



# Workplace Health Promotion

**La promozione della salute negli  
ambienti di lavoro**

## 60 anni di storia ed una difficile acquisizione

A distanza di più di 60 anni dalla definizione OMS di salute , vi è ancora un *profondo gap* tra i cultori della Promozione della Salute ed il mondo dell'OHS (Occupational Health and Safety).

Tale separazione probabilmente è stata favorita inizialmente dalla stessa OMS, nel tentativo di separare la *Promozione della Salute* (**PdS**) dalla medicina terapeutica, definendola come “*un’attività da ricondurre fondamentalmente a livello di comunità e non come un servizio medico*”.

# La storia

Successivamente un comitato di esperti, riunito dalla stessa OMS nel 1988, ha corretto questa posizione, stabilendo che:

**“.....la promozione della salute è un'azione continua, che inizia dalla prevenzione** *(con l'inclusione della protezione contro rischi specifici), al trattamento della malattia, fino alla promozione di uno stato di salute ottimale....”*

**Ciò rappresenta la base concettuale dell'inclusione della PdS negli obblighi normativi legati alla SSL!**

**Possiamo quindi affermare che :**

**senza la promozione non**

**c'è una completa tutela della**

**salute dei lavoratori**



# La storia

In applicazione di quanto sopra, è stato elaborato un **modello di WHP** che ha avuto una sua definizione e codifica, a livello internazionale, da parte di molti soggetti :

- un gruppo di esperti riuniti nel **ENWHP** (Network Europeo per la Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro),
- l'Unione Internazionale per la PdS e l'ES (IUHPE) e
- l'European Foundation for the improvement of working and living conditions.

**Nell'elaborare il modello, si è dato per scontato il rispetto degli obblighi di legge in materia di salute e sicurezza sul lavoro!!**

# Il modello operativo del ENWHP

## Network Europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro



*Il Network ENWHP si propone di accrescere la consapevolezza della Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (WHP) ed è una rete internazionale di salute e sicurezza sul lavoro impegnata a sviluppare e promuovere le buone prassi per la salute sul luogo di lavoro in modo da contribuire allo sviluppo economico e sociale sostenibile in Europa.*

## Il binomio impresa - società

*Al network hanno aderiscono 31 Paesi che hanno accesso ad una infrastruttura di supporto a livello nazionale.*



Il network tende a sensibilizzare le aziende, soprattutto le piccole e medie (PMI), ad adottare una politica aziendale di valorizzazione delle risorse umane.

L'adozione di una corretta **strategia di Responsabilità Sociale d'Impresa (RSI)** ha come proprio presupposto intrinseco la realizzazione di programmi di Promozione della Salute nel mondo del Lavoro e che **l'unione delle due aree di WHP e RSI** può migliorare in modo rilevante le performance aziendali, diminuendo nel contempo gli infortuni e le malattie professionali dei lavoratori.



## Il Modello di WHP

### DICHIARAZIONE DI LUSSEMBURGO LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO NELL' UNIONE EUROPEA (1997)

***“La promozione della salute nei luoghi di lavoro (Workplace Health Promotion) é lo sforzo congiunto di imprese, addetti e società per migliorare la salute ed il benessere dei lavoratori”***

***Questo può essere raggiunto attraverso la combinazione dei seguenti elementi:***

- ◆ ***miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro***
- ◆ ***promozione della partecipazione attiva***
- ◆ ***incoraggiamento delle capacità personali***

# Il Modello Europeo di WHP

Basato sui concetti della *qualità*, è suddiviso in sei aree:

1. Promozione della salute sul posto di lavoro (WHP) e politica aziendale
2. Risorse umane e organizzazione del lavoro
3. Pianificazione della promozione della salute nel luogo di lavoro
4. Responsabilità verso la società
5. Attuazione della promozione della salute nel luogo di lavoro
6. Risultati

# IPSE DIXIT...

***La salute non è tutto, ma senza salute tutto è niente***

*(Schopenhauer, filosofo tedesco, 1788-1860)*

***“La prevenzione primaria*** *non è fonte di guadagni, impone limitazioni ai profitti, si presta male alle speculazioni, una volta iniziata va continuata con costanza, i suoi effetti non sono immediati e spettacolari.*

*La ricerca sulla prevenzione primaria è sempre stata povera!”*

*Renzo Tomatis, oncologo*

*(Direttore IARC 1982 - 1993)*

***“.....la promozione della salute è un’azione continua, che inizia dalla prevenzione*** *(OMS,1998)*

**HEALTHY WORKPLACES.  
GOOD FOR YOU. GOOD FOR BUSINESS.**

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK  
<http://osha.europa.eu> | Annual Report 2009 |

# La Promozione della Salute ed il D.Lgs. 81/08

***La comparsa di un obbligo di collaborazione del MC*** all'implementazione di programmi aziendali, collegati alla Responsabilità Sociale (art. 25), rende certamente attuale questa tematica, peraltro già ampiamente sperimentata nei decenni scorsi dalle grandi aziende manifatturiere, e poi progressivamente scomparsa sotto i colpi di una crescente crisi economica.

# **Il Decreto Legislativo del 9 aprile 2008 n. 81**



- **Promozione della salute nei luoghi di lavoro**
- **Responsabilità Sociale di Impresa**
- **Ruolo del Medico Competente nella prevenzione secondaria e nella prevenzione primaria**



La promozione della salute, che a livello aziendale potrà essere assicurata solo intraprendendo un percorso che faccia sì che il Medico Competente agisca **non solo a livello di prevenzione secondaria** (quale è la sorveglianza sanitaria), ma **anche nell'ambito della prevenzione primaria**, attraverso l'integrazione delle sue funzioni nel sistema di gestione delle risorse, umane e nel Servizio di Prevenzione e Protezione.

## D.Lgs. 81/08 : art. 25, obblighi del MC , comma 1a

Il Medico Competente ...collabora inoltre alla  
attuazione e valorizzazione di programmi  
*volontari di **promozione della salute**, secondo i  
principi della responsabilità sociale;*

La parola **salute** nel Decreto 81/08 ricorre 316 volte da sola , 105 volte in associazione con **sicurezza**, **solo 3 volte come promozione della salute**

## D.Lgs. 81/08 : art. 2, definizioni , comma 1p

***“Sistema di promozione della salute e sicurezza”:***

complesso dei soggetti istituzionali che concorrono, con la partecipazione delle parti sociali, alla realizzazione dei programmi di intervento finalizzati a migliorare le condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori;

A tal fine dovranno essere implementate attività di promozione della salute riguardanti in particolar modo:

➤ La patologie cronico-degenerative a genesi multifattoriali (*c.d. “big killer”*) diffuse nella popolazione (ipertensione arteriosa, diabete, obesità, neoplasie),

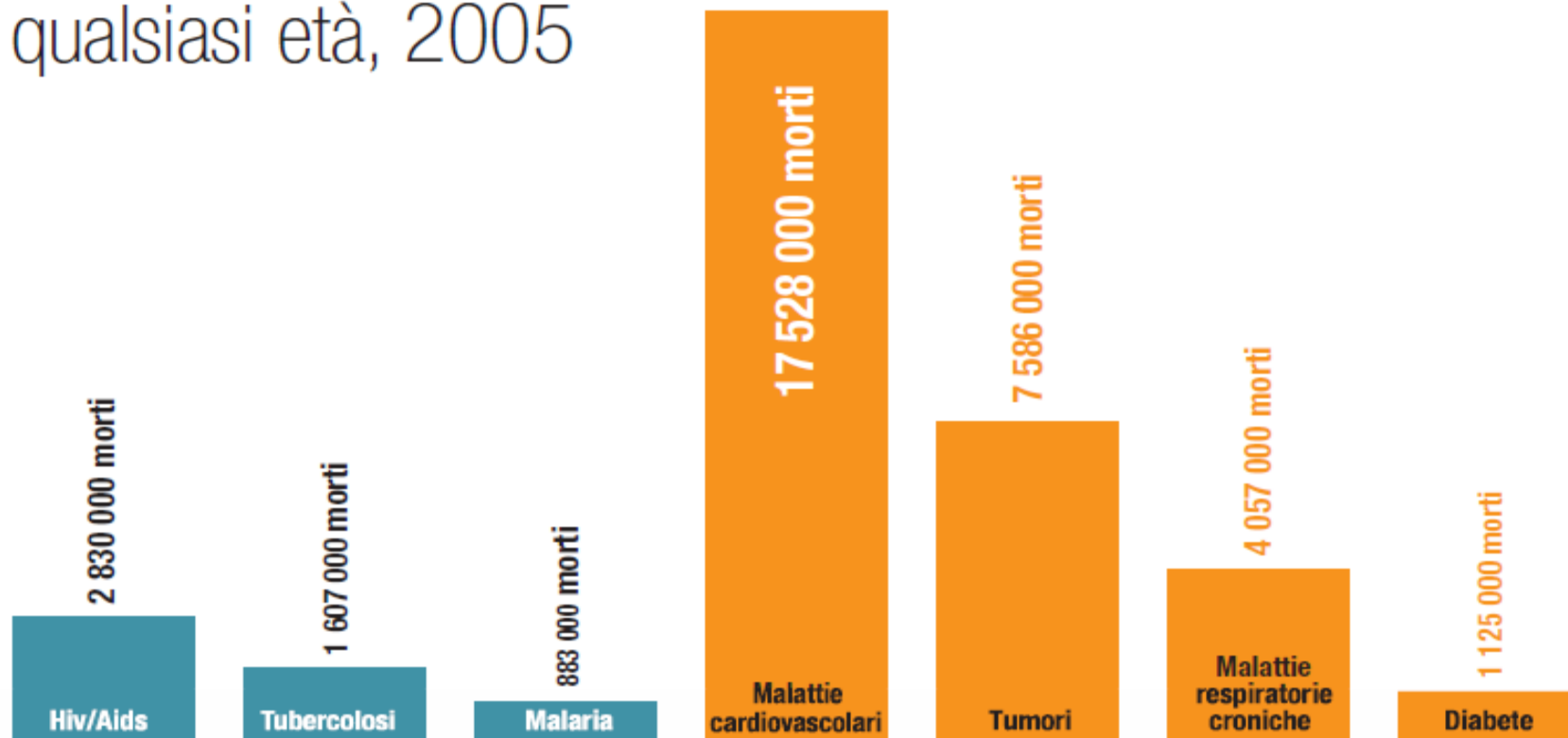
➤ Stili di vita per la salvaguardia dei lavoratori (es. abitudine al fumo, abuso di alcolici, guida sicura, ecc.)

## Le CNDs (Chronic Non- Communicable Diseases) Patologie Croniche Non Trasmissibili ed il SSN

Il sistema sanitario italiano è più concentrato sulle malattie acute, che richiedono un intervento rapido e puntuale.

***Per le patologie croniche*** (35 milioni decessi/anno) serve invece un modello di assistenza diverso, che sposti le risorse sul territorio, per evitare non solo che le persone si ammalino, ma anche che chi è già malato vada incontro a ricadute, aggravamenti e disabilità

## **Decessi globali previsti per le diverse cause, qualsiasi età, 2005**



**60%** di tutti i decessi è dovuto  
alle malattie croniche

**1 miliardo di persone  
sono in sovrappeso**

**388 000 000**  
persone moriranno nei prossimi 10 anni  
per una malattia cronica

Ogni anno almeno:

**4,9 milioni** di persone muoiono per il consumo di **tabacco**;

**2,6 milioni** di persone muoiono a causa di **obesità o  
sovrappeso**;

**4,4 milioni** di persone muoiono a causa di elevati livelli di  
**colesterolo**;

**7,1 milioni** di persone muoiono a causa **dell'ipertensione**.

*Preventing chronic diseases: a vital investment*  
**WHO GLOBAL REPORT - 2006**

D.Lgs. 81/08 : art. 2, definizioni , comma 1ff)

**responsabilità sociale delle imprese:**

integrazione volontaria delle  
preoccupazioni sociali ed ecologiche delle  
aziende e organizzazioni nelle loro attività  
commerciali e nei loro rapporti con le parti  
interessate.



# Quindi, ricapitolando...

- 1) La promozione della salute negli ambienti di lavoro parte dalla prevenzione primaria contro i rischi specifici legati alla mansione  
(quotidianamente quindi facciamo WHP )
- 2) L'obbligo di cui all' art. 25 riguarda programmi volontari di WHP svolti secondo i principi della Responsabilità Sociale delle imprese
- 3) Una completa tutela della salute e sicurezza dei lavoratori si attua con l'implementazione di programmi – ancorché non obbligatori e non finalizzati all'idoneità specifica – di Workplace Health Promotion, diretta a legittimare un ruolo sociale ed economico dell'impresa **a beneficio proprio e dell'intera collettività**

# ***Tra gli obiettivi etici della disciplina\****

I 3 obiettivi principali della Medicina del Lavoro postulati nel Codice ICOH:

- a) Mantenimento e **promozione della salute** e della capacità lavorativa;
- b) Il miglioramento dell' ambiente di lavoro e del lavoro stesso per renderli compatibili ad esigenze di salute e sicurezza
- c) Lo sviluppo di una organizzazione e di una cultura del lavoro che vada nella direzione della salute e della sicurezza, creando nello stesso tempo un clima sociale positivo e non conflittuale, tale da poter migliorare **la produttività delle imprese**

Emerge una nuova (?) mission del Medico competente:

- fungere da *collegamento* tra le attività di medicina occupazionale e quelle effettuate dal SSN
- contribuire a *trasmettere nella collettività* i valori ed i principi etici della Medicina del Lavoro
- collaborare allo *sviluppo di politiche sociali* sempre più efficaci per la promozione della salute

**Un Network per la prevenzione – quindi – finalizzato ad assicurare la salute e la protezione dai rischi nell' ambiente lavorativo ed in quello sociale, razionalizzando le risorse economiche disponibili.**

## *La Medicina Aziendale come disciplina ad impronta sempre più “sociale”*

- Ampliare gli obiettivi della tutela mediante una sorveglianza sanitaria diretta:
  - ad una maggiore salvaguardia della **sicurezza dei lavoratori e di terzi**
  - ad una **promozione** complessiva della salute, degli stili di vita e dei comportamenti
  - ad una maggiore attenzione **alle patologie lavoro-correlate ed alla gestione delle disabilità**

# Il lavoro nel XXI secolo...

- La globalizzazione e la disoccupazione
- Il crescente uso delle tecnologie
- I mutamenti nelle modalità d'impiego (contratti a termine, part-time, a distanza, ecc)
- La crescita dell'importanza dei servizi
- Il sotto dimensionamento della forza lavorativa
- La frammentazione del tessuto produttivo
- L'orientamento verso l'utenza e verso un management di qualità



# ...e le nuove sfide per la prevenzione (non solo per il MC)

- Le patologie lavoro-correlate e la salute psichica
- L' invecchiamento della popolazione e la disabilità al lavoro
- La sicurezza della collettività
- **La promozione della salute**
- .....

