

NOTIZIARIO

Linee-Guida SIMLII sulla sorveglianza sanitaria delle Forze dell'Ordine italiane: un vuoto da colmare

FORZE DELL'ORDINE E SALUTE PUBBLICA

Le Forze dell'Ordine (FO) esplicano un servizio di importanza vitale per il bene pubblico: il mantenimento dell'ordine e della sicurezza nel rispetto della legge rappresenta, infatti, il presupposto essenziale del vivere civile, senza il quale nessun altro tipo di servizio o di attività produttiva sarebbe possibile. Per questa specifica funzione, l'operatore delle Forze dell'Ordine (OFO), qualunque sia il Corpo o l'Ente di appartenenza (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, Polizia Locale), svolge sempre una mansione critica per la collettività. Egli, difatti, ha in dotazione armi da fuoco, controlla il territorio, e ciò significa che è capillarmente presente in ogni luogo; è sempre tenuto a reagire a violazioni dell'ordine costituito, e quindi è sempre in servizio, anche al di là dell'orario previsto, anche nel tempo libero. L'OFO deve esercitare una presenza discreta ma vigile e si deve immediatamente attivare in qualsiasi momento, quando ciò sia necessario. Questa condizione, che è propria di altri servizi di emergenza, è particolarmente dispendiosa dal punto di vista delle energie mentali e rende le attività delle FO stressanti. Ma solo l'OFO unisce alla necessità di attivarsi immediatamente in qualsiasi momento la caratteristica di portare con sé delle armi, il cui uso inappropriato è ovviamente pericoloso.

Da questa elevata criticità nasce la considerazione che la prevenzione nelle Forze dell'Ordine è una esigenza primaria di salute pubblica. Non si può parlare di salute e sicurezza della popolazione se non c'è salute e sicurezza delle Forze dell'Ordine. Un Paese che voglia garantire ai propri cittadini il rispetto dell'ordine pubblico deve razionalmente investire nella prevenzione dei rischi per la salute e sicurezza delle FO. Dal momento, tuttavia, che le risorse non sono infinite, la loro allocazione deve seguire principi di provata validità scientifica. Più che in altri settori, si deve continuamente verificare non solo lo stato di salute dei lavoratori, ma la loro capacità di rispondere in modo efficace ed in piena sicurezza

agli stimoli esterni, che possono essere previsti solo stocasticamente. I percorsi diagnostici e terapeutici, cioè le modalità per identificare tempestivamente i problemi di salute fisica o mentale e quelle per assicurare un pronto e completo recupero, dovrebbero essere stabiliti in anticipo rispetto al verificarsi degli eventi, conosciuti ed accettati dai lavoratori, ed implementati con efficienza. Il rischio nelle FO non è eliminabile, di conseguenza, deve essere efficacemente gestito.

LA GESTIONE DEL RISCHIO PROFESSIONALE

Sarebbe lecito aspettarsi dunque che la letteratura medica, e quella di medicina del lavoro in particolare, ospitassero un gran numero di studi circa le modalità per organizzare, garantire e controllare la salute e sicurezza di questi lavoratori. Così non è, ed appare anzi che, a parte poche e isolate segnalazioni (2, 5, 13, 15), il tema sia scarsamente analizzato. Potrebbe sembrare, paradossalmente, che proprio l'importanza del rischio abbia scoraggiato i ricercatori ed i medici dall'occuparsene sistematicamente, ma, in realtà, uno dei fattori che hanno ostacolato l'approfondimento e la proposizione di modelli di gestione e di intervento va ricercata prioritariamente nella difficoltà di sistematizzare, definire e valutare concretamente, secondo la usuale metodologia, il rischio.

In molti Paesi, e tra questi nel nostro, l'estensione della normativa di salute e sicurezza alle Forze dell'Ordine è avvenuta con sensibile ritardo rispetto ad altri settori lavorativi e la sua applicazione, per quanto modulata da norme a salvaguardia della specifica funzione ed organizzazione, ha presentato difficoltà talvolta notevoli. I fattori che ostacolano una efficace e concreta applicazione della normativa sono molti e la carenza di risorse materiali ed umane non sembra il primo in ordine di importanza. È probabile che a determinare questa carenza agiscano motivazioni più complesse ed intrinseche, correlate al tipo di cultura ed alla tradizione.

In primis, coloro che svolgono servizio di polizia dedicano maggiori sforzi e, conseguentemente, attribuiscono grande importanza alle funzioni di lotta al crimine e di interventi in emergenza a tutela della sicurezza pubblica, mentre sono molto meno propensi a riconoscere analogo ruolo alle attività che afferiscono alla cosiddetta “polizia di prevenzione”. In tal senso, l’adeguamento a norme prevenzionistiche, in apparente antitesi con la “missione” del tutore dell’ordine pubblico che, tradizionalmente, prevede quasi l’esibizione del rischio e del coraggio, viene vissuta in maniera del tutto riduzionistica.

Da questo punto di vista, le patologie subentranti negli OFO assumono più il significato di attestati di benemeranza e di testimonianza delle doti di sacrificio che l’opinione pubblica ritiene indispensabili per chi svolge tale lavoro – e da qui la tradizionale e diffusa richiesta della dipendenza da causa di servizio di infermità da parte degli stessi – che non condizioni morbose da prevenire e combattere.

