

Nicola Magnavita

La gestione del rischio nelle Forze di polizia

Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

RIASSUNTO. Il lavoro nelle Forze dell'Ordine presenta alcune peculiarità che impongono l'adozione di un modello di gestione del rischio che miri non solo alla prevenzione dei rischi cui ciascun operatore è esposto quotidianamente, ma anche ad una promozione della salute che possa contrastare i rischi potenziali e le patologie cronico-degenerative che influiscono sulla capacità lavorativa. La Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale si è assunta il compito di tradurre questo metodo in linee-guida per gli operatori della prevenzione.

Parole chiave: Forze di polizia, prevenzione, linee guida, rischio professionale, promozione della salute, gestione del rischio.

ABSTRACT. *The work of the police force has certain peculiarities that require models of risk management that aim not only at the prevention of risks to which each operator is daily exposed but also at promoting healthy habits that can counteract the risk of chronic and degenerative diseases that affect their working capacity. The Italian Society of Occupational Medicine and Industrial Hygiene has taken on the task of translating this approach into guidelines for medical surveillance of workers.*

Key words: *police, prevention, guidelines, occupational risk, health promotion, risk management.*

Il lavoro delle Forze di polizia ha una importanza nevralgica per la nostra società. Le forze di polizia mantengono l'ordine pubblico, e nessuna attività sociale sarebbe possibile in assenza di ordine.

Questa semplice considerazione ci fa capire perché il legislatore ha tanto indugiato prima di estendere alle Forze di polizia i principi previsti dalle direttive europee per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Si voleva, con ogni evidenza, che in questo settore così rilevante l'applicazione delle nuove modalità di gestione potesse godere delle esperienze già condotte in altri settori produttivi del paese e potesse quindi avvenire senza incertezze e, soprattutto, senza il gravame di procedure burocratiche inefficaci e controproducenti. L'anima delle procedure europee è la semplificazione: l'incontro delle esigenze del datore di lavoro e dei lavoratori, la volontà di contemperare produttività e benessere ha fatto sì che, dapprima nei paesi scandinavi, poi in Gran Bretagna e quindi in tutto il continente europeo, le vecchie procedure automatiche di sorveglianza sanitaria basate sulla presunzione del rischio venissero sostituite da valutazioni specifiche e partecipative, grazie alle quali le risorse possono essere ottimizzate per un efficace controllo dei rischi.

Questo nuovo approccio, che è anche un cammino di civiltà e partecipazione alla gestione del rischio, richiede naturalmente una maturazione democratica delle parti sociali, che non sono più antagonisti, ma cooperanti. L'esperienza dei paesi del Nord ci ha dimostrato che si tratta di un processo vantaggioso e quindi inarrestabile, capace di trasformare la struttura stessa della società. In un circolo virtuoso, a maggiore formazione dei lavoratori corrisponde una maggiore partecipazione alla gestione del rischio e, quindi, un aumento dei livelli di sicurezza e benessere, dai quali consegue maggiore produttività e migliore qualità dei prodotti e, quindi, maggiori risorse da destinare al miglioramento continuo della qualità della vita lavorativa. Un moltiplicatore di benessere, che solo questo nuovo modo di intendere la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro può consentire.

Al confronto, la vecchia logica ottocentesca che vedeva il lavoro come fonte di rischi ineliminabili ed il lavoratore come vittima da indennizzare, seppure parzialmente, con il riconoscimento della "causa di servizio", è destinata a tramontare perché causa di ingiustizie, soffe-

renze e discriminazioni e perché sempre più gravata da oneri di vigilanza, verifica e obbligo di dirimere il contenzioso. È un cammino ancora lungo, ma le Forze di polizia hanno il vantaggio di intraprenderlo conoscendo già le esperienze, positive e negative, degli altri settori produttivi.

La prudenza del Legislatore ci ricorda quanto il lavoro di polizia possa essere critico. I poliziotti sono armati, attivi ventiquattro ore al giorno e capillarmente diffusi nella società. Essi sono anche sottoposti a tensioni crescenti, che derivano da un lato dalla necessità di fronteggiare problemi epocali come le migrazioni o il terrorismo, dall'altro dalla esposizione ai mass-media. Anche se essi sono attentamente selezionati e accuratamente formati e sviluppano una elevata resilienza, essi possono, come tutti, ammalarsi. Qualora la malattia comprometta le capacità di giudizio o il comportamento, è evidente il rischio per la salute e sicurezza dei colleghi e della popolazione generale.

