

IL RUOLO DEL MEDICO DEL LAVORO PUBBLICO IN EUROPA E LA SUA ATTIVITÀ INTERDISCIPLINARE

Giulio Andrea TOZZI - SNOP Domenico TADDEO - SNOP

PREMESSA

La Convenzione OIL 161 (1985) e la Raccomandazione OIL 171 (1985) “Servizi per la salute nei luoghi di lavoro” prevedono la costituzione di Servizi per la prevenzione con il compito di consigliare il datore di lavoro, i lavoratori e i loro rappresentanti su come realizzare e mantenere un ambiente di lavoro sano e su come adattare il lavoro alle capacità dei lavoratori. Vi si propongono più opzioni organizzative, demandandone la realizzazione agli Stati Membri.

Similmente, la Direttiva Europea 89/391/CEE agli artt.7 e 14 stabilisce l’obbligo di creare dei Servizi di prevenzione e di effettuare la Sorveglianza sanitaria, definendone genericamente compiti e caratteristiche generali e demandandone modalità e struttura organizzativa agli Stati Membri, *anche nell’ambito dei Sistemi Sanitari Nazionali* (art.14.3).

A questa direttiva si era giunti partendo da una prima Raccomandazione del 20.07.62, ad una seconda del 27.07.66 sui controlli agli esposti a rischi particolari, a una successiva del 31.01.67 sulla protezione dei giovani fino ad arrivare alla prima direttiva quadro 80/1107 e alle direttive su piombo (82/605), amianto (83/477), rumore (86/188). Negli anni '90 oltre alla raccomandazione 90/236 con la lista europea delle malattie professionali, norme sugli aspetti sanitari sono inserite nelle cosiddette direttive figlie della 89/391, che si aggiungono, aggiornano e sostituiscono le precedenti, in particolare quella sugli agenti chimici, 98/24/CE. Infine aspetti sanitari sono contenuti anche in altre direttive come quelle sul lavoro a tempo determinato (91/383/CE) e sugli orari di lavoro (93/104/CE).

Le disposizioni della seconda direttiva quadro appaiono piuttosto diversificate, prive di un approccio globale in cui si espliciti la relazione che deve legare inevitabilmente la sorveglianza sanitaria (art.14, 89/391/CEE) con i servizi di prevenzione (art.7) e con il programma di prevenzione (art.6). Gli accertamenti possono essere obbligatori,

ma anche una facoltà del lavoratore, oppure dipendere dagli esiti della valutazione dei rischi effettuata dal datore di lavoro. L'uso dei dati di sorveglianza sanitaria non è sufficientemente definito. Le indicazioni alquanto generiche per la registrazione degli esposti comunque orientano verso la creazione di sistemi informativi armonizzati che consentano di disporre di dati pertinenti per seguire le condizioni di lavoro e alimentare politiche di Salute Pubblica.

La relazione tra la sorveglianza e la prevenzione appare variamente collocata: ad un estremo, nella direttiva sul Piombo la prima diventa il centro della politica preventiva, in altri casi essa appare invece come un elemento complementare che però non chiarisce le proprie relazioni con la prevenzione, infine nella direttiva agenti chimici si esplicitano con chiarezza i vincoli tra le politiche di prevenzione e la sorveglianza sanitaria (19).

A fronte di tali incertezze normative, inevitabilmente il quadro applicativo a livello nazionale dei singoli Paesi risulta estremamente frammentario. Vogel (19) sottolinea in proposito come *«la diversità delle soluzioni adottate non costituirebbe un problema, se si rispettasse il minimo previsto dalle direttive comunitarie e se le soluzioni adottate fossero molto soddisfacenti dal punto di vista dei risultati. Disgraziatamente, tutto sembra indicare che le soluzioni nazionali esistenti pongono una serie di problemi dal punto di vista della coerenza con una politica integrata di prevenzione. (...) I sistemi di sorveglianza della salute, malgrado le intenzioni dichiarate, non svolgono necessariamente funzioni preventive. La loro collocazione ambigua (remunerati dal datore di lavoro per controllare i danni che la stessa azienda causa ai lavoratori) ha come conseguenza che, molte volte, essi ignorino i problemi reali. Inoltre, anche se funzionassero perfettamente i sistemi di sorveglianza della salute nelle imprese, la socializzazione della loro esperienza e la successiva adozione delle politiche preventive da parte delle autorità pubbliche non sarebbero automaticamente garantite»*.

Il quadro europeo resta infine molto generico sul ruolo che dovrebbero svolgere gli Stati membri. Questi, infatti, sono richiamati ad adottare delle disposizioni per garantire il quadro giuridico necessario per mettere in opera le indicazioni della 89/391/CEE e per assicurare una vigilanza ed una sorveglianza adeguate (art.4.2). Nulla viene precisato sulle competenze e professionalità di chi dovrebbe esercitare tali attività e in particolare sul ruolo che dovrebbero svolgere in tale quadro i medici del lavoro. Come vedremo, le attribuzioni di tali figure pubbliche nei diversi Paesi

assumono caratteristiche particolari, con differenze notevoli di incisività della loro azione, e talvolta un ruolo complementare a quelle svolte dal personale incaricato delle funzioni ispettive per la sicurezza e la salute sul lavoro.

Nell'affrontare il tema si è scelto di fornire un quadro della diversificata articolazione del ruolo del medico del lavoro nelle aziende e del ruolo del medico del lavoro pubblico in Europa, mettendo in evidenza limiti e difficoltà che essi incontrano per garantire la messa in opera delle direttive per un'efficace politica preventiva nei luoghi di lavoro mediante la sorveglianza sanitaria e l'attività dei Servizi di prevenzione.

E' stato inviato un questionario con 22 domande a interlocutori significativi in alcuni Paesi (Belgio, Francia, Spagna, Portogallo, Svezia, Germania, Slovenia, Turchia) e si sono integrate le risposte ottenute in tempo utile con informazioni tratte da riferimenti bibliografici.

Come prima elaborazione delle informazioni raccolte, si forniranno in questa occasione elementi di discussione più approfonditi su aspetti critici dei sistemi di alcuni Paesi di antica vocazione democratica ed europea come Francia, Belgio e Svezia e di un Paese come la Spagna che, arrivato alla democrazia solo alla metà degli anni '70, proprio dalla legislazione europea e dal confronto con i propri vicini ha avuto l'impulso per rinnovare radicalmente il proprio sistema. In attesa di approfondire le situazioni anche in Paesi di più recente adesione all'Unione, come la Slovenia, gli accenni che faremo alla Turchia, ci permettono di immaginare future occasioni di mutuo approfondimento e scambio di esperienze sui processi in corso di avvicinamento al modello Europeo.

