

# Contrasto delle disuguaglianze di salute nei luoghi di lavoro

## La patologia cardiovascolare

Francesco Bellico<sup>◇</sup>, Massimo Valsecchi<sup>\*</sup>

**Riassunto:** gli autori riportano numerosi dati di letteratura internazionale e nazionale che sottolineano come i fattori di rischio cardiovascolare siano distribuiti in modo fortemente inverso alla collocazione sociale della popolazione.

*Ne consegue un rischio particolarmente accentuato per la popolazione operaia.*

*Una parte rilevante di questi fattori di rischio sono suscettibili di diagnosi precoce e di efficaci interventi di prevenzione; gli autori propongono, perciò, che i **Dipartimenti di Prevenzione** (e, in particolare i servizi che si occupano di prevenzione nei luoghi di lavoro, quelli di igiene degli alimenti e della nutrizione ed i servizi di igiene pubblica) ed i **Medici competenti valutino l'ambiente di lavoro non solo per gli eventi infortunistici e per le malattie professionali da prevenire, ma anche come ambito collettivo in cui è necessario e possibile contrastare efficacemente la maggior causa di mortalità presente nel Paese che incide con un marcato differenziale di classe sociale.***

*Vengono, in conclusione, riportati proposte ed esempi concreti delle possibilità di organizzare la prevenzione dei fattori di rischio cardiovascolare nelle collettività di lavoro.*

### Indice

#### 1. Premessa

- *Definizione di disuguaglianze di salute*
- *Le patologie cardiovascolari*
- *Le ricerche storiche di Acheson e di Marmot*
- *Studio Passi: Rapporto nazionale 2007-2009 sulle disuguaglianze sociali e salute*
- *Progetto CCM 2009. "Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria sul modello dei programmi di screening oncologico" nella Regione Veneto*
- *Dati derivati dalla rete di medici competenti del gruppo EVINMED*

#### 2. Ipotesi di un nuovo modello di attività dei dipartimenti di prevenzione e dei medici competenti

#### 3. Proposte ed esempi di Interventi di contrasto:

- *Promozione della corretta alimentazione presso la sede aziendale.*
- *Promozione della attività motoria*
- *Cessazione del fumo*

<sup>◇</sup> Direttore EVIMED, Medico competente

<sup>\*</sup> Direttore Dipartimento di Prevenzione, ULSS 20, Verona

# 1 Premessa

---

## Definizione di disuguaglianze di salute

Health inequality è il termine generico utilizzato per indicare differenze, variazioni e disparità nelle condizioni di salute di singoli o gruppi di individui.

In altri termini vi è disuguaglianza sanitaria quando in un sottogruppo A di popolazione si manifesta un'incidenza di malattia X più elevate rispetto all'incidenza della stessa malattia in un gruppo B della stessa popolazione.

## Le patologie cardiovascolari

(cardiovascular diseases, CVDs) sono un importante problema di salute pubblica in Italia e nel mondo essendo tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità della popolazione).<sup>(1, 2, 3)</sup>

Nel 2008, in Italia, le CVDs hanno causato 224.482 morti (il 43,6% uomini e il 56,4% donne), pari al 38,8% del totale dei decessi.

L'incidenza di eventi coronarici negli uomini è pari al 6,1 per 1.000 per anno con la letalità a 28 giorni del 28%, mentre nelle donne è pari all'1,6 per 1.000 per anno con la letalità del 25%. L'incidenza di eventi cerebrovascolari negli uomini è pari al 2,7 per 1.000 per anno, mentre nelle donne è pari al 1,2 per 1.000 per anni.

I pazienti che riescono a sopravvivere ad una forma acuta nella grande maggioranza dei casi diventano malati cronici, con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali.<sup>(4)</sup>

Nel 2006, l'European Heart Network ha stimato che tutte le CVDs causano per i Paesi dell'Unione Europea un costo complessivo annuale pari a 192 miliardi di euro (2).

Inoltre, le proiezioni della World Health Organization (WHO) al 2030 sul burden of disease mantengono le CVDs ai primi posti per DALYs (3).

