



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Ufficio 8

Documento di indirizzo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione

Il documento è finalizzato a favorire la trasferibilità e replicabilità del modello di intervento presso le Pubbliche Amministrazioni e altri Enti

GRUPPO DI LAVORO

Il presente documento è stato elaborato dal “Tavolo di lavoro intersettoriale per la promozione della salute nei luoghi di lavoro delle Pubbliche Amministrazioni”, che è stato istituito presso la Direzione generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, acquisito il favorevole avviso del Sig. Ministro, con Decreto del Direttore della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del 10 maggio 2018 e successive modifiche e integrazioni del 15 giugno 2018 e del 19 febbraio 2019.

- Daniela GALEONE - Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 8 – Direttore Ufficio 8
- Valeria MASTRILLI - Ministero della Salute–Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 8 – Coordinatore del tavolo
- Fabrizio ANATRA - Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 8
- Tiziana Paola BACCOLO - Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) - Laboratorio Sorveglianza Sanitaria e Promozione della Salute del Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale
- Elisabetta BADELLINO - Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) - Sezione supporto alla Prevenzione del Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, igiene del Lavoro e Ambientale
- Paolo BELLISARIO - Ministero della Salute–Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 8
- Chiara CATTANEO - Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS)
- Maria Costanza CIPULLO - Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca - Direzione Generale per lo Studente, l’Integrazione e la Partecipazione - Ufficio III
- Roberto COPPARONI - Ministero della Salute – Direzione Generale per l’Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione, Ufficio 5
- Barbara DE MEI - Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS)
- Tommaso DE NICOLA - Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) - Direzione Centrale Prevenzione, Ufficio I
- Roberto D’ELIA - Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 8
- Egidio FRACASSO - Ministero della Difesa - Ispettorato Generale della Sanità Militare - Ufficio Medicina Preventiva, del Lavoro e Veterinaria
- Maria Teresa MENZANO - Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 8
- Giuseppe PLUTINO - Ministero della salute – Direzione generale per l’igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione, Ufficio 5
- Annarosa PETTENÒ– Regione del Veneto - Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
- Laura ROSSI - Consiglio per la ricerca in agricoltura e l’analisi dell’economia agraria (CREA) - Centro di ricerca Alimenti e Nutrizione
- Francesca RUSSO - Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano - Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica della Commissione Salute
- Paolo SCIASCIA - Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca - Direzione Generale per lo Studente, l’Integrazione e la Partecipazione, Ufficio III
- Stefano SIGNORINI - Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) - Sezione supporto alla Prevenzione del Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale
- Lorenzo SPIZZICHINO - Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 8

Si ringraziano, inoltre, Pasqualino Rossi, Maria Giuseppina Lecce e Donatella La Corte dell’Ufficio 4 della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute.

Successivamente, nella necessità di aggiornare gli indirizzi rendendoli coerenti al nuovo contesto normativo definito dal Piano Nazionale della Prevenzione, d’intesa con il Ministero della Salute, in seno al Coordinamento Interregionale Prevenzione e Sanità Pubblica, è stato istituito un gruppo di lavoro, comprensivo di competenze

sia in ambito di salute e sicurezza sul lavoro che di promozione della salute, che ha elaborato il testo definitivo qui presente.

- Laura ARAMINI – Regione Toscana – Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale – Settore Igiene, Sanità Pubblica e Veterinaria
- Emanuela BALOCCHINI – Regione Toscana – Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale – Settore Igiene, Sanità Pubblica e Veterinaria
- Mara BERNARDINI – Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica - Area Tutela della salute nei luoghi di lavoro
- Corrado CELATA – Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare – U.O. Prevenzione – Struttura Stili di vita per la Prevenzione, Promozione della Salute, Screening
- Maria Teresa CELLA – Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica - Area Tutela della salute nei luoghi di lavoro
- Vera COMIATI – Regione del Veneto – Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
- Nicoletta CORNAGGIA – Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare – UO Prevenzione – Struttura Ambienti di vita e di lavoro
- Martina DI PIERI – Regione del Veneto – Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
- Roberta GROSSI – Regione Piemonte – Referente PP3 “Luoghi di Lavoro che promuovono salute” PRP 2020-2025 – SPRESAL Asl Novara
- Maria Rosaria MARCHETTI – INAIL Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale – Laboratorio di Sorveglianza Sanitaria e Promozione della Salute
- Donatella TALINI – Regione Toscana, CeRIMP (Centro di Riferimento regionale) per gli infortuni e le malattie professionali, Azienda USL Toscana Centro
- Nadia VIMERCATI - Regione Lombardia - ATS Milano - SC Servizio regionale di supporto ai Piani e Programmi di Promozione della Salute e alle attività di Documentazione sulla Salute

GLOSSARIO

Arousal: condizione temporanea di attivazione e reattività del sistema nervoso, in risposta a stimoli interni (soggettivi) o esterni (ambientali e sociali), caratterizzato da un maggiore stato attentivo-cognitivo di vigilanza.

Binge drinking: consumo eccessivo episodico di alcol (per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una singola occasione; per le donne 4 o più unità alcoliche in una singola occasione).

BPCO: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

Brainstorming: tecnica creativa di gruppo per far emergere idee volte alla risoluzione di un problema.

BRFSS: Behavioral Risk Factor Surveillance System è un sistema di indagini sanitarie a livello statale, istituito nel 1984 dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC), che raccoglie informazioni sui comportamenti a rischio per la salute, le pratiche cliniche preventive e l'accesso ai servizi sanitari nei 50 Stati degli Stati Uniti, più il District of Columbia, Puerto Rico, Guam e le Isole Vergini.

Caregiver: colui che si prende cura. Si riferisce a tutti coloro che assistono una persona ammalata e/o disabile.

CCM: Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie.

CDC: Center for Disease Control and Prevention.

CEE: Comunità Economica Europea.

Check-list: elenco esauriente di cose da fare o da verificare per eseguire una determinata attività.

Counseling: intervento di supporto nei confronti di individui con problematiche di varia natura finalizzato al superamento delle difficoltà di adattamento rispetto a specifiche situazioni di tensione, cercando di stimolare le capacità di reazione.

CREA: Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'analisi dell'Economia Agraria.

CUG: Comitato Unico di Garanzia.

DALY: Disability-adjusted life years (anni di vita in buona salute).

DL: Datore di Lavoro.

D.Lgs.: Decreto Legislativo.

Doping: somministrazione o assunzione di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e l'adozione o la sottoposizione a pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche e idonee a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo, al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti (Legge 14 dicembre 2000, n. 376, art. 1).

DORS: Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute.

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual dell'American Psychiatric Association – Quarta edizione, 1994.

DPCM: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

DVR: Documento di Valutazione dei Rischi.

E-CIG: Electronic Cigarettes = sigaretta elettronica.

EEC: European Economic Community

Empowerment: acquisizione della capacità di operare scelte e di agire per migliorare la propria salute in modo consapevole.

ENWHP: European Network for Workplace Health Promotion.

ESD: Eccessiva Sonnolenza Diurna.

ETS: Environmental Tobacco Smoke (fumo passivo).

EU-OSHA: European Agency for Safety and Health at Work (Agenzia Europea per la salute e sicurezza sul lavoro).

FAKE NEWS: informazioni in parte o del tutto non corrispondenti al vero divulgate intenzionalmente o involontariamente attraverso il web, i media o le tecnologie digitali di comunicazione.

FCTC: Framework Convention on Tobacco Control (Convenzione quadro sul controllo del tabacco).

GdL: Gruppo di Lavoro.

Governance: l'insieme dei principi, delle regole e delle procedure che riguardano la gestione e il governo di società, enti, istituzioni, o fenomeni complessi, dalle rilevanti ricadute sociali. È costituita da un insieme di processi finalizzati a creare le condizioni perché il management possa operare correttamente.

GYTS: Global Youth Tobacco Survey (indagine globale su giovani e tabacco).

GH: Growth Hormone (ormone della crescita).

HBSC: Health Behaviour in School-aged Children (comportamenti salutari in bambini in età scolare).

HPV: Human Papilloma Virus (Papilloma virus umano).

HSE: Health and Safety and Environment (Salute, Sicurezza e Ambiente).

IARC: International Agency for Research on Cancer (agenzia internazionale per la ricerca sul cancro).

ICD-10: International Classification of Diseases (classificazione internazionale di malattie) - Decima edizione.

Integratori alimentari: prodotti alimentari destinati a integrare la comune dieta e che costituiscono una fonte concentrata di sostanze nutritive, quali le vitamine e i minerali, o di altre sostanze aventi un effetto nutritivo o fisiologico, in particolare ma non in via esclusiva aminoacidi, acidi grassi essenziali, fibre ed estratti di origine vegetale, sia monocomposti che pluricomposti, in forme predosate (DLgl 21 maggio 2004, n. 169 recante "Attuazione della Direttiva 2002/46/CE relativa agli integratori alimentari").

IMC: Indice di Massa Corporea.

INAIL: Istituto Nazionale Assicurazioni Infortuni sul Lavoro.

ISS: Istituto Superiore di Sanità.

ISTAT: Istituto nazionale di statistica.

JA-CHRODIS: European Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle. È un'azione congiunta europea dedicata alle malattie croniche e alla promozione dell'invecchiamento "in salute" nel corso della vita che si è svolta tra il 2014 e il 2017, mirata a promuovere lo scambio di buone pratiche tra Paesi europei all'interno del programma europeo "Health programme 2008-2013". Tali attività sono proseguite con la Joint Action Chrodis Plus (2017-2020), attualmente in corso di svolgimento.

JOB SHARING (lavoro ripartito): rapporto di lavoro speciale, mediante il quale due lavoratori si impegnano ad adempiere solidalmente a un'unica e identica obbligazione lavorativa.

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza.

Life-course: approccio lungo tutto l'arco della vita, che nell'ambito della prevenzione sanitaria mira a ridurre i fattori di rischio sin dalla nascita.

Management: il complesso delle funzioni amministrative, direttive e gestionali di un'azienda. Compito del manager. L'insieme dei dirigenti di un'azienda.

MC: Medico Competente.

MCNT: Malattie Croniche Non Trasmissibili.

MIUR: Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

MLT: memoria a lungo termine.

Mobbing: insieme di comportamenti aggressivi di natura psicofisica e verbale, esercitati da un gruppo di persone nei confronti di altri soggetti. Il termine indica i comportamenti violenti che un gruppo (sociale, familiare, animale) rivolge a un suo membro, in particolare nel mondo del lavoro.

NCCD: Non Communicable Chronic Disease (malattie croniche non trasmissibili).

NCD: Non Communicable Disease (malattie non trasmissibili).

OECD: Organization for Economic Cooperation and Development - OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico).

ONS: Osservatorio Nazionale Screening.

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità (vedi anche WHO).

OO.SS.: Organizzazioni Sindacali.

OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome - Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno.

PA: Pubblica Amministrazione.

PASSI: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Sistema di sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento, che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.

PNP: Piano Nazionale della Prevenzione.

PO: Piano Operativo.

PromoSaLL: Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (vedi anche WHP).

PPDTA: Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale.

PRP: Piano Regionale della Prevenzione.

REM: Rapid Eye Movement (movimenti rapidi degli occhi).

RLS: Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza.

RLST: Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale.

RSPP: Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione.

Setting: il contesto entro cui avviene un evento.

SIDS: Sudden Infant Death Syndrome (Sindrome della morte improvvisa del lattante).

Smart working: modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato caratterizzata dall'assenza di vincoli orari o spaziali e un'organizzazione per fasi, cicli e obiettivi stabilita mediante accordo tra dipendente e datore di lavoro; è finalizzata a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

SPP: Servizio di Prevenzione e Protezione.

SSN: Servizio Sanitario Nazionale.

SSO: Sorveglianza Sanitaria Obbligatoria.

SSL: Salute e Sicurezza sul Lavoro.

Stakeholder: soggetti portatori di interesse direttamente o indirettamente coinvolti in un progetto o nell'attività di un'azienda.

SWSD: Shift Work Sleep Disorder - Disturbo del sonno da lavoro a turni.

TVF: Telefono Verde Fumo dell'Istituto Superiore di Sanità.

UA: Unità Alcolica. 1 U.A. è pari a 12 grammi di alcol puro, che corrispondono a 330 ml di birra a 4,5°, oppure a 125 ml di vino a 12° oppure a 40 ml di superalcolico a 40°.

WCRF: World Cancer Research Fund International (Fondazione internazionale per la ricerca sul cancro).

WHO: World Health Organization - WHO (vedi anche OMS).

WHP: Workplace Health Promotion - Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (vedi anche PromoSaLL).

SOMMARIO

1	RAZIONALE	10
2	STRATEGIE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO	12
2.1	Contesto internazionale	12
2.2	Contesto italiano	15
2.3	La Pubblica Amministrazione in Italia	19
2.4	Individuazione del Datore di lavoro nella PA	23
2.5	La promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione – Approccio intersettoriale	23
3	MODELLO DI INTERVENTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO (PromoSaLL)	27
3.1	Valutazione di un intervento di Promozione della Salute nei luoghi di lavoro	28
3.2	Programmazione, pianificazione e attuazione dell'intervento di PromoSaLL	31
3.3	Coinvolgimento delle diverse figure presenti nel luogo di lavoro	34
3.4	Comunicazione interna	37
3.5	Azioni e strumenti operativi per attuare un programma di PromoSaLL	38
3.6	Raccolta ed elaborazione dati	39
3.7	Valutazione di un intervento di PromoSaLL	41
4	MODULI SPECIFICI	42
4.1	Alimentazione	42
4.2	Attività fisica	45
4.3	Tabagismo	50
4.4	Consumo dannoso di alcol e dipendenza da sostanze psicotrope	54
5	BENESSERE DEI LAVORATORI	56
5.1	Stress lavoro-correlato	56
	Appendice A Iniziativa per la promozione di uno stile di vita attivo “Ministero in forma”	61
	Appendice B Descrizione del progetto Inail di “Promozione della corretta alimentazione al lavoro”	63
	Introduzione agli strumenti operativi	65
	Allegato 1 Progetto annuale/biennale/triennale: “La Promozione della salute e del benessere organizzativo sul lavoro”: cronogramma	66
	Allegato 2 Programmi e strumenti di promozione della salute sui luoghi di lavoro in Italia e all'estero	68
	Allegato 3 Suggerimenti sui principali determinanti delle malattie croniche non trasmissibili e per la promozione della salute	70

1 RAZIONALE

Il Programma nazionale “*Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari*” (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007) riconosce nell’approccio intersettoriale e multistakeholder la strategia efficace per favorire un cambiamento dei comportamenti delle persone, negli ambienti di vita e di lavoro, per prevenire le malattie croniche non trasmissibili.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, prorogato al 2019, ha riconosciuto nei luoghi di lavoro un *setting* prioritario di intervento nel quale poter attivare sinergie tra le Istituzioni, al fine di favorire la promozione della salute.

Tenuto conto, quindi, delle previsioni del PNP 2014-2019, con Decreto del Direttore generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute 10 maggio 2018 e s.m.i. è stato istituito, nell’ambito della “Piattaforma nazionale per Guadagnare Salute” (Decreto del Ministro della salute del 16 ottobre 2017), il “Tavolo di lavoro intersettoriale per la promozione della salute nei luoghi di lavoro delle Pubbliche Amministrazioni”, composto da rappresentanti del Ministero della salute, dell’Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL), del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca (MIUR), del Ministero della Difesa, delle Regioni, dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l’analisi dell’Economia Agraria (CREA).

Al Tavolo è stato dato il compito di predisporre un documento di indirizzo in materia di promozione della salute nei luoghi di lavoro, finalizzato a favorire la trasferibilità e replicabilità presso le Pubbliche Amministrazioni (PA) e altri Enti di un modello di intervento che miri a:

- a) promuovere, nel contesto organizzativo della PA e di altri Enti, azioni e iniziative atte a perseguire obiettivi di tutela della salute e condizioni ambientali che favoriscano la salute;
- b) favorire nella PA il coinvolgimento dei dipendenti e delle loro famiglie in iniziative volte allo sviluppo dell’*empowerment* sui determinanti di salute e sulla scelta di stili di vita salutari, anche attraverso la realizzazione di attività di informazione e comunicazione inerenti i temi della prevenzione primaria e della promozione della salute;
- c) promuovere l’attuazione di interventi volti alla realizzazione di ambienti favorevoli alla salute nel contesto organizzativo della PA.

Attualmente, è vigente il PNP 2020-2025, adottato con Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020, che propone un approccio “One Health” per uno sviluppo armonico e sostenibile dell’essere umano, della natura e dell’ambiente. Per raggiungere gli obiettivi previsti, il nuovo PNP dedica una particolare attenzione alla costruzione di alleanze e sinergie intersettoriali, secondo il principio della “Salute in tutte le Politiche” (Health in all Policies). Il PNP, inoltre, riconferma il ruolo strategico del *setting* “luogo di lavoro” per promuovere la salute globale del lavoratore, secondo un approccio Total Worker Health (TWH)¹. Garantire la sicurezza dei lavoratori ed investire nella loro salute sono gli elementi imprescindibili per creare il benessere lavorativo. Proprio in tale ottica, il PNP su dieci Programmi Predefiniti (PP) ne individua quattro dedicati al *setting* “luoghi di lavoro”. In particolare, il “PP3: Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute” ha la finalità di promuovere all’interno dei luoghi di lavoro (pubblici e privati) l’adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti e i contesti in cui le persone lavorano luoghi favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita per contrastare le malattie croniche non trasmissibili (MCNT).