1. FRANCIA

Il Consiglio Economico e Sociale (*Conseil Economique et Sociale*, C.E.S) francese, ha recentemente (2008) stilato un bilancio della condizione della Medicina del lavoro (6), proponendo anche degli aggiustamenti della situazione attuale sulla base di una serie di audizioni e di rapporti sulle riforme intraprese negli ultimi anni (5) e su alcuni aspetti critici specifici dell'attività del medico del lavoro oggi (9).

Secondo Gosselin (9), « *il controllo dell'idoneità medica al posto di lavoro o all'impiego non apporta alcun risultato significativamente differente da quelli*

ottenuti in altri Paesi con sistemi di sorveglianza sanitaria dei lavoratori a volte molto diversi dai nostri. Ciò non ha impedito né la catastrofe sanitaria dell'amianto, né la clamorosa esplosione dei disturbi muscoloscheletrici, né neppure lo sviluppo inquietante delle patologie psicosociali ».

L'aspetto paradossale è che, malgrado tale critico bilancio, tuttavia, questa attività di controllo o di assistenza individuale, che pure resta necessaria, continua a impegnare la maggior parte del tempo del medico del lavoro, in particolare nei servizi interaziendali, quindi per la maggior parte dei salariati e per la totalità delle piccole imprese.

Il sistema francese prevede che i datori di lavoro del settore privato (la sorveglianza nella Funzione pubblica ha una sua propria organizzazione) debbano organizzare a proprie spese la sorveglianza sanitaria dei dipendenti, sotto il controllo sociale e dello Stato.

I medici del lavoro specializzati, inquadrati dal Codice di deontologia medica (1995) e dal Codice del lavoro (Codice civile) in un ruolo che ne dovrebbe garantire l'indipendenza, dovrebbero agire con un orientamento esclusivamente preventivo per « evitare qualsiasi alterazione della salute dei lavoratori per effetto del loro lavoro ». Vi sono in Francia 6.500 medici e 10.000 operatori sanitari per seguire almeno 15 milioni di lavoratori¹. Sono inquadrati in 943 Servizi di salute sul lavoro a vocazione multidisciplinare (*Services de santé au travail*, SST, 2002) organizzati come Servizi autonomi all'interno delle imprese (659) o come Servizi interaziendali (284); questi ultimi seguono all'incirca l'80% dei salariati.

I Servizi interaziendali, associazioni non a scopo di lucro amministrate prevalentemente da rappresentanti dei datori di lavoro, sono sottoposti al controllo sociale di una Commissione di Controllo paritaria composta da rappresentanti dell'impresa e dei lavoratori. Senza il parere favorevole della Commissione e del Comitato d'impresa, i medici del lavoro non possono essere assunti né licenziati. Per quest'ultima eventualità occorre la decisione esplicita dell'Ispettorato del lavoro (15).

I Servizi (1) sono accreditati periodicamente (ogni cinque anni) dai Medici ispettori (*médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre* – MIRTMO) delle Direzioni Regionali (DRTE) del Ministero del lavoro. Pur raddoppiati dal 1981,

¹ Nel 2004, in 1068 Servizi vi erano, 7.359 medici del lavoro (3.557 a tempo pieno e 3.802 a tempo parziale), 5.515 segretarie, 3.824 infermieri, 313 tecnici; non sono inclusi, scienziati sociali, psicologi e igienisti industriali (13).

questi ultimi restano tuttavia in numero relativamente modesto (49 nel 2006), distribuiti a seconda della dimensione delle regioni (da uno a sette per regione); vi sono oggi, teoricamente, 75 posti di medico ispettore di cui 3 alla direzione generale e i restanti nelle direzioni regionali (14). Essi esercitano un controllo sui mezzi che vengono messi a disposizione dei medici del lavoro dei Servizi e fungono da supporto, con altri tecnici specializzati presenti nelle direzioni, agli ispettorati. Gli Ispettori del lavoro nell'ambito della loro attività di vigilanza controllano, invece, che vi siano i certificati di idoneità (*fiches d'aptitudes*) e le schede aziendali (*fiches d'entreprise*) compilate dal medico, senza entrare nel merito dei loro contenuti. Ogni dipendente o datore di lavoro può contestare una decisione del Medico del lavoro del Servizio presso l'Ispettore del lavoro competente.

Quindi (14), « *c'è un controllo formale da parte dell'ispettore del lavoro, un controllo documentale da parte dell'ispezione medica del lavoro e infine un controllo di contenuto collettivamente da parte delle parti sociali e individualmente da ogni lavoratore* ».

Il medico del lavoro dovrebbe dedicare per legge un terzo del proprio tempo (*tiers-temps*, 2004) alle sue attività nel luogo di lavoro (sopralluoghi e analisi dei posti di lavoro), godendo di potere di accesso, possibilità di raccogliere informazioni, campioni ed effettuare misure. Dovrebbe preparare una scheda d'impresa (*fiche d'entreprise*), dei piani d'attività (*plans d'activité*) e presentare un rapporto annuale (*rapport annuel*) al Comitato d'impresa e alla Commissione di controllo se l'azienda ha più di 300 addetti o negli altri casi a seguito di richiesta del Comitato d'impresa, o del CHSCT (*Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail*).

Persistono tuttavia delle ambiguità nel suo ruolo, tra medicina di selezione e medicina di prevenzione, tra medicina d'impresa e medicina di salute pubblica. Il medico è incaricato della protezione dei salariati, ma dovrebbe essere anche, secondo il Codice del lavoro, *consulente del datore di lavoro*, per migliorare le condizioni di vita e di lavoro in azienda, l'igiene, l'adattamento delle postazioni, delle tecniche, dei ritmi alla fisiologia umana.

Per gestire correttamente tali ambivalenze non sembra quindi più sufficiente affidare solo nel senso di responsabilità del datore di lavoro. Secondo il C.E.S. dovrebbe invece essere fissato un obbligo dei Servizi a impegnarsi in politiche di Sanità pubblica con modalità definite per il loro svolgimento nel quadro specifico del mondo

del lavoro. Questo orientamento contrasterebbe, infatti, le attuali pratiche che rendono la maggior parte dei SST solo dei prestatori di servizi per i datori di lavoro; servizi che troppo spesso consistono nella mera richiesta di un determinato numero di visite mediche.