Inoltre, una parte di tali operatori tende a stigmatizzare la malattia, prima tra tutte quella che, anche del tutto marginalmente, potrebbe essere ascritta alla sfera neuropsichica, nella convinzione e nel timore di non poter continuare la propria attività lavorativa. Da ciò può derivare anche un ritardo a ricorrere a cure mediche o interventi preventivi.

Tali aspetti, che rappresentano solo alcuni dei molteplici e complessi fattori in gioco, esemplificano tuttavia alcune dinamiche che si pongono in contrasto con l’attuazione di tempestive ed efficaci politiche di prevenzione. Ciò avviene in un settore che, più di altri, richiederebbe una sicurezza attiva e partecipata, di tipo trasversale, con pieno coinvolgimento di tutti gli operatori, anche in considerazione della peculiare attenzione che questi operatori istituzionalmente rivolgono alla sicurezza e alla salute di terze parti.

L’individuazione di Linee Guida per la sorveglianza sanitaria e la gestione del rischio per la salute e sicurezza degli OFO (tabella 1), oltre a rispondere alla incontrovertibile esigenza di razionalizzare ed uniformare gli interventi del medico competente, assume pertanto in questo settore un significato particolare, dovendo primariamente rispondere all’esigenza inderogabile della nostra società di tutelare non solo la salute degli OFO, ma quella della collettività stessa in cui essi operano. Di qui dunque l’esigenza di non dissipare risorse in protocolli di sorveglianza poco utili mutuati acriticamente da altri settori e di contribuire, ed è questo forse l’aspetto più importante, ad una diversa cultura d’approccio e di gestione.

UN MODELLO DI GESTIONE DEL RISCHIO PER LE FORZE DELL’ORDINE

L’analisi delle peculiarità del lavoro delle FO ci aiuta a capire perché la scelta del modello per la gestione del rischio

Tabella 1. Indice delle Linee Guida SIMLII “Rischi lavorativi nelle Forze dell’Ordine”.

-
- Introduzione
 - Capitolo 1: Definizione dell’inquadramento giuridico delle Forze dell’Ordine con classificazione di mansioni, attribuzioni a compiti specifici, ruoli e rischi lavorativi associati
 - Capitolo 2: Analisi dei rischi professionali generici e specifici
 - Capitolo 3: La prevenzione dell’operatore di Polizia e la sicurezza verso terzi
 - Capitolo 4 : L’Epidemiologia
 - Capitolo 5: La sorveglianza sanitaria
 - Capitolo 6: Il ruolo del Medico competente e dell’Organo di Vigilanza nella gestione della salute e sicurezza delle Forze dell’Ordine
 - Capitolo 7: Il rischio stress lavoro correlato
 - Capitolo 8 : Alcool e droghe
 - Capitolo 9: Salute e Sicurezza nelle Polizie locali
 - Appendice : Protocolli di sorveglianza sanitaria
-

nelle FO non possa pedissequamente seguire la tradizione di altri processi lavorativi, ma debba al contrario sviluppare caratteristiche originali che ne rendano massima l’adesione alle problematiche da affrontare.

Il controllo del rischio richiede l’esecuzione, coordinata e continuativa, di 4 fasi essenziali, tra loro strettamente integrate: valutazione del rischio, sorveglianza e monitoraggio, informazione e formazione, verifica (12).

In ogni fase deve essere rispettata una doppia giustificazione:

- legale (basata su principi giuridici, a loro volta fondati su valutazioni etiche)
- medica (evidence-based prevention).

La valutazione del rischio è l’incipit logico del processo. Questa valutazione deve essere oggettiva, cioè basata su elementi verificabili. Non c’è valutazione del rischio che non possa essere rivista alla luce delle evidenze raccolte nella sorveglianza e nel monitoraggio.

La valutazione dei rischi richiede il contemporaneo impiego di competenze tecniche e sanitarie. Il metodo della medicina del lavoro, delineato da Ramazzini e seguito in tutto il mondo per tre secoli, prevede che sia il medico a verificare di persona l’esistenza di un rischio per la salute e la sicurezza, tramite i dati epidemiologici che egli ricava dalle visite mediche e sulla base delle conoscenze che egli matura nel corso dei sopralluoghi negli ambienti di lavoro. Lo scopo della medicina del lavoro era, ed è tuttora, intervenire sull’ambiente di lavoro, rimuovendo la causa o le cause della patologia e modificando l’organizzazione del lavoro, prevenendo quindi in via primaria la patologia. Nel “*De Morbis*

Artificum Diatriba” Ramazzini dà innumerevoli esempi non solo dei suoi interventi sull’ambiente di lavoro, ma anche dei consigli che egli dispensava ai lavoratori per indurli a lavorare meglio, e che questi però non sempre seguivano, perché le esigenze produttive sono sempre state, anche tre secoli fa, un potente incentivo ad ignorare le misure di sicurezza.

Osservando come si è andato sviluppando il processo di valutazione del rischio nella realtà dei nostri giorni c’è da chiedersi in qualche caso se non ci siamo troppo allontanati dal metodo originale, col rischio di smarrire il senso di quello che facciamo. Documenti di valutazione scritti solo da tecnici, talora con stile macchinoso e linguaggio poco comprensibile, ma senza un decisivo apporto da parte del medico, sono sostanzialmente inadatti allo scopo che si prefiggono e cioè non solo di descrivere gli “hazard”, i fattori di rischio, ma di quantificare la probabilità di accadimento di un evento lesivo per ogni singolo lavoratore (“risk”). Seguire un tale tipo di prassi deteriora non sarebbe di nessun vantaggio per gli OFO né per le FO nel loro insieme.

In ogni valutazione, l’identificazione dei rischi è il primo atto, che serve soprattutto a scegliere quali rischi devono essere misurati. L’esperienza dei paesi del Nord Europa ha insegnato, da molti decenni, che questo atto è tanto più efficace quanto più è condiviso. Nella tradizione scandinava, alla quale si è ispirata la normativa europea, il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) ed il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS) condividono la definizione dei rischi e la scelta di allocare risorse alla valutazione di uno, piuttosto che di un altro, fattore di rischio. In questa tradizione le due figure, che sono generalmente due tecnici della prevenzione, hanno pari autonomia decisionale e pari autorità. Il processo è democratico, orizzontale, partecipativo; l’intervento dello Stato non è previsto, se non a seguito di una evidente rottura delle relazioni tra i due soggetti che renda imminente il pericolo per la salute e sicurezza dei lavoratori. Il vantaggio di questa modalità operativa, rispetto alla nostra pretesa di imporre rigidamente per legge innumerevoli obblighi, è evidentemente legato alla maggiore flessibilità degli interventi, che consentono di ot-

tenere maggiore efficienza. L’esperienza nordeuropea non è immediatamente trasferibile alla situazione delle FO italiane; tuttavia essa rappresenta un utile riferimento in quanto indica la necessità di andare alla sostanza, allocando risorse solo alla prevenzione dei rischi veramente rilevanti.

La mera identificazione di un fattore presente nell’ambiente (tabella 2) non è sufficiente per indicare questo rischio come rilevante e suscettibile di causare danni per la salute e sicurezza dei lavoratori o di terze parti. Nei paesi europei la sola presenza di un agente di rischio non può sostanziare decisioni come quella di classificare alcuni lavoratori come soggetti “a rischio” e tanto meno giustificare l’adozione di azioni successive, come l’istituzione della sorveglianza sanitaria. Ciò dovrebbe essere anche in Italia, e così era difatti anche in passato, con il DPR303/56, che basava la prevenzione sulla presenza di un agente di rischio, ma prevedeva la modulazione dell’obbligo di visite nei casi in cui il rischio fosse poco rilevante. Paradossalmente proprio l’attuale normativa, ispirata dalle Direttive europee e in linea di principio più aderente alla situazione reale, risulta in realtà assolutamente rigida nell’imporre per legge una serie di controlli medici ed accertamenti sanitari obbligatori in corrispondenza di rischi non misurati, ma solo enunciati (come il lavoro al videoterminale). Nei casi in cui la legge impone adempimenti dei quali non si ravvisa una diretta relazione con i maggiori rischi per la salute e sicurezza degli OFO, sorge quindi l’esigenza di riqualificare questo impegno, orientando le visite mediche non già alla ricerca di malattie professionali inesistenti, ma al miglioramento delle condizioni di salute tramite programmi di promozione.

RISCHI ATTUALI E RISCHI POTENZIALI

La valutazione del rischio consiste nella misurazione dell’agente potenzialmente nocivo e nella stima della possibilità che esso abbia a determinare una patologia in quanti vi sono esposti. Quando si valuta che un agente chimico, fisico, biologico o psicosociale sia in grado di determinare un

Tabella 2. Principali rischi professionali nelle Forze dell’Ordine

Rischi generici	Operatori Forze dell’Ordine	Rischi specifici
<ul style="list-style-type: none"> • Rumore • Vibrazioni • Videoterminali • Microclima • Ergonomici • Movimentazione carichi • Agenti chimici • 		<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione del lavoro • Stress lavoro-correlato • Rischio biologico •

danno, bisogna al tempo stesso predisporre tutte le misure idonee a ridurre la probabilità di accadimento e quindi attuare le più opportune difese ambientali ed individuali, oltre a formare e informare i lavoratori e organizzare una attività di sorveglianza e monitoraggio.

L'estensione della qualifica di "esposto al rischio" a una platea di lavoratori più ampia del dovuto non è, come potrebbe sembrare, una migliore tutela, ma al contrario rappresenta, oltre che una dissipazione di risorse economiche, una possibile distorsione delle difese individuali di cui ciascuno dispone per opporsi alle minacce ambientali. Indurre qualcuno a difendersi da un rischio che non è reale potrebbe distrarlo e indurlo a sottovalutare rischi immanenti, solo perché non valutati.

Analogamente, includere tra i rischi identificati tutti quelli potenzialmente presenti nel corso della vita lavorativa, ma non attuali, può finire per far perdere di vista, al lavoratore e agli stessi operatori della prevenzione, il vero oggetto dell'opera di prevenzione.

Perché ci sia un obbligo di sorveglianza il rischio non può essere *potenziale*, ma deve essere *attuale*. Non avrebbe senso quindi imporre un piano sanitario "panoramico" per controllare le possibili conseguenze per la salute di agenti di rischio cui gli OFO potrebbero essere esposti in determinate ed ipotetiche circostanze future. La capacità di gestire le evenienze che non si sono ancora materializzate non è difatti un compito della sorveglianza medica, ma della formazione. Così come l'adozione da parte dell'OFO delle corrette procedure per segnalare l'avvenuta esposizione ad un agente di rischio e accedere alle misure di counselling, monitoraggio e sorveglianza post-esposizione è compito dell'informazione, non della sorveglianza. È del tutto evidente che la sorveglianza sanitaria è strettamente connessa con la formazione e l'informazione e che questi momenti sono a loro volta connessi con la valutazione dei rischi e integrati nel processo di gestione del rischio.

Dall'identificazione dei fattori di rischio scaturisce l'osservazione che molti appartenenti alle Forze dell'Ordine sono esposti a numerosi pericoli, ma generalmente non in modo continuo e attuale. Esiste, in altri termini, un "rischio di essere a rischio". Questa situazione non può determinare l'obbligo di sorveglianza sanitaria in senso classico, ma deve motivare una azione di promozione della salute. L'OFO dovrebbe, in certo senso, essere considerato come un atleta, che deve eventualmente fornire performance psicofisiche elevate per brevi periodi in occasioni prevedibili solo in termini statistici. Quindi egli deve essere formato non solo ad affrontare correttamente questi pericoli, ma deve anche conoscere le procedure da attivare per segnalare l'avvenuta esposizione e prevenirne i rischi.

Di conseguenza, in armonia con quanto disposto dalla legge, la sorveglianza sanitaria obbligatoria degli OFO

dovrebbe essere mirata ai rischi cui essi sono attualmente esposti in modo continuo e non trascurabile, ma dovrebbe essere integrata da un valido programma di promozione della salute per tenere in adeguato conto i rischi potenziali, cui l'OFO non è esposto attualmente, ma cui potrebbe essere esposto nel corso della vita lavorativa. Inoltre, le attività di promozione della salute per gli OFO dovrebbero tenere nel debito conto i fattori extra-lavorativi suscettibili di influenzare la capacità lavorativa: ad esempio l'invecchiamento, che per numerosi motivi (riduzione delle capacità cognitive, della forza muscolare, dell'acuità visiva e delle capacità sensitivo-motorie, dell'equilibrio; aumento della frequenza delle malattie cronico-degenerative) interagisce con l'attività lavorativa e con la probabilità del danno in conseguenza dell'esposizione a fattori di rischio professionali.

IL CONTROLLO EPIDEMIOLOGICO E LA RISERVATEZZA DEI DATI SANITARI

Nell'organizzazione della sorveglianza sanitaria per gli OFO particolare attenzione deve essere rivolta al tema della riservatezza. Si dovrà porre ogni attenzione alla tutela dei dati sanitari e si dovranno cercare le modalità più opportune per garantire i diritti civili dei lavoratori e assicurare, al tempo stesso, a chi ha responsabilità di comando che i lavoratori non abbiano malattie che mettano in pericolo oltre alla loro personale sicurezza quella dei terzi. La stigmatizzazione di talune malattie, in particolare neuropsichiatriche, e la possibilità di accesso dei superiori alle schede personali, inducono alcuni OFO a non richiedere le cure mediche, anche sapendo che esse sarebbero benefiche. Il ritardo nell'instaurazione dei trattamenti adeguati è una delle maggiori cause della cronicizzazione, seppure non la sola causa, e ciò può spiegare il paradosso secondo cui gli OFO non si ammalano di malattie mentali quando sono in servizio, ma vanno anticipatamente in pensione soprattutto per tale causa.

In un corretto modello di gestione dei rischi, la sorveglianza sanitaria ha la fondamentale funzione di verificare i risultati raggiunti dalla valutazione dei rischi. La verifica si fonda essenzialmente sull'analisi dei dati epidemiologici che il medico ricava dalla sorveglianza sanitaria. I dati sanitari devono essere sistematicamente raccolti in forma anonima ed analizzati, per riorientare la valutazione e per identificare le azioni e le strategie di prevenzione necessarie.

SORVEGLIANZA SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

La promozione della salute deve essere basata sull'evidenza e controbilanciare i principali problemi sanitari che gli OFO manifestano in prevalenza maggiore rispetto alla po-

polazione generale: in particolare il rischio cardiovascolare (7, 19), la sindrome metabolica (6, 17, 18), le patologie osteoartromuscolari, l'assenteismo (9, 11), lo stress e i disturbi psichici (3, 4, 10), compreso il suicidio (8, 14, 16). Anche le attività di promozione devono essere verificate con criterio epidemiologico.

Il monitoraggio degli eventi sentinella è di preminente importanza ai fini dell'identificazione di problemi che la tradizionale valutazione dei rischi non può identificare (1). In particolare sono da monitorare gli infortuni e incidenti sul lavoro, gli episodi di violenza e i suicidi.

L'informazione e la formazione dei lavoratori devono essere finalizzate anche a fornire agli OFO le capacità per identificare e segnalare tempestivamente i problemi di tutela della salute e sicurezza in ambiente di lavoro. L'ergonomia partecipativa è una tecnica da tempo applicata, con notevole successo, nell'industria e nei servizi; è certamente opportuno che tale tecnica si diffonda anche in questo campo.

Il sistema di gestione dei rischi non è, naturalmente, un elegante volume né un espediente per sottrarre le aziende alla responsabilità civile, come si potrebbe pensare dalle presentazioni che ne fanno molti sedicenti esperti. L'essenza del processo di gestione dei rischi è la definizione delle responsabilità e dei compiti di tutte le persone interessate alla prevenzione, vale a dire dirigenti, preposti e lavoratori. Tutte queste persone sono interessate a far sì che i diversi momenti di valutazione, sorveglianza, formazione e informazione siano tra loro integrati. Tutti i punti dell'opera di prevenzione e gestione dei rischi devono essere periodicamente e sistematicamente verificati a garanzia reale del continuo controllo e della progressiva riduzione dei livelli di rischio.

La sorveglianza sanitaria delle FO deve quindi essere intesa modernamente come un impegno finalizzato al miglioramento delle condizioni di salute dell'OFO: un insieme di promozione e prevenzione, piuttosto che il formale susseguirsi di giudizi di idoneità. Essa costituisce il fulcro di un'opera di continua ri-valutazione del rischio, formazione e informazione dei lavoratori e verifica delle criticità che

emergono. Sarà possibile in questo modo realizzare quel miglioramento della qualità della vita di lavoro dei nostri OFO che è la migliore garanzia per il loro ottimale impiego nella tutela dell'ordine pubblico e nella lotta al crimine.

*E. Pira¹, *S. Garbarino^{2,3}, F. Ciprani², G. De Lorenzo⁴, N.V. Mennoia⁵, E. Proto⁶, A. Roca², N. Magnavita⁷

BIBLIOGRAFIA

1. Ciprani F: Causa di servizio e rischi lavorativi nelle forze di polizia. Roma: Laurus-Robuffo, 2012
2. Elliott P, Vergnaud AC, Singh D, et al: The Airwave Health Monitoring Study of police officers and staff in Great Britain: rationale, design and methods. *Environ Res* 2014; *134*: 280-285
3. Garbarino S, Chiorri C, Magnavita N: Personality traits of the Five-Factor Model are associated with work-related stress in special force police officers. *Int Arch Occup Environ Health* 2014; *87*: 295-306
4. Garbarino S, Cuomo G, Chiorri C, Magnavita N: Association of work-related stress with mental health problems in a special police force. *BMJOpen* 2013; *3* (7)
5. Garbarino S, Magnavita N, Elovainio M, et al: Police job strain during routine activities and a major event. *Occup Med (Lond)* 2011; *61*: 395-399
6. Hartley TA, Burchfiel CM, Fekedulegn D, et al: Associations between police officer stress and the metabolic syndrome. *Int J Emerg Ment Health* 2011; *13*: 243-256
7. Kales SN, Tsismenakis AJ, Zhang C, Soteriades ES: Blood pressure in firefighters, police officers, and other emergency responders. *Am J Hypertens* 2009; *22*: 11-20
8. Kapusta ND, Voracek M, Etzersdorfer E, et al: Characteristics of police officer suicides in the Federal Austrian Police Corps. *Crisis* 2010; *31*: 265-271
9. Körlin J, Alexanderson K, Svedberg P: Sickness absence among women and men in the police: a systematic literature review. *Scand J Public Health* 2009; *37*: 310-319

* Coordinatori Gruppo di Lavoro SIMLII: "Rischi lavorativi nelle Forze dell'Ordine"

¹ Occupational Medicine, Department of Public Health and Pediatrics, Turin University, Turin, Italy

² Police Health Service Department, Ministry of the Interior, Italy

³ Department of Health Sciences, University of Genoa, Genoa, Italy

⁴ Carabinieri General Headquarters - Health Service, Rome, Italy

⁵ Occupational Medicine - Department of Public Health, Experimental and Forensic Medicine - Pavia University, Pavia, Italy

⁶ Occupational Medicine. San Raffaele Resnati Hospital. Coordinatore dei Medici Competenti del Comune di Milano, Milan, Italy

⁷ Department of Public Health, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italy

10. Magnavita N, Garbarino S, Siegrist J: Metodi di valutazione dello stress lavoro-correlato nelle Forze dell'Ordine. Stress in police: assessment methods. Relazione al 77° Congresso Nazionale SIMLII, 15-17 Ottobre 2014. *G It Med Lav Ergon* 2014; 36: 400-404
11. Magnavita N, Garbarino S: Is absence related to work stress? A repeated cross-sectional study on a special police force. *Am J Ind Med* 2013; 56: 765-775
12. Magnavita N: Applicazione di modelli organizzativi originali per la prevenzione del rischio chimico in aziende di diverse dimensioni. Metodo A.S.I.A. IIMS Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma 2004
13. Martinelli D, Fortunato F, Piano G, et al: Determinants for acknowledgement of occupational related causes among Italian police officers. *G Ital Med Lav Ergon* 2012; 34: 420-422
14. Milner A, Page K, Spencer-Thomas S, Lamotagne AD: Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. *Health Promot Int* 2015; 30: 29-37
15. Plat MJ, Frings-Dresen MH, Sluiter JK: A systematic review of job-specific workers' health surveillance activities for fire-fighting, ambulance, police and military personnel. *Int Arch Occup Environ Health* 2011; 84: 839-857
16. Stuart H: Suicidality among police. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21: 505-591
17. Thayyil J, Jayakrishnan TT, Raja M, Cherumanalil JM: Metabolic syndrome and other cardiovascular risk factors among police officers. *N Am J Med Sci* 2012; 4: 630-635
18. Yoo H, Franke WD: Sleep habits, mental health, and the metabolic syndrome in law enforcement officers. *J Occup Environ Med* 2013; 55: 99-103
19. Zimmerman FH: Cardiovascular disease and risk factors in law enforcement personnel: a comprehensive review. *Cardiol Rev* 2012; 20: 159-66

The New Lodi Declaration on Rural Health Adopted by the International Congress on Rural Health (ICRH) and the 4th International Conference Ragusa Safety Health Welfare in Agriculture Agro-Food and Forestry Systems (Ragusa SHWA)

Whereas more than 50% of the world's population live in rural areas, with limited or no access to primary health care, basic occupational health care, clean water and sanitation,

Whereas unsustainable and unhealthy agricultural practices have influence on the rural population, with potential severe influence on the environment, wildlife, and urban population, through contaminated soil, water and food,

Whereas structural system-related determinants accompanied by unsafe work behaviours causes occupational and work-related diseases and injuries, disabilities, premature deaths, loss of income, as well as human suffering and poverty in rural areas,

Whereas children and women working in agriculture are especially vulnerable to occupational and environmental risks, in addition to consequences arising from the unavailability of basic health service and inadequate housing, in particular from household fuel combustion,

Whereas international, national and local actions, although significant and honourable, have not been able to respond successfully to all the challenges put before them,

Underlining that the achievement of the highest possible level of health for all people is impossible without improving the health of the rural population, and this is impossible without the involvement of the public sector as a whole,

Taking into consideration the Declaration of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978, the *Global Strategy on Occupational Health for All adopted* by the World Health Assembly with Resolution 49.12 from 1996 and the *Global Strategy on Occupational Safety and Health* adopted by the *International Labour Conference in 2003, the Safety and Health in Agriculture Convention, 2001 (No. 184)* of the International Labour Organisation.

Recalling the outcomes of previous international deliberations on occupational health in agriculture and rural health, such as the *Declaration of the First International Congress on Rural Health in the Mediterranean and Balkan Countries* (Bari, Italy, 2002), the *Agenda on Rural Health* (Loni, India, 2002), the *Declaration on Occupational and Environmental Rural Health* (Belgrade, Serbia, 2004), the *Lodi Declaration*

on *Healthy Villages* (Lodi, Italy, 2006), the *Cartagena Declaration on Rural Health in Latin America* (Cartagena de Indias, Colombia, 2009), and the *Goa Declaration for Health in the Global Village* (Panaji, Goa, India, 2012),

Recalling the continuing appeal of spiritual and secular leaders and of scholars and scientists worldwide to a responsible stewardship of the Planet, to a shared and sustainable access to its natural and limited resources, to their preservation for future generations,

We, the 250 participants from 52 countries from all continents who took part in the International Congress on Rural Health and 4th Ragusa SHWA, held here in Lodi, Italy, from September 8th to September 11th, 2015, discussed the challenges to providing adequate occupational and environmental health, food safety, public health and medical services in rural areas, and

We declare that:

1. We will commit ourselves to help solving occupational, environmental and public health problems and inadequacies in access to health care in rural areas, in the frame of the WHO global strategy on people centred and integrated health service;
2. We will advocate for the elimination of child labour in rural and remote areas, recognition of informal and migrant agricultural workers, and abolishment of modern slavery;
3. We call for national and international organizations, as well as individuals to work on the improvement of the scope and coverage of primary health care to address better the needs of rural communities inclusive needs related to health and safety at work such as agro-chemical use, heavy physical work, accidents, heat stress, dehydration and kidney injuries, cancer due to solar radiation, biological risk factors and zoonoses;
4. We will work towards providing higher access of workers to occupational health care with the creation of basic occupational health services in rural areas wherever necessary,
5. We recognize the need for addressing occupational, environmental and public health risks in rural areas by working together with all of the stakeholders, governments, public sector a while, and industry, as well as the ministries of health, environment, labour, agriculture and other state agencies, private enterprises and workers' organizations;
6. We underline the significance of local, regional, national and international initiatives to protect and promote the health of the rural population;
7. We encourage the following organizations: The European Rural and Isolated Practitioners Association (EURIPA), The International Association on Rural Medicine and Health (IARM), the International Commission on Occupational Health (ICOH), the WONCA Working Party on Rural Practice, as well as the organizations of farmers, agricultural workers, agricultural industry, and the relevant non-governmental organizations and networks, to take action to support and promote the development of Rural Health programmes;
8. We will dedicate a significant part of our scientific and professional efforts to create useful, accessible, simple and low-cost tools for occupational, indoor and environmental risk assessment, communication and management;
9. We call upon the governmental agencies and local authorities to ensure equal and proper access of people in villages, to information on public and occupational health and the environment, stimulate social and environmental justice, as well as to provide means for empowerment of rural populations to protect and promote their health, and to improve their working and living conditions. Access to health care should be treated as a basic human right. Use of e-health and telemedicine should be promoted in rural area;
10. We congratulate our colleagues which have been working on opening reference centres at the local, national and international level for providing expertise and support to the rural population;
11. We call for the creation of interdisciplinary teams of experts from the field of human and veterinary medicine, public, occupational, and environmental health, health promotion, food safety, chemical safety, agricultural, social and human sciences, and agricultural engineering which will address the needs of the rural population;
12. We recommend introducing Occupational Health and Safety concerns in training and educational programmes in all of the above-mentioned disciplines at any level, from health care providers to rural workers and population, in order to build the necessary human resources and to provide services of great quality to the rural population and agricultural workers. Specific country needs and participatory approach should be addressed;
13. We urge the agricultural sector to realize its responsibility for healthy working and housing conditions by expanding suitable measures for workers and farms

and by providing financial means for scientific and educational developments to support such measures;

14. We are committed to share our practice and experience in devising, implementing and evaluating educational programs for the improvement of the health of the rural population;

15. We are committed, as citizens, to advocate peace and justice, and the pursuit of the common good as the founding of scientific and professional achievement in our own field of expertise;

We hereby authorize the Congress Presidents, the EURIPA, IARM, ICOH and WONCA Working Party on Rural Practice representatives to sign this declaration on our behalf.

Submitted to the Assembly by Stefan Mandic-Rajcevic (Italy and Serbia)

Signed in Lodi, September 11th 2015

Claudio Colosio, ICRH President

Giampaolo Schillaci, Ragusa SHWA President

Tanja Pekez Pavlisko, President, EURIPA; Vice Chair WONCA Working Party on Rural Practice,

Hans Joaquin Hannich, President, IARM

Shuzo Shintani, Secretary General, IARM

Jukka Takala, President, ICOH

Gert van der Laan, Chair, the ICOH Scientific Committee on Rural Health, ICOH

Education in Agricultural Health

INTRODUCTION

More than one third of the world's labour force is employed in agriculture, which is one of the most hazardous of all sectors and many agricultural workers suffer occupational accidents and ill health (5). In several parts of the world educational activities are developed, executed and evaluated (3) in order to protect the health and safety of agricultural workers. In September 2015 an international congress on Rural Health in Lodi, Italy, devoted a session¹ to Education in Basic Occupational Health. The aims of this session were (1) exchange of recent experiences, and (2) discussion of potential future activities including the feasibility of an educational network. Nine lectures, mentioned in the Appendix, were presented by experts from several countries and by representatives of ICOH, EU, ILO and WONCA².

EDUCATION PRIMARILY FOR HEALTH CARE PROFESSIONALS

The famous 5 day-course, developed in Iowa (USA) from 1974 on by Donham and colleagues (4) with well-understood support from the agricultural industry and farmers' as-

sociations, gradually spread in adapted form to various states in the USA, to Australia and Turkey (12). As an experiment the team offered a course in which one day was replaced by online education. The multidisciplinary background of the participants is appreciated as a means for additional learning, e.g. from agricultural engineers; this aspect was confirmed by other educators present at the meeting. Also supported was the intention to develop a core course (in fact a course core), as this could foster the international application of training programs that cover the most relevant themes.

Access to good online education materials such as lessons, modules and courses is offered by the website www.workershealtheducation.org (14). Relevant information on the Internet is provided also by PubMed/Medline for medical information (11) [specific agriculture filters support searching (9)], by the Cochrane Library (2) for authoritative reviews, by a Canadian site (1) offering person-to-person advices and e-lessons, and by other websites. Development of an online platform for exchange of experiences as a part of www.workershealtheducation.org or with similar facilities was recommended.

An initiative was presented to train trainers in low income countries to deliver a concise course Basic Occupational Health in Agriculture to primary health care profes-

¹The congress was organized by the International Centre for Rural Health and the Department of Health Sciences of the University of Milan (Head Claudio Colosio); the session was chaired by Gert van der Laan and Frank van Dijk.

²ICOH, International Commission on Occupational Health; ILO, International Labor Organization; WONCA, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

sionals. The course should give due attention to diagnosis, treatment and prevention of occupational diseases and to counseling of workers with a medical problem in return to work. Another focus would be keeping oneself well informed, e.g. by using online information. In this context the authors mention that recently WONCA and ICOH jointly pledged: '... to address the gaps in services, research, and policies for the health and safety of workers and to better integrate occupational health in the primary care setting, to the benefit of all workers and their families (13).

EDUCATION PRIMARILY FOR AGRICULTURAL PROFESSIONALS

In Sweden, education in Health and Safety (H&S) is now recognized as essential in the training for Agricultural Business and Management. Paying for a course can be unacceptable for farmers. Experiences in Italy show that H&S training for farmers and farm workers should be adapted to their specific branch of agriculture e.g. winery, olive oil or meat production, dairy, and have sufficient practical elements, e.g. simulation of first aid and emergency measures.

ILO introduced the successful program 'Work Improvement in Neighborhood Development' (WIND), executed e.g. in Vietnam, China, South Korea, Senegal, and Eastern European countries (7). Farmers are trained to use the WIND questionnaire in exploring risks and finding solutions with their colleagues. Principles are: participation, simple low-costs solutions, learning from local examples, follow-up of plans (8). The illustrated ILO Ergonomic checklist for agriculture (10) is now available in abbreviated version as an app for smartphone (6).