## **E' maturata una nuova figura di Medico del Lavoro Competente?**

Una difesa “globale” della salute

Un' azione decisa nella sicurezza collettiva

Una costante promozione di corretti stili di vita



**Una sinergia irrinunciabile per migliorare la  
qualità del lavoro e della vita (e ridurre i costi)**

# **Le malattie lavoro-correlate (*work-related*) : non un problema di oggi**

**Al di là degli aspetti assicurativi (sistema tabellare misto):**

**il contributo del lavoro all'insorgenza di malattie  
“sociali” è stato stimato già nel 2000 pari al**

**34% dei tumori**

**23% delle malattie cardiovascolari**

**11 – 15% delle malattie respiratorie**

**Causa di  
1.500.000  
decessi**

***“Lavorare in modo sano aiuta a prevenire le malattie”***

***( International Labour Organization, 2000)***



## **L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE...**

**Table 1. Life expectancy at birth**

<i>Country</i>	<b>Both men and women</b>		<b>Men</b>		<b>Women</b>	
	<b>2000-2005</b>	<b>2025-2040</b>	<b>2000-2005</b>	<b>2025-2040</b>	<b>2000-2005</b>	<b>2025-2030</b>
Australia	80.2	83.2	77.6	80.8	82.8	85.5
Austria	78.9	82.4	75.9	80.0	81.7	84.9
Belgium	78.8	81.8	75.7	79.1	81.9	84.7
Canada	79.9	83.1	77.3	80.8	82.4	85.4
Czech Republic	75.5	79.0	82.2	76.0	78.8	81.9
Denmark	77.1	80.2	79.4	82.5	79.4	82.5
Finland	78.4	82.1	75.0	79.4	81.7	84.9
France	79.4	82.5	75.7	79.2	83.0	85.8
Germany	78.6	81.8	75.6	78.9	81.4	84.6
Greece	78.2	80.4	75.6	77.9	80.8	83.0
Hungary	72.6	77.3	68.4	73.7	76.7	80.7
Ireland	77.7	81.1	75.1	78.6	80.3	83.7
Italy	80.0	83.0	76.8	79.9	83.0	85.9
Japan	81.9	86.0	78.3	81.9	85.3	90.0
Korea, Republic of	76.8	82.2	73.2	78.2	80.5	86.2
Netherlands	78.3	81.2	75.6	78.6	81.0	83.8
New Zealand	79.0	82.5	76.7	80.6	81.3	84.4
Norway	79.3	82.7	76.7	80.5	81.8	85.0
Poland	74.3	78.2	70.2	74.6	78.4	81.7
Portugal	77.2	80.3	73.8	77.2	80.5	83.4
Spain	79.4	82.6	75.8	79.1	83.1	86.1
Sweden	80.1	83.3	77.8	81.2	82.3	85.4
Switzerland	80.4	83.4	77.6	80.6	83.1	86.1
United Kingdom	78.3	81.4	75.9	79.2	80.6	83.5
United States	77.3	80.2	74.6	77.5	80.0	82.8

Source: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, UN: *World population prospects: 2004 revision* (New York), website consulted on 15 April 2005.



## SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA IN ITALIA

ANNO	♂	♀
2013	79,9	85
2020	81,2	86,2
2030	82,8	87,7
2040	84,2	89,1
2050	85,3	90,2

**Fonte: ISTAT**

*Previsioni demografiche*



## DIFFERENZA TRA TASSI DI NATALITÀ e DI MORTALITÀ = CRESCITA NATURALE DELLA POPOLAZIONE ITALIANA

ANNO	T. natalità (x 1000 abitanti)	T. mortalità (x 1000 abitanti)	Crescita naturale della popolazione (*) (x 1000 abitanti)
2013	8,9	9,8	- 0,9
2020	8,3	10,2	- 1,9
2030	8,1	10,6	- 2.5
2040	8.2	11.3	- 3.1
2050	8	12,6	- 4.5

**Fonte: ISTAT**

*Previsioni demografiche*

*(\*): si stima che la “crescita totale” della popolazione italiana sarà comunque positiva sino attorno al 2040 grazie ad un “saldo migratorio totale” (n. immigrati – n. emigrati) positivo*



## ETA' MEDIA DELLA POPOLAZIONE ITALIANA

ANNO	Età media della popolazione
2013	<b>43.8</b>
2020	45.2
2030	47
2040	48.5
2050	<b>49.5</b>

***Fonte: ISTAT***

*Previsioni demografiche*

# Un primo indicatore di salute : l'aspettativa di vita alla nascita

Nel mondo spicca la differenza tra i **34 anni** della Sierra Leone e gli **81,9 anni** del Giappone

Anche all'interno dei singoli Paesi vi sono forti disuguaglianze:

negli USA vi sono infatti **20 anni** di differenza nell'aspettativa di vita tra la parte più avvantaggiata e quella più svantaggiata della popolazione

## ***L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE...***

Nel nostro Paese nell'ultimo secolo la speranza di vita alla nascita ha subito un notevole incremento, passando negli uomini

**dai 43 anni dell'inizio del secolo ai 76,5 del 2000**, con un guadagno di quasi 34 anni (e di circa 40 anni tra le donne).

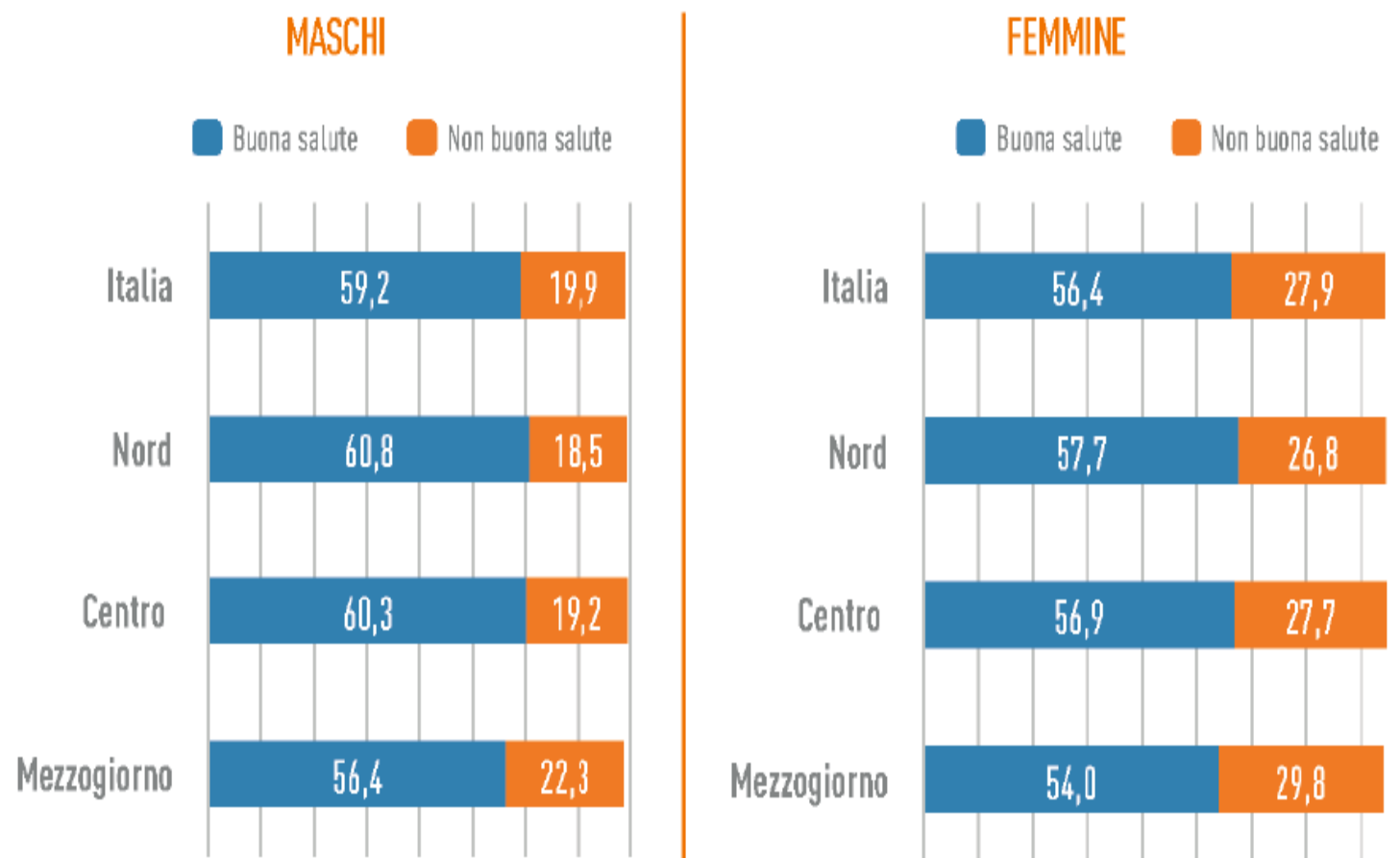
Il miglioramento, fino alla fine del 1960, era dovuto soprattutto alla diminuzione della mortalità infantile e delle età giovanili.

Negli ultimi decenni esso ha riguardato ancora la mortalità infantile, ma soprattutto quella dell'età adulta e anziana.

# Rapporto Bes 2013: il benessere equo e sostenibile in Italia

## NEL NORD SI VIVE PIÙ A LUNGO E MEGLIO

**FIGURA 2.**  
Speranza di vita  
alla nascita per  
sesso  
e ripartizione  
geografica  
distinta in anni  
vissuti in buona  
e non buona  
salute.  
Anno 2010.  
In anni



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte; Indagine Aspetti della vita quotidiana

# Fonte: Rapporto annuale INPS 2010

## GESTIONE INVALIDI CIVILI - ANNI 2006/2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Numero prestazioni	2.221.994	2.372.268	2.512.506	2.638.042	2.713.282
Spesa complessiva (°) (mln di €)	13.572	14.430	15.253	16.454	16.570

(°) Al netto della maggiorazione di cui all' art. 38 L.448/2001)



Tabella 3

**Dati generali**

<b>Sesso</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Maschi	1626	77,4
Femmine	474	22,6
<b>Totale</b>	<b>2100</b>	<b>100,0</b>
<b>Età</b>	42,55	
<b>Anzianità</b>	10,5	

Tabella 7

**Percentuale lavoratori "sani"**

<b>Stato di salute</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Buona salute	840	40,0
Almeno 1 Patologia	1260	60,0
<b>Totale</b>	<b>2100</b>	<b>100,0</b>
Numero di patologie	2402	
Media Patologie/lavoratore	1,91	

Tabella 4

**Distribuzione per giudizio di idoneità**

<b>Giudizio di idoneità</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Idoneo	1806	86,0
Prescrizioni/Limitazioni	274	13,0
Non idonei	20	1,0
<b>Totali</b>	<b>2100</b>	<b>100,0</b>

**solo OPERAI**

<b>Giudizio di idoneità</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Idoneo	887,2	78,7
Prescrizioni/Limitazioni	220	19,5
Non idonei	19,8	1,8
<b>Totali</b>	<b>1127</b>	<b>100,0</b>

## Prevalenza patologie riscontrate

Prime 10 Patologie	N°	%
Ipertensione arteriosa	196	9,3
Obesità	191	9,1
Rino-congiuntivite allergica	148	7,0
Esiti funzionali post-traumatici	112	5,3
Altre malattie Apparato Locomotore	87	4,1
Altre malattie visive	130	6,2
Lombalgia di natura non determinata	74	3,5
Protrusione Discale Lombare	59	2,8
Altre malattie cutanee	54	2,6
Asma bronchiale allergico	41	2,0
<b>Totale</b>	<b>1092</b>	<b>52,0</b>

## Le richieste emergenti dalla normativa di SSL

- Intervenire nella prevenzione dei ***comportamenti a rischio*** ai fini della sicurezza anche di terzi (anche sviluppando tecniche di counselling e comunicazione)

# Il Medico Competente e la sicurezza della collettività

- la recente *emergenza* dettata dall' orientamento giuridico di privilegiare la sicurezza collettiva sulla strada, e quella dei terzi presenti negli ambienti di lavoro, con la necessità di finalizzare la sorveglianza sanitaria delle mansioni ad alto rischio infortunistico alla **verifica dell' assenza di alcool - o tossicodipendenza**
- (Legge 125/01 e Provvedimento 16 marzo 2006)
- ( DPR 309/90, Provvedimento 30 ottobre 2007, Provvedimento del 18 settembre 2008 - Rep. Atti n. 178/CSR - pubblicato sulla G.U.R.I. n° 236 dell' 8 ottobre 2008)

### ● Composizione del campione per mansione

Mansione	Persone esaminate	% sul totale
Mulettista/carrellista	8465	51.3
Autista /autotrasportatore	7001	42.5
Gruista/carropontista	410	2.4
Edile	330	2.0
Manutentori ferrovia	99	0.6
Addetti <i>off-shore</i>	51	0.3
Altri	142	0.9

### ● Risultati dei test

Persone esaminate	Positivi	%	Note
Positivi allo screening	201	1,22	
Positivi confermati	154	0,93	
Falsi positivi	47	23,4	% riferita al totale dei positivi allo screening
Autoesclusi	54	0,32	

Nell' anno successivo (luglio 2011) al Workshop di Roma la casistica ha raggiunto i

**33405 test** di screening in 24 mesi di osservazione  
con :

- diminuzione dei positivi confermati (0,78% nel 1° semestre 2011 contro 1,25% nel 2° semestre 2009)
- 81% dei soggetti inviati al S.ert sono stati definiti “consumatori occasionali”

***effetto deterrenza?***

## In definitiva ...

La gestione della **salute del lavoratore** sembrerebbe tradizionalmente essere rimasta **confinata nei luoghi di lavoro**, affidata ad una medicina di settore specialistica, delineando un doppio binario tra la gestione del paziente da un lato e del lavoratore dall'altro.

Nel Congresso ICOH di Milano del 2006 si parlò di **“punto cieco”** (blind spot) della medicina di famiglia ad indicare quanto il MMG rimanesse solitamente lontano dagli aspetti lavorativi del paziente, lasciando questi ultimi esclusivo appannaggio della medicina di settore.