Il PNP richiede, altresì, che ogni programma presti una particolare attenzione affinché gli interventi siano sviluppati in un’ottica di equità al fine di contrastare le disuguaglianze sociali e geografiche che caratterizzano i contesti lavorativi e i lavoratori che vi operano. Pertanto, al fine di attivare azioni condivise

¹ **Total Worker Health (TWH)** è definito dal National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) come l’insieme di politiche, programmi e pratiche che integrano la protezione dai rischi per la sicurezza e la salute legati al lavoro con la promozione della salute e la prevenzione delle malattie croniche per il benessere dei lavoratori, al fine di prevenire infortuni e malattie professionali e non, e promuovere salute e benessere negli ambienti di lavoro

e capillari sul territorio, equamente distribuite, risulta strategico creare una rete di luoghi di lavoro che promuovono salute, coinvolgendo sia aziende private sia pubbliche, curando – in quest’ultimo ambito - la definizione di linee comuni di indirizzo per promuovere la salute nella Pubblica amministrazione (PA) ,

Per questo motivo è stato predisposto il presente documento destinato alle Aziende Sanitarie Locali (ASL/ATS) e in particolare a quei Servizi che si occupano di attuare quanto previsto dal “PP3: Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute” del PNP 2020-2025”

Il documento rappresenta una proposta di indirizzo, utile ad orientare i Servizi delle ASL/ATS nelle politiche di promozione della salute nei luoghi di lavoro della PA.

2 STRATEGIE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO

L'attività lavorativa nella vita di una persona occupa una notevole porzione del tempo produttivo degli individui. Il luogo di lavoro, quale ambito organizzato in cui l'attività lavorativa si esplica, è considerato un contesto efficace per la promozione della salute degli individui in ragione della presenza di reti sociali naturali, ovvero della possibilità di raggiungere grandi popolazioni con interventi preventivi, nonché – grazie alla stabilità organizzativa - per la possibilità di realizzare follow-up e valutazioni di medio-lungo periodo dell'impatto e dell'efficacia di quanto implementato. (12,13).

Richiamate le definizioni di Promozione della Salute offerte da:

- International Association for Worksite Health Promotion (IAWHP), come un insieme di interventi e strategie aziendali finalizzate alla ottimizzazione della salute dei lavoratori e della loro capacità lavorativa, attraverso il coinvolgimento, oltre che dei datori di lavoro e dei lavoratori stessi, anche della società in senso ampio (1).
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che indica un percorso preferenziale per la realizzazione di un ambiente di lavoro sano, ispirato dal concetto di salute definito nella Carta di Ottawa (interazione positiva di benessere fisico, mentale e sociale), basato su quattro interventi fondamentali: la riduzione dei fattori di rischio occupazionali (hazard) per la salute e la sicurezza; la riduzione dei fattori di rischio psicosociale, inclusa l'organizzazione del lavoro; l'investimento di risorse per il miglioramento delle condizioni di salute dei lavoratori (inclusa la promozione di stili di vita sani); la possibilità di trasferire alle famiglie, e quindi alla comunità, le esperienze positive e gli interventi per il miglioramento della salute dei lavoratori (4),

è importante considerare come fin dal 2003 il National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) sostenga l'opportunità dell'integrazione di interventi di Promozione della salute e di Salute e sicurezza sul lavoro nella realizzazione di programmi aziendali finalizzati alla riduzione dei rischi lavorativi e alla promozione della salute e del benessere dei lavoratori (22).

2.1 Contesto internazionale

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) costituiscono tuttora la principale causa di morte nel mondo. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ogni anno 41 milioni di persone muoiono a causa di queste patologie (il 71% di tutti i decessi a livello globale), di cui più di 15 milioni in età tra i 30 e i 69 anni. L'85% di queste morti premature si verifica nei Paesi a basso e medio reddito, dove il 77% dei decessi è provocato dalle MCNT. Il numero maggiore di decessi è dovuto alle malattie cardio-cerebrovascolari, seguite dalle malattie oncologiche, dalle malattie respiratorie e dal diabete.

Il luogo di lavoro influenza lo stato di salute, inteso nella sua accezione più ampia, così come definita dall'OMS "... uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattie o infermità", in diversi modi: il lavoro può essere una risorsa per la crescita individuale e il potenziamento delle capacità personali, ma può essere fonte di problemi.

Le criticità si possono presentare in particolare quando:

- i lavoratori sono costretti a lavorare in condizioni di scarsa sicurezza o poco salutarie, al limite del rispetto delle norme per la loro tutela dettate dal DLgs 81/08;
- le capacità individuali sono inadeguate rispetto alle mansioni svolte;

- manca il sostegno tra i colleghi e delle figure dirigenziali.

L'OMS ha definito "sano" il luogo di lavoro in cui i datori di lavoro, i dipendenti e i soggetti a vario titolo coinvolti, sulla base dei bisogni evidenziati, collaborano attivamente nell'ambito di un processo di continuo miglioramento per tutelare e promuovere la salute, la sicurezza e il benessere di tutti i lavoratori, nonché la sostenibilità dell'azienda, prestando particolare attenzione a:

- fattori di rischio fisico presenti negli ambienti di lavoro che possono avere un impatto negativo su salute e sicurezza;
- fattori di rischio psicosociale, inclusa l'organizzazione del lavoro, che possono avere un impatto negativo su salute, sicurezza e benessere dei lavoratori;
- risorse dedicate al miglioramento delle condizioni di salute dei lavoratori (inclusa la promozione di stili di vita sani da parte del Datore di Lavoro);
- possibilità di trasferire alle famiglie, e quindi alla comunità, le esperienze positive e gli interventi per il miglioramento della salute dei lavoratori.

Identificando la promozione della salute nei luoghi di lavoro (*Workplace Health Promotion*, WHP) come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute e ricordando che i lavoratori in salute aumentano la produttività, l'OMS ha indicato le "5 chiavi" (*WHO Five Keys*) per ambienti di lavoro sani, cui si ispira il Network Europeo per la Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (*European Network for Workplace Health Promotion* - ENWHP):

- Chiave 1: Impegno e coinvolgimento della leadership
- Chiave 2: Coinvolgimento dei lavoratori e dei loro rappresentanti
- Chiave 3: Etica del lavoro e legalità
- Chiave 4: Sostenibilità e integrazione
- Chiave 5: Utilizzo di un processo sistematico e globale che assicuri efficacia e continuo miglioramento.

Su questa base, l'OMS ha predisposto un modello generale di intervento, denominato "*Healthy workplaces: a model for action*", che si basa sull'idea che l'Azienda/Ente/Amministrazione che promuove la salute, attraverso un processo partecipato, che vede il coinvolgimento di tutte le parti interessate, si impegna a costruire un contesto che favorisce scelte positive per la salute, nel proprio interesse, nell'interesse dei lavoratori e della collettività. Il modello dell'OMS presume un processo organizzativo ben definito di "miglioramento continuo", il quale garantisca che un programma di salute, sicurezza e benessere soddisfi le esigenze di tutti gli interessati e sia sostenibile nel tempo.

L'ENWHP, fondato nel 1996, è una rete informale di istituti nazionali attivi nel campo della salute e sicurezza sul lavoro e di enti e istituzioni preposti alla sanità pubblica, alla promozione della salute e alle assicurazioni sociali. Lo scopo è di contribuire, grazie agli sforzi congiunti dei suoi membri e partner, al miglioramento della salute e del benessere nei luoghi di lavoro, nonché alla riduzione dell'impatto sulla forza lavoro europea delle malattie lavoro-correlate. Nel 1997 la rete ha formulato la "*Dichiarazione di Lussemburgo per la Promozione della salute sul lavoro nell'Unione Europea*" che contiene la definizione di Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (PromoSaLL) come "lo sforzo congiunto dei datori di lavoro, lavoratori e società per migliorare la salute e il benessere dei lavoratori stessi".

Nella successiva "*Dichiarazione di Edimburgo sulla promozione della salute mentale e del benessere sul luogo di lavoro*" del 2010, la ENWHP ha richiamato l'attenzione sulla centralità del benessere e della salute mentale nella PromoSaLL, facendo appello a datori di lavoro, dipendenti, sindacati, intermediari e governi, per dare maggiore enfasi alla promozione della salute mentale sul lavoro e per implementare misure volte a proteggerla e a migliorarla.

Anche l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul lavoro (*European Agency for Safety and Health*

at Work - EU-OSHA) ha l'obiettivo di rendere i luoghi di lavoro più sicuri, più sani e più produttivi, a vantaggio di imprese, lavoratori e governi, attraverso la promozione di una cultura della prevenzione dei rischi.

L'ENWHP, con la Dichiarazione di Lussemburgo, e l'EU-OSHA sottolineano che alla promozione della salute sul lavoro contribuiscono diversi fattori, quali:

- il miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro;
- la promozione della partecipazione attiva;
- la promozione di scelte sane;
- l'incoraggiamento dello sviluppo personale.

L'EU-OSHA ha suggerito alcuni esempi di misure e attività di Promozione della Salute nel Lavoro, rappresentando che il miglioramento del benessere e la salute dei lavoratori può:

- ridurre l'assenteismo;
- aumentare la motivazione;
- accrescere la produttività;
- facilitare le assunzioni;
- ridurre il ricambio di personale;
- promuovere un'immagine positiva e attenta ai bisogni del personale.

Tra le misure volte al miglioramento delle modalità di organizzazione del lavoro, l'EU-OSHA cita l'introduzione dell'orario di lavoro flessibile e l'offerta di occupazioni flessibili, come il lavoro da casa (telelavoro), mentre per il miglioramento dell'ambiente di lavoro ricorda l'offerta di spazi di socializzazione e l'applicazione piena dei divieti di fumo. Tra le azioni di promozione della salute e del benessere sono indicate, tra le altre, l'attuazione di una gestione partecipativa che tenga conto delle prospettive e delle opinioni dei lavoratori e l'offerta di cibo sano alla mensa aziendale.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Workplace Health Promotion for Employers. Promozione della salute nei luoghi di lavoro — Per i datori di lavoro. 2010.
<https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/factsheets/93>
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Workplace Health Promotion for Employees. Promozione della salute nei luoghi di lavoro — Per i lavoratori. 2010.
<https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/factsheets/94>
- European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). “*The Edinburgh Declaration on the Promotion of Workplace Mental Health and Wellbeing*”. 2010.
https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/23/edinburgh_declaration.pdf
- European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). “*The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*” 1997, versione 2017
https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf
- World Health Organization. Five keys to healthy workplaces.
- World Health Organization. Healthy workplaces: a model for action. 2010.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44307/9789241599313_eng.pdf;jsessionid=0ECF3646AF06471447A06CDA2CE2624B?sequence=1

2.2 Contesto italiano

Le Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) sono responsabili della maggior parte dei decessi e assorbono una quota preponderante della spesa sanitaria. Tali malattie hanno origine spesso in età giovanile, colpiscono prevalentemente le classi economicamente e socialmente svantaggiate, sono altamente invalidanti e richiedono un'assistenza a lungo termine, con gravi e sottovalutati effetti economici negativi.

Alcuni fattori di rischio associati a scorretti stili di vita (consumo di tabacco, consumo dannoso e rischioso di alcol, alimentazione non corretta, scarsa attività fisica e sedentarietà) sono tra le cause delle principali MCNT; tali fattori, fortemente influenzati dalle caratteristiche del contesto di vita (politico, sociale, economico e culturale), rappresentano i determinanti di salute modificabili.

I fattori di rischio modificabili, sebbene presenti in tutte le fasce di popolazione, si distribuiscono in maniera non omogenea e solo in parte dipendono da scelte e comportamenti individuali, in quanto i determinanti sociali (condizioni socio-economiche e culturali, come globalizzazione, urbanizzazione, politiche ambientali e povertà) esercitano spesso una forte pressione verso l'adozione di stili di vita nocivi per la salute, favorendo l'emergere di ulteriori disuguaglianze.

La situazione epidemiologica

I dati epidemiologici sui fattori di rischio in Italia si possono ricavare dalle indagini ISTAT (Indagine Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana) e, dal 2007, dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia della popolazione adulta di età 18-69 anni). I dati evidenziano negli adulti prevalenze elevate per i quattro i fattori di rischio individuali modificabili.

Alimentazione, sovrappeso e obesità

Secondo i dati PASSI 2017-2020, emerge che il 42,4% degli adulti 18-69enni intervistati risulta in eccesso ponderale (31,6% sovrappeso e 10,8% obeso) e che il sovrappeso (IMC compreso fra 25 e 29,9) cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini e nelle persone con un livello culturale, sociale ed economico più basso. Il gradiente geografico dell'eccesso ponderale è nettamente a sfavore delle Regioni meridionali. Rispetto alle rilevazioni precedenti (2008-2020), la situazione è sostanzialmente stabile per i soggetti in sovrappeso; l'obesità aumenta, seppur lentamente nel Sud Italia, ma anche al Nord, mentre si registra una riduzione nelle Regioni del Centro.

Quasi la totalità degli intervistati (il 97,4%) ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 49,3% ne consuma 1 o 2 porzioni al giorno, il 38,9% da 3 a 4 porzioni, e solo il 9,2% rispetta la raccomandazione di consumarne 5 porzioni al giorno (*five a day*).

Attività fisica e sedentarietà

I dati PASSI permettono la classificazione della popolazione in tre gruppi (attivo, parzialmente attivo, sedentario) sulla base delle definizioni dell'OMS. Considerando i dati aggregati 2017-2020, il 30,7% della popolazione può essere classificato come fisicamente attivo, il 32,7% parzialmente attivo e il 36,6% sedentario. Nel 2020 continua l'andamento in crescita della sedentarietà, presumibilmente favorito anche dalle misure di contenimento adottate per il contrasto alla pandemia di COVID-19.

Dalla stratificazione per classi di età emerge che la sedentarietà è associata all'avanzare dell'età (31,7% nei 18-34enni, 35,3% nei 35-49enni, 40,9% nei 50-69enni), al genere femminile (38,3%) e a uno status socio-economico più svantaggiato, per difficoltà economiche (47,9% di chi percepisce di avere molte difficoltà economiche) o basso livello di istruzione (54,1% di chi possiede al massimo la licenza elementare).

La sedentarietà è maggiore fra i cittadini stranieri rispetto a quelli italiani (37,9% vs 36,6%) e nelle Regioni del Sud (in Campania e in Sicilia la quota di sedentari supera addirittura il 50% della popolazione).

Alcol

Secondo i dati raccolti da ISTAT, nel corso del 2019 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 66,8% degli italiani di 11 anni e più (valore identico a quello rilevato nel 2018), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,8%) rispetto alle femmine (56,5%). Il 20,2% dei consumatori beve quotidianamente, di cui il 30,1% tra i maschi e il 10,9% tra le femmine. La percentuale dei consumatori giornalieri di bevande alcoliche è scesa dal 27,4% del 2008 al 20,2% del 2019, ma è in aumento la quota di quanti consumano alcol occasionalmente (dal 40,6% del 2008 al 46,6% del 2019) e quella di coloro che bevono alcolici fuori dai pasti (dal 25,4% del 2008 al 30,6% del 2019).

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS, è stata nel 2018 del 23,4% per uomini e dell'8,9% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8,7 milioni di persone, di cui 6,2 milioni maschi e 2,5 milioni femmine che non si sono attenute alle indicazioni di salute pubblica.

Secondo i dati PASSI del periodo 2017-2020, il consumo di alcol a "maggiore rischio", incluso il binge drinking, resta una prerogativa dei residenti nel Nord Italia, in particolare nella Provincia Autonoma di Bolzano, ma tra le Regioni del Sud il Molise ha una percentuale più alta della media nazionale. Al lento e progressivo aumento del consumo di alcol a maggior rischio osservato dal 2008 al 2018, determinato dall'aumento del *binge drinking* e del consumo prevalentemente/esclusivamente fuori pasto, ha fatto seguito una inversione di tendenza che si è accentuata durante la pandemia di COVID-19: a partire dal 2018 e soprattutto nel corso del 2020, evidentemente per le minori occasioni di incontro e socialità, la quota di *binge drinking* è scesa, così come la quota di consumo prevalentemente fuori pasto.

Dai dati Istat risulta che nel 2020 il 9,2% degli incidenti stradali è alcol correlato. L'alcol può esporre a fortiori rischi di incidenti o infortuni anche in conseguenza di un singolo e occasionale episodio di consumo, spesso erroneamente valutato come innocuo per la salute e per la propria performance.

Fumo

Nel 2020, secondo i dati ISTAT, la prevalenza dei fumatori di tabacco tra la popolazione di >14 anni è pari al 18,6%. Forti sono le differenze di genere: tra gli uomini i fumatori sono il 22,2%, tra le donne invece il 15,2%. Il fumo è più diffuso nella fascia di età che va tra i 20 e i 44 anni.

