieri (tabella 1), tale per cui alcune etnie tendono a specializzarsi in specifiche occupazioni, anche in considerazione di reti etniche che svolgono un'interfaccia tra nuovi arrivati e mercato del lavoro. Tuttavia, se da un lato ciò può essere positivo per l'integrazione, dall'altro lato la maggioranza delle mansioni attinenti a tali settori non tende a valorizzare il talento individuale, con ad esempio il 40% degli immigrati laureati (13% del totale) ed il 60% dei diplomati occupati in lavori manuali o non qualificati (lavori 3D) (4).

È noto da tempo il circuito che lega tra loro la condizione di immigrato, lo stato socio-economico, livello di integrazione sociale, accesso ai servizi sanitari di prevenzione, diagnosi e cura e lo stato di salute, in un'interazione che porta spesso ad un circolo vizioso, intuitivo ma dimostrabile con pertinenti indicatori, che, alla fine, conduce ad un peggioramento dello stato di salute. In base ai dati disponibili, risulta che i motivi dell'accesso ai servizi sanitari (pubblici e del volontariato) italiani da parte di immigrati siano, in ordine di frequenza decrescente: eventi fisiologici (gravidanze); eventi accidentali (traumi, infortuni sul lavoro); malattie dell'apparato

Tabella 1 - "Specializzazioni etniche" nelle occupazioni in Italia
Table 1 - Jobs that immigrants "specialise in" in Italy, by ethnic origin

Occupazione	Etnia prevalente
Servizi sociali e alle famiglie (badanti, baby-sitter, colf)	Donne cingalesi, filippine, ucraine, russe, ecuadoriane e peruviane
Allevamento bovino e ovino	Indiani sikh, pakistani
Raccoglitore di prodotti agricoli	Marocchini, senegalesi, albanesi, romeni
Settore delle costruzioni	Romeni, croati, serbi
Industria	Africani
Industria metallurgica	Marocchini, centro-africani, croati, serbi
Commercio e ristorazione	Asia occidentale
Pizzaiolo e lavapiatti	Egiziani, romeni, filippini, croati, serbi

muscolo-scheletrico; malattie dell'apparato digerente; disturbi cardiocircolatori; malattie dell'apparato respiratorio; malattie dell'apparato riproduttivo femminile; malattie del sistema nervoso; malattie infettive (in particolare, TB, HIV, malaria di ritorno dal Paese d'origine), che rappresentano, contrariamente forse a quanto comunemente percepito, una delle cause meno frequenti di ricorso a cure mediche (circa 5% del totale). Uno sguardo a queste motivazioni suggerisce che il MdL deve occuparsi di patologie che possono sia essere lavoro-correlate, sia rappresentare condizioni di suscettibilità individuale verso fattori di rischio lavorativo e richiedere quindi una protezione sanitaria aggiuntiva con specifica SS ed attenzione ai fini della formulazione del giudizio di idoneità specifica (1, 10, 14, 15).

Per quanto attiene alla suscettibilità genetica, per il lavoratore immigrato è qui importante ricordare che:

- alcuni polimorfismi genetici (NAT2 "lento", GSTM1 null), associati a un significativo incremento di rischio di neoplasie vescicali e polmonari in esposti a cancerogeni occupazionali quali amine aromatiche ed IPA rispettivamente, hanno prevalenza significativa anche in soggetti di etnia asiatica ed africana;
- emoglobinopatie, in particolare S (con prevalenza del 22% in popolazioni dell'Africa Occidentale) possono comportare suscettibilità verso particolari attività/situazioni lavorative che comportano esposizione ad agenti quali piombo, derivati amminici e nitrici degli idrocarburi aromatici; inoltre, condizioni lavorative che possono comportare rischio di disidratazione, esposizione a basse temperature, ipossia, sono da considerare a rischio;
- le talassemie (prevalenza 10-15% in area mediterranea e sud-est asiatico per la Beta, anche del 30-60% per l'alfa, in neri africani e sud-est asiatico), sono di interesse per le esposizioni a piombo e per la relativa gestione del monitoraggio biologico;
- vi è una certa frequenza di cardiopatie congenite, quali la cardiomiopatia dilatativa idiopatica e la fibrosi endomiocardica che sono considerate endemiche nell'Africa sub-sahariana, nonché di malformazioni cardiache; ciò è naturalmente di rilievo nelle attività quotidiane di SS del MdL.