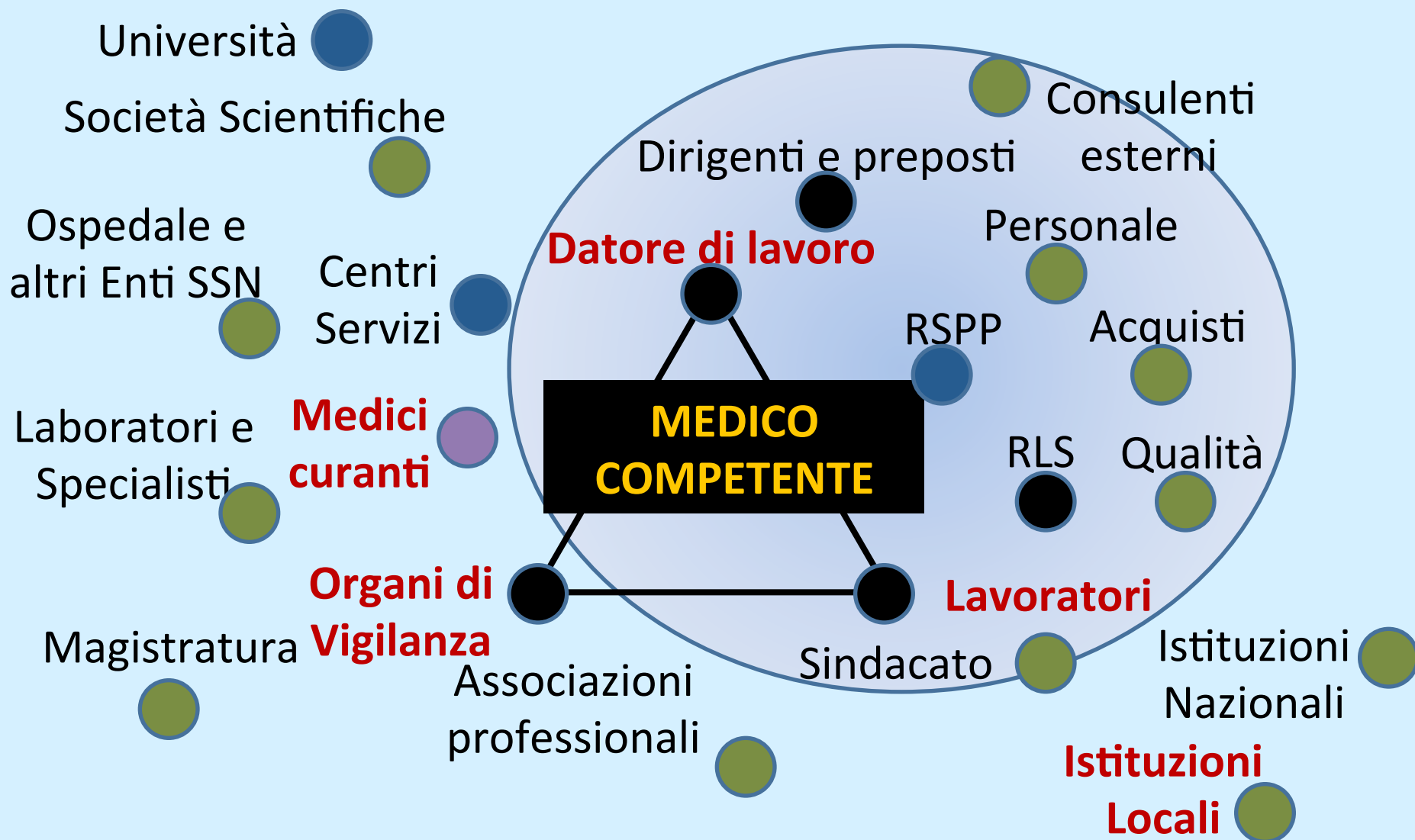
# IL CODICE INTERNAZIONALE DI ETICA PER GLI OPERATORI DI MEDICINA DEL LAVORO



- Informazioni su sicurezza e salute
- Comunicazione delle informazioni al lavoratore
- Comunicazione delle informazioni al datore di lavoro
- **Contributo alla conoscenza scientifica**
- Archivio sanitario
- **Rapporti con gli altri operatori sanitari**
- **Rapporti con i partner sociali**

*Si ricorda il richiamo al Codice ICOH  
dell'art. 39, c. 1 del D.Lgs. 81/08!*

# Dentro e fuori l' Azienda (tra obblighi e buone prassi)



# Rapporti tra Medico Competente e MMG

MC → MMG

Necessità di stabilire i flussi informativi:

Per comunicare informazioni sanitarie, ***emerse dalla Sorveglianza Sanitaria*** in Azienda, che possono essere utili al Medico Curante (esposizione a rischi con eventuale impegno d'organo ?)

Per fornire informazioni in merito ad esiti suggestivi per condizioni di rischio per patologie sociali ( ***Workplace Health Promotion*** )

## *L'efficacia di un ruolo nel “superamento” delle norme*

*L'esperienza insegna che l'efficacia e l'efficienza  
dell'attività del MC dipende (oggi più di ieri)  
essenzialmente dal suo **grado d'integrazione con il  
sistema azienda/impresa***

*Il D.Lgs. 81/08 deve facilitare questa integrazione  
specialmente attraverso la maggiore valorizzazione  
del ruolo del MC nella VDR , **nella promozione  
della salute**, nel prefigurare buone prassi di  
collaborazione **con il territorio ed il sociale***

# Una lettera tipo

Data, \_\_\_\_\_

Egregio Collega,

Le comunico che in data \_\_\_\_\_ il/la suo/a assistito/a

\_\_\_\_\_

é stato da me sottoposto/a a visita medica di controllo per i lavoratori esposti a rischio lavorativo, ex D.Lgs. 81/08 .

Dal controllo clinico-strumentale è emerso:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ho ritenuto pertanto necessario consigliare alla persona interessata di presentarsi presso il Suo ambulatorio , affinché possa essere meglio seguita.

Restando a disposizione per ogni ulteriore collaborazione, porgo distinti saluti, pregandoLa di informarmi qualora venisse a conoscenza di elementi che possano essere utili ai fini della prevenzione e della promozione della salute del/la Suo/a assistito/a anche in ambito lavorativo.

\_\_\_\_\_



# Integrazione = efficacia



# La “fabbrica” ed il territorio : un’ osmosi crescente



- L’ evoluzione dei concetti di salute e di sicurezza
- Le profonde trasformazioni del mondo del lavoro e le loro ricadute nel sociale
- L’ evoluzione normativa negli ambiti lavorativi e sociali
- I mutamenti della epidemiologia delle malattie lavoro-correlate
- L’ invecchiamento e la disabilità...

... conducono ad una necessità:

**una rete territoriale per la prevenzione**



## Il versante “sociale” del MC

*23 milioni e 203 mila lavoratori/pazienti* (dati del 2° trimestre 2009)

Il **38,57%** del totale della popolazione italiana

Il 57,9% della popolazione attiva tra 15 e 64 anni di età

4 milioni e 300 mila imprese nell'industria e nei servizi  
2,6 milioni di aziende agricole

1 milione 930 mila stranieri occupati (64,2% della popolazione straniera residente in Italia)



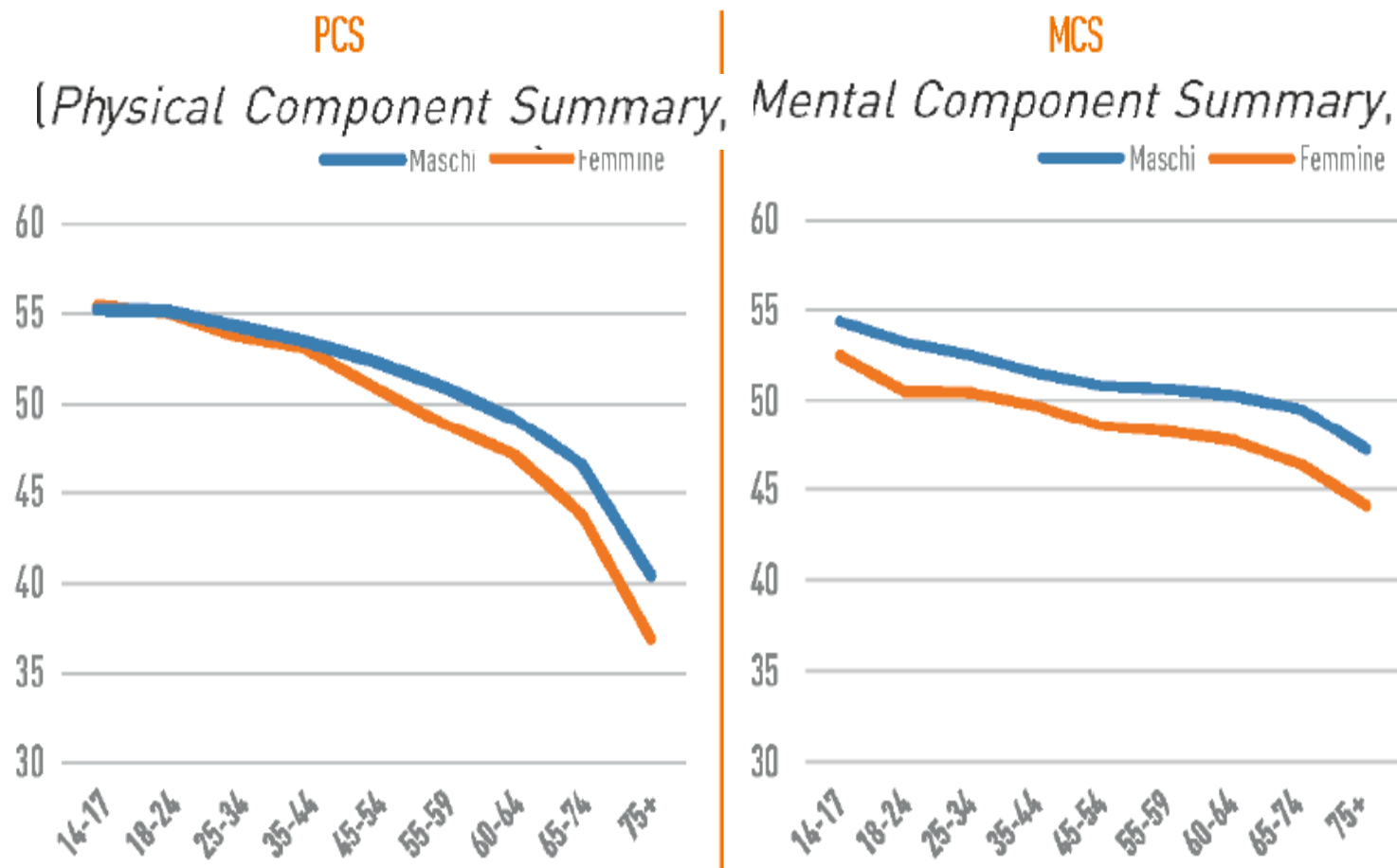
## La salute in Italia in pillole : dove intervenire

- La mortalità infantile è tra le più basse in Europa, con lieve incremento nell' ultimo anno
- La mortalità per tumori è in diminuzione
- Aumenta tra gli anziani la mortalità per demenza senile
- Oltre il 40% della popolazione > 14 anni conduce vita sedentaria, più al Sud (54,4%) e maggiormente nelle classi con minor istruzione
- Si fuma e si beve di meno , ma con i giovanissimi a rischio

# La salute percepita : Il benessere fisico più a rischio di quello mentale

CON GLI ANNI LO STATO DI SALUTE FISICO PEGGIORA  
PIÙ DECISAMENTE RISPETTO A QUELLO PSICOLOGICO

**FIGURA 4.**  
Indice di stato  
fisico (Pcs) e  
indice di stato  
psicologico  
(Mcs) relativi  
alle persone  
di 14 anni e  
più per sesso e  
classe di età.  
Anno 2005.  
Punteggi medi



# **La WHP conviene**

**Gli aspetti economici**

# La WHP come investimento per il futuro

Il successo futuro delle imprese dipenderà dal possesso di una manodopera ben qualificata, motivata e sana.

La WHP ha un ruolo significativo per la preparazione degli addetti e delle imprese ad affrontare queste sfide.



## Migliorare la produttività del lavoro attraverso la promozione della salute (work-ability)

- L'Unione Europea è anche la nazione che vanta la popolazione con il livello di istruzione più elevato nel mondo (e quindi anche la forza lavoro più istruita)
- Studi scientifici in diversi campi dimostrano una forte correlazione tra:
  - Istruzione
  - Lavoro
  - Reddito
  - Salute

# Salute e lavoro

---

- La formazione di un lavoratore europeo ha costi molto elevati rispetto alle economie emergenti e quindi il suo “costo di sostituzione” è un onere sociale enorme
- Promuovere la “work-ability” ovvero la capacità di essere produttivi nell’attività lavorativa è un fondamentale interesse delle società più anziane (Europa, Giappone) per rimanere competitivi nel mercato globale

# Gli orientamenti internazionali (\*)

***“Maggiore riconoscimento viene inoltre dato al fatto che agire a favore della sicurezza fa bene alla produttività delle imprese e alla qualità dell'occupazione.***

***Pertanto, nonostante la recessione economica mondiale, molti stakeholder si stanno attivando per assicurare il mantenimento degli standard di Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL). ”***

***“Cresce la tendenza a inserire la promozione sanitaria generale nei programmi di SSL delle imprese come ulteriore elemento a complemento dei comuni programmi di prevenzione degli incidenti e delle malattie professionali”.***

(\*)Emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work. OIL, Ginevra 2010

# ***WHP: GENTE SANA IN IMPRESE SANE!***

La WHP è una moderna strategia aziendale che **tende a prevenire le *malattie da lavoro*** (ivi comprese quelle ad esso correlate, gli *incidenti, gli infortuni, le malattie professionali, lo stress*), ad elevare i determinanti della promozione della salute e del benessere della forza lavoro.





# LA WHP È BASATA SULL' EVIDENZA

L' investimento in piani di WHP è remunerativo (*cost-effectiveness*) laddove si basi sulla cooperazione multisettoriale e multidisciplinare e può avere successo solo se tutti i responsabili dell' impresa sono impegnati in essa.

# Il nuovo modello OT24

## Altri interventi di miglioramento

### D - SORVEGLIANZA SANITARIA

17. Il medico competente ha visitato gli ambienti di lavoro almeno due volte l'anno e ha redatto un dettagliato verbale di sopralluogo.



