SALUTE E SICUREZZA IN AGRICOLTURA

INCAIL

Un'indagine conoscitiva su lavoratori immigrati

2016

SALUTE E SICUREZZA IN AGRICOLTURA

INAIL

Un'indagine conoscitiva su lavoratori immigrati

2016

Pubblicazione realizzata da

Inail
Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale

Coordinamento scientifico
Benedetta Persechino[1]

Autori
Benedetta Persechino[1], Bruna Maria Rondinone[1], Grazia Fortuna[1], Antonio Valenti[1], Luca Fontana[1], Mauro D'Anna[2], Chiara Nardoni[2], Luigina Galli[2], Sergio Iavicoli[2]

In collaborazione con
Università Sapienza Roma - Facoltà di farmacia e medicina - Dipartimento di scienze e biotecnologie medico-chirurgiche

Editing e grafica
Pina Galzerano[1], Emanuela Giuli[1], Alessandra Luciani[1]

[1] Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale
[2] Unità operativa ospedaliera di medicina del lavoro - Azienda socio-sanitaria territoriale di Cremona

per informazioni
Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale
Via Fontana Candida, 1 - 00078 Monte Porzio Catone (RM)
dmil@inail.it
www.inail.it

©2016 Inail
ISBN 978-88-7484-518-7

Gli autori hanno la piena responsabilità delle opinioni espresse nelle pubblicazioni, che non vanno intese come posizioni ufficiali dell'Inail.
Le pubblicazioni vengono distribuite gratuitamente e ne è quindi vietata la vendita nonché la riproduzione con qualsiasi mezzo.
È consentita solo la citazione con l'indicazione della fonte.

Tipolitografia Inail - Milano, gennaio 2017

PREMESSA

Nell'ambito del Bando 2013 del Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della salute è stato approvato il progetto dal titolo *Aspetti peculiari del lavoro in agricoltura e ricadute sul processo di prevenzione e protezione: scenari di esposizione a prodotti fitosanitari nelle lavorazioni in serra e percezione del rischio per la salute e sicurezza in lavoratori agricoli stranieri*.

Il progetto ha avviato le attività nel 2014, sotto il coordinamento del Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale (Dimeila) dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail) ed è strutturato in due focus, con il coinvolgimento complessivo di otto unità operative tra cui, oltre alla struttura coordinante, anche Regioni - Aziende socio sanitarie territoriali (Asst), Università, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs).

Nell'arco dei poco più di due anni di attività, lo specifico focus progettuale sui lavoratori agricoli stranieri si è sviluppato attraverso il coinvolgimento di due unità operative di cui una afferente all'Inail - Dimeila e la seconda all'Azienda socio sanitaria territoriale di Cremona - Uoo di Medicina del lavoro; come da progetto esecutivo, il sopracitato focus è stato ambientato nella Regione Lombardia, più specificamente nel territorio cremonese e mantovano, distretti agricoli nei quali i lavoratori immigrati, con una importante presenza di indiani, bengalesi, marocchini, sono una componente spesso bene integrata nel tessuto economico e sociale locale.

La vigente normativa (d.lgs. 81/2008 e s.m.i.) di tutela della salute e sicurezza sul lavoro (SSL) richiama esplicitamente una specifica attenzione, a motivo della loro maggiore vulnerabilità, ai *lavoratori provenienti da altri paesi*, nelle fasi della valutazione dei rischi (art. 28, c. 1) e della informazione/formazione (artt. 36, c. 4 e 37 c.1).

In aggiunta, l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-Osha), invita all'implementazione dell'attività di ricerca sulla tematica immigrazione e lavoro nel contesto delle vulnerabilità dovute ai mutamenti demografici.

Alla luce di ciò, si ritiene che un'efficace azione preventiva non possa prescindere dalle valutazioni della percezione del rischio e del fabbisogno formativo. In particolare, per i lavoratori stranieri che operano in un settore - quale quello dell'agricoltura - ad elevato indice infortunistico, le suddette valutazioni possono apportare un importante contributo per l'individuazione o l'implementazione di adeguate strategie e strumenti di prevenzione.

Condotta sulla base principalmente dell'esperienza già maturata nel contesto del progetto Insula (Indagine nazionale sulla salute e sicurezza sul lavoro), l'indagine, di cui il pre-

sente volume riporta un'analisi descrittiva, ha permesso di individuare alcune criticità ed alcuni bisogni percepiti che possono fornire momenti di riflessione e di discussione nei diversi ambiti di riferimento nell'ottica del miglioramento della tutela della salute e sicurezza sul lavoro.

Sergio Iavicoli
Direttore del Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale

INDICE

Introduzione 7

Il contesto di riferimento 9

Le dimensioni del fenomeno migratorio in Italia 10

Infortuni e malattie professionali 14

La tutela della salute e sicurezza sul lavoro 16

Il progetto Ccm 23

L'indagine conoscitiva sui lavoratori immigrati in agricoltura 25

Metodologia 27

Risultati 31

Bibliografia 61

Allegato 69

Il questionario di rilevazione 71

Introduzione

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Secondo stime dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (Onu) il 3,2% della popolazione mondiale - nel 2015 circa 244 milioni di persone - vivono in un paese diverso da quello di origine, registrando, dal 2000, un incremento complessivo di circa 71 milioni, 22 milioni dei quali solo a partire dal 2010. Circa il 72% (177 milioni) di essi sono costituiti da persone in età lavorativa (20 - 64 anni) [1]. L'Organizzazione internazionale del lavoro (Ilo) stima che, nel mondo, sono circa 150 milioni i lavoratori immigrati; le principali destinazioni di circa il 75% di essi sono costituite dai cosiddetti paesi ad alto reddito. Nel complesso, circa il 71% è impiegato nel settore *servizi*, il 18% nel settore manifatturiero e nelle costruzioni e l'11% in agricoltura [2].
L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) segnala che i flussi migratori sono in aumento nella maggior parte dei paesi dell'Ocse; nel 2013 l'Unione europea (UE) ha accolto nel suo insieme lo stesso numero di immigrati permanenti extracomunitari che gli Stati Uniti hanno accolto in provenienza da tutti i paesi del mondo. Un nuovo immigrato su dieci verso l'area Ocse è di cittadinanza cinese e il 4,4% è originaria dall'India; la Polonia e la Romania si collocano in seconda e terza posizione nella scala di distribuzione con, rispettivamente, 5,5% e 5,3% degli ingressi complessivi nei paesi Ocse. Nell'insieme dell'area Ocse, tra il 2011 ed il 2014, il tasso di occupazione degli immigrati è aumentato leggermente di più rispetto a quello degli autoctoni, sebbene non si sia riscontrato alcun cambiamento rilevante nel loro tasso di disoccupazione; tuttavia in alcuni paesi - Grecia, Italia e Slovenia - a causa della crisi economica, gli immigrati sono stati particolarmente colpiti [3].

LE DIMENSIONI DEL FENOMENO MIGRATORIO IN ITALIA

Per quanto concerne le dimensioni del fenomeno migratorio in Italia ed in particolare dei lavoratori stranieri, si è scelto di riportare i dati estratti dal VI Rapporto annuale di recente pubblicato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, in quanto aggiornati e contestualizzati [4].
Tra il 2010 ed il 2015, in Italia la popolazione straniera ha registrato un incremento del 37,5% (con un aumento in 5 anni di circa 1,4 milioni di unità) a fronte di una lieve crescita pari allo 0,4% di quella residente nazionale. La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2015 corrisponde all'8,2% della popolazione (circa 5 milioni).
Per quanto concerne le classi di età più rappresentate, quella 35 - 64 anni registra la percentuale più alta, sia in riferimento alla popolazione straniera (45%) sia a quella italiana (43,2%), seguita da quella 15 - 34 anni, rispettivamente 33,1% e 20%; il 18,9% degli stranieri ed il 13,3% degli italiani sono allocati nella classe di età fino a 14 anni mentre la classe di età oltre i 64 anni registra percentuali molto basse (3%) per gli stranieri rispetto agli italiani (23,4%).
I paesi maggiormente rappresentati nel 2015, per numero di soggiornanti, sono: Marocco (13,2%), Albania (12,7%), Cina (8,5%), Ucraina (6%), Filippine (4,3%), India (4,2%).
Nel periodo 2010 - 2014, il valore del tasso di occupazione nel caso dei cittadini comunitari è calato di 5,5 punti (dal 68,1% al 62,6%) e di 4,1 punti quello degli extracomunitari (dal 60,8% al 56,7%); per gli occupati italiani la riduzione è pari a 0,8 punti (dal 56,2% al 55,4%).
Nel 2015 si registra una inversione, seppur minima, del trend con un recupero di +0,7 punti per i cittadini comunitari (63,3%), di +0,2 punti per gli extracomunitari (56,9%) e di +0,6% per gli italiani (56%).
Relativamente ai diversi gruppi etnici, mentre sono elevati i tassi di partecipazione al lavoro per filippini (81,3%), cinesi (73,1%), moldavi (67,5%), ucraini (66,1%), diversamente sono elevati i tassi di disoccupazione per marocchini (25,4%), pakistani (24,5%), tunisini (23,5%) e albanesi (20,2%).
La maggiore concentrazione di occupati stranieri extracomunitari si registra nelle regioni del Nord-Ovest (571 mila circa) ed in quelle del Nord-Est (poco meno di 400 mila unità), invece i lavoratori stranieri comunitari sono presenti soprattutto nel Centro Italia (circa il 30% degli occupati comunitari); nelle regioni del Meridione si registra, invece, la presenza di solo il 16,4% dei lavoratori comunitari ed il 13,9% di quelli extracomunitari.
Nel 2015 rispetto al 2014, per quanto concerne i settori economici, nell'*industria* si registra una crescita del livello occupazionale del 14,7% per i cittadini comunitari a fronte del calo di quello degli extracomunitari (2,1%) e degli italiani (0,4%). Nell'*agricoltura*, il livello occupazionale dei cittadini comunitari cresce del 17,9%, per gli extracomunitari del 13,7% e per gli italiani del 2%. Per il *commercio* si rileva un calo del livello occupazionale per gli italiani e per i lavoratori comunitari (rispettivamente 1,2% e 11,7%), mentre per

quelli extracomunitari una crescita del 5,5%. Il settore dei *servizi* fa registrare una crescita occupazionale dell'1,5% per gli italiani, del 2,6% per lavoratori extracomunitari e del 4,5% per quelli comunitari.
Emerge che alcune comunità di lavoratori extracomunitari sono specificamente presenti in alcuni settori economici. In *agricoltura* prevalgono lavoratori indiani (29,4%) seguiti da tunisini (17,8%), marocchini (9,2%), albanesi (8,5%). Nei *servizi* si trovano filippini (68,5% del totale degli occupati della comunità) seguiti da ucraini (66,8%), cingalesi, (54,8%), moldavi (49,7%), ecuadoregni (49,3%), peruviani (47,5%). Nell'*industria* si registrano ghanesi (57,9%), indiani (35,3%), pakistani (35,2%), cinesi (27,2%), marocchini (26,9%). Negli alberghi/ristoranti sono presenti bengalesi (33,1%), egiziani (27%), cinesi (21,5%), cingalesi (14,7%) e pakistani (13,1%). Nel *commercio* si registra la presenza di cinesi (40,6%), bengalesi (28,6%), marocchini (20%), pakistani (17,6%), tunisini (13,9%). Nelle costruzioni prevalgono gli albanesi (27%) seguiti da egiziani (22,3%), tunisini (14,5%) e marocchini (11,7%).
In pratica, nel tempo, si è realizzata una sorta di *geografia dei mestieri*, in virtù della quale 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 [5].
La quasi totalità dei lavoratori immigrati è *dipendente*, mentre poco più del 10% svolge attività lavorativa in proprio; circa l'80% ha la qualifica di operaio [4].
Per quanto concerne il livello di scolarizzazione, si stima che l'8,6% dei lavoratori immigrati non è in possesso di alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, a fronte del 3,1% degli italiani; si stima inoltre che circa il 22,1% dei lavoratori italiani sia laureato, a fronte del 12,3% degli stranieri; in riferimento al diploma di scuola secondaria inferiore, si stima che il 27,2% dei lavoratori italiani ne sia in possesso a fronte del 36,1% degli stranieri; la stima in riferimento al diploma di scuola superiore rileva percentuali pressoché simili per lavoratori italiani e stranieri (rispettivamente 47,7% e 43%).
L'occupazione straniera è caratterizzata da una asimmetria tra livello di istruzione e impieghi svolti con una evidente sovra-istruzione della manodopera straniera; ad esempio, per quanto concerne il livello di istruzione equivalente alla laurea, la percentuale dei lavoratori stranieri che svolgono lavoro manuale non qualificato corrisponde al 14,5% mentre è dell'1,3% per gli italiani.
Per quanto riguarda la modalità di ingresso nel mondo lavorativo, il tramite privilegiato è quello dei cosiddetti *vincoli etnici* che registra un valore pressoché simile tra lavoratori extracomunitari e comunitari (rispettivamente 61,8% e 58,4%).
Relativamente ai circa 2 milioni di nuovi rapporti di lavoro instaurati nel 2015, il 39,8% ha interessato lavoratori comunitari ed il 60,2% extracomunitari, con una variazione positiva per la componente straniera pari a 3 punti percentuali rispetto al 4,1% per quella italiana.
Il settore di attività economica maggiormente interessato dalle assunzioni nel 2015 è l'*agricoltura* (35,7%); sono i lavoratori indiani quelli maggiormente assunti (56,5%) seguiti da tunisini (52,3%), ghanesi (39,1%) e marocchini (34,8%). Nelle *costruzioni*, che registrano il 23,6% dei contratti attivati nel 2015, si registra una presenza di lavoratori egiziani (27%) e di albanesi (18%). Nei servizi (15,4% dei contratti attivati nel 2015) prevalgono lavoratori filippini (93,1%), peruviani (91,6%), cingalesi (90,9%), ecuadoregni (88,3%), ucraini (87,6%),

Il settore dell'*industria* (19,6% contratti attivati nel 2015) registra la presenza di lavoratori cinesi (44,5%), seguiti da ghanesi (15,3%) e da pakistani (11,6%).
Relativamente alle tipologie dei contratti attivati nel 2015, nel complesso si rileva un deciso incremento del tempo indeterminato per i lavoratori italiani (circa il 60%) e per quelli stranieri (comunitari 25,5% e extracomunitari 10%).
È comunque necessario rilevare che esiste una forte interdipendenza tra tipologia contrattuale, mansione svolta e cittadinanza del lavoratore.
Ad esempio, relativamente ai contratti di lavoratori stranieri, mentre per i braccianti agricoli (poco più di 502.000 attivazioni nel 2015) prevale il tempo determinato (99,3%), per gli addetti all'assistenza personale (circa 161.600 attivazioni) ed i collaboratori domestici e assimilati (circa 138.500 attivazioni) prevale il tempo indeterminato (rispettivamente 77,9% e 84%).
Per quanto concerne le cessazioni di contratti di lavoro, si registra un decremento pari a -2,1% per i lavoratori comunitari e -0,2% per quelli italiani, mentre un aumento pari a +1,8% per i lavoratori extracomunitari. Le cessazioni che hanno interessato i lavoratori stranieri sono pari al 52,9% nel Nord Italia, a seguire Centro e Sud Italia (rispettivamente 24,3% e 22,8% del totale).
In riferimento ai settori economici, rispetto al 2014, *costruzioni*, *industria* e *servizi* fanno registrare una riduzione delle cessazioni di lavoratori stranieri (rispettivamente -9,1%, -2,7%, -1,6%), mentre l'*agricoltura* presenta una crescita pari a +7% seguita da *commercio e riparazioni* (+2,1%).
Per quanto riguarda le tipologie contrattuali di lavoratori stranieri, rispetto al 2014, la contrazione delle cessazioni ha interessato: apprendistato -31,4%, collaborazioni -5,9%; per quanto concerne il tempo determinato, si registra un aumento pari a +5,3% per i lavoratori extracomunitari mentre per il tempo indeterminato le cessazioni hanno interessato i lavoratori comunitari (+1,9)%.
Nel 2015 il numero di lavoratori dipendenti con cittadinanza extracomunitaria è stato pari a 1.174.218, rappresentando quindi l'8,2% del totale dei lavoratori; le 4 regioni - Emilia Romagna, Toscana, Lombardia e Veneto - raccolgono i 2/3 dei lavoratori extracomunitari. La distribuzione per età dei lavoratori extracomunitari nel 2015 fa emergere la fascia al disotto dei 40 anni, nella quale si concentra circa il 58% dei lavoratori extracomunitari; la classe di età più rappresentata è quella 30 - 39 anni in cui si colloca circa il 35% dei lavoratori extracomunitari.
Per quanto concerne il paese di origine, nel 2015 circa il 40% dei lavoratori extracomunitari dipendenti proviene da Albania (circa 15%), Cina (12,5%) e Marocco (11,4%); si registra comunque, per il periodo 2014 - 2015, una crescita della presenza di lavoratori del Bangladesh (circa +10%), Pakistan (circa +7%) e Filippine (+5,7%).
Relativamente alle tipologie contrattuali, i lavoratori extracomunitari dipendenti a tempo indeterminato nel 2015 sono 912.816, pari al 7,9% del totale dei lavoratori con tale contratto (11.618.978 tempi indeterminati), con un aumento, rispetto al 2014, pari a +6,7%, percentuale superiore rispetto all'aumento rilevato sul totale dei lavoratori a tempo indeterminato (+5,0%); rispetto alla cittadinanza, prevalgono i cinesi (15,1%), a seguire albanesi (14,4%) e marocchini (11,1%).

Sono 221.489, nel 2015, i lavoratori extracomunitari dipendenti a tempo determinato con una incidenza sul totale dei lavoratori pari al 9,8%; prevalgono gli albanesi (15,7%), seguiti dai marocchini (12,7%); a distanza si trovano bengalesi (5%), moldavi (4,6%) e ucraini (4,5%); questi ultimi due paesi registrano un'importante componente femminile (rispettivamente 53,3% e 63,5%).
I lavoratori dipendenti stagionali extracomunitari risultano essere 39.913 pari a circa l'11% del totale dei lavoratori stagionali (359.459); mentre la variazione tra il 2014 e il 2015 è negativa per il totale dei lavoratori dipendenti stagionali (-5,7%), essa è invece positiva per gli extracomunitari (1,3%).
Lombardia, Veneto e Liguria sono le regioni in cui l'incidenza dei lavoratori extracomunitari sul totale degli stagionali è maggiore (rispettivamente 17,7%, 16,5% e 16,3%); invece le regioni che occupano il maggior numero di lavoratori stagionali extracomunitari sono l'Emilia Romagna (19%), il Veneto (18,3%) ed il Trentino Alto Adige (14,7%).
La classe di età maggiormente rappresentata è quella 30 - 39 anni con un peso del 31,5% tra i lavoratori extracomunitari, a fronte del 22,8% nel complesso.
La maggioranza dei lavoratori proviene dall'Albania (20,2%), dal Marocco (12,3%), dall'Ucraina (8,8%) e dalla Moldavia (6,6%); gli ultimi due paesi fanno registrare una maggiore componente femminile (rispettivamente 13,7% *vs* 4% e 9,7% *vs* 3,4%).
In particolare, per quanto concerne il settore dell'agricoltura, nel 2015 si registrano 154.338 operai agricoli dipendenti extracomunitari pari al 15,0% del totale. Nel triennio 2013 - 2015 è stato registrato un aumento (6,6%) del numero dei lavoratori agricoli dipendenti extracomunitari, a fronte di un aumento pari solo all'1,3% per i lavoratori italiani.
Essi sono prevalentemente concentrati nel Nord-Est d'Italia (27,3% *vs* 20,9% del complesso dei lavoratori agricoli dipendenti), a seguire il Sud (23,3% *vs* 40,8%), il Centro (21,5% *vs* 12,1%), il Nord-Ovest (18,2% *vs* 9,3%) e le Isole (9,7% *vs* 16,9%).
Rispetto al totale dei lavoratori dipendenti in agricoltura, le regioni che presentano la maggiore incidenza di extracomunitari sono la Liguria (40,3%), il Lazio (31,2%) e il Piemonte (30,0%).
Tra gli extracomunitari la classe di età più rappresentata (34,3%) è quella 30 - 39 anni, mentre nel complesso prevale quella 40 - 49 anni (26%).
In riferimento alla provenienza, il maggior numero di lavoratori agricoli dipendenti extracomunitari proviene dall'India (19,2%), seguono il Marocco (18,4%) e l'Albania (17,5%).

INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI

Nell'anno 2015, in Italia, sono state registrate 636.766 denunce di infortuni; una diminuzione di circa il 4% rispetto all'anno precedente. Di questi, 92.456 (14,5%) hanno interessato lavoratori stranieri: precisamente 24.781 lavoratori UE (-4,55% rispetto al 2014) e 67.675 lavoratori extracomunitari (-2,75% rispetto al 2014). Oltre il 77% degli infortuni ha interessato la gestione *industria e servizi*, seguita dalla gestione *agricoltura* con circa il 6%.
Per quanto riguarda l'esito degli infortuni, nel 2015, si sono registrate 1.246 denunce di infortunio ad esito mortale, con un incremento di 8,16% rispetto all'anno precedente. Di esse, 193 (circa il 15,5%) hanno interessato lavoratori nati all'estero con un incremento rispetto al 2014 pari a circa 36% (9,52% per lavoratori UE e 26,53% per lavoratori extracomunitari) [6].
Per un maggior dettaglio delle caratteristiche legate al fenomeno infortunistico dei lavoratori stranieri si riportano quelli definitivi e consolidati, riferiti al biennio 2013 - 2014, contenuti nel già citato rapporto ministeriale [4].
Nel biennio 2013 - 2014, relativamente all'andamento infortunistico nei lavoratori stranieri, si è potuto notare un calo del 5,7%, leggermente più alto rispetto a quello registrato per il complesso degli infortuni (4,5%) [4].
La maggior parte dei lavoratori infortunati dell'area UE proviene dalla Romania (con oltre il 61% dei casi), mentre nell'area extra UE sono i lavoratori marocchini ad essere maggiormente coinvolti (16%) seguiti da quelli albanesi (13%) [4].
Per quanto attiene alla modalità di accadimento, gli infortuni occorsi a lavoratori stranieri in occasione di lavoro sono diminuiti del 6% (di cui con mezzo di trasporto -9,1% e senza mezzo di trasporto -5,9%); stesso trend nel caso degli infortuni in itinere per i quali si segnala una diminuzione pari al (-3,9%) [4].
Analizzandoli per fascia di età e genere, si evince che nel 2014, la fascia che va dai 25 ai 49 anni ha registrato il 70% circa di infortuni, oltre il 72% per gli uomini e il 64% circa per le donne, evidenziando comunque un decremento del 6,8% rispetto all'anno precedente (-3,9% per le donne e -7,8% per gli uomini). Da evidenziare, invece, l'incremento del 6,2% nella fascia d'età più avanzata che va dai 50 ai 64 anni. Per tale classe di età si è avuto anche un consistente aumento dei casi mortali (+42,4%) [4].
L'incidenza infortunistica (rapporto tra infortuni denunciati e occupati dell'Istituto nazionale di statistica - Istat) risulta notevolmente più elevata per i lavoratori stranieri rispetto al complesso, a dimostrazione del fatto che il lavoratore straniero opera in settori particolarmente rischiosi con maggiore attività manuale (costruzioni, trasporto e magazzinaggio, industria dei metalli e agricoltura) nonostante il calo infortunistico registrato nel biennio 2013 - 2014 per i settori ad alta rischiosità: costruzioni -18,6%, trasporto e magazzinaggio -17% e metallurgia e fabbricazione dei prodotti di metalli -10,7%, mentre per l'agricoltura si è rilevato un lieve incremento di +1% [4].