Dalla direttiva quadro, alla sua progressiva laboriosa trasposizione negli anni '90, fino alle riforme degli anni 2000 e al recepimento delle direttive agenti chimici e cancerogeni (2003), in Francia le riforme della medicina del lavoro sono state accompagnate da ampi cambiamenti nelle politiche di sicurezza sanitaria e ambientale. Sono state create Agenzie specializzate per gli alimenti (AFFSA), per le Medicine e i prodotti sanitari (AFFSSAPS), per la Sicurezza sanitaria dell'ambiente e del lavoro (AFSSET, <http://www.afsse.fr/>). Una rete, per inciso, da armonizzare con le già esistenti reti delle CRAM, dell'INRS e dell'ANACT. La sicurezza sul lavoro è quindi diventata sempre di più una questione di salute pubblica e di sicurezza sanitaria², fino ad arrivare alla creazione dei Comitati regionali per la prevenzione dei rischi professionali (*Comités régionaux de la prévention des risques professionnels*, CRPRP, 2007) e alla pianificazione nazionale delle attività, e delle sue articolazioni regionali, con il Piano inter-ministeriale salute lavoro (*Plan santé travail*, 2005-2009).

In sintesi, secondo il rapporto del C.E.S., le riforme intraprese miravano a ridefinire il sistema su numerosi fronti:

- spostare il centro dell'azione del medico dalla visita medica alla sua azione nell'ambiente di lavoro, con una più effettiva applicazione del *tiers-temps*;
- creare competenze multidisciplinari che coadiuvassero il ruolo del medico, in linea con le indicazioni delle direttive europee;
- ridefinire le modalità di accreditamento dei Servizi, in modo da garantire la multidisciplinarietà, in termini sia quantitativi che qualitativi, introducendo una procedura di certificazione sulla falsariga di quella che l'Alta autorità della salute (*Haute autorité de santé*, HAS) mette in opera nei confronti delle strutture sanitarie;

² Si consideri che in Francia (in tempi molto recenti, rispetto ad altri Paesi) il fortissimo impatto sociale creato dalle morti e dai rischi da amianto evidenziati dal rapporto INSERM del 1997) ha portato a mettere in discussione il sistema di controllo e a bandire il minerale, in concomitanza con l'elaborazione della direttiva europea. Altri eventi che hanno avuto vasta eco sono stati la catastrofica esplosione dell'AZF a Toulouse nel 2001, o ancora gli allarmanti tassi di morte per l'ondata di calore nel 2003.

- mettere in opera un sistema di allerta sanitaria in collegamento con l'apposito Istituto (*Istitut national de la veille sanitaire*, InVS – www.invs.sante.fr/) ;
- affrontare l'evoluzione demografica e quella della piramide d'età dei medici del lavoro per assicurare le risorse necessarie a compensare, con l'arrivo di nuovi medici, la diminuzione drammatica degli effettivi.

Tuttavia, come sottolinea il Comitato Economico e Sociale, il processo riformatore è rimasto incompiuto. Infatti :

- le misure previste non sono state messe in opera in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, anzi sono state spesso aggirate come nel caso del frequente ricorso alla *Surveillance médicale renforcée* (SMR) per mantenere un ritmo annuale delle visite mediche ;
- il sistema stesso non è stato trasformato : *da un punto di vista qualitativo* la medicina del lavoro è restata troppo centrata sugli individui, essenzialmente sulle visite mediche di idoneità, anziché sulle popolazioni di lavoratori. Diminuire la frequenza rendendo biennale l'obbligo di visita, se da un lato permetterebbe al medico di dedicare più tempo all'ambiente di lavoro, non risponde ad alcuno degli interrogativi sulla pertinenza di tali azioni. Inoltre, i medici non sono stati formati in modo sufficientemente sistematico su questa evoluzione del loro mestiere o comunque non hanno tratto profitto dalle formazioni seguite. Infine, non è stato previsto per legge il tempo per poter lavorare fuori dall'azienda, al di là dell'azione volontaria dei singoli, nel quadro di cooperazioni e reti (10) che permettano di rinforzare l'allerta sanitaria (11) e di garantire la tracciabilità delle esposizioni del singolo lavoratore nei suoi diversi impieghi. *Da un punto di vista sistemico*, le questioni dell'indipendenza, delle modalità di finanziamento e della gestione dei Servizi sono restate immutate come se fossero intoccabili, benché siano queste le questioni che determinano la fiducia dei lavoratori sull'istituzione e le reali possibilità di agganciare la Sanità occupazionale alla Sanità pubblica. Infine, sotto il *profilo quantitativo*, la situazione degli effettivi è preoccupante : tre quarti dei medici del lavoro hanno età superiore a 50 anni e si prevedono 1700 pensionamenti nei prossimi 5 anni. Secondo il C.E.S. non si è fatto abbastanza per contrastare la svalorizzazione dell'immagine della professione che tale situazione comporta, considerando inoltre che essa si

aggiunge alla scarsa attrattiva della specializzazione in medicina del lavoro rispetto ad altre possibilità offerte dalle facoltà di medicina;

- la medicina del lavoro sembra non fornire risultati all'altezza dei suoi mezzi e mostra soprattutto una sorta di incapacità a valutare criticamente questi ultimi.

Il C.E.S. propone, quindi, di portare a termine con decisione le riforme intraprese:

- inserendo pienamente la Salute sul lavoro nella Salute pubblica, pur senza diluirla in essa e quindi conservandone la sua specificità. Il finanziamento da parte del datore di lavoro deve rimanere, ma le modalità di tali contributi devono essere completamente riformulati, ad esempio sul modello della *Mutualité sociale agricole*, che si basano su un tasso unificato di tassazione opportunamente calibrato sulle caratteristiche dell'azienda, senza più alcun pagamento a prestazione;
- instaurando una reale cultura comune della prevenzione primaria dei rischi affinché le azioni intraprese siano concrete, durevoli ed efficaci e un sistema informativo in grado di raccogliere e rendere accessibili i dati sulle esposizioni raccolti dai Servizi;
- mantenendo il ruolo essenziale del medico del lavoro nell'organizzazione della Salute sul lavoro;
- rinforzando la multidisciplinarietà, senza, tuttavia, indebolire il ruolo cardine del medico del lavoro. La delega di funzioni ad altre professioni sanitarie, che dovrebbero peraltro essere specializzate con appositi percorsi formativi, lungi da diventare una risposta alla crisi demografica medica, dovrebbe rinforzare globalmente il sistema aprendo nuovi margini per l'esercizio dell'azione preventiva del medico e ampliare il ventaglio degli esperti che possono contribuire alla riduzione dei rischi con le relative garanzie di indipendenza;
- ripensando l'idoneità nella logica della prevenzione e del mantenimento del posto di lavoro, con un netto e prevalente orientamento per l'adattamento del lavoro all'uomo, sostituendo ad esempio il rilascio sistematico del certificato di idoneità con quello di un certificato di non idoneità nei soli casi in cui lo stato di salute del lavoratore lo imponga;
- coprendo l'insieme della popolazione attiva in una logica di percorso professionale, estendendo l'attenzione della medicina del lavoro anche a coloro che chiedono lavoro, ai lavoratori indipendenti, ai responsabili d'impresa soprattutto nelle piccolissime aziende e nell'artigianato. In tale

prospettiva sarebbe anche auspicabile un ravvicinamento delle diverse organizzazioni previste per le categorie pubbliche e private.

2. SPAGNA

Nel Regolamento dei Servizi di prevenzione (*Reglamento de los Servicios de Prevención*, RSP, 1997) e sue successive modifiche (1998) la sorveglianza sanitaria è espressamente integrata nella pratica preventiva sin dal momento della valutazione dei rischi, come parte di un sistema di controllo periodico nell'ambito della pianificazione preventiva e come criterio d'individuazione d'eventuali inadeguatezze o insufficienze delle attività preventive intraprese (2). La sorveglianza sanitaria viene messa in relazione con le condizioni di lavoro sia a livello individuale (visite periodiche, preliminari all'assegnazione di una nuova mansione a rischio, dopo un'assenza prolungata e oltre la vita lavorativa) che a livello collettivo (analisi epidemiologica, studi sull'assenteismo). Essa deve essere compresa tra le attività multidisciplinari dei Servizi di prevenzione nella definizione delle relazioni tra rischio e danno e nell'attività coordinata dei diversi esperti. Deve essere condotta nel rispetto della dignità e della riservatezza, comunicando i dati alla persona interessata, evitando che tali informazioni possano dar luogo a discriminazioni. Infine, nel Regolamento viene esplicitamente previsto il coordinamento della sorveglianza sanitaria con le azioni di Salute pubblica, mediante la promozione della collaborazione con i Servizi di prevenzione del Sistema Sanitario Nazionale per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Il Regolamento prevede inoltre che il Ministero della Salute e del Consumo elabori delle guide con i protocolli per attuare la sorveglianza specifica in modo da dare omogeneità e coerenza agli obiettivi e contenuti della sorveglianza sanitaria.

Tuttavia, secondo P.Boix e coll. (2) molto spesso sembra prevalere ancora un'impostazione essenzialmente assistenziale e medicalizzata della medicina del lavoro in azienda; sistematicamente la sorveglianza sanitaria viene identificata con i soli *reconocimientos médicos* nei rapporti, specialmente finanziari e gestionali, di alcune Mutue. Anche negli Accordi collettivi si rileva tale resistenza ad innovare, per cui, ad esempio, su 450 Accordi in Castilla-León, solo in 209 era contenuta qualche clausola relativa alla salute lavorativa, e queste riguardavano nel 68% dei casi (167

Accordi) il *reconocimiento médico*. Nella IV Inchiesta nazionale sulle condizioni di lavoro (INHST, 2000, citata in (2)), il 57% dei lavoratori affermava di essere stato sottoposto nell'ultimo anno a un *reconocimiento médico*, e nelle Inchieste del 1999 e del 2000, le imprese che avevano realizzato tali attività (68 e 53%) superavano nettamente quelle che avevano effettuato la valutazione dei rischi (47 e 30%), a dimostrare una netta mancanza di relazione tra le due attività, quindi la prevalenza di accertamenti sanitari poco specifici. A riprova, una piccola percentuale di lavoratori considera tali accertamenti come perfettamente inutili e il 36% come degli accertamenti generali che nulla hanno a che vedere con i rischi del proprio posto di lavoro. Da sottolineare, infine, che i lavoratori a rapporto temporaneo risultano ricevere *reconocimiento médico* in una percentuale nettamente inferiore a quella dei lavoratori a tempo indeterminato. Secondo i Delegati di prevenzione (*Delegados de prevención*) citati da Boix e coll. (2) la sorveglianza per i primi « *dipende dal caso, cioè, se quando arriva il furgone della Mutua stanno lavorando vengono riconosciuti, altrimenti devono sperare di coincidere con il furgone nel loro prossimo lavoro. Così ci sono lavoratori cui si praticano vari reconocimientos in uno stesso anno e altri che possono restare cinque anni senza alcun controllo sanitario* ».

Alle Amministrazioni sanitarie (8) in materia di Salute lavorativa e prevenzione dei rischi compete *la valutazione e il controllo delle iniziative di carattere sanitario che sono realizzate nelle imprese da parte dei Servizi di prevenzione che vi operano*. Esse derivano tra le altre dalla Legge Generale di Sanità (Titolo I – Capo IV, 1986), dalla Legge di prevenzione dei rischi lavorativi (*Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, LPRL, art.10, 1995), dal RSP (1997 e sue modifiche del 2005). Tali compiti rientrano tra le competenze in materia di Salute pubblica, Pianificazione sanitaria e d'Autorizzazione di Centri o Strutture sanitarie che sono state trasferite dallo Stato alle 17 Comunità Autonome, che li organizzano con modalità simili.

Ad esempio (12), nella Comunidad Autónoma del País Vasco l'ente preposto è l'OSALAN (*Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales*, www.osalan.net), creato con la Legge 7 del 1993 per riunire diverse competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro frammentate tra varie strutture autonome. L'Istituto dipende dall'Assessorato (*Consejería*) al Lavoro, ma in esso è costituita un'Unità (*Unidad de Salud Laboral - USL*) articolata a livello centrale e su tre province decentrate, che dipende per il suo funzionamento dall'Assessorato alla Sanità, competente in materia

sanitaria. L'USL autorizza e ispeziona i Servizi Sanitari dei Servizi di Prevenzione (decreto 306 del 1999) dal punto di vista formale, documentale e di contenuto. In tale attività, gli ispettori dell'USL (previsti complessivamente in organico : 13 medici del lavoro, 4 medici epidemiologi, 1 statistico, 6 infermieri specializzati, altri) sono autorità sanitaria e possono disporre adempimenti (*requerimientos*) o proporre sanzioni secondo la via amministrativa (*Viceconsejero* o *Consejero de sanidad*). Tuttavia, le competenze ispettive in materia di salute e sicurezza sul lavoro restano dello Stato, affidate all'Ispettorato del Ministero del Lavoro e Sicurezza Sociale. La presenza o meno di un Servizio di Prevenzione in un'azienda è quindi verificata da quest'ultimo organismo.

L'USL fornisce inoltre assistenza ai lavoratori, delegati, datori di lavoro e anche agli stessi Servizi di Prevenzione. In particolare, per realizzare specifici protocolli sanitari per determinati rischi o patologie. Non effettua invece accertamenti sanitari, tranne in casi puntuali ed eccezionali su specifici progetti (12). Nel País Vasco i lavoratori possono presentare segnalazioni o denunce, all'USL o alle altre strutture previste nelle diverse Comunità Autonome.

