

G. Mosconi

La sorveglianza sanitaria nell'artigianato e nella piccola impresa: quale organizzazione?

Unità Operativa Ospedaliera Medicina del Lavoro - Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

RIASSUNTO. Per l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, la maggior parte delle piccole imprese (artigiane) presentano più rischi per la salute rispetto alle grandi imprese e hanno bisogno di assistenza per far fronte agli obblighi di sicurezza e tutela della salute. Lo scopo del presente lavoro è quello di discutere la validità di un modello di organizzazione della attività di sorveglianza sanitaria adottato in 174 imprese artigianali del settore edile.

Parole chiave: imprese artigiane, servizio sanitario aziendale, edilizia.

ABSTRACT. HEALTH SURVEILLANCE IN THE HANDICRAFT AND SMALL ENTERPRISES: WHICH ORGANISATION? For the European Agency for Safety and Health at Work, the small (handicraft) and medium enterprises have more health risk than big enterprises and they need supports in prevention and safety. The aim of this work is to discuss about the organisation and the performance of the occupational health service used in 174 small building enterprises.

Key words: handicraft and small enterprises, occupational health service, construction industry.

Introduzione

“Small is beautiful. A Study of Economics as if People Mattered” (“Piccolo è bello: l'economia come se la gente contasse”), così recitava alla fine degli anni settanta il titolo di un famoso libro dell'economista tedesco Ernest F. Schumacher.

Probabilmente l'affermazione di Schumacher non è più così vera. È infatti ampiamente riconosciuto che le piccole e medie imprese (PMI), che occupano quasi due terzi della forza lavoro in Europa, creano un nuovo posto di lavoro su due e costituiscono la struttura portante dell'economia europea, secondo il Parlamento Europeo sono un po' “troppo piccole” ed indifese rispetto alle insidie della globalizzazione e della recente crisi economica. Le difficoltà per le imprese di piccole dimensioni sono superiori, rispetto alle imprese di maggiori dimensioni, anche nel campo della prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro. L'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro ha portato a termine un'inchiesta sulle iniziative a livello nazionale, regionale e settoriale che ha esaminato 18 servizi di assistenza in materia di sicurezza e salute sul lavoro per le PMI in 14 Stati membri: “Piccole, sicure e produttive - come consolidare la cultura di prevenzione nelle PMI europee”(1) dalla quale è emerso che: “*la maggior parte delle piccole imprese ha bisogno di assistenza per far fronte ai propri obblighi di sicurezza e salute. La nostra indagine sugli schemi di assistenza negli Stati membri rivela che potrebbe risultare difficile attirare l'attenzione delle PMI e spingerle ad agire: tuttavia ciò non è impossibile se vengono presi in considerazione i criteri di successo identificati*” commenta Hans-Horst Konkolewsky, direttore dell'Agenzia. “*Auspichiamo che i risultati della nostra relazione e gli studi dei casi presentati conducano ad iniziative analoghe in Europa, in modo da migliorare le condizioni di sicurezza e salute di circa 75 milioni di lavoratori dell'UE occupati nelle PMI*”.

Le PMI, rispetto alle imprese di più grandi dimensioni, hanno una percentuale quasi doppia di infortuni con esiti mortali. Non così dettagliate sono le informazioni e le stime sulle malattie da lavoro, anche se le banche dati internazionali e nazionali (2) confermano che nelle piccole aziende è più elevata anche la probabilità di ammalare. Su questo tema pesa anche la mancata segnalazione

(sottostima), che è ragionevole pensare essere più rilevante nelle aziende artigiane.

L'Agenzia di Bilbao riconosce, per le piccole imprese, i seguenti motivi di "debolezza":

1. Ridotta conoscenza di rischi e normative,
2. debolezza nella formazione professionale,
3. minor tempo e risorse dedicate,
4. ridotti contatti con organi di controllo e esperti istituzionali in OSH,
5. assenza di servizi interni,
6. non adeguata stima dei costi diretti e indiretti di infortuni e malattie professionali.

In generale la cura della salute e l'adozione di presidi per la prevenzione dipendono, sempre secondo l'Agenzia, principalmente dalla soggettività dei titolari. Le attività per la prevenzione nelle PMI sono viste più come costo che come beneficio, anche se, nelle piccolissime imprese, il datore di lavoro è spesso esposto agli stessi rischi, se non di più, del lavoratore dipendente. Presente è anche il pericolo di essere destinatari di "trasferimenti di rischi".

La EU-OSHA, in sintesi, invita all'adozione di standard più avanzati in materia di sicurezza sul lavoro nelle PMI: è un compito prioritario che richiede uno sforzo congiunto dell'Unione Europea e degli Stati membri.

Ciò vale anche per la sorveglianza sanitaria. Sono infatti generalmente maggiori le difficoltà che incontra il MC nella gestione di un SSA di una impresa artigianale rispetto a quelle che incontra nella gestione di servizi sanitari di aziende di grandi dimensioni.

Lo stato dell'arte

È difficile reperire in letteratura studi sull'argomento, soprattutto in Italia. Si fa riferimento a opinioni diffuse, a "sentito dire" o ci si basa su singole esperienze. Questo è stato anche il principale motivo che ha stimolato la realizzazione di una indagine per sentire il parere dei MC che operano in imprese artigiane in 4 province italiane, invitati a rispondere ad un breve questionario sul tema e di cui riferiremo i dati preliminari essendo, l'indagine, ancora in corso.

Sulla base dei primi risultati e da quanto emerso in interviste a MC di imprese artigianali sull'argomento, quindi senza volere essere esaustivi sul tema, ci sembra di poter fare la seguente sintesi.

Per quanto riguarda gli spazi, le attrezzature e gli strumenti, frequentemente il MC di imprese artigiane lamenta una serie di carenze strutturali degli ambienti dove è costretto ad operare. Visita in ambienti "adattati ad ambulatorio" (uffici, magazzini, per non dire sottoscala...) più che in ambulatori veri e propri. Gli spazi non sempre sono adeguati, angusti, le condizioni igieniche, talvolta anche quelle strutturali, sono precarie, la pulizia non è sempre garantita. Inadeguati sono pure il lettino da visita (molte volte, portato dal MC), la scrivania, il computer (quando c'è, più spesso il MC usa il proprio pc portatile che rappresenta una buona soluzione), gli armadi per la conservazione del materiale sanitario ed in particolare delle cartelle sanitarie e di rischio. Per gli accertamenti integrativi ci

si avvale spesso di strutture sanitarie esterne, i lavoratori si devono spostare, ma in questo caso le strutture e gli strumenti sono, di norma, adeguati. Quando invece il MC desidera fare gli esami in azienda (spirometria e audiometria, i più frequenti), oltre a dover portare la propria strumentazione, spesso svolge questi accertamenti in condizioni di precarietà gestionale. In aziende di piccole dimensioni è difficile garantire, per esempio, l'isolamento acustico (vicinanza a reparti rumorosi). Anche per le visite, la soluzione più frequentemente adottata dal MC è quella di visitare nei propri ambulatori.

Sul fronte della collaborazione e supporto aziendale alla programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria, la situazione non cambia. La raccolta delle informazioni è probabilmente uno dei passaggi più delicati. Spesso incomplete sono le descrizioni dell'attività lavorativa, dei fattori di rischio, mancano misure dell'esposizione (indagini ambientali - stima del rischio). I DVdR presentano spesso carenze e risultano non rappresentativi delle realtà espositive. Sono carenti anche le informazioni sui cantieri aperti, sul numero di ore lavorate, sulle assenze dal lavoro. Lo stesso organigramma (pensionamenti, licenziamenti, nuove assunzioni) non è sempre tempestivamente aggiornato. Sull'organizzazione delle visite mediche, sulle modalità di convocazione: frequenti sono le defezioni, i ritardi, lo scambio di persone.

È veramente raro che il MC abbia collaborato alla VdR, più spesso prende visione del DVdR (o dei POS, in edilizia), raramente da indicazioni su aggiornamenti od integrazioni.

Mancano spesso figure aziendali di riferimento con adeguata formazione (DL, RSPP, RLS) e la collaborazione fra gli attori della prevenzione in azienda è in molti casi problematica.

Le difficoltà si riscontrano soprattutto nel percorso che porta alla diagnosi di malattia da lavoro e ancor più difficoltosa è la gestione dei giudizi di idoneità con limitazioni. Su questi due temi talvolta nascono veri e propri conflitti tra il MC e l'azienda (DL).

Secondo la maggioranza dei MC intervistati, i problemi, più che di natura economica, sono di tipo organizzativo-gestionale (organizzazione degli accertamenti sanitari, in particolare quelli diagnostici, e la ricollocazione dei lavoratori con limitazioni) e di tipo culturale: è ancora insufficiente la cultura della prevenzione, non sempre il DL ha ben chiaro il ruolo del MC.

Stante le difficoltà sopracitate, il problema, così come viene richiamato dall'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, è quello di proporre iniziative finalizzate al miglioramento delle condizioni di tutela e nello specifico, di migliorare la qualità della sorveglianza sanitaria.

Un modello per la gestione della sorveglianza sanitaria in edilizia

La scelta del modello da adottare per la gestione della Sorveglianza Sanitaria in edilizia che, come è noto, si caratterizza per la presenza di imprese di piccole dimensioni (più del 85% delle imprese ha meno di 10 dipendenti) con le caratteristiche classiche delle imprese artigiane, non

può prescindere da una analisi dei bisogni, sintetizza nella richiesta di una maggiore tutela della salute da parte delle maestranze (3). L'edilizia è infatti il settore che ha il maggior numero di infortuni mortali e di malattie da lavoro. L'Obiettivo è quindi quello di definire percorsi che consentano di affrontare le criticità della sorveglianza sanitaria nel settore in modo efficace e/o (quantomeno) appropriato, definendo, dove possibile, gli standard minimi per la tutela della salute dei lavoratori edili. È chiaro anche che la sorveglianza sanitaria si inserisce in un contesto ben più ampio di prevenzione e sicurezza aziendale, che devono crescere di pari passo.

Rimanendo al tema specifico della sorveglianza sanitaria, è opportuno individuare il modello organizzativo che dia le maggiori garanzie, partendo dalle criticità del settore, di efficacia ed efficienza. Il presupposto ci è offerto da un articolo di Apostoli e coll. del novembre del 1995 dal titolo "*Modelli organizzativi e servizi di medicina del lavoro nelle unità produttive*" (4), nel quale gli autori indicano un percorso attraverso il quale è possibile individuare il modello più adatto. La scelta prevede l'analisi di una serie di variabili:

- il settore produttivo di appartenenza;
- l'ambiente di lavoro (fabbrica, cantiere, ciclo e livello tecnologico);
- i fattori di rischio e rischi (tipo, entità, conoscenza dei rischi,...);
- le dimensioni e caratteristiche azienda (numero dipendenti, logistica, ...);
- l'organizzazione aziendale (organizzazione, strategie aziendali, certificazione...);
- il personale dedicato alla prevenzione;
- la disponibilità economica;
- gli obblighi di legge;
- la cultura della prevenzione...

L'applicazione del percorso proposto all'edilizia, porta immediatamente a mettere in evidenza le criticità del settore. In primis del contesto lavorativo: il cantiere. Nel caso specifico, come è noto, il cantiere si caratterizza per essere un ambiente di lavoro in continua evoluzione (realizzazione di prototipi), con una complessa organizzazione sia del lavoro sia della prevenzione e sicurezza (coordinatori per la Sicurezza, POS...). Numerosi e rilevanti sono i fattori di rischio presenti e la loro stima e valutazione è complessa: "*...l'esposizione ai principali fattori di rischio occupazionali in un cantiere edile si caratterizza per essere incostante per intensità, durata e frequenza, mutabile, non sempre prevedibile, si ripete nel tempo ad intervalli molto variabili, con punte anche di elevata entità, è soggetta all'influenza di variabili ambientali ed organizzative difficilmente controllabili, ma che ne possono amplificare il rischio*" (3).

Più in generale, le imprese edili sono nella stragrande maggioranza di piccole dimensioni, hanno difficoltà organizzative e gestionali, non hanno grandi disponibilità economiche, scadente è spesso la professionalità delle maestranze, insufficiente è la cultura della prevenzione. A questo va aggiunto che la normativa in ambito di tutela della salute nei luoghi di lavoro "poco si adatta" alle esigenze del settore.

In sintesi, in cantiere è difficile garantire un livello costante ed adeguato di tutela della salute!

In questo contesto è evidente che è difficile, per il MC, gestire in modo appropriato ed efficace l'attività di sorveglianza sanitaria, soprattutto se non adeguatamente supportato. Più semplicemente potremmo affermare che è difficile pensare che "da solo" il MC sia in grado di garantire un buon servizio alle persone di cui deve tutelare la salute.

Sulla base dei ragionamenti maturati nei primi anni '90 e ripresi nel già citato articolo di Apostoli e coll., il CPT degli edili e la UOOML di Bergamo, promossero una iniziativa che si basava sul "Modello Consortile di Settore" come scelta strategica per tutelare i lavoratori delle imprese edili della provincia iscritti alla Cassa Edile.

Il modello prevedeva il sostegno organizzativo da parte o delle associazioni imprenditoriali o di organismi paritetici, che meglio soddisfa le esigenze delle imprese del settore (*le già citate ...piccole realtà produttive, scarsa cultura, rischi elevati per la salute, difficoltà alla stima e valutazione dei rischi, difficoltà a mantenere elevati livelli di tutela della sicurezza e prevenzione in cantiere, scadente organizzazione aziendale, presenza elevata di lavoratori stranieri, carenza di personale dedicato alla prevenzione, scarsa professionalità...*).

Sulla base di questa decisione, è nata una collaborazione, a partire dalla fine 1994 inizio 1995, tra la UOOML ed il CPT di Bergamo, che ha portato alla definizione di un progetto ed alla realizzazione, presso la sede del CPT, di ambulatori per la sorveglianza sanitaria. La collaborazione prevede in carico all'organismo paritetico gli aspetti organizzativi dell'attività: tenere i contatti con le imprese (ad oggi 174 sono le imprese che hanno aderito, per 1500 dipendenti), organizzare le visite mediche e gli accertamenti sanitari, invio referti, invio della posta, stipula dei contratti, richiesta di informazioni, supporto di segreteria... Alla UOOML è stata affidata la gestione della parte sanitaria ed il coordinamento dei MC (6 medici), gli accertamenti in assunzione (le prime visite sono effettuate presso la sede ospedaliera) ed i secondi livelli: indagini finalizzate alla diagnosi di malattia da lavoro o a giudizi di idoneità particolarmente complessi. Le visite periodiche sono effettuate presso gli ambulatori del CPT, che sono attrezzati con arredi ed attrezzatura di buona qualità: scrivanie, computer con software per la cartella sanitaria e di rischio e la relazione sanitaria annuale, lettino, armadi, strumenti per esami integrativi. Il protocollo sanitario utilizzato è quello delle "Linee Guida per la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria in edilizia" della SIM-LII(3). I medici competenti seguono un percorso formativo e di tutoraggio, applicano procedure standardizzate per le visite, sopralluoghi e relazione annuale. Un percorso formativo è stato previsto anche per l'infermiere e il personale amministrativo. Il MLC per i lavoratori dell'impresa effettua le visite mediche (30' per assunzione e 15' per periodiche), esprime i GdI e collabora al reinserimento in cantiere di lavoratori con limitazioni, effettua i sopralluoghi in presenza di RLS e di tecnici CPT utilizzando una scheda di sopralluogo ad hoc, redige la relazione sanitaria annuale (secondo modello standard ed informatizzato),

collabora alla VdR, visiona i POS, collabora alla formazione ed informazione ed effettua in prima persona i corsi di formazione sui rischi da lavoro e sul primo soccorso. È a disposizione dell'impresa per attività di consulenza specialistica (ergonomia, tossicologia, protezione personale...), supportato in questo dai colleghi della UOOML.

Il complesso delle attività è certificato ISO 9000 e si inserisce nelle iniziative di eccellenza per la sorveglianza sanitaria nel settore avallate dal Dipartimento di Prevenzione della ASL provincia di Bergamo.

A quasi 15 anni dall'inizio dell'esperienza, il modello ha funzionato molto bene (6, 8) producendo i seguenti risultati:

- Ridotto le difficoltà e i disguidi gestionali
- Favorito il coinvolgimento delle imprese
- Favorito il coinvolgimento dei MC nell'attività di VdR
- Migliorato l'efficacia dei sopralluoghi e delle riunioni periodiche
- Migliorato la qualità delle prestazioni sanitarie ed in particolare delle diagnosi di malattie da lavoro e della gestione delle idoneità con limitazioni
- Migliorato la qualità della formazione ed informazione sui temi della tutela della salute
- Garantito l'aggiornamento del personale coinvolto
- Garantito l'aggiornamento dell'attività sanitaria
- Favorito la collaborazione con le altre figure della prevenzione: DL, RLS/T e CS (coordinatori della Sicurezza)
- Migliorato la consapevolezza delle maestranze e del management sui temi della prevenzione attraverso
- Valorizzato i risultati della sorveglianza sanitaria anche nella prevenzione dei rischi e nella riabilitazione
- Realizzato iniziative di promozione della salute
- Rispetto degli obblighi di legge
- Sviluppo di progetti di ricerca applicata

Questo modello oltre a garantire il miglioramento delle prestazioni in termini di qualità ha anche garantito un contenimento dei costi. Tre anni fa si è pure proceduto ad una customer satisfaction tra le maestranze ed imprenditori con risultati più che dignitosi (7).

Conclusioni

L'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro invita all'adozione di standard più avanzati in materia di sicurezza sul lavoro nelle Piccole e Medie Imprese. Lo ritiene un compito prioritario in relazione proprio ai rischi e alle conseguenze sulla salute di chi opera in imprese artigiane. L'auspicio è che lo sforzo congiunto dell'Unione Europea e degli Stati membri consideri anche la sorveglianza sanitaria come argomento prioritario sul quale sviluppare iniziative finalizzate a migliorare la tutela della salute dei dipendenti.

Sappiamo quanto sia difficile valutare l'efficienza e soprattutto l'efficacia dei servizi sanitari aziendali, e quando ciò non è tecnicamente possibile, come sia importante garantire almeno l'appropriatezza delle procedure adottate (6).

In queste realtà produttive il MC è frequentemente chiamato ad un lavoro aggiuntivo rispetto a quello che ge-

neralmente svolge nella gestione dell'attività sanitaria di imprese di più grosse dimensioni.

Sono infatti spesso carenti le necessarie collaborazioni con le altre figure aziendali della prevenzione (DL, RSPP, RLS) che, essendo impegnate in più attività, dedicano (o possono dedicare) solo una parte, spesso residuale, del proprio tempo alla prevenzione e sicurezza. Questa "solitudine" è forse l'aspetto più critico che deve affrontare e superare il MC dell'impresa artigiana.

È complesso e complicato cercare di capire le ragioni che sottendono le carenze in ambito preventivo. Ci sembra comunque di potere affermare che, per le piccole imprese, i rischi professionali costituiscano raramente una priorità. Anche tra i lavoratori ci risulta basso il livello di conoscenza e di coscienza sul tema: spesso non sono sufficientemente informati, non hanno ben presente il ruolo del MC e le finalità della sorveglianza sanitaria. Risulta così che l'attività sanitaria in azienda viene più spesso considerata un adempimento disposto dalla norma, burocratico, fine a se stesso.

Sempre secondo i MC intervistati, più che un problema di ordine **economico**, che pur è presente, anche in modo drammatico in molte realtà produttive stante le limitate risorse finanziarie recentemente acuite dalla crisi economica, sono le carenze **organizzative e gestionali** (mancanza di personale dedicato, difficoltà a reperire le informazioni, carenza di strumenti...) che rappresentano un reale problema pratico, oltre che di contenuto, ma soprattutto le carenze **culturali**, la mancanza cioè di conoscenze anche minimali in ambito di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, sono l'aspetto di maggiore criticità.

La presa di coscienza della rilevanza della tutela della salute in azienda è effettivamente la base per affrontare in modo appropriato ed efficace i problemi di tutela della salute.

Il modello adottato nell'esperienza realizzata con l'organismo paritetico degli edili di Bergamo si inserisce in un più ampio sistema integrato di prevenzione aziendale che, oltre all'attività sanitaria, supporta le imprese anche in ambito di prevenzione igienico ambientale, di sicurezza, di formazione ed informazione, difficilmente realizzabile in una piccola impresa.

La formazione, tema di grande rilevanza strategica, rappresenta uno degli aspetti più difficili da affrontare per una impresa artigiana che non è quasi mai nelle condizioni di potere garantire un livello sufficiente di qualità se non attraverso un supporto esterno (6). Proprio su questo tema l'azione del CPT e della UOOML di Bergamo viene supportata dal contributo specialistico della locale Scuola Edile che garantisce la necessaria integrazione della formazione sulla prevenzione e sicurezza in cantiere con quella professionale.

Riteniamo che il modello abbia in se le potenzialità di migliorare effettivamente la tutela sanitaria delle maestranze. La fidelizzazione delle imprese che da anni hanno aderito al progetto conferma che il modello trova anche tra gli imprenditori un buon grado di soddisfazione. Grado di soddisfazione che è stato documentato anche nella valutazione della customer satisfaction di tre anni fa, che ha inoltre evidenziato un elevato grado di soddisfazione da parte delle maestranze.

I risultati biostatistici della sorveglianza sanitaria depongono inoltre per un reale miglioramento delle condizioni di salute e del controllo dei rischi lavorativi (per es.: netta riduzione dei nuovi casi di sordità da rumore, la malattia professionale più diffusa e segnalata nel settore) (11). L'organizzazione del servizio ha dato anche la possibilità di gestire, nel migliore dei modi, il reinserimento di lavoratori con limitazioni attraverso il supporto e la collaborazione del rispettivo capocantiere che, opportunamente informato, ha agito di conseguenza adattando l'organizzazione della attività di cantiere alle indicazioni fornite.

Il modello ha consentito inoltre di realizzare iniziative di eccellenza nell'ambito della riabilitazione (back school), della formazione (corsi e produzione di materiale originale), di promozione della salute (su temi quali l'alimentazione, alcol e droghe) e di ricerca applicata con l'obiettivo di trovare soluzioni alle criticità documentate (9, 10).

La collaborazione con l'ente bilaterale ha consentito anche il contenimento dei costi della sorveglianza sanitaria ed il giusto riconoscimento economico per i MC impegnati nell'iniziativa, tema, quest'ultimo, ritornato d'attualità nella comunità dei Medici del Lavoro.

Probabilmente il valore aggiunto di questa esperienza, in ambito sanitario ma non solo, sta nella possibilità di utilizzare i risultati complessivi ottenuti su 1500 lavoratori come se appartenessero ad una sola "grande impresa", con il contenuto informativo che quindi ne consegue, e di utilizzarlo per progettare e programmare la sorveglianza sanitaria e più in generale contribuire alla tutela della salute delle maestranze in ognuna delle 174 imprese, comprese quelle di soli 2 o 3 dipendenti. Si pensi ad esempio a quante informazioni in più possiamo ottenere se invece di pochi addetti alla guida di macchine per la movimentazione terra vengono elaborati i risultati di 100/150 addetti, con età ed anzianità lavorativa differenti.

Il modello è stato adottato, più di recente, in altri settori quali la panificazione e gli autotrasporti, con il coinvolgimento nel primo caso dell'associazione locale dei panificatori (12) e nel secondo caso attraverso la collaborazione con l'Ente Bilaterale Trasporti e Logistica (E.BI.TRA.L).

L'argomento è sicuramente interessante e probabilmente anche strategico. I medici del lavoro devono trova-

re soluzioni anche sull'organizzazione dei SSA che meglio rispondano ai bisogni di un mondo del lavoro che è in rapida e turbolenta evoluzione. L'esperienza è stata positiva, si è ritenuto pertanto utile una sua diffusione: il congresso è una grande occasione per poterla discutere con esperti della materia.

Bibliografia

- 1) European Agency for Safety and Health at Work Roxane. "Occupational safety and health and economic performance in small and medium-sized enterprises: a review". 2003, ISBN 92-9191-043-0 (http://sme.osha.europa.eu/index_it.htm)
- 2) Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro "Rapporto Annuale Analisi dell'andamento infortunistico 2008". Giugno 2009.
- 3) Linee Guida SIMLII per la formazione continua e l'accreditamento del Medico del lavoro: "Linee Guida per la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria in edilizia". Volume 22 - 2008.
- 4) Apostoli P e coll. Modelli organizzativi e servizi di medicina del lavoro nelle unità produttive. Atti convegno "Organizzazione e costi dell'attività di MC nell'applicazione del Dlvo 626/94" ALMLII. Bergamo 24/11/95.
- 5) Atti del convegno nazionale "La formazione e l'informazione sulla prevenzione e sicurezza in edilizia". G Ital Med Lav Erg 2006; Volume XXVIII - supplemento al N 1.
- 6) Atti del convegno nazionale "Ricerca e dimostrazione formale delle basi scientifiche delle prove di efficacia in medicina del lavoro". G Ital Med Lav Erg 2006; Volume XXVIII - supplemento al N 1.
- 7) Simat D e coll. Indagine sull'attività di sorveglianza sanitaria del CPT di Bergamo. G Ital Med Lav Erg 2006; Volume XXVIII - supplemento al N 1; 192-195.
- 8) Mosconi G e coll. Considerazioni sull'efficacia della sorveglianza sanitaria periodica di lavoratori edili visitati presso il CPT di Bergamo. G Ital Med Lav Erg 2006; Volume XXVIII - supplemento al N 1; 196-202.
- 9) Santini M e coll. Un'esperienza di Back School in edilizia: ruolo formativo e preventivo. Atti del 69° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e di Igiene Industriale - G Ital Med Lav Erg 2006 Volume XXVIII - N. 3; 28: 3 (suppl) 143-144.
- 10) Riva MM e coll. Incidenza delle malattie professionali in edilizia. Il ruolo della prevenzione. Atti del 69° Congresso Nazionale SIMLII - G Ital Med Lav Erg 2006; 28: 3, 351-352.
- 11) Riva MM e coll. Differenze nella prevalenza delle malattie professionali in edilizia tra la fine degli anni '90 e il 2006. G Ital Med Lav Erg 2007; 29 (3): 311-313.
- 12) Santini M e coll. L'esperienza del progetto di tutela sanitaria per gli addetti al settore della panificazione artigianale in provincia di Bergamo. Atti del 72° congresso nazionale SIMLII - Firenze 2009 (in press).

Richiesta estratti: Giovanni Mosconi - Unità Operativa Ospedaliera Medicina del Lavoro - Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo, Italy - Fax: 035/266866, Tel: 035/269196, E-mail: gmosconi@ospedaliriuniti.bergamo.it