Dai dati del sistema di sorveglianza PASSI (età 18-69 anni) relativi al periodo 2017-2020, emerge che il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruite e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini. Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia quasi un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto.

Analizzando il trend 2008-2020, si osserva una riduzione significativa della prevalenza dei fumatori in tutto il territorio italiano (dal 29,8% al 25,2%), che riguarda in particolare le classi sociali più agiate e meno le persone economicamente più svantaggiate. La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età; è maggiore fra le persone senza difficoltà economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri e fra i residenti nelle Regioni settentrionali, anche se la quota più alta di ex fumatori è tra i residenti della Sardegna.

Per quanto riguarda i dati PASSI 2017-2020 relativi al fumo passivo, risulta che nel nostro Paese oltre 90 adulti su 100 riferiscono che il divieto di fumo nei locali pubblici da loro frequentati (92,3%) e sul luogo di lavoro (94,2%) è "sempre" o "quasi sempre" rispettato; tuttavia esistono chiare differenze regionali e un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali, dove il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro è dichiarato da meno persone. L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora rilevante: 16 intervistati su 100 dichiarano che nella propria abitazione è ammesso fumare; un'abitudine meno frequente, ma affatto trascurabile (circa il 10%), fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni.

Ancora troppo bassa è l'attenzione degli operatori sanitari al fumo: solo il 51% dei fumatori dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario.

Poco più di un terzo dei fumatori ha tentato di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista, restando almeno un giorno senza fumare, anche se i tentativi di smettere di fumare sono leggermente ridotti rispetto all'anno precedente (35,3% vs 36,1%). Il tentativo fallisce nella stragrande maggioranza dei casi (quasi l'80%); solo una bassa percentuale (meno del 10%) raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

Anche se la maggior parte degli ex fumatori ha smesso spontaneamente, l'aiuto fornito da strutture pubbliche e private può permettere di smettere di fumare definitivamente. A sostegno di ciò, con il D.Lgs n.6 del 2016, su tutti i pacchetti di sigarette e tabacco da arrotolare è stato inserito il numero verde per smettere di fumare dell'ISS -TVF 800 554 088. Ciò ha comportato un forte incremento delle telefonate passando dalle 500 chiamate ricevute nel 2011 alle 5.415 del 2014 fino alle 15.331 del 2017. Nel 2019 le chiamate sono state 11.352. Chiamano più gli uomini rispetto alle donne e le persone di età compresa tra i 46 e i 55 anni, quasi esclusivamente i fumatori ma anche i loro familiari. Durante il primo *lockdown* (marzo-maggio 2020), il numero di telefonate al giorno si è ridotto (da 52/die a 31/die) a favore del tempo dedicato a ciascun utente (da 8 minuti/telefonata a 15 minuti/telefonata). Sono anche cambiate le caratteristiche dei fumatori che hanno contattato il servizio: fumatori incentivati a smettere per la paura di essere più vulnerabili alla COVID-19, fumatori già seguiti dai Centri Antifumo che avevano dovuto sospendere l'attività, fumatori con difficoltà psichica che come espressione di malessere avevano incrementato il numero di sigarette, ma anche fumatori che avevano visto nel *lockdown* un'occasione per prendersi cura di sé.

La prevenzione e il contrasto delle MCNT, largamente diffuse nella popolazione attiva, rappresenta una sfida anche per il mondo del lavoro per l'impatto economico e sociale che esse hanno nella popolazione lavorativa e più in generale sull'intero sistema-Paese, ma anche e soprattutto perché le MCNT possono essere prevenute adottando adeguate campagne finalizzate a promuovere stili di vita salutari nelle diverse fasce della popolazione. Il contrasto ai fattori di rischio modificabili può essere promosso solo attraverso azioni complessive, integrate e coerenti, che intervengano sui comportamenti individuali e sui determinanti sociali, economici e ambientali alla base degli stili di vita individuali e collettivi. Sviluppare programmi e azioni di PromoSaLL rappresenta, quindi, un tema prioritario per la PA, le aziende e le imprese private di ogni settore e dimensione.

Il miglioramento, sia dell'ambiente sia dell'organizzazione del lavoro, può incidere efficacemente sui processi di invecchiamento attivo, creando condizioni di supporto e inclusione dei lavoratori più anziani e di quelli con malattie croniche o disabilità. Lo stesso D.Lgs. 81/2008 (*"Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"*) prevede, all'art. 25, la collaborazione tra il Datore di Lavoro (DL), il Medico Competente (MC) e il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) alla valutazione dei rischi, per l'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale.

La strategia italiana di prevenzione e promozione della salute ha identificato, secondo un approccio intersettoriale, l'ambiente di lavoro, come uno dei *setting* prioritari di intervento, accanto a scuola, comunità e servizi sanitari, seguendo i principi del Programma nazionale *"Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari"* e del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP).

Tutte le Regioni, pertanto, sono impegnate a sviluppare programmi integrati e condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e datori di lavoro, volti a modificare comportamenti individuali non salutari, attivando reti e Comunità locali.

Alcune Regioni hanno adottato il modello WHP (*Workplace Health Promotion*) codificato dall'OMS: per esempio Regione Lombardia ha sviluppato il programma "Aziende che Promuovono Salute - Rete WHP Lombardia", a sua volta valutato come "Buona Pratica" nel contesto della partecipazione dell'Italia alle *Joint Action* per la lotta alle malattie croniche e la promozione dell'invecchiamento in buona salute lungo tutto il ciclo di vita - *"European Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle"* (JA-CHRODIS e JA-CHRODIS PLUS).

In continuità con il PNP 2014-2019, il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025, che considera bene

comune gli interventi di tutela e promozione della salute dei lavoratori, investe nella messa a sistema in tutte le Regioni di uno specifico Programma Predefinito (PP3 - Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute), per rafforzare la coerenza delle azioni e ottenere un maggiore impatto sulla salute della popolazione nella prospettiva di un approccio orientato al modello *di Comprehensive Workplace Health-Total Worker Health*.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 8a Conferenza mondiale sulla promozione della salute Helsinki 2013 “Salute in tutte le politiche”
<http://www.dors.it/page.php?idarticolo=470>
- BRFSS 2017. Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire https://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/2017_BRFSS_Pub_Ques_508_tagged.pdf⁷.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). <https://www.cdc.gov/brfss/>
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies. 1991. Disponibile all’indirizzo: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020. Geneva: WorldHealth Organization; 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=52198FB44CB3BD8DF4B0CDDDBCE1A434?sequence=1
- <http://chrodis.eu/good-practice/lombardy-workplace-health-promotion-network-italy/>
- <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/setting/luoghi-di-lavoro>
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, sulla proposta del Ministero della salute concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 13 novembre 2014.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente la proroga del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 e la rimodulazione dei Piani regionali della prevenzione 2014-2018, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 21 dicembre 2017.
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 6 agosto 2020.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull’integrazione al Piano Nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 17 dicembre 2020.
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il posticipo delle fasi di pianificazione e adozione dei Piani regionali della prevenzione di cui al Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 5 maggio 2021.
- ISTAT. Il consumo di alcol in Italia
[https://www.istat.it/it/archivio/244222#:~:text=Nel%202019%20il%2066%2C8,\(27%25%20nel%20](https://www.istat.it/it/archivio/244222#:~:text=Nel%202019%20il%2066%2C8,(27%25%20nel%20)

[2009\)](#)

- Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). J Psychosom Res 2005;58(2):163-71).
- Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. p. 112. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
- Noncommunicable diseases. Fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/cef1e5cb-en.pdf?expires=1649678704&id=id&accname=guest&checksum=37F3283D834A908E555E321A42FC4958>
- Smith BJ, Tang KC, Nutbean D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Promot Int 2006; 21(4):340-5. doi:10.1093/heapro/dal033.
- Sorveglianza PASSI. <http://www.epicentro.iss.it/passi/>

2.3 La Pubblica Amministrazione in Italia

Per l'Unione Europea "la pubblica amministrazione riflette le basi istituzionali della gestione di un paese, risponde alle esigenze della società e funziona sulla base di strutture, processi, ruoli, relazioni, politiche e programmi di tipo organizzativo; influenza la prosperità economica sostenibile, la coesione sociale e il benessere umano; influisce inoltre sulla fiducia sociale e definisce le condizioni per la creazione di valore pubblico. In particolare, le istituzioni svolgono un ruolo centrale nel fissare i giusti incentivi, nel ridurre l'incertezza e nel favorire la prosperità a lungo termine dell'intera comunità in cui sono inserite. Questa prospettiva ha orientato e orienta le politiche e i programmi dei Paesi volti a migliorare il funzionamento delle loro amministrazioni"².

I rapidi cambiamenti sociali, tecnologici ed economici impongono a tutte le amministrazioni pubbliche di adeguarsi alle nuove realtà. Ciò è a maggior ragione evidente alla luce della recente conclusione dell'emergenza sanitaria causata dalla Pandemia da SARS-CoV-2.

Le misure previste nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)³ per l'accelerazione delle assunzioni e l'efficientamento delle procedure di selezione possono rappresentare una spinta al rafforzamento del capitale umano nella PA in termini quantitativi e qualitativi. Tuttavia, dette previsioni devono confrontarsi con lentezze burocratiche e con un'offerta salariale poco attrattiva e con limitate prospettive di carriera. Per mitigare queste criticità la riforma della PA punta a coniugare retribuzione con competenze e formazione. Elementi salienti degli investimenti previsti dal PNRR per il settore pubblico e della riforma della PA sono:

- l'incremento del capitale umano. Al miglioramento qualitativo delle risorse umane dovrebbe contribuire il sostanziale potenziamento della formazione interna, rendendola più ampia, accessibile e specialistica.

² Il testo che segue è estratto dalla Scheda Tematica per Il Semestre Europeo – "Qualità della Pubblica Amministrazione" accessibile al link https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_quality-public-administration_it.pdf

³ <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

- l'innovazione dei processi - digitalizzazione, e-government, inter-operabilità - per i quali sono stati stanziati 9,72 miliardi di euro per il capitolo "Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nelle Amministrazioni pubbliche". La digitalizzazione dei servizi pubblici e dei processi interni alle Amministrazioni pubbliche⁴ ha avuto impulso durante l'emergenza sanitaria, quando è stato essenziale per la capacità delle Amministrazioni di gestire il passaggio del personale al lavoro da remoto mantenendo il livello dei servizi, tracciando un modello organizzativo in cui il lavoro agile può rappresentare un'opportunità.

Lo stato attuale del settore pubblico rappresenta la cornice entro la quale si innesta questo ambizioso piano di investimenti. Per questo è importante considerare la consistenza e le caratteristiche del personale, le attività di formazione e sviluppo del capitale umano, e il livello di digitalizzazione dei servizi pubblici e dei processi interni alle Amministrazioni pubbliche. La digitalizzazione di servizi e processi ha avuto un grande impulso durante l'emergenza sanitaria, quando è stato essenziale per la capacità delle Amministrazioni di gestire il passaggio del personale al lavoro da remoto mantenendo il livello dei servizi, tracciando un modello organizzativo in cui il lavoro agile può rappresentare un'opportunità, anziché un ripiego.

Ciò premesso, dal punto di vista strutturale, parlare di PA significa fare i conti con assetti organizzativi distinti e, in generale, complessi ed articolati: l'intervento di promozione della salute nei luoghi di lavoro della PA deve sapervi confrontare con essi, assumendo forme e caratteristiche specifiche in ciascuno dei settori in cui la PA si articola.

Segnatamente, secondo la rappresentazione dell'Istituto Nazionale di Statistica⁶ la PA si sostanzia in amministrazioni centrali, locali e enti previdenziali.

Amministrazioni Centrali	Amministrazioni Locali
Organi costituzionali e di rilievo costituzionale	Regioni e province autonome
Presidenza del Consiglio dei Ministri e Ministeri	Province e città metropolitane
Agenzie fiscali	Comuni/Comunità montane/unioni di comuni/Consorzi tra amministrazioni locali
Enti di regolazione dell'attività economica	Agenzie, enti e consorzi per il diritto allo studio universitario
Enti produttori di servizi economici	Agenzie ed enti per il turismo
Autorità amministrative indipendenti	Agenzie ed enti regionali del lavoro
Enti a struttura associativa	Agenzie ed enti regionali e provinciali per la formazione, la ricerca e l'ambiente
Enti produttori di servizi assistenziali, ricreativi e culturali	Agenzie regionali per la rappresentanza negoziale
Enti e Istituzioni di ricerca	Agenzie regionali per le erogazioni in agricoltura, Agenzie ed enti regionali di sviluppo agricolo

⁴ <https://www.treccani.it/enciclopedia/pubblica-amministrazione/>

⁵ <https://www.treccani.it/enciclopedia/pubblica-amministrazione/>

⁶ ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA Elenco delle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 3 della legge 31 dicembre 2009, n. 196 e ss.mm. (Legge di contabilità e di finanza pubblica) 1 * 2 L'elenco è compilato sulla base di norme classificatorie e definitorie proprie del sistema statistico nazionale e comunitario (Regolamento UE n. 549/2013 sul Sistema Europeo dei Conti Nazionali e Regionali nell'Unione Europea – SEC2010). I criteri utilizzati per la classificazione sono di natura statistico-economica. Elenco delle Amministrazioni pubbliche

Istituti zooprofilattici sperimentali	Aziende sanitarie locali, Agenzie regionali sanitarie e aziende ed enti di supporto al SSN
	Aziende ospedaliere, aziende ospedaliero-universitarie, policlinici e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici
	Consorzi interuniversitari di ricerca
	Enti di governo dei servizi idrici e/o dei rifiuti
	Autorità di sistema portuale
	Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e unioni regionali
	Consorzi di bacino imbrifero montano
	Parchi nazionali, consorzi ed enti gestori di parchi e aree naturali protette
Enti nazionali di previdenza e assistenza	

Agire per implementare nella PA strategie di promozione della salute e, in particolare, il PP3 del PNP 2020-2025 significa, innanzitutto, intervenire per sviluppare “senso” e “valore” - in ottica sociale e culturale - alla salute, intesa ancora oggi come ambito di mera prerogativa sanitaria, assicurativa e, previdenziale; in senso lato di esclusiva adesione passiva a disposizioni calate da Enti centrali. In questo contesto, è prioritario contribuire a mutare l’attuale “sentimento” verso la PA, sostenendo la valorizzazione della “RES PUBBLICA”.

In secondo luogo, occorre agire rappresentando come la PA, al pari del privato, possa acquisire efficacia ed efficienza attraverso la cura del benessere individuale, collettivo ed organizzativo, senza che ciò determini necessariamente aumenti sui costi (e sui mezzi) della produzione e dell'organizzazione del lavoro, nel rispetto dei vincoli e delle peculiarità proprie di ciascuna articolazione della PA. Ciò riguarda la struttura stessa delle organizzazioni pubbliche, in particolare il livello di complessità e di gerarchia, le possibilità di integrare i compiti e il lavoro di squadra, l'introduzione di responsabilità decentrate delle organizzazioni pubbliche e nuove forme di relazione con gli stakeholder esterni (personalizzazione dei processi interni).

L’adozione di una politica di promozione della salute sul lavoro è necessaria non soltanto per rispetto delle politiche di prevenzione promosse dal Ministero della Salute con il Piano Nazionale di Prevenzione e per rispondere alla domanda di adesione a programmi volontari di promozione della salute, ma anche introdurre un ulteriore stimolo al miglioramento della competitività. Promozione della salute e salute e della sicurezza sul lavoro, che rappresenta obbligo normativo, sono importanti in quanto traguardo di società civile, e sotto il profilo economico⁷.

In ogni caso, la promozione della salute deve essere parte integrante del sistema di gestione. Pertanto, è nodale il ruolo del management, della gestione delle risorse umane e di organizzazione del lavoro pubblico.

In Italia il personale del settore pubblico è progressivamente diminuito, per effetto del blocco del turnover, ed è invecchiato in maniera sensibile. Nel 2019, tra i Paesi Ue per i quali sono disponibili

⁷ Rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro nel settore sanitario - Guida alla prevenzione e alle buone prassi - Commissione europea 2012

informazioni comparabili, l'Italia risultava avere l'incidenza più bassa di dipendenti pubblici rispetto alla popolazione e, al contempo, essere tra quelli che avevano maggiormente ridotto la consistenza del personale in servizio nella PA. Inoltre, nel settore pubblico italiano si riscontrava la maggiore incidenza di lavoratori con età superiore ai 55 anni e la più bassa di quelli con meno 35⁸.

Considerando il numero di dipendenti, il settore della PA più esteso, oltre che eterogeneo, è quello della produzione e fornitura di servizi. Il prodotto principale della PA, infatti, nella maggior parte dei casi è la fornitura di un servizio per le persone, in un contesto in cui è determinante il ruolo giocato da ogni singolo dipendente nella produzione di "valore". Mentre la percentuale di personale che contribuisce alla produzione di valore nel contesto produttivo italiano è compresa tra il 20% e il 50%, nel settore della pubblica amministrazione la percentuale va dal 60% al 90%⁹.

I lavoratori sono la risorsa per aumentare la competitività, creare un migliore contatto con il pubblico, fornire un servizio migliore ai clienti e implementare il cambiamento e le nuove idee. Il modo in cui dipendenti sono gestiti, motivati e qualificati ha una notevole influenza sulla loro sensazione di benessere e sulla loro salute e, di conseguenza, sulla loro efficienza e sulla qualità dei servizi che forniscono.

Questo è il campo in cui le strategie e le azioni di promozione della salute sul luogo di lavoro possono fornire un valore aggiunto al processo di miglioramento della PA.

Nonostante queste premesse, ad oggi, i programmi di promozione della salute sui luoghi di lavoro sono stati attuati nelle organizzazioni della PA solo in misura ridotta.

Per superare questa inerzia, molto spesso dovuta ad approcci culturali e organizzativi fondati su modelli burocratici, è opportuno adottare le strategie di successo di promozione della salute sul luogo di lavoro, ad oggi sviluppate principalmente nel settore privato, adattandole alle esigenze specifiche delle PA, anche in considerazione del valore economico e sociale di questo settore.

Nel farlo, è cruciale:

- curare il coinvolgimento attivo e l'ingaggio dei livelli strategici, manageriali, gestionali e operativi, promuovendo un approccio alla salute di tipo olistico
- valorizzare sia sul piano individuale sia su quello collettivo programmi e azioni fondati su empowerment individuale e comunitario, assunzione di responsabilità e condivisione del valore dei cambiamenti promossi e via via messi in atto per la salute e il benessere di tutti i lavoratori
- essere consapevoli che i cambiamenti promossi dalla e nella PA, per la rilevanza di questo settore nella vita nazionale, possono portare un vantaggio per l'intera collettività.

Tutto ciò rende necessari processi di accountability di quanto promosso e già realizzato in grado di motivare e rinforzare l'ingaggio dei committenti politici e sociali della stessa PA; e di advocacy circa l'importanza stessa del concetto di promozione della salute nella PA come fonte di bene comune per l'intera società civile (nazionale).

⁸ https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Rapporto_Annuale_2022.pdf

⁹ ENWHP, (2002) *Healthy Workplaces Towards Quality and Innovation Report on the Current Status of Workplace Health Promotion in the Public Administration Sector. Working Together for a Social and Competitive Europe.*

2.4 Individuazione del Datore di lavoro nella PA

L'azione di ingaggio dei livelli strategici e manageriali sopra richiamata muove dal coinvolgimento del datore di lavoro e in generale della dirigenza. Se nelle aziende private il datore di lavoro è facilmente individuabile, nella PA non è sempre così.

La definizione di Datore di lavoro nelle pubbliche amministrazioni è fornita all'articolo 2, comma 2, lettera b del Testo Unico, che lo descrive come:

“[...] Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per datore di lavoro si intende il dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il funzionario non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale, individuato dall'organo di vertice delle singole amministrazioni tenendo conto dell'ubicazione e dell'ambito funzionale degli uffici nei quali viene svolta l'attività, e dotato di autonomi poteri decisionali e di spesa. In caso di omessa individuazione, o di individuazione non conforme ai criteri sopra indicati, il datore di lavoro coincide con l'organo di vertice medesimo”.

Quindi, nelle PA il datore di lavoro coincide con:

- il dirigente con poteri di gestione del singolo ufficio in cui si svolge l'attività lavorativa in questione;
- il funzionario non avente qualifica dirigenziale, nel caso in cui l'ufficio in questione abbia autonomia gestionale e decisionale di spesa.

L'individuazione del datore di lavoro con atto formale nelle P.A. è un vero e proprio atto obbligato, che l'organo deve necessariamente compiere. In caso di omissione l'organo al vertice in toto sarà chiamato a rispondere di tale omissione penalmente, e sarà corresponsabile della mancata realizzazione del sistema di prevenzione.

L'individuazione del Datore di Lavoro ricade sul soggetto dotato di autonomia decisionale e di spesa di cui questi deve disporre. Progettare, proporre, impostare un programma di promozione della salute nella PA necessita dell'approvazione del datore di lavoro e/o della dirigenza da lui individuata.

Sarà il datore di lavoro ad individuare le altre figure professionali da coinvolgere nella programmazione e gestione delle attività di promozione della salute: dirigenti, area risorse umane, area acquisizione beni, ecc, in base alle necessità del progetto; oltre, ovviamente, alle figure della prevenzione: responsabile del servizio di prevenzione e protezione, medico competente e rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

2.5 La promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione - Approccio intersettoriale

L'aspetto più importante è che la buona salute non può più essere considerata un risultato di un solo settore: i miglioramenti sostenibili ed equi in materia di salute sono il prodotto di una politica efficace a tutti i livelli di governo e degli sforzi di collaborazione tra tutti gli ambiti della società.

Margaret Chan - DG OMS

Tratto da: Health 2020 – OMS, 2013

L'OMS definisce la collaborazione intersettoriale come “una relazione riconosciuta tra due o più soggetti appartenenti a diversi settori della società, costituita allo scopo di intraprendere azioni finalizzate a raggiungere risultati di salute o risultati intermedi di salute, rispetto a una problematica specifica, secondo

modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario” (1998). Scopo fondamentale dell’azione intersettoriale è quello di raggiungere una maggiore consapevolezza delle conseguenze che le decisioni politiche e le prassi organizzative adottate in diversi settori possono avere sulla salute, per poi muoversi in direzione comune favorevole al benessere delle persone.

Le evidenze riconoscono nell’approccio *multi-stakeholder* la strategia più efficace per promuovere salute nella popolazione e il termine “intersectorialità” esprime la collaborazione tra settori diversi per definire e realizzare obiettivi e interventi comuni sui determinanti di salute. L’intersectorialità si basa, infatti, sul riconoscimento della salute quale processo complesso che implica interdipendenza tra innumerevoli determinanti: personali, genetici, di genere, stili di vita, socio-economici, ambientali, culturali, lavorativi, ecc. Inoltre, necessita di un largo coinvolgimento e di una corresponsabilità di attori diversi oltre al sistema sanitario, quali il settore dell’ambiente, dell’istruzione, dei trasporti, delle politiche della casa, del commercio, dell’urbanistica, dello sport, il “terzo settore”, il mondo scientifico e accademico, i professionisti della salute, le comunità e ogni singolo cittadino, chiamati ad agire in maniera sinergica per la promozione della salute e per contrastare le disuguaglianze.

Questa visione si è consolidata con l’approvazione, nel 2012, da parte dei 53 Paesi della Regione Europea dell’OMS, del documento “*Salute 2020. Un nuovo modello di politica europea a sostegno di un’azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere*”.

“*Salute 2020*” si pone come obiettivo il miglioramento della salute per tutti e la riduzione delle disuguaglianze, attraverso una migliore *leadership* e una *governance* partecipativa che privilegi la collaborazione e la *partnership* all’interno della sanità e con gli altri settori della società, individuando, in particolare, quattro ambiti prioritari di azione politica interconnessi e interdipendenti tra loro, quali:

1. investire sulla salute considerando l’intero arco della vita e mirando all’*empowerment* delle persone (in particolare giovani e anziani, con un particolare riguardo alla salute mentale);
2. affrontare le principali sfide per la salute con approcci integrati e strategie intersectoriali di promozione della salute;
3. rafforzare i servizi sanitari ponendo la persona al centro dell’assistenza e della cura e rivitalizzando la sanità pubblica prioritariamente attraverso gli investimenti sugli assetti organizzativi e sulla formazione degli operatori orientata al lavoro di équipe e alla collaborazione intersectoriale;
4. creare e sostenere comunità resilienti e ambienti favorevoli al benessere e alla salute individuale e comunitaria.

Compito dei governi e dei decisori a tutti i livelli è quello di realizzare processi formali, nonché tradurre le prove di efficacia delle azioni di promozione della salute in linee guida e raccomandazioni per l’elaborazione delle politiche e per l’operatività a livello intersectoriale, puntando sui vantaggi derivanti dall’adozione della strategia “*Salute in tutte le politiche*”.

Il PNP 2014-2019 ha fatto proprio l’approccio di “*Guadagnare salute*” puntando su una “politica delle alleanze” tra *stakeholder* e settori diversi della società (amministrazioni locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, ecc.) e promuovendo azioni intersectoriali, trasversali ai determinanti di salute, per ciclo di vita e per *setting*, declinati successivamente a livello regionale.

Nel nostro Paese sono, quindi, innumerevoli le opportunità per costruire, tra gli addetti ai lavori e tutti i protagonisti delle comunità locali, una cultura diversa che riguardi il prendersi cura della persona e del suo benessere sviluppando un confronto su intersectorialità, sostenibilità ed efficacia dei programmi e delle iniziative realizzati nei diversi contesti di vita, compreso l’ambiente di lavoro.

Sulla base dell’esperienza del PNP 2014-2019, il vigente PNP 2020-2025 intende rafforzare l’intersectorialità, adottando modelli organizzativi che ne favoriscano l’attuazione e sostenendo la costruzione di reti locali e alleanze tra soggetti istituzionali, sociali, imprenditoriali e professionali per politiche e azioni finalizzate a garantire il benessere in tutte le fasce di età e un invecchiamento sano e attivo.

Tale approccio è sostenuto anche dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (D.P.C.M. 12 gennaio

2017) nell'ambito dell'Area F "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di *screening*; sorveglianza e prevenzione nutrizionale" del Livello "Prevenzione collettiva e sanità pubblica". Nella stessa area è inclusa l'offerta del *counseling* breve individuale, quale prestazione esigibile finalizzata al contrasto dei fattori di rischio delle MCNT per "abilitare la persona a risolvere e gestire problemi e a prendere una decisione, in vista di un obiettivo di miglioramento dello stato di salute" (OMS, 1989). Risulta quindi fondamentale il ruolo delle Regioni e delle ASL nel definire efficaci strategie di comunità, fondate su un approccio intersettoriale, *life-course* e per *setting*, e strategie basate sull'individuo.

La PromoSaLL nella Pubblica Amministrazione (PA), deve, pertanto, attivare processi e interventi tesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente "favorevole alla salute", perseguendo un approccio intersettoriale e di coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti che, attraverso il miglioramento dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro, fornisca l'opportunità di percorrere una strada comune per il benessere di tutte le generazioni.

Piani di intervento proposti dalle PA, quali Aziende Sanitarie, Scuole, Enti Locali, Forze Armate, Forze dell'Ordine, INAIL, ecc., hanno un ulteriore valore aggiunto per il loro ruolo istituzionale e per il ruolo ricoperto da ogni dipendente pubblico quale "operatore della salute" in senso lato, ovvero orientato al bene comune. Il dipendente pubblico è chiamato, dunque, a essere protagonista attivo nella promozione della cultura della salute, anche attraverso la proposta di ambienti sani e modelli positivi di salute. La PA ha, quindi, il dovere di adottare una chiara e visibile politica aziendale di contrasto dei principali fattori di rischio per la salute, puntando anche sul benessere organizzativo e la buona amministrazione.

Un esempio di efficace impegno intersettoriale della PA nella promozione di ambienti sani che stimolano stili di vita salutari è stato il programma "Ospedali e servizi sanitari liberi dal fumo", nato dall'esperienza e dal *know how* acquisiti grazie a due progetti CCM che avevano quali obiettivi il monitoraggio della legge 3/2003 sulla protezione dei non fumatori. Tali progetti, coordinati dalla Regione del Veneto con la partecipazione di diverse Regioni italiane, prevedevano il monitoraggio in chiave di "promozione della salute" in luoghi di lavoro pubblici – enti locali, scuole e ambienti sanitari; tutti luoghi che per il loro essere "istituzioni" rivestono un ruolo trainante e strategico nei confronti delle comunità, per la loro innegabile responsabilità nel proporre modelli positivi di salute e ambienti che promuovono la salute.

Le Regioni hanno sviluppato i suddetti percorsi quali espressione di un impegno concreto della sanità, come delle PA, a superare il modello esclusivamente basato sull'erogazione della prestazione e andare verso un paradigma culturale di ampio respiro che, dal monitoraggio del rispetto della normativa in un ambiente a servizio della collettività per il bene comune, arrivi all'assunzione di responsabilità, attraverso l'adozione di una chiara politica aziendale di contrasto al tabagismo. Nello specifico degli ospedali e degli ambienti sanitari, si è cercato di andare oltre l'essere esclusivamente dei luoghi di diagnosi e cura, ma anche luoghi di promozione della salute. Considerato che le organizzazioni sanitarie hanno il dovere di essere un esempio positivo per tutte le altre realtà lavorative, si è elaborato e sperimentato un modello organizzativo e operativo per andare oltre il solo rispetto della legge, verso un'Azienda Sanitaria libera dal fumo. Attraverso la fattiva collaborazione dei referenti regionali dei programmi di controllo del tabagismo, dei referenti regionali per la valutazione e dei Servizi di Prevenzione e Vigilanza negli Ambienti di Lavoro delle ASL, gli obiettivi dei Piani di promozione della salute delle Regioni sono stati tradotti in indicazioni operative per gli operatori dei Servizi Sanitari.

Particolarmente rilevante è la sinergia intersettoriale e la collaborazione tra "Sistema Scolastico" e il "Sistema Sanitario" che, nel rispetto della propria *mission* istituzionale, perseguono interessi comuni la cui combinazione può consentire alla scuola di diventare un luogo dove imparare, lavorare e vivere "meglio" e al tempo stesso "guadagnare salute". Negli ultimi anni la collaborazione tra la "Scuola" e il Sistema sanitario ha consentito di attivare in tutto il territorio nazionale interventi volti a supportare e stimolare comportamenti salutari, a partire dall'infanzia. Con il documento "Indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che promuove salute", adottato con Accordo Stato-Regioni del 17 gennaio 2019, condiviso tra i due Dicasteri, è stato riaffermato che la "Scuola che promuove salute" adotta un approccio rivolto a tutti gli studenti, alle loro

famiglie, al personale docente e non, finalizzato a sviluppare le competenze individuali di tutti i componenti della comunità scolastica, nonché a migliorarne l'ambiente fisico e sociale, aprendosi al territorio e rafforzando la collaborazione con la comunità locale: "approccio scolastico globale". Nel contesto scolastico, la promozione della salute "ha una valenza più ampia di quella sottesa all'educazione alla salute, comprendendo anche le politiche per una scuola sana in relazione all'ambiente fisico e sociale degli istituti scolastici e ai legami con i *partner* (comuni, associazioni, servizi sanitari...), per migliorare e/o proteggere la salute e il benessere di tutta la comunità scolastica". Il 20 febbraio 2019 i Ministri della Salute e dell'Istruzione hanno anche rinnovato il Protocollo d'intesa "Tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione" con l'obiettivo di "rendere stabile la programmazione condivisa e partecipata tra le Istituzioni centrali, regionali e locali, sanitarie e scolastiche, attraverso la condivisione di obiettivi educativi e di salute, al fine di garantire un impegno attivo in favore della implementazione, del monitoraggio e della valutazione di efficaci strategie di promozione della salute e del benessere psico-fisico".

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente "Indirizzi di 'policy' integrate per la Scuola che Promuove Salute", sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 17 gennaio 2019.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3607_listaFile_itemName_0_file.pdf
- "Verso ospedali e servizi sanitari liberi dal fumo"
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1897_allegato.pdf
- World Health Organization. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. 2013.
https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf Traduzione italiana a cura di Ministero della Salute e DORS, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1819_allegato.pdf
- World Health Organization. Health Promotion Glossary. 1998. Traduzione italiana a cura del DORS Regione Piemonte, 2012,
https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf

3 MODELLO DI INTERVENTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO (PromoSaLL)

Negli ultimi vent'anni si è assistito a un'evoluzione del concetto di lavoro, che ha favorito il consolidamento della percezione di causalità circolare tra benessere individuale e condizione organizzativa. I lavoratori non sono più considerati come mera "forza produttiva", ma piuttosto sono riconosciuti come risorsa, come un vero e proprio capitale e fattore chiave per il successo, l'efficacia e l'efficienza della realtà in cui operano.

I progressi registrati nell'evoluzione del concetto di lavoro, sono stati affiancati da significativi cambiamenti della normativa sulla sicurezza e igiene del lavoro e da un consolidamento della cultura della prevenzione e della promozione della salute nei contesti lavorativi.

La produzione legislativa nazionale degli anni '90, ispirata alle direttive comunitarie, ha infatti segnato il passaggio da un modello di protezione oggettiva, finalizzato a garantire un ambiente di lavoro tecnologicamente sicuro, a un modello di prevenzione soggettiva, all'interno del quale la valutazione del rischio e la sua eliminazione o riduzione è riconosciuta come compito principale del Datore di lavoro (DL), coadiuvato, nell'attività di prevenzione, dalla partecipazione attiva e consapevole sia dei singoli lavoratori, che delle loro rappresentanze.

Inoltre, in sintonia con la nuova strategia comunitaria orientata alla promozione del benessere psico-fisico e sociale nei luoghi di lavoro, l'insieme delle norme che hanno disciplinato la sicurezza sul lavoro sono state codificate in un testo unico, il D.Lgs. 81/2008 al fine di rendere effettivo l'obbligo di garantire l'incolumità dei lavoratori, ponendo attenzione ai fattori stressanti psicosociali del contesto lavorativo e alle possibili conseguenze che una condizione di stress lavoro correlato può causare sulla salute.

In questo contesto si inserisce la PromoSaLL che va al di là degli obblighi normativi, richiede ambienti lavorativi sani e sicuri ed è realmente efficace soltanto quando costituisce un elemento stabile di tutti i processi organizzativi.

Per promuovere sicurezza, salute e benessere fisico, mentale e sociale dei lavoratori, è necessario tener conto contemporaneamente di diversi aspetti tra loro correlati: l'ambiente di lavoro fisico, gli aspetti psicosociali dell'ambiente di lavoro (organizzazione e gestione del lavoro, valori, atteggiamenti, pratiche quotidiane), le risorse di salute personali, l'interazione tra luogo di lavoro e comunità per migliorare anche la salute delle famiglie dei lavoratori e degli altri membri della comunità stessa. Partendo dalla conoscenza e dalla valutazione dell'impatto di tali elementi è possibile sviluppare programmi e progetti che rispondano alle reali esigenze dei lavoratori e seguano un percorso logico di progettazione per fasi. Ogni luogo di lavoro deve adattare gli elementi fondamentali degli interventi volti alla promozione della salute in base al proprio contesto, associando le esigenze dei lavoratori a quelle dell'organizzazione.

È fondamentale l'impegno continuo di tutti i soggetti coinvolti, dalla dirigenza all'intero personale, tenendo conto che la partecipazione ad attività che promuovono la salute sul lavoro è una scelta volontaria.

Definire una politica di PromoSaLL necessita di un approccio multisettoriale e prevede il coinvolgimento di tutti i soggetti direttamente coinvolti (DL, lavoratori, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza - RLS, ecc.) per perseguire diverse finalità che vanno dal favorire la conoscenza dei rischi per la salute di alcuni comportamenti, all'aumento della consapevolezza delle diverse responsabilità dei soggetti coinvolti per costruire ambienti di lavoro non solo sicuri, ma anche salubri. Un'Amministrazione attenta non solo alla sicurezza, ma anche al benessere dei dipendenti, rafforza un'immagine positiva, specie per l'attenzione ai lavoratori in condizioni di vulnerabilità (dipendenti più anziani o affetti da patologie croniche,

donne in gravidanza, ecc.) e per le ricadute sulla collettività, attraverso il coinvolgimento delle famiglie.

Il fine ultimo di una politica di PromoSaLL orientata strategicamente non è solo quello di sensibilizzare il singolo lavoratore alla cultura della salute, ma anche di creare una rete di scambio di informazioni su risultati ottenuti, esperienze, soluzioni pratiche, misure preventive attuate e perseguibili, realizzando una “buona pratica” con caratteristiche di trasferibilità e replicabilità.

Per rendere più efficaci le azioni, è auspicabile il coinvolgimento di sedi territoriali della PA (laddove presenti), nonché di rappresentanti istituzionali di altre PA (es. Ministeri, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano), soprattutto se gli interventi incidono anche sugli ambiti extra-lavorativi di un individuo. Ulteriore elemento importante, già nella fase di progettazione, risulta essere la condivisione e il coinvolgimento dei referenti istituzionali di: Aziende Sanitarie Locali (AASSLL), Ispettorato Nazionale del Lavoro (INL), Enti locali (Comuni), scuola, associazioni sportive e di volontariato, organizzazioni non governative, ecc., per rafforzare la collaborazione con una progettualità coordinata su più ambiti, anche tramite l’istituzione di Tavoli di Lavoro intersettoriali.

3.1 Valutazione di un intervento di Promozione della Salute nei luoghi di lavoro

Già nel 1988, in occasione della 51° Assemblea Mondiale della Sanità, la WHO invitava gli Stati Membri ad “adottare un approccio *evidence based* alle strategie e alle pratiche di promozione della salute, usando l’intero range di metodologie quantitative e qualitative”.

La partecipazione ai Programmi di Promozione della salute nei luoghi di lavoro varia in modo significativo in base ai diversi contesti. Pertanto, le caratteristiche del lavoro, in particolare ove si tratta di PA (vedi paragrafi precedenti), devono essere considerate un fattore decisivo per l’efficacia di tali programmi: sebbene le condizioni oggettive di lavoro possano sembrare simili, specifiche caratteristiche del contesto possono portare a modelli di comportamento diversi (1).

Il tema dell’efficacia e, più in generale, dell’impatto degli interventi rappresenta uno dei temi più attuali e dibattuti nel campo della promozione della salute: la natura multidisciplinare e contestuale di queste strategie, infatti, impedisce che la valutazione della loro efficacia si basi su un singolo approccio individuato quale standard di riferimento (es in campo biomedico, il Trial Clinico Randomizzato) (2).

Vi è pertanto la necessità di “principi guida” alla luce dei quali stabilire la coerenza di ogni successiva scelta di valutazione:

- partecipazione
- multidisciplinarietà
- empowerment
- equità
- appropriatezza: coerenza con il modello di salute scelto
- sostenibilità

ed altresì, di adozione di un corretto processo di valutazione che in quanto tale deve presentare alcune caratteristiche quali:

- essere parte integrante del programma di promozione della salute;
- comporsi almeno di una analisi ex-ante e di una alla fine dell’intervento;

- individuare degli indicatori il più possibile quantitativi;
- rispondere alla domanda: “l’intervento realizzato ha prodotto risultati?”;
- servire a individuare i successivi interventi migliorativi;
- considerare di valutare e registrare la durata dell’effetto dell’intervento nel tempo (breve-medio-lungo termine)

Inoltre, occorre che chi promuove/implementa programmi preventivi sia nelle condizioni di misurare indicatori quantitativi valutabili prima e dopo l’intervento, tra i quali ad esempio:

- prevalenza di fumatori;
- prevalenza di consumo di frutta e verdura;
- prevalenza di consumo rischioso e dannoso di alcol;
- prevalenza di sovrappeso/obesità;
- prevalenza di persone sedentarie;
- prevalenza di persone fisicamente attive;
- variazione nel numero di assenze per malattia (quale possibile indicatore di malessere lavorativo);
- variazione nel numero di licenziamenti/richieste di trasferimento (quale possibile indicatore di malessere lavorativo);

Punto fermo per la valutazione dell’efficacia resta la misurazione al “base-line”, vale a dire prima dell’intervento (3): conoscere la situazione di salute prima dell’intervento costituisce requisito fondamentale per la successiva valutazione dell’effetto dell’intervento.

Una recente revisione sistematica (4) ha analizzato, a sua volta, 23 revisioni di programmi di promozione della salute, al fine di valutare l’efficacia di tali interventi su outcome sia di natura fisica (es. peso, BMI, valori di colesterolo, di pressione arteriosa) sia di natura psichica. I risultati sono stati positivi - con dimostrazione di efficacia - per quanto riguarda gli outcome relativi al peso, alla salute mentale e alla salute muscolo-scheletrica mentre i risultati riguardo gli altri fattori di rischio cardiometabolici sono stati meno consistenti. Tuttavia un aspetto sottolineato è che, nonostante i risultati presentati, non è possibile stabilire se questi porteranno poi a una effettiva riduzione del rischio di sviluppare malattie croniche quali malattie cardiovascolari e diabete, risultati a lungo termine allo stato attuale difficilmente valutabili: infatti i dati sulla durata di efficacia dei programmi di WHP non sono univoci in letteratura, in alcuni casi gli effetti si mantengono validi fino a 24 mesi di follow-up, in altri casi ciò si verifica per periodi di tempo più limitati (tra 12 e 3 mesi) o, in alcuni casi, gli studi non riportano dati rispetto ai follow-up (5,6).

Sebbene quindi risulti difficile valutare l’efficacia in termini di durata dell’effetto dell’intervento, un aspetto generalmente accettato è che programmi multidisciplinari determinano risultati (a breve-medio termine) migliori rispetto agli interventi basati su un singolo tipo di intervento (7,8).

I programmi di Promozione della salute hanno quindi la potenzialità di migliorare l’ambiente lavorativo e influire sull’organizzazione del lavoro stesso, aumentando il benessere con un impatto efficace sulla riduzione dell’assenteismo e del pre-assenteismo (9,10).

Altro termine di valutazione dell’efficacia di tali programmi è il rapporto costo/efficacia. L’efficacia economica varia secondo il tipo di programma realizzato: ad esempio programmi di gestione della disabilità sul luogo di lavoro (WDMP) si sono mostrati più costo-efficaci rispetto a programmi di supporto psicologico

individuale; le modalità più comuni per valutare l'impatto economico riportate in letteratura sono il ROI (Return on Investment), BEA (Break-Even Analysis), il valore della produttività media annua, i giorni di assenza per malattia (11,12). È stato inoltre dimostrato come l'adozione di tali indicatori abbia un ruolo rilevante nell'indurre la dirigenza a svolgere programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro (13).

La pratica di programmi di promozione della salute sui luoghi di lavoro ha effetti globali, implementa il benessere dei lavoratori, il funzionamento delle aziende e ha riflessi positivi sulla società civile, per tali ragioni è auspicabile che sia ampiamente diffusa ed incoraggiata in ogni ambito della PA.

BIBLIOGRAFIA

1. Reinhardt et al. Do working characteristics influence the participation at health measures? Findings from a trial phase of workplace health promotion *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2020, 15:11
2. Rootman I., Introduction to the book, in *Evaluation in Health Promotion, Part 1*(2001) WHO Regional Publications European series n. 92: 5
3. Sigüero MÁ, Jerónimo M, Marqués F, Sagües MJ, Solé MD. Evaluation of the Effectiveness of Workplace Health Promotion Programs from 2000 to 2020: Literature Review. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2021, 11, 113-131.
4. Proper KI, van Oostrom SH. The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes – a systematic review of reviews. *Scand J Work Environ Health* 2019;45(6):546-559
5. Schaller et al. Workplace health promotion interventions for nurses in Germany: a systematic review based on the RE-AIM framework *BMC Nursing* (2022)
6. Lazzeri et al. The Workplace Health Promotion (WHP) programme in an Italian University Hospital *J Prev Med Hyg*. 2019
7. Seymour, L, & Grove, B. (2005). *Workplace interventions for people with common mental health problems*. London: British occupational health research foundation.
8. Schröer, S, Haupt, J, & Pieper, C. (2014, Jan). Evidence-based lifestyle interventions in the workplace--an overview. *Occup Med (Lond)*, 64(1), 8-12, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt136>..
9. Cancelliere et al. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? a systematic review and best evidence synthesis of the literature *BMC Public Health* 2011, 11:395
10. Christensen et al. Background, design and conceptual model of the cluster randomized multiple-component workplace study: FRamed Intervention to Decrease Occupational Muscle pain - FRIDOM” *BMC Public Health*. 2016, 16:1116
11. Camisa et al. Return on Investment (ROI) and Development of a Workplace Disability Management Program in a Hospital—A Pilot Evaluation Study *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov
12. Dalmaso et al. Effectiveness of Psychological Support to Healthcare Workers by the Occupational Health Service: A Pilot Experience *Healthcare (Basel)*. 2021 Jun; 9(6): 732.
13. Muto et al. Methods to persuade higher management to invest in health promotion programmes in the workplace *Occup. Mod Voi* 47, No. 4, pp. 210-216, 1997

3.2 Programmazione, pianificazione e attuazione dell'intervento di PromoSaLL

La realizzazione di un efficace intervento di PromoSaLL ha come condizione il rispetto della normativa salute e sicurezza sul lavoro, e si sviluppa su un'accurata programmazione delle azioni per raggiungere tutti gli obiettivi di salute prefissati.

È evidente quanto sia essenziale la chiara volontà dei vertici chiamati a rendere manifesto l'impegno per il raggiungimento delle finalità prefissate, anche in termini di monitoraggio e valutazione delle azioni poste in essere, al fine di includere negli obiettivi e nei valori aziendali la cultura dei luoghi di lavoro sani.

Segue, quale presupposto alla realizzazione dell'intervento di PromoSaLL, l'adesione del medico competente che, per il ruolo attribuitogli dalla norma, ricopre posizione ed ha competenze tali da poter influire efficacemente sul successo delle azioni.

I lavoratori e i loro rappresentanti non devono essere semplicemente "consultati", ma devono essere attivamente coinvolti in ogni passaggio del processo, dalla pianificazione alla valutazione, tenendo in considerazione le loro opinioni e idee. I programmi di promozione della salute e del benessere psico-fisico mirano infatti alla diffusione della cultura della prevenzione negli ambienti di lavoro, concentrando azioni e interventi finalizzati a favorire la modifica di comportamenti (consumo rischioso e dannoso di alcol, tabagismo, scorretta alimentazione e sedentarietà/scarsa attività fisica). Un programma di intervento efficace, inoltre, deve essere in grado di dare le stesse opportunità a tutti, evitando – in coerenza ai principi dettati dal PNP 2020-2025 – l'acuirsi di disuguaglianze potenzialmente presenti all'origine e *"connesse alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri paesi e quelli connessi alla diversa tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro"* (art. 28 comma 1 Dlgs 81/08), per esempio adottando le modalità di comunicazione in grado di raggiungere tutti i lavoratori e

Un modello di intervento di PromoSaLL va sviluppato secondo un Piano Operativo articolato in fasi attuative (Tab. I); tale Piano, per risultare efficace, deve essere opportunamente adattato e attuato in base alle caratteristiche di ogni singola realtà lavorativa.

Per dare maggiore sostenibilità a questo genere di programmi, in realtà complessi e richiedenti un approccio globale, è fondamentale individuare chiaramente gli obiettivi specifici, le priorità, le risorse umane, tecniche ed economiche necessarie e disponibili, gli indicatori di processo e di risultato e le modalità per raggiungere i risultati attesi.

Fasi di un modello di intervento di PromoSaLL

1ª fase: Pianificazione

La prima parte della pianificazione di un modello di intervento di PromoSaLL consiste nella costituzione di un Gruppo di Lavoro (GdL), che abbia il mandato specifico di definire il Piano Operativo, realizzarlo e monitorarlo. Ciascun componente del GdL deve avere un ruolo specifico, al fine di garantire l'efficacia delle iniziative. I componenti principali del GdL, in merito alle rispettive competenze e funzioni, sono: il DL o suo delegato, le figure della prevenzione (Tab. II) e i rappresentanti delle Direzioni, Uffici e Strutture coinvolti a vari livelli (prevenzione, risorse umane, comunicazione, acquisti, patrimonio, personale, statistica, ecc.) per la condivisione delle necessarie future autorizzazioni e collaborazioni. Nell'ambito del GdL dovrà essere identificato un referente, punto di riferimento per l'implementazione della strategia e di collegamento tra il gruppo stesso e la Direzione Aziendale. A seconda dei casi possono essere coinvolti altri esperti anche esterni.

Una volta formalizzato, il GdL procederà a valutare le caratteristiche della popolazione lavorativa coinvolta attraverso l'analisi oggettiva dei dati statistici a disposizione ed attingendo al documento di valutazione dei rischi DLgs 81/08 ed ai dati anonimi della sorveglianza sanitaria, ove applicata a norma di legge (aspetti demografici della forza lavoro, assenteismo, presenteismo, tassi di

ricambio del personale, controlli sanitari, *screening* volontari, ecc.).

Tali elementi potranno essere successivamente integrati dalle informazioni raccolte tramite la somministrazione di questionari ai dipendenti, per valutare il livello di conoscenza e le abitudini, le opinioni e gli atteggiamenti, le esigenze, le aspettative e le intenzioni dei lavoratori; queste informazioni potranno suggerire modifiche organizzative e/o strutturali nelle aree di intervento scelte, funzionali al Piano Operativo.

La seconda parte della I fase consiste nella predisposizione, da parte del GdL, del Piano Operativo completo, da elaborare anche in forma schematizzata con le fasi attuative, la relativa tempistica di realizzazione (cronogramma, All.1) e un prospetto delle risorse umane, strumentali ed economiche necessarie.

Ferma restando la condizione di rispetto delle norme per la salute e sicurezza sul lavoro ex DLgs 81/08, per la quale è opportuno il coordinamento/collaborazione con l'area ASL/ATS dedicata alla prevenzione a tutela dei rischi lavorativi nell'ambito del processo di redazione del Piano Operativo è necessario (non in ordine di processo):

- **valutare la situazione logistica e organizzativa esistente** (presenza o meno di cartelli per il divieto di fumare, aree fumatori, mensa, distributori automatici, ecc., inserendo all'interno del programma le attività di successo già intraprese (gruppi di cammino, laboratori teatrali) e prevedendo un coordinamento di eventuali iniziative separate;
- **verificare la possibilità che l'Amministrazione metta a disposizione risorse** (incentivi finanziari e contributi per coprire i costi, spazi aziendali in cui svolgere le attività previste, ecc.);
- **individuare gli interventi da proporre** ed eventuali modifiche organizzative e strutturali da apportare;
- **definire gli obiettivi**, le priorità, i risultati attesi del progetto, anche tenendo conto delle risorse umane, finanziarie, strumentali e strutturali a disposizione;
- **prevedere gli strumenti per la valutazione dei risultati** prima di avviare il processo, tramite la scelta di appositi indicatori (tasso di assenteismo/presenteismo, ricorso ai servizi sanitari, turnover, ...).