18. Il medico competente completa la cartella sanitaria del lavoratore raccogliendo informazioni anamnestiche dal medico di famiglia del lavoratore in merito alle patologie in atto o pregresse, alle invalidità, alle terapie in corso.



19. Il medico competente acquisisce dati epidemiologici del territorio e del comparto specifico in cui opera l'azienda.



# Il clima aziendale: alcuni indicatori

Insoddisfazione sul lavoro, morale basso, demotivazione

Diminuzione della qualità del lavoro

Aumento degli errori sul lavoro

Rallentamento dei processi produttivi

Alti livelli di conflittualità

Scioperi

Eccessivo turn-over

**Incidenti sul lavoro**

Incapacità decisionale, decisioni sbagliate

Sabotaggio, ostruzionismo

Scarsa produttività, perdita di tempo durante le ore lavorative

Non rispetto dell'orario di lavoro

Non rispetto delle scadenze

Frequenti lamentele

**Eccessive assenze per malattia breve, assenteismo**

Comunicazioni interpersonali disturbate

Cattive relazioni aziendali.



Centro di Documentazione per la Promozione della Salute  
Via Sabaudia, 164 - 10095 Grugliasco (TO)  
Tel. 01140188210-502 - FAX 01140188501  
[info@dors.it](mailto:info@dors.it)



Prevenzione e promozione  
della salute nei luoghi di lavoro:  
benefici economici e  
relativi alla salute

Sintesi delle evidenze scientifiche

# Qualche dato

## **1) Attività fisica** (Shepard, 1996), riduzione :

BMI del **2%** in 8-12 settimane

Rischio cardiovascolare fino al **35-45%** in programmi di 3 anni

Pressione arteriosa tra i **3 e i 10 mmHg** nei valori di pressione sistolica e tra i **2 e i 10 mmHg** di quella diastolica.

Colesterolemia del **15%**

Spese mediche : da **100 a 400 dollari** per lavoratore

## **2) Programmi di cessazione dal fumo :**

Mediana del “tasso di astinenza” del 23% per periodi fino a 24 mesi (Eriksen and Gottlieb, 1998 ) ; tra il 10 e il 15%. (Janer et al., 2002), con effetti che si riducono dopo 6 mesi

**3) Programmi sull' alcol** (Roman & Blum, 1995): Al contrario del fumo in questo caso l' obiettivo non è l' astinenza totale, ma piuttosto un consumo più ridotto.

## **4) Programmi di gestione dello stress** (Bamberg and Busch, 1996).

Rilassamento muscolare sui sintomi somatici , Meditazione (tecniche facili da imparare ed economiche); Bio – feedback (costoso e complesso)

# In definitiva...

La promozione della salute nei luoghi di lavoro è vantaggiosa dal punto di vista dell'azienda?

Nell'insieme, i risultati indicano che la promozione della salute nei luoghi di lavoro è vantaggiosa, *soprattutto per quanto riguarda la riduzione delle spese mediche e dell'assenteismo.*

I valori di **“ritorno di investimento”** riportati si collocano tra **1: 2.3** per il risparmio in spese mediche e **1:10.1** rispetto al risparmio dovuto alla diminuzione dell'assenteismo

**ESEMPI**

# L'IMPLEMENTAZIONE

**1996**



**ISO 9002 Sistema di gestione  
QUALITÀ**

**1998**



**SA 8000 Certificazione Etica  
Responsabilità  
Sociale**

**2000**



**ISO 14001 Sistema di gestione  
AMBIENTE**

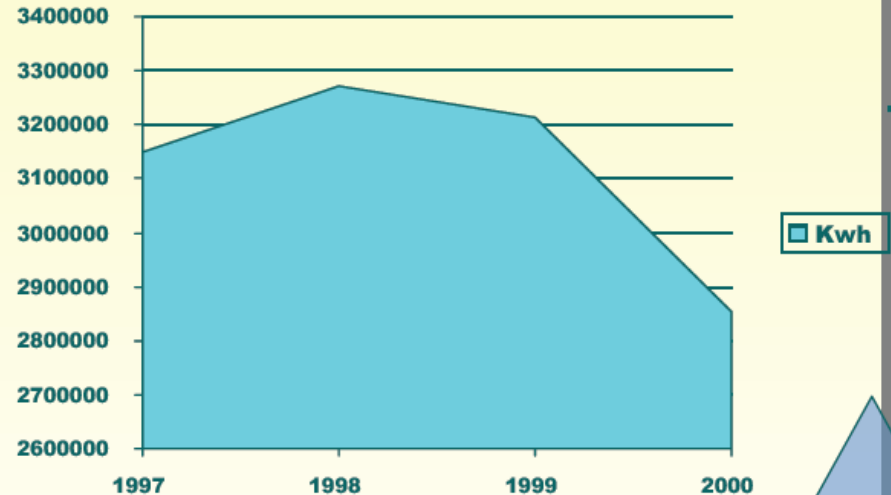


# I RISULTATI

## IMPATTO AMBIENTALE:

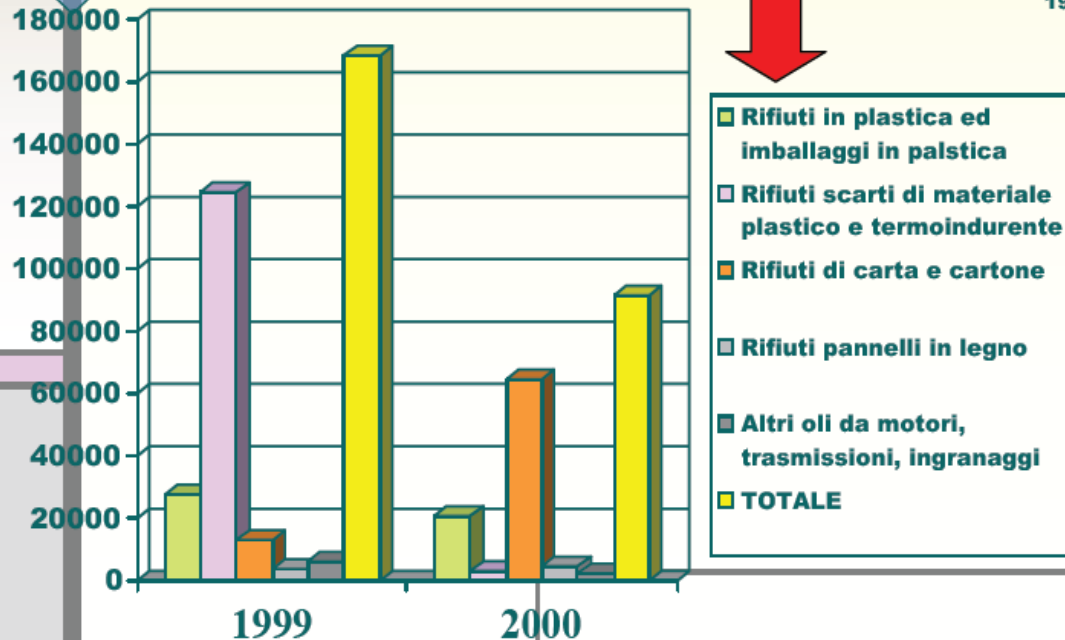
### CONSUMO ENERGIA ELETTRICA

Riduzione del 9.3% in 3 anni



### PRODUZIONE RIFIUTI

Riduzione del 46%



### FATTURATO

Incremento del 39% in 3 anni

### N° DIPENDENTI

Incremento del 26% in 3 anni

■ L'investimento è redditizio

## I RISULTATI

Soddisfazione Dipendenti %	1995	1996	1998	2000
molto	4	30	90	92
soddisfatto	72	60	6	5
poco soddisfatto	24	10	4	3
Fumatori %	40	32	22	24
Assenteismo %	3	2,8	2,2	2

# L' onda lunga di un buon esempio di

WHP...

➤ Does RBC Sodium-Litium Countertransport predict blood pressure change over time? A 7-yr follow up study.

Abstract Meeting of the Working Group on Epidemiology and Prevention of the European Society of Cardiology. Pilsen, May 22 - 25, 1996.

➤ Predictive value of sodium-lithium countertransport on blood pressure changes in middle-aged men: a 7-yr follow up study.

Abstract Eleven scientific meeting of the American Society of Hypertension

## Consumo di sale in Italia: risultati dell' Olivetti Heart Study

Venezia A, Barba G, Russo O, Capasso C, De Luca V, Farinaro E, Cappuccio FP, Galletti F, Rossi G, Strazzullo P.

Eur J Clin Nutr. 2010 Mar 10.

[Epub ahead of print]

Nell' ambito dell' Olivetti Heart Study, uno studio epidemiologico di analisi del rischio, cardiovascolare, in una popolazione di 940 uomini adulti (di età compresa tra 25 e 75 anni) residenti in Campania, sono stati rilevati i parametri antropometrici, i valori della pressione arteriosa, i livelli di assunzione di sodio (mediante questionari somministrati periodicamente durante lo studio) ed è stata misurata l' escrezione urinaria del sodio stesso. ....

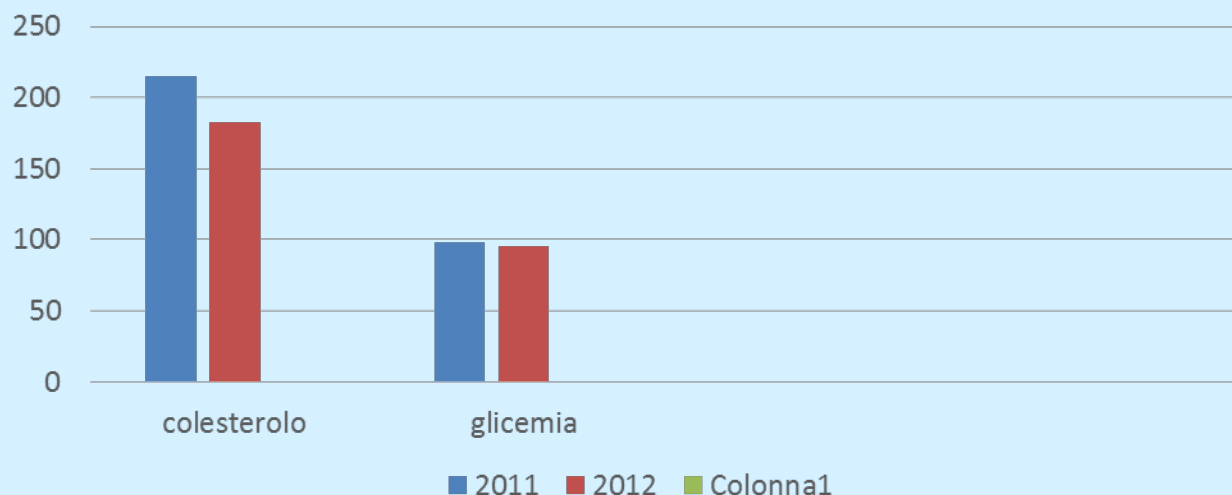
# Una piccola grande soddisfazione

Media azienda del settore petrolchimico.

Dal 2011 iniziativa di promozione della salute incentrata sui più conosciuti fattori di rischio cardiovascolari: informazione e allargamento degli accertamenti integrativi per tutti con **colesterolo totale e glicemia**.

In occasione della riunione ex- art. 35 si illustra una **marcata riduzione della media di colesterolo**, che va dai 215,2 mg% del 2011 al **182,77 mg%** del 2012, ed una media di glicemia pari a 95,40 mg%, rispetto ai 97,80 mg% del 2011.

*Nel dettaglio si evidenzia che in 15 dei 76 dipendenti testati (19%) il colesterolo è risultato superiore al limite standard di laboratorio di 220 mg% (rischio lieve), ed in 8 di essi (10%) supera i 240 mg% (rischio alto). **Un buon risultato rispetto ai numeri del 2011** (rispettivamente 29 >220 e 15 > 240, con una riduzione quasi del 50%).*





Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti

# ***“Dalla Medicina del Lavoro alla Medicina negli ambienti di lavoro”***

**Ovvero:**

**la prevenzione cardiovascolare si fa anche  
nei luoghi di lavoro**

# **SOTTOTITOLO**

**Indagine sulla prevalenza della patologia cardiovascolare e sui fattori di rischio associati, e rivalutazione dopo un anno (before-and-after) dell'efficacia di un intervento di promozione della salute (counselling individuale in base al rischio cardiovascolare) in una popolazione di 1,500 lavoratori del gruppo Riva Acciaio**

# L' impatto delle malattie croniche

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte in tutto il mondo occidentale.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica

Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche particolarmente invalidanti. Per esprimere quantitativamente l' impatto di una malattia sulla salute si utilizza una particolare unità di misura, gli anni di vita persi a causa della disabilità ([\*\*Daly, Disability Adjusted Life Year\*\*](#)) pari alla somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in malattia piuttosto che in salute

**Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie!!**

# **PREMESSA**

**Il miglioramento dello stile di vita** può migliorare il rischio di malattie cardiovascolari.

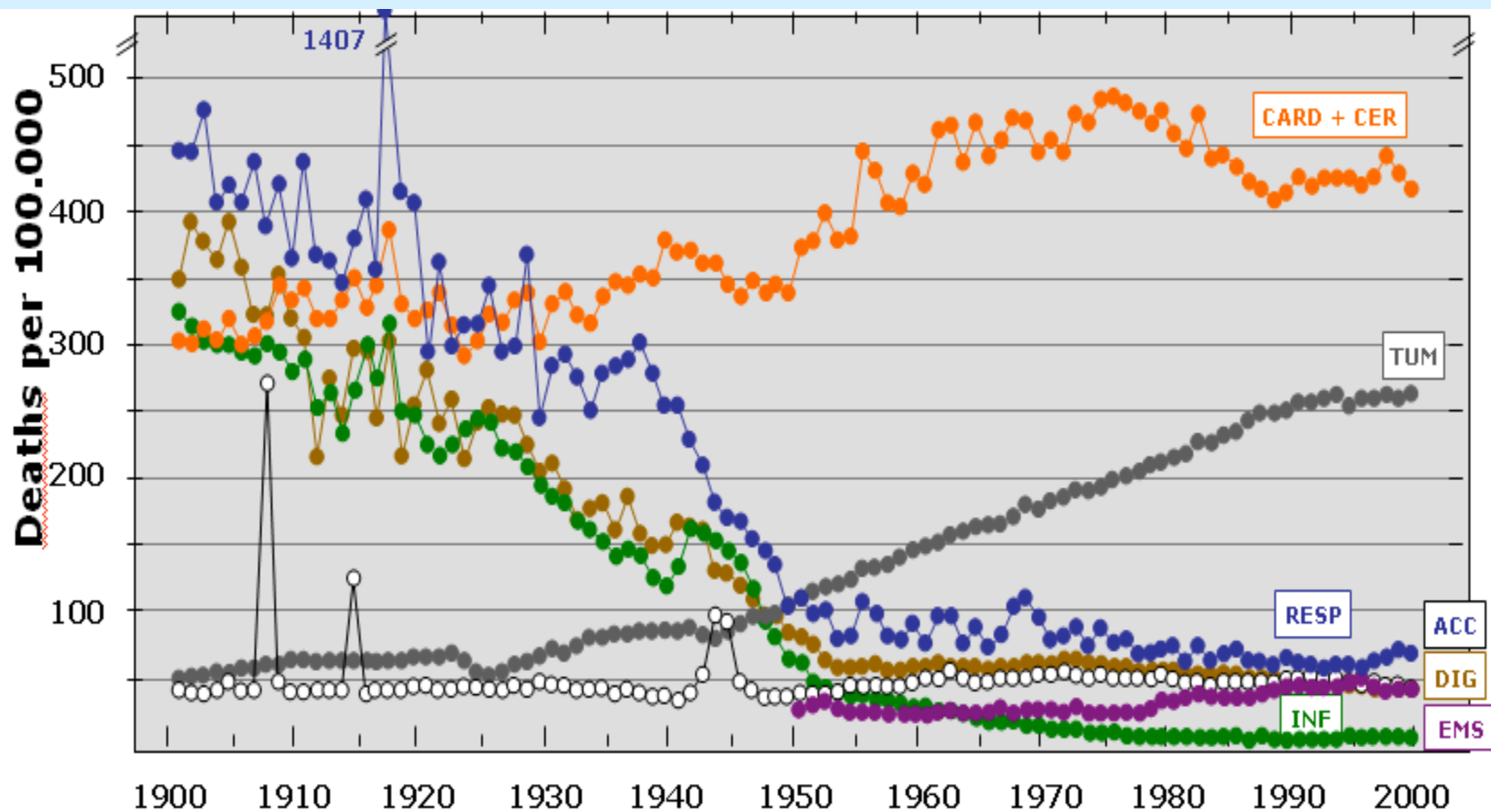
La cessazione **dell'abitudine al fumo** comporta una rapida riduzione del rischio, come anche il cambiamento della dieta: una ridotta assunzione di grassi saturi fa abbassare il livello di colesterolo totale;

Una dieta con **poco sale** ha un effetto benefico sulla pressione arteriosa; frutta e verdura sono ricche di micronutrienti e fibre e proteggono dalle malattie cardiovascolari.

Inoltre, una **regolare attività fisica** non permette solo di prevenire l'aumento di peso corporeo, ma anche migliora la funzione cardiorespiratoria



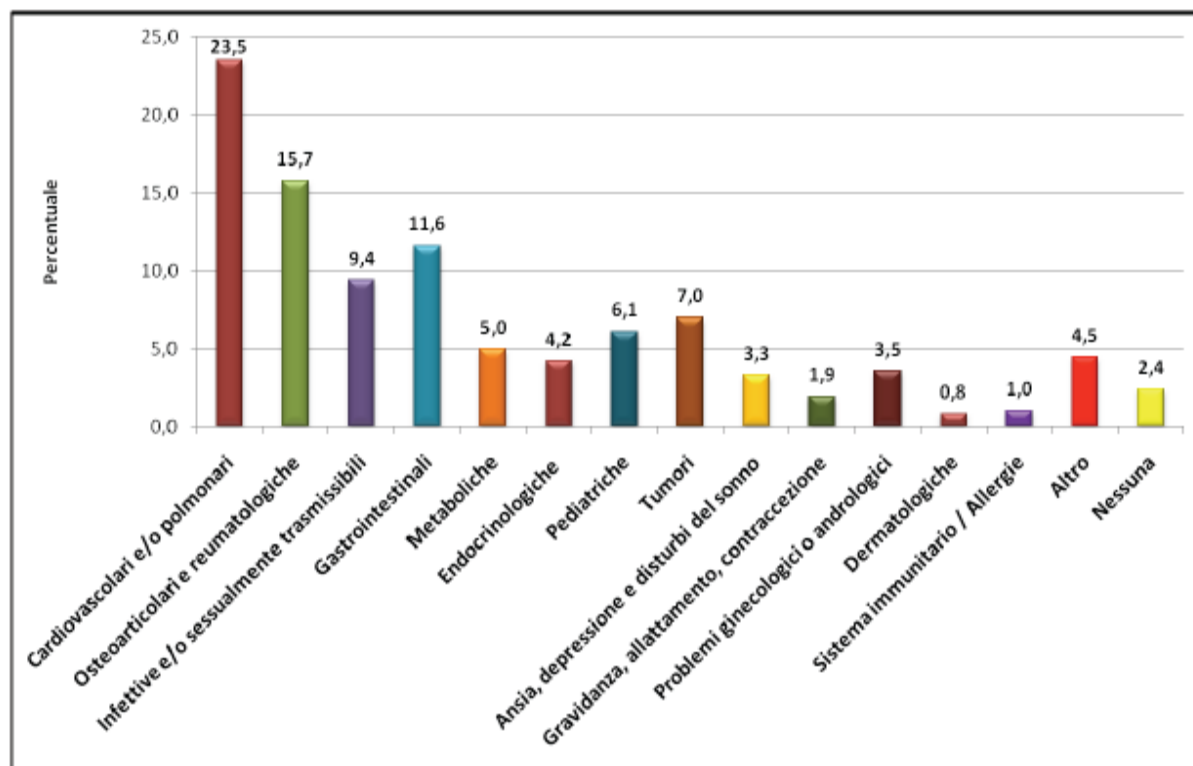
## Le principali cause di morte nel XX secolo



S. De Flora, et al, FASEB J, 2005



13. Negli ultimi 6 mesi per quali malattie o condizioni ha cercato informazioni su internet?



**Tabella 1. Progetto CUORE - Studi longitudinali: tassi di incidenza e letalità; uomini e donne 35-74 anni.**

Età	Eventi Coronarici				Eventi Cerebrovascolari			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %
35-44	3.0	8.8	0.3	7.7	0.5	16.7	0.3	23.1
45-54	4.2	18.6	1.0	11.5	1.6	33.3	0.6	31.0
55-64	10.9	35.3	2.5	27.5	4.8	31.8	2.2	34.2
65-74	10.6	56.4	4.6	63.6	7.7	47.5	5.3	55.3
35-74	6.3	30.4	1.4	28.0	2.7	34.3	1.2	37.7

# Fattori di rischio CV

## MODIFICABILI

- Ipertensione
- Ipercolesterolemia
- Obesità
- Intolleranza al glucosio
- Fumo
- Sedentarietà
- Dieta

## NON MODIFICABILI

- Sesso
- Età avanzata
- Familiarità precoce per malattie CVS
- Precoci eventi cardiaci
- Diabete mellito
- Fattori psicosociali

## Comitato regionale per l' Europa

cinquanteseiesima sessione  
Copenaghen, 11-14 settembre 2006

## Guadagnare salute

La strategia europea per la prevenzione e il controllo  
delle malattie croniche

In Europa quasi il 60% del carico di malattia (in Daly\*) è  
causato da sette fattori di rischio principali:

\* disability-adjusted life year

- ipertensione (12,8%),
- tabagismo (12,3%),
- alcol (10,1%),
- eccesso di colesterolo (8,7%),
- sovrappeso (7,8%),
- scarso consumo di frutta e verdura (4,4%),
- inattività fisica (3,5%, Carta di Toronto 2010)

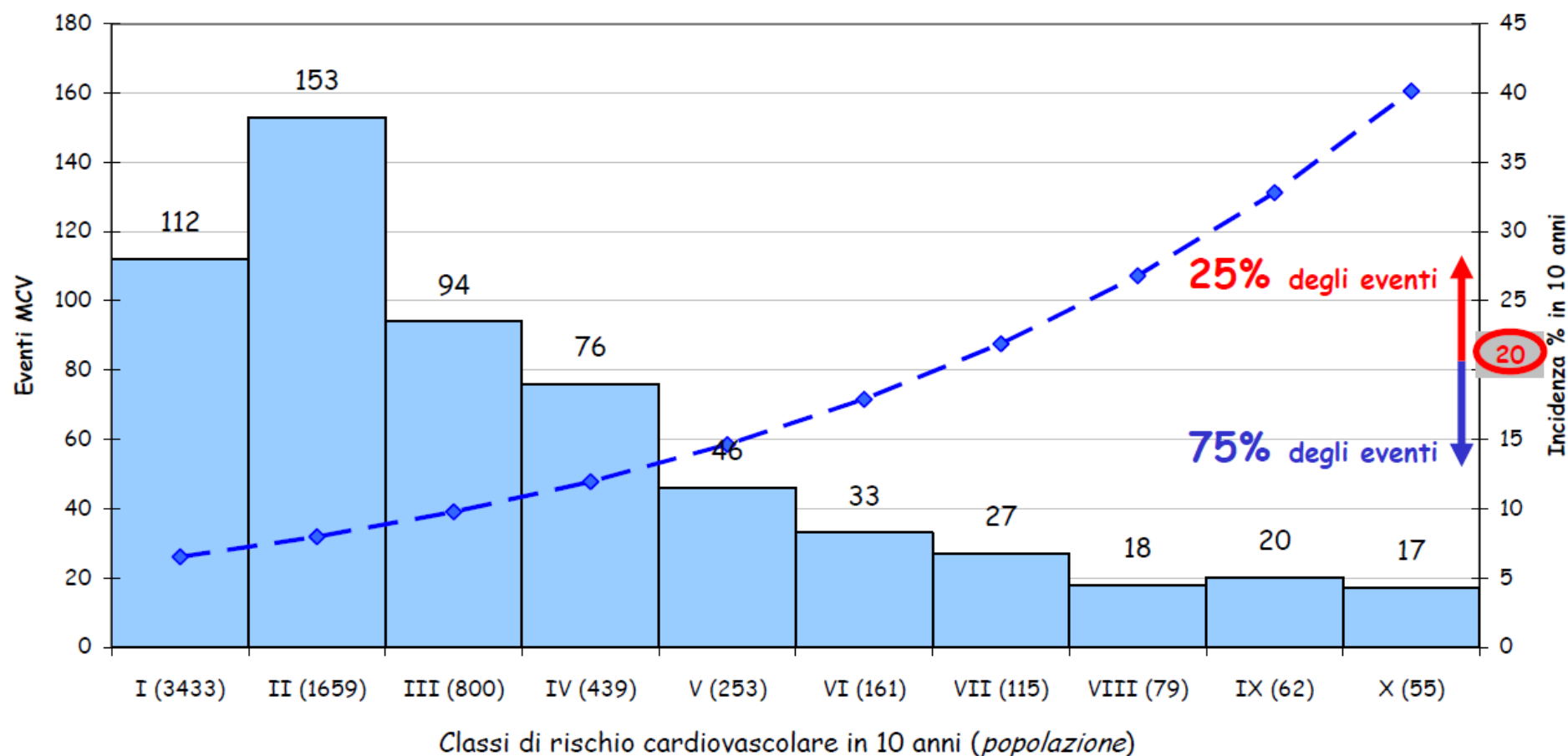


Organizzazione  
Mondiale  
della Sanità

# Adesione al progetto “CUORE” dell’ ISS



Eventi cardiovascolari maggiori (barre) in relazione all'incidenza in 10 anni (curva tratteggiata) per classi di rischio MCV; UOMINI 35-69 anni



Una buona strategia preventiva non deve preoccuparsi solo degli individui ad alto rischio, ma deve combinare l'approccio dell'alto rischio con l'approccio mirato anche alle persone a rischio moderato e basso



# **IL PROGETTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE**

## **IL TARGET**

**Lavoratori di 40-69 anni, di entrambi i sessi  
(escluso i casi CVS sintomatici)**

## **I PROTAGONISTI**

- MC ed altre figure aziendali**
- MMG**
- Distretto Socio-Sanitario e/o Dipartimento Prevenzione (Screening, SISP), Sert**
- Servizio Epidemiologico di supporto**

# **RAZIONALE**

- **Negli ambienti di lavoro converge una frazione rilevante della popolazione**
- **In azienda sono presenti leader e figure professionali incaricate per legge di garantire la salute e la sicurezza del lavoro**
- **I lavoratori sono facilmente permeabili alla comunicazione e all'educazione**
- **La promozione alla salute nei luoghi di lavoro è un approccio fattibile, come emerge dalla letteratura**

- **I fattori di successo di questi programmi sono:**
  - **interventi rivolti a soggetti con una positiva attitudine al cambiamento;**
  - **programmi che integravano più componenti (nutrizione, fumo, attività fisica) in un approccio combinato;**
  - **programmi che collegavano la promozione della salute ad un miglioramento delle condizioni ambientali**

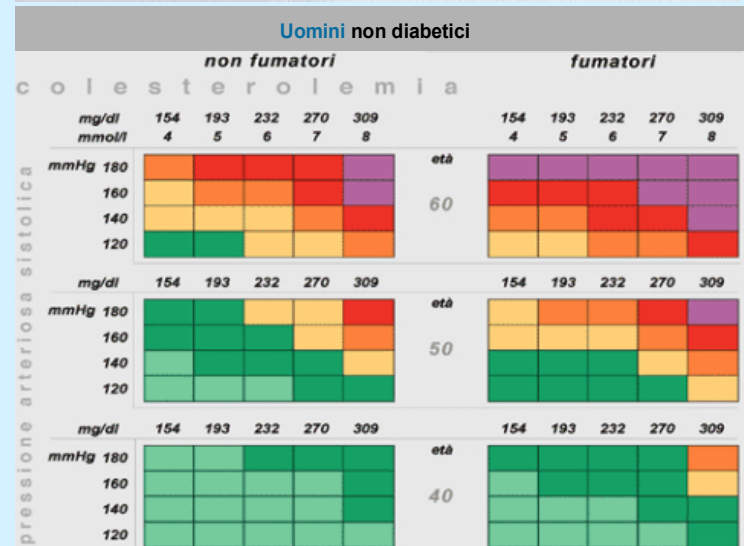
[Robroek SJ, Bredt FJ, Burdorf A. The (cost-)effectiveness of an individually tailored long-term worksite health promotion programme on physical activity and nutrition: design of a pragmatic cluster randomised controlled trial. BMC Public Health. 2007 Sep 21;7:259 ].