Le evidenze scientifiche hanno rafforzato l'importanza di interventi di tipo preventivo, atti ad impedire o a ritardare l'insorgenza delle patologie cerebro-cardiovascolari attraverso l'adozione di stili di vita sani, in particolare corretta alimentazione, attività fisica regolare e abolizione del fumo di sigaretta.

## Le ricerche storiche di Acheson e di Marmot

Nel 1997 il Ministro della Sanità d'Inghilterra affidò a Sir Donald Acheson la redazione di un rapporto indipendente sulle disuguaglianze in campo sanitario presenti in Inghilterra.

Sir Acheson organizzò e coordinò un gruppo di lavoro di cinque persone che, nel settembre del 1998, consegnò il rapporto in oggetto: "Independent Inquiry into Inequalities in Health".<sup>(5)</sup>

Il rapporto analizza i dati di mortalità suddivisi fra i sei sottogruppi sociali in cui è stata suddivisa la popolazione inglese in tre periodi :1970/1972, 1979/1983 e 1991/1993 .

---

1 Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2011.

<http://www.osservasalute.it/index.php/home>

2 The European Heart Network. European Cardiovascular Disease Statistics 2008.

<http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>

3 World Health Organization. Global atlas on CVD prevention and control 2011.

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf)

4 Ministero della Salute. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010.

<http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=327>

<http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/paginaMenuCapitoliRssp.jsp?lingua=italiano>

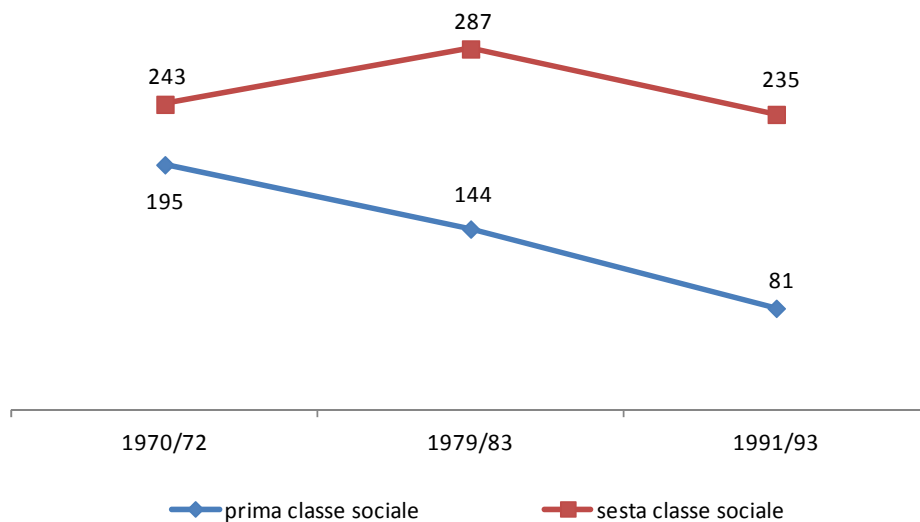
5 Il rapporto è scaricabile dal sito: [www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/chair.htm](http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/chair.htm)

**Tab.n.1:** Suddivisione delle classi sociali in Inghilterra

I	<b>professionisti</b>	Commercialisti, ingegneri, medici
II	<b>prof. tecniche e manageriali</b>	Responsabili marketing e vendite, insegnanti, giornalisti, infermieri
III n	<b>professionali non manuali</b>	impiegati, commessi, cassieri
III m	<b>Manodopera specializzata</b>	Carpentieri, padroncini, falegnami, cuochi
IV	<b>Manodopera parzialmente specializzata</b>	Guardie giurate, gruisti/carrellisti, operai agricoli
V	<b>Manodopera non specializzata</b>	manovali, altri lavori, operatori delle pulizie.

L'andamento dei tassi della mortalità cardiovascolare (su 100.000) nella prima e dell'ultima delle sei classi sociali evidenziano un andamento sorprendente dato che nella prima classe sociale sono stati, nei periodi citati, rispettivamente di 195, 144 ed 81 mentre nella sesta: di 243, 287 e 235.

**Graf.n.1:** andamento della mortalità cardiovascolare nella prima e sesta classe sociale in Inghilterra



Si è avuto così, in questo intervallo di tempo, una diminuzione di mortalità in ambedue le classi sociali solo che la diminuzione nella sesta è stata modestissima (8 punti) mentre nella prima di 114.

In questo modo, la differenza fra le classi sociali che nel 1970/1972 era di 48 punti a favore della prima è aumentata, nel 1991/1993 a 154.

Acheson e il suo gruppo hanno identificato una serie di determinanti di rischio cardiovascolare che si differenziano fortemente per classe sociale di appartenenza; ad esempio:

- Sussiste un marcato gradiente sociale nell'obesità che è più marcato nelle donne rispetto agli uomini;
- una pressione arteriosa elevata dimostra un evidente gradiente sociale nelle donne. 1996: 17% di donne di classe I ipertese contro il 24 % di classe V;
- il 10 % degli uomini di classe IV e V sono dipendenti dall'Alcool contro il 5% delle classi I e II;
- fumano il 12% dei maschi professionisti contro il 41 % degli operai non qualificati e l'11% contro il 36% nelle donne;
- la popolazione a minor reddito tende a mangiare meno frutta e verdura e meno cibi ricchi di fibre;
- sei mesi dopo la nascita,  $\frac{3}{4}$  dei nati da donne di classe I sono ancora allattati al seno, meno di  $\frac{1}{4}$  quelli in classe V

Sir Michael Marmot che, nel 2008, ha diretto il gruppo di lavoro incaricato dal ministero della sanità inglese di individuare le migliori proposte per ridurre le disuguaglianze sanitarie in Inghilterra, ha stimato che un terzo della mortalità cardiaca differenziale fra i vari livelli sociali era attribuibile ai differenti stili di vita.<sup>(6)</sup>

**Nell'agosto 2011 è stato pubblicato il Rapporto nazionale 2007-2009 sulle disuguaglianze sociali e salute del progetto Passi.**<sup>(7)</sup>

Si tratta di un documento di notevole interesse di cui riportiamo vari stralci relativi ai principali fattori di rischio cardiovascolari:

### **Abitudine al fumo**

Il 28% degli italiani di 18-69 anni ha riferito di fumare sigarette quotidianamente. Fumano di più gli uomini (32%) rispetto alle donne (24%) e, in entrambi i generi, le persone di 18-34 anni, quelle con scolarità media inferiore e quelle che riferiscono di avere molte difficoltà economiche

### **Sedentarietà**

Il 29% degli intervistati di nazionalità italiana risulta sedentario (uomini: 27%; donne 31%).

Sono più sedentarie le persone con bassa istruzione.

Complessivamente il differenziale per livello d'istruzione è forte in tutte le fasce d'età: la sedentarietà diminuisce progressivamente al crescere del titolo di studio, ad esempio tra i 18-34enni si passa dal 40% di chi ha una licenza elementare o nessun titolo d'istruzione al 18% di chi ha una laurea .

Anche nelle donne lo stato socioeconomico è associato al livello di attività fisica. Nelle Regioni centro-settentrionali la percentuale di sedentarie diminuisce passando dal livello socioeconomico più basso a quello più alto in tutte le fasce d'età. Nelle Regioni meridionali invece questo fenomeno raggiunge la significatività statistica solo tra le 50-69enni.

Complessivamente il gradiente per livello d'istruzione è evidente in tutte le classi d'età, per esempio tra le 18-34enni si passa dal 42% delle donne con un titolo elementare o assente al 23% delle laureate (vedi allegato online).

La percentuale di sedentarie è strettamente associata alle difficoltà economiche percepite, in modo particolare tra le 18-34enni e tra le 50-69enni (vedi allegato online).

6 Marmot Michael, Status Syndrome How Your Social Standing Directly Affects Your Health, 2004, BLOOMSBURY.

7 Diseguaglianze sociali e salute Rapporto nazionale 2007-2009. Progetto PASSI Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Agosto 2011. ISS. Per maggiori informazioni: [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi)

## Obesità

Circa una persona ogni dieci (12% uomini; 10% donne) di 18-69 anni è classificabile come obesa.

L'obesità, in entrambi i generi, cresce con l'età ed è più frequente nelle persone con molte difficoltà economiche riferite e in quelle con bassa scolarità (nelle donne con bassa istruzione la prevalenza di obesità è circa doppia rispetto alle laureate).

## Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco e insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori comportamentali modificabili come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica.

In Europa si stima che l'ipertensione sia responsabile, ogni anno, di circa 2,5 milioni di decessi e di un carico di malattia pari ad oltre 17 milioni di DALYs (anni di vita in buona salute persi).

L'ipertensione è prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione ed è possibile contrastarne gli effetti con adeguate terapie farmacologiche e appropriate modifiche degli stili di vita.

Complessivamente, nel triennio 2007-09, il 21% degli italiani di 18-69 anni ha dichiarato di aver avuto una diagnosi di ipertensione da parte di un medico. L'ipertensione riferita è più frequente (seppure in misura lieve) negli uomini e aumenta fortemente con il crescere dell'età in entrambi i generi: nella fascia

50-69 anni la prevalenza raggiunge il 40.

Una prevalenza più alta si osserva, in tutte le classi d'età e ripartizioni geografiche, fra gli uomini con stato socioeconomico basso; le differenze più elevate si osservano nelle Regioni settentrionali nelle fasce di età 18-34 anni e 35-49 anni, nelle quali la percentuale di ipertesi passa dal livello socioeconomico più alto a quello più basso rispettivamente dal 5% al 10% e dal 14 al 18%.

**Tab. n.2** distribuzione della prevalenza dell'ipertensione per classi di età, istruzione, difficoltà economica, ripartizione geografica. Fonte: studio Passi citato.

	Uomini		Donne	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>21,9</b>	<b>21,4</b>	<b>20,3</b>	<b>19,8-20,8</b>
<b>Classi di età</b>				
18-34	5,8	5,2-6,4	3,3	3,0-3,8
35-49	16,0	15,2-16,8	11,8	11,1-12,5
50-69	39,7	38,7-40,7	39,6	38,7-40,6
<b>Istruzione</b>				
Nessuna/elementare	39,4	37,6-41,3	45,9	44,3-47,4
Media inferiore	23,4	22,5-24,4	21,3	20,4-22,3
Media superiore	17,2	16,5-17,9	13,3	12,6-14,0
Laurea	19,7	18,2-21,3	10,1	9,1-11,3
<b>Difficoltà economiche</b>				
Molte	26,9	25,2-28,7	27,7	26,3-29,3
Qualche	22,2	21,4-23,1	21,1	20,4-21,9
Nessuna	20,4	19,7-21,1	16,9	16,2-17,5
<b>Ripartizione geografica</b>				
Nord	22,1	21,5-22,7	19,8	19,3-20,4
Centro	22,1	21,1-23,1	20,2	19,2-21,2
Sud	21,4	20,4-22,5	20,9	20,0-21,9

<sup>1</sup>Ipertesi: persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa almeno una volta nella vita e che hanno dichiarato di aver avuto una diagnosi di ipertensione da parte di un medico

## Diabete

Il diabete mellito è una patologia che ha un forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione e un costo socioeconomico molto elevato. Il diabete di tipo 1 (detto anche insulino dipendente) insorge prevalentemente durante l'infanzia e l'adolescenza, mentre quello di tipo 2 (che rappresenta circa il 90% di tutti i casi di malattia) compare prevalentemente in età adulta.

Il diabete di tipo 2 è correlato sia a fattori socioeconomici sia a fattori comportamentali individuali: la sua insorgenza può perciò essere prevenuta con uno stile di vita adeguato. Il decorso del diabete è contrassegnato da numerose complicanze croniche, tra queste quelle particolarmente frequenti e gravi sono quelle cardiovascolari.

In Europa si stima che, ogni anno per patologie legate al diabete, muoiano circa 750.000 persone e vengano persi oltre 7 milioni di anni di vita in buona salute (DALYs).

L'OMS ha inserito il diabete tra le patologie croniche su cui maggiormente investire per la prevenzione, dato il crescente peso assunto da questa patologia anche nei Paesi in via di sviluppo e vista la possibilità

di attuare misure preventive efficaci e di basso costo.

Nel triennio 2007-09 il 6,9% degli italiani di 35-69 anni ha dichiarato di aver avuto, da parte di un medico, la diagnosi di diabete mellito (tipo 1 o tipo 2). La prevalenza riferita di diabete è maggiore negli uomini e in entrambi i generi è più alta tra le persone di 50-69 anni, tra quelle con un basso livello d'istruzione e con molte difficoltà economiche

### **Progetto CCM 2009. "Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria sul modello dei programmi di screening oncologico" nella Regione Veneto**

Nel 2009 è stato attivato nella Regione Veneto il progetto di ricerca "Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria sul modello dei programmi di screening oncologico"<sup>(8)</sup>.

Il progetto è iniziato nel marzo del 2010 ed ha coinvolto sei delle 21 ULSS della regione. A tutta la popolazione di età compresa fra i 45 ed i 59 anni (circa 17.000 persone) è stata inviata l'offerta di sottoporsi ad uno screening dei fattori di rischio cardiovascolari che viene gestito, negli ambulatori dei medici di medicina generale associati da Assistenti Sanitari addestrati al counselling.

L'adesione allo screening è stata molto elevata, pari al 59,4 % della popolazione bersaglio.

Di questo programma che sta dando risultati molto importanti, intendiamo, in questa sede sottolineare solo alcuni dei dati emersi dallo screening (i dati sono aggiornati al 31 agosto 2012) che riguardano l'entità dei fattori di rischio cardiovascolare identificati:

- ipertesi: 10%
- iperglicemici: 6,7%

Questi dati confermano, dunque, che nella popolazione adulta, giovane, esiste un problema importante di fattori di rischio non diagnosticati. I dati di questa ricerca non consentono di suddividere la popolazione in sottopopolazioni di diversa collocazione sociale ma resta interessante verificare la loro congruenza con i dati corrispondenti identificati dalla ricerca PASSI.

### **Dati derivati dalla rete di medici competenti del gruppo EVIMED**

Evimed è una struttura privata che effettua il servizio di sorveglianza sanitaria e di medicina preventiva presso numerose aziende collocate sull'intero territorio nazionale. Il sistema di gestione delle cartelle sanitarie digitalizzate consente ai medici competenti di far confluire gli esiti dei controlli sanitari in un unico data-base dove sono annotate tutte le variabili relative agli stili di vita che concorrono a determinare il rischio cardiovascolare.

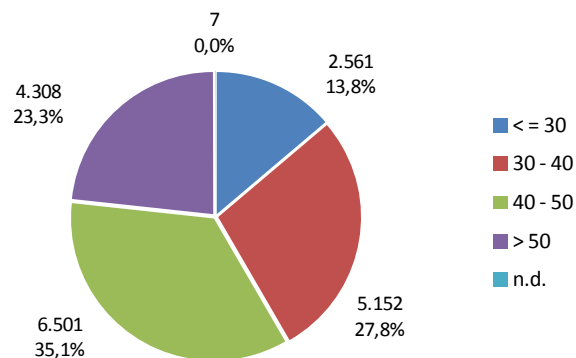
---

<sup>8</sup> Per maggiori informazioni:

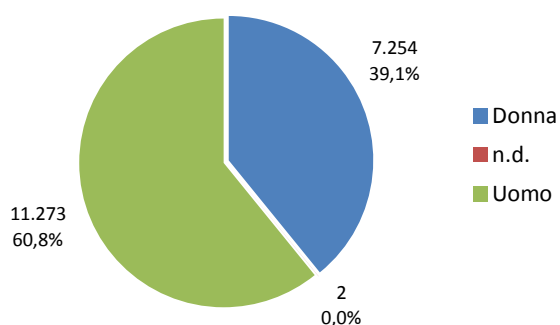
[http://www.ccm-network.it/programmi/2009/prevenzione\\_cardiovascolare\\_attiva](http://www.ccm-network.it/programmi/2009/prevenzione_cardiovascolare_attiva)

La mappatura di queste variabili, l'estensione della popolazione controllata (circa 45.000 persone), e la possibilità di effettuare controlli periodici, consentono di utilizzare questi dati per verificare la congruità delle informazioni provenienti dagli studi precedenti e per programmare un piano razionale di contrasto dei fattori di rischio presso la sede aziendale.

**Graf. n 2;** Distribuzione per età e sesso del campione di lavoratori sottoposti a controlli periodici da Evimed (tot 48.544 persone)



Età	N° Dipendenti	% Dipendenti
	<b>18.529</b>	<b>100,0%</b>
<= 30	2.561	13,8%
30 - 40	5.152	27,8%
40 - 50	6.501	35,1%
> 50	4.308	23,3%
n.d.	7	0,0%



Sesso	N° Dipendenti	% Dipendenti
	<b>18.529</b>	<b>100,0%</b>
Donna	7.254	39,1%
n.d.	2	0,0%
Uomo	11.273	60,8%

L'attività di sorveglianza sanitaria routinaria svolta periodicamente dai MC su questa popolazione evidenzia due patologie con particolare frequenza: ipertensione e sovrappeso/obesità.

La frequenza con cui viene riscontrata l'ipertensione durante le visite risulta preoccupante : su 21.263 visite eseguite nel 2012 il 23,8% dei soggetti è risultato iperteso durante le visita medica con un marcato incremento per classi di età(vedi fig. n.3).<sup>(9)</sup>

Almeno il 50% dei soggetti risultati ipertesi al controllo dei medici competenti non assumono alcun farmaco; dato questo che concorda con le rilevazioni effettuate nell'ambito del progetto Cuore promosso dall'ISS (Il 51% degli ipertesi - i dati riportati si riferiscono alla popolazione generale, uomini e donne di età compresa fra 35 e 74 anni, esaminati tra il 1998 e il 2002 - dichiara di non essere sottoposto ad alcun trattamento farmacologico).<sup>(10)</sup>

Inoltre come appare dalla figura seguente è prevedibile un aumento notevole dei soggetti ipertesi in funzione dell'invecchiamento con le prevedibili ricadute sulla morbilità correlata.

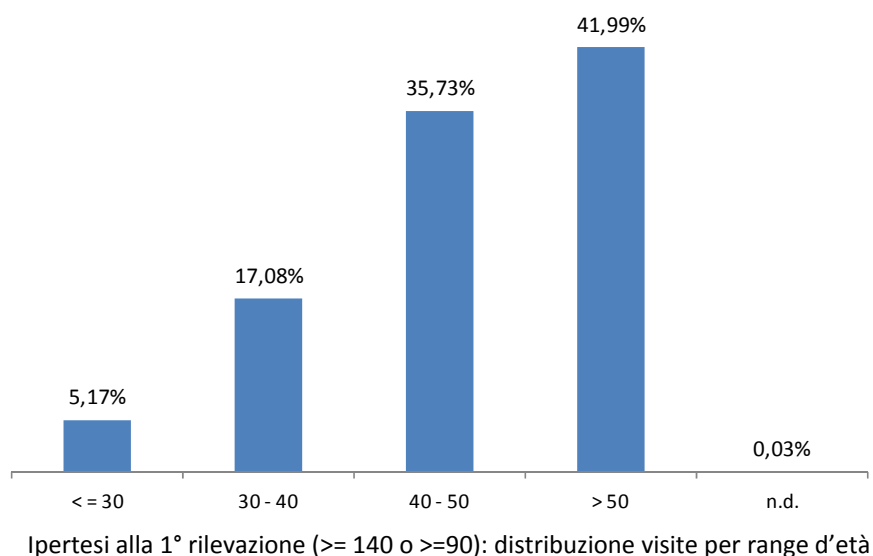
9 La misurazione viene effettuata con strumenti validati dal punto di vista medicale e utilizzati in grandi trial clinici (Omron 705 It) dotati di bracciali normali e un secondo bracciale per obesi.

La misurazione non viene mai effettuata prima di una periodo di 5 minuti di inattività.

Dopo tre minuti in caso di riscontro di ipertensione viene effettuata e registrata una seconda misurazione.

10 <http://www.cuore.iss.it/fattori/Trattamentolipertensione.asp>

**Graf. n.3** Prevalenza Ipertensione in relazione all'età



## ***2 Ipotesi di un nuovo modello di attività dei dipartimenti di prevenzione e dei medici competenti***

Visti i dati sopra riportati, appare necessario che si identifichi una nuova strategia di intervento in azienda.

I Dipartimenti di Prevenzione (e, in particolare i servizi che si occupano di prevenzione nei luoghi di lavoro, quelli di igiene degli alimenti e della nutrizione ed i servizi di igiene pubblica) ed i Medici competenti debbono valutare l'ambiente di lavoro non solo per gli eventi infortunistici e per le malattie professionali ma anche come collettività di individui in cui è necessario e possibile contrastare efficacemente le patologie cardiovascolari, la maggior causa di mortalità presente nel Paese che colpisce, nei luoghi di lavoro, con un marcato differenziale di classe sociale.

E' quindi necessario rendere consapevoli i medici competenti di come il contesto in cui operano rappresenti una condizione in cui può essere messa in atto una strategia preventiva di popolazione, rispetto alle patologie più diffuse, molto efficace ed unica nel suo genere, che dovrebbe essere vista come di prioritaria importanza nel contesto degli obblighi giuridici e deontologici del Medico del Lavoro.

I medici competenti eseguono accertamenti sanitari di tipo preventivo e periodico volti a determinare l'idoneità di un soggetto rispetto ad una specifica mansione e i relativi rischi.

Indipendentemente dalla mansione svolta e dagli accertamenti integrativi volti alla emissione del giudizio di idoneità, gli accertamenti sanitari devono comprendere:

- anamnesi patologia familiare;
- anamnesi fisiologia;
- anamnesi farmacologica;
- anamnesi patologia remota e prossima;
- misurazione di peso e altezza (BMI);
- misurazione della pressione.



E' opportuno che l'anamnesi fisiologica sia raccolta in modo da rilevare dati quantitativi rispetto alle seguenti variabili:

- fumo: sigarette die/ da quanti anni;
- attività motoria: ore di attività motoria su base settimanale;
- alimentazione: porzioni di frutta e verdura consumate in media al giorno;
- assunzione di alcolici: unità alcoliche assunte in media al giorno o in maniera occasionale.

La "quantificazione" di queste variabili può essere effettuata senza alcun significativo aggravio di tempo rispetto alla normale attività svolta del medico aziendale in sede di visita ed è un elemento imprescindibile al fine di un inquadramento delle condizioni di salute di un individuo, e dei suo rischio di sviluppare patologie.

In questo contesto, di fronte a comportamenti insalubri molto comuni, quali il fumo, la scorretta alimentazione e sedentarietà, il ruolo del medico aziendale può essere di grande importanza nell'aumentare la consapevolezza delle persone circa la pericolosità di tali abitudini utilizzando anche un modello di task shifting (ridistribuzione razionale dei compiti)<sup>(11)</sup> che veda l'utilizzo di Assistenti Sanitari addestrati al counselling in modo da coadiuvare i medici competenti ed alleggerire il costo complessivo dell'operazione.

### ***3 Proposte ed esempi di Interventi di contrasto:***

---

Di forte interesse sono gli interventi di prevenzione primaria volti contro i fattori di rischio cardiovascolari che possono essere attivati nell'ambiente di lavoro con risultati che possono essere più interessanti rispetto ai singoli interventi individuali.<sup>(12)</sup>

#### **3.1 Promozione della corretta alimentazione presso la sede aziendale.**

Durante gli accertamenti sanitari periodici possono essere (ed in alcune situazioni ciò avviene già) rilevati dati relativi all'alimentazione e fornite indicazioni per migliorarne gli aspetti qualitativi, in particolare in relazione al consumo di frutta e verdura e alla restrizione sodica ad ogni singolo dipendente.

In queste situazioni vengono distribuiti ai lavoratori degli opuscoli per l'informazione sulla caratteristiche principali della alimentazione volta a correggere l'ipercolesterolemia, il diabete e un eccessivo consumo di sodio oltre ad indicare il corretto introito calorico in relazione alla attività svolta.

Nelle aziende che dispongono di un servizio di mensa aziendale, inoltre, c'è ampio spazio di collaborazione con chi fornisce la ristorazione collettiva per diverse modalità di intervento : dall'indicazione delle calorie dei cibi offerti al porzionamento ridotto distribuito di default con possibilità di chiedere un'ulteriore aggiunta.

Alcuni fornitori del servizio mensa indicano poi corretti percorsi dietetici che abbinano le varie pietanze in modo equilibrato integrando così le informazioni contenute negli opuscoli informativi.

---

11 Secondo l'OMS "task shifting" è " la ridistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario" grazie alla quale competenze specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione più elevata ad altri di qualificazione meno elevata con l'obiettivo di raggiungere un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

Questa modalità di riorganizzazione è stata studiata per interventi specifici in ambito di controllo dell'HIV in particolare per i paesi dotati di minori risorse (la prima conferenza mondiale è stata tenuta ad Addis Abeba fra l' 8 e il 10 gennaio 2008).

In realtà si tratta di una modalità razionale di organizzare il lavoro che può trovare utile applicazione nelle attività di prevenzione del nostro Paese che presenta una situazione di "ingessamento" corporativo particolarmente elevato.

12 **A worksite vitality intervention to improve older workers' lifestyle and vitality-related outcomes: results of a randomised controlled trial.** J Epidemiol Community Health 2012;66:1071-1078

### 3.2 Promozione della attività motoria

La strategia per migliorare l'attività motoria deve essere individuata in base alle caratteristiche dell'azienda e al suo posizionamento.

Alcuni tipi di intervento possono, però, essere adottati in ogni contesto e risultano efficaci specie se si abbinano ad interventi di educazione alimentare: <sup>(13, 14)</sup>

- In luoghi di lavoro che ospitino edifici a più piani, si è dimostrato efficace promuovere l'uso delle scale in alternativa agli ascensori;
- nelle aziende con più di 300 addetti si apre l'opportunità di collaborare con il mobility manager per verificare modalità di accesso e di uscita dal luogo di lavoro che prevedano il mancato utilizzo parziale o totale dell'automobile;
- organizzare gruppi di cammino;
- sono in corso tentativi di valutare la distribuzione e l'utilizzo di contapassi per stimolare i lavoratori che, all'anamnesi, risultino sedentari a verificare di totalizzare i 10.000 passi al giorno che sono sicuramente efficaci per prevenire incidenti cardiaci acuti.

### Cessazione del fumo

Il fumo di sigaretta costituisce un importante fattore di rischio e, come abbiamo visto, questo fattore di rischio si distribuisce con un gradiente sociale. Smettere di fumare è un'impresa spesso difficile ma abbiamo ormai documentazione consolidata sull'efficacia dei corsi di disassuefazione per utenti che hanno maturato la volontà di interrompere questa dipendenza.

In alcune situazioni, questi corsi possono essere organizzati presso la sede aziendale. <sup>(15)</sup>

Riteniamo che in queste situazioni i tassi di successo nella cessazione del fumo in ambiente di lavoro possano essere superiori rispetto a quelli ottenuti in interventi individuali. <sup>(16)</sup>

In un esperimento in corso nella zona di Verona, abbiamo previsto un calendario che prevede 12 incontri di circa 2 ore condotti da psicoterapeuti esperti nel trattamento della dipendenza con un numero massimo di partecipanti di 15 lavoratori.

Verona, 21/02/2013

---

13 <http://www.newsletterattivamotoria.info/index.php?module=Pagesetter&func=viewpub&tid=3&pid=168>

14 **"Promoting physical activity in the workplace (PH 13)"**. Linee guida di sanità pubblica emanate nel maggio 2008 dal National Institute for Health and Clinical Excellence del NHS. <http://www.nice.org.uk/PH013>

15 **"Workplace interventions to promote smoking cessation (PH5)"**. Linee guida di sanità pubblica emanate nel maggio 2008 dal National Institute for Health and Clinical Excellence del NHS. <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=11381>

16 **"Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence."** IGA-Report 3e, 2004.

[http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte\\_Projektberichte/iga-Report\\_3e\\_benefits\\_workplace\\_prevention.pdf](http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_3e_benefits_workplace_prevention.pdf)