In riferimento alle modalità di accadimento degli infortuni l'analisi va a confermare quanto già in passato rilevato riguardo alle principali cause e circostanze degli infortuni, sia per i lavoratori italiani che per quelli stranieri: perdita di controllo di macchinari ed attrezzature, scivolamento o inciampamento con caduta di persona, movimenti del corpo con o senza sforzo fisico [4].
In riferimento alle malattie professionali dei lavoratori stranieri bisogna, innanzitutto, tener conto che esse risentono di talune problematiche che portano a una sottostima del fenomeno. Accade che si contraggano malattie senza che esse si manifestino istantaneamente data la latenza delle patologie; i tempi di esposizione della malattia possono essere molto lunghi, pertanto gli ultimi anni in cui l'immigrazione è aumentata, non possono far comprendere l'entità del fenomeno; la mobilità elevata del lavoratore, in qualità di migrante, non consente, inoltre, di fare maturare le condizioni per la denuncia e a volte i lavoratori stranieri che si ammalano, tendono a tornare nel paese di origine [4].
Nel 2015 si sono registrate 58.925 denunce di malattie professionali (+2,71 rispetto al 2014); circa il 6% del totale delle denunce ha riguardato lavoratori stranieri [6].
Per quanto riguarda le malattie professionali, dai dati a disposizione del biennio consolidato 2013 - 2014 si osserva un incremento di esse pari a circa l'8,9% nei lavoratori stranieri, passando da 3.254 a 3.544 casi, confermando i dati in crescita degli ultimi anni per il complesso delle malattie professionali. L'*agricoltura* ha registrato l'incremento più significativo in termini percentuali (37,1%) rispetto all'*industria e servizi* (7,6%) [4].
La maggiore concentrazione di malattie protocollate nel 2014 si registra al Nord (56% dei casi), a seguire Centro (28,4%) e Mezzogiorno (15,6%); nel 2014 il maggior incremento percentuale rispetto al 2013 si è avuto nel Mezzogiorno (22,2%) e nel Centro (20,6%).
Oltre il 70% delle malattie professionali denunciate sono *malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo*, dovute prevalentemente a sovraccarico biomeccanico e movimenti ripetuti che dimostrano come i lavoratori stranieri sono sottoposti a lavori ad elevata rischiosità.
Dall'analisi delle denunce di malattie professionali (International classification of disease - ICD 10) tra il 2013 e il 2014 emerge un incremento dei *disturbi psichici e comportamentali* (20,5%), *malattie del sistema nervoso* (14,9%) e del *sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo* (11,1%); invece, risulta un calo delle *malattie del sistema respiratorio* (-18,2%) e delle *malattie del sistema circolatorio* (-15,8%) [4].

LA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Il fenomeno migratorio non è una caratteristica del mondo contemporaneo, ma esiste da diversi secoli; le cause della mobilità sono riconducibili a fattori economici, territoriali, demografici e politici e sono distinte solitamente in:

a) fattori di espulsione (*push factors*), come incremento demografico, alta disoccupazione, povertà, conflitti armati, violazione dei diritti fondamentali;

b) fattori di attrazione (*pull factors*), in particolare quei fattori economici/sociali/culturali che concorrono a prevedere delle opportunità maggiori e/o una qualità di vita migliore per chi emigra.

Pertanto, negli ultimi anni il fenomeno migratorio ha assunto una dimensione quantitativa consistente e una rilevanza nel settore produttivo e sociale tale da richiedere politiche e interventi coordinati degli organismi pubblici atti a favorire sia il processo di integrazione che la tutela dei diritti e delle condizioni lavorative dei lavoratori migranti [7].
Nel tempo si è assistito ad una evoluzione della definizione: a partire da quella contenuta nella Convenzione n. 97 del 1949 [8], *persona che emigra da un paese verso un altro paese allo scopo di occupare un impiego che non dovrà esercitare per proprio conto e comprende qualsiasi persona ammessa regolarmente in qualità di lavoratore emigrante*, ad esclusione di alcune fattispecie di lavoratori (ad esempio transfrontalieri, marittimi) e da quella di cui alla Convenzione n.143 del 1975 [9] che, pur ricalcando la precedente, si innesca in un contesto nel quale è previsto il *rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo di tutti i lavoratori migranti, indipendentemente dal loro status giuridico e formale nel paese di immigrazione*. La Convenzione n.143 richiama altresì lo Stato ad adottare tutte le disposizioni ritenute opportune *per favorire il raggruppamento familiare di tutti i lavoratori migranti che risiedono legalmente sul suo territorio*. Invece, più recentemente, la Convenzione Onu del 1990 (sulla protezione dei diritti di tutti i lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie) [10] definisce lavoratori migranti le *persone che eserciteranno, esercitano o hanno esercitato una attività remunerata in uno Stato cui loro non appartengono*, anche i soggetti che hanno una prospettiva futura di lavoro in un altro Stato.
Nel contesto europeo, la definizione di lavoratore migrante operata dalla Convenzione n. 93 del 1977 [11] è la seguente *qualsiasi cittadino di un parte contraente che è stato autorizzato da un'altra parte contraente a risiedere nel suo territorio, al fine di intraprendere un lavoro retribuito*.
I problemi di salute degli immigrati sono generalmente classificati in:

1. importati (*relocated*): malattie infettive, malattie genetiche, sindrome post-traumatica da stress da guerra e violenze;

2. dovuti alla migrazione (*migration-related*): associati alle condizioni di stress e disagio dovute al trasferimento;

3. acquisiti (*acquired*): legati al nuovo ambiente (incluse le condizioni di lavoro, di disoc-

cupazione e i problemi di emarginazione, come ad esempio precarietà abitativa, mancanza di protezione da parte del nucleo familiare lontano, difficoltà ad ottenere il riconoscimento del proprio titolo di studio e posizioni lavorative più basse rispetto alle effettive capacità) e alle interazioni tra fattori di rischio lavorativo e fattori etnici e culturali, con effetti sia sull'assenteismo che sulla frequenza degli infortuni [12].

Relativamente alle condizioni di salute degli immigrati, attualmente il cosiddetto *effetto migrante sano* sembrerebbe valido solo per coloro che *scelgono* di emigrare, ma non per quelli che sono *costretti* a partire.
La medicina delle migrazioni, nel tempo, ha confermato che non esistono *malattie da immigrati, bensì un bisogno aspecifico di salute, che cambia nel corso del tempo - in rapporto al progetto migratorio e alla sua evoluzione, dal momento dell'ingresso nel paese d'arrivo all'eventuale stabilizzazione dell'insediamento - e di cui è portatore un insieme di soggetti (i migranti) quanto mai eterogeneo, pur se accomunato dalla condivisione di un'esperienza (la migrazione). Benché sia possibile definire similitudini e differenze, in rapporto ad alcune determinanti della salute, tra popolazioni appartenenti a gruppi etnici diversi, non vi sono invece specificità della popolazione immigrata rispetto a quella non immigrata*… [13].
La particolare vulnerabilità dei lavoratori immigrati è dovuta principalmente al fatto che essi occupano una posizione precaria nel mercato del lavoro, assai spesso adibiti a lavori gravosi e rischiosi (i cosiddetti *3D jobs - dangerous, dirty and demanding/degrading*) ed impiegati in nicchie di domanda di bassa qualificazione con condizioni di lavoro ad elevata nocività per la salute e pericolosità per la sicurezza, con orari e turni di lavoro sfavorevoli [5,7,12].
Secondo un'indagine Istat (Istituto nazionale di statistica) condotta in Italia nel periodo 2011 - 2012 [14] la popolazione straniera *percepisce* una migliore condizione di salute rispetto a quella italiana: l'87,5% dei cittadini stranieri esprime, infatti, una valutazione positiva del proprio stato di salute, contro l'83,5% degli italiani. A sentirsi in buona salute, relativamente ai paesi UE, sono specialmente i polacchi (88,4%), mentre tra gli extracomunitari i cinesi e i filippini (90,2%), a seguire albanesi (88,9) e indiani (88,8%). Un relativo svantaggio nello stato di salute percepito si rileva per i cittadini stranieri che risiedono nel Mezzogiorno (85%), rispetto a quanti risiedono al Nord (88%) o al Centro (88,2%). Sul piano psicologico, maggior benessere si osserva tra gli indiani (punteggio medio 55,4), mentre più vulnerabili appaiono i tunisini (52,5). L'indice di salute mentale, pari a 78 in media, evidenzia una situazione di maggior svantaggio per tunisini e marocchini (rispettivamente 75,3 e 76), mentre il valore più alto si registra per gli indiani (82,4) [14].
Le patologie più diffuse sono quelle dell'apparato respiratorio (65,4 stranieri ogni mille). Seguono le malattie dell'apparato digerente e dei denti (20,2 per mille), quelle del sistema nervoso (19,8 ogni mille) e quelle del sistema osteomuscolare (15,5 ogni mille).
Dall'indagine emerge che le *difficoltà linguistiche* costituiscono un vero e proprio ostacolo per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari: infatti, il 13,8% dichiara di avere difficoltà nello spiegare in italiano al medico i disturbi o i sintomi di cui soffre e circa il 15% ha difficoltà a comprendere ciò che dice il medico. I cittadini stranieri provenienti dai paesi

extracomunitari manifestano una maggiore difficoltà (circa il 18%) rispetto a quelli dei paesi UE (5,1%), primi tra tutti i cinesi (43,3%), seguiti dagli indiani (34,8%) e dai filippini (28,7%); anche a distanza di oltre 10 anni dall'ingresso in Italia permane una quota pari a circa l'11% di stranieri che incontra ancora difficoltà linguistiche nell'interagire con il personale medico [14].
Da una *review* dell'EU-Osha emerge che la diversità culturale nel posto di lavoro può avere grande impatto sulla sicurezza e sulla salute sul lavoro. Le differenze culturali possono dar luogo a una scarsa comunicazione e sfociare in situazioni di tensione e stress, ridurre la soddisfazione sul lavoro ed aumentare il *turnover* del personale. In un contesto di lavoro multiculturale può sussistere un maggiore rischio per la salute e la sicurezza sul lavoro proprio a motivo della variabilità della percezione individuale del rischio; i diversi comportamenti ed atteggiamenti culturali e quindi la diversa percezione dell'immigrato, influenzata dai valori socio-culturali di origine, nel valutare il pericolo/rischio lavorativo, influiscono sulla differente soglia di accettabilità del rischio e sul concetto di benessere psicofisico. Il riadattamento di un individuo ad una nuova cultura può avere una ricaduta proprio sulle modalità di percezione dei rischi per la sua salute; inoltre, in alcune culture, quando i vantaggi che ne conseguono sono comunque piacevoli e gratificanti, la soglia di tollerabilità del rischio è più alta rispetto alla cultura autoctona [15].
La letteratura scientifica rileva, relativamente agli infortuni sul lavoro in lavoratori immigrati, un rischio da 2 a 5 volte superiore rispetto agli autoctoni di incorrere in eventi mortali; invece, per quelli non mortali è possibile riscontrare un rischio significativamente maggiore o minore rispetto agli autoctoni, a seconda del settore e del lavoro svolto. Viene altresì evidenziato un rischio infortunistico significativamente elevato in immigrati occupati in alcuni specifici settori - ad esempio *agricoltura, industria estrattiva, edilizia, industria metallurgica* e *metalmeccanica* e *chimica* e del *legno*. Relativamente alla tipologia di infortuni che hanno colpito lavoratori immigrati, prevalgono quelli di natura traumatica (distorsioni/lussazioni e fratture), a carico di arti e rachide, in soggetti caduti o colpiti da macchinari/utensili [16].
Alcuni autori [17] hanno analizzato l'associazione tra la cittadinanza e la percezione della prepotenza o discriminazione sul lavoro; è emerso che gli immigrati africani ed asiatici presentano i valori più alti, rispettivamente il 13,4% e l'11,2% contro il 3,7% degli italiani. All'interno della sola popolazione straniera di genere maschile, tra le variabili considerate, il tipo di professione risulta associato alla discriminazione: gli operai edili e i lavoratori dell'industria e dell'agricoltura presentano un rischio - in termini di *odds ratio* (OR) - più elevato in confronto a chi svolge professioni altamente qualificate. Relativamente al genere femminile, sono le occupazioni altamente qualificate a registrare un rischio maggiore (OR 1,0) rispetto alle professioni nei servizi (OR 0,85), a quelle operaie (OR 0,46) ed a quelle non qualificate (OR 0,19).
Nel 2006, l'Ilo ha pubblicato delle linee guida [18] che, seppur non vincolanti, costituiscono uno strumento utile nel supporto ai governi, alle parti sociali e agli altri stakeholder al fine di orientare pratiche e politiche relative alle migrazioni. In esse viene sottolineata la necessità di *adottare misure al fine di assicurare che tutti i lavoratori migranti beneficino, di diritto e di fatto, della parità di trattamento con i lavoratori nazionali per quanto riguarda*

la tutela della salute e della sicurezza, incluse le misure per fronteggiare rischi specifici legati a determinate professioni e settori, in particolare l'agricoltura, l'edilizia, l'industria estrattiva, il settore alberghiero e della ristorazione, il lavoro domestico e per affrontare i rischi specifici ai quali sono esposte le donne…

I rilevanti sforzi compiuti negli ultimi decenni dall'Ilo, nell'ottica di un approccio più olistico ed integrato alla questione fondamentale della sicurezza e salute sul lavoro, sono sfociati nell'adozione - da parte del Consiglio di amministrazione nella sessione 307 (marzo 2010) - del *Piano d'azione 2010 - 2016* dove, in particolare, si sottolinea che *al fine di prevenire gli infortuni sul lavoro, malattie e decessi, il sistema nazionale deve prevedere misure adeguate per la protezione di tutti i lavoratori, in particolare, i lavoratori in settori ad alto rischio ed i lavoratori vulnerabili come… migranti…* ; inoltre, viene suggerito, qualora necessario, di fornire *un programma di formazione specifica per i lavoratori migranti nella loro lingua madre* [19].

A livello di UE, la Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni - *Migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro: strategia comunitaria 2007 - 2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro* evidenzia, tra le diverse sfide in materia di salute e sicurezza, i *nuovi più importanti flussi migratori verso l'Europa*; inoltre, quella dei lavoratori migranti, oltre ai giovani, ai precari e agli anziani, viene individuata quale categoria che è *ancora sovraesposta* ai rischi professionali [20].

La Comunicazione, invitando altresì a *porre un'attenzione particolare alla formazione dei giovani imprenditori in materia di gestione della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro, nonché alla formazione dei lavoratori per quanto riguarda i rischi nelle imprese e i mezzi per prevenirli e combatterli*, sottolinea la particolare importanza di tale aspetto per le piccole e medie imprese e per i lavoratori migranti.

In considerazione della *estrema vulnerabilità dei lavoratori migranti irregolari e non autorizzati che rischiano di essere sfruttati con lavori non dichiarati di basso livello, bassi salari e orari di lavoro prolungati in ambienti di lavoro non sicuri*, la Risoluzione del Parlamento europeo del 14 gennaio 2014 sulle ispezioni sul lavoro efficaci come strategia per migliorare le condizioni di lavoro in Europa (2013/2112(INI), [21] va a sottolineare l'*importanza di tutelare i lavoratori migranti in situazione irregolare*, in considerazione del fatto che si tratta di una delle problematiche su cui intervenire anche in riferimento alla specifica Convenzione n.143 dell'Ilo del 1975 [9].

In considerazione di quanto in precedenza riportato, la tutela sul lavoro degli immigrati deve innanzitutto tener conto delle criticità sia linguistiche che socio-culturali che caratterizzano i singoli gruppi etnici presenti nel territorio; infatti, la scarsa conoscenza della normativa, la difficoltà di comprensione linguistica, la giovane età, l'assenza di informazione e formazione e, di conseguenza, la ridotta percezione dei rischi legati al lavoro, vanno ulteriormente ad amplificare il rischio per la salute. Inoltre, precarietà abitativa, stili di vita poco idonei e mancanza di protezione da parte del nucleo familiare lontano, contribuiscono a ridurre il benessere psicofisico dei lavoratori immigrati [5, 7,12].

La specifica normativa di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, d.lgs. 81/2008 e s.m.i., di recepimento di direttive UE, anche sulla scia delle implementazioni scaturite dalla stra-

tegia comunitaria 2007 - 2012, prevede diversi e specifici riferimenti alla tutela dei lavoratori immigrati [22].
Infatti, già all'art. 1 comma 1 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i., si afferma che le finalità del decreto sono perseguite… *garantendo 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* [7].
L'art. 11 comma 6 riporta altresì che *nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali, le amministrazioni pubbliche promuovono attività specificamente destinate ai lavoratori immigrati o alle lavoratrici, finalizzate a migliorare i livelli di tutela dei medesimi negli ambienti di lavoro*.
All'art. 28 comma 1 si colloca una delle novità più rilevanti del decreto: la valutazione dei rischi …*deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, …nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro*…
Inoltre, l'art. 36 comma 4 statuisce che *il contenuto della informazione 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*. La problematica linguistica è altresì evidenziata all'art. 37 comma 1, laddove si prevede che *il datore di lavoro assicura che ciascun lavoratore riceva una formazione sufficiente ed adeguata in materia di salute e sicurezza, anche rispetto alle conoscenze linguistiche*, previsione rafforzata dal comma 13 con l'esplicitazione che *il contenuto della formazione deve essere facilmente comprensibile per i lavoratori e deve consentire loro di acquisire le conoscenze e competenze necessarie in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Ove la formazione riguardi lavoratori immigrati, essa avviene previa verifica della comprensione e conoscenza della lingua veicolare utilizzata nel percorso formativo*.
Tale previsione va ad accogliere quanto contenuto nella Raccomandazione dell'Ilo n. 151 del 1975 [23] laddove è previsto che il lavoratore migrante deve ricevere una sufficiente informazione nella sua lingua madre o, qualora non sia possibile, in una lingua di sua conoscenza, sugli elementi essenziali delle disposizioni legislative e regolamentari, sulle disposizioni dei contratti collettivi in materia di protezione dei lavoratori e sulla prevenzione degli incidenti, nonché sulle norme di sicurezza e sulle procedure richieste dalla particolare natura del lavoro.
Si rileva che, nonostante le previsioni di tutela specifica in precedenza elencate, tuttavia l'esclusione dei collaboratori familiari dal campo di applicazione del d.lgs. 81/2008 e s.m.i. - laddove, all'art. 2 c. 1 lettera a), vengono esclusi dalla definizione di lavoratore gli addetti ai servizi domestici e familiari - costituisce una particolare criticità, in un settore caratterizzato prevalentemente dalla presenza di lavoratori immigrati [7].
Il d. interm. del 27 marzo 2013 di attuazione dell'art. 3 comma 13 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i., relativamente al settore agricolo, prevede una serie di semplificazioni - tra le quali quelle di informazione e formazione - nei confronti dei *lavoratori stagionali che svolgono*

presso la stessa azienda un numero di giornate non superiore a cinquanta nell'anno… anche nei confronti dei lavoratori occasionali che svolgono prestazioni di lavoro accessorio di cui all'articolo 70 e seguenti del d.lgs. 276/2003, e successive modificazioni, che svolgano attività di carattere stagionale nelle imprese agricole [24].
Nello specifico, l'art. 3 prevede che *gli adempimenti relativi alla informazione e formazione, … si considerano assolti mediante consegna al lavoratore di appositi documenti, certificati dalla Asl ovvero dagli enti bilaterali e dagli organismi paritetici del settore agricolo e della cooperazione di livello nazionale o territoriale, che contengano indicazioni idonee a fornire conoscenze per l'identificazione, la riduzione e la gestione dei rischi nonché a trasferire conoscenze e procedure utili all'acquisizione di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e all'identificazione e eliminazione, ovvero alla riduzione e gestione, dei rischi in ambiente di lavoro…*
Ai lavoratori provenienti da altri paesi deve essere garantita la comprensione della lingua utilizzata nei documenti relativi alla informazione e formazione.
In considerazione del fatto che viene eliminato il peculiare momento formativo (per il quale addirittura l'art. 37 del d.lgs. 81/2008 prevede la verifica della comprensione e conoscenza della lingua veicolare utilizzata nel percorso formativo), il suddetto decreto interministeriale, specie per i lavoratori immigrati, potrebbe apportare una diminuzione della tutela, proprio relativamente ad un settore - quale quello agricolo - che presenta numerosi fattori critici per la salute e sicurezza sul lavoro, di certo presenti anche se la prestazione lavorativa dura solo 50 giorni/anno.
Il d.lgs. 81/2008 e s.m.i., dunque, nei confronti della tutela dei lavoratori provenienti da altri paesi individua obblighi specifici, quali quello di considerare le differenze di etnia - in particolare nella valutazione dei rischi - e quelle linguistiche, relativamente alle attività di informazione/formazione; nondimeno, le suddette differenze vanno considerate anche per l'attività di sorveglianza sanitaria in raccordo sia con le più recenti evidenze tecnico-scientifiche che con *il Codice etico dell'International commission on occupational health* (Icoh) *per gli operatori della salute occupazionale* [25].
Da ciò deriva il rilevante ruolo del medico competente fin dalla fase della valutazione dei rischi; oltre alla collaborazione fornita nell'individuare i rischi comuni a tutti i lavoratori nel contesto di una stessa mansione, taluni aspetti e/o fattori socio-culturali-religiosi di alcune etnie possono richiedere particolari accorgimenti prevenzionistici [5, 7,12].
Oltre a superare le difficoltà linguistiche per giungere ad una puntuale ricostruzione dell'anamnesi lavorativa, uno degli aspetti che il medico competente deve approfondire, nel corso della sorveglianza sanitaria del lavoratore immigrato, è quello della suscettibilità genetica; inoltre, non sono da trascurare alcuni stili di vita che possono avere delle ripercussioni sulla performance lavorativa del soggetto, specie in relazione all'accadimento di infortuni ed anche per la sicurezza dei terzi.
Un'accurata sorveglianza sanitaria, in presenza di rischi per i quali è previsto lo specifico obbligo, oltre a fornire informazioni utili per la formulazione del giudizio di idoneità, può indirizzare il medico competente, se del caso, all'attuazione di uno specifico percorso di *promozione della salute*, in un approccio integrato alla salute, intesa secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità *stato di completo benessere fisico,*

mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità, definizione riportata anche nel d.lgs. 81/2008 e s.m.i.
Si rileva che spesso il medico competente è l'unico medico con il quale il lavoratore immigrato entra in contatto, seppur con le difficoltà di espressione e di comprensione linguistica (come emerge dai dati Istat in precedenza riportati); pertanto, al di là degli obblighi normativi previsti per il medico competente, subentrano altresì risvolti etico-deontologici di non minore rilievo, anche in considerazione di quanto riportato nel nuovo Codice deontologico della professione medica. Infatti, l'art. 5 del sopracitato Codice - Promozione della salute, ambiente e salute globale - indica che *il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle diseguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio…* [26].
Alla luce di quanto in precedenza riportato, si rende necessaria un'implementazione degli interventi diretti a tutelare, negli ambienti di lavoro, gli immigrati, universalmente annoverati tra le categorie particolarmente vulnerabili; si auspica sempre più un approccio olistico ed integrato che, superando i problemi interculturali, porti alla creazione di un ambiente di lavoro inclusivo, condiviso da tutti coloro che collaborano con una forza lavoro diversificata per migliorare la sicurezza e la salute in luoghi di lavoro multiculturali.