FUTURE ACTIVITIES

The participants were willing to share teaching experiences, e.g. on the efficacy and appreciation of a specific course design, and on the feasibility of methods to evaluate the learning process. Several participants expressed their preparedness to share or jointly develop educational materials: visual presentations, case-based lessons, motivating examples of solutions for a problem, tasks to assess work-site hazards, and methods how to incorporate training-by-peers. A joint initiative could be the development of a short blended core course for primary health care professionals, supporting the delivery of essential occupational health interventions in developing economies. Subsidies are needed for these activities.

In conclusion, there is a great need for educating many groups at various levels to improve working conditions, safe behavior and health care in the diverse agricultural branches.

There is a great willingness to cooperate in order to expand teaching activities and to improve teaching quality.

F.J.H. van Dijk *

Arbeits- und Umweltsepidemiologie & Net Teaching,
Ludwig-Maximilians-Universität, München, Germany

G. van der Laan *

International Centre for Rural Health, University
Hospital San Paolo, Milano, Italy

M.M. Verberk *

C. Colosio

International Centre for Rural Health, University
Hospital San Paolo, Milano, Italy

* Learning and Developing Occupational Health (LDOH) foundation, The Netherlands, www.ldoh.net

REFERENCES

1. Canadian Centre for Occupational Health and Safety www.ccohs.ca (last accessed 26-11-2015)
2. Cochrane for occupational health and safety <http://work.cochrane.org> (last accessed 26-11-2015)
3. Dijk F van, Bubas M, Smits P: Evaluation studies on education in occupational safety and health: inspiration for developing economies. *Ann Glob Health* 2015; *81*: 548-560
4. Fisher EL, Donham KJ: Agricultural Medicine Core Course: Building Capacity for Health and Safety Professionals. *J Agromedicine* 2011; *16*: 106-116
5. ILO. Safety and health in agriculture. [Internet] Geneva (Switzerland): International Labour Office. 2011, p. 5. Available at: http://www.ilo.org/safework/info/standards-and-instruments/codes/WCMS_161135/lang-en/index.htm (last accessed 26-11-2015)
6. ILO. Work Improvement in Neighbourhood Development. Global manual for WIND: Practical approaches for improving safety, health and working conditions in agriculture. [Internet] Geneva (Switzerland): International Labour Office. 2014. Available at: http://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_241019/lang-en/index.htm (last accessed 26-11-2015)
7. ILO. Agriculture Checkpoints [Internet] Geneva (Switzerland): International Labour Office. Dec 2014. Available at: <http://ilo-agriculture-checkpoints.android.informer.com/> (last accessed 26-11-2015)
8. Kogi K: Roles of Participatory Action-oriented Programs in Promoting Safety and Health at Work. *Saf Health Work* 2012; *3*: 155-165

9. Mattioli S, Gori D, Di Gregori V, et al: PubMed search strings for the study of agricultural workers' diseases. *Am J Ind Med* 2013; 56: 1473-1481
10. Niu S, Kogi K: Ergonomic checkpoints in agriculture [Internet]. Geneva (Switzerland): International Labour Office. 2012. Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_168042.pdf. (last accessed 26-11-2015)
11. PubMed; US National Library of Medicine <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (last accessed 26-11-2015)
12. Rudolphi JM, Donham KJ: Increasing the number of trained health and safety professionals in agricultural medicine: evaluation of the "building capacity" program, 2007-2013. *J Agromedicine* 2015; 20: 21-30
13. WONCA and ICOH statement on workers and their families; Lisbon, Portugal, July 2014 [Internet] WONCA; Global Family Doctor. 2014. Available at: <http://www.globalfamilydoctor.com/News/WONCAandICOHstatementonworkersandtheirfamilies.aspx> (last accessed 26-11-2015)
14. www.workershealtheducation.org (last accessed 26-11-2015)

Appendix: Presenters in the session on education in agricultural health (Lodi Congress, 2015)

Susan Brumby, National Centre for Farmers Health, Deakin University, Australia. *Experiences with training courses; lessons learnt.*

Margherita Guzzoni, Education Department of the Italian Association of Workplace Safety Trainers (AiFOS), Italy. *Growing safety for workers and consumers. A model for training and education in agriculture.*

Risto Rautiainen, Nebraska University, USA. *Experiences with training courses; lessons learnt.*

Peter Lundqvist, University of Agricultural Sciences, Sweden. *Experiences with training courses; lessons learnt.*

Claudio Colosio, Department of Health Sciences of the University of Milan and International Centre for Rural Health, Italy. *Experiences from the international Centre of Rural Health.*

Frank van Dijk, Foundation Learning and Developing Occupational Health (LDOH), The Netherlands. *Safe and healthy work in agriculture: online information and education.*

Maarten Verberk, Foundation Learning and Developing Occupational Health (LDOH), The Netherlands. *Development of a training program.*

Tanja Perez-Pavliško, Croatia, EURIPA (European Rural and Isolated Practitioners Association) and WONCA (World Association of family physicians). *On training book Rural health.*

Jorge Costa-David, European Commission, Directorate General Employment, Luxemburg. *The EU opinion and recommendations.*

Shengli Niu, International labour Organisation (ILO), Geneva. *About WIND-approach.*