# Obiettivi

- 1. Studio di prevalenza – Descrivere la prevalenza della patologia cronica cardiovascolare e dei fattori di rischio associati in una popolazione di 1.500 lavoratori di alcuni stabilimenti produttivi italiani del gruppo RivaAcciaio**
- 2. Studio di intervento - Stimare l'efficacia di un intervento educativo in lavoratori sani a differente rischio di malattie cardiovascolari. Le misurazioni saranno condotte all'inizio dello studio e dopo 12 mesi**

# Studio di prevalenza: Metodi

- Il reclutamento dei lavoratori verrà effettuato da ciascun MC, in occasione della sorveglianza sanitaria
- raccoglieranno l'anamnesi in relazione alla presenza di malattie cardiovascolari, e dei fattori di rischio
- misureranno colesterolo e glicemia e, utilizzando la carta del rischio cardiovascolare dell'ISS, stimare la probabilità individuale di andare incontro a malattie cardiovascolari nei prossimi 10 anni
- invieranno i soggetti con valori elevati al MMG, acquisendo la diagnosi finale



## La carta ...

- ✓ è rivolta a uomini e donne che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari
- ✓ non è utilizzabile nelle donne in gravidanza
- ✓ va utilizzata per persone di età compresa fra 40 e 69 anni
- ✓ deve essere usata dal medico
- ✓ è valida se i fattori di rischio vengono misurati seguendo una metodologia standardizzata

## Carta del rischio cardiovascolare

### uomini diabetici

rischio cardiovascolare a 10 anni

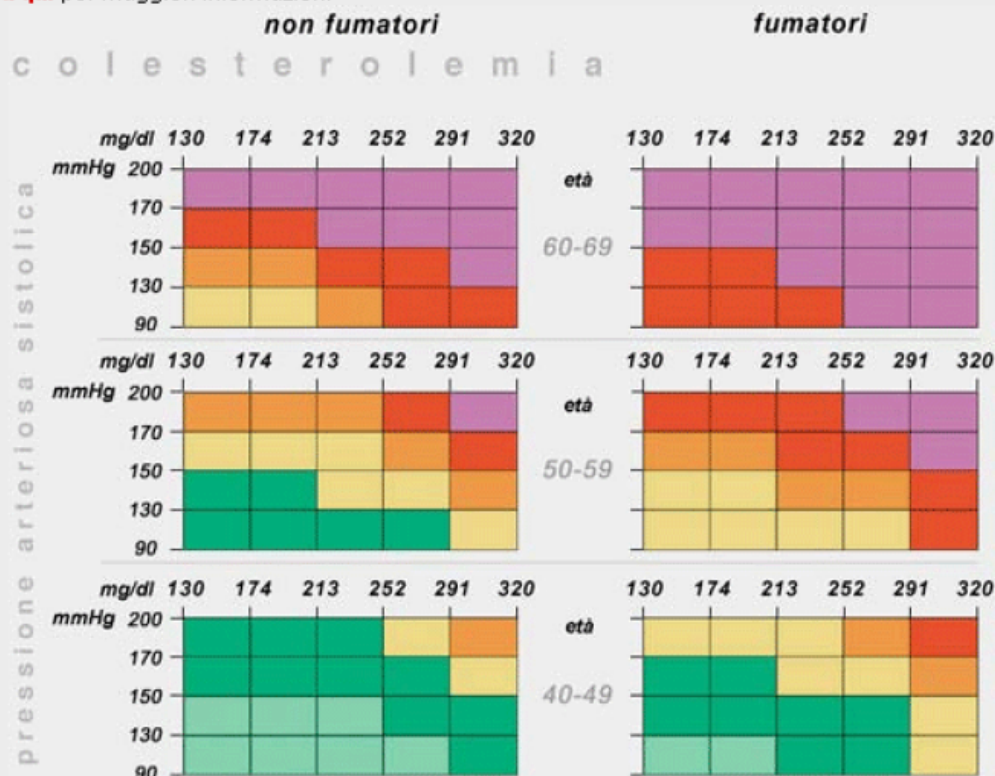
#### Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

[clicca qui](#) per maggiori informazioni

livello di rischio a 10 anni

rischio MCV	VI		oltre 30%
rischio MCV	V		20% - 30%
rischio MCV	IV		15% - 20%
rischio MCV	III		10% - 15%
rischio MCV	II		5% - 10%
rischio MCV	I		meno 5%





## Carta del rischio cardiovascolare

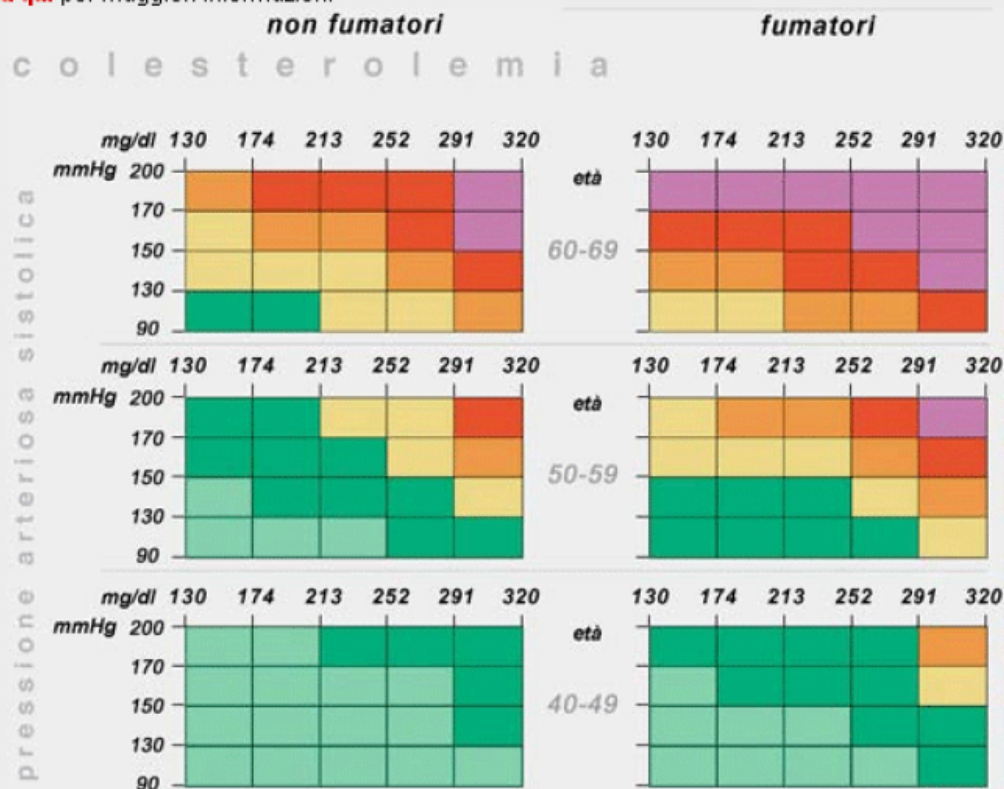
### uomini non diabetici rischio cardiovascolare a 10 anni

#### Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

[clicca qui](#) per maggiori informazioni

livello di rischio a 10 anni		
rischio MCV VI	oltre 30%	
rischio MCV V	20% - 30%	
rischio MCV IV	15% - 20%	
rischio MCV III	10% - 15%	
rischio MCV II	5% - 10%	
rischio MCV I	meno 5%	





# **Studio di intervento: Metodi**

**I Medici Competenti dovranno:**

- **definire una popolazione di lavoratori con età >40 anni, sani ma con elevato rischio per malattie cardiovascolari**
- **fornire ai soggetti di questo gruppo una “diagnosi motivazionale” e un “counseling” diretto a cessare l’abitudine al fumo ed aumentare l’attività fisica**
- **ripetere dopo 12 mesi le misure condotte all’inizio**

# Disegno

In base alla probabilità individuale di andare incontro a malattie cardiovascolari nei prossimi 10 anni, le persone saranno suddivise in:

1. **a rischio elevato (rischio superiore o uguale al 20%)** saranno inviati al Medico di Medicina Generale per ulteriori controlli
2. **da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano (rischio superiore o uguale al 5% e inferiore al 20%)** saranno inclusi nello studio di intervento before-and-after
3. **a basso rischio (rischio inferiore al 5%)**

# Criteri di selezione dei pazienti

## Criteri di inclusione:

- età  $\geq 40$  anni, entrambi i sessi
- lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria
- rischio cardiovascolare superiore o uguale al 5% e  $<$  al 20%

## Criteri di esclusione:

- età inferiore a 40 anni
- pressione arteriosa sistolica  $> 200$  mmHg o  $< 90$  mmHg
- colesterolemia totale  $> 320$  mg/dl o  $< 130$  mg/dl
- HDL-colesterolemia  $< 20$  mg/dl o  $> 100$  mg/dl
- anamnesi di malattie cardiovascolari, tratt. farmacologico per ipertensione arteriosa, diabete, ipercolesterolemia
- rischio cardiovascolare  $\leq 5\%$  e  $\geq 20$
- gravidanza

# Obiettivi del counseling

1. L' intervento educativo mira ad aumentare l' attività fisica, cessare l' abitudine al fumo e migliorare le abitudini alimentari
2. Le variabili di outcome primario saranno:
  - **riduzione dei fumatori**
  - **riduzione dei soggetti sedentari**
  - **modifica abitudini alimentari ?**
3. Le variabili di outcome secondario saranno:
  - **riduzione indice di massa corporea**
  - **riduzione pressione sanguigna sistolica e diastolica**
  - **riduzione colesterolo totale e glicemia**
  - **riduzione assenze dal lavoro per malattia e infortuni sul lavoro**

## STANDARDIZZAZIONE DELLA METODOLOGIA PER LA MISURAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

- si definisce **fumatore** chi fuma regolarmente ogni giorno (anche una sola sigaretta) oppure ha smesso da meno di 12 mesi. Si considera non-fumatore chi non ha mai fumato o ha smesso da più di 12 mesi
- viene definita **diabetica** la persona che presenta, in almeno 2 misurazioni successive nell'arco di una settimana, la glicemia a digiuno uguale o superiore a 126 mg/dl o è sottoposta a trattamento con ipoglicemizzanti orali o insulina oppure presenta diagnosi di diabete
- al fine della valutazione del rischio cardiovascolare, i valori degli **esami clinici di glicemia e colesterolemia** sono utilizzabili se eseguiti da non più di sei mesi; il prelievo di sangue deve essere venoso

## Il punteggio individuale...

- ✓ è rivolto a uomini e donne che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari
- ✓ non è utilizzabile nelle donne in gravidanza
- ✓ è utilizzabile su persone di età compresa fra 35 e 69 anni
- ✓ deve essere usato dal medico
- ✓ è valido se i fattori di rischio vengono misurati seguendo una metodologia standardizzata

# PUNTEGGIO INDIVIDUALE

Selezione assistito

Bianchi Roberto

Dettagli

Nuovo

Dati per il calcolo

Ha avuto precedenti eventi cardiovascolari (infarto, ictus, interventi di rivascolarizzazione)?

No ☐ Si ☐

Sesso:

uomo

Eta':

62

Abitudine al fumo di sigaretta:

Si riferisce a chi fuma ogni giorno (anche 1 sigaretta) o ha smesso da meno di 12 mesi

Valore della pressione arteriosa sistolica:

(espressa in mmHg - prima misurazione)

Valore della pressione arteriosa diastolica:

(espressa in mmHg - prima misurazione)

Valore della pressione arteriosa sistolica:

(espressa in mmHg - seconda misurazione)

Valore della pressione arteriosa diastolica:

(espressa in mmHg - seconda misurazione)

Valore della colesterolemia totale:

(espressa in mg/dl)

Valore della colesterolemia HDL:

(espressa in mg/dl)

Data prelievo:

/  / 
(gg/mm/aaaa)

E' mai stato diagnosticato il diabete?:

Presenza di ipertensione arteriosa per cui il medico ha prescritto farmaci anti-ipertensivi:

(si considera sotto trattamento chi assume regolarmente questi farmaci)


Calcola

# **Differenza fra Carta del rischio e Calcolo del punteggio individuale**

- Il punteggio individuale è più preciso rispetto a quella delle carte del rischio cardiovascolare, perché:
  - **considera due fattori di rischio in più rispetto alla carta, HDL-colesterolemia e terapia anti-ipertensiva**
  - **tiene conto di valori continui per colesterolemia, HDL-colesterolemia, età e pressione arteriosa e offre una stima puntuale del rischio cardiovascolare**
  - **il punteggio individuale può essere applicato a persone nella fascia di età 35-69 anni (la carta considera invece la fascia 40-69 anni)**
- Pertanto la valutazione del rischio attraverso i due strumenti può risultare un po' diversa



## DIFFERENZE TRA CARTA E PUNTEGGIO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

	Carta	Punteggio
Età	40-69	35-69
Fattori di rischio	Età, Pressione Sistolica, Colesterolemia Totale, Abitudine al Fumo, Diabete	Età, Pressione Sistolica, Colesterolemia Totale, Abitudine al Fumo, Diabete, HDL-Colesterolemia, Trattamento Ipertensione
Pressione Sistolica, Colesterolemia Totale, HDL-Colesterolemia	Categoriale	Continuo
Rischio	Categoriale 	Continuo

## Consenso informato

- Ai lavoratori verrà chiesto di firmare il consenso informato
- E' prevista una scheda di informazione per il medico curante
- Verrà indicato il nome (con relativi riferimenti telefonici) di un medico cui il paziente si potrà sempre riferire per chiarimenti

*Le informazioni nella scheda per il paziente riguardano:*

- *benefici attesi per la persona*
- *impegni assunti dal paziente in termini di visite per il follow-up*
- *modalità relative alla riservatezza dei dati*

# TEMPISTICA

- **Aspetti organizzativi, predisposizione software e  
Formazione MC: 1 mese**
- **Finestra prima visita: 12 mesi**
- **Finestra seconda visita: dopo 12 mesi**
- **Analisi statistica, restituzione dati: 2 mesi**

***Periodo di indagine: biennio 2012-2013***

# STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLO STUDIO

- Responsabile del progetto: Giuseppe Briatico-Vangosa
- Organizzazione dello studio, Coordinamento Medici Competenti e raccolta dati: Danilo Bontadi (Studio GOMI)
- Elaborazione dei dati, stesura del report finale: Prof. Giuseppe Mastrangelo (Università di Padova)
- Stabilimenti interessati e Medici Competenti coinvolti
  - Stabilimenti di Verona, Venezia e Padova: E. Capodicasa
  - Stabilimenti di Racconigi e Torino: Marco Saettone
  - Stabilimento di Salerno: Umberto Candura
  - Stabilimento di Genova: Carlo Valchi e collega
  - Uffici di Milano: Egidio Valentino

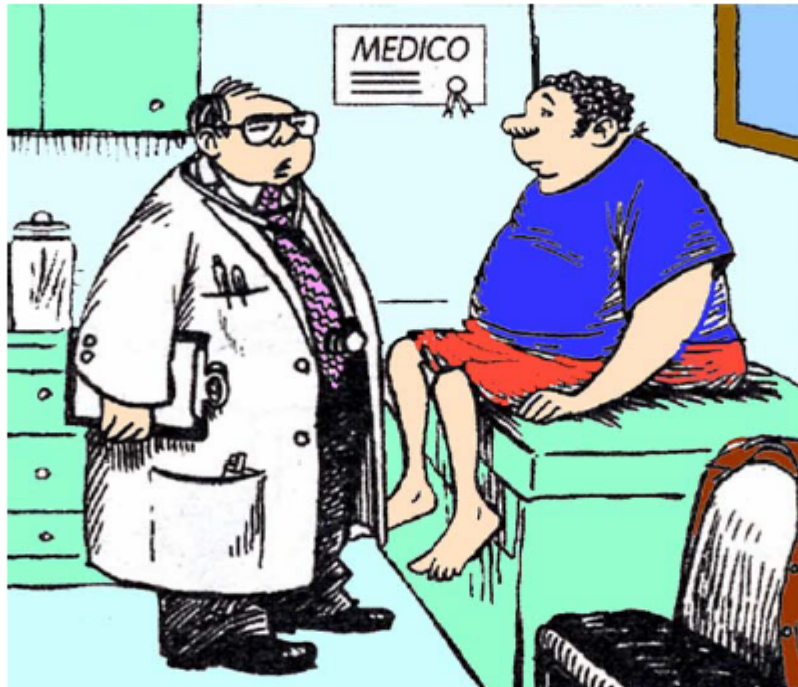
# **Come fare una buona WHP**



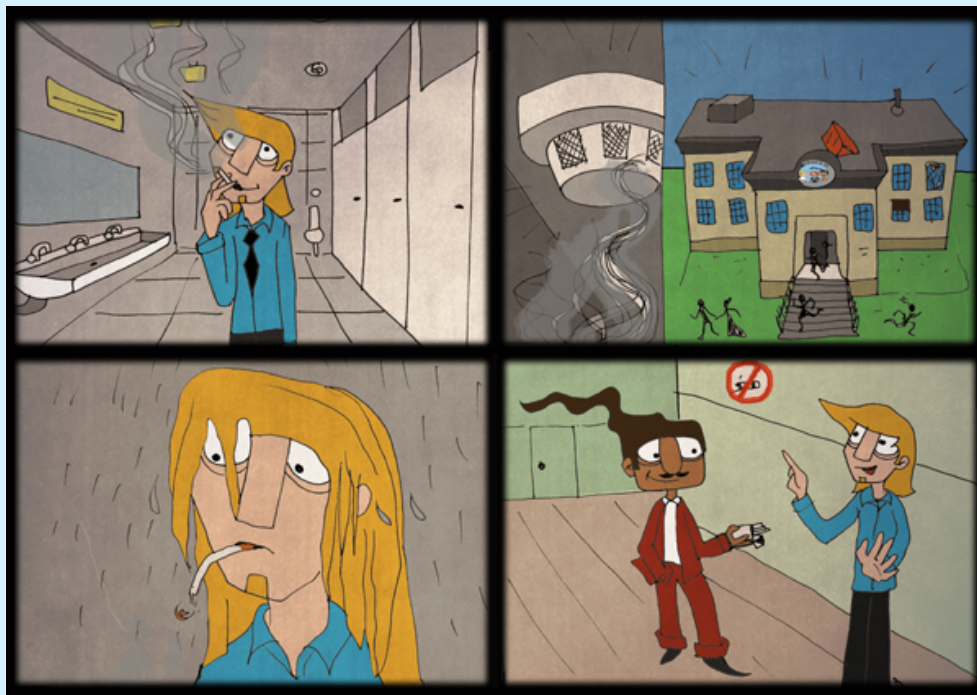
## **LE REGOLE DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE**

## Le c.d. “buone pratiche”

**Al momento non esistono modelli certi da seguire  
poiché nessun Paese ha sviluppato protocolli completi  
(framework)**



*Voglio che perda dieci chili! Poi torni da me, e mi dica come ha fatto.*



Agenzia europea per  
la sicurezza e la salute  
sul lavoro

## L'ESEMPIO FUMO DI TABACCO

**migliaia di lavoratori sono tuttora esposti al fumo di tabacco sul luogo di lavoro.** Secondo le stime EU-OSHA basate sui dati ILO, **oltre 9000 lavoratori** sono morti nel 2008 nei 27 paesi membri dell'Unione Europea, a causa di cancro ai polmoni dovuto a fumo di tabacco negli ambienti di lavoro

**È nell'interesse di tutti porre termine all'esposizione al fumo di tabacco!**

Un **datore di lavoro** può eliminare l'esposizione al fumo ambientale da tabacco (ETS) introducendo una **politica smoke-free** e sostenendo i lavoratori fumatori introducendo un programma di cessazione del fumo.

# I FATTORI DI SUCCESSO DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

➤ Partecipazione

➤ Interazione

➤ Globalità

➤ Controllo



LAVORATORI SANI IN IMPRESE SANE



# Concretamente

1. Definire un gruppo di lavoro
2. Ottenere l'impegno organizzativo
3. Definire la responsabilità
4. Creare un forte processo di comunicazione
5. Rivedere le pratiche attuali, identificare le forze e le debolezze, i bisogni e le priorità
6. Sviluppare un piano di azione basato sui bisogni prioritari
7. Implementare il programma
8. Monitorare, rivedere e valutare il progresso

## *1° Livello di intervento : il livello cognitivo*

### **Educazione sanitaria**

L'educazione sanitaria consiste di opportunità d'apprendimento deliberatamente predisposte, concepite con il supporto di modalità comunicative adatte al miglioramento della cultura sanitaria.

Ciò include l'aumento delle conoscenze e lo sviluppo delle competenze personali che contribuiscono alla salute dell'individuo e della collettività.

## *II° Livello di intervento : gli stili di vita*

**Obiettivo** : cambiamento di quei comportamenti abitudinari che determinano una notevole influenza sulla salute: ne sono un esempio l'alimentazione, l'esercizio fisico, l'abuso di sostanze nocive, i modi di affrontare la vita e gestire le emergenze.

Quindi :

esercizi di rilassamento, promozione del fitness, programmi di prevenzione e gestione dello stress professionale, campagne per la disassuefazione dal fumo di tabacco, training di comunicazione efficace, etc...

### III° Livello di intervento : l'ambiente di lavoro

A questo livello le azioni sono focalizzate sulle varie cause ambientali che sono di detrimento alla salute ed al benessere dei lavoratori, *dando ovviamente **per scontato***

***l'assolvimento di tutti gli obblighi di sicurezza vigenti e l'adozione dei requisiti minimi di prevenzione e protezione :***

*tecnico-impiantistica*

*ergonomica*

*di informazione e formazione*

*di sorveglianza sanitaria e monitoraggio biologico*

*di rivalutazione periodica del potenziale rischio lavorativo*

# Le regole per una WHP efficace

## (Linee Guida ISPESL)

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE  
NEI LUOGHI DI LAVORO

La WHP – basandosi sul coinvolgimento multisettoriale ed interdisciplinare - può raggiungere lo scopo ***“gente sana in imprese sane”*** solo se orientata come segue:

1. tutti i dirigenti sono coinvolti ***(partecipazione)***
2. è integrata in tutte le decisioni importanti e in tutte le aree dell'organizzazione ***(integrazione)***

# Le regole per una WHP efficace

## (Linee Guida ISPESL)

3. tutte le misure di programmi sono orientate al problem solving: analisi dei bisogni, individuazione delle priorità, programma, applicazione, monitoraggio continuo e valutazione **(project management)**
4. la WHP comprende misure rivolte all' uomo e all' ambiente, di diversa origine. Essa associa strategie di riduzione del rischio con lo sviluppo di fattori protettivi favorevoli la salute **(globalità).**

# Warning!

**Lo stile di vita è privato!** (art. 32 Costituzione: “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”)

Possiamo incoraggiare, ma non possiamo assolutamente obbligare a cambiare comportamento, a meno che determinate azioni si rivelino dannose per altri.

- Partecipare ad attività per promuovere la salute sul lavoro è una scelta volontaria.
- Le attività di WHP richiedono un impegno consapevole da parte sia dei datori di lavoro, nell’ offrire condizioni organizzative e ambientali sane, sia dei lavoratori (consenso informato), nel partecipare attivamente al programma di WHP

# ***I punti di forza della WHP***

- a) Il lavoro non rappresenta solo un modo di procurarsi i mezzi economici necessari ma anche **una fonte importante di identità personale e sociale e di autostima**, perciò gioca un ruolo determinante per la salute fisica e psichica delle persone;
- b) La maggioranza della popolazione adulta attiva impiega **la maggior parte del suo tempo al lavoro**;
- c) La popolazione attiva che lavora costituisce una sorta di **"opinion leader"** per la popolazione inattiva, così lo stile di vita salutare acquisito dai lavoratori si estende anche alla famiglia ed alla società;
- d) Molti posti di lavoro hanno una **popolazione stabile**, per cui le azioni a favore della salute possono aumentare nel tempo la loro efficacia



# ***I punti di forza della WHP***

Ha una **positiva ricaduta** sulla stessa struttura organizzativa aziendale

Incoraggia la **partecipazione** (i lavoratori realizzano insieme obiettivi che forse da soli non raggiungerebbero) **e la responsabilizzazione** di ogni dipendente e favorisce il lavoro di gruppo e la collaborazione intersettoriale: elementi certamente positivi per l'azienda;

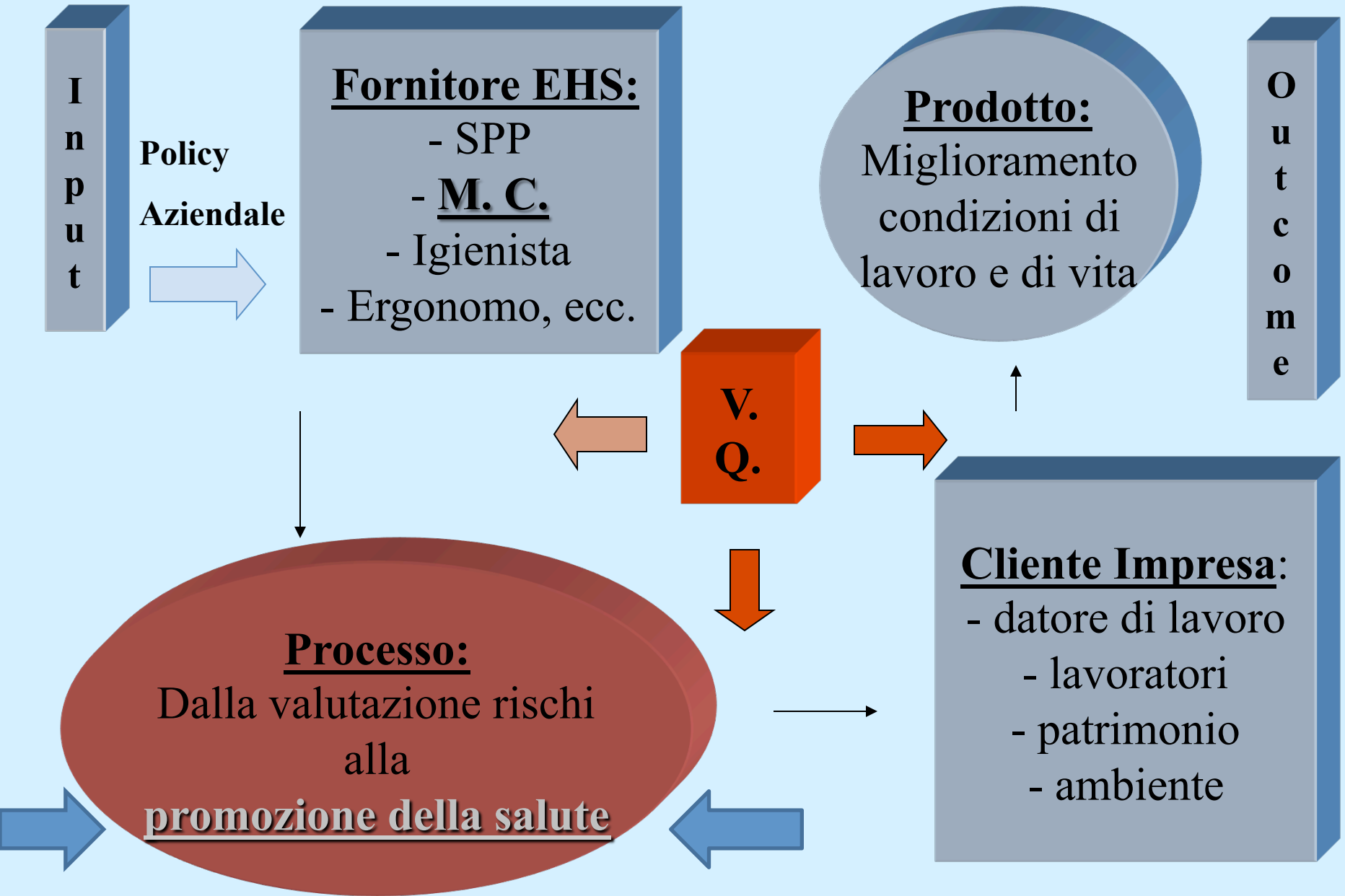
# ***I punti di forza della WHP***

Ha un grande **potere sinergico** e favorisce le situazioni in cui tutti risultano vincenti;

Ha una **ricaduta di immagine positiva** presso i dipendenti della azienda, la comunità in cui l'azienda è localizzata e di riflesso la collettività nel suo insieme.