Il GdL provvede, inoltre, alla pianificazione delle attività di comunicazione interna ai dipendenti e al monitoraggio dell'attuazione del Piano Operativo (si veda "Introduzione agli strumenti operativi").

Ai fini della riuscita dell'iniziativa è indispensabile porre in essere una serie di azioni, quali:

1. **ottenere un sostegno attivo e visibile da parte della dirigenza**, dei quadri intermedi e subalterni;
2. **coinvolgere tutti i lavoratori** evitando disuguaglianze (età, genere, orari e sedi di lavoro, difficoltà linguistiche, livello culturale, disabilità psico-fisiche) per esempio, adeguando il grado di complessità e la difficoltà di lettura dei documenti e degli altri strumenti di indagine;
3. **coinvolgere organizzazioni intermediarie**, se necessario, e approfittare di ogni offerta, materiale o iniziativa (premi assicurativi ridotti per le Amministrazioni/Enti che attuano programmi di PromoSaLL; rimborso da parte di assicurazioni sanitarie per assicurati che si iscrivono a corsi o circolisportivi).

2ª fase: Realizzazione

La seconda fase di un modello di intervento di PromoSaLL consiste nella realizzazione del Piano Operativo utilizzando gli strumenti individuati nella fase precedente di pianificazione:

- informazione di tutti i lavoratori sul programma di interventi, attraverso mezzi di comunicazione diversificati (manifesti, *poster*, avvisi, *totem*, *intranet*, incontri);
- acquisizione delle conoscenze, delle esigenze e delle aspettative dei lavoratori, attraverso:

- indagini mediante questionari/interviste/*check-list*;
- organizzazione di incontri individuali o di gruppo;
- elaborazione statistica dei dati e analisi dei risultati;
- elaborazione di proposte all'Amministrazione di modifiche ambientali/organizzative, progettate a seguito delle conoscenze acquisite con l'analisi dei risultati;
- messa in atto delle modifiche ambientali/organizzative proposte all'Amministrazione e da essa autorizzate;
- creazione di reti con altri *stakeholder* del territorio.

3ª fase: Monitoraggio e valutazione degli interventi

La terza fase di un modello di intervento di PromoSaLL consiste in:

- analizzare l'impatto del programma di intervento realizzato con il Piano Operativo, valutando:
 - grado di benessere generale;
 - eventuale modifica di comportamenti non salutari;
 - livello di soddisfazione per le modifiche ambientali e organizzative approntate dai vertici aziendali;
 - gradimento delle iniziative da parte del personale;
 - ricadute su fattori economici (es. ricambio del personale, produttività, tassi di assenteismo);
- comunicare i risultati della valutazione restituendo, al Management aziendale, ai lavoratori e a tutte le figure coinvolte, i risultati degli interventi attuati e comunicando eventuali ulteriori modifiche previste per il futuro;
- realizzare un processo continuo di attuazione, in cui tutte le iniziative poste in essere vengono sostenute e migliorate nel tempo, in base alla valutazione dei risultati ottenuti.

Tab. I - Inail-Ministero Salute - Modificato da: Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA). Promozione della salute nei luoghi di lavoro - Per i datori di lavoro. 2010.

Riepilogo del percorso attuativo di un modello di intervento di PromoSaLL
• Costituire un GdL Aziendale in cui siano presenti il DL o suo delegato, le figure della prevenzione (RSPP, MC, RLS), rappresentanti delle Direzioni, Uffici e Strutture coinvolte a vari livelli (prevenzione, comunicazione, acquisti, patrimonio, personale, statistica, ecc.). • Valutare la situazione logistica e organizzativa esistente e il rispetto degli obblighi normativi (cartelli di divieto di fumo, aree fumatori, mensa, distributori automatici, dati del Medico Competente, ecc.). • Definire gli obiettivi e risultati che si vogliono raggiungere. • Prevedere le modalità di valutazione dei risultati prima di avviare il processo. • Individuare programmi dedicati (specialisti in sede, convenzioni con esterni, campagne informative, pacchetti salute, ecc.) ed eventuali modifiche organizzative e strutturali da apportare. • Predisporre un Piano Operativo, dettagliando fasi, attività previste, obiettivi, risultati attesi, personale e Strutture da coinvolgere, costi previsti ed elaborando un cronoprogramma. • Inviare formalmente il Piano Operativo elaborato al Management per le opportune autorizzazioni. • Comunicare a tutto il personale la politica aziendale in merito al programma di PromoSaLL previsto (cartelli, incontri, <i>poster</i>, <i>totem</i>, ecc.). • Attuare il Piano Operativo. • Monitorare la realizzazione del Piano Operativo. • Valutare i risultati a breve e lungo termine (6-12 mesi). • Apportare eventuali modifiche strumentali, strutturali e organizzative nell'azienda. • Apportare eventuali modifiche/aggiornamenti al Piano Operativo. • Ripetere e/o mantenere l'azione di promozione della salute in azienda.

3.3 Coinvolgimento delle diverse figure presenti nel luogo di lavoro

Le figure coinvolte sono quelle cui il DLgs 81/08 assegna specifiche responsabilità:

- il Datore di Lavoro (DL) (o suo delegato), nella veste di promotore, sia di iniziative mirate al benessere psico-fisico dei propri dipendenti, sia di eventuali modifiche all'interno dell'ambiente di lavoro a seguito delle eventuali criticità riscontrate dalle figure della prevenzione e dai lavoratori. È suo compito anche reperire le risorse economiche necessarie, ottenere i permessi e il supporto necessario, prima di procedere all'individuazione dei soggetti da coinvolgere.
- il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), che coordina il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), designato dal DL per l'individuazione e la valutazione dei fattori di rischio al lavoro al fine di elaborare e attivare le misure preventive e correttive più idonee e, in tema di promozione della salute, per proporre e attuare progetti specifici e programmi di informazione dei lavoratori. In particolare, riconosce, ove possibile, alcuni rischi per la salute, derivanti da comportamenti individuali (ad es. il tabagismo), inserendoli nel documento di valutazione dei rischi, per favorire l'impegno della dirigenza aziendale a predisporre idonee misure di prevenzione e protezione dal rischio.
- Il Medico Competente (MC), che, oltre, all'attività di sorveglianza sanitaria obbligatoria (SSO), collabora con il DL e l'RSPP all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute aziendali. Il suo ruolo è fondamentale, in quanto si relaziona personalmente con i lavoratori durante le visite mediche e conosce il loro stato di salute psico-fisica, il tipo di attività svolta e il contesto lavorativo. Durante le visite può effettuare anche brevi interventi di promozione di stili di vita salutari utilizzando competenze di base del counselling e suggerire iniziative mirate, a seconda dell'eventuale problema di salute del lavoratore. Può, inoltre, raccogliere dati utili per la programmazione degli interventi e contribuire a monitorare l'attuazione del programma attraverso la rilevazione periodica dei fattori di rischio nel corso della sorveglianza sanitaria.
- Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) o il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale (RLST) è un'altra figura chiave di questo processo in quanto segnala al DL le richieste dei lavoratori. Può anche promuovere l'individuazione e l'attuazione di misure di prevenzione idonee a tutelare la salute e l'integrità psico-fisica dei lavoratori, verificando successivamente che gli interventi individuati siano stati effettivamente realizzati. L'RLS deve essere coinvolto nelle scelte programmatiche anche per affrontare eventuali problematiche di tipo contrattuale (pause, fruizione di interventi di supporto durante l'orario di servizio, ecc.).
- I Lavoratori, il cui coinvolgimento attivo, anche se su base volontaria, è sostanziale per la buona riuscita del programma e per sviluppare una cultura aziendale orientata al benessere psico-fisico, che possa essere trasferita nel contesto familiare e sociale di appartenenza.

È, altresì, opportuno che i rappresentanti Sindacali (OO.SS.) e, laddove presenti, il Comitato Unico di Garanzia (CUG) e il Comitato Etico, ricevano comunicazioni/informative sul programma che si intende proporre.

Tab. II - Figure coinvolte, ruoli e funzioni in ambito di SSL e PromoSaLL

FIGURE COINVOLTE	RUOLI/FUNZIONI
DL	Promuove e autorizza iniziative preventive e correttive per la SSL e PromoSaLL; reperisce risorse interne/esterne (umane, economiche, strutturali e strumentali) per l'attuazione dei programmi.
RSPP/ASPP	Coordina il SPP per l'individuazione e la valutazione dei diversi fattori di rischio e promuove, attua e verifica iniziative di PromoSaLL.
MC	Svolge attività di SSO e si relaziona direttamente con i lavoratori; collabora con il DL e l'RSPP per la valutazione, gestione e monitoraggio del rischio e per la promozione, l'attuazione e la valorizzazione di iniziative di PromoSaLL. Svolge attività di formazione e informazione.
RLS/RLST	Segnala al DL le istanze dei lavoratori con cui si relaziona direttamente; collabora alla valutazione e gestione del rischio e all'individuazione, promozione, attuazione e verifica per la PromoSaLL.
LAVORATORI	Sono coinvolti attivamente (sensibilizzati, sentiti e informati) in quanto destinatari di interventi di prevenzione e gestione della SSL e PromoSaLL.

Il ruolo del medico competente, inserito all'interno del GdL per l'intervento di PromoSaLL, merita un approfondimento come di seguito riportato.

3.3.1 Il ruolo del medico competente

Il Medico Competente (MC) svolge un ruolo fondamentale negli interventi di promozione della salute: egli collabora con il DL e il RSPP all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute aziendali, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 81/08, art. 25, comma 1, lettera a).

Il primo momento in cui si estrinseca il ruolo del MC è quello della proposta di programmi di promozione della salute alle figure della prevenzione che fanno parte delle organizzazioni aziendali: il datore di lavoro, i rappresentanti dei lavoratori, i responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, tutti riuniti in un gruppo aziendale di coordinamento del progetto.

Le competenze in termini di salute del MC, lo rendono la figura più adatta ad indirizzare il datore di lavoro e gli altri componenti del gruppo di coordinamento verso scelte appropriate, al fine di inserire tra i temi da trattare e le iniziative da adottare o realizzare, azioni che siano caratterizzate da evidenze scientifiche di efficacia e un favorevole rapporto costi benefici. Allo stesso modo dovrà essere evitata l'esecuzione indiscriminata di esami di laboratorio che rischiano di generare falsi malati o al contrario di fornire false sicurezze, così come l'adozione di esami di screening non supportati da evidenze scientifiche ed approvati dal Ministero della Salute e forniti dal servizio sanitario nazionale.

Nella stesura del progetto il MC potrà portare le proprie competenze nella scelta dei risultati attesi, con l'attenzione alle ricadute vantaggiose che essi comportano anche di carattere economico, a medio e lungo termine.

L'altro aspetto fondamentale che fa del MC il protagonista delle attività di promozione della salute in azienda è rappresentato dal diretto contatto con i lavoratori, che egli vede periodicamente o su loro richiesta, nell'ambito della sorveglianza sanitaria. In occasione di queste visite il MC ha modo di rilevare oltre agli elementi di salute del lavoratore necessari a definire la sua idoneità lavorativa, anche quelli non direttamente ad essa collegati, ma relativi agli stili di vita del lavoratore che rappresentano determinanti modificabili di malattie croniche.

È nella direzione di questa più ampia attenzione alla salute del lavoratore che si colloca la Total Worker Health (TWH), insieme di politiche, programmi e pratiche che integrano la protezione dai rischi per la sicurezza e la salute legati al lavoro con la promozione del benessere dei lavoratori, al fine di prevenire

infortuni e malattie professionali e non, e promuovere salute e benessere negli ambienti di lavoro». È pertanto auspicabile che la sorveglianza sanitaria dei lavoratori effettuata dal medico competente dia attuazione ai più recenti indirizzi scientifici di prevenzione e tutela globale della salute del lavoratore inserendo negli aspetti di prevenzione l'individuazione di stili di vita non corretti, il supporto al cambiamento attraverso tecniche di counselling motivazionale.

In particolare, come sottolineato anche nel PNP 2020-2025 è rilevante che il MC individui i soggetti con fattori di rischio per le malattie croniche e proponga interventi mirati.

Il percorso di cambiamento potrà essere attivato solo se il lavoratore mostra motivazione al cambiamento e questo può essere rilevato dal MC durante l'effettuazione del counselling.

È pertanto necessario che i MC siano formati al counselling motivazionale e che siano in grado di individuare lo stadio del cambiamento in cui il lavoratore si trova per poter agire con tecniche adeguate e appropriate alla fase del cambiamento che la persona sta attraversando. Questo tipo di approccio, che risponde al modello transteorico del cambiamento di DiClemente-Prochaska, consente di ottimizzare le risorse da dedicare all'intervento: effettuare l'intervento giusto al momento giusto. Il lavoratore deve essere convinto della necessità di cambiare ed essere pronto ad affrontare il cambiamento.

È fondamentale il ruolo svolto dal MC proprio in virtù del rapporto fiduciario e privilegiato instaurato con il singolo lavoratore che consente una conoscenza approfondita sia degli aspetti inerenti alla salute psico-fisica, sia degli aspetti inerenti al tipo di attività svolta e il contesto lavorativo, e di proporre strategie efficaci di promozione della salute e/o mirate a contrastare stili di vita dannosi (ad esempio scorretta alimentazione, inattività fisica, fumo, consumo a rischio di alcol). La possibilità di intercettare in ambito lavorativo persone nei diversi momenti della vita permette inoltre al MC con conoscenze di counselling di realizzare interventi volti a migliorare le capacità di autogestione e di favorire i processi di empowerment del lavoratore, a supporto di un'azione di cambiamento ove siano presenti fattori di rischio. Tuttavia la fase di cambiamento è particolarmente delicata e il soggetto, nonostante abbia scelto autonomamente e consapevolmente di affrontare il passaggio verso uno stile di vita più salutare può trovare difficoltà nel suo percorso e avere bisogno di ulteriore supporto da parte dei professionisti della salute a cui potrà rivolgersi nel definire il proprio problema.

Per la riuscita del percorso è fondamentale che il lavoratore trovi ad ogni passaggio dei sanitari orientati alla promozione della salute, che sappiano affrontare il problema con il medesimo approccio di educazione e motivazione piuttosto che di prescrizione. A tale proposito è importante che il MC riceva una formazione adeguata a poter accompagnare con competenza il lavoratore in tutte le fasi di questo percorso. Il modello transteorico del cambiamento offre tutti gli strumenti necessari per affrontare e gestire questo processo di trasformazione.

Il MC oltre a raccogliere dati utili per la programmazione degli interventi si occupa di monitorare l'attuazione del programma attraverso la rilevazione periodica dei fattori di rischio nel corso della sorveglianza sanitaria. Quindi, non solo obblighi normativi, ma possibilità di intervenire in modo partecipato e propositivo nei confronti a tutela della salute dei lavoratori, assumendo un ruolo centrale nella vita aziendale e sociale. Il ruolo del medico competente "va inteso oggi in modo ampio, strategico, principalmente come supporto a tutto il sistema destinato alla valutazione dei rischi e alla messa a punto della strategia preventiva più adeguata orientata alla salute complessiva del lavoratore".

Per la realizzazione dei programmi di supporto al cambiamento il medico competente deve potersi relazionare con altri professionisti, all'interno di una rete che accoglie il lavoratore nel momento in cui ha avviato il percorso del cambiamento. I MMG così come gli specialisti dei servizi territoriali rappresentano interlocutori privilegiati del MC ai quali questi si può rivolgere per la gestione del soggetto che cambia. Il MMG risulta essere il primo punto di riferimento del MC per tutte le tematiche di salute che riguardano il lavoratore, entrambi i professionisti conoscono e seguono il lavoratore in modo costante e stabiliscono il rapporto fiduciario che è alla base delle scelte di salute delle persone.

3.4 Comunicazione interna

Una comunicazione efficace rappresenta uno strumento fondamentale per promuovere la consapevolezza, la responsabilità e *l'empowerment* dei singoli e dell'organizzazione. Può pertanto favorire lo sviluppo di competenze per attuare cambiamenti, non solo a vantaggio del singolo lavoratore, ma anche dell'Amministrazione, con ricadute positive dovute a maggior rendimento, motivazione, *performance*, produttività, migliore immagine, nonché riduzione dell'assenteismo.

L'elaborazione di un piano di comunicazione, secondo criteri metodologici condivisi, è un elemento indispensabile e deve essere propedeutico e trasversale all'intero percorso operativo in quanto può favorire:

- la partecipazione, l'interazione e la sinergia tra tutte le figure coinvolte nel programma di intervento (comunicazione interna);
- il coinvolgimento e l'adesione dei lavoratori;
- la fruibilità di informazioni a più livelli attraverso la realizzazione di una serie di iniziative di sensibilizzazione e informazione tramite opuscoli, manifesti, seminari, *totem*, *brochure*, *e-mail*;
- il consolidamento della politica aziendale e la consapevolezza dell'attenzione dell'azienda al benessere e alle qualità della vita dei propri collaboratori.

Sostenere il coinvolgimento attivo di tutte le figure presenti nell'ambiente di lavoro, significa favorire la compartecipazione e il passaggio di informazioni a vantaggio di un flusso non solo di tipo *top-down* ma anche *bottom-up*, basato sullo scambio bidirezionale, sull'ascolto, il dialogo e sul "principio della chiarezza e della trasparenza" degli obiettivi, dei processi attivati e delle relazioni che li caratterizzano.

La comunicazione risulta tanto più efficace se tutti i soggetti coinvolti conducono iniziative concordate, coordinate nell'ambito di un piano e se hanno la percezione di far parte del sistema. Una corretta comunicazione alimenta, quindi, la motivazione e la fiducia, e permette a ognuno di svolgere in modo adeguato i propri compiti.

Pertanto, nell'ambito di un intervento di PromoSaLL nel contesto lavorativo, la comunicazione, progettata fin dall'inizio secondo criteri condivisi, va considerata come risorsa e come elemento indispensabile per:

- facilitare la collaborazione e l'integrazione tra le diverse figure al fine di condividere gli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'intervento, potenziare le relazioni e contribuire a costruire alleanze che possano favorire lo scambio delle informazioni e la diffusione dei risultati;
- aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei lavoratori su stili di vita salutari e attivare in tal modo processi di cambiamento;
- garantire la conoscenza e la condivisione dei risultati favorendo la circolazione all'interno dell'organizzazione di informazioni per la promozione della salute;
- condividere e concertare il programma di intervento, per gli aspetti di competenza, con le Direzioni e le Strutture presenti all'interno dell'organizzazione di una PA poiché queste sono diversamente coinvolte, anche nell'individuazione e predisposizione di eventuali specifiche necessità di *Welfare* aziendale (Ufficio Comunicazione, Ufficio acquisti, Ufficio patrimonio).

Inoltre, per potenziare la cultura sul benessere psico-fisico e rinforzare il grado di consapevolezza e responsabilità dei lavoratori è necessario promuovere anche altri tipi di iniziative quali corsi di formazione, residenziali oppure on-line, incontri individuali e di gruppo, che possano incidere maggiormente sul loro coinvolgimento e partecipazione.

3.5 Azioni e strumenti operativi per attuare un programma di PromoSaLL

Per promuovere un programma di PromoSaLL è necessario adottare gli opportuni strumenti operativi, alcuni dei quali sono riportati sinteticamente nella Tabella III (All.2 - elenco di materiali esemplificativi ma non esaustivi).

Tab. III - Azioni e strumenti operativi per attuare un programma di PromoSaLL

Azioni	Strumenti operativi
<u>Valutazione di I livello</u>: pre-valutazione qualitativa e informativa del lavoro e dell'ambiente di lavoro. Utilizzata per l'identificazione e primo inquadramento dell'esistenza (presenza o assenza) del rischio, tramite la ricerca di eventuali "segnalatori di rischio". Non richiede il coinvolgimento di un esperto.	<i>Check-list</i> (lista di controllo), colloqui orientativi, sopralluoghi conoscitivi
<u>Valutazione di II livello</u>: analisi quali-quantitativa, standardizzata, più approfondita. Utilizzata in presenza di "segnalatori di rischio". Richiede uno specifico addestramento del valutatore. Alcuni metodi di misura sono settoriali, altri multidimensionali poiché valutano contemporaneamente molti elementi correlati al rischio. Spesso integrano variabili oggettive di tipo ambientale con variabili individuali. Caratteristiche dei metodi di valutazione: coerenza scientifica, completezza delle informazioni, riproducibilità, validazione in rapporto all'effetto e ai parametri misurabili, adeguata descrizione del contesto lavorativo. Utilizzata per: a) <u>effettuare un approfondimento</u> per la stima del rischio; utile per la misura di specifici parametri (fisici, psicofisici, fisiologici) e di diverse tipologie di attività. Necessita la conoscenza delle caratteristiche del campione analizzato, delle richieste dei lavoratori con valutazione del proprio ambiente di lavoro e sul grado di benessere generale; b) <u>verificare i risultati</u>, a breve e a lungo termine, a seguito degli interventi correttivi adottati (strutturali, organizzativi, strumentali); valutare il grado di soddisfazione dei lavoratori; c) <u>individuare</u> eventuali <u>ulteriori</u> misure correttive/preventive da adottare.	Questionari (somministrazione cartacea o <i>on-line</i>), interviste semi-strutturate (telefoniche/dal vivo)
<u>Sensibilizzazione</u> sulle caratteristiche di un programma di PromoSaLL e sugli strumenti a disposizione per la sua implementazione nel contesto	Opuscoli, manuali, linee di indirizzo, buone pratiche
<u>Informazione</u> collettiva sugli obiettivi e le azioni di PromoSaLL mediante la messa a disposizione di appositi strumenti	Cartelli, manifesti, <i>totem</i>, locandine, <i>brochure</i>, <i>software</i>, tovagliette mensa, messaggi in busta paga, contapassi, <i>gadget</i>
<u>Comunicazione</u> collettiva e/o individuale di avvio programmi; stato di attuazione; risultati raggiunti a breve e a lungo termine; monitoraggio.	Convegni, seminari, <i>workshop</i>, <i>e-mail</i>, <i>newsletter</i>, sito <i>web/intranet</i>
Coinvolgimento attivo e proattivo dei lavoratori per la partecipazione a interventi mirati ed efficaci di PromoSaLL	Attività interattive in aula (con o senza esercitazioni) e <i>on-line</i>, <i>focus group</i>, incontri individuali e di gruppo.

3.6 Raccolta ed elaborazione dati

La partecipazione dei lavoratori all'indagine non è obbligatoria, tuttavia una maggiore numerosità campionaria, renderà i dati ottenuti più rappresentativi. Una delle criticità da tenere particolarmente in considerazione riguarda le modalità di raccolta ed elaborazione dei dati.

Questionario

Uno dei metodi di indagine utilizzabile per la PromoSaLL prevede l'uso di un questionario. Quest'ultimo ha l'obiettivo di raccogliere dai lavoratori alcune informazioni relativamente a: abitudini alimentari, attività fisica/sedentarietà, consumo di tabacco, consumo di alcol. Le visite mediche nell'ambito della sorveglianza sanitaria DLgs 81/08 sono la sede in cui il medico competente può raccogliere informazioni sulle abitudini di vita dei lavoratori. Le informazioni raccolte con questionari, opportunamente integrate da altri dati forniti dal medico competente, forniranno indicazioni utili a individuare interventi adeguati ed efficaci per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento della salute.

Ogni Regione, nell'ambito del Programma Predefinito 8 e 3 potrà definire un questionario quale utile strumento di intervento.

Il questionario è altresì strumento di valutazione dei risultati raggiunti e dovrebbe, quindi, essere somministrato anche dopo l'attuazione degli interventi e in previsione di intraprendere ulteriori iniziative e porre in essere azioni migliorative/correttive.

Fasi operative per la definizione e l'utilizzo del questionario:

- Creazione di un GdL composto da figure professionali opportunamente individuate in base alle rispettive competenze e alle attività da svolgere nelle varie fasi (es. promotori, statistici, informatici, responsabile del trattamento dati, personale addetto alla consegna/ritiro, ecc.);
- scelta dei moduli del questionario da somministrare in base all'intervento scelto;
- scelta di liste di persone da intervistare;
- stampa dei questionari o preparazione della maschera informatica per l'inserimento dei dati;
- pianificazione dell'analisi dei dati;
- invio della comunicazione ai lavoratori coinvolti;
- somministrazione del questionario cartaceo/on-line;
- ritiro del questionario (se si è scelta la modalità cartacea)
- raccolta dei dati nel *database* (se si è scelta la modalità cartacea);
- elaborazione statistica dei dati;
- discussione dei risultati;
- produzione del *report*;
- comunicazione dei risultati a tutti i lavoratori.

Trattamento dei dati personali

Prima della somministrazione del questionario, i lavoratori dovranno compilare e firmare l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

L'informativa dovrà essere concisa, intelligibile per l'interessato e facilmente accessibile. Sarà necessario utilizzare un linguaggio chiaro e semplice.

I questionari, se anonimi, di solito hanno il vantaggio di raccogliere un maggior numero di adesioni ma, se vengono somministrati nuovamente, forniscono un'informazione statistica generale e non individuale. Sono uno strumento per intraprendere azioni collettive.

Se i questionari non sono anonimi, indipendentemente dalla modalità di somministrazione, permettono di tenerne traccia per individuare, avviare e verificare successivamente, eventuali azioni migliorative, non solo collettive ma anche individuali. Inoltre, rendono possibile contattare i singoli dipendenti in caso di errata o mancata compilazione. Lo svantaggio più evidente è la scarsa adesione dei lavoratori.

Modalità di somministrazione

La somministrazione del questionario può avvenire con diverse modalità che l'Amministrazione interessata può scegliere, in base alle proprie esigenze e risorse, valutando il rapporto costi/benefici.

Dal punto di vista statistico, l'obiettivo è minimizzare il tasso di "mancata risposta" dato dal rapporto tra questionari somministrati e questionari correttamente compilati.

Se il tasso di risposta è basso si rischia di incorrere nel "*non-response bias*" per il quale le informazioni ottenute non sono rappresentative di tutta la popolazione oggetto dello studio. In genere è considerato non accettabile un tasso di risposta inferiore al 20%.

I questionari possono essere somministrati ai dipendenti in cartaceo (anche con uso di *e-mail*) oppure *on-line*.

a) La somministrazione cartacea può avvenire con le seguenti modalità:

- consegna/restituzione a mano;
- consegna via *e-mail* e restituzione a mano;

I vantaggi sono:

- instaurare un rapporto di fiducia con l'intervistato;
- soddisfare le eventuali richieste di chiarimento;
- aumentare la quantità e la qualità delle risposte;
- rispettare l'anonimato.

Gli svantaggi sono:

- non poter ricontattare il dipendente in caso di errata o mancata compilazione;
- aumento dei costi per la stampa del questionario;
- aumento dell'impegno delle persone che consegnano e ritirano il questionario;
- aumento dei costi e tempo per l'inserimento delle risposte in un *database* per l'analisi statistica;
- aumento del rischio di errore di trascrizione nel *database*.

b) La somministrazione on-line può avvenire tramite *link* alla maschera predisposta in modalità *internet/intranet*.

I vantaggi sono:

- riduzione dei tempi per l'acquisizione delle risposte;
- abbattimento dei costi di stampa;
- possibilità di inserire automaticamente le risposte in un *database*;
- possibilità di realizzare le analisi statistiche in tempo reale;
- rispetto dell'anonimato.

Gli svantaggi sono:

- difficoltà di tenere traccia delle “mancate risposte”;
- impossibilità di poter ricontattare il dipendente in caso di errata o mancata compilazione;
- difficoltà di fornire eventuali chiarimenti;
- rischio di compilazione multipla da parte dei dipendenti;
- rilevazione impersonale (comporta di solito una minore adesione);
- aumento dei costi del personale informatico per l’elaborazione dati.

In sintesi, il questionario *on-line* è più veloce ed economico rispetto al cartaceo ma con tassi di risposta significativamente inferiori.

3.7 Valutazione di un intervento di PromoSaLL

Oltre a quanto indicato nel Piano operativo, si riportano di seguito le principali caratteristiche di un corretto processo di valutazione:

- deve essere parte integrante dell’intervento di promozione della salute;
- deve comporsi almeno di una analisi ex-ante e di una alla fine dell’intervento;
- deve individuare degli indicatori il più possibile quantitativi;
- deve rispondere alla domanda: “l’intervento realizzato ha prodotto risultati?”;
- deve servire a individuare i successivi interventi migliorativi.

Alcuni esempi di indicatori quantitativi valutabili prima e dopo l’intervento:

- prevalenza di fumatori;
- prevalenza di consumo di frutta e verdura;
- prevalenza di consumo rischioso e dannoso di alcol;
- prevalenza di sovrappeso/obesità;
- prevalenza di persone sedentarie;
- prevalenza di persone fisicamente attive.

4 MODULI SPECIFICI

In questo capitolo sono descritte le strategie di PromoSaLL per fattori di rischio: alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcol. Moduli aggiuntivi riguardano *screening* oncologici e vaccinazioni. Ogni capitolo è suddiviso in una parte introduttiva alla tematica e in una parte che descrive le possibili azioni nei luoghi di lavoro.

Nell'allegato 3 sono riportati alcuni consigli per i lavoratori per tutti i moduli.

4.1 Alimentazione

Una sana alimentazione, associata a uno stile di vita attivo, è un valido strumento per la prevenzione, la gestione e il trattamento di molte malattie. Un regime dietetico adeguato ed equilibrato, infatti, non solo garantisce un apporto di nutrienti ottimale in grado di soddisfare il fabbisogno dell'organismo, ma permette anche l'apporto di sostanze che svolgono un ruolo protettivo e/o preventivo nei confronti di determinate condizioni patologiche. Secondo l'OMS, per esempio, "circa 1/3 delle malattie cardiovascolari e dei tumori possono essere evitati grazie a una sana ed equilibrata alimentazione".

Il pasto nei luoghi di lavoro è una componente fondamentale dello stile di vita alimentare della comunità. Infatti, un regime alimentare troppo povero o un'alimentazione troppo ricca sul luogo di lavoro può provocare una perdita di produttività del 20% anche con ricadute sul numero di giorni di malattia e sugli infortuni sul lavoro. Il pasto fuori casa rappresenta un momento importante dal punto di vista delle scelte alimentari che potrebbero indirizzarsi verso alimenti di rapido consumo, ricchi in energia, sale e zuccheri e poveri in micronutrienti che, a lungo termine, possono rendere il lavoratore vulnerabile nei confronti di alcune patologie cronico-degenerative (Tab. I).

Tab. I - *Principali co-fattori di stati patologici correlati alla scorretta alimentazione*

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• ipertensione arteriosa;• malattie dell'apparato cardiocircolatorio (ictus, infarto);• sovrappeso e obesità;• malattie metaboliche (aumento colesterolo e trigliceridi ematici);• sindrome metabolica;• diabete tipo 2 e resistenza insulinica;• osteoporosi;• litiasi biliare e steatosi epatica (fegato grasso);• carie dentarie;• gozzo da carenza iodica;• anemia;• alcune forme di tumori (colon-retto, stomaco, ecc.). |
|--|

Inoltre, poiché, in genere, la pausa pranzo è limitata a mezz'ora o un'ora, sono sempre meno i lavoratori che hanno il tempo di tornare a casa per consumare un pasto; mense aziendali, bar/ristoranti/trattorie o locali aziendali per la pausa dotati di distributori automatici di bevande e alimenti, rappresentano quindi i luoghi in cui più spesso si pranza.

È, quindi, importante adottare, anche pranzando fuori casa, un'alimentazione varia e bilanciata nella quale ciascun alimento concorra, con le sue specifiche proprietà nutritive, a garantire un apporto completo di tutte le sostanze necessarie al buon funzionamento dell'organismo. Un regime alimentare monotono, basato sugli stessi alimenti, può portare a carenze e/o squilibri e favorire l'insorgere di malattie. Ogni giorno/settimana devono essere assunti cibi tenendo conto dei diversi gruppi alimentari: cereali, legumi, tuberi, frutta e ortaggi, carne, pesce e uova, latte e derivati. Pertanto, è opportuno ricorrere alla combinazione di alimenti diversi, ciascuno dei quali apporti energia e specifici nutrienti. Oltre alla verdura e alla frutta, devono essere adeguatamente combinati e alternati nei pasti quotidiani: cereali (pane, pasta, riso, etc.), latte e derivati, proteine sia di origine animale che vegetale (pesce, carne, uova e legumi), grassi da condimento, in particolare olio extravergine di oliva, il cui consumo deve, però, essere contenuto (Tab. II).

Tab. II - *Corretto apporto calorico nei cinque pasti giornalieri (con possibilità di variazione del 5% per ogni pasto)*

- Prima colazione 20%
- Spuntino mattina 5%
- Pranzo 40%
- Spuntino pomeriggio 5%
- Cena 30%

Azioni nei luoghi di lavoro

Gli interventi di promozione della salute finalizzati alla sana alimentazione, sia informativi-educativi, sia organizzativi-strutturali, devono essere sviluppati a seconda del contesto lavorativo: caratteristiche dell'ambiente di lavoro e numerosità del personale coinvolto. Alcune azioni possono prevedere significative e permanenti modifiche organizzative, richiedendo un particolare coinvolgimento del *Management* aziendale e dei lavoratori, in previsione di un impatto particolarmente rilevante e duraturo.