I *Servizi di Prevenzione esterni* alle aziende devono integrare almeno tre delle quattro discipline previste dal Regolamento (sicurezza del lavoro, igiene del lavoro, ergonomia e psicosociologia, medicina del lavoro) e devono essere accreditati dall'Amministrazione del Lavoro, previa approvazione, per i soli aspetti sanitari, da parte dell'Autorità sanitaria (7).

Per quel che riguarda invece i *Servizi di Prevenzione interni* essi dovranno integrare almeno due delle quattro discipline previste, la loro attività sanitaria dovrà essere autorizzata dall'Amministrazione sanitaria competente ed essi dovranno essere sottoposti a un audit globale periodico, ogni 5 anni o a richiesta dell'Autorità amministrativa, da un organismo di controllo privato accreditato dall'Autorità del lavoro.

Il datore di lavoro, per imprese di meno di 6 addetti e se non vi sono rischi particolari, può egli stesso svolgere le funzioni del Servizio, tranne ovviamente che per gli aspetti sanitari.

Il medico non dispone di garanzie particolari a tutela della propria indipendenza, in quanto l'azienda può liberamente cambiare Servizio di Prevenzione in qualunque momento.

Siccome l'Accreditamento concesso in una Comunità Autonoma avrà validità in tutto lo Stato, sono stati elaborati a livello nazionale, sentite le organizzazioni dei lavoratori e padronali e consultate le associazioni scientifiche, dei *Criteri essenziali per lo svolgimento dell'attività sanitaria dei Servizi di Prevenzione*, che definiscono risorse umane e materiali, condizioni per subappaltare parzialmente le attività sanitarie, accessibilità delle installazioni, ecc., esigibili ai Servizi. I medici dovranno essere specializzati in medicina del lavoro (tre anni dopo la laurea) o in medicina d'azienda (un anno presso l'INHST) e gli infermieri essere diplomati in infermeria d'azienda. A seconda delle esigenze possono far parte di un Servizio anche altre specializzazioni mediche specifiche.

Nel *País Vasco*, il decreto n.306 citato fornisce ulteriori criteri di dettaglio (12). Vi si definisce per ogni 100 lavoratori una Unità di Base (Unidad Básica Sanitaria, UBS) formata da un medico specializzato e un infermiere specializzato. Se gli addetti sono impiegati in determinate lavorazioni rischiose è stabilito un tempo da dedicare di 68 minuti all'anno a lavoratore, dimezzato se i lavoratori non sono nelle categorie a rischio. Ogni Servizio di Prevenzione interno dovrà comprendere almeno una UBS.

Mediante gruppi di lavoro coordinati dalle strutture delle Comunità autonome sono stati anche elaborati dei Protocolli di sorveglianza sanitaria specifici, come aiuto per il personale sanitario nel processo di decisione clinica e preventiva e per permettere l'acquisizione di informazioni standardizzate per gli studi epidemiologici. Questi elaborati, sottoposti alle consultazioni di Società scientifiche e Parti sociali vengono infine approvati dalla Commissione Nazionale per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro. Secondo una procedura simile, è stato anche elaborato un documento che definisce i contenuti minimi informativi che i Servizi di prevenzione devono trasmettere alle Autorità sanitarie. Vi è quindi il flusso di succinte informative (*memorias*), inviate prima della riforma dai medici d'impresa (che esistevano solo per aziende con più di 100 addetti), e successivamente dai Servizi, anche se in modo molto irregolare. Inoltre, dai Servizi di Prevenzione affluiscono alle strutture autonome come l'USL di OSALAN le segnalazioni di malattia professionale. E' in corso un progetto dell'Amministrazione centrale e di quelle decentrate (12) per costruire, come previsto dalla Legge di prevenzione (LPRL, art.10) un sistema informativo capace di

individuare i lavoratori sottoposti ad accertamenti, le loro esposizioni, le diagnosi e gli eventuali danni subiti (4).

Le strutture per l'Igiene e Sicurezza del lavoro delle Comunità Autonome raccolgono anche eventuali segnalazioni dei medici di base o di altri soggetti relative a patologie acute di sospetta origine professionale. Intervengono quindi ispezionando e indagando le potenziali condizioni di pericolo, eventualmente insieme all'Ispettorato del lavoro, con il quale tuttavia non vi sono relazioni formalmente stabilite, al di fuori di rapporti personali e professionali spontanei.

A seguito del decreto 1299/2006, che stabilisce una nuova lista di malattie professionali, è stabilito (art.5) l'obbligo per i medici di base e specialistica, così come per quelli dei Servizi di Prevenzione, di comunicare le patologie sospette di origine professionale all'Autorità anitaria (ad es. OSALAN). Questa, effettuati i suoi accertamenti presso il Servizio di Prevenzione, segnala il caso alle Mutue e all'Istituto Nazionale della Sicurezza Sociale (INSS). La decisione finale spetta a quest'ultimo, che la comunica al medico che aveva dato inizio al procedimento.

Alcuni Servizi di Prevenzione esterni possono essere interamente privati, oppure risultare accorpati alle Mutue che curano il sistema assicurativo di copertura dei rischi di Infortunio e Malattia professionale (MATEPSS). Queste sono organismi semipubblici senza fini di lucro costituiti da delle comunità di aziende sotto la direzione, la tutela e la sorveglianza del Ministero del Lavoro (7). Tra i loro scopi, quello di « coprire » la responsabilità delle aziende in materia di infortuni e malattie professionali, dietro versamento di una quota che assicura alle imprese prestazioni preventive e riabilitative e gli indennizzi economici per le assenze temporanee e per le invalidità permanenti.

Per tentare di assicurare l'indipendenza dei Servizi di prevenzione, questi non possono avere legami con le aziende per le quali lavorano. Nel caso delle Mutue, per ovviare a tale incompatibilità, viene richiesto uno specifico Accreditamento.

Nel 2002 (7) vi erano in Spagna 451 enti accreditati come Servizi di Prevenzione esterni, di cui 422 privati e 29 Mutue. Nel 2003 il numero totale era cresciuto a 478 a indicare una rapida estensione e crescita del settore. Tutte le Mutue sono accreditate per delle prestazioni su tutte e quattro le discipline previste. Il 56% dei Servizi di Prevenzione non hanno l'accREDITAMENTO in materia di medicina del lavoro (V Inchiesta nazionale sui rischi, INHST, 2003, citato da 7).

3. SVEZIA

Tra gli anni '60 ed '80, in Svezia si svilupparono dei Servizi per la salute occupazionale, non pubblici, ma frutto di accordi bilaterali tra sindacati ed aziende, come unità subordinate ad un ente bilaterale locale, con compiti di prevenzione in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Gran parte della loro attività consisteva in cure erogate da medici, infermieri e fisioterapisti. Per esse i Servizi ricevevano, come sussidi pubblici, intorno al 20-25% del loro bilancio annuale. Tra il 1992 e il 1993 tuttavia saltarono gli accordi tra le parti sociali e lo Stato eliminò ogni sussidio. Le unità dei Servizi, quindi, per sopravvivere, dovettero organizzarsi diventando liberi operatori nel mercato della salute, aggregandosi in organizzazioni più grandi e riducendo di quasi un terzo il numero dei professionisti.

Secondo Bohlin e coll. (3), la situazione resta difficile da quantificare, perché non esiste alcun requisito di notifica o registrazione dell'attività dei Servizi, né di una loro certificazione di qualità o di registrazione come fornitori di servizi per la salute. Non esiste, inoltre, alcun requisito legale che definisca cosa siano tali Servizi e quindi nessuna forma di protezione legale per tale concetto.

Si è stimato comunque che vi siano circa 700 Servizi, di cui, però, circa 150 costituiti da un solo professionista della salute. Si è stimato che nel 2004 vi fossero 250 entità legalmente costituite in società, con numerose consociate (3).

Si deve considerare che fino al 2007 la formazione dei medici del lavoro era consistita in un corso per il diploma di nove settimane durante un anno (Università di Goteborg) o di un anno e mezzo accademico (*National Institut for working life*, NIWL, Stoccolma). Dopo tale data, il NIWL è stato soppresso dal governo. Dal luglio 2007 avrebbe dovuto essere istituita la specialità per i laureati MD. Siccome sia i Fisioterapisti che gli Ergonomi occupazionali venivano formati anch'essi dal NIWL, la chiusura dell'Istituto ha lasciato un grave vuoto, che nel 2006 si attendeva venisse riempito dalle università.

Per quanto riguarda l'indipendenza del sanitario, in genere, si cerca di introdurre clausole nel contratto che lo lega al servizio e nel contratto di questi con il cliente. Secondo Westerholm, resta tuttavia la difficoltà di definire in modo univoco, sia concettualmente che operativamente, tali garanzie (19).

Secondo un rapporto del 2001, risulterebbe che fossero coperti da tali Servizi circa 2,6 milioni di lavoratori (di cui 1,2 pubblici dipendenti), per cui circa 1 milione di occupati sarebbero stati senza alcuna tutela sanitaria sul lavoro, di cui 750,000 in piccole imprese.

La legislazione (*Swedish Work Environment Act*, AML, 1977, 2005) definisce genericamente il ruolo di tali Servizi come orientati alla prevenzione ed eliminazione dei rischi del lavoro, identificando la loro competenza nell'identificazione e analisi delle relazioni tra ambiente di lavoro, organizzazione, produttività e salute. Il loro ruolo è consultivo nei confronti degli obblighi del datore di lavoro individuati nella normativa, tra cui la gestione sistematica dell'ambiente di lavoro e i programmi per gli adattamenti del lavoro e la riconversione professionale. Rientra quindi negli obblighi del datore di lavoro scegliere sul mercato, basandosi solo sul proprio giudizio, quei Servizi capaci di offrirgli l'aiuto necessario, non disponibile al proprio interno, per far fronte ai propri compiti.

Bohlin e coll. (3) sottolineano come dalle indagini effettuate risulterebbe che una parte sostanziale delle prestazioni dei servizi nulla abbiano a che vedere con quelle previste nella legge, ma che esse si distribuiscano su molte attività, soprattutto riabilitazione ad accertamenti sanitari non obbligatori. D'altra parte, i lavoratori interpellati, se da un lato erano in maggioranza (65%) coscienti di aver accesso a tali Servizi, non avevano altrettanto chiaro quali prestazioni venissero erogate, per cui solo il 28% dichiarava che il proprio luogo di lavoro era stato valutato con un'ampia gamma di interventi, di cui circa il 24% riguardavano assenze per malattia, alcool e droghe, relazioni di lavoro e altro non strettamente correlato con gli aspetti più propriamente tecnici, ergonomici o psicosociali del lavoro. Come ulteriore elemento di riflessione, Bohlin e coll. (3) citano una generale molto positiva valutazione di tali Servizi e in uno studio condotto nel 2004 su tutto il Paese direttori aziendali e rappresentanti dei lavoratori esprimevano apprezzamenti nettamente positivi per gli aspetti ergonomici e medici, ma molto inferiori in materia di stress e organizzazione del lavoro.

Poichè non vi è alcun vincolo ed orientamento, in termini d'incentivi o sanzioni legali, alle attività svolte dai Servizi che non siano quelle legate alla propria promozione sul mercato e alle richieste dell'impresa cliente, in assenza di una forte

domanda, determinate prestazioni necessarie al destinatario finale, i lavoratori, possono, legittimamente, non venire più erogate dai Servizi.

Infatti, i Servizi, lasciati al mercato, tendono ad operare in attività che diano un ritorno economico certo in tempi brevi, ad un prezzo basso per essere concorrenziali. Questo rischia di orientare in tal senso anche gli stessi clienti. Infatti, questi sono disincentivati a intraprendere programmi di prevenzione a lungo termine e a contrastare malattie comportanti lunghe assenze, in quanto i costi di queste sono comunque sostenuti dalle assicurazioni pubbliche, anche se dal 2005 è previsto un contributo del 15% dall'azienda, e quindi in ultima istanza dal contribuente.

Un altro aspetto che tale situazione può mettere in crisi è il mantenimento di un'alta qualità dei Servizi. Il personale è, infatti, per ragioni professionali ed etiche, orientato ad un approccio di salute individuale e collettiva, che può venir messo in forse da tali orientamenti puramente di mercato.

Cessati nel 1992 i sussidi, cessarono anche i controlli di qualità su tali organismi. Fu, invece, messo a punto un primo sistema di qualità usabile volontariamente dai Servizi, mediante audit volontari condotti da 5 enti certificatori accreditati dall'agenzia statale corrispondente (SWEDAC). Nel 2000 fu pubblicato lo standard di qualità SS EN ISO 9001:2000, che però non è mai stato valutato in rapporti pubblicati da consumatori o terzi in termini di efficacia e rilevanza per la salute pubblica. Da stime riportate da Bohlin e coll (3), vi sarebbero stati (2002) 48 Servizi certificati (con 2.200 dipendenti, pari al 43% dei lavoratori del settore) che servirebbero 1.235.000 lavoratori (34% della forza lavoro), cui si dovevano aggiungere i servizi interni delle grandi aziende che usufruivano di sistemi aziendali di gestione.

Pur in assenza di consolidati dati disponibili sugli aspetti finanziari di tale mercato, Bohlin e coll. (3) rilevano una gran variabilità d'investimenti da parte delle aziende e individuano, comunque, un'osservabile tendenza da parte dei clienti, in particolare le aziende più piccole, a richiesta servizi di cura orientati al singolo individuo.

In Svezia (19) vi sono attualmente circa 30.000 medici, di cui 750-800 sono medici del lavoro. Gli organismi ispettivi sul campo sono multidisciplinari, ma tra di essi non vi sono medici, mentre ve ne sono alcune unità presso l'Autorità centrale (SWEA).

Il National board of Health and Welfare effettua una supervisione del personale medico registrato dei Servizi. La SWEA ha infatti il compito di monitorare e promuovere la Salute occupazionale, ma non di esercitare una vigilanza diretta.

Talvolta, gli ispettori del Lavoro controllano che siano stati effettuati gli accertamenti obbligatori, per gli esposti al piombo e cadmio, a fibre di amianto, silice e altri composti inorganici, a indurenti per la plastica, vibrazioni, lavori usuranti come lavori in quota, sommozzatori, vigili del fuoco, lavoro notturno (19).

Il dilemma che si presenta è come rispondere agli orientamenti legali della Convenzione ILO 161 e contemporaneamente evitare ogni aumento della tassazione, dedicando contributi pubblici per riorientare più correttamente i Servizi, in particolare per la questione dei costi delle assenze per malattie e del mantenimento al lavoro della popolazione più anziana.

4. BELGIO

Nel modello Belga la prevenzione sul lavoro (*Contrôle du bien-être au travail*) è materia federale, suddivisa in tre divisioni del Ministero del lavoro (controllo dei rischi chimici, controllo regionale del benessere, gestione delle conoscenze in materia di benessere). Il riconoscimento dei dipartimenti medici dei Servizi di Prevenzione interni o esterni alle aziende è invece una questione di competenza dell'Amministrazione Regionale di Sanità Pubblica (18).

I medici del lavoro e le équipes multidisciplinari nei servizi ispettivi del Ministero del lavoro comprendono una ventina di medici e 150 altri professionisti. Gli eventuali appelli dei lavoratori contro i provvedimenti del medico del Servizio sono esaminati dal medico ispettore. I controlli sulla sorveglianza sanitaria riescono ad essere non solo formali, ma anche documentari, di merito e occasione di riflessioni approfondite sui rischi di discriminazione che potrebbero manifestarsi in talune pratiche sanitarie (18).

Nei Servizi di prevenzione si ha una buona collaborazione interdisciplinare, anche se spesso il ruolo del medico tende ad essere confinato agli aspetti strettamente sanitari, per lasciar maggior spazio gestionale ad altre figure, come gli esperti di sicurezza, che sono maggiormente incentivate a individuare il Servizio interno come una fase di passaggio, utile per successivi eventuali avanzamenti di carriera in azienda. Le

relazioni sindacali offrono infine numerosi strumenti e procedure sia per intervenire nel caso di un ipotizzato licenziamento del medico del Servizio, che per effettuare una supervisione dell'attività sanitaria dei Servizi in azienda (18).

Nei Servizi devono essere rappresentate cinque discipline: il medico del lavoro, lo specialista di sicurezza, quello di fattori psicosociali, l'ergonomo e l'igienista industriale. Se tali figure non sono presenti in azienda, il datore di lavoro deve ricorrere ad un Servizio esterno. In Belgio vi sono 14 di tali Servizi, accreditati dal Ministero del lavoro.

5. TURCHIA

La Turchia (16), per operare attivamente per mettersi in linea con i requisiti europei, ha apportato sin dal 1999 modifiche importanti al proprio ordinamento Costituzionale e legislativo. Ciononostante, il processo è complesso e, ad esempio, sebbene essa abbia ratificato entrambe le Convenzioni OIL n.155 e n.161, il recepimento della 89/391/CEE, al 2006, era ancora in sospeso e non esisteva legislazione di matrice Comunitaria (2002/14/EC) sull'informazione e la consultazione dei dipendenti.

Circa 17.493 medici hanno il titolo di medici d'azienda, 800 lavorano esclusivamente per le aziende e 4.591 sono anche medici generici (17). Essi non godono certamente né dei margini d'indipendenza ed autonomia dei colleghi francesi, né di un sufficiente ed efficace controllo sociale, infatti i Comitati di salute e sicurezza interni alle aziende sono solo raramente costituiti. Inoltre, da parte degli Ispettori, il controllo è solo formale. La metà degli effettivi dell'Ispettorato (310 su 650), suddivisi su nove regioni, si occupa di salute e sicurezza con professionalità prevalentemente tecniche; 6 ispettori hanno formazione medica e 6 di farmacologia.

Esiste infine una rete di 6 laboratori pubblici (Centri di salute e sicurezza) che effettuano analisi e misure ambientali anche per i medici aziendali.

6. CONCLUSIONI

Si è brevemente delineato il quadro normativo europeo e internazionale entro il quale si dovrebbero svolgere le attività dei Servizi di Prevenzione, tra cui la sorveglianza sanitaria dei lavoratori.

Si sono quindi analizzate alcune articolazioni della messa in opera di quest'ultima, in Francia, Spagna, Svezia, Belgio e in un Paese candidato all'Unione, la Turchia.

Nei primi quattro Paesi, a fronte delle diverse tradizioni che hanno filtrato l'approccio Europeo e le caratteristiche che ha assunto lo sviluppo di un mercato dei Servizi, e in essi dell'attività dei medici del lavoro, si possono ritrovare alcuni elementi irrisolti comuni, soprattutto nella relativa incoerenza della loro ambivalente attività tra accertamenti sanitari, consulenza del datore di lavoro e finalità preventive efficaci.

In Francia, la pressione del mercato e della gestione datoriale sui Servizi di prevenzione è regolata da procedure per un accreditamento statale periodico dei Servizi ed è compensata da un ruolo particolarmente garantito e indipendente, almeno sulla carta, del medico del lavoro, da una presenza di controllo sociale, dal controllo formale dell'Ispettorato del lavoro e dal controllo documentale da parte dei, pur se relativamente pochi, medici del lavoro ispettori.

In Spagna, la minor indipendenza del medico del lavoro, rispetto a quanto avviene in Francia e in Belgio, sembra compensata da una maggior articolazione della legislazione sui Servizi multidisciplinari di Prevenzione e da un'impostazione regionalizzata del controllo sanitario, in grado di sviluppare controlli sia documentali che di merito nell'ambito delle competenze dell'Amministrazione Autonoma della Sanità. Sia in Francia che in Spagna diversi progetti esistenti o in corso d'elaborazione mostrano come sia ben presente la necessità di realizzare sistemi informativi che permettano di utilizzare per finalità di Salute pubblica gli esiti delle attività dei medici dei Servizi di Prevenzione.

In Svezia, e in altri stati europei come ad es. in Olanda e in Danimarca, politiche di liberalizzazione hanno spinto i Servizi di Prevenzione, nati negli anni '70 da accordi bilaterali sostenuti in parte da fondi pubblici, al di fuori di ogni controllo statale di merito sulle loro attività. Gli aspetti sanitari sembrano affidati alla sola responsabilità degli imprenditori, alle dinamiche del mercato e alle forme spontanee di autoregolazione. Quindi, alle autorità ispettive statali decentrate resta solo un intervento formale di controllo di congruenza con il dettato legislativo delle prestazioni sanitarie. Negli organi ispettivi non operano medici, essendo questi ultimi presenti, in poche unità, solo nelle Istituzioni centrali dello Stato.

Si potrebbero sviluppare, arricchendo le informazioni preliminari raccolte e acquisendo maggiori dati su altri Paesi, diversi filoni d'indagine:

- sulla formazione del medico del lavoro, che si rivela spesso inadatta alle nuove esigenze e risulta assai diversificata nelle sue forme;
- sul ruolo di altre specializzazioni mediche, delle professioni sanitarie e non, che in certi Paesi tendono a sostituire e in altri a integrare l'attività del medico del lavoro;
- sulla centralità riconosciuta o meno al medico nella messa in opera efficace delle politiche di prevenzione primaria in una difficile integrazione di conoscenze multidisciplinari;
- sul ruolo della Sanità pubblica e delle pratiche efficaci di prevenzione a fronte delle prestazioni offerte e richieste in un gioco di rimandi dettati dal solo mercato;
- sulle iniziative di creazione di nuove reti di prevenzione nelle situazioni in cui il Sistema sanitario pubblico non si fa carico né della prevenzione, né della riabilitazione;
- sulle modalità di controllo delle politiche di tutela messe in opera dai datori di lavoro, dall'autoregolamentazione al controllo puntuale e di merito, passando per una verifica di mezzi e qualità delle prestazioni;
- sulle modalità di fare prevenzione per un lavoro che si trasforma e precarizza sempre più velocemente;
- sulla necessità di politiche sanitarie capaci di far fronte alle esigenze di modificare il lavoro per ridurre le invalidità permanenti con cessazione dal lavoro causate da malattie professionali e per consentire il mantenimento al lavoro di professionalità preziose che altrimenti andrebbero precocemente perdute.

L'ultimo decennio ha visto profonde modifiche dei sistemi nazionali per la salute sul lavoro. Malgrado un quadro legislativo comune, emergono differenze molto marcate che spesso non sembra facciano avanzare verso soluzioni armonizzate in linea con i principi ispiratori del sistema europeo.

Uno sforzo di conoscenza, di comprensione reciproca e di collaborazione tra soggetti impegnati al cambiamento su obiettivi comuni avrebbe un'importanza decisiva per il benessere dei lavoratori, sia dentro le incerte e fragili frontiere europee che al di fuori di esse.

BIBLIOGRAFIA

1. BENEVISE Jean-François, LOPEZ Alain, *L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local. Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'oeuvre (MIRTMO)*. IGAS (Inspectorat Général des Affaires Sociales), Rapport n.RM2006 142°, 2006.
2. BOIX Pere, ROEL J.M., LOPEZ JCOB M.J., SOLÉ M.D., GARCIA GOMEZ M., MORENO N., MANCHEÑO C., *La vigilancia de salud de los trabajadores/as en España. Informe de situacion*, in *Vigilar la salud, prevenir el riesgo – II Foro ISTAS de Salud laboral*, a cura di Pere Boix, 2000.
3. BOHLIN Lars, HJALMARSON Lars, WESTERHOLM Peter, *Occupational health services in Sweden*, in *Supporting health at work ; international perspectives on occupational health services*, Peter Westerholm, David Walters, editors, IOSH, 2006.
4. COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA, *Conjunto minimo de datos que los servicios de prevencion deben remitir a las administraciones sanitarias*, 17.12.1998. www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/CMD_7_2.pdf
5. CONSOLO Françoise, FRIMAT Paul, AUBIN Claire, PELLISSIER Régis, DE SAINTIGNON Pierre, VEYRET Jacques, *Le bilan de réforme de la médecine du travail*, ottobre 2007, citato in (6).
6. DELLACHERIE M. Christian., a cura di, *L'avenir de la Médecine du travail*, Avis et rapports du Conseil Economique et Sociale; Anno 2008-N°3 ; NOR : C.E.S. X08000103V, 3 marzo 2008.
7. FERREIRA M., INRS Service Juridique, *La pluridisciplinarité au sein des services de prévention dans l'Union européenne, Documents pour le Médecin du Travail* , n.110, 2007.
8. GARCIA GOMEZ Montserrat, *¿Qué están haciendo las administraciones sanitarias en vigilancia de la salud ?* in *Vigilar la salud, prevenir el riesgo – II Foro ISTAS de Salud laboral*, a cura di Pere Boix, 2000.
9. GOSSELIN Hervé, *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*, gennaio 2007, citato in (6).
10. InVS, *Occupational risks : Promoting regional networks of occupational physicians*, 18:20, Annual Report, 2006.

11. InVS, *Numéro thématique. Risques professionnels : quelle veille sanitaire ?*
Bulletin épidémiologique hebdomadaire, BEH 46-47, 2006.
12. OLAIZOLA NOGALES Iñaki, *risposta al questionario*, 2009.
13. PELLERAU Gabriel, *Occupational health on the rails : beware of oncoming reforms*, in *Supporting health at work ; international perspectives on occupational health services*, Peter Westerholm, David Walters, editors, IOSH, 2006.
14. SANDRET Nicolas, *risposta al questionario*, 2009.
15. TRIOMPHE Claude Emanuel, *¿Cómo se vigila la salud de los trabajadores en Francia ?*, in *Vigilar la salud, prevenir el riesgo – II Foro ISTAS de Salud laboral*, a cura di Pere Boix, 2000.
16. TSAROUHAS Dimitris, *EU-Turkey relations and social policy*, 2006.
17. TURK Meral, *risposta al questionario*, 2009.
18. VAN DAMME Karel, *risposta al questionario*, 2009. Sui rischi di discriminazione: <http://www.genetic-testing-and-work.be/root.html>
19. VOGEL Laurent, *Vigilancia de la salud y derechos de los trabajadores y trabajadoras*, in *Vigilar la salud, prevenir el riesgo – II Foro ISTAS de Salud laboral*, a cura di Pere Boix, 2000.
20. WESTERHOLM Peter, *risposta al questionario*, 2009.