*Si potrebbe affermare che la promozione della salute, a prescindere dagli effetti benefici sui lavoratori e sulla azienda, è anche **una forma di pubblicità tra le più economiche ed efficaci.***

# Gli *end point* del sistema



# Le misure di valutazione

**EFFICIENZA** risultati/risorse (verifica i risultati ottenuti, in base alle risorse impiegate)

**EFFICACIA** risultati/obiettivi (verifica gli obiettivi raggiunti)

**PERTINENZA** risultati/bisogni (verifica se gli obiettivi educativi raggiunti abbiano avuto riscontro in termini di soddisfazione dei bisogni e di riduzione dei fattori di rischio, in termini di salute)

**WHP e la certificazione aziendale**

**SA 8000**

## **Social Accountability 8000**

**Garantisce e certifica :**

- **il rispetto dei diritti umani,**
- **il rispetto dei diritti dei lavoratori,**
- **la tutela contro lo sfruttamento dei minori,**
- **le garanzie di sicurezza e salubrità sul posto di lavoro**

## La Social Accountability e la relativa certificazione SA 8000

- L'orientamento a certificare una *Corporate Social Responsibility (CSR)* nasce dall'osservazione che :
  - Scarse performance aziendali in *OHS* possono condurre a svantaggi competitivi
  - Buone performance aziendali in *OHS* passano probabilmente inosservate

# I principi della **UNI ISO 26000** (2010) sulla Responsabilità Sociale delle imprese

- **1) Responsabilità nei confronti della società e dello sviluppo sostenibile con accettazione di eventuali controlli**
- **2) Trasparenza sugli obiettivi sociali e sulla provenienza delle risorse finanziarie**
- **3) Etica nell'attività di impresa, con rispetto delle persone e dell'ambiente**
- **4) Rispetto degli stakeholders**
- **5 Rispetto della Legge**
- **6) Rispetto degli standard di comportamento internazionali**
- **7) Rispetto dei diritti umani**

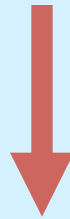
# Documenti OSHA (2005)

- **Corporate social responsibility and safety and health at work**
- **Quality of the working environment and productivity**



# Punti salienti documenti OSHA

- Collegare gli obiettivi di Salute e Sicurezza (SSL) con quelli strategici ed ambientali a lungo termine
- Integrare SSL nei principali settori ed attività (risorse umane, marketing ecc)



**Significativo beneficio in termini di produttività e fatturato**

**Un obiettivo ambizioso:**

**UTILIZZARE IL LAVORO COME  
FATTORE DI PROMOZIONE DELLA  
SALUTE**

# Dove va la Società?

Opinione diffusa dei sociologi è che la nostra *Società dei Servizi* premierà sempre più :

- ❑ il lavoro creativo, destrutturato nello spazio e nel tempo,
- ❑ la qualità e l'etica nelle prestazioni professionali
- ❑ una formazione che sarà sempre più *permanente*
- ❑ la tecnologia che ci consentirà di vivere meglio e più a lungo,
- ❑ *una ricerca quindi di qualità più che di quantità di vita*

*Per cui...*

- ❑ *promuovere la salute negli ambienti di lavoro contribuirà a promuovere la qualità della vita*

**Domanda : Il MC dovrà attrezzarsi mentalmente per privilegiare la valutazione del rischio...extralavorativo?**

# Il “*secondo welfare*”

**In Italia si stanno diffondendo sempre di più le iniziative di “welfare aziendale”.** Sempre più imprese hanno capito che il benessere dei lavoratori è direttamente proporzionale al benessere aziendale: se i lavoratori sono soddisfatti, l’impresa ne trae notevoli benefici.

Quando si sente parlare di “responsabilità sociale d’impresa”, generalmente si pensa alle performance ambientali di aziende che riducono le emissioni di CO2, che producono merci e servizi sempre più sostenibili, che ottengono importanti certificazioni o che le richiedono ai propri fornitori, oppure si fa riferimento ad organizzazioni che rivolgono le proprie iniziative alla comunità e al territorio.

▪

# Il “*secondo welfare*”

Ma esiste anche un altro tipo di responsabilità sociale d’impresa. Sempre più spesso nei bilanci sociali delle aziende compaiono voci che riguardano il rapporto con i propri dipendenti. La scelta di **investire nel miglioramento del rapporto con propri dipendenti** sembra essere ormai prioritaria, a prescindere dagli obiettivi che un’impresa si pone, dalla sua collocazione geografica o dalle dimensioni.

Se un’azienda vuole migliorare la propria presenza sul mercato, oggi deve investire nella ricerca di soluzioni innovative nella gestione delle risorse umane, ad esempio in programmi finalizzati a migliorare **l’equilibrio tra vita lavorativa e familiare dei propri dipendenti**

. **Per welfare aziendale** si intende l’insieme degli interventi messi in atto dalle imprese per facilitare la conciliazione dei tempi famiglia/lavoro, migliorare il potere d’acquisto dei dipendenti, stimolare la mobilità sostenibile, promuovere attività di prevenzione della salute.

## Mortalità e lavoro (Torino 1991-96)

<b>Condizione lavorativa</b>	<b>Rischio relativo</b>
Occupati stabilmente	1,00
Occupati in modo intermittente	1,52
Disoccupati (in precedenza occupati)	2,29
Disoccupati stabilmente	2,61
Stabilmente fuori dalla forza lavoro	4,81

(da F. Violante, 2010)

## Speranza di vita per occupazione a 35 a. (Torino, uomini, occupazione al 1991)

Addetti a pulizie, raccolta rifiuti	34,4	Forze Armate	<b>37,9</b>
Portalettere	34,8	Medici, dentisti, psicologi, farmacisti	<b>37,6</b>
Facchini	34,9	Avvocati, magistrati, commercialisti, notai	<b>37,5</b>
Alimentaristi	35,0	Insegnanti	<b>37,4</b>
Carpentieri	35,2	Professioni tecniche	<b>37,2</b>

(da F. Violante, 2010)

# Uno studio epidemiologico

Disparità nell' aspettativa di vita (fino a 5 anni) a discapito dei lavoratori provenienti da lavori usuranti ed a basso reddito  
(*c.d. gradiente sociale* ; Work Histories Italian Panel)

La speranza di vita è calcolata a 35 anni, depurata dall' effetto della mortalità prematura precedente quest' età:  
rispetto al valore medio di 44 anni per gli uomini, *la classe più avvantaggiata è quella dei dirigenti con 46,5 anni*, seguita dagli imprenditori con 46,2 anni e dai liberi professionisti con 46,1; la classe più svantaggiata risulta invece essere quella degli operai non specializzati con 2,9 anni di speranza di vita in meno rispetto ai Dirigenti

( *“Aspettative di vita, lavori usuranti e equità del sistema previdenziale”* )



# Il lavoro come fattore di promozione della salute

Da tempo si studia l'effetto “lavoratore sano” rispetto alla popolazione generale: oggi sappiamo che non è solo frutto di una selezione naturale, anche se non sono ancora noti con certezza i determinanti di salute collegati al lavoro.

Si ritiene ragionevole ipotizzare *fattori materiali* e *fattori non immediatamente tangibili*

# Il lavoro come fattore di promozione della salute

## Fattori materiali:

- Reddito
- Attività fisica
- Astensione del fumo (in molti settori)
- Controlli medici regolari

## Fattori non materiali:

- Identità
  - Rapporti sociali
  - Autostima
  - Soddisfazione
- .....

# Il caso delle malattie cardiovascolari

Programmi di educazione e/o di prevenzione a partecipazione volontaria come il *check up cardiovascolare* si inquadrano in questo contesto come uno strumento fondamentale per porre in atto azioni di:

- Prevenzione
- Diagnosi precoce (c.d. cardiopatie silenti)
- Correzione farmacologica dei fattori di rischio
- Prevenzione secondaria delle patologie

Il medico competente a questo fine è il naturale riferimento dell'azione di prevenzione e promozione con la sua capacità e possibilità di relazione con:

- ☐ i soggetti lavoratori,
- ☐ Il medico di famiglia,
- ☐ Lo specialista cardiologo

# Una casistica in Veneto

## WHP in corso di Sorveglianza Sanitaria

	<i><b>Numero</b></i>	<i><b>%</b></i>	<i><b>Note</b></i>
Totale lavoratori	<b>4.578</b>	<b>100</b>	
Tracciati nella norma	<b>3631</b>	<b>79,30</b>	
Turbe della conduzione	<b>454</b>	<b>9,90</b>	Il 10% del gruppo mostrava turbe <i>maggiori</i> del dromotropismo (BBDx e Sx completi – WPW – Blocchi A-V)
Turbe del ritmo	<b>146</b>	<b>3,20</b>	Il 18% presentava turbe maggiori del batmotropismo (F.A., BEV, BESV)
Alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione di probabile origine ischemica	<b>133</b>	<b>2,90</b>	Richiesti approfondimenti
Altre alterazioni (ingrandimenti atriali , IVS, modifiche AQRS)	<b>215</b>	<b>4,70</b>	
Invio comunicazioni medico curante	<b>68</b>	<b>1,50</b>	

# La promozione della salute : un percorso ad ostacoli



La disponibilità di risorse economiche ed umane

La partnership territoriale (MMG, Università, Enti di ricerca, Fondazioni, ecc.)

Le prevalenti modalità di presenza discontinua dei medici competenti in azienda

La contrattualistica prevalente del MC (?)



Rotta di collisione tra WHP e giudizio di idoneità?

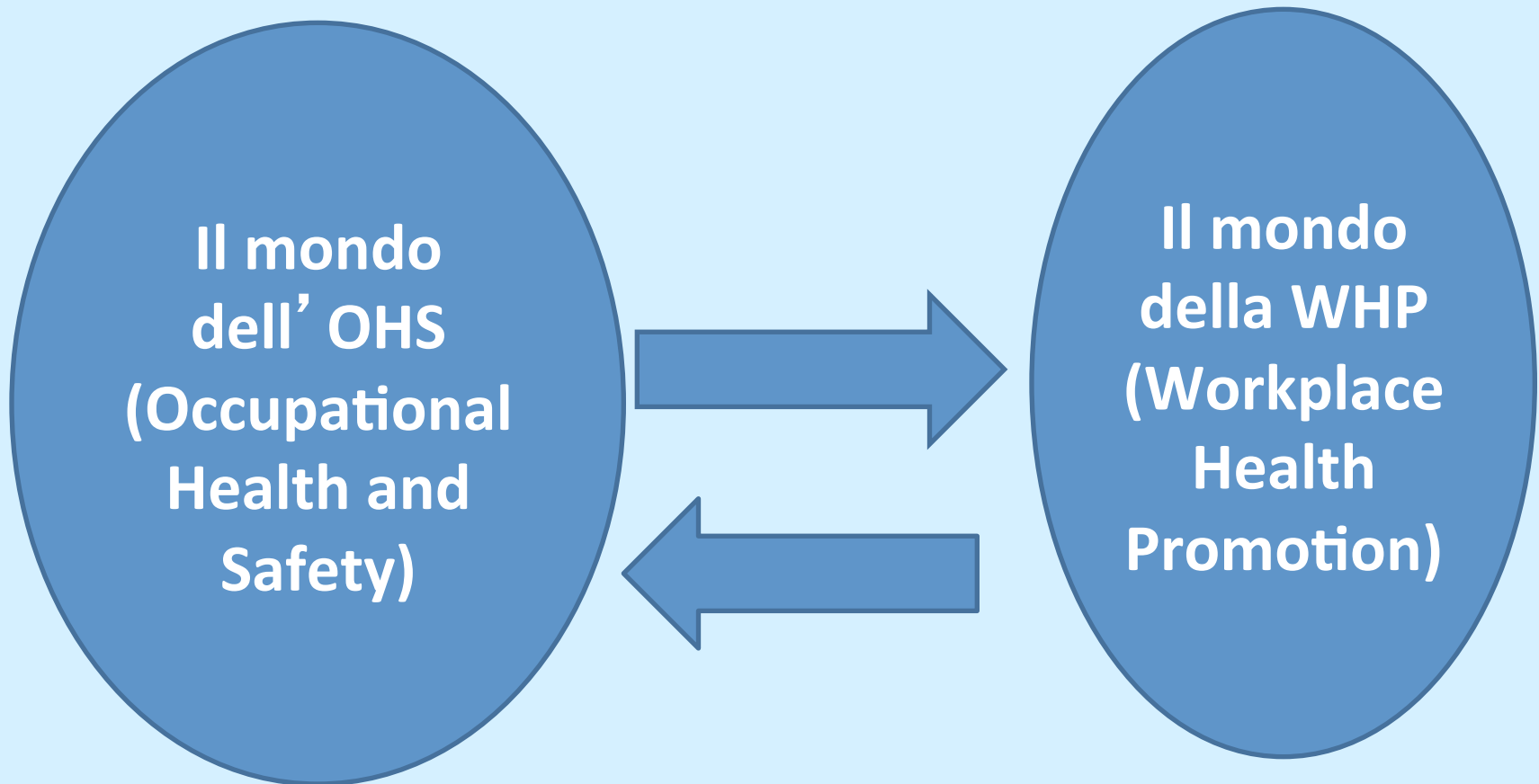
# Conclusioni



In conclusione è sempre più sfumato il confine tra lavoratore e paziente, per quanto concerne:

- Il concetto di salute
- il suo ambiente di lavoro, sempre più soggetto a bonifica , e quello di vita, molto spesso più inquinato o fonte di stress;
- i fattori di rischio lavorativo, i cui effetti sono aggravati da abitudini di vita scorrette;
- le stesse patologie di pertinenza lavorativa (c.d. “malattie da lavoro o work related diseases), a genesi per lo più multifattoriale. (*Cassazione Sezione Lavoro n. 13741 del 16 ottobre 2000*)

# Un obiettivo ambizioso: far interagire due mondi



Questi due mondi infatti sono ancora divisi, nonostante *i tentativi di ricondurre le attività dell' OHS nel quadro della Promozione della salute*, compiuti ripetutamente sia dall' OMS che dalla Commissione Europea.



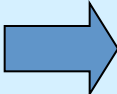
# In prospettiva ma non tanto...

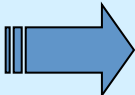
*Medico di fabbrica* (solo esperienza)

*Medico del Lavoro* (solo titolo accademico)

*Medico Competente* (Requisiti minimi di esperienza, percorso formativo ed incarico formale)



 *Medico Competente d'Azienda* (Mix di competenze cliniche, tossicologiche, ergonomiche, organizzative, relazionali e padrone delle dinamiche propriamente aziendali) : **Occupational Physician**

 *Medico delle Comunità* (ruolo attivo nella prevenzione delle patologie sociali e/o anche solo parzialmente lavoro-correlate, preservazione e promozione della salute e del benessere ) : **Comunity Physician**

**“ Lasciare accadere un male  
che si può impedire, vuole  
dire praticamente  
commetterlo. “**

**Friedrich Nietzsche**