Per questa elevata criticità, la prevenzione nelle Forze di polizia 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 di polizia. Ecco perché il Paese deve razionalmente investire nella prevenzione per la polizia. Dal momento che le risorse non sono infinite, la loro allocazione deve seguire principi di provata validità scientifica. La Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII) si è prefissa il compito di indicare questi principi, lasciando poi ai singoli Corpi di Polizia quello di favorire l'evoluzione normativa che ne consenta l'applicazione, e ai loro Medici Competenti la responsabilità di definire piani sanitari in armonia con le esigenze dei lavoratori.

In questa prospettiva le indicazioni metodologiche mirano a definire la concezione, ad indicare l'approccio, a sintetizzare l'evidenza su cui deve svilupparsi la sorveglianza sanitaria nelle forze di polizia, piuttosto che a dettagliare le operazioni elementari.

La concezione: il modello A.S.I.A.

Il concetto dal quale siamo partiti e che deve ispirare la gestione del rischio è il modello A.S.I.A. (*Assessment, Surveillance, Information, Audit*) (7, 8), che propone una stretta integrazione tra le diverse fasi di valutazione del rischio, sorveglianza, informazione e formazione e verifica. Si tratta di uno schema al tempo stesso attuale e classico, in quanto ispirato al modo di procedere dei primi medici del lavoro e in particolare al metodo ramazziniano. Dagli scritti ormai più che tricentenari sappiamo che il carpigiano, oltre che grande clinico, era un attento osservatore e valutatore degli ambienti di lavoro, che informava i lavoratori sul rischio e li formava alla prevenzione, proponeva misure preventive e verificava, anche con metodi sperimentali, la solidità delle ipotesi. In questo modo il medico prende su di sé la responsabilità della gestione del rischio e garantisce la correttezza delle misure proposte, il cui risultato finale, allora come oggi, dipende dall'adesione dei lavoratori.

Se, come accade oggi nella pratica deteriore, il rischio è valutato da un tecnico, la formazione è affidata ad un insegnante ed il medico si limita ad esprimere giudizi di idoneità, senza conoscere realmente il rischio e senza ambire a controllarlo, la stolidità ripetizione di questi rituali configura uno spreco di risorse e una duplicazione di servizi già previsti dal sistema sanitario nazionale.

La valutazione del rischio è fondata su costrutti come l'accettabilità del rischio che lo rendono un atto non esclusivamente tecnico. Ecco perché solo il medico del lavoro, competente in materie come la sociologia e la psicologia comportamentale, può definire la rilevanza del rischio e classificare i lavoratori in "esposti" o "non esposti", anche se la misurazione dei livelli di rischio con metodi scientificamente validi è un sostegno fondamentale per tale decisione. Il medico competente inoltre ha una funzione insostituibile nella comunicazione del rischio. Egli ha il compito di illustrare ai lavoratori, in termini chiaramente comprensibili, la rilevanza dei rischi e l'utilità delle buone prassi, nonché quella di raccogliere i dati provenienti dalla sorveglianza sanitaria e trasmetterli, in forma anonima collettiva, al datore di lavoro e al servizio di prevenzione, correggendo in tal modo le inevitabili lacune del sistema di gestione dei rischi. L'epidemiologia clinica, nata con il *De Morbis Artificum Diatriba*, è l'inestimabile strumento per il controllo della valutazione del rischio e della bontà delle misure di prevenzione adottate.

In primo luogo, dunque, si chiede che il medico delle forze di polizia si assuma il compito di valutare il rischio cui ciascuno degli operatori è esposto e comunichi correttamente ai lavoratori il rischio e le modalità per controllarlo. Sulla base dei dati epidemiologici egli deve verificare non solo la coerenza del proprio operato con gli obiettivi prefissati, ma anche la congruenza delle altre attività volte alla prevenzione. In questo modo sarà possibile ottimizzare e recuperare risorse, garantendo il mantenimento del ciclo virtuoso di prevenzione.

Le attività di sorveglianza sanitaria necessitano di una duplice giustificazione, legale e medica. La giustificazione legale consiste nell'esistenza di un rischio professionale. Classificando un lavoratore come "a rischio" si compie un atto che consente di derogare ad un divieto stabilito dalla Costituzione e ribadito dallo Statuto dei Lavoratori e che può avere quindi rilevanti conseguenze medico-legali. Il medico competente deve concorrere a questa scelta non semplice con il supporto dell'evidenza scientifica.

L'evidenza scientifica

L'analisi della letteratura scientifica indica come le forze di polizia siano state oggetto sinora prevalentemente di studi episodici, a carattere descrittivo, o di indagini trasversali su campioni di convenienza. Sono molto scarsi gli studi longitudinali e quelli condotti su campioni randomizzati. L'evidenza, quindi, è limitata, ma sufficiente a illustrare un quadro di sicuro interesse per la medicina del lavoro.

In molti paesi i poliziotti non sono sottoposti a sorveglianza sanitaria, ma solo ad una visita medica all'assunzione. Anche se la selezione all'ingresso garantisce un significativo "healthy worker effect", lo stato di salute dei poliziotti si deteriora più rapidamente di quello della popolazione generale. C'è un rischio significativamente elevato di disturbo da stress post traumatico (6), di stress cronico (1), di sindrome metabolica (5), malattie cardiovascolari (13) e depressione (4). Benché durante il servizio gli operatori segnalino solo raramente problemi di salute mentale, l'uscita dal servizio avviene soprattutto per malattie mentali (12). Paradossalmente, però, i poliziotti generalmente non cercano aiuto medico o psichiatrico: la frequenza di visite specialistiche richieste dai poliziotti è significativamente inferiore a quella della popolazione generale e per lo più finalizzata a curare sintomi, come l'eccessiva stanchezza o la difficoltà di dormire, piuttosto che a diagnosticare o trattare disturbi mentali o di comportamento (2).

Non sorprende in questo quadro che i poliziotti siano una categoria ad alto rischio di suicidio (11). Quest'ultimo aspetto è uno dei più stigmatizzati e dei meno studiati. I dati sono difficili da ottenere. Gli statunitensi, per avere un'idea dei dati nazionali, hanno dovuto scrutinare con metodi informatici oltre 55,000 articoli comparsi sulla stampa (10). La Polizia italiana è l'unica, tra quelle dei grandi paesi europei, ad avere reso noti i dati (3). Tra il 1999 and 2011, ci sono stati 137 suicidi, un numero prossimo a quello degli agenti uccisi da criminali o deceduti in servizio, che sono stati nello stesso periodo 143. Il tasso di suicidi nella polizia è più alto di quello della popolazione generale italiana. Più del 91% dei casi fa uso dell'arma di ordinanza. Alla base di ogni caso di suicidio vi è sempre una sofferenza così lacerante, da far ritenere che la morte possa essere preferibile alla vita.

Se si vuole intercettare questa sofferenza prima che essa determini una compromissione della qualità del lavoro dell'operatore di polizia e della incolumità di terzi o dell'operatore, bisogna evidentemente avere un approccio non limitato strettamente alle tematiche lavorative. Lo stesso approccio deve essere adottato per valutare e modificare gli stili di vita, le abitudini alimentari, di sonno e voluttuarie rischiose per la salute.

L'approccio olistico: la promozione

La sindrome metabolica, cioè l'associazione di dislipidemia, ipertensione, obesità e intolleranza glucidica, ed il rischio cardiovascolare ad essa associato, sono condizioni di origine multifattoriale il cui trattamento richiede l'adozione di buone prassi (dieta, esercizio fisico, ecc.) al di fuori dell'ambito lavorativo. Il trattamento dei disturbi del sonno e dell'eccessiva sonnolenza diurna richiede l'applicazione di misure di igiene del sonno, essenzialmente non lavorative. Anche lo stress lavoro-correlato risulta un agente patogeno solo al superamento delle risorse dell'individuo. Tutte queste condizioni, che sono tra le più importanti per la salute e sicurezza dei lavoratori delle forze di polizia, possono essere efficacemente diagnosticate e trattate solo se il medico compe-

tente adotta un approccio olistico. È evidente infatti che il tradizionale impianto laboristico, limitato ai rischi che promanano dal lavoro, scotomizza questi rischi e non è in grado di proporre il controllo.

Nelle forze di polizia, più che in altri settori lavorativi, 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 a stimoli esterni che possono essere previsti solo stocasticamente. Dunque, la promozione della salute negli operatori di polizia non è solo una possibilità vantaggiosa, ma l'unico modo per assicurarsi che i lavoratori siano in grado di svolgere i propri compiti in sicurezza, qualunque sia l'eventualità che si troveranno a fronteggiare.

Di qui la proposta di sottoporre gli operatori di polizia ad una sorveglianza sanitaria con controlli periodicamente programmati e con uno spiccato orientamento alla promozione della salute.

L'unificazione dell'idoneità

La programmazione di controlli periodici dello stato di salute nel senso più ampio, includendo quindi l'esposizione ai rischi extra-lavorativi oltre a quelli occupazionali e mirando al miglioramento continuo dei livelli di benessere e di capacità lavorativa, implica il superamento della artificiosa distinzione, solo italiana, tra idoneità al lavoro ed idoneità al servizio. Tralasciando in questa sede le origini storiche e le motivazioni della divaricazione dei concetti di idoneità in medicina del lavoro e in medicina legale (9), occorre sottolineare che la peculiarità del lavoro di polizia rende indispensabile il superamento di questa diarchia. In qualsiasi momento del suo lavoro, l'operatore di polizia dovrebbe essere idoneo al lavoro, cioè non esposto a rischi professionali tali da comprometterne la salute, ed idoneo al servizio, cioè pronto a fronteggiare una eventuale evenienza di rischio elevato. Il rischio nelle attività di polizia non è eliminabile: di conseguenza, deve essere efficacemente gestito. L'eventualità di un trauma o di una condizione morbosa, statisticamente prevedibili, dovrebbero indurre a predisporre percorsi adeguati per il recupero della piena capacità lavorativa. Questa esigenza è tanto più pregnante se si considera l'invecchiamento della forza lavoro, che ha drammaticamente coinvolto anche le forze di polizia, aumentando significativamente la quota di lavoratori anziani e portatori di condizioni morbose croniche. I tempi che stiamo vivendo indicano che le forze di polizia saranno chiamate sempre più ad eseguire in breve tempo e nel modo più corretto compiti di estrema delicatezza. Abbiamo tutti bisogno della loro piena salute.

Bibliografia

- 1) Acquadro Maran D, Varetto A, Zedda M, Ieraci V. Occupational stress, anxiety and coping strategies in police officers. *Occup Med (Lond)*. 2015;65(6):466-73. doi: 10.1093/occmed/kqv060.
- 2) Berg AM, Hem E, Lau B, Ekeberg Ø. Help-seeking in the Norwegian Police Service. *J Occup Health*. 2006;48(3):145-53
- 3) Carrer F, Garbarino G. Lavoro in polizia. Stress e burnout. Franco Angeli Edizioni, Milano 2015.

- 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). doi:pii: e002791. 10.1136/bmjopen-2013-002791.
- 5) Garbarino S, Magnavita N. Work stress and metabolic syndrome in police officers. A prospective study. *PLoSOne*. 2015;10(12):e0144318. doi: 10.1371/journal.pone.0144318.
- 6) Lee JH, Kim I, Won JU, Roh J. Post-traumatic stress disorder and occupational characteristics of police officers in Republic of Korea: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016;6(3):e009937. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009937.
- 7) 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. ISBN 88-87098-44-1 Consultabile su: http://www.puntosicuro.info/documenti/documenti/111201_sirsrer_rischio_chimico.pdf
- 8) Magnavita N. Il Modello A.S.I.A. per la gestione del rischio. *G Ital Med Lav Erg* 2003; 25: 3 Suppl: 344.
- 9) Magnavita N, Cirese V, De Lorenzo G, et al. Documento di consenso. Idoneità al lavoro e salute pubblica nei lavoratori ospedalieri. *Med Lav* 2001; 92: 295-306
- 10) O'Hara AF, Violanti JM, Levenson RL Jr, Clark RG Sr. National police suicide estimates: web surveillance study III. *Int J Emerg Ment Health* 2013; 15(1): 31-8
- 11) Stuart H. Suicidality among police. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(5):505-9. doi: 10.1097/YCO.0b013e328305e4c1.
- 12) Summerfield D. Metropolitan Police blues: protracted sickness absence, ill health retirement, and the occupational psychiatrist. *BMJ* 2011;342:d2127. doi: 10.1136/bmj.d2127.
- 13) Zimmerman FH. Cardiovascular disease and risk factors in law enforcement personnel: a comprehensive review. *Cardiol Rev* 2012;20(4):159-66. doi: 10.1097/CRD.0b013e318248d631.

Corrispondenza: Nicola Magnavita, Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo Gemelli 8, 00168 Roma, Italy, E-mail: nicolamagnavita@gmail.com