IL PROGETTO CCM

Anche nel contesto della SSL, come in altri ambiti, riveste un rilevante ruolo la disponibilità di adeguate informazioni quale contributo allo sviluppo e pianificazione di specifiche politiche di intervento.
Già la Strategia comunitaria per la salute e sicurezza sul lavoro 2007 - 2012 [20] invita ad incrementare la raccolta di dati statistici sugli infortuni e malattie professionali nell'ambito di indagini per campione; allo stesso modo il Parlamento europeo e il Consiglio [27] ribadiscono che per identificare *possibili indicatori per obiettivi comuni per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria… si dovrebbe prestare particolare attenzione all'uso e alla comparabilità della percezione dello stato di salute come riferita nelle indagini*.
Nel tempo, alle informazioni derivanti da metodologie di raccolta, armonizzazione ed elaborazione dei dati su infortuni e malattie professionali rappresentate dalle *European statistics on accidents at work* (ESAW) [28] e dalle *European occupational diseases statistics* (EODS) [29] - che hanno rivestito un ruolo rilevante nell'ambito delle statistiche in materia di SSL - si sono affiancati i risultati delle indagini di rilevazione della percezione, le più rilevanti delle quali sono: la *European working conditions survey* (EWCS), curata dalla European foundation for the improvement of living and working conditions (Eurofound) [30] il modulo dedicato alla salute e sicurezza sul lavoro all'interno della *Labour force survey* (Lfs) condotta da Eurostat [31,32], la *European survey of enterprises on new and emerging risks* (ESNER) [33] realizzata dall'EU-Osha, la *European company survey* (ECS), curata da Eurofound [34].
Si è così ottenuto un quadro di riferimento utile a delineare lo stato di SSL nell'Unione europea, in particolare per quanto concerne i nuovi rischi lavorativi, tra cui quelli psicosociali, per i quali attualmente non sono disponibili numeri rilevabili attraverso l'approccio tradizionale.
Per quanto concerne il contesto nazionale, l'Indagine sulla qualità degli ambienti di lavoro condotta dall'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori (Isfol) con cadenza quadriennale che ripercorre per larga parte i temi esplorati dall'indagine EWCS dell'Eurofound costituendone il contributo italiano [35].
Il modulo su salute e sicurezza inserito periodicamente nell'Indagine sulla forza lavoro (IFL) curata dall'Istat nasce, invece, come componente nazionale della più ampia indagine europea sulla forza lavoro [36].
Si segnalano altresì l'indagine Accredia - Censis *Salute e sicurezza sul lavoro* su un campione di aziende afferenti a settori più esposti a rischio infortunistico secondo le statistiche ufficiali [37] e l'indagine su salute e sicurezza promossa dall'Istituto superiore di sanità (Iss) nell'ambito del progetto *Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia* (PASSI) [38].
Più recentemente, attraverso il progetto Insula, finanziato dal Ministero della salute e coordinato dal Dimeila, è stata realizzata la prima *survey* nazionale sulla percezione del

rischio per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e sul livello generale di consapevolezza rispetto all'applicazione del d.lgs. 81/2008 e s.m.i., con il coinvolgimento di tutte le figure della prevenzione (lavoratori, datori di lavoro, responsabili del servizio di prevenzione e protezione, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, medici competenti e servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) [39,40,41].
Proprio in Insula - *survey* lavoratori e datori di lavoro [39] - vede le proprie basi e motivazioni l'indagine sulla percezione del rischio per la SSL in lavoratori agricoli stranieri, uno dei due specifici focus su cui si sviluppa il progetto approvato dal Ministero della salute nell'ambito del bando Ccm 2013 nel contesto della linea progettuale *Prevenzione infortuni e malattie professionali in agricoltura con particolare riferimento alle fasce deboli*.
Il focus si sviluppa nel settore dell'agricoltura - a motivo della rilevante presenza di manodopera straniera assai spesso con carattere di stagionalità - nella Regione Lombardia, più precisamente nel mantovano e nel cremonese, distretti agricoli con una forte presenza di lavoratori stranieri, comunitari ed extracomunitari, con l'obiettivo di contribuire all'individuazione e/o all'implementazione di adeguati strumenti di prevenzione e strategie, attraverso l'analisi della percezione del rischio e del fabbisogno formativo, che tengano conto sia delle specifiche condizioni di rischio, sia della maggiore vulnerabilità dei lavoratori immigrati.

L’indagine conoscitiva sui lavoratori immigrati in agricoltura

METODOLOGIA

IL CAMPIONE

L'indagine è stata realizzata su un campione di lavoratori stranieri impiegati, con diverse tipologie contrattuali (tempo determinato, indeterminato, stagionale, ecc.), in agricoltura in Lombardia, precisamente nei territori del cremonese e del mantovano.
A causa delle difficoltà riscontrabili nella selezione di un campione probabilistico di tali lavoratori, per lo svolgimento dell'indagine si è fatto ricorso ad un campione di convenienza per il reclutamento del quale sono stati coinvolti, a Cremona il Centro di addestramento professionale agricolo, a Mantova il Comitato paritetico agricoltura e, in entrambi i territori, le Associazioni di categoria ai quali, in diversi incontri, è stata illustrata la finalità del progetto. Le Associazioni di categoria, a loro volta, hanno coinvolto i datori di lavoro delle aziende a loro aderenti.
Il campione risulta essere costituito da 402 lavoratori stranieri provenienti da 23 aziende agricole reclutate sui territori cremonese e mantovano.

QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE

In considerazione della tecnica di indagine e degli obiettivi prefissati, è stato approntato un questionario, strutturato in domande a risposta chiusa, organizzato nelle sei sezioni:

1. **Dati aziendali.** Questa sezione comprende informazioni relative all'azienda, quali la denominazione, la città, la dimensione aziendale, il numero di lavoratori stranieri, la tipologia di coltivazione e la tipologia contrattuale del lavoratore straniero.
2. **Dati personali e socio-demografici.** In questa sezione si fa riferimento a età, genere, paese di origine, stato civile e titolo di studio. Inoltre si indaga sul tempo vissuto in Italia, sul posto in cui si alloggia e con chi si alloggia, sulla conoscenza delle lingue, sul grado di conoscenza della lingua italiana, sull'eventuale frequenza di corsi di lingua italiana e sull'ente organizzatore. L'altro aspetto indagato in questa sezione è relativo al lavoro svolto nel settore dell'agricoltura, allo svolgimento di eventuali altri lavori svolti in Italia prima del lavoro attuale, alle mansioni svolte e al settore di attività economica.
3. **Impatto sulla salute psicofisica.** Le domande che compongono quest'area vanno ad indagare lo stato di salute del soggetto intervistato, sia sul piano strettamente fisico che su quello psicologico. In particolare, si chiede all'intervistato di valutare la propria salute su una scala tipo *Likert* a 5 passi (1 = molto buona, 5 = molto cattiva). Scendendo più in dettaglio, si chiede agli intervistati di indicare se, nei dodici mesi precedenti l'indagine, hanno sofferto o meno di specifici problemi di salute, quali, ad esempio, mal di schiena, problemi di udito, disturbi cardiovascolari o insonnia.

Queste domande sono state desunte dalla *European working conditions survey* (EWCS), curata dalla European foundation for the improvement of living and working conditions (Eurofound) [30]. Si pongono, inoltre, due domande finalizzate a valutare i sintomi riconducibili alla depressione, desunte dal Patient health questionnaire - PHQ-2 [42]. Completano l'area una domanda relativa al consumo di vino, birra e superalcolici e un'altra con cui si chiede agli intervistati a chi si rivolgono quando hanno problemi di salute, menzionando ad esempio l'ospedale, il medico di medicina generale (MMG), i familiari o conoscenti, ecc.

4. **Condizioni lavorative.** Si chiede agli intervistati quante ore lavorano in media al giorno e quanti giorni in media lavorano a settimana. Inoltre, sono declinate nove affermazioni, per le quali si chiede un giudizio di accordo/disaccordo sulla base di una scala *Likert* a 5 passi (1 = per niente d'accordo e 5 = completamente d'accordo), relative ad aspetti del contenuto e del contesto dell'ambiente lavorativo, riconducibili ai fattori di rischio psicosociale [43,44]. Nello specifico, sono state inserite le 7 affermazioni con peso fattoriale maggiore estratte dalla validazione italiana del Health and safety executive (Hse) Indicator tool [45]; tali affermazioni corrispondono ad ognuno dei fattori che costituisce il modello, ovvero: domanda, controllo, supporto dei colleghi, supporto del superiore, relazioni, ruolo e cambiamento [46,47]. Sono presenti due ulteriori affermazioni riconducibili, rispettivamente, ai costrutti della soddisfazione lavorativa [48,49] e dell'appartenenza organizzativa [50] che costituiscono una misura degli atteggiamenti dei lavoratori nei confronti dell'attività lavorativa e che, in precedenti studi, sono risultati fortemente correlati tra loro [51].
   A seguire si pongono domande relative alla provenienza dei colleghi di lavoro (italiani o immigrati), ad un confronto tra le proprie condizioni di lavoro e quelle dei colleghi italiani, alla provenienza dei soggetti a cui si rivolgono in caso di difficoltà o di richiesta di chiarimenti e del capo/responsabile.
5. **Percezione del rischio ed esposizione a fattori di rischio.** Quest'area è composta da sei affermazioni per le quali si chiede di esprimere un giudizio di accordo/disaccordo sulla base di una scala *Likert* a 5 passi (da 1 = per niente d'accordo a 5 = completamente d'accordo), su tematiche riguardanti la presenza di rischi per la SSL e la conoscenza della loro entità, la paura di ammalarsi o infortunarsi ed un parere circa l'esposizione personale a rischi per la salute e per la sicurezza o legati agli infortuni.
   Nella formulazione di queste affermazioni ci si è basati su alcune variabili che in letteratura risultano determinanti nel processo di percezione del rischio, come l'esposizione e la conoscenza personale dei rischi ed il ruolo delle emozioni ad essi associate [52,53].
   In questo gruppo di affermazioni, il polo negativo della scala *Likert* esprime una condizione positiva e, viceversa, il polo positivo esprime una condizione negativa; unica eccezione riguarda l'affermazione relativa alla conoscenza dell'entità dei rischi presenti in azienda che ha una formulazione inversa.
   Inoltre, si indaga la percezione delle diverse tipologie di fattori di rischio per la salute e la sicurezza, ai sensi del d.lgs. 81/2008 e s.m.i. [22], potenzialmente presenti negli

ambienti di lavoro, ovvero rischi fisici, chimici, biologici, biomeccanici ed ergonomici, il rischio da stress lavoro-correlato e quello da lavoro al videoterminale (VDT). Per ognuno di essi, si chiede di indicare agli intervistati quanto si sentono personalmente esposti, su una scala compresa tra 1 e 5 (dove 1 = per niente esposto e 5 = completamente esposto).
Vengono poi esplorate le possibili cause di infortunio sulla base di una lista predefinita di aspetti, attribuibili ai lavoratori, all'azienda o alla fatalità degli eventi, chiedendo agli intervistati di indicare il proprio grado di accordo/disaccordo sul contributo fornito da ciascuno dei suddetti aspetti su una scala compresa tra 1 e 5 (dove 1 = per niente d'accordo e 5 = completamente d'accordo).
Tale sezione contiene anche domande relative all'utilizzo di macchine agricole ed eventualmente quali, sulla conoscenza e sulla chiarezza della segnaletica di sicurezza presente in azienda, sulla persona a cui ci si rivolge in caso di dubbi sulle procedure di sicurezza, sull'uso di sostanza chimiche, quali solventi, pesticidi, carburanti, ecc. e sull'eventuale possesso del patentino per l'uso dei pesticidi, sulla frequenza di utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI), se hanno mai avuto un incidente/infortunio sul lavoro ed eventualmente la causa e la persona a cui ci si è rivolti tra MMG, collega, datore di lavoro (DL), ecc.

6. **Normativa di salute e sicurezza sul lavoro e sua applicazione.** Quest'area esplora il livello di consapevolezza, le percezioni e gli atteggiamenti dei lavoratori relativamente agli aspetti principali del sistema di tutela della salute e sicurezza aziendale previsto dal d.lgs. 81/2008 e s.m.i. [22].
Le prime due domande dell'area sono dedicate alla normativa nazionale di tutela della SSL e sono volte ad indagare, rispettivamente, se il lavoratore è al corrente dell'esistenza di tali norme e se ritiene che siano efficacemente applicate nella propria azienda. Si indaga sulle attività di informazione/formazione dei lavoratori su temi di SSL.
Successivamente, si chiede se il lavoratore ha degli obblighi di legge per la tutela della SSL, di valutare l'operato del proprio DL in relazione alla tutela della salute e sicurezza aziendale.
Di seguito si passa all'approfondimento della conoscenza delle figure della prevenzione, quali il servizio di prevenzione e protezione (SPP), il suo responsabile (RSPP) e il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS). Si chiede inoltre, se conoscono le procedure per la prevenzione degli incendi, se sono mai stati sottoposti ad una visita da parte del medico competente (MC) ed eventualmente se ne hanno compreso la finalità, e se conoscono le procedure per il primo soccorso.

Il questionario di rilevazione, descritto in precedenza e riportato integralmente in Allegato, è stato tradotto in lingua araba e *punjab* (lingue di riferimento della maggioranza degli intervistati).
Il questionario di rilevazione è stato sempre somministrato face to face alla presenza di un medico del lavoro, un assistente sanitario o infermiere professionale e una mediatrice culturale di lingua araba o *punjab*, a seconda del caso. Date le difficoltà culturali e linguistiche riscontrabili nello svolgimento di tale indagine, la scelta della somministrazione

face to face ha consentito di identificare correttamente i lavoratori e di informarli adeguatamente circa le finalità dello studio, il significato delle domande e le modalità di risposta. Inoltre, la somministrazione del questionario, avvenuta nel periodo luglio-ottobre 2015, è stata preceduta da una indagine pilota (20 interviste) condotta su un campione di lavoratori stranieri con l'obiettivo di ottimizzare lo strumento di indagine, soprattutto in riferimento alla comprensione e al flusso delle domande.
Si garantisce, per l'anonimato dei rispondenti, che i dati raccolti dai questionari saranno oggetto esclusivamente di analisi aggregate.

ANALISI STATISTICA

L'analisi dei questionari è stata svolta mediante il software SPSS versione 21. Per le scale *Likert* e per le domande con risposta di tipo nominale/ordinale sono state calcolate le frequenze assolute e percentuali nel campione totale e, ad un maggior livello di dettaglio, mediante tabelle a doppia entrata, le frequenze percentuali nei vari sottogruppi generati dalle variabili socio-demografiche e/o aziendali, al fine di mettere in evidenza eventuali peculiarità.
Per il primo gruppo di domande, al fine di verificare l'eventuale presenza di associazione tra le variabili socio-demografiche e aziendali e le risposte date, è stato utilizzato il test del Chi Quadrato (χ^2). È opportuno precisare che affinché il Chi Quadrato sia attendibile è necessario che tutte le celle della tabella devono avere una frequenza attesa pari o maggiore a 5. Questa limitazione può essere interpretata in maniera più o meno restrittiva: per SPSS non più del 20% delle celle possono avere frequenza attesa inferiore a 5: oltre questa percentuale il calcolo del Chi Quadrato non è più affidabile [54]. Al fine di limitare i casi di scarsa numerosità delle frequenze attese, la variabile relativa all'età, che prevedeva originariamente cinque classi, è stata riclassificata in tre classi: 16 - 34 anni, 35 - 44 anni e 45 - 64 anni.
Per le domande per le quali è stato calcolato un valore medio, è stato applicato il test ANOVA, per la verifica dell'esistenza di differenze statisticamente significative nei valori medi calcolati nei vari sottogruppi in cui è diviso il campione. Sono stati considerati significativi valori di $p < 0,05$.
Di seguito si riporta una descrizione dei principali risultati ottenuti, con approfondimenti relativi ad alcuni confronti che, sulla base di test statistici, sono emersi significativi.

RISULTATI

Il campione si compone di 402 soggetti.

DATI AZIENDALI

Per quel che concerne caratteristiche aziendali sono state considerate alcune variabili, tra cui la dimensione aziendale, la tipologia di coltivazione e la tipologia contrattuale del lavoratore straniero.
La maggior parte del campione (61,2%) proviene da aziende di medie dimensioni (50 - 249 addetti), segue il 35,1% proveniente da aziende di piccole dimensioni (10 - 49 addetti) e solo il 3,7% opera in micro aziende (1 - 9 addetti).
Per quel che riguarda la tipologia contrattuale, gran parte del campione (96,5%) ha un contratto stagionale. Il restante 3,5% si distribuisce tra contratto a tempo indeterminato (1,5%) e contratto a tempo determinato (2,0%).
In merito al tipo di coltivazione, emerge, dall'analisi delle frequenze, che il 49,8% si occupa della raccolta di ortaggi, il 47,3% è impiegato per la raccolta di meloni/angurie/zucche e il 3,0% si occupa di altri raccolti (Tabella 1).

Tabella 1 Distribuzione per dati aziendali. Valori assoluti e percentuali

	N	%
Dimensione aziendale		
1 - 9 addetti	15	3,7
10 - 49 addetti	141	35,1
50 - 249 addetti	246	61,2
≥ 250 addetti	-	-
Tipologia contrattuale		
Tempo indeterminato	6	1,5
Tempo determinato	8	2,0
Stagionale	388	96,5
Tipo di coltivazione		
Raccolta meloni/angurie/zucche	190	47,3
Raccolta ortaggi	200	49,8
Altro	12	2,9
Totale	**402**	**100,0**

DATI PERSONALI E SOCIO-DEMOGRAFICI

Rispetto alle caratteristiche personali e socio demografiche, risulta che il 94,8% è di sesso maschile e il 5,2% di sesso femminile.
Rispetto all'età, i soggetti intervistati hanno un'età compresa tra 18 e 60 anni. In particolare, il 41,3% ha un'età compresa tra 25 e 34 anni, segue il 31,6% con 35 - 44 anni, il 16,7% con età compresa tra 45 e 54 anni. Il 9,0% si colloca nella fascia di età più giovane (16 - 24 anni) e l'1,5% nella fascia di età più anziana (55 - 64 anni).
In merito alla provenienza geografica, il 59,2% proviene dall'India, il 15,4% dal Marocco, il 15,2% dal Bangladesh, il 4,2% dalla Romania. Il restante 6,0% appartiene ad altri paesi (tra cui Albania, Bolivia, Cambogia, Costa d'Avorio, Egitto, Kosovo, Macedonia, Mauritius, Moldavia, Serbia e Ucraina).
Il 78,4% risulta essere coniugato/a, il 21,4% è celibe/nubile e lo 0,2% è vedovo/a.
Per quanto riguarda il titolo di studio, più della metà dei soggetti intervistati (55,0%) è in possesso della licenza media inferiore. Segue con circa il 18% il diploma di scuola media superiore. Gli altri titoli di studio fanno registrare percentuali al di sotto del 10% (Tabella 2).

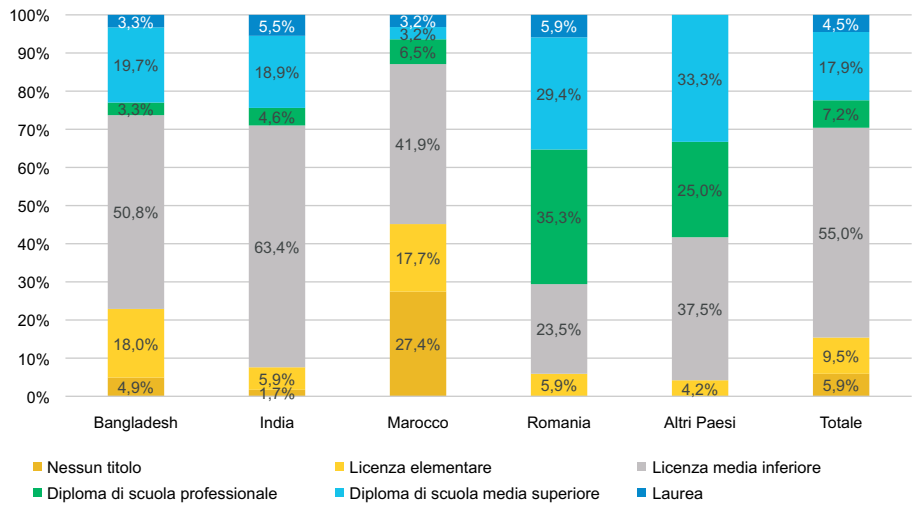
Tabella 2 **Distribuzione per dati personali e socio-demografici. Valori assoluti e percentuali**

	N	%
Genere		
Maschi	381	94,8
Femmine	21	5,2
Classi di età		
16 - 24 anni	36	9,0
25 - 34 anni	166	41,3
35 - 44 anni	127	31,6
45 - 54 anni	67	16,7
55 - 64 anni	6	1,5
Provenienza geografica		
Bangladesh	61	15,2
India	238	59,2
Marocco	62	15,4
Romania	17	4,2
Altri paesi	24	6,0
Stato civile		
Celibe/nubile	86	21,4
Coniugato/a	315	78,4
Vedovo/a	1	0,2
Titolo di studio		
Nessun titolo	24	5,9
Licenza elementare	38	9,5
Licenza media inferiore	221	55,0
Diploma di scuola professionale	29	7,2
Diploma di scuola media superiore	72	17,9
Laurea	18	4,5
Totale	**402**	**100,0**

Incrociando la variabile relativa al titolo di studio con il paese di provenienza, si mette in evidenza che relativamente a Bangladesh, India e Marocco, la percentuale maggiore di soggetti possiede la licenza media inferiore, rispettivamente 50,8%, 63,4% e 41,9%. Tra i rumeni invece le percentuali maggiori si registrano per il diploma di scuola professionale (35,3%) e diploma di scuola media superiore (29,4%). Il gruppo altri paesi conta la percentuale più elevata per la licenza elementare (37,5%) seguita dal diploma di scuola media superiore (33,3%) (Figura 1). Il Chi Quadrato non è affidabile a causa della presenza di numerose celle con bassa frequenza attesa.
Nella sezione dei dati personali si indaga su altri ambiti, quali ad esempio il tempo tra-

scorso in Italia, il tipo di alloggio in cui si vive oppure gli aspetti connessi alla conoscenza delle lingue e in particolare della lingua italiana.
Dall'analisi delle frequenze emerge che poco meno della metà del campione (47,8%) vive in Italia da 6 - 10 anni, il 23,4% da 1 - 5 anni, e il 18,4% da 11 - 15 anni. Il 9,7% risiede da più di 15 anni e solo lo 0,7% da meno di un anno.
Inoltre, dichiara di vivere con la propria famiglia il 39,3%, contro il 60,7% che dichiara il contrario. Rispetto al tipo di alloggio, più della metà del campione (54,0%) vive in casa condivisa con altri e il 41,0% vive in casa in affitto. Solo il 4,7% dispone di una casa di proprietà e lo 0,2% vive in una camera.
Rispetto alle lingue conosciute, l'italiano è conosciuto dalla quasi totalità del campione (99,8%), l'inglese è parlato dal 46,3%, il francese dal 10,2%, lo spagnolo dall'1,7%. Il 4,5% dei soggetti intervistati conosce anche altre lingue. Gran parte del campione conosce più di una lingua.

Figura 1 **Titolo di studio e provenienza geografica**

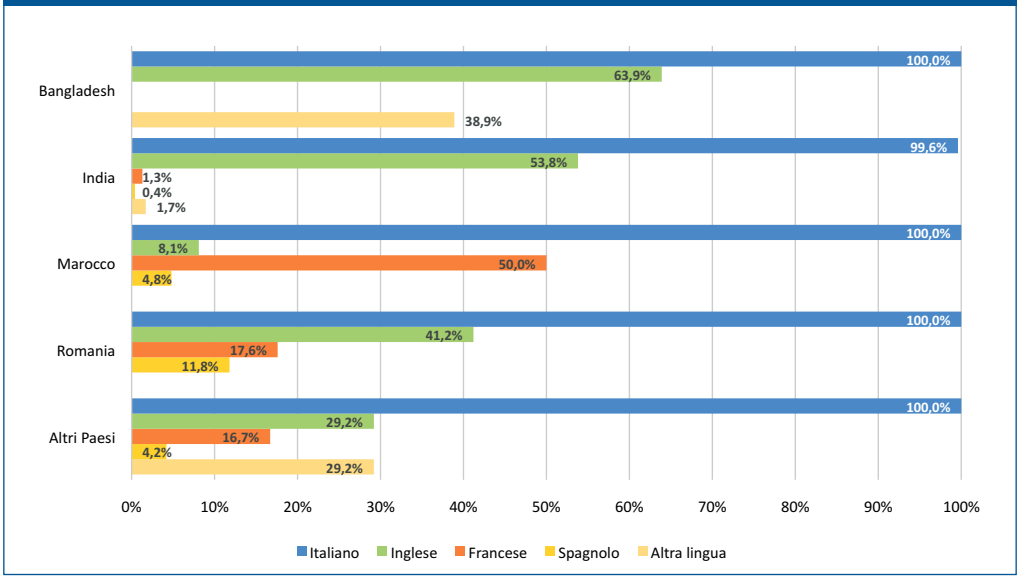


(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Incrociando la variabile relativa alle lingue conosciute con il paese di origine si evince che per tutti i paesi, eccetto per l'India dove la percentuale è vicina al 100,0% ma non lo raggiunge, tutti parlano italiano. Anche l'inglese è conosciuto da percentuali elevate di soggetti (il 63,9% dei soggetti provenienti dal Bangladesh, il 53,8% provenienti dall'India e il

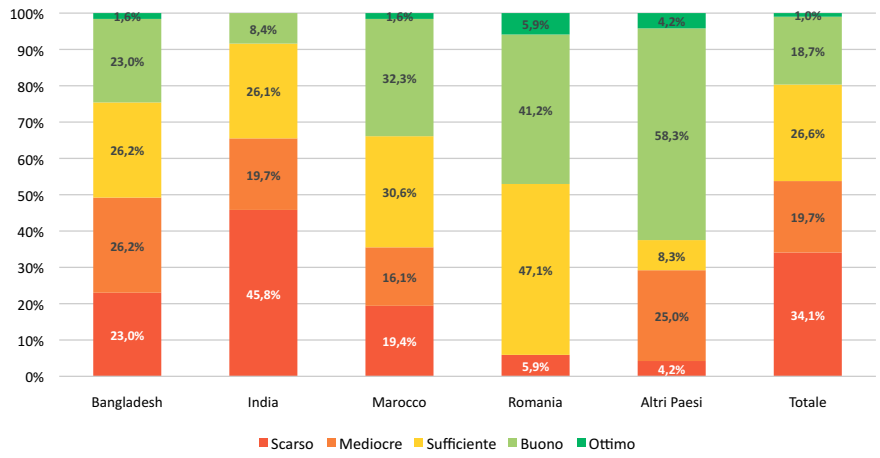
41,2% dalla Romania). Per il Marocco, invece, è maggiore la percentuale di coloro che parlano francese (50,0%) rispetto all'inglese (8,1%). Nessuno ha indicato il portoghese come lingua conosciuta e percentuali più basse si registrano per lo spagnolo (Figura 2). Incrociando con le lingue conosciute con le classi di età, si evince che nella classe 16 - 34 anni, conosce l'italiano il 99,5%, l'inglese il 51,5%, il francese il 7,9%. Nelle classi di età 35 - 44 anni e 45 - 64 anni, l'italiano è parlato dal 100,0% dei soggetti. Segue l'inglese con percentuali rispettivamente del 44,1% e del 35,6% ed il francese con 11,0% e 15,1%. Lo spagnolo registra percentuali minime. Percentuali contenute al di sotto del 7,0% parlano altre lingue.
Approfondendo sul grado di conoscenza della lingua italiana, più del 34% degli intervistati lo giudica scarso, il 26,6% lo considera sufficiente, il 19,7% mediocre ed il 18,7% buono. Solo l'1,0% lo ritiene ottimo. Emerge, tuttavia, che il 75,5% non ha mai frequentato corsi per l'apprendimento dell'italiano. Tra coloro che li hanno frequentati (24,5%), si indaga sull'organismo/ente organizzatore. Circa il 65% indica il Comune. Seguono il sindacato (5,2%), l'azienda (3,1%), le associazioni di categoria (2,1%) e la Regione (1,0%). Il 24,0% ha indicato altro.
Incrociando il grado di conoscenza della lingua italiana con il paese di origine si mette in evidenza che per il Bangladesh il livello di conoscenza dell'italiano raggiunge percentuali intorno al 25% per tutte le modalità da scarso a buono e solo l'1,6% risponde di conoscere l'italiano in modo ottimo. Passando all'India, la percentuale di coloro che dichiarano di avere uno scarso livello di conoscenza della lingua italiana è la più alta rispetto a tutti gli altri paesi e si attesta al 45,8%; per il 26,1% è sufficiente. D'altro canto per il Marocco e la Romania le percentuali maggiori si registrano per le modalità sufficiente e buono, essendo rispettivamente 30,6% e il 32,2% per il Marocco e 47,1% e 41,2% per la Romania (Figura 3). Il Chi Quadrato non è affidabile a causa della presenza di numerose celle con bassa frequenza attesa.

Figura 2 **Lingue conosciute e provenienza geografica**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

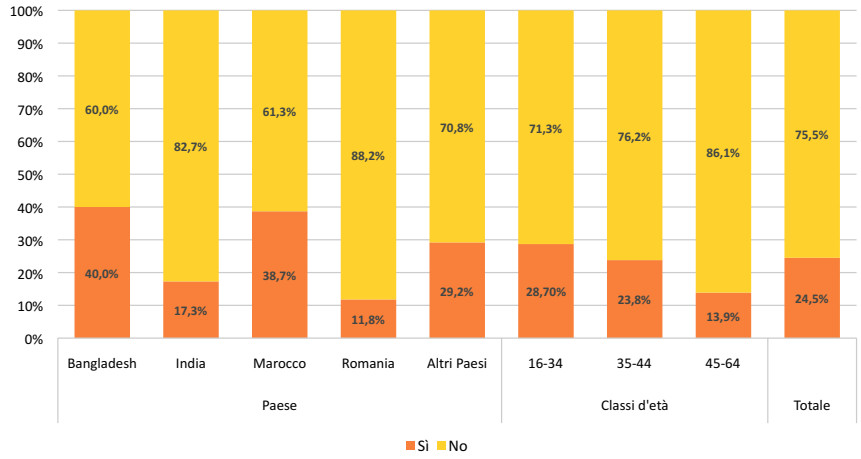
Figura 3 **Grado di conoscenza della lingua italiana e provenienza geografica**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Non emerge alcuna significatività incrociando il grado di conoscenza della lingua italiana con le classi di età. Si evidenzia, comunque, che la percentuale di coloro che giudicano scarso il proprio livello di conoscenza della lingua italiana cresce al crescere dell'età, passando dal 32,2% nei più giovani (16 - 34 anni) al 34,6% nella classe intermedia (35 - 44 anni), fino al 38,4% per la classe più elevata (45 - 64 anni), mentre decresce la percentuale di coloro che lo considerano sufficiente, essendo rispettivamente 28,7%, 25,2% e 23,3%.
Per quel che riguarda la frequenza di corsi di lingua italiana rispetto al paese di provenienza, dall'applicazione del test del Chi Quadrato, emerge un'associazione statisticamente significativa ($p < 0,001$). Si noti, infatti, che la percentuale maggiore di soggetti che ha frequentato corsi di formazione proviene dal Bangladesh (40,0%), a seguire il Marocco (38,7%). L'India presenta una percentuale del 17,3%. Mentre la Romania presenta la percentuale più bassa di frequenza di corsi di italiano (11,8%) ma le percentuali più elevate di conoscenza della lingua italiana.
Emerge un'associazione statisticamente significativa anche incrociando la frequenza dei corsi di italiano con le classi di età ($p = 0,042$). Si noti, infatti, che la percentuale di coloro che ha frequentato corsi di italiano decresce al crescere dell'età, essendo stata del 28,7% per la classe 16 - 34 anni, 23,8% per la classe 35 - 44 anni e del 13,9% per la classe 45 - 64 anni (Figura 4).

Figura 4 **Frequenza corsi di italiano, provenienza geografica e classi d'età**

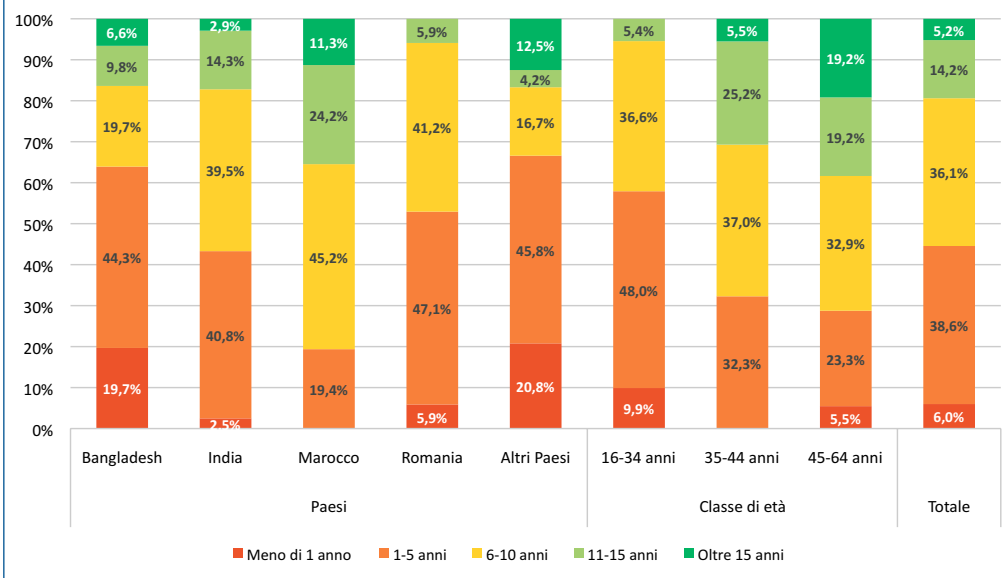


(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Si chiede poi agli intervistati da quanto tempo lavorano in agricoltura. Il 38,6% dichiara di lavorare in agricoltura da 1 - 5 anni, ed il 36,1% da 6 - 10 anni. Segue il 14,2% che ci lavo-

ra da più tempo (11 - 15 anni). Solo il 6,0% ci lavora da meno di un anno ed il restante 5,2% da più di 15 anni.
Incrociando il paese di origine con il numero di anni di lavoro in agricoltura, come si nota dalla Figura 5, il 64,0% dei soggetti provenienti dal Bangladesh lavora in agricoltura da 5 anni (di cui meno del 20% da meno di 1 anno). Percentuali vicine al 40% di soggetti provenienti dall'India operano in agricoltura da 1 - 5 anni e 6 - 10 anni. Il 45,2% dei lavoratori del Marocco lavora in agricoltura da 6 - 10 anni. Il 47,1% e il 41,2% dei soggetti provenienti dalla Romania lavora in agricoltura rispettivamente da 1 - 5 anni e 6 - 10 anni. In questo caso, il Chi Quadrato non è affidabile a causa della presenza di numerose celle con bassa frequenza attesa.
Incrociando con l'età si ottiene un'associazione statisticamente significativa ($p < 0,001$): nella classe di età più giovane (16 - 34 anni) la percentuale maggiore di soggetti lavora in agricoltura da 1 - 5 anni (48,0%); nella classe di età successiva (35 - 44 anni) la percentuale maggiore di soggetti lavora in agricoltura da 6 - 10 anni (37,0%). Nella classe più adulta (45 - 64 anni) oltre al 32,9% che lavora in agricoltura da 6 - 10 anni, sono consistenti anche le percentuali di coloro che ci lavorano da 11 - 15 anni e da oltre 15 anni (in entrambi i casi pari a 19,2%).

Figura 5 **Periodo di lavoro in agricoltura, provenienza geografica e classi d'età**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

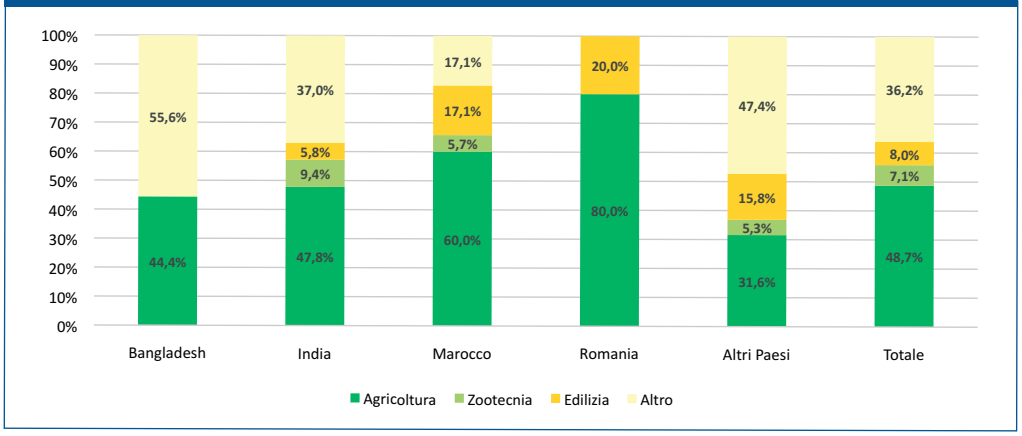
Inoltre, si registra che il 57,0% ha già svolto un lavoro in Italia prima di quello attuale. Dall'applicazione del Chi Quadrato emerge un'associazione statisticamente significativa

con la provenienza geografica (p = 0,025). Si noti che per il Bangladesh, l'India, e il Marocco più della metà dei soggetti ha già svolto un lavoro in Italia (rispettivamente il 50,8%, 58,0%, 58,1%) mentre per la Romania tale percentuale scende al 29,4% e prevale la percentuale di coloro che non hanno mai svolto un lavoro in Italia (70,6%). Risulta non significativa l'associazione con la classe di età (p > 0,05).
Tra i 229 soggetti che hanno dichiarato di aver svolto un altro lavoro in Italia prima di quello attuale si approfondisce sul settore in cui hanno operato: emerge che, tra questi soggetti, il 48,7% anche in precedenza ha lavorato in agricoltura. Percentuali attorno al 7 - 8% hanno lavorato nell'ambito della zootecnia o dell'edilizia. Il 36,2% ha operato in altri settori. Si osservi che hanno già lavorato nel settore agricoltura per il Bangladesh il 44,4%, per l'India il 47,8%, per il Marocco il 60,0%, per la Romania l'80,0% (Figura 6). Il Chi Quadrato non è affidabile a causa della presenza di numerose celle con bassa frequenza attesa.

IMPATTO SULLA SALUTE PSICOFISICA

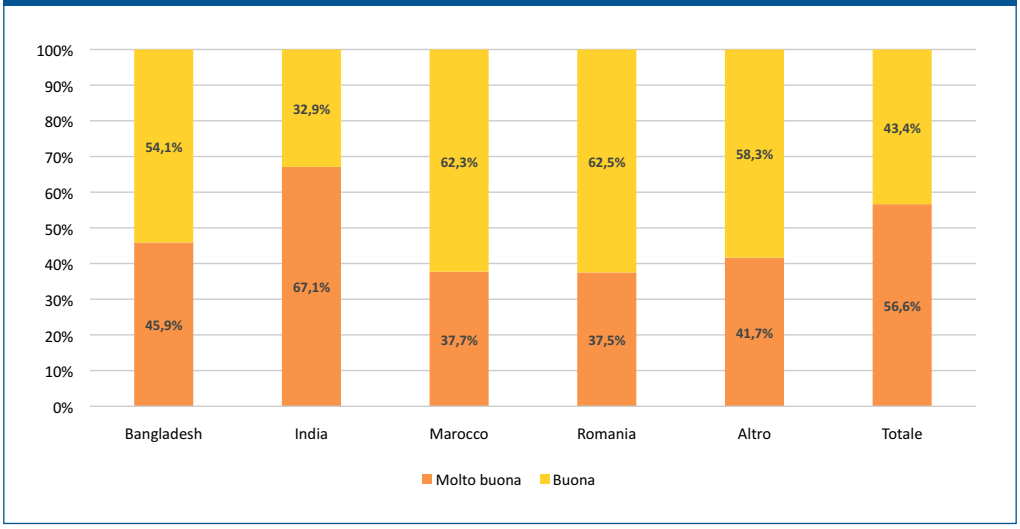
Nella sezione relativa all'impatto sulla salute psicofisica si approfondiscono tutti gli aspetti connessi allo stato di salute dei soggetti intervistati. Si inizia chiedendo in generale come valutano la propria salute.
Il 56,4% la considera molto buona, il 43,1% buona e lo 0,5% discreta.
Emerge un'associazione statisticamente significativa con il paese di provenienza (p < 0,001) e non significativa con le classi di età (p > 0,05). Come si può notare dalla Figura 7, l'India è il paese in cui si registra la più elevata percentuale di soggetti che ritengono la propria salute molto buona (67,1%), seguito dal Bangladesh con il 45,9%. Il Marocco e la Romania si attestano sul 37,5% circa. In tale analisi, sono stati eliminati dal campione i due soggetti che avevano dichiarato la propria salute discreta.

Figura 6 **Ultimo settore lavorativo in cui si è operato per provenienza geografica**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Figura 7 **Stato di salute e provenienza geografica**



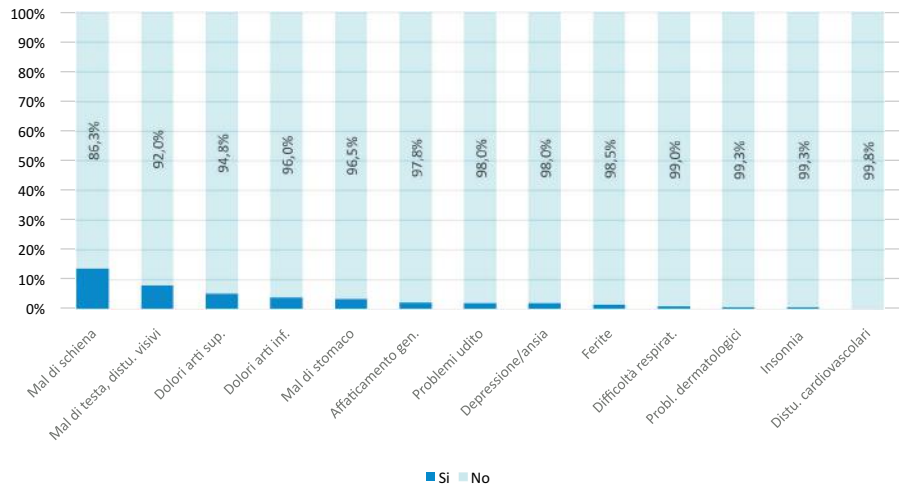
(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Si approfondisce la conoscenza dello stato di salute indagando sulla presenza di alcuni problemi in particolare e mettendoli in relazione con l'età o con la provenienza geografica. Si noti, dalla Figura 8, che le percentuali di coloro che dichiarano di soffrire di un problema di salute sono tutte contenute al di sotto del 14%, che si riscontra nel caso del mal di schiena. Segue il mal di testa con l'8,0%, i dolori degli arti superiori con il 5,2% e i dolori degli arti inferiori con il 4,0%.

Non emerge alcuna associazione statisticamente significativa tra i vari problemi di salute esaminati e le classi di età: i valori della p del Chi Quadrato risultano essere tutti maggiori del valore 0,05. Viceversa emergono alcune peculiarità con la provenienza geografica. In particolare, il mal di schiena ($p < 0{,}001$), i dolori degli arti superiori ($p = 0{,}050$), il mal di testa e i disturbi visivi ($p = 0{,}021$), il mal di stomaco, le difficoltà respiratorie ($p = 0{,}013$), le ferite ($p = 0{,}004$), la depressione e l'ansia ($p < 0{,}001$), l'affaticamento generale ($p < 0{,}001$), l'insonnia o le difficoltà a dormire in generale ($p = 0{,}013$) sono associati alla provenienza geografica. Dall'analisi dei risultati si può affermare ad esempio che il mal di schiena è più frequente nei lavoratori del Marocco (25,8%), in quelli della Romania (23,5%) e di altri paesi (29,2%) rispetto a quelli del Bangladesh (8,2%) e dell'India (9,7%). I dolori muscolari alle spalle, al collo e/o agli arti superiori sono più frequenti nei lavoratori della Romania (17,6%) e in quelli del Bangladesh (9,8%) rispetto a quelli dell'India (3,8%) e del Marocco (3,2%) e di altri paesi (4,2%). Il mal di testa e i disturbi visivi sono più frequenti in lavoratori di altri paesi (16,7%) e in quelli del Bangladesh (14,8%) e del Marocco (11,3%) rispetto ai lavoratori dell'India (4,2%) e della Romania (5,9%). Il mal di stomaco si registra in misura maggiore in lavoratori della Romania (11,8%) e in quelli di

altri paesi (12,5%) rispetto ai lavoratori del Bangladesh (3,3%), dell'India (1,3%) e del Marocco (6,5%). Le difficoltà respiratorie sono inesistenti nei lavoratori del Bangladesh e dell'India, mentre raggiungono il 6% in lavoratori della Romania, il 4,2% in quelli di altri paesi e il 3,2% in quelli del Marocco. Le ferite sfiorano il 12% in lavoratori della Romania contro il 4,2% in lavoratori di altri paesi e percentuali al di sotto del 1,5% per quelli di Marocco, Bangladesh e India. La depressione e l'ansia sono più presenti in lavoratori della Romania (17,6%) contro l'8,3% in quelli di altri paesi e percentuali non superiori al 3% per lavoratori di Marocco, Bangladesh e India (dove è pari a 0%). L'affaticamento generale è più tipicamente dei lavoratori del Marocco (11,3%) mentre in tutti gli altri paesi è prossimo allo 0%. Infine, l'insonnia e le difficoltà a dormire sono più frequenti in lavoratori della Romania e in quelli di altri paesi dove comunque non oltrepassano percentuali del 6%, rispetto ai lavoratori di India, Bangladesh e Marocco dove sono prossime allo 0%.

Figura 8 **Problemi di salute sofferti negli ultimi 12 mesi**

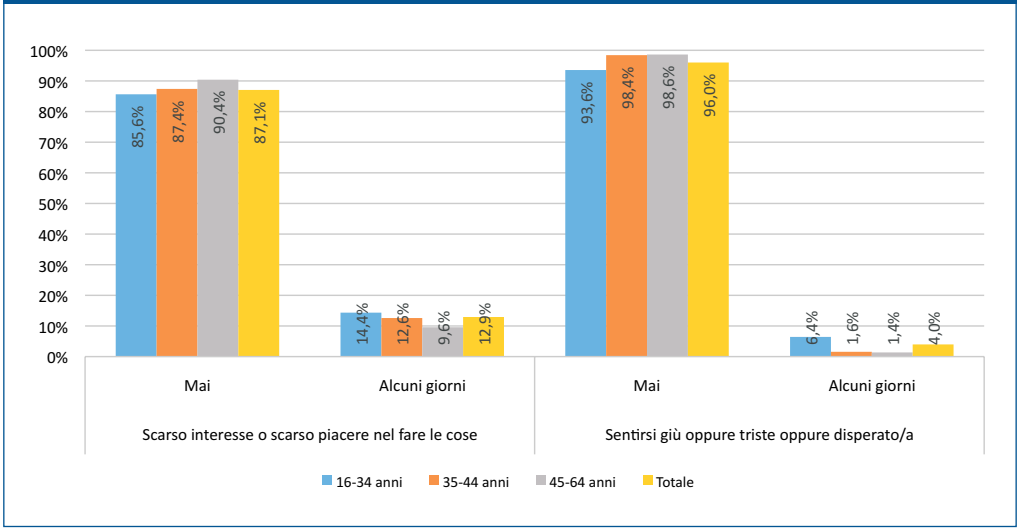


(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Alle domande relative alla frequenza con la quale nelle ultime 2 settimane prima dell'indagine, *hanno avuto fastidio dallo scarso interesse o scarso piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù, triste o disperato* è emerso che nessuno ha indicato le modalità di risposta che indicano una frequenza elevata (per più di metà dei giorni e quasi ogni giorno), l'87,1% ha dichiarato di non provare mai scarso interesse o scarso piacere e il 12,9% lo prova solo in alcuni giorni. Mentre il 96,0% non si sente mai triste o disperato e solo il 4,0% lo si sente solo in alcuni giorni. Rispetto alle classi di età, emerge un'associazione statisticamente significativa ($p = 0,041$) con il sentirsi triste o disperato: la percentuale di coloro

che non si sente mai triste cresce al crescere della classe di età, passando dal 93,6% per la classe di età 16 - 34, al 98,4% per la classe 35 - 44 e al 98,6% per la classe 45 - 64 (Figura 9). Mentre rispetto alla provenienza geografica è lo scarso interesse nel fare le cose a risultare significativo ($p < 0,001$). In particolare nei lavoratori indiani è minore la percentuale di coloro che non hanno mai scarso interesse nel fare le cose (80,7%) rispetto a quanto accade nei lavoratori del Bangladesh (100,0%), del Marocco (95,2%), e della Romania (94,1%). Nei lavoratori di altri paesi tale percentuale è del 91,7% (Figura 10).

Figura 9 **Frequenza con cui gli episodi di *scarso interesse* o di *tristezza* provocano fastidio e classi di età**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

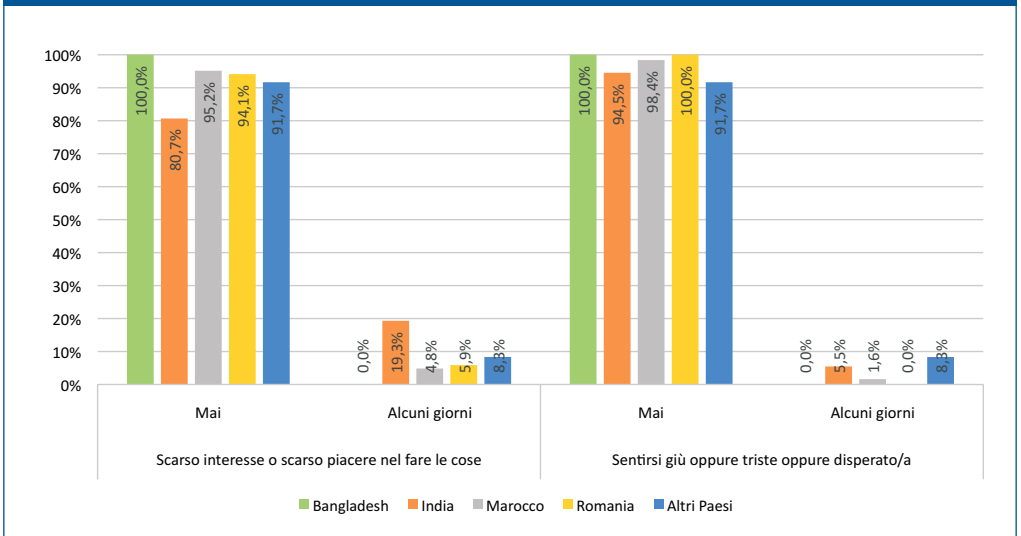
Lo stato di salute viene ulteriormente indagato chiedendo il consumo quotidiano di bevande tra vino, birra e superalcolici. Dall'analisi delle frequenze emerge un consumo molto basso: in particolare, il 2,2% dichiara di consumare birra, l'1,2% vino e lo 0,5% superalcolici. Il 96,3% afferma di non consumare nessuna delle bevande elencate.
Infine, in questa sezione si chiede agli intervistati di specificare a chi si rivolgono quando hanno problemi di salute, dando la possibilità di scegliere più di una risposta. La risposta scelta con frequenza maggiore è il MMG, scelto dal 76,8% dei soggetti intervistati. Meno del 15% dei casi non si rivolge a nessuno, il 10,7% si rivolge all'ospedale o al pronto soccorso, il 3,5% a familiari ed amici.

CONDIZIONI LAVORATIVE

Nella sezione riguardante le condizioni lavorative si inizia chiedendo quante ore lavorano in media al giorno e quanti giorni, mediamente, lavorano a settimana. Dall'analisi sul

campione generale si ottiene che il numero medio di ore giornaliere lavorate è pari a 7,4 (deviazione standard (DS = 1,4) ed il numero di giorni lavorati mediamente a settimana è 5,3 (DS = 1,1). Dal confronto tra valori medi del numero di ore/giorno e di giorni/settimana lavorati mediamente in base alla provenienza geografica emergono delle differenze statisticamente significative (p ANOVA < 0,001). Come si evince dalla Figura 11, i soggetti provenienti dall'India lavorano in media un numero di ore (7,9 ore) significativamente superiore rispetto a quello lavorato dai bengalesi (5,8 ore), dai rumeni (5,9 ore), dai lavoratori di altri paesi (6,4 ore) (p < 0,001) e da quelli del Marocco (7,6 ore) (p = 0,046). I lavoratori del Marocco hanno fatto registrare un numero medio di ore lavorate al giorno significativamente maggiore dei colleghi del Bangladesh, della Romania e di altri paesi (p < 0,001). Non emergono differenze significative tra le ore lavorate dai lavoratori del Bangladesh, della Romania e di altri paesi.
Per quel che riguarda il numero di giorni lavorati a settimana, anche in questo caso, il numero significativamente maggiore rispetto a tutti gli altri paesi si registra nei lavoratori indiani 5,7 giorni contro i 4,8 giorni di quelli di altri paesi (p < 0,001), i 4,0 giorni dei rumeni (p < 0,001) e i 3,9 giorni dei lavoratori del Bangladesh (p < 0,001). Non emerge una differenza statisticamente significativa tra lavoratori di India e Marocco. Anche il numero medio di giorni lavorati dai lavoratori del Marocco è significativamente maggiore rispetto a quello dei lavoratori del Bangladesh, della Romania e di altri paesi (p < 0,001). Non emergono, invece, valori medi significativamente differenti rispetto alle classi di età (p ANOVA > 0,05).

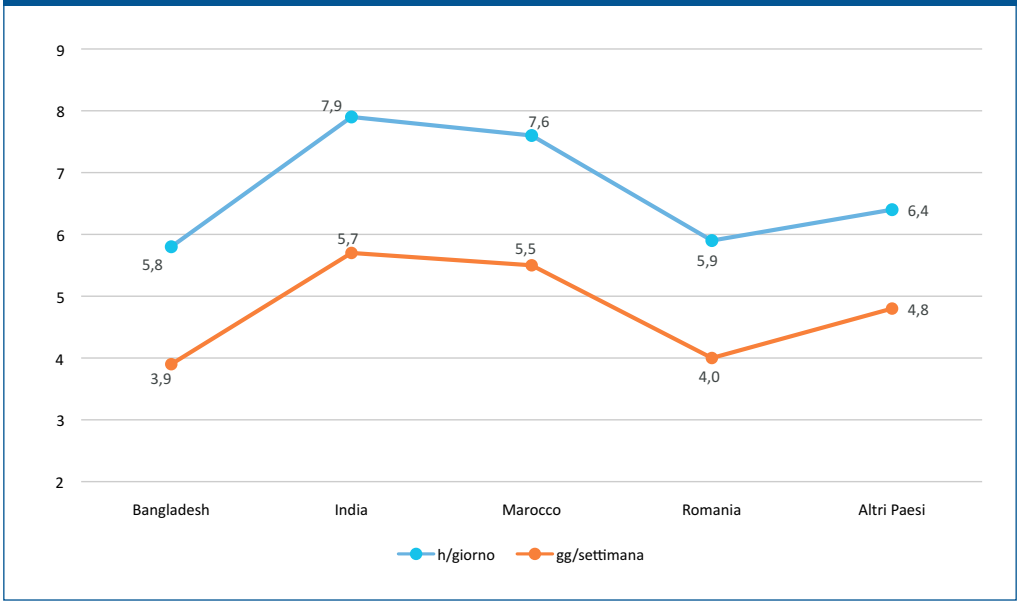
Figura 10 **Frequenza con cui gli episodi di *scarso interesse* o di *tristezza* provocano fastidio e provenienza geografica**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

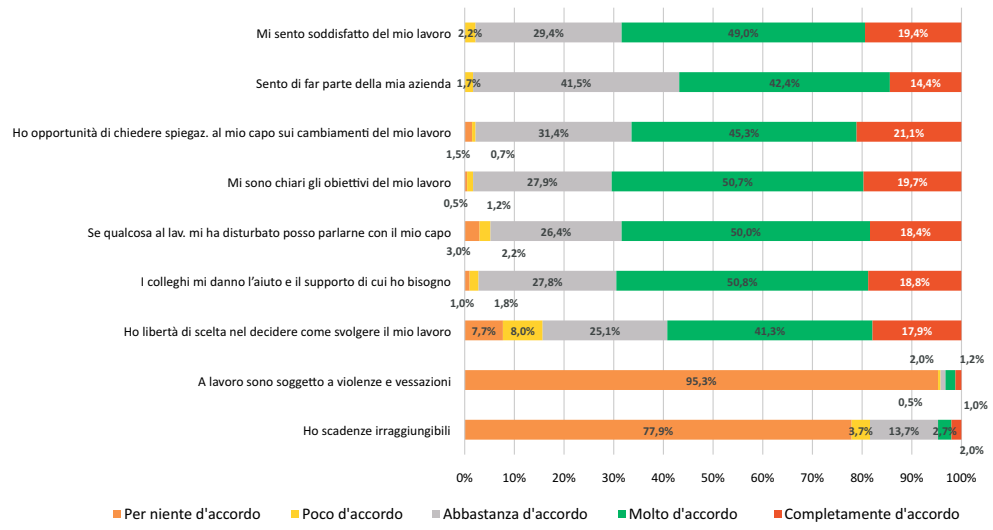
Nella Figura 12 sono state riportate le frequenze percentuali ottenute nel campione totale relativamente ad una serie di affermazioni, espresse su una scala *Likert* da 1 = per niente d'accordo a 5 = completamente d'accordo. Come si può mettere in evidenza dalla Figura 12, le percentuali cumulate di coloro che si considerano almeno abbastanza d'accordo con le affermazioni enunciate raggiungono circa l'85% per l'item *Ho libertà di scelta nel decidere come svolgere il mio lavoro* sfiorano il 95% per l'affermazione *Se qualcosa al lavoro mi ha disturbato posso parlarne con il mio capo* (94,8%), e lo oltrepassano per tutte le altre affermazioni: *I colleghi mi danno l'aiuto e il supporto di cui ho bisogno* (97,4%), *Ho opportunità di chiedere spiegazioni al mio capo sui cambiamenti del mio lavoro* (97,8%), *Mi sento soddisfatto del mio lavoro* (97,8%), *Mi sono chiari gli obiettivi del mio lavoro* (98,3%), *Sento di far parte della mia azienda* (98,3%).
Le ultime due affermazioni, invece, essendo inverso il significato dei due poli della scala *Likert* utilizzata rispetto alle affermazioni precedenti, fa registrare percentuali più elevate per il disaccordo: infatti il 95,3% ed il 77,9% sono per niente d'accordo con le affermazioni *A lavoro sono soggetto a violenze e vessazioni* e *Ho scadenze irraggiungibili*. Tuttavia, per quest'ultima affermazione bisogna evidenziare una percentuale del 13,7% di soggetti che sono molto d'accordo.

Figura 11 **Numero di ore/giorno e giorni/settimana lavorati mediamente per provenienza geografica. Valori medi**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Figura 12 **Grado di accordo su affermazioni riguardanti i rischi psicosociali (*)**

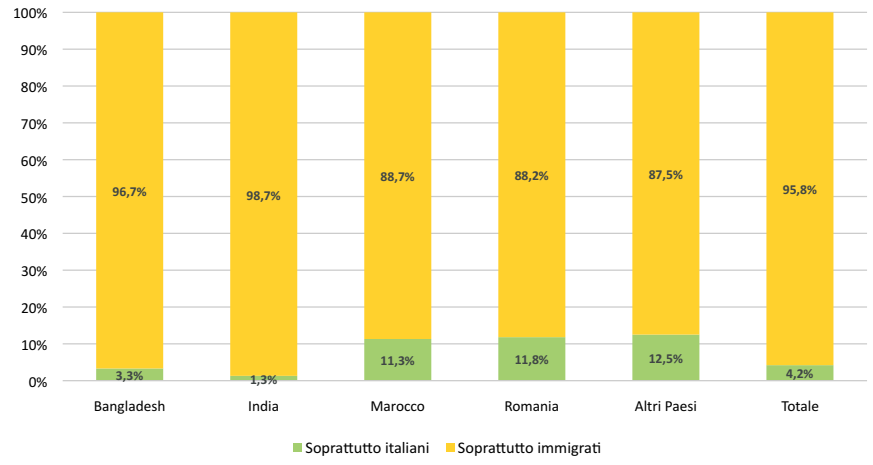


(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

(*) Nelle affermazioni *Ho scadenze irraggiungibili* e *A lavoro sono soggetto a violenze e vessazioni*, il polo negativo (per niente d'accordo, poco d'accordo) esprime una condizione positiva e il polo positivo (molto d'accordo, completamente d'accordo) una condizione negativa, al contrario delle altre affermazioni presenti nel grafico per le quali il polo negativo esprime una condizione negativa e, viceversa, il polo positivo esprime una condizione positiva.

Alcune affermazioni sono associate con il paese di provenienza. Ad esempio, per l'item *Ho libertà di scelta nel decidere come svolgere il mio lavoro* risulta che la percentuale degli indiani che sono d'accordo (molto e completamente) sfiora il 79% mentre per i lavoratori di altri paesi si mantiene di gran lunga al di sotto, essendo nei rumeni del 41,3%, nei bengalesi del 31,1%, nei marocchini del 30,6% e nei lavoratori degli altri paesi del 25,0% ($p < 0{,}001$). Per le altre affermazioni, il Chi Quadrato non è affidabile a causa della presenza di numerose celle con bassa frequenza attesa. D'altro canto non si mettono in evidenza associazioni statisticamente significative tra le affermazioni elencate e la classi di età essendo i valori della p del Chi Quadrato tutti maggiori di 0,05.
Per quel che riguarda la nazionalità dei colleghi di lavoro risulta che solo per il 4,2% sono italiani, mentre il 95,8% dei soggetti intervistati ha colleghi soprattutto immigrati.
Non si evidenzia alcuna associazione con le classi di età, mentre emergono delle caratterizzazioni per provenienza geografica ($p = 0{,}001$) (Figura 13).

Figura 13 **Nazionalità dei colleghi di lavoro e provenienza geografica**

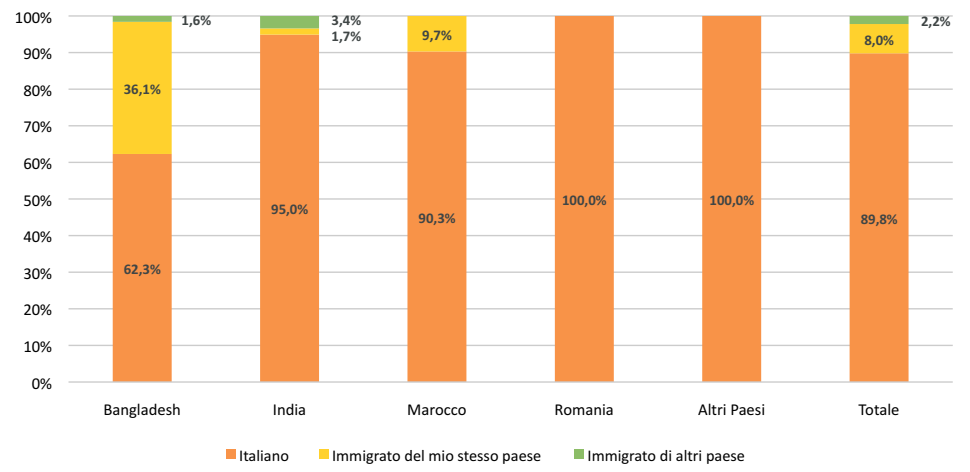


(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Inoltre, alla domanda in cui si chiede se le condizioni di lavoro sono le stesse dei colleghi italiani, il 93,3% risponde in maniera affermativa contro il 6,7% che ritiene il contrario. Anche in questo caso, non risulta un'associazione con la classe di età ($p > 0,05$) ma con la provenienza geografica ($p = 0,035$). Emerge, infatti, che tra i marocchini si registra il 14,5% di soggetti che ritiene che le condizioni di lavoro tra italiani e immigrati siano differenti, mentre per gli altri paesi tale percentuale si mantiene al di sotto del 10%, essendo tra i bengalesi del 9,8%, dell'8,3% in lavoratori di altri paesi, del 5,9% tra quelli rumeni e del 3,8% tra gli indiani.
Nel caso di richiesta di chiarimenti, oltre la metà dei soggetti intervistati si rivolge ai colleghi italiani (58,5%) rispetto ai colleghi immigrati (41,5%). Anche in questa situazione emerge un'associazione statisticamente significativa con la provenienza geografica ($p < 0,001$), ma non con l'età ($p > 0,05$). In particolare risulta che i lavoratori del Bangladesh si rivolgono in misura maggiore ai colleghi immigrati (67,2%) rispetto a quanto facciano gli altri lavoratori, quali quelli del Marocco (43,5%), dell'India (37,0%), di altri paesi (29,2%) e della Romania (23,5%). Solo il 32,8% dei lavoratori del Bangladesh si rivolge a colleghi italiani, percentuale che tra gli indiani si attesta sul 63,0%, tra i rumeni sul 76,5%, tra i lavoratori di altri paesi sul 70,8%. Tra i marocchini tale percentuale scende al 56,5%.
Prevalentemente il capo/responsabile sul lavoro è rappresentato per l'89,8% dei soggetti intervistati da un italiano, l'8,0% è un immigrato dello stesso paese ed il 2,2% è un immigrato di un altro paese. Dall'incrocio con la provenienza geografica ($p < 0,001$) emerge che tale situazione è abbastanza delineata tra i lavoratori della Romania e tra quelli di altri paesi dove il responsabile è sempre italiano. Tra gli indiani tale percentuale scende al

95,0% e sale al 3,4% il capo immigrato di altro paese, mentre tra i bengalesi il responsabile è italiano nel 62,3% dei casi, immigrato dello stesso paese nel 36,1% e immigrato di altro paese per l'1,6% (Figura 14).

Figura 14 Provenienza geografica del capo/responsabile e dei lavoratori

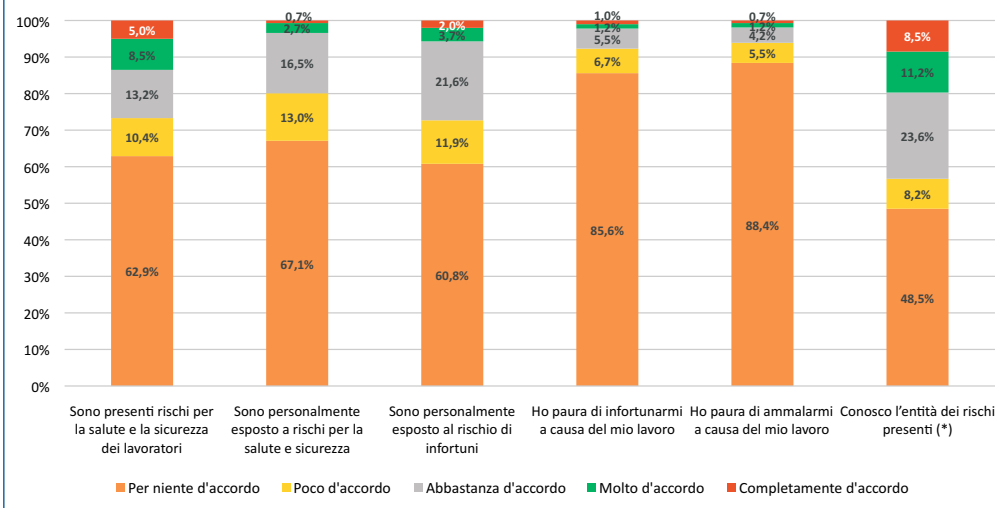


(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

PERCEZIONE DEL RISCHIO E ESPOSIZIONE A FATTORI DI RISCHIO

In quest'area sono indagate le percezioni dei lavoratori in merito alle condizioni di rischio per la salute e la sicurezza presenti sul posto di lavoro. Sono stati quindi indagati sia il punto di vista dei rispondenti rispetto alla presenza dei rischi per la salute e la sicurezza nella propria azienda sia la misura in cui ritengono di essere esposti personalmente a tali rischi e di conoscerne l'entità. Inoltre è stato indagato il grado di preoccupazione dei lavoratori di ammalarsi o di infortunarsi a causa del lavoro svolto. Come si nota dalla Figura 15, gran parte dei rispondenti non è d'accordo o lo è poco sulla presenza di rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori (73,3%), si sente per niente o poco esposto personalmente a rischi per la salute e la sicurezza (80,1%) o al rischio infortuni (72,7%). Le percentuali di coloro che hanno espresso un parere di accordo (molto d'accordo e completamente d'accordo) alle affermazioni suddette sono rispettivamente 13,5%, 3,4% e 5,7%. Solo il 19,7% si dichiara molto e completamente d'accordo con l'affermazione relativa alla conoscenza dei rischi presenti in azienda, il 23,6% si dice abbastanza d'accordo, mentre oltre la metà del campione (56,7%) si ritiene per niente e poco d'accordo. Percentuali elevate di soggetti dichiarano di non aver paura di infortunarsi (92,3%) e di ammalarsi (93,9%) a causa del proprio lavoro.

Figura 15 **Grado di accordo su affermazioni riguardanti la percezione del rischio per la salute e la sicurezza sul lavoro**



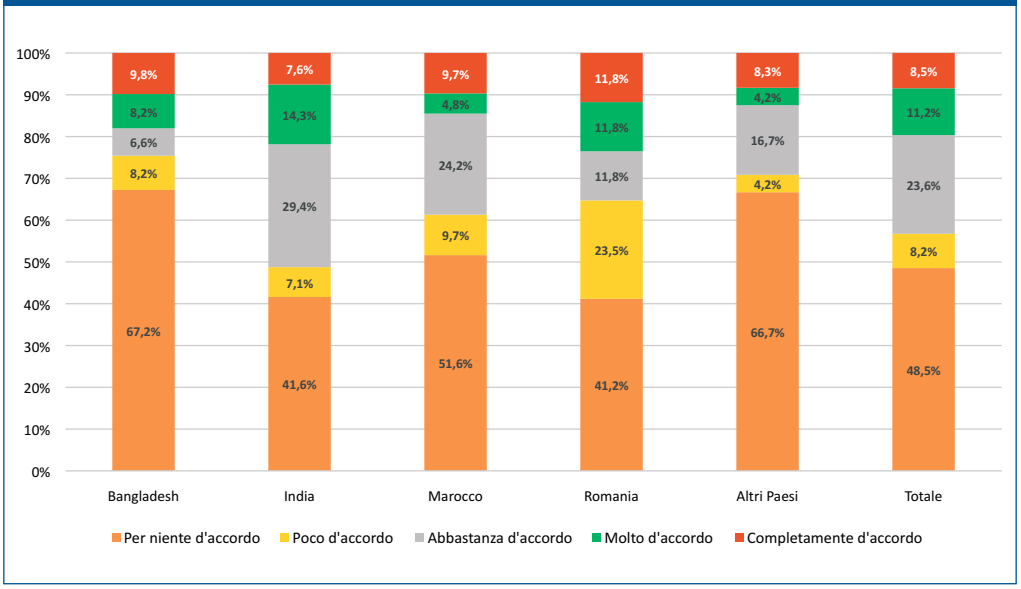
(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

(*) Nell'affermazione *Conosco l'entità dei rischi presenti* il polo negativo (per niente d'accordo, poco d'accordo) esprime una condizione positiva e il polo positivo (molto d'accordo, completamente d'accordo) una condizione negativa, al contrario delle altre affermazioni presenti nel grafico per le quali il polo negativo esprime una condizione negativa e, viceversa, il polo positivo esprime una condizione positiva.

Incrociando le domande relative alla percezione del rischio con le classi di età e la provenienza geografica si mettono in evidenza alcune associazioni statisticamente significative. In particolare l'affermazione *Conosco l'entità dei rischi presenti* risulta essere associata con l'età ($p = 0{,}010$): la percentuale di coloro che si dichiarano molto e completamente d'accordo con tale affermazione diminuisce al crescere dell'età, passando dal 23,8% nella classe di età 16 - 34, al 18,1% per la classe di età 35 - 44 e all'11,0% per la classe di età 45 - 64. La classe di età centrale (35 - 44 anni) si ritiene abbastanza d'accordo (31,5%) rispetto ai più giovani (17,3%) e ai più anziani (27,4%), i quali, invece, si ritengono prevalentemente per niente e poco d'accordo, con percentuali rispettivamente del 58,9% e del 61,6%.
La stessa affermazione risulta essere associata anche alla provenienza geografica ($p = 0{,}004$). Risulta, infatti, dall'analisi delle frequenze, che i lavoratori dell'India (21,8%) e della Romania (23,5%) sono quelli che in percentuale maggiore rispetto ai lavoratori di altri paesi si dichiarano molto e completamente d'accordo con l'affermazione riguardante la conoscenza dell'entità dei rischi presenti in azienda. Mentre tra coloro che registra-

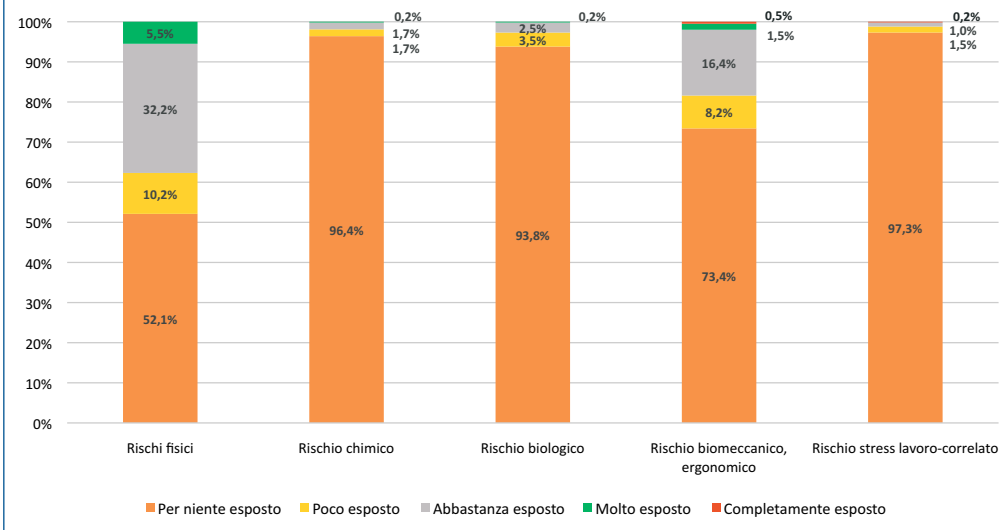
no percentuali più elevate per le risposte per niente e poco d'accordo si registrano i lavoratori del Bangladesh (75,4%) e di altri paesi (70,8%) (Figura 16). Per gli altri incroci, il Chi Quadrato non è affidabile a causa della presenza di numerose celle con bassa frequenza attesa.
Relativamente all'esposizione ad alcuni fattori di rischio, come si può notare dalla Figura 17, per il rischio biologico, il rischio chimico e il rischio stress lavoro-correlato, la percentuale di coloro che si sentono *per niente esposti* rappresenta quasi la totalità del campione, essendo rispettivamente del 93,8%, 96,4% e 97,3%. Per il rischio biomeccanico tale percentuale scende al 73,4% e per i rischi fisici addirittura al 52,1%. Per questi ultimi due rischi, infatti, aumentano le altre percentuali, ad esempio la percentuale di coloro che si sentono *abbastanza esposti* a tali rischi sono rispettivamente 16,4% e 32,2%.

Figura 16 **Grado di accordo sull'affermazione *Conosco l'entità dei rischi presenti* e provenienza geografica**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

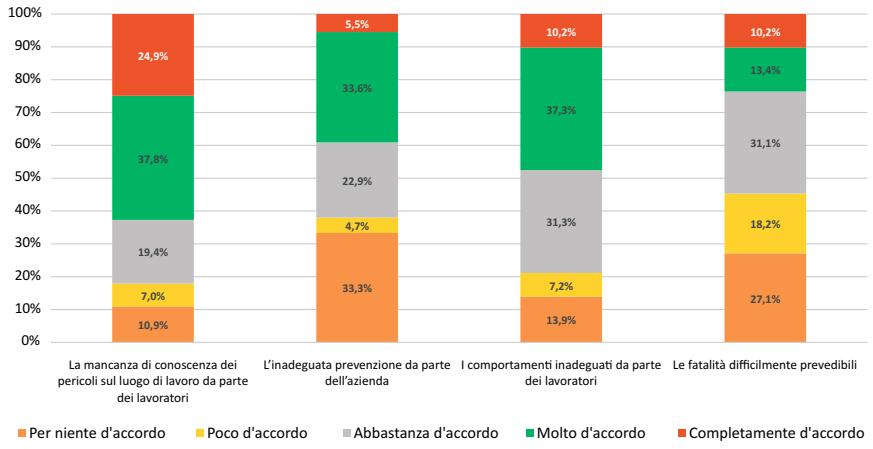
Figura 17 **Quanto i lavoratori si sentono esposti a varie tipologie di rischio**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Non emergono associazioni statisticamente significative con l'età. Mentre il livello di esposizione dei rischi fisici ($p < 0,001$) e del rischio biomeccanico ed ergonomico ($p = 0,001$) sono associati con il paese di origine.
In particolare, tra i lavoratori che si sentono esposti, molto e completamente, ai rischi fisici, la percentuale maggiore si registra per coloro che provengono dal Marocco (11,3%). Si sente per niente o poco esposto a rischi fisici il 100,0% dei lavoratori provenienti dalla Romania, l'88,5% dal Bangladesh, il 93,3% da altri paesi, il 59,7% dal Marocco e il 51,7% dall'India. Anche per quel che riguarda il rischio biomeccanico, coloro che si sentono meno esposti sono i lavoratori della Romania (94,1%), seguiti da quelli del Bangladesh (88,5%), di altri paesi (87,5%) e dai lavoratori dell'India (83,6%). Tra i lavoratori del Marocco, invece, tale percentuale scende al 61,3%, mentre il 32,3% si ritiene abbastanza esposto e il 6,5% molto e completamente esposto al rischio biomeccanico ed ergonomico.
Di seguito, si riportano le frequenze, misurate su una scala di accordo a 5 passi, relative al contributo apportato da alcuni aspetti nel determinismo di un infortunio. Dalla Figura 18, si noti che il 62,7% dei soggetti è molto e completamente d'accordo che la mancanza di conoscenza dei pericoli sul luogo di lavoro da parte dei lavoratori possa determinare un infortunio. Tale percentuale si attesta sul 47,5% per i comportamenti inadeguati da parte dei lavoratori e al 39,1% per l'inadeguata prevenzione da parte dell'azienda. In coda si colloca l'aspetto relativo alle fatalità difficilmente prevedibili (23,6%).

Figura 18 **Grado di accordo sul contributo fornito dai seguenti aspetti a determinare un infortunio**



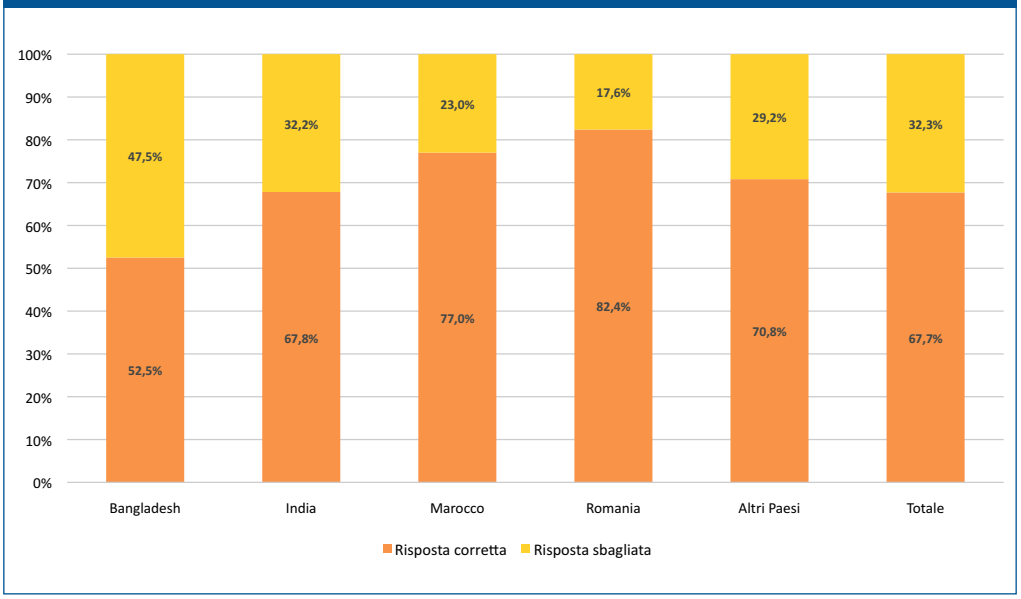
(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Non emergono associazioni statisticamente significative con le classi di età. Emergono, invece, associazioni statisticamente significative con il paese di provenienza. Per quel che riguarda l'inadeguata prevenzione da parte dell'azienda ($p = 0{,}001$), i lavoratori rumeni fanno registrare la percentuale più bassa di soggetti in disaccordo (11,8%) rispetto agli indiani (44,5%), ai marocchini (40,3%), ai bengalesi (21,3%) ed ai lavoratori di altri paesi (29,2%). Lo stesso dicasi per i comportamenti inadeguati da parte dei lavoratori ($p = 0{,}012$): anche in questo caso i lavoratori della Romania sono quelli per i quali si ha la più bassa percentuale di soggetti in disaccordo (11,8%) rispetto, ad esempio, ai marocchini, per i quali tale percentuale è del 35,5%. Per le fatalità difficilmente prevedibili ($p = 0{,}020$), i lavoratori dell'India fanno registrare la percentuale più bassa nelle risposte di accordo (18,5%) rispetto a quelli della Romania in cui tale percentuale è del 41,2% o a quelli del Bangladesh (31,1%).
Le macchine agricole sono guidate solo dal 17,7% del campione, prevalentemente di età 35 - 44 anni (22,8%) e 45 - 64 anni (21,9%) rispetto al 12,9% dei soggetti di età più giovane (16 - 34 anni) ($p = 0{,}040$). Rispetto alla provenienza geografica ($p < 0{,}001$), i lavoratori del Marocco, con il 54,8%, e della Romania, con il 35,3%, sono quelli che utilizzano maggiormente le macchine agricole, rispetto a quelli provenienti dall'India (10,1%) o dal Bangladesh (3,3%) o da altri paesi (20,8%). Rispetto alla dimensione aziendale, la percentuale di soggetti che dichiarano di guidare macchine agricole scende al crescere della dimensione aziendale, passando dal 49,0% nelle aziende con 1 - 9 addetti, a 31,9% nelle aziende con 10 - 49 addetti fino all'8,1% nelle aziende di grandi dimensioni (50 - 249 addetti), ($p < 0{,}001$).

Tra coloro che le utilizzano (71 soggetti), il 69,0% adopera macchine per il trasporto dei prodotti, il 40,8% macchine per la lavorazione del terreno, il 9,9% macchine per la semina e il trapianto, il 4,2% macchine per il trattamento dei prodotti, e l'1,4% macchine per la distribuzione dei pesticidi. Il 4,2% utilizza altro tipo di macchine. Rispetto alla provenienza dei lavoratori, emerge che quelli originari del Marocco utilizzano per il 73,5% macchine per il trasporto dei prodotti e per il 35,3% macchine per la lavorazione del terreno. Per i lavoratori indiani, tali percentuali sono in entrambi i casi pari al 54,2%. Mentre rispetto alla dimensione aziendale, nelle aziende con 10 - 49 addetti, il 46,7% utilizza macchine per la lavorazione del terreno e il 66,7% per il trasporto di prodotti. Nelle aziende di grandi dimensioni (50 - 249 addetti) tali percentuali sono rispettivamente del 20,0% dell'80,0%.
Relativamente alla segnaletica di sicurezza presente in azienda, essa risulta abbastanza chiara al 43,3% dei soggetti intervistati e molto chiara al 49,0%. Nessuno ha indicato la risposta *per niente*, il 2,7% ha ritenuto che la segnaletica in azienda sia poco chiara, il 2,2% completamente chiara ed il 2,7% non sa esprimersi. Il Chi Quadrato non è affidabile a causa della presenza di numerose celle con bassa frequenza attesa.
Si noti come per i lavoratori del Bangladesh (60,7%) e per quelli di altri paesi (54,2%) è più alta la percentuale di coloro che ritengono la segnaletica abbastanza chiara rispetto a coloro che la ritengono molto chiara, rispettivamente 19,7% e 37,5%; viceversa per i lavoratori dell'India, del Marocco e della Romania per i quali la percentuale di coloro che ritengono la segnaletica molto chiara supera sempre il 50,0%.
Alla domanda relativa all'identificazione dei segnali che fanno riferimento alla segnaletica di sicurezza sul lavoro, il 67,7% del campione ha indicato la risposta corretta contro il 32,3% che ha fornito una risposta errata. Dall'applicazione del test del Chi Quadrato emerge un'associazione statisticamente significativa con la provenienza geografica ($p = 0,030$): in particolare, i lavoratori rumeni, i marocchini e quelli degli altri paesi, con percentuali rispettivamente dell'82,4%, del 77,0% e del 70,8%, hanno fatto registrare le maggiori percentuali di risposte corrette rispetto ai lavoratori del Bangladesh (52,5%) e dell'India (67,8%) (Figura 19).
Rispetto alla dimensione aziendale, si evince che la percentuale di coloro che individuano correttamente i segnali di sicurezza nella propria azienda diminuisce al crescere della dimensione aziendale; in particolare si attesta sul 93,3% nelle aziende di 1 - 9 addetti, scende al 79,9% nelle aziende con 10 - 49 addetti e al 59,2% nelle aziende con 50 - 249 addetti. Dall'applicazione del test del Chi Quadrato emerge un'associazione statisticamente significativa tra le due variabili ($p < 0,001$).
Nel caso di dubbi sulle procedure di sicurezza, il 63,7% del campione si rivolge al proprio responsabile per avere chiarimenti, il 22,1% chiede spiegazione ad un collega straniero e l'11,4% ad un collega italiano. Il 2,7% non sa a chi rivolgersi. Dall'incrocio con le classi di età, la provenienza geografica e la dimensione aziendale non emergono associazioni statisticamente significative.
Per quel che riguarda l'utilizzo di sostanze chimiche, emerge che ne fa uso solo il 3,0% del campione, a prescindere dalla classe di età e dalla provenienza geografica. Inoltre, solo il 2,5% del campione di soggetti intervistati è in possesso del patentino per l'uso di

pesticidi. Invece, i DPI sono utilizzati abitualmente dall'81,6% del campione, il 3,7% li usa occasionalmente, l'1,5% li usa solo se obbligatori, l'1,5% non li utilizza e l'11,7% non li ha ricevuti dall'azienda. Emerge un'associazione significativa con l'uso dei DPI e la provenienza geografica ma il Chi Quadrato non è affidabile a causa della presenza di numerose celle con bassa frequenza attesa, mentre non emergono associazioni statisticamente significative con l'età e la dimensione aziendale.

Figura 19 **Risposte sbagliate e risposte corrette ottenute ad una domandasulla segnaletica di sicurezza sul lavoro in base alla provenienza geografica**



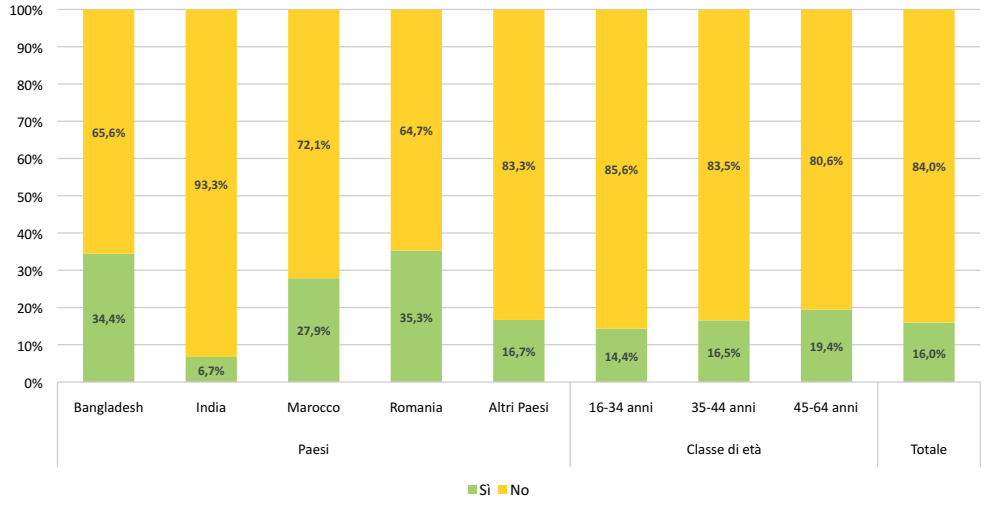
(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Inoltre, il 3,7% del campione ha dichiarato di aver avuto un infortunio o un incidente sul lavoro. Questo risulta essere associato statisticamente ($p = 0,037$) con la provenienza geografica, dal momento che per i lavoratori del Marocco, di altri paesi e della Romania le percentuali di coloro che hanno avuto un infortunio sono maggiori rispetto agli altri, essendo state rispettivamente del 9,7% e dell'8,3% e del 5,9% contro il 2,1% dell'India e l'1,6% del Bangladesh. Sui 15 soggetti che hanno dichiarato di aver avuto un incidente/infortunio sul lavoro, 7 casi hanno riguardato un taglio, a seguire, una caduta, uno scivolamento e un incidente con mezzo agricolo; 4 soggetti hanno avuto altro tipo di infortunio. I soggetti infortunati si sono rivolti al pronto soccorso (7 casi), al MMG (3 casi), ad un collega (2 casi), a nessuno (2 casi) e al DL (1 caso).

NORMATIVA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO E SUA APPLICAZIONE

Per quanto concerne la normativa, si indaga sul grado di conoscenza della stessa da parte degli intervistati. Alla domanda *Sei al corrente dell'esistenza in Italia di una legge - cosiddetto decreto 81 - che regolamenta la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro?* emerge che ne è al corrente solo il 16,0% contro l'84,0% che dichiara di non esserne al corrente. Dall'applicazione del test del Chi Quadrato si evince un'associazione statisticamente significativa con il paese di origine ($p < 0,001$): tale percentuale oltrepassa, infatti, il 93% per i lavoratori dell'India, mentre scende al 64,7% per i lavoratori della Romania e al 65,6% per i lavoratori del Bangladesh (Figura 20). Non emerge, invece, alcuna associazione con le classi di età e la dimensione aziendale.
Ai 64 soggetti che ne sono a conoscenza si chiede quanto ritengono che tale legge sia applicata nell'azienda in cui lavorano: il 46,9% ritiene che sia abbastanza applicata, il 29,7% molto applicata, il 17,2% completamente applicata. Percentuali al di sotto del 5% pensano che tali norme siano poco e per niente applicate. Non emergono associazioni statisticamente significative con le classi di età e la provenienza geografica.
Si chiede, inoltre, se hanno partecipato a corsi di formazione finalizzati a fornire indicazioni e strumenti per la tutela della SSL. Il 33,3% afferma che l'azienda ha organizzato corsi di formazione, ma non vi ha partecipato, il 32,3% che l'azienda ha organizzato corsi chiari ed adeguati al livello linguistico, il 30,6% che l'azienda non ha organizzato corsi di formazione. Inoltre, il 3,0% afferma che l'azienda ha organizzato corsi, ma si sono presentati problemi di comprensione linguistica ed infine lo 0,7% ritiene che i corsi organizzati dall'azienda siano stati poco chiari. Dall'incrocio con le classi di età, la provenienza geografica e la dimensione aziendale si evincono valori del Chi Quadrato non affidabili a causa della presenza di numerose celle con bassa frequenza attesa.
Inoltre, la quasi totalità del campione (97,0%) ritiene che il lavoratore abbia degli obblighi di legge per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Non si ottengono risultati significativi con l'incrocio con le classi di età e la provenienza geografica.
Relativamente all'operato del DL, viene considerato abbastanza adeguato dal 50,0% del campione, a seguire il 43,3% lo considera molto adeguato. Il 4,7% lo ritiene completamente adeguato, mentre percentuali al di sotto del 2% lo ritengono poco e per niente adeguato. Non emergono associazioni statisticamente significative con le classi di età. Il Chi Quadrato non è affidabile a causa della presenza di numerose celle con bassa frequenza attesa, quando si analizzano gli incroci con la provenienza geografica.

Figura 20 **Conoscenza dell'esistenza della legge che regolamenta la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per classe di età e provenienza geografica**

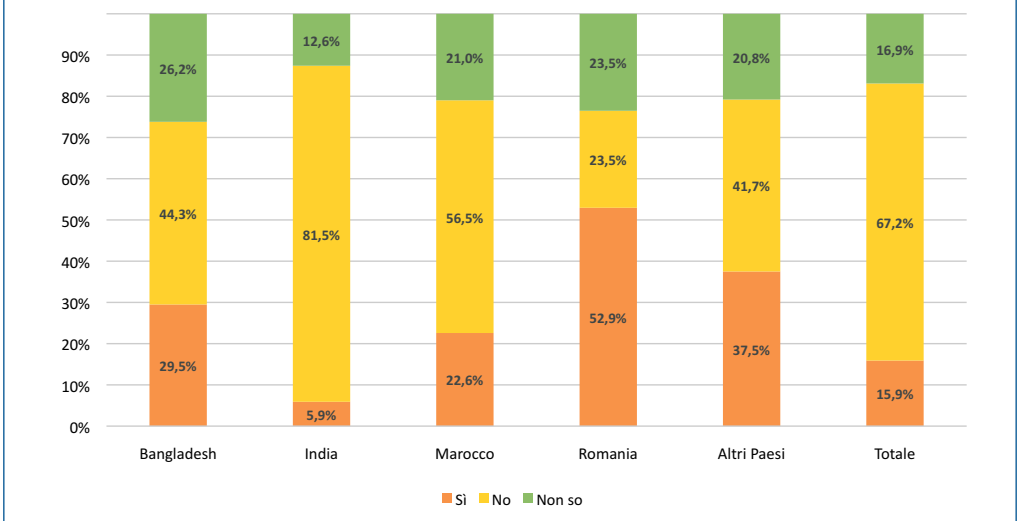


(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Si procede chiedendo se nell'azienda in cui operano esiste il SPP. Dall'analisi delle frequenze emerge che il 67,2% dichiara che tale servizio non esiste, il 15,9% afferma che esiste ed il 16,9% non sa rispondere. Dall'incrocio con la provenienza geografica si ottiene un'associazione statisticamente significativa ($p < 0,001$): la percentuale di coloro che affermano che non esiste è molto più alta per i lavoratori dell'India (81,5%), rispetto ai lavoratori del Marocco (56,5%), del Bangladesh (44,3%) e della Romania (23,5%) e di altri paesi (41,7%). Mentre tra i rumeni si evidenza quasi il 53% dei soggetti che ritengono che tale servizio sia presente nella propria azienda rispetto a percentuali molto più basse registrate tra i lavoratori di altri paesi (Figura 21). Rispetto alla dimensione aziendale, la percentuale di coloro che non sanno dell'esistenza in azienda del SPP aumenta all'aumentare della dimensione aziendale passando dal 40,0% delle aziende con 1 - 9 addetti, al 55,3% nelle aziende con 10 - 49 addetti fino al 76,6% nelle aziende con 50 - 249 addetti: l'associazione risulta essere statisticamente significativa ($p < 0,001$).
Si continua chiedendo se gli intervistati sanno identificare il RSPP. Emerge che l'88,3% risponde in maniera negativa contro l'11,7% che dichiara di saperlo identificare. In questo caso si mette in evidenza un'associazione statisticamente significativa sia con la classe di età ($p = 0,015$) sia con la provenienza geografica ($p < 0,001$) (Figura 22). Rispetto al paese di origine, gli indiani in misura maggiore (95,0%) non sanno identificare il RSPP; tra i rumeni tale percentuale scende al 52,9%. Rispetto alla classe di età, la percentuale di coloro che sanno identificare tale figura nell'ambito della propria azienda diminuisce all'aumentare del-

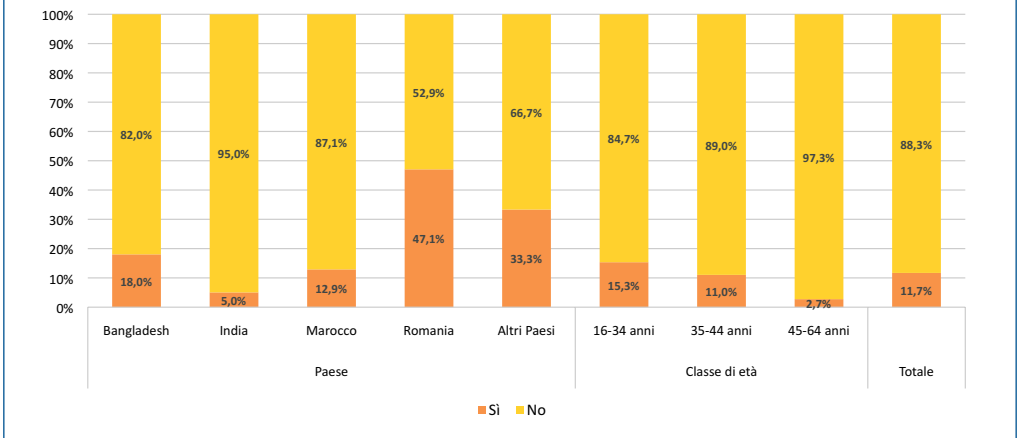
l'età passando dal 15,3% per i più giovani (16 - 34 anni), all'11,0% per la classe intermedia (35 - 44 anni) e arrivando al 2,7% per la classe più anziana (45 - 64 anni).

Figura 21 **Esistenza del servizio di prevenzione e protezione e provenienza geografica**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

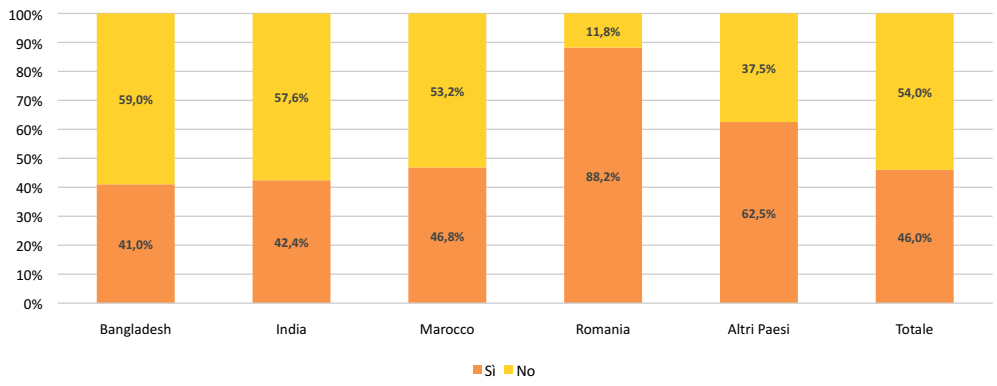
Figura 22 **Sai identificare nel tuo luogo di lavoro il responsabile del servizio di prevenzione e protezione?**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

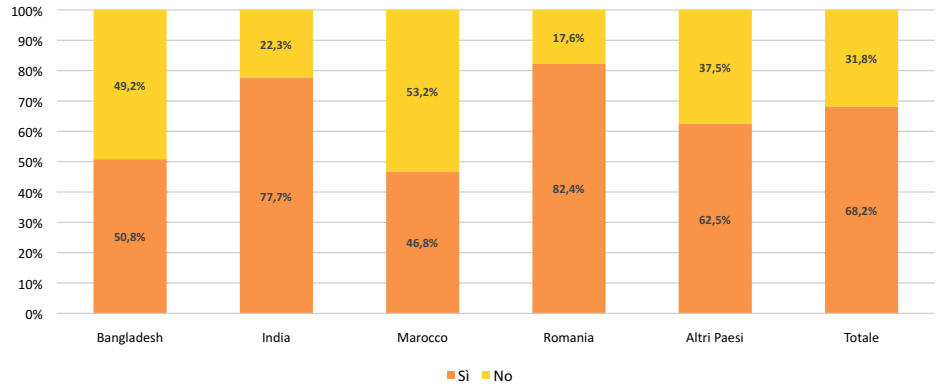
In merito alla conoscenza delle procedure per la prevenzione degli incendi e la gestione delle emergenze nel luogo di lavoro, il 46,0% le conosce contro il 54,0% che dichiara di non conoscerle. Rispetto alla classe di età non emerge alcuna associazione significativa. Al contrario, con la provenienza geografica risulta un'associazione statisticamente significativa ($p = 0,002$): i lavoratori della Romania sono quelli che in misura maggiore (88,2%) dichiarano di conoscere tali procedure rispetto ad altri lavoratori quali ad esempio, i bengalesi (41,0%), gli indiani (42,4%) e i marocchini (46,8%) (Figura 23). Rispetto alla dimensione aziendale, invece, la percentuale di coloro che ne sono a conoscenza diminuisce all'aumentare della dimensione, passando dall'80,0% nelle aziende con 1 - 9 addetti, al 56,0% nelle aziende con 10 - 49 addetti e al 38,2% nelle aziende con 50 - 249 addetti. Dall'applicazione del Chi Quadrato emerge un'associazione statisticamente significativa ($p < 0,001$).
Il 95,3% del campione totale è stato visitato almeno una volta dal MC dell'azienda presso cui lavora. Il 4,7% dichiara di non essere stato mai visitato. Rispetto alla provenienza dei lavoratori emerge un'associazione statisticamente significativa ($p < 0,001$): la percentuale di lavoratori visitati almeno una volta scende all'85,5% per i soggetti provenienti dal Marocco, all'83,3% per i lavoratori di altri paesi mentre raggiunge addirittura il 100,0% per i lavoratori della Romania.
A coloro che sono stati sottoposti almeno ad una visita medica, si chiede se hanno compreso le finalità della visita stessa e del giudizio di idoneità: il 54,2% lo ha compreso abbastanza, segue il 35,9% che lo ha compreso molto, il 5,8% completamente, il 3,2% poco e lo 0,8% per niente.
Le procedure per il primo soccorso, invece, sono conosciute dal 68,2% del campione contro il 31,8% che dichiara di non conoscerle. Anche per questo aspetto emerge un'associazione statisticamente significativa con il paese di origine ($p < 0,001$), ma non con le classi di età e la dimensione aziendale. Rispetto alla provenienza, infatti, si noti che la situazione è abbastanza eterogenea tra i vari paesi: i lavoratori della Romania sono quelli che in misura maggiore le conoscono (82,4%), seguiti da India (77,7%) e da altri paesi (62,5%). I lavoratori del Bangladesh, invece, si dividono circa a metà rispetto alla conoscenza delle procedure del primo soccorso e quelli del Marocco le conoscono solo per il 46,8% (Figura 24).
Infine, si chiede se nell'azienda in cui lavorano è prevista la figura del RLS: l'11,0% non sa rispondere, il 66,3% dichiara che non è prevista ed il 22,8% risponde che è prevista. Dall'incrocio con la provenienza geografica emerge un'associazione statisticamente significativa ($p = 0,002$): la percentuale di coloro che non sa rispondere passa dal 6,8% per i lavoratori dell'India al quasi il 20% per i lavoratori del Bangladesh. Inoltre, la percentuale di coloro che rispondono positivamente non arriva al 15% per i lavoratori del Marocco, mentre passa al 47,1% per i lavoratori della Romania (Figura 25).
Ai 91 soggetti che sanno se, nella propria azienda, è prevista la figura del RLS si chiede se sono in grado di identificarla: emerge che la sa identificare l'83,3% dei soggetti, contro il 16,7% che dichiara di no.

Figura 23 **Conoscenza delle procedure per la prevenzione degli incendi e la gestione delle emergenze nel luogo di lavoro e provenienza geografica**



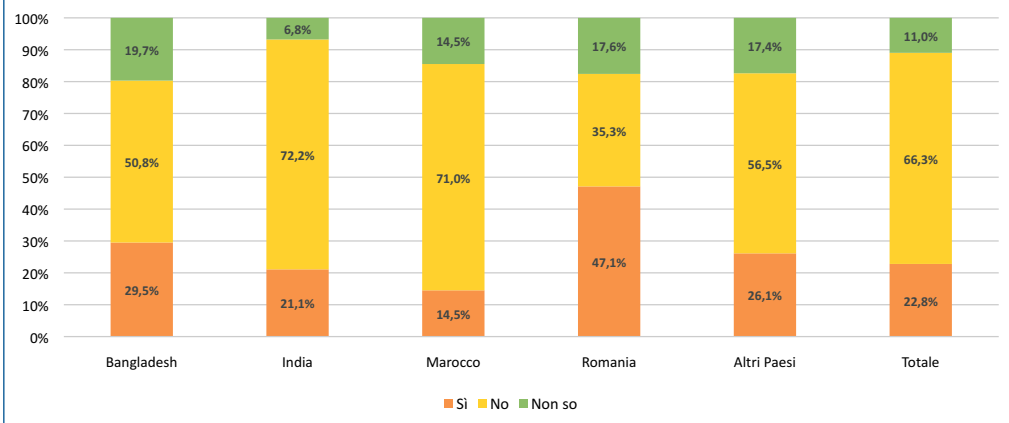
(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Figura 24 **Conoscenza delle procedure per il primo soccorso e provenienza geografica**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Figura 25 **Nella tua azienda, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza è previsto?**



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale)

Bibliografia

BIBLIOGRAFIA

[1] United Nations. Trends in International Migrant Stock: The 2015 revision [Internet]. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division POP/DB/MIG/Stock/Rev.; 2015 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/docs/MigrationStockDocumentation_2015.pdf.

[2] International Labour Office. Ilo global estimates on migrant workers-results and methodology [Internet]. Geneva: International Labour Office; 2015 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—-dgreports/—-dcomm/documents/publication/wcms_436343.pdf.

[3] Organisation for Economic Cooperation and Development. International Migration Outlook, 2015 [Internet]. Paris: Oecd Publishing; 2015 [consultato settembre 2016]. URL: http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-en.

[4] Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Sesto rapporto annuale. I migranti nel mercato del lavoro in Italia [Internet]. Roma: Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione; 2016 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/Documents/VI-Rapporto-annuale-MdL-Migranti-2016.pdf.

[5] Porru S, Arici C. Immigrazione e lavoro. Riflessioni su ruoli ed opportunità per il Medico del Lavoro nella tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori migranti [Internet]. Med Lav. 2010;101(2):79-86 [consultato settembre 2016]. URL: http://lamedicinadellavoro.it/site/wp-content/uploads/2014/11/supplemento-2-2010-Quando-il-lavoro-e%CC%80-salute.pdf.

[6] Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro. Relazione Annuale 2015 del Presidente. Appendice statistica [Internet]. Roma: 22 giugno 2016 [consultato settembre 2016]. URL: https://www.inail.it/cs/internet/docs/allegato_relazione_del_presidente_appendice_statistica_2015pdf.pdf.

[7] Persechino B, Valenti A, Fortuna G. et al. Lavoratori immigrati: quale tutela della salute e sicurezza sul lavoro? Affari sociali internazionali. Nuova serie anno II 2014;(1-2-3-4):57-69.

[8] International Labour Organization. C97 Convenzione sui lavoratori migranti (riveduta), 1949 [Internet]. Entrata in vigore: 22/06/1952 adozione: Ginevra, 32° sessione Ilo 01 luglio 1949 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.ilo.org/rome/risorse-informative/servizio-informazione/norme-del-lavoro-e-documenti/WCMS_153230/lang—it/index.htm.

[9] International Labour Organization. C143 Convenzione sui lavoratori migranti - disposizioni complementari, 1975 [Internet]. Entrata in vigore: 09/12/1978 adozione: Ginevra, 60° sessione Ilo 24 giugno 1975 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.ilo.org/rome/risorse-informative/servizio-informazione/norme-del-lavoro-e-documenti/WCMS_153191/lang—it/index.htm.

[10] Organizzazione delle Nazioni Unite. Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti di tutti i lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie, 1990. Entrata in vigore: 01/07/2003 adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, risoluzione 45/158 del 18 dicembre 1990.

[11] Council of Europe. European Convention n.93 on the Legal Status of Migrant Workers, 1977 [Internet]. Entrata in vigore:01/05/1983 adozione: Strasbourg, Council of Europe 24 novembre 1977 [consultato settembre 2016]. URL: https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/093.

[12] Iavicoli S, Valenti A, Persechino B. La gestione dei lavoratori stranieri in Italia. G Ital Med Lav Erg. 2011;33(3):355-362.

[13] Bichi R., Bracalenti R. Il lavoro che ferisce –Esperienze di riabilitazione degli immigrati in Lombardia [Internet]. Quaderni ISMU 2/2012, Milano: Graphidea srl; 2012 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.ismu.org/wp-content/uploads/2014/04/vol-intero_lavoro-che-ferisce_pag-1.pdf.

[14] Istituto nazionale di statistica. Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari [Internet]. Anno 2011-2012. Roma: Istat; 2014 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.istat.it/it/files/2014/01/salute-stranieri_2011-2012-FINALE.pdf?title=Salute+degli+stranieri++-+30%2Fgen%2F2014+-+Testo+integrale.pdf.

[15] European Agency for Safety and Health at Work. Diverse cultures at work: ensuring safety and health through leadership and participation [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013 [consultato settembre 2016]. URL: https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/diverse-cultures-at-work-ensuring-safety-and-health-through-leadership-and-participation.

[16] Arici C, Porru S. Infortuni e malattie lavoro-correlate nei lavoratori immigrati. G Ital Med Lav Erg. 2011;33(2)10-5.

[17] Salvatore MA, Baglio G, Cacciani L.et al. La discriminazione nell'ambiente di lavoro tra gli immigrati in Italia. Med Lav. 2012;103(4):249-258.

[18] International Labour Office. Ilo Multilateral Framework on Labour Migration: Non-binding principles and guidelines for a rights-based approach to labour migration [Internet]. Geneva: International Labour Office; 2006 [consultato settembre 2016]. URL:http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@migrant/documents/publication/wcms_178672.pdf.

[19] International Labour Office. Plan of action (2010-2016) to achieve widespread ratification and effective implementation of the occupational safety and health instruments (Convention No. 155, its 2002 Protocol and Convention No. 187, 307th Session of the Governing Body) [Internet]. Geneva: International Labour Office; 2010 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/policy/wcms_125616.pdf.

[20] Commissione delle Comunità Europee. Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale e al Comitato delle Regioni. Migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro: strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro [Internet]. Bruxelles: Commissione delle Comunità Europee; 21.2.2007 COM(2007) 62 definitivo [consultato settembre 2016]. URL: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0062:FIN:IT:PDF.

[21] Parlamento Europeo. Risoluzione sulle ispezioni sul lavoro efficaci come strategia per migliorare le condizioni di lavoro in Europa (2013/2112(INI)) [Internet]. Lussemburgo: Commissione per l'occupazione e gli affari sociali; 2014 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0458+0+DOC+XML+V0//IT.

[22] Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Testo Unico Sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro. (G.U. n.101 del 30 aprile 2008 Suppl. Ordinario n. 108) [Internet]. Rev. giugno 2016 [consultato settembre 2016]. URL: http://lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Testo%20Unico%20sulla%20Salute%20e%20Sicurezza%20sul%20Lavoro/Testo-Unico-81-08-Edizione-Giugno%202016.pdf.

[23] International Labour Organization. Raccomandazione n. 151 sui lavoratori migranti 1975 [Internet]. Adozione: Ginevra, 60° sessione Ilo 24 giugno 1975 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312489.

[24] Decreto Interministeriale 27 marzo 2013. Semplificazione in materia di informazione, formazione e sorveglianza sanitaria dei lavoratori stagionali del settore agricolo (G.U. n. 86 del 12 aprile 2013).

[25] International Commission on Occupational Health. International code of ethics for occupational health professionals, third edition [Internet]. Roma: International Commission on Occupational Health; 2014 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.icohweb.org/site/multimedia/code_of_ethics/code-of-ethics-en.pdf.

[26] Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Codice di deontologia medica 2014 [Internet]. Roma: FNOMCeO 19 maggio 2016 [consultato settembre 2016]. URL: https://portale.fnomceo.it/fnomceo/downloadFile.dwn?id=148778&version=7.

[27] Parlamento Europeo, Consiglio dell'Unione Europea. Regolamento n. 1338/2008/CE del 16 dicembre 2008 relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro [Internet]. Entrata in vigore: 20/01/2009 (G.U. UE L 354 del 31/12/2008) [consultato settembre 2016]. URL: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=URISERV%3Aem0013.

[28] Eurostat. European Statistics on Accidents at Work (Esaw). Summary methodology [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013 [consultato settembre 2016]. URL: http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926181/KS-RA-12-102-EN.PDF/56cd35ba-1e8a-4af3-9f9a-b3c47611ff1c.

[29] Eurostat. European Occupational Diseases Statistics (Eods) [Internet]. Luxembourg: Eurostat Unit E3; 2000 [consultato settembre 2016]. URL: http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3153&langId=en.

[30] Eurofound. Fifth European Working Conditions Survey [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1182en.pdf.

[31] Eurostat. Labour force surveys in the EU, candidate and EFTA countries [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013 [consultato settembre 2016]. URL: http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3888793/5856085/KS-TC-13-003-EN.PDF/15feeb32-717d-4326-8e7b-da6e2530ed4c.

[32] TNO innovation for life. Health and safety at work, results of the Labour Force Survey 2007 ad hoc module on accident at work and work related problems [Internet]. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven 2009 [consultato settembre 2016]. URL: http://publications.tno.nl/publication/104033/bsJbTB/venema-2009-health.pdf.

[33] European Agency for Safety and Health at Work. European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER) [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010 [consultato settembre 2016]. URL: https://osha.europa.eu/en/node/6745/file_view.

[34] Eurofound. High Performance Workplaces: Background Papers for the Third European Company Survey [Internet]. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2013 [consultato settembre 2016]. URL:http://ketlib.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/ket/960/EF1303EN.pdf?sequence=2.

[35] Isfol. La buona occupazione: i risultati delle indagini Isfol sulla qualità del lavoro in Italia [Internet]. Roma: Isfol; 2011 [consultato settembre 2016]. URL: http://sbnlo2.cilea.it/bw5ne2/ShowFile.aspx?FileName=R2AsBCDdEuk+5t9G5HRnOMPncEgolAb7RIqkExuCCiC2nv4k611oz8SrqYhlAm4I&SID=ISFLDEFAULT1cbq1b45bfplumuhz52gc555.

[36] Istituto nazionale di statistica. Salute e sicurezza sul lavoro II trimestre 2007. Statistiche in breve [Internet]. Roma: Istituto nazionale di statistica; 2008 [consultato settembre 2016]. URL: http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081229_01/.

[37] Osservatorio Accredia. Salute e sicurezza sul Lavoro [Internet]. Roma: Osservatorio Accredia; 2012 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.accredia.it/UploadDocs/2631_Osservatorio_Accredia_Salute_e_sicurezza_sul_lavoro_1__2012.pdf.

[38] Regione Emilia Romagna. La percezione del rischio, l'informazione e la formazione in ambito lavorativo. Dati della Sorveglianza PASSI 2010-2012. 34 [Internet]. Bologna. Regione Emilia Romagna; 2013 [consultato settembre 2016]. URL: http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/lavoro_sicurezza_2010-2011.pdf.

[39] Rondinone BM, Persechino B, Boccuni F.et al. Indagine nazionale sulla salute e sicurezza sul lavoro. Lavoratori e Datori di lavoro [Internet]. Milano: Inail; 2014 [consultato settembre 2016]. URL: https://www.inail.it/cs/internet/docs/allegato_indagine_lavoratori_datori_di_lavoro.pdf.

[40] Martini A, Iavicoli S, Bonafede M. et al. Indagine nazionale sulla salute e sicurezza sul lavoro. Servizio di Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro (Spsal) [Internet]. Milano: Inail; 2015 [consultato settembre 2016]. URL: https://www.inail.it/cs/internet/docs/allegato_insula.pdf.

[41] Persechino B, Buresti G, Rondinone BM. et al. Indagine nazionale sulla salute e sicurezza sul lavoro. Medici competenti [Internet]. Milano: Inail; 2015 [consultato settembre 2016]. URL: https://www.inail.it/cs/internet/docs/allegato_insulamedicicomp.pdf.

[42] Li MM, Friedman B, Conwell Y. et al. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in Identifying Major Depression in Older People. J Am Geriatr Soc. 2007;55:596-602.

[43] Ilo. Psychosocial factors at work: recognition and control. Geneva: International Labour Office; 1986. Occupational Safety and Health Series n. 56.

[44] Cox T, Griffiths AJ. The assessment of psychosocial hazards at work. In Shabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL. (Eds.) Handbook of Work and Health Psychology. Chichester: Wiley & Sons; 1995.

[45] Rondinone BM, Persechino B, Castaldi T.et al. Work related stress risk assessment in Italy: the validation study of Health Safety and Executive Indicator Tool. G Ital Med Lav Erg. 2012;34(4):392-9.

[46] Edwards JA, Webster S, Van Laar D.et al. Psychometric analysis of the UK Health and Safety Excutive's Management Standards work-related stress Indicator Tool. Work Stress 2008;22(2):96-107.

[47] Persechino B, Valenti A, Ronchetti M. et al. Work related stress risk assessment in Italy: a methodological proposal adapted to regulatory guidelines. Saf Health Work. 2013;4(2):95-9.

[48] Wanous JP, Reichers AE, Hudy MJ. Overall job satisfaction: how good are single-item measures?.J Appl Psychol. 1992;82(2):247-52.

[49] Cortese CG, and Quaglino GP. The measurement of job satisfaction in organizations: a comparison between a facet scale and a single-item measure. TPM Test Psychom Methodol Appl Psychol. 2006;13(4):305-16.

[50] Allen NJ, Meyer JP. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. J Occup Organ Psychol. 1990;63:1-18.

[51] Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L. et al. Affective, continuance and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. J Vocati Behav. 2002;61:20-52.

[52] Renn O. Three decades of risk research: accomplishments and new challenges. J Risk Res. 1998 1:49-71.

[53] Slovic P. The perception of risk. London: Sterling (VA) - Earthscan; 2000.

[54] Giorgetti M, Massaro D. Ricerca e percorsi di analisi dati con SPSS. Milano: Pearson Paravia, Bruno Mondadori SPA; 2007.

Allegato

IL QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE

Progetto di ricerca: Aspetti peculiari del lavoro in agricoltura e ricadute sul processo di prevenzione e protezione: scenari di esposizione a prodotti fitosanitari nelle lavorazioni in serra e percezione del rischio per la salute e sicurezza in lavoratori agricoli stranieri.
Sotto-progetto: Percezione del rischio e fabbisogno formativo in ambito SSL di lavoratori stranieri che operano in agricoltura in Lombardia.
Il presente questionario, relativo alla percezione del rischio e al fabbisogno formativo dei lavoratori stranieri che operano in agricoltura nella regione Lombardia, è frutto della collaborazione tra il Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale dell'Inail e la Regione Lombardia - Azienda ospedaliera "Istituti Ospitalieri" di Cremona (Unità operativa ospedaliera di medicina del lavoro).
La particolare natura del lavoro in agricoltura, tradizionalmente gravoso nello sforzo fisico, ha, nel tempo, determinato un progressivo abbandono da parte della manodopera italiana ed il crescente fabbisogno di manodopera esterna, soprattutto straniera, per far fronte alla marcata stagionalità delle attività legate alle produzioni agricole.
I lavoratori stranieri occupati in questo settore, oltre ad essere chiamati ad affrontare le specificità del lavoro agricolo sono, al contempo, esposti ai molteplici rischi presenti nello svolgimento della propria attività, spesso ampliati dalle difficoltà legate alla conoscenza della lingua; la tutela di tutti i lavoratori, con particolare attenzione a quelli che provengono da altri paesi, è, d'altra parte, oggetto di particolare attenzione della più recente normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro (d.lgs. 81/2008 e s.m.i.).
Si ricorda che i dati del questionario, comunque anonimo, saranno trattati esclusivamente per fini statistici ed i risultati saranno utilizzati nel rispetto della privacy ai sensi del d.lgs. 196/2003.

DATI AZIENDA

a) Denominazione dell'azienda

_____

b) Città _____ PR (_____)

c) Dimensione dell'azienda (numero di addetti):
- **1.** ☐ 1 - 9 addetti
- **2.** ☐ 10 - 49 addetti
- **3.** ☐ 50 - 249 addetti
- **4.** ☐ ≥ 250 addetti

d) Numero di lavoratori stranieri _____

e) Tipologia di coltivazione

_____

f) Tipologia contrattuale del lavoratore straniero intervistato:

_____

DATI PERSONALI SOCIO-DEMOGRAFICI

1. Età: _____

2. Genere: 1 ☐ M 2 ☐ F

3. Paese di origine _____

4. Stato civile:
- **1.** ☐ Celibe/Nubile
- **2.** ☐ Coniugato/a
- **3.** ☐ Divorziato/a
- **4.** ☐ Convivente
- **5.** ☐ Separato/a
- **6.** ☐ Vedovo/a

5. Da quanto tempo vivi in Italia?

1. ☐ Meno di 1 anno
2. ☐ 1 - 5 anni
3. ☐ 6 - 10 anni
4. ☐ 11 - 15 anni
5. ☐ Oltre 15 anni

6. Vivi in Italia con la famiglia?

1. ☐ Sì
2. ☐ No

7. Dove alloggi?

1. ☐ In casa in affitto
2. ☐ In casa di proprietà
3. ☐ In casa condivisa con altri
4. ☐ In una camera

8. Qual è il tuo titolo di studio?

1. ☐ Nessun titolo di studio
2. ☐ Licenza elementare
3. ☐ Licenza media inferiore
4. ☐ Diploma di scuola professionale
5. ☐ Diploma di scuola media superiore
6. ☐ Laurea

9. Quali lingue conosci oltre a quella del tuo paese di origine?
(possibili più risposte)

1. ☐ Italiano
2. ☐ Inglese
3. ☐ Francese
4. ☐ Spagnolo
5. ☐ Portoghese
6. ☐ Altro (Specificare) _____

10. Qual è il tuo grado di conoscenza della lingua italiana?

1. ☐ Scarso
2. ☐ Mediocre
3. ☐ Sufficiente
4. ☐ Buono
5. ☐ Ottimo

11. Hai mai frequentato corsi di lingua italiana?

1. ☐ Sì
2. ☐ No

11.a Se si, essi sono stati organizzati da…?

1. ☐ Azienda
2. ☐ Associazione di categoria
3. ☐ Sindacato
4. ☐ Comune
5. ☐ Regione
6. ☐ Altro (Specificare) _____

12. Da quanto tempo lavori in agricoltura?

1. ☐ Meno di 1 anno
2. ☐ 1 - 5 anni
3. ☐ 6 - 10 anni
4. ☐ 11 - 15 anni
5. ☐ Oltre 15 anni

13. Prima del lavoro attuale hai svolto altri lavori in Italia?

1. ☐ Si
2. ☐ No

13.a Se si, indicare l'ultima mansione svolta: _____

13.b Se si, indicare l'ultimo settore lavorativo:

1. ☐ Agricoltura
2. ☐ Zootecnica
3. ☐ Edilizia
4. ☐ Altro (Specificare) _____

IMPATTO SULLA SALUTE PSICOFISICA

14. Come valuti in generale la tua salute? Diresti che è:

1. ☐ Molto buona
2. ☐ Buona
3. ☐ Discreta
4. ☐ Cattiva
5. ☐ Molto cattiva

15. Negli ultimi 12 mesi, hai sofferto di qualcuno dei seguenti problemi di salute?

	Problemi di salute	Sì	No	Non so
		1	2	3
15.1	Problemi di udito	☐	☐	☐
15.2	Problemi dermatologici	☐	☐	☐
15.3	Mal di schiena	☐	☐	☐
15.4	Dolori muscolari alle spalle, al collo e/o agli arti superiori	☐	☐	☐
15.5	Dolori muscolari agli arti inferiori (fianchi, gambe, ginocchia, piedi, ecc.)	☐	☐	☐
15.6	Mal di testa, disturbi visivi	☐	☐	☐
15.7	Mal di stomaco	☐	☐	☐
15.8	Difficoltà respiratorie	☐	☐	☐
15.9	Disturbi cardiovascolari	☐	☐	☐
15.10	Ferita/e	☐	☐	☐
15.11	Depressione o ansia	☐	☐	☐
15.12	Affaticamento generale	☐	☐	☐
15.13	Insonnia o difficoltà a dormire in generale	☐	☐	☐

16. Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza ti ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?

		Mai	Alcuni giorni	Per più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
		1	2	3	4
16.1	Scarso interesse o scarso piacere nel fare le cose				
16.2	Sentirsi giù oppure triste oppure disperato/a				

17. Consumi quotidianamente *(possibili più risposte):*

1. ☐ Vino
2. ☐ Birra
3. ☐ Superalcolici
4. ☐ Nessuna bevanda elencata

18. A chi ti rivolgi quando hai problemi di salute? *(possibili più risposte)*

1. ☐ Ospedale/pronto soccorso
2. ☐ Medico di medicina generale
3. ☐ Familiari/amici/conoscenti
4. ☐ Non so a chi rivolgermi
5. ☐ Non mi rivolgo a nessuno
6. ☐ Altro (Specificare) _____

CONDIZIONI LAVORATIVE

19. Quante ore in media lavori al giorno? |__|__|

20. Quanti giorni lavori alla settimana in media? |___|

21. Pensando all'azienda dove lavori, quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni su una scala da 1 a 5 (dove 1 = per niente d'accordo e 5 = completamente d'accordo)

		Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Completamente d'accordo
		1	2	3	4	5
21.1	Ho scadenze irraggiungibili	☐	☐	☐	☐	☐
21.2	Ho libertà di scelta nel decidere come svolgere il mio lavoro	☐	☐	☐	☐	☐
21.3	I colleghi mi danno l'aiuto e il supporto di cui ho bisogno	☐	☐	☐	☐	☐
21.4	Se qualcosa al lavoro mi ha disturbato o infastidito posso parlarne con il mio capo	☐	☐	☐	☐	☐
21.5	Mi sono chiari gli obiettivi del mio lavoro	☐	☐	☐	☐	☐
21.6	A lavoro sono soggetto a violenze e vessazioni	☐	☐	☐	☐	☐
21.7	Ho sufficienti opportunità di chiedere spiegazioni al mio capo sui cambiamenti relativi al mio lavoro	☐	☐	☐	☐	☐
21.8	Sento di far parte della mia azienda	☐	☐	☐	☐	☐
21.9	Mi sento soddisfatto del mio lavoro	☐	☐	☐	☐	☐

22. I tuoi colleghi di lavoro sono…:

1. ☐ Soprattutto italiani
2. ☐ Soprattutto immigrati
3. ☐ Non ho colleghi di lavoro

23. Secondo te, le tue condizioni di lavoro sono le stesse dei tuoi colleghi italiani?

1. ☐ Si
2. ☐ No

24. Se sei in difficoltà sul lavoro o hai bisogno di chiarimenti, ti rivolgi di solito a:

1. ☐ Colleghi italiani
2. ☐ Colleghi immigrati
3. ☐ Non ho colleghi di lavoro

25. Il tuo capo/responsabile sul lavoro è:

1. ☐ Italiano
2. ☐ Immigrato del mio stesso paese
3. ☐ Immigrato di altri paesi
4. ☐ Non ho un capo/responsabile

PERCEZIONE DEL RISCHIO ED ESPOSIZIONE A FATTORI DI RISCHIO

26. Pensando all'azienda dove lavori, indicare quanto sei d'accordo con le seguenti frasi su una scala da 1 a 5 (dove 1 = per niente d'accordo e 5 = completamente d'accordo)

		Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Completamente d'accordo
		1	2	3	4	5
26.1	Sono presenti rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori	☐	☐	☐	☐	☐
26.2	Sono personalmente esposto a rischi per la salute e sicurezza	☐	☐	☐	☐	☐
26.3	Conosco l'entità dei rischi presenti	☐	☐	☐	☐	☐
26.4	Sono personalmente esposto al rischio di infortuni	☐	☐	☐	☐	☐
26.5	Ho paura di infortunarmi a causa del mio lavoro	☐	☐	☐	☐	☐
26.6	Ho paura di ammalarmi a causa del mio lavoro	☐	☐	☐	☐	☐

27. Per ognuno dei seguenti rischi, indicare quanto ti senti esposto al rischio su una scala da 1 a 5 (dove 1 = per niente esposto e 5 = completamente esposto)

	Rischi	Per niente esposto	Poco esposto	Abbastanza esposto	Molto esposto	Completamente esposto
		1	2	3	4	5
27.1	Rischi fisici (per es. rumore, radiazioni, illuminazione, temperatura, vibrazioni)	☐	☐	☐	☐	☐
27.2	Rischio chimico (per es. sostanze e agenti chimici pericolosi o cancerogeni, polveri)	☐	☐	☐	☐	☐
27.3	Rischio biologico (per es. virus e/o batteri)	☐	☐	☐	☐	☐
27.4	Rischio biomeccanico ed ergonomico (per es. movimentazione dei carichi, posture incongrue)	☐	☐	☐	☐	☐
27.5	Rischio da stress lavoro-correlato	☐	☐	☐	☐	☐

28. Sulla base della tua esperienza lavorativa, indicare quanto sei d'accordo sui seguenti aspetti che contribuiscono a determinare un infortunio sul lavoro su una scala da 1 a 5 (dove 1 = per niente d'accordo e 5 = completamente d'accordo)

		Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Completamente d'accordo
		1	2	3	4	5
28.1	La mancanza di conoscenza e consapevolezza dei pericoli sul luogo di lavoro da parte dei lavoratori	☐	☐	☐	☐	☐
28.2	L'inadeguata prevenzione da parte dell'azienda	☐	☐	☐	☐	☐
28.3	I comportamenti inadeguati da parte dei lavoratori	☐	☐	☐	☐	☐
28.4	Le fatalità difficilmente prevedibili	☐	☐	☐	☐	☐

29. Guidi macchine agricole?

1. ☐ Si
2. ☐ No

29.a Se si, indicare quale/i: *(possibili più risposte)*

1. ☐ Macchine per la lavorazione del terreno
2. ☐ Macchine per la semina e il trapianto
3. ☐ Macchine per la distribuzione di pesticidi
4. ☐ Macchine per il trattamento dei prodotti
5. ☐ Macchine per il trasporto dei prodotti
6. ☐ Altro (Specificare) _____

30. Quanto è chiara la segnaletica di sicurezza presente nella tua azienda?

1. ☐ Per niente chiara
2. ☐ Poco chiara
3. ☐ Abbastanza chiara
4. ☐ Molto chiara
5. ☐ Completamente chiara
6. ☐ Non so

31. Quale/quali dei seguenti è un segnale che fa riferimento alla segnaletica di sicurezza sul lavoro?

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

32. Nel caso di dubbi sulle procedure di sicurezza (ad esempio procedure antincendio) a chi ti rivolgi per avere chiarimenti?

1. ☐ Ad un collega italiano
2. ☐ Ad un collega straniero
3. ☐ Al mio responsabile
4. ☐ Non so a chi rivolgermi

33. Durante il lavoro utilizzi sostanze chimiche?

1. ☐ Sì
2. ☐ No

33.a Se sì, quali? *(possibili più risposte)*

1. ☐ Solventi
2. ☐ Pesticidi
3. ☐ Prodotti per la pulizia dei locali
4. ☐ Carburanti
5. ☐ Altro (Specificare) _____

34. Sei in possesso del patentino per l'uso di pesticidi?

1. ☐ Sì
2. ☐ No

35. Utilizzi dispositivi di protezione individuale, (ad esempio, scarpe antinfortunistica, guanti, dispositivi di protezione per le vie aeree)?

1. ☐ Li uso abitualmente
2. ☐ Li uso occasionalmente
3. ☐ Li uso solo se obbligatori
4. ☐ Non li uso
5. ☐ Non li ho ricevuti

36. Hai mai avuto incidenti/infortuni sul lavoro?

1. ☐ Sì
2. ☐ No

36.a Se sì, ti sei infortunato in seguito a *(possibili più risposte):*

1. ☐ Taglio
2. ☐ Caduta
3. ☐ Urto
4. ☐ Scivolamento
5. ☐ Schiacciamento
6. ☐ Incidente con mezzo agricolo
7. ☐ Altro (Specificare) _____

36.b Se sì, a chi ti sei rivolto? *(possibili più risposte)*

1. ☐ A nessuno
2. ☐ Al medico di medicina generale
3. ☐ Ad un collega
4. ☐ Al datore di lavoro
5. ☐ Al pronto soccorso
6. ☐ Ad un connazionale
7. ☐ All'associazione che frequento
8. ☐ Altro (Specificare) _____

NORMATIVA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO E SUA APPLICAZIONE

37. Sei al corrente dell'esistenza in Italia di una legge, cosiddetto decreto 81, che regolamenta la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro?

1. ☐ Sì
2. ☐ No

37.a Se si, quanto ritieni che tale legge sia applicata nella tua azienda?

1. ☐ Per niente applicata
2. ☐ Poco applicata
3. ☐ Abbastanza applicata
4. ☐ Molto applicata
5. ☐ Completamente applicata

38. Hai partecipato a corsi di formazione finalizzati a fornire indicazioni e strumenti per la tutela della salute e sicurezza sul lavoro?

1. ☐ Sì, l'azienda ha organizzato corsi di formazione chiari ed adeguati al mio livello linguistico
2. ☐ Sì, l'azienda ha organizzato corsi di formazione ma erano poco chiari
3. ☐ Sì, l'azienda ha organizzato corsi di formazione ma ho avuto problemi di comprensione linguistica
4. ☐ Sì, l'azienda ha organizzato corsi di formazione ma non ho partecipato
5. ☐ No, l'azienda non ha organizzato corsi di formazione

39. Secondo te, il lavoratore ha degli obblighi di legge per la salute e sicurezza sul posto di lavoro?

1. ☐ Sì
2. ☐ No

40. Quanto ritieni adeguato l'operato del tuo datore di lavoro riguardo la tutela della salute e sicurezza aziendale?

1. ☐ Per niente adeguato
2. ☐ Poco adeguato
3. ☐ Abbastanza adeguato
4. ☐ Molto adeguato
5. ☐ Completamente adeguato

41. Nella tua azienda, esiste il servizio di prevenzione e protezione? (Il servizio di prevenzione e protezione è l'insieme di persone e mezzi che collaborano con il datore di lavoro sulle questioni di salute e sicurezza sul lavoro, spesso identificato con il responsabile, il RSPP).

1. ☐ Sì

2. ☐ No
3. ☐ Non so

42. Sai identificare nel tuo luogo di lavoro il responsabile di tale servizio (RSPP)?
1. ☐ Sì
2. ☐ No

43. Conosci le procedure per la prevenzione degli incendi e la gestione delle emergenze nel tuo luogo di lavoro?
1. ☐ Sì
2. ☐ No

44. Sei stato mai visitato dal medico competente dell'azienda presso cui lavori? (Il MC è la persona interna o esterna all'azienda che collabora con il datore di lavoro nella valutazione dei rischi ed effettua la sorveglianza sanitaria in azienda).
1. ☐ Sì
2. ☐ No

44a. Se sì, hai compreso la finalità della visita medica e del giudizio di idoneità?
1. ☐ Per niente
2. ☐ Poco
3. ☐ Abbastanza
4. ☐ Molto
5. ☐ Completamente

45. Conosci le procedure per il primo soccorso nel tuo luogo di lavoro?
1. ☐ Sì
2. ☐ No

46. Nella tua azienda, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS) è previsto? (Il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS) è la persona eletta o designata per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro).
1. ☐ Sì
2. ☐ No
3. ☐ Non so se sia previsto

46.a Se sì, sai identificare tale figura nel tuo luogo di lavoro?
1. ☐ Sì
2. ☐ No

Il presente prodotto editoriale è stato realizzato nell'ambito del Progetto Ccm 2013 "Aspetti peculiari del lavoro in agricoltura e ricadute sul processo di prevenzione e protezione: scenari di esposizione a prodotti fitosanitari nelle lavorazioni in serra e percezione del rischio per la salute e sicurezza in lavoratori agricoli stranieri" finanziato dal Ministero della Salute.