Per quanto riguarda gli strumenti informativi, alcuni possono essere proposti in qualunque contesto, altri devono tener conto della presenza nella struttura di: mensa, bar, punti ristoro, distributori automatici di alimenti e/o bevande, ecc.

Mensa aziendale: è opportuno definire il capitolato d'appalto per l'erogazione del servizio di ristorazione inserendo alcuni requisiti come per esempio: frutta e verdura fresche e di stagione, pane, anche integrale, carne preferibilmente bianca, pesce, legumi, olio extravergine di oliva. Per quanto riguarda la preparazione dei cibi, bisognerebbe prevedere un corretto porzionamento e preferire la cottura al vapore/forno/piastra a basso contenuto di sale, preferibilmente iodato. Dovrebbero essere presenti alimenti non conditi. La scelta alimentare dovrebbe contemplare anche menù fruibili da lavoratori affetti da intolleranze alimentari. La frutta, anche se consumata da sola, potrebbe essere venduta a prezzi ridotti per favorirne il consumo.

Gli spazi dedicati alla mensa possono offrire occasione per l'informazione sui menù salutari nutrizionalmente equilibrati. Per diminuire gli sprechi alimentari le pietanze della mensa risultanti in eccesso potrebbero essere offerte a prezzi ridotti oppure destinate agli indigenti.

bar/ristoranti/trattorie: ove esistente una convenzione tra PA e azienda per l'erogazione dei servizi di ristorazione, è importante l'inserimento dei requisiti di cui sopra. Nel caso del solo bar per servizi di caffetteria, la convenzione può contemplare alimenti con ridotto contenuto di calorie, zuccheri, grassi e sale, privilegiando il consumo, per esempio, di frutta fresca, spremute, purea di frutta naturale, centrifugati, yogurt senza zuccheri aggiunti.

Distributori automatici: nel capitolato di appalto dovrebbe essere privilegiata la presenza di frutta fresca e disidratata, frutta secca a guscio al naturale (non salata o glassata), spremute e purea di frutta, verdure pronte da consumare, yogurt senza zuccheri aggiunti, acqua, ecc.; andrebbe ridotta l'offerta di snack ad alto contenuto di grassi, sale e zucchero, e di bevande gassate zuccherate e/o edulcorate.

Consumo di alimenti preparati a casa: il DL dovrebbe mettere a disposizione locali attrezzati per il loro consumo dotati almeno di forno a microonde e frigorifero.

Altre azioni:

- Proporre materiali informativi (manifesti, *totem*, *brochure*, opuscoli, “percorsi salute”, *intranet* aziendale o *e-mail*, eventi a tema) sulla sana e corretta alimentazione nei luoghi comuni;
- Prevedere distributori gratuiti di acqua;
- Fornire supporto/consulenza medica e nutrizionale.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria (CREA). Linee guida per una sana alimentazione – Revisione 2018. <https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/LINEE-GUIDA+DEFINITIVO.pdf/28670db4-154c-0ecc-d187-1ee9db3b1c65?t=1576850671654>.
- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81. Attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro G.U. 30 aprile 2008, n. 101 - Suppl. ordinario n. 108.
- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 Attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro G.U. 30 aprile 2008, n. 101 - Suppl. ordinario n. 108 allegato IV, punto 1.11.2.1; punto 1.11.4.
- Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health status: a meta- analysis. BMJ 2008; 337: 673-675.
- Wanjek C. Food at Work. Workplace Solutions for Malnutrition, Obesity and Chronic Diseases. Geneva: ILO; 2005.
- <http://www.cancer.org/healthy/eat-healthy-get-active/acs-guidelines-nutrition-physical-activity-cancer-prevention.html>
- <https://www.nhs.uk/live-well/eat-well/why-5-a-day/>
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=stiliVita&menu=alimentazi one
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_18_allegato.pdf
- <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-prevention-recommendations>
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

4.2 Attività fisica

Nella Regione Europea dell'OMS l'inattività fisica è responsabile ogni anno di un milione di decessi (10% circa del totale) e di 8,3 milioni di anni persi al netto della disabilità (*Disability-adjusted life years*, DALY). Si stima che siano imputabili all'inattività fisica il 5% delle affezioni coronariche, il 7% dei casi di diabete di tipo 2, il 9% dei tumori al seno e il 10% dei tumori del colon. Inoltre, molti Paesi hanno visto aumentare, negli ultimi decenni, le percentuali relative al numero di persone in sovrappeso e obese.

L'inattività fisica ha, pertanto, sia un pesante impatto negativo in forma di costi diretti sul sistema sanitario, sia un elevato costo indiretto in termini di aumento dei congedi per malattia, delle inabilità al lavoro e delle morti precoci. Si calcola che per una popolazione di 10 milioni di persone per metà insufficientemente attive, il costo dell'inattività fisica sia di 910 milioni di euro l'anno.

Oltre ai rischi associati all'inattività fisica occorre considerare le problematiche associate alla sedentarietà che è, infatti, un concetto distinto da quello di inattività fisica. È possibile, infatti, che individui fisicamente attivi, ossia che raggiungono la quantità minima raccomandata di attività fisica (All. 3b), possano essere al tempo stesso sedentari, perché, per esempio, dopo una sessione mattutina di esercizio trascorrono seduti buona parte del rimanente tempo giornaliero (es. vanno e tornano dal lavoro in auto e rimangono seduti alla scrivania per l'intera giornata lavorativa). La sedentarietà è una condizione che può essere favorita dal tipo di lavoro svolto, ma può essere anche un'abitudine mantenuta nel tempo libero.

Gli ultimi studi evidenziano che i rischi aggiuntivi di mortalità associati allo “stare a lungo seduti”, molto spesso per un tipo di attività lavorativa sedentaria, possono essere ridotti con una regolare attività fisica giornaliera di moderata intensità, espletata nello svolgimento delle attività quotidiane, durante gli spostamenti da casa al lavoro e viceversa, facendo le scale e cogliendo ogni occasione per muoversi, anche nel tempo libero. La condizione più rischiosa è quindi quella degli individui inattivi e sedentari. È, pertanto, fondamentale promuovere la pratica dell'attività fisica sia negli ambienti di vita che in quelli di lavoro.

A sostegno dell'importanza della promozione dell'attività fisica, è stato siglato un Accordo, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 7 marzo 2019, relativo al documento “Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione”. Tale documento è stato successivamente aggiornato e integrato dalle “Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove Raccomandazioni per specifiche patologie”, adottate con Accordo Stato-Regioni del 3 novembre 2021, che, seguendo le più recenti indicazioni dell'OMS del novembre 2020, consigliano agli adulti (18-64 anni e ultra64enni) di svolgere nel corso della settimana un minimo di 150-300 minuti di attività fisica aerobica d'intensità moderata oppure un minimo di 75-150 minuti di attività vigorosa più esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari 2 o più volte a settimana. Tali livelli possono essere raggiunti, per esempio, attraverso 5 sessioni di esercizio a settimana della durata minima di 30 minuti oppure svolgendo almeno 25 minuti di esercizio di intensità vigorosa per 3 volte a settimana. La quantità di attività fisica raccomandata può essere frazionata nell'arco della giornata per meglio includere l'esercizio nella routine delle varie attività quotidiane. Agli ultra64enni è raccomandato anche la pratica di attività per migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute 3 o più volte la settimana.

La promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro sta assumendo un'importanza crescente anche per il progressivo invecchiamento della popolazione generale e, quindi, anche di quella lavorativa. Agire sulla popolazione in età adulta vuol dire avere una futura popolazione anziana in condizioni di maggior benessere psico-fisico. Infatti, il miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro incide favorevolmente sui processi di invecchiamento attivo e in buona salute, creando condizioni di supporto e inclusione dei lavoratori più anziani e di quelli con malattie croniche o disabilità.

La realizzazione di programmi di promozione dell'attività fisica nel luogo di lavoro rappresenta un investimento sia per la salute dei lavoratori, sia per la crescita dell'ente promotore con miglioramenti non solo sul piano sociale ma anche su quello economico (Tab. I).

Interventi finalizzati a incrementare l'attività fisica nei luoghi di lavoro e una sua pratica regolare migliorano la qualità della vita favorendo il benessere psicologico, la concentrazione, la memoria, la produttività, le motivazioni, le relazioni e le soddisfazioni lavorative nonché la capacità di gestire lo stress, e contribuiscono a ridurre le assenze per malattia e infortunio e i relativi costi. Anche le persone affette da MCNT possono beneficiare, previa accurata valutazione clinica, di programmi di promozione dell'attività fisica messi in atto nei luoghi di lavoro.

Tab. I - *I benefici e i vantaggi della promozione dell'attività fisica sul luogo di lavoro*

	Per i lavoratori	Per l'ente e la società
Per migliorare	- la salute e la qualità della vita anche sul posto di lavoro - la soddisfazione lavorativa - la motivazione, la memoria, la concentrazione, il rapporto con i colleghi - la gestione dello stress	- la qualità della vita sul luogo di lavoro - l'immagine dell'ente - le relazioni lavorative - il rendimento
Per aumentare	- il benessere psicosociale	- il senso di appartenenza
Per ridurre	- il rischio di soffrire di alcune malattie croniche, quali: cardiopatie, diabete, tumori, ecc.	- assenze per malattia - infortuni sul lavoro - costi sociali (indennizzi, assicurazioni, ...) - mortalità prematura

Tratto da: Centers for Disease Control and Prevention. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase Physical Activity in the Community.

Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2011.

Azioni nei luoghi di lavoro

Per contrastare efficacemente la sedentarietà e l'inattività fisica sul luogo di lavoro è essenziale sviluppare programmi multi-componente, caratterizzati da un approccio olistico in quanto si articolano in più interventi condotti sul piano:

- delle *policy* aziendali a favore della promozione di uno stile di vita attivo;
- dell'ambiente lavorativo, che dovrebbe essere ri-organizzato per facilitare la pratica dell'attività fisica;
- del supporto al cambiamento dei comportamenti non salutari da parte del singolo e del gruppo.

I programmi di promozione dell'attività fisica richiedono un investimento su più fronti, in quanto le attività proposte devono tener conto della tipologia di lavoro, delle condizioni di salute e sicurezza previste negli specifici contesti ed essere preferibilmente comprese in un programma più ampio di promozione della salute e del benessere.

Gli obiettivi di salute di un programma di promozione dell'attività fisica sul luogo di lavoro dovrebbero:

- aumentare il numero di lavoratori che svolge attività fisica secondo i livelli raccomandati;
- ridurre il numero dei lavoratori che adotta comportamenti sedentari durante la giornata lavorativa.

Nel definire gli interventi, è necessario considerare gli aspetti strutturali e organizzativi, la tempistica e il

contesto di azione, cioè “quando, come e dove” possono essere attuati.

Alcune possibili azioni sono indicate nella Tabella II.

Tab. II - Azioni che possono essere intraprese per promuovere la pratica regolare dell'attività fisica sul luogo di lavoro

1. Realizzare attività di informazione e comunicazione

- Distribuire materiale informativo
- Posizionare *poster* informativi e promozionali in punti strategici (ad es. porta d'ingresso, accoglienza, vicino ascensori, scale, mensa/bar, servizi igienici, etc.)
- Organizzare incontri con i dipendenti per condividere proposte di interventi da adottare per favorire l'attività fisica
- Realizzare seminari, convegni o altri eventi che coinvolgano i lavoratori anche con l'intervento di *testimonial*
- Creare alleanze con i diversi interlocutori presenti in azienda e utilizzare la loro rete di comunicazione (comitato salute e sicurezza, sindacati, dopolavoro, etc.)
- Rendere note le attività attraverso la *newsletter*

2. Integrare l'attività fisica nella vita lavorativa

- Incoraggiare pause attive, anche brevi di 2-3 min., almeno ogni 30 min. (ad es. camminare, usare le scale, esercizi di allungamento e *stretching*, etc.)
- Proporre e incentivare l'utilizzo delle scale
- Creare gruppi di cammino (es. organizzando uscite serali e/o durante la pausa pranzo o prima o dopo l'orario di lavoro, proporre escursioni con le famiglie nel fine settimana)
- Organizzare attività sul posto di lavoro, al di fuori dell'orario di lavoro (ad es., di *tai chi*, *yoga*, ginnastica dolce o altro)
- Organizzare tornei sportivi o incoraggiare la partecipazione a tornei organizzati da altre associazioni (i partecipanti potrebbero indossare la maglietta dell'Ente a titolo promozionale)
- Offrire consulenze individuali sul posto di lavoro o al di fuori

3. Creare ambienti favorevoli

- Offrire strutture e attrezzature (ad es. un locale attrezzato con *cyclette*, tappetini, spalliera, *tapis roulant*, canestri da *basket*, ecc., possibilmente con disponibilità di armadietti, spogliatoi, ecc.)
- Adottare una *policy*/regolamento di promozione dell'attività fisica e di contrasto alla sedentarietà dei lavoratori
- Individuare percorsi per camminare o andare in bicicletta nei pressi dell'azienda
- Migliorare il contesto per incoraggiare l'uso delle scale al posto dell'ascensore (ad es. sicurezza, illuminazione, pulizia, arredamento, etc.)
- Creare un parcheggio protetto per biciclette
- Offrire pass o tagliandi gratuiti per accedere ad attività organizzate a livello territoriale
- Sostituire nel tempo le postazioni di lavoro con scrivanie ad altezza variabile (*standing desk*)
- Stipulare convenzioni con centri sportivi o palestre anche attraverso i Dopolavoro

4. Promuovere la mobilità attiva e sostenibile

- Organizzare eventi per valorizzare il tema della mobilità attiva (ad es. giorni "a piedi al lavoro" o "al lavoro in bicicletta", etc.)
- Favorire l'uso del mezzo pubblico, creazione della figura del mobility manager, fornendo anche informazioni sui percorsi migliori per andare al lavoro a piedi o in bicicletta
- Incoraggiare e valorizzare i dipendenti che praticano la mobilità attiva
- Organizzare seminari sulla sicurezza stradale e l'uso sicuro della bicicletta
- Stipulare convenzioni con appositi negozi per l'acquisto di attrezzature (bicicletta, casco, scarpe da ginnastica, abbigliamento, etc.)

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Accordo, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b), e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, e Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento di indirizzo concernente "Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione", sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 7 marzo 2019.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2828_allegato.pdf
- Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente "Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie", sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 3 novembre 2021.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase Physical Activity in the Community. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2011.
- Dumont E, Augmentez vos "actifs", 2000. In: <http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/augmentezvosactifs.pdf>
- European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). "The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union". 1997, versione 2017
https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf
- European Observatory on Health Systems and Policies: Assessing the economic costs of unhealthy diets and low physical activity: an evidence review and proposed framework (2017) Report.
- Luisa Dettoni e Alessandra Suglia (a cura di). Esperienze e strumenti per la promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro. Marzo 2014.
https://www.dors.it/documentazione/testo/201404/Manuale_AFLuoghidilavoro.pdf
- Manuale WHP Regione Lazio. Modalità di adesione al Progetto "In Salute in Azienda" della Regione Lazio per far parte della rete regionale WHP dei luoghi di lavoro che promuovono salute Regione Lazio 2016.
- SMD-FORM 003 Direttiva per il mantenimento dell'efficienza psicofisica e operativa del personale militare- Edizione 2016 Sorveglianza PASSI. Attività fisica, dati nazionali 2016. In: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita.asp>
- Stamatakis E et al., Are sitting occupations associated with increased all-cause, cancer, and cardiovascular disease mortality risk? A pooled analysis of seven british population cohorts. In PLoS ONE 8(9): e73753. doi:10.1371/journal.pone.0073753.
- Task Force on Community Preventive Services, The guide to community preventive services: what works to promote health? Edited by S. Zaza et al., pp. 480, 2005. Soler R.E. et al., A systematic review of selected interventions for worksite health promotion. The assessment of health risks with feedbacks. American Journal of Preventive Medicine, 38 (Suppl 2), 2010. To QG, Chen TT, Magnussen CG, To KG. Workplace physical activity interventions: a systematic review, in American Journal of Health Promotion 2013; 27(6): e113-e123.
- Vuillemin A, et al., Worksite physical activity interventions and obesity: a review of European studies (the HOPE Project), Obesity Facts, 2011; 4:479-488.
- World Health Organization. WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

- World Health Organization. Healthy workplaces: a model for action. For employers, workers, policymakers and practitioners. Geneva, 2010.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44307/9789241599313_eng.pdf;jsessionid=0ECF3646AF06471447A06CDA2CE2624B?sequence=1

4.3 Tabagismo

A livello mondiale, l'OMS stima che ogni anno più di 8 milioni di persone muoiono a causa del consumo di tabacco. Anche l'esposizione al fumo passivo è stata implicata in esiti negativi per la salute, causando 1,2 milioni di morti ogni anno. Circa 65.000 bambini muoiono ogni anno a causa di malattie legate al fumo passivo, mentre fumare durante la gravidanza può ripercuotersi negativamente sullo stato di salute dei nascituri. Nell'Unione Europea il consumo di tabacco rimane il più grande fattore di rischio evitabile per la salute ed è responsabile di 700.000 decessi ogni anