Sistema Salute, 61, 3 2017: pp. 127-138

La salute dei lavoratori stranieri in Italia
Work-related health problems among immigrant workers in Italy

Erica Eugeni, Flavia Sesti, Anteo Di Napoli, Giovanni Baglio

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Parole chiave: lavoratori immigrati, infortuni, malattie professionali, discriminazioni

RIASSUNTO

Introduzione: la salute dei migranti in relazione al lavoro e ai settori e alle condizioni di impiego nei quali più comunemente essi si trovano a essere arruolati, costituisce un'importante questione di salute pubblica, sebbene i dati a disposizione siano frammentari e il tema sia scarsamente affrontato nella letteratura scientifica.

Obiettivi: offrire un quadro generale sulle condizioni di salute lavoro-correlate degli immigrati presenti nel nostro Paese.

Metodi: è stata condotta una revisione narrativa di studi sulla salute in ambito occupazionale.

Risultati: i lavoratori stranieri in Italia rappresentano una categoria particolarmente vulnerabile, in ragione di un più alto rischio infortunistico rispetto ai lavoratori italiani e di una maggiore esposizione a condizioni di discriminazione. Il lavoro precario, la carenza di formazione, il ridotto utilizzo di dispositivi di protezione individuale, la scarsa conoscenza della lingua sono da ritenersi tra i principali fattori che influenzano le condizioni di salute dei lavoratori stranieri. Per quanto riguarda la discriminazione, emerge una maggiore esposizione ad atti di prepotenza e vessazione sul lavoro, soprattutto tra gli uomini in contesti di lavoro manuale, quali cantieri o fabbriche. Tra le donne, viene invece segnalata una discriminazione più legata a un differente accesso alle opportunità di avanzamento nella carriera o a un mancato riconoscimento delle proprie capacità professionali.

Conclusioni: alla luce dei dati attualmente disponibili, emerge la necessità di sviluppare interventi orientati alla formazione e alla tutela della salute negli ambienti di lavoro, soprattutto a vantaggio dei gruppi sociali più deboli. È, inoltre, auspicabile intraprendere un maggior numero di studi volti a indagare i meccanismi sociali e culturali che accrescono il rischio di malattie riconducibili al lavoro.

Keywords: immigrant workers, work-related injuries, occupational diseases, discrimination

Autore per corrispondenza: baglio.giovanni@yahoo.it

SUMMARY
Introduction: work-related health problems among immigrants in Italy is an emerging concern, even if available data are fragmentary and the topic has not received nearly enough attention in scientific literature.
Objectives: this paper intends to offer a depiction of work-related heath conditions of migrant workers in our Country.
Methods: a non-systematic review has been carried out on occupational health.
Results: in Italy immigrant workers represent a vulnerable category, exposed at higher risk of injuries and discrimination compared to Italian workers. Precarious work, lack of training, inadequate use of individual protection equipment, limited knowledge of the language are the principal determinants of work-related health conditions. With regard to discrimination, available data suggest an increased exposure to abuses and bullying among men, in particular in work environment such as building sites or factories. Among women, the discrimination is more related to advancement opportunities or professional skills recognition.
Conclusions: there is a need to develop initiatives for training of immigrants and protection of their health in the work environment. Furthermore, more studies should be carried out to investigate social and cultural factors that increase the risk of work-related health problems.

Le dinamiche di salute della popolazione straniera in Italia

Tracciare il profilo di salute della popolazione immigrata è un'operazione che presenta limiti e difficoltà, soprattutto per quanto riguarda la porzione rappresentata dai migranti irregolari. È tuttavia possibile tracciare un quadro complessivo sulla base delle evidenze disponibili e fare alcune considerazioni a margine, tenendo anche in conto l'azione di spinte selettive che agiscono all'inizio e alla fine del percorso migratorio e di altri fattori che influenzano la condizione generale di salute dei migranti, come la qualità della relazione con i servizi sanitari – in termini soprattutto di accessibilità a questi ultimi – e l'efficacia dei processi di integrazione.
Tra le spinte selettive è necessario considerare, in primo luogo, il cosiddetto effetto "migrante sano": coloro che decidono di emigrare sono, infatti, principalmente individui in buone condizioni di salute. L'espressione fa riferimento a una dinamica evidenziata nell'ambito dell'epidemiologia occupazionale e nota come "effetto lavoratore sano – *healthy worker effect*", per cui i soggetti che vengono normalmente assunti risultano complessivamente in buona salute o comunque non affetti da patologie croniche e/o disabilità. Tale situazione si riflette sui tassi di morbosità/mortalità dei lavoratori, che risultano essere, nelle fasi iniziali, più bassi rispetto alla popolazione generale (1).
Un ulteriore meccanismo selettivo si attiva, invece, al termine del percorso migratorio ed è noto, nella letteratura epidemiologica internazionale, come "effetto salmone", in analogia con il comportamento di questo animale che risale il fiume per deporre le uova e lasciarsi morire. L'espressione fu utilizzata per la prima volta da Pablo-Mendez (2) per descrivere l'abitudine degli immigrati anziani di far ritorno nel proprio Paese d'origine, specie se malati.
Le spinte selettive sin qui descritte tendono a mantenere complessivamente alto il livello di salute della popolazione immigrata. Su tale popolazione, tuttavia e soprattutto sulla quota ir-