Tra le condizioni di suscettibilità acquisite va menzionata l'ipertensione arteriosa, che negli africani sub-sahariani ed afro-americani presenta maggiore prevalenza, insorgenza media più precoce (<50 anni), maggiore aggressività, frequente multi-farmaco-resistenza e conseguente prognosi peggiore.

Un altro tema di un certo interesse anche applicativo è rappresentato dalla scelta di opportuni valori teorici di riferimento che tengano conto dell'etnia, sia per il monitoraggio biologico, sia per la sorveglianza sanitaria di lavoratori stranieri in azienda. A tale proposito, ci si riferisce in particolare agli accertamenti chimico-clinici, in quanto i valori di riferimento forniti dai laboratori sono ottenuti su campioni di soggetti residenti nel territorio, con problemi di interpretazione ed incerta validità per popolazioni provenienti da altre aree geografiche; inoltre, è notoria la neutropenia, a volte anche molto marcata, nella maggior parte dei casi benigna, che interessa le popolazioni africane. Per quanto attiene, poi, alle prove di funzionalità respiratoria, le attuali equazioni per i valori di riferimento possono portare in taluni casi a limitata sensibilità (con conseguenti falsi negativi, in particolare in caso di alterazioni precoci) ed in altri a scarsa specificità (con conseguenti falsi positivi), in particolare in immigrati non europei. Le recenti linee guida della SIMLII (8) trattano comunque puntualmente questo argomento, che richiede attenzione da parte del MdL sia nella scelta dello strumento, sia nell'esecuzione delle prove, sia nella loro interpretazione.

Un altro aspetto molto rilevante per il MdL è il quadro - per gli immigrati rispetto agli autoctoni - di probabile e possibile ineguaglianza in tema di salute, anche occupazionale, attribuibile a vari determinanti socio-economici in generale e lavorativi in particolare.

L'immigrato arriva in Italia con un patrimonio di salute generalmente integro, poiché in una certa misura si seleziona, per lavorare, un giovane adulto appartenente a classi sociali d'origine meno svantaggiate. Questo patrimonio può essere progressivamente ed anche rapidamente dissipato, sia per ragioni non lavorative, quali il disagio psico-sociale, il clima e le condizioni alimentari differenti, l'assenza di supporto familiare ed il degrado abitativo, sia per

fattori più propriamente occupazionali, quali lo svolgere in larga misura lavori 3D, con esposizione a rischi per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro in maniera più significativa rispetto ai lavoratori autoctoni, per particolari rapporti di lavoro (non assicurato-irregolare, flessibile), per barriere linguistiche e socio-culturali, per difficoltà di accesso ai servizi sanitari sia generali che nei luoghi di lavoro, dovute all'emarginazione ed alla mancanza di informazione. Tutto ciò determina l'instaurarsi di una sorta di circolo vizioso, che può comportare ulteriori ineguaglianze di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, un effettivo peggioramento della salute ed una condizione di maggiore suscettibilità, correlate direttamente allo stato di migrante. D'altra parte, è anche vero che, nel complesso, i servizi sanitari disponibili si fanno carico di un numero consistente di migranti, incrementando così le possibilità di diagnosi e cura del migrante.

La letteratura internazionale documenta nei lavoratori migranti una prevalenza significativa di varie malattie occupazionali o lavoro-correlate, tra cui: disturbi muscolo-scheletrici, malattie respiratorie da irritanti, intossicazioni da pesticidi, dermatopatie, malattie infettive, ipoacusie da rumore, neuropatie (1, 3, 4, 14).

Mediante una ricerca, non sistematica, della letteratura (PubMed, 1954-2009), non abbiamo reperito revisioni italiane sull'argomento, né sono disponibili sistematici confronti epidemiologici con quanto rilevato nelle popolazioni autoctone. D'altro canto, i correnti dati INAIL documentano, negli ultimi 5 anni, un progressivo incremento delle denunce per malattia professionale in lavoratori stranieri nel settore dell'Industria e dei Servizi (+48,6%), nettamente superiore all'incremento registrato nello stesso periodo in lavoratori italiani (+9,9%). Le malattie di più frequente segnalazione risultano essere ipoacusie, affezioni dei dischi intervertebrali, tendiniti, sindrome del tunnel carpale e dermatopatie, in lavoratori di varie etnie (7).

Per gli infortuni sul lavoro, l'evidenza disponibile in letteratura internazionale documenta una maggiore gravità degli eventi in complesso, maggiore incidenza di casi mortali e un minor accesso all'indennizzo (1, 3, 4). La letteratura nazionale indica una maggiore incidenza di infortuni in lavoratori

immigrati (Incidence Ratio = 1,63; IC 95% 1,34-1,98), soprattutto con contratto di lavoro atipico e/o irregolari (tasso di infortunio in immigrati irregolari = 147 per 1000 vs 65 per 1000 in quelli regolari), in particolare in agricoltura, edilizia, metallurgia e metalmeccanica (9, 12). I dati INAIL relativi agli ultimi 8 anni documentano un progressivo incremento di infortuni denunciati a carico di lavoratori immigrati, in controtendenza rispetto a quanto osservato nello stesso periodo per i lavoratori italiani. Nel 2008, il peso degli infortuni dei lavoratori immigrati è risultato pari a circa il 16% del totale. Questi dati su infortuni e malattie lavoro-correlate testimoniano che per il MdL è necessario intervenire per la loro prevenzione.

IMMIGRAZIONE E MEDICINA DEL LAVORO SUL CAMPO

Per varie ragioni, anche contingenti, il MdL in azienda è spesso il primo, talora l'unico, sanitario a farsi carico dei lavoratori migranti, per la cui tutela della salute e sicurezza sono meritevoli di attenzione diversi aspetti, tra cui:

- differenze culturali e religiose, che possono influenzare sia lo stile e le abitudini di vita che la percezione di salute e malattia (si pensi al digiuno per motivi religiosi, all'uso di medicine non convenzionali, alle differenti tipologie di carattere dei vari popoli);
- la ricostruzione, spesso non facile anche per motivi linguistici, dell'anamnesi lavorativa, con particolare riferimento a lavori gravosi, rischiosi e precari;
- anamnesi patologica, esame obiettivo ed esami strumentali e/o di laboratorio, che debbono essere finalizzati sia alla diagnosi clinica ed eziologica sia, in particolare, all'identificazione di eventuali condizioni di suscettibilità genetica e/o acquisita (quali quelle più sopra richiamate, peculiari per i migranti), ai fini di adeguata SS, preventiva e periodica, formulazione del giudizio di idoneità, protezione e promozione della salute;
- inclusione nella valutazione del rischio e nella relazione sanitaria annuale di considerazioni in

merito ad eventuali differenze etniche in tema di rischio, di descrizione dello stato di salute, di provvedimenti preventivi specifici per i lavoratori migranti.

Inoltre, il MdL in azienda può svolgere un ruolo determinante nell'ambito dell'informazione/formazione, effettuando quelle essenziali attività di *counselling* su rischi specifici, su specifici accertamenti sanitari e su promozione della salute, che sono un sicuro e qualificato supporto per l'effettiva integrazione del lavoratore migrante.

Nella pratica quotidiana, la probabilità, ad oggi, che ciascun MdL si possa trovare di fronte a specifiche situazioni che richiedano un intervento in vari campi è elevata. Ma è anche molto ampio lo spazio di manovra che si apre per il ruolo e la professionalità del MdL.

Ad esempio, nell'ambito di un progetto per prevenzione, monitoraggio e controllo degli infortuni sul lavoro nell'industria fusoria (piuttosto rilevante in Italia) tuttora in corso e da noi coordinato (13), è stato possibile rilevare la significativa presenza di lavoratori stranieri per 36 fonderie (26 appartenenti al comparto dei metalli ferrosi e 10 a quello dei metalli non ferrosi, circa 4.700 addetti/anno): i la-

voratori immigrati sono circa 1.150, ovvero il 24% della forza-lavoro, provenienti prevalentemente da Paesi extra-europei (83%, Africa e Asia), e sono particolarmente presenti nel Nord Est (50%) e nella piccola impresa (dove rappresentano in media il 34% della forza-lavoro); moltissimi di loro svolgono i lavori più a rischio nel settore. Da quanto risulta da circa 20 anni di SS presso una fonderia di metalli non ferrosi in provincia di Brescia (circa 70 addetti/anno) da noi seguita, gli immigrati rappresentano il 46% della forza-lavoro. Nei lavoratori immigrati, rispetto ai colleghi italiani, è stata documentata una maggiore prevalenza di: ipertensione arteriosa (26% vs 22% italiani); valvulopatie cardiache (7% vs 0% italiani), aritmie cardiache (3% vs 0% italiani); sindrome restrittiva (14% vs 0% italiani); leucopenia (26% vs 0% italiani), nella metà dei casi rappresentata da neutropenia; emoglobinopatie (29% vs 0% italiani), di cui 13% HbS eterozigote, 13% HbC eterozigote e 3% HbC omozigote; microematuria (13% vs 3% italiani).

D'altra parte, una forza-lavoro di immigrati può essere un'opportunità aziendale e non rappresentare, per altri versi, un "fattore di rischio". Infatti (figura 1), negli ultimi 8 anni il monitoraggio biolo-

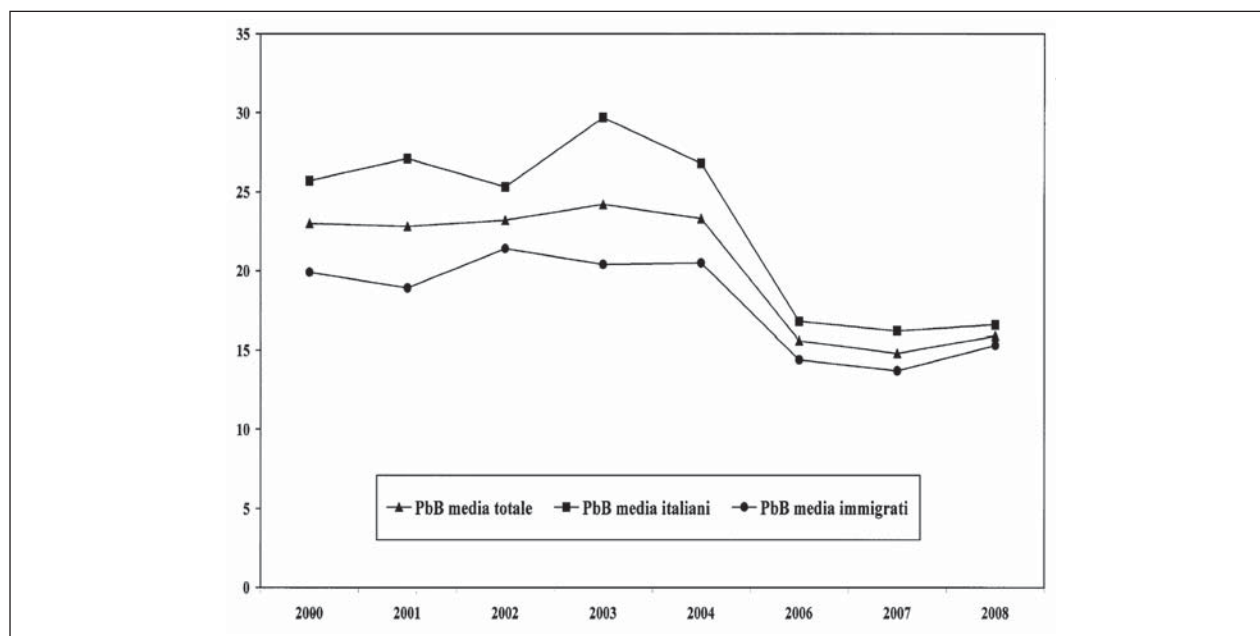


Figura 1 - Andamento dei valori di piombemia (PbB, µg/dl) media in gruppi di lavoratori di una fonderia di ottone e bronzo

Figure 1 - Trend of mean blood lead levels (PbB, µg/dl) in different groups of workers in a brass and bronze foundry

gico per esposizione a piombo ha documentato nei lavoratori immigrati valori di piombemia media costantemente inferiori a quelli dei colleghi italiani, nonostante la stessa tipologia di esposizione. Inoltre, per quanto attiene al fenomeno infortunistico, gli immigrati, rispetto agli italiani, presentano una frequenza relativa complessiva del 40% inferiore rispetto agli italiani; tale frequenza è ancora più bassa per i corpi estranei oculari, per una dimostrata maggior aderenza alle procedure di sicurezza. Infine, anche per un impegno specifico sia aziendale sia del MdL, essi risultano nel complesso ben integrati nel tessuto aziendale, come testimoniato da un'anzianità lavorativa media in azienda (8,9 anni) superiore a quella dei colleghi italiani (8,1 anni).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Gli operatori di salute occupazionale debbono prendere atto non solo dell'espansione e della rilevanza del fenomeno dell'immigrazione, e della previsione, per il 2030, di circa 8 milioni di immigrati in Italia, ma anche dell'ineluttabile compresenza di mobilità dei migranti e del loro progressivo radicamento e stabilizzazione nel territorio e, almeno in una certa misura, anche nel tessuto sociale nazionale. Il MdL deve affrontare, in modo mirato, il tema della salute e sicurezza del lavoratore migrante, per le varie motivazioni di carattere etico-deontologico, tecnico-scientifico, legislativo, epidemiologico e di sanità pubblica che sinteticamente si è cercato di richiamare in questo contributo.

Egli, a nostro parere, può contribuire sostanzialmente all'integrazione degli immigrati come persone e come lavoratori, sia prestando attenzione ed assistenza a colui che soffre, al disabile e al debole, provvedendo alle risposte concrete ai suoi bisogni di salute, sia garantendo un adeguato accesso al servizio sanitario aziendale, sia, più sul versante gestionale, favorendo lo sviluppo e l'ampliamento di contenuti relativi alla responsabilità sociale delle imprese, essenziale per garantire un adeguato livello di tutela della salute e sicurezza e per creare un lavoro sano e sicuro per tutti. A tal fine, è essenziale che il MdL adotti un approccio multiculturale

aperto e multidisciplinare nello svolgimento delle attività di valutazione del rischio, SS e informazione/formazione dei lavoratori, al fine ultimo di innescare e mantenere un circolo virtuoso che, attraverso il miglioramento delle condizioni di salute, porti a determinare le migliori opportunità per un'effettiva integrazione anche sociale.

Infine, dall'analisi della letteratura, delle attività correnti dei MdL e delle priorità di ricerca formulate anche da prestigiose istituzioni (1,3), emerge una necessità di ulteriori ricerche in numerose aree attinenti al rapporto tra immigrazione, salute e lavoro. In particolare, appare sempre più necessario: elaborare appropriati modelli concettuali per la comprensione sistematica delle evidenze empiriche per una popolazione lavorativa speciale; produrre più dati di alta qualità e più affidabili, così come costruire per gli immigrati gli appropriati sistemi di informazione; sviluppare strumenti, misure ed indicatori di salute occupazionale e non, adeguati alla specifica realtà degli immigrati; condurre studi epidemiologici analitici sia per gli ambienti di lavoro che di vita, essenziali per una maggiore comparabilità dei dati, per la valutazione delle priorità di ricerca e per la valutazione dell'efficacia degli interventi; esaminare più approfonditamente le correlazioni tra variabili demografiche, etniche, culturali, religiose, stili di vita, rischi lavorativi e patologie ed infortuni nei migranti; effettuare studi di valutazione di efficacia di interventi preventivi e di sostegno e rinforzo delle attuali misure legislative specifiche; mirare a politiche che premino lo sviluppo di buone pratiche, un maggiore accesso ed un maggiore qualità dei servizi sanitari aziendali.

La disciplina Medicina del Lavoro non può sottrarsi a tali sfide. Il MdL deve farsi promotore attivo di interventi che mirino alla vera integrazione soprattutto sanitaria del lavoratore migrante, in un momento storico ed economico-sociale particolarmente delicato, in cui la figura professionale del MdL può rappresentare un punto di riferimento essenziale e svolgere un ruolo rilevante a beneficio di individuo, impresa e società.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. AHONEN EQ, BENAVIDES FG, BENACH J: Immigrant populations and health – a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health* 2007; 33: 96-104
2. BANCA D'ITALIA: L'immigrazione nelle regioni italiane. In *L'economia delle regioni italiane nell'anno 2008*. Roma, 2009: 62-68. http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/econo/ecore/sintesi/eco_reg_2008
3. BENACH J, MUNTANER C, CHUNG H, et al: Immigration, Employment Relations, and Health: Developing a Research Agenda. *Am J Ind Med* 2009. Epub ahead of print, DOI: 10.1002/ajim.20717
4. CAPACCI F, CARNEVALE F, GAZZANO N: The Health of Foreign Workers in Italy. *Int J Occup Environ Health* 2005; 11: 64-69
5. CARITAS/MIGRANTES: *Immigrazione*. Dossier Statistico 2009 - XIX Rapporto. www.dossierimmigrazione.it
6. INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION: *Facts on Labour Migration*. Geneva, June 2006. www.ilo.org/com-munication
7. ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO: Infortuni e lavoratori stranieri. In: *Rapporto Annuale 2008*: 34-45
8. MAESTRELLI P, BOSCHETTO P, CARTA P, et al: *Linee Guida per la sorveglianza sanitaria di lavoratori esposti ad irritanti e tossici per l'apparato respiratorio*. Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, 2009
9. MARCHIORI L, MARANGI G, MAZZOCCOLI P, et al: Una procedura per la stima del tasso di infortunio nei lavoratori extracomunitari irregolari. *Med Lav* 2008; 99: 76-87
10. OSSERVATORIO REGIONALE PER L'INTEGRAZIONE E LA MULTIETNICITÀ - FONDAZIONE ISMU: *L'immigrazione straniera in Lombardia. L'ottava indagine regionale*. Rapporto 2008. www.ismu.org
11. PASETTI M, PINNAS P: *Migrazioni e lavoro*. 2008-2009; *dossier numero 4-5*. http://www.storicamente.org/07_dossier/migrazioni-e-lavoro.htm
12. PATUSSI V, BARBINA P, BARBONE F, et al: Confronto dell'incidenza degli infortuni tra lavoratori tipici, interinali e migranti del Friuli-Venezia Giulia. *Epidemiol Prev* 2008; 32: 35-38
13. PORRU S, ARICI C, CALZA S, et al: Prevenzione degli infortuni sul lavoro nelle fonderie: intervento multidisciplinare e verifica di efficacia. *Med Lav* 2009; 100: 290-294
14. SHURING M, BURDORF A, KUNST A, et al: Ethnic differences in unemployment and ill health. *Int Arch Occup Environ Health* 2009; 82: 1023-1030
15. SOLEO L, VIMERCATI L: Il medico del lavoro nella società multietnica. In D. Casula (Ed): *Medicina del Lavoro*. Bologna: Monduzzi Editore, 2003 (III edizione): 905-908