regolare, incidono anche fattori che operano in direzione opposta e che dipendono in larga parte dalla qualità e quantità delle tutele garantite dal SSN e dai singoli contesti regionali e locali (accesso alle cure e alle misure di prevenzione) e dal livello di integrazione (socio-culturale, economica ed evidentemente lavorativa) raggiunto dal migrante. La relazione con i servizi socio-sanitari, in particolare, rappresenta un aspetto che contribuisce in maniera significativa a modificare lo stato di salute generale dei migranti. Benché in Italia l'accesso al SSN sia garantito da una legislazione complessivamente inclusiva, in questi anni il progressivo decentramento politico-amministrativo avviato con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001 ha determinato forti disomogeneità territoriali rispetto alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nelle diverse regioni italiane: un aspetto del fenomeno che Zincone (1994) ha definito "il localismo dei diritti" (3). A distanza di oltre quattro anni dalla pubblicazione dell'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012, si rileva ancora una forte disomogeneità nelle politiche di accesso all'assistenza sanitaria per gli stranieri, sia tra le regioni, sia talvolta all'interno di uno stesso contesto territoriale, con interpretazioni locali delle norme che limitano l'inclusione e talora determinano forme di discriminazione (4-12).

Questi fattori possono favorire l'insorgenza di quella condizione comunemente nota come "migrante esausto", a indicare la perdita progressiva dello stato di benessere e salute posseduto all'origine, a causa della ripetuta esposizione a condizioni di vita e lavoro sfavorevoli, nei contesti di arrivo (13).

Particolarmente rilevante risulta attualmente il tema della salute mentale, dal momento che sono sempre più numerose le testimonianze relative al carico di difficoltà psichica dei migranti. In particolare, uno studio condotto in Italia a partire da dati ospedalieri ha evidenziato, a livello nazionale, un aumento considerevole dei ricoveri nei servizi psichiatrici di pazienti stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (Pfpm), soprattutto tra gli uomini (14). Tali dati, tuttavia, necessiterebbero di maggiore approfondimento, dal momento che una pluralità di fattori tra cui le differenze linguistiche e culturali e le difficoltà manifestate dagli operatori dei servizi di prima e seconda accoglienza nella relazione con i migranti, potrebbero aver indotto a un ricorso improprio ai servizi di salute mentale (13).

In questo articolo, in particolare, si intende affrontare il tema della salute dei migranti in relazione al lavoro e, nello specifico, ai settori e alle condizioni di impiego nei quali più comunemente essi si trovano a essere arruolati. La precarietà delle condizioni occupazionali e le disparità alle quali gli immigrati sono sovente esposti costituiscono, infatti, un importante problema di sanità pubblica, sebbene la letteratura scientifica in merito sia ancora scarsa e i dati sulle malattie lavoro-correlate siano disponibili solo a livello nazionale.

I lavoratori stranieri: una categoria vulnerabile

L'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) ha stimato che i lavoratori immigrati, nel mondo, sono circa 150 milioni. Il settore dei servizi assorbe circa il 71% di tali lavoratori,

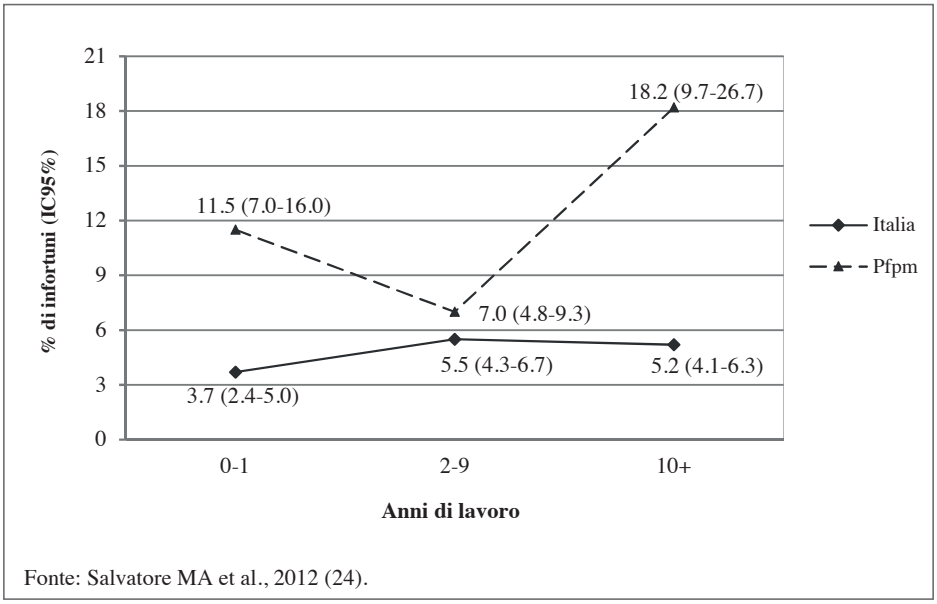
mentre il 18% è impiegato nel manifatturiero e nelle costruzioni, l'11% in agricoltura (15).
Per quanto riguarda l'Italia, secondo i dati riportati nel Sesto Rapporto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali "*Gli immigrati nel mercato del lavoro in Italia*" (16), nel 2015 i lavoratori con cittadinanza extracomunitaria erano 1.578.648 (pari al 7% del totale degli occupati di età maggiore o uguale a 15 anni). La comunità più rappresentata era quella albanese (13%), seguita dalla ucraina, dalla marocchina e dalla filippina (ciascuna intorno al 9%), e dalla moldava (7%). Sono queste le uniche comunità a superare la soglia delle 100 mila presenze.
Rispetto alla tipologia di attività economica, i lavoratori immigrati risultano essere impiegati soprattutto nel settore dei servizi (57%), nell'industria in senso stretto (18%), nel commercio (10%), e in misura minore nelle costruzioni (8%) e nell'agricoltura (5%). È emersa, inoltre, la tendenza da parte degli immigrati a concentrarsi in specifici ambiti occupazionali sulla base della provenienza: ad esempio, più dei 2/3 dei filippini e degli ucraini si dedicano ai servizi alla persona, il 58% dei ghanesi trova impiego nell'industria, il 29% degli indiani nell'agricoltura, il 41% dei cinesi nel commercio e il 27% degli egiziani nel settore alberghiero e della ristorazione. Indipendentemente dall'attività svolta, tende a delinearsi a carico dei lavoratori immigrati una condizione di particolare vulnerabilità, per diverse ragioni che li espongono a situazioni di rischio e discriminazioni, come anche recentemente documentato da un'indagine conoscitiva dell'INAIL (16).
In primo luogo, è necessario considerare come essi occupino spesso una posizione precaria nel mondo del lavoro, sebbene con differenze significative legate alla cittadinanza e ai settori di impiego. I lavoratori immigrati, inoltre, trovano spesso impiego in settori per i quali è richiesta una bassa qualificazione e spesso risultano eccessivamente qualificati per le posizioni ricoperte, anche in ragione delle difficoltà a ottenere il riconoscimento del proprio titolo di studi. Ad esempio, secondo i dati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (17), la percentuale di lavoratori stranieri in possesso di un livello di istruzione equivalente alla laurea che svolge un lavoro manuale non qualificato corrisponde al 15%, a fronte dell'1,3% degli italiani; mentre è laureato il 14% degli addetti alle vendite e ai servizi personali con cittadinanza extracomunitaria, a fronte del 11% degli italiani. Gli stranieri, infine, sono spesso ingaggiati per lavori pesanti dal punto di vista fisico e rischiosi per la salute, in condizioni generali di sicurezza precarie, e vincolati a orari e turni gravosi (17).

Gli infortuni sul lavoro

Diversi studi internazionali indicano che il rischio di infortuni sul lavoro (mortali e non mortali) tra gli immigrati è più elevato che tra gli italiani (18-21), soprattutto in ambiti specifici a prevalente attività manuale e caratterizzati da elevati livelli di rischio, come l'edilizia e l'industria manifatturiera (22). Peraltro, i dati disponibili si riferiscono agli immigrati regolari e non includono gli irregolari, il cui profilo di rischio è presumibilmente ancor più elevato (23).
In Italia, nel 2015 si sono registrate 636.766 denunce di infortuni sul lavoro, con una diminuzione di circa il 4% rispetto all'anno precedente; di queste, 24.781 (3,9%) relative a stranieri nati in paesi

dell'Unione Europea e 67.675 (11%) in un Paese extra-europeo (17). Una percentuale di infortuni superiore al 77% ha riguardato i settori dell'industria e dei servizi, e il 6% l'agricoltura. Nello stesso anno, sono stati riscontrati circa 1.246 decessi a seguito di infortunio: di questi, 193 (16%) hanno coinvolto lavoratori stranieri, con un incremento pari a circa il 36% rispetto al 2014 (16).
Secondo i dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (16), nonostante sia stata documentata nel 2014, rispetto all'anno precedente, una riduzione degli infortuni nei settori tradizionalmente considerati a maggior rischio, sia sulla totalità dei lavoratori (-4,5%) sia sugli stranieri (-5,7%), l'incidenza infortunistica tra questi ultimi (calcolata come rapporto tra il numero di infortuni denunciati e il totale degli occupati) si è mantenuta più elevata rispetto alla media. Se si considera l'età dei lavoratori, i dati rivelano che nel 2014 circa il 70% degli infortuni si è verificato a carico della fascia compresa tra i 25 e i 49 anni, con una diminuzione del 6,8% rispetto all'anno precedente. In controtendenza, la fascia d'età compresa tra 50 e 64 anni ha registrato un incremento di circa il 6%, con un significativo aumento dei casi mortali (+42,4%). Per quanto riguarda le modalità di accadimento degli infortuni, tra le principali cause riscontrate – tanto per i lavoratori italiani quanto per gli stranieri – si annoverano la perdita di controllo di macchinari e attrezzature, lo scivolamento o inciampamento con caduta di persona, i movimenti del corpo (con o senza sforzo fisico). Con riferimento alla provenienza dei lavoratori stranieri infortunati, tra i cittadini UE il 61% era originario della Romania, mentre tra quelli provenienti dall'area extra-UE prevalevano i marocchini (16%) e gli albanesi (13%).
Uno studio di Salvatore ha valutato la frequenza di infortuni sul lavoro tra gli immigrati regolarmente presenti in Italia rispetto ai lavoratori autoctoni, utilizzando le informazioni raccolte dall'Istat nell'ambito dell'Indagine sulle forze di lavoro – secondo semestre 2007 (24).
Mentre per le lavoratrici immigrate non sono emerse differenze significative in confronto alle italiane, per quanto riguarda gli uomini la percentuale di coloro che riferivano almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi è risultata circa doppia (6,0% rispetto a 3,4% negli italiani). Limitatamente a particolari ambiti lavorativi, la distanza tra stranieri e italiani si è dimostrata ben più elevata: ad esempio, per gli stranieri edili non specializzati la probabilità di infortunio è risultata quasi nove volte più elevata rispetto agli italiani (OR=8,6; IC95%: 2,9-26,2). Analogamente, accade ai lavoratori impegnati nella lavorazione del pellame (OR=8,3; IC95%: 1,6-43,3) e del legno (OR=3,6; IC95%: 1,2-11,1). Tra i fattori analizzati, l'anzianità lavorativa è risultata in grado di modificare significativamente i pattern di rischio tra immigrati e italiani. In particolare, tra gli stranieri il rischio di incorrere in un infortunio è risultato essere più elevato nel primo anno di lavoro (11,5%), più basso dopo 2-9 anni (7%) e poi di nuovo alto (18,2%) dopo 10 o più anni. Per contro, l'andamento tra gli italiani rimane piuttosto stabile nel tempo, passando da 3,7% nel primo anno a 5,2% dopo 10 anni o più (figura 1).
Tale diverso pattern suggerisce una maggiore vulnerabilità degli stranieri al logoramento dovuto alla prolungata esposizione a lavori particolarmente usuranti (vedi "effetto migrante esausto"); gli italiani invece sembrano essere maggiormente protetti rispetto a tale effetto, anche in ragione del

Figura 1- Percentuale (e IC95%) di infortuni in lavoratori edili non qualificati, per numero di anni di lavoro. Stranieri da paesi a forte pressione migratoria e italiani (maschi), Italia, 2007.



Fonte: Salvatore MA et al., 2012 (24).

fatto che, con il passare del tempo, i più anziani generalmente si ritraggono dalle attività "di prima linea", mentre questo probabilmente non accade (o almeno non in egual misura) per gli stranieri (24). Infine, per quanto riguarda il ricorso alle strutture di emergenza, uno studio condotto nella regione Lazio ha mostrato un più alto rischio di ospedalizzazione per infortuni sul lavoro da parte degli stranieri provenienti dai Pfpm, rispetto agli italiani (OR=1,6), come possibile conseguenza di una maggiore gravità delle lesioni riportate. Più nello specifico, tra i lavoratori nati in Italia sono state più frequentemente riscontrate contusioni senza soluzione di continuo, distorsioni e distrazioni articolari, fratture, schiacciamenti, artropatie e disturbi correlati; mentre tra i lavoratori nati all'estero, ferite aperte, infortuni da penetrazione di corpo estraneo, ustioni, traumatismi e patologie oculari (25).

Le malattie professionali

Le malattie professionali tra gli immigrati sono state in Italia meno indagate degli infortuni sul lavoro, per via delle criticità presentate dallo specifico sistema informativo. Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (16) sottolinea come il fenomeno sia ampiamente sottostimato, per diverse ragioni. In primo luogo, l'elevata mobilità dei lavoratori immigrati non consente spesso di far maturare le condizioni per la denuncia. Inoltre, le malattie professionali hanno tempi di latenza molto lunghi e si manifestano in genere quando i lavoratori stranieri hanno già lasciato l'Italia (vedi "effetto salmone"). Occorre, infine, considerare che l'immigrazione nel nostro Paese ha assunto solo di recente proporzioni numericamente rilevanti e l'esiguo numero di anni a disposizione non è sufficiente a valutare, con la necessaria affidabilità, l'entità del fenomeno (16).

Nel complesso, le denunce di malattie professionali nel 2015 sono state 58.925 (+2,7% rispetto al 2014), e di queste il 6% ha riguardato lavoratori stranieri (17).
I dati relativi al biennio 2013-2014 (16) hanno mostrato un incremento delle malattie professionali nei lavoratori stranieri, pari a circa il 9%, analogamente a quanto registrato per gli italiani (+11%). Il sistema osteomuscolare e tessuto connettivo rimane quello maggiormente colpito, con il 70% dei casi e un incremento nel 2014 rispetto all'anno precedente pari a +11%. Incrementi rilevanti si sono registrati anche relativamente ai disturbi psichici e comportamentali (+21%, anche se i numeri assoluti restano particolarmente bassi, intorno a 50 casi/anno) e alle malattie del sistema nervoso (+15%); si è invece determinato un calo delle malattie del sistema respiratorio (-18%) e delle malattie del sistema circolatorio (-16%).
Uno studio condotto nel Lazio, riferito al periodo 2000-2009, aveva confrontato lavoratori italiani e stranieri, evidenziando a carico dei primi più frequentemente neoplasie (2,2% *vs* 0,9%), asbestosi (1,9% *vs* 0,2%) e silicosi (1,5% *vs* 0,2%), e meno frequentemente malattie cutanee (1,2 *vs* 2,5%). Per quanto riguarda il comparto, tra gli italiani le malattie professionali riguardavano prevalentemente i trasporti (11% *vs* 4,6%, p<0,01), l'elettricità-gas-acqua (6,4% *vs* 1,8%, p<0,01), la sanità (3,3% *vs* 2,3%, p=0,03), l'industria chimica (2,0% *vs* 0,2%, p<0,01), e con minor frequenza comparti non determinati (0,3% *vs* 3,0%, p<0,01). È stato inoltre evidenziato che, rispetto agli italiani, gli stranieri avevano ottenuto con più difficoltà il riconoscimento di una malattia come professionale (15% *vs* 28%, p<0,01); più spesso denunciavano malattie classificate tra quelle non tabellate, per le quali l'onere della prova dell'origine professionale è a carico del lavoratore (2,9% *vs* 0,9%, p<0,01) (26).
Un'analisi condotta in Italia su dati Istat del 2007 (27) ha stimato una prevalenza di malattie professionali del 5,8% tra gli immigrati e del 7,0% tra gli italiani. Nel complesso, il rischio di malattie correlate al lavoro per gli migranti non è risultato statisticamente più elevato rispetto agli italiani. Per quanto riguarda il settore produttivo, lo studio ha rilevato un rischio più elevato tra gli immigrati nell'industria (OR=1,2; IC95%: 0,94-1,60) e minore nei servizi (OR=0,81; IC95%: 0,69-0,94). Considerando le singole patologie riportate, si è evidenziato un maggior rischio di malattie cutanee tra gli immigrati (OR=1,49) seppur non statisticamente significativo (27).

L'esposizione alle discriminazioni

Con il termine "discriminazione" si intende un trattamento non paritario messo in atto nei riguardi di individui o gruppi, in ragione della loro appartenenza a una specifica categoria. La Legge 125/91 ne ha definito con precisione il concetto e ha introdotto, con riferimento all'ambito lavorativo, la distinzione tra forme discriminatorie dirette e indirette. In particolare, per "discriminazione diretta" si intende l'esito di atti o comportamenti con effetto pregiudizievole nei riguardi dei lavoratori, in conseguenza dell'appartenenza etnica e religiosa o di genere. Con l'espressione "discriminazione indiretta", invece, si intende l'esito di un medesimo comportamento o di un comportamento neutrale, attuato nei riguardi di soggetti che si trovano in condizioni differenti.

È, inoltre, necessario sottolineare come il significato attribuito al concetto di discriminazione e la percezione di essere vittima di episodi riconducibili a tale ambito possa risentire di fattori culturali e sociali.
Nell'ambiente di lavoro sono state individuate diverse forme di discriminazione subite dagli stranieri: sottoinquadramento contrattuale e mancato riconoscimento dei titoli di studio e delle qualifiche professionali, mancato rispetto degli oneri contrattuali e delle condizioni di lavoro, assenza di formazione e addestramento (23). Sono stati inoltre rilevati, soprattutto in contesti lavorativi quali cantieri e fabbriche, atteggiamenti offensivi caratterizzati dall'uso di appellativi razzisti e dalla mancanza di rispetto per la religione e le usanze connesse alla cultura d'origine (28).
Uno studio pubblicato nel 2012 da Salvatore et al. ha analizzato il fenomeno della discriminazione percepita nell'ambiente di lavoro tra gli stranieri regolari provenienti da Pfpm, rispetto agli italiani (29). Emerge come, tra gli uomini, la discriminazione sia prevalentemente riconducibile ad atti di prepotenza e vessazione sul lavoro, soprattutto in ambiti quali cantieri o fabbriche in cui viene segnalata da parte degli immigrati, specialmente africani e asiatici, l'attribuzione di mansioni più faticose e turni di lavoro molto più disagiati. Per contro, tra le donne sembra emergere una diversa tipologia di discriminazione, più legata a un differente accesso alle opportunità di avanzamento nella carriera o a un mancato riconoscimento delle proprie capacità professionali. Non a caso, a sentirsi discriminate sono soprattutto le lavoratrici più istruite e che svolgono professioni maggiormente qualificate. Sembra, inoltre, influire sul fenomeno la ripartizione geografica: in particolare, nelle regioni centro-meridionali, dove le condizioni di lavoro sono in genere meno stabili e vi è un minore grado di integrazione sociale, si rilevano per entrambi i generi rischi più elevati di sentirsi esposti a fenomeni di prepotenza o discriminazione rispetto alle regioni del Nord (29).
Diversi studi hanno evidenziato, inoltre, come la percezione della discriminazione legata allo status di immigrato sia in grado di influire sulle condizioni di salute, alterando l'equilibrio psicologico (30) o aumentando il rischio di malattie cardiovascolari (31). La discriminazione subita dagli immigrati sul luogo di lavoro può essere causa di ansia e insicurezza, e agisce negativamente sullo stato di benessere psico-fisico delle persone, specie di quelle a più alto rischio di esclusione sociale (32).
Uno studio in via di pubblicazione, basato sui dati dell'indagine Istat "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" del 2011-2012, ha analizzato l'associazione tra discriminazione nell'ambiente di lavoro e salute mentale percepita tra gli immigrati regolarmente residenti in Italia. Tra gli intervistati, il 16% ha riferito di aver subito discriminazione sul luogo di lavoro in quanto straniero. Una probabilità più elevata di avere una peggiore salute mentale è stata osservata tra chi dichiarava di aver subito discriminazione sul lavoro perché straniero e tra chi era arrivato da più tempo in Italia (33).

Conclusioni

Alla luce dei dati sin qui riportati, emerge una condizione di particolare vulnerabilità dei lavoratori stranieri, in ragione di un più alto rischio infortunistico rispetto ai lavoratori italiani e di una maggiore esposizione a condizioni di discriminazione. Tale quadro si profila ancor più allarmante, se si considera che tra i lavoratori stranieri potrebbe essere più frequente il fenomeno della sotto-notifica degli infortuni più gravi e della non emersione delle malattie professionali. Il lavoro precario, la carenza di formazione, il mancato riconoscimento delle competenze, il ridotto utilizzo di dispositivi di protezione individuale, la scarsa conoscenza della lingua sono da ritenersi tra i principali fattori che influenzano le condizioni di salute dei lavoratori stranieri (16-17, 23). Una percentuale elevata di lavoratori immigrati, inoltre, è assunta con contratti a breve termine, il che significa che è suscettibile di ricevere meno formazione ed è probabilmente meno consapevole dei rischi.

È, tuttavia, necessario considerare come possano interagire negativamente con il rischio lavorativo anche alcuni fattori riconducibili alle condizioni sociali e al contesto culturale di provenienza: la percezione del rischio; l'investimento in termini economici e di aspettative fatto sul progetto migratorio individuale dal migrante stesso e dal suo *entourage* familiare e sociale; e il ruolo fondamentale ricoperto dalla dimensione economica e da quella lavorativa nel processo di riconoscimento del migrante nel paese di arrivo (34). Tutti questi aspetti, infatti, possono indurre a sottostimare o far passare in secondo piano fattori legati alla qualità dell'ambiente di lavoro e di vita, a fronte della necessità di rispondere alle aspettative, ai bisogni materiali e agli investimenti individuali e della comunità d'origine.

Alla luce dei dati attualmente disponibili e dei risultati degli studi sul tema della discriminazione, emerge la necessità di avviare interventi orientati alla formazione e alla tutela negli ambienti di lavoro, a vantaggio dei gruppi sociali più deboli e in particolar modo degli immigrati che risultano particolarmente esposti. Tali interventi sono contemplati dalle legislazioni europea e nazionale che riconoscono il ruolo dei fattori psicosociali nell'influenzare le condizioni di salute e di sicurezza in ambito lavorativo, e che individuano, tra le categorie particolarmente esposte al rischio di discriminazione, i lavoratori provenienti da altri paesi (35). Sarebbe, inoltre, auspicabile intraprendere un maggior numero di studi volti a indagare i rischi per la salute lavoro-correlati tra i migranti. In particolare, analisi più approfondite sui meccanismi sociali e culturali che accrescono il rischio di malattie riconducibili al lavoro sarebbero estremamente rilevanti ai fini di una migliore comprensione del fenomeno e per orientare le strategie di prevenzione, in particolare nei riguardi dei lavoratori ad alto rischio.

La tutela della salute dei lavoratori stranieri nella legislazione italiana

Il quadro normativo internazionale in materia di tutela della salute dei lavoratori stranieri fa riferimento agli atti emanati dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro, e in particolare la Convenzione concernente i lavoratori migranti (n. 97), la Convenzione concernente le migrazioni nelle condizioni abusive e la promozione dell'eguaglianza di opportunità e di trattamento dei lavoratori migranti (n. 143) e le Raccomandazioni concernenti i lavoratori migranti (n. 86 e n. 151).

A livello nazionale, la normativa specifica di riferimento si inserisce nel più ampio quadro delle leggi sanitarie e di quelle relative alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, a partire dal diritto sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana che definisce la tutela della salute "*come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*". Nella Costituzione italiana, peraltro, il diritto alla tutela della salute è connesso al principio lavorista, di cui all'articolo 1 "*L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro*". Tale principio va analizzato congiuntamente agli articoli 3 e 4, i quali sanciscono il principio di eguaglianza, chiarendo che "*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali*" e che è "*compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese*" ; e quello lavorista, affermando che "*La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società*". Inoltre, in riferimento alla salute del lavoratore, l'articolo 38 della Costituzione prevede che "*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria*".

In materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, particolare attenzione deve essere posta al c.d. "Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro" - Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, che introduce degli espliciti riferimenti al lavoratore straniero. Nel dettaglio, infatti, a partire dall'art. 1 del Decreto, che ne descrive le finalità, viene stabilito che si garantisce "*l'uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati*".

Inoltre, all'articolo 11 si afferma 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*".

Particolare rilievo assumono gli articoli 36 e 37 del medesimo Decreto, che disciplinano le attività di informazione e formazione in materia di salute e sicurezza che il datore di lavoro deve assicurare a ciascun lavoratore, e prevedono che l'informazione "oltre ad essere sufficiente ed adeguata, deve rispettare le conoscenze linguistiche" e che il contenuto "deve essere facilmente comprensibile per i lavoratori e deve consentire loro di acquisire le relative conoscenze. Ove l'informazione riguardi lavoratori immigrati, essa avviene previa verifica della comprensione della lingua utilizzata nel percorso informativo".

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie, UN 1990.
- Convenzione concernente le migrazioni nelle condizioni abusive e la promozione dell'eguaglianza di opportunità e di trattamento dei lavoratori migranti n. 143, ILO 1975.
- Convenzione concernente i lavoratori migranti n. 97, ILO 1949.
- Costituzione della Repubblica Italiana, 1948.
- 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".
- Raccomandazione concernente i lavoratori migranti n. 86, ILO 1949.
- Raccomandazione concernente i lavoratori migranti n. 151, ILO 1975.

BIBLIOGRAFIA

1. Baglio G. Bias e confondimento. In: Mele A, Spada E, Tosti ME (eds). Epidemiologia per la clinica e la sanità pubblica. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2009; 139-64.
2. Pablo-Méndez "Mortality among Hispanics". JAMA 1994; 271(16):1237-8.
3. Zincone G. (Uno schermo contro il razzismo, Roma: Donzelli; 1994.
4. Bonciani M, Geraci S, Martinelli B. Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze? In Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi… costruire traiettorie. Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Lombar Key, 2011; 71:83.
5. Geraci S, El Hamad I. Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre. Italian Journal of Public Health. 2011; 9, Volume 8, Number 3, Fall 2011, Suppl.3; S14:S20.
6. Marceca M, Geraci S, Baglio G. Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level. IJPH - 2012, Volume 9, Number 3; e7498-1:11.
7. Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. Health Policy 2012; 105:1-9.
8. Geraci S, Baglio G. Politiche sanitarie in materia di salute degli immigrati. Rapporto Osservasalute 2013. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Università Cattolica del Sacro Cuore. Milano: Prex SpA 2013; 223:230.
9. Geraci S. Diritto compiuto o occasione mancata? Advocacy per forza!. In: Atti dell'XVI Congresso Nazionale SIMM: "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute." Torino, 11/14 maggio 2016. Bologna: Pendragon, 2016; 51:59.
10. Geraci S. La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni? In Atti dell'XIII Congresso Nazionale SIMM: "Migrazioni, salute e crisi. Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere". Agrigento, 14/17 maggio 2014. Bologna: Pendragon; 2014 pp 95:109.
11. Baglio G, Eugeni E, Geraci S. La salute dei migranti: emergenza o pari opportunità? In: Centro Studi e Ricerche IDOS. Dossier Statistico Immigrazione 2016. Arezzo: Inprinting s.r.l. 2016: 236-41.
12. Geraci S, Arrivi F, Pettinicchio V, Civitelli G. Minori diseguali: la legge, e il diritto all'assistenza sanitaria, non è uguale per tutti. Comunicazione in Atti del XVI Congresso Nazionale SIMM: "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute." Torino, 11/14 maggio 2016. Bologna: Pendragon; 2016: p.114.
13. Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? Epidemiol Prev 2017 (*in press*).
14. Mazzetti M, Geraci S, Burgio A, Baglio G. Salute psichica degli immigrati: cosa sta accadendo? In: Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2017:306-7.
15. ILO global estimates on migrant workers. Results and methodology. Geneva: International Labour Office, 2015 http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_436343.pdf

16. INAIL. Salute e sicurezza in agricoltura. Un'indagine conoscitiva su lavoratori immigrati 2016. https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/pubblicazioni/catalogo-generale/salute-e-sicurezza-in-agricoltura-indagine-conoscitiva2016.html
17. Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Sesto rapporto annuale "I migranti nel mercato del lavoro in Italia" 2016. http://www.lavoro.gov.it/priorita/Pagine/Sesto-Rapporto-Annuale-I-migranti-nel-mercato-del-lavoro-in-Italia-2016.aspx
18. Loh K, Richardson S: Foreign-born workers: trends in fatal occupational injuries, 1996–2001. Mon Labor Rev 2004;127:42–53.
19. Richardson DB, Loomis D, Bena J, Bailer AJ. Fatal occupational injury rates in southern and non-southern States, by race and Hispanic ethnicity. Am J Public Health 2004; 94(10):1756-61.
20. Ahonen EQ, Benavides FG Risk of fatal and non-fatal occupational injury in foreign workers in Spain. J Epidemiol Community Health 2006; 60:424-26.
21. Schenker M: Work-related injuries among immigrants: a growing global health disparity. Occup Environ Med 2008;65:717-8.
22. Wu TN, Liou SH, Hsu CC, Chao SL, Liou SF, Ko KN et al: Epidemiologic study of occupational injuries among foreign and native workers in Taiwan. Am J Ind Med 1997; 31: 623-30.
23. Rosano A. Aspetti epidemiologici della salute dei lavoratori immigrati in Italia. Atti del XII Congresso nazionale Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Viterbo, 10-13 ottobre 2012: pp.71-8.
24. Salvatore MA, Baglio G, Cacciani L, et al. Work-Related Injuries Among Immigrant Workers in Italy. J Immigr Minor Health. 2013; 15(1):182-7.
25. Marchetti A, Mantovani J, Di Lallo D, Di Napoli A, Guasticchi G. Epidemiologia degli infortuni sul lavoro nella Regione Lazio. La Medicina del Lavoro 2011; 102(6):473-483.
26. Marchetti A, Di Napoli A, Di Lallo D, Mantovani J, Guasticchi G. Analisi delle malattie professionali nel Lazio. Confronto tra lavoratori italiani e stranieri. G Ital Med Lav Erg 2011; 33(3):148-51.
27. Rosano A, Ronda E, Benavides FG, Cacciani L, Baglio G, Spagnolo A. Work-related health problems among resident immigrant workers in Italy and Spain. Italian Journal of Public Health 2012; 3: e7528_1-7.
28. Galossi E, Mora M. Terzo rapporto IRES-FILLEA. I lavoratori stranieri nel settore edile. Rapporto di ricerca IRES-FILLEA; 2008.
29. Salvatore MA, Baglio G, Cacciani L, Spagnolo A, Rosano A. La discriminazione nell'ambiente di lavoro tra gli immigrati in Italia. Med Lav 2012; 103(4):249-58.
30. Gee GC, Ryan A, Laflamme D, Holt J. Self-reported discrimination and mental health status among African American descendants, Mexican americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 initiative: the added dimention of immigration. Am J Public Health 2006; 96: 1821-5.
31. Wyatt SB, William DR, Calvin R, et al. Racism and cardiovascular disease in African americans. Am J Med Sci 2003; 325: 315-31.
32. Agudelo-Suarez A, Gil-Gonzalez D, Ronda-Perez E, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. Soc Sci Med 2009; 68: 1866-74.
33. Di Napoli A, Gatta R, Rossi A, Perez M, Costanzo G, Mirisola M, Petrelli A. Discriminazione percepita sul luogo di lavoro in quanto straniero: uno studio sulla salute mentale percepita dagli immigrati in Italia. Epidemiologia & Prevenzione 2017 (*in press*).
34. Sayad A. La double absence. Paris: Éditions du Seuil; 1999.
35. Costa G. Inquadramento dello stress lavorativo per la valutazione e la gestione del rischio. G Ital Med Lav Erg 2009; 31 (2): 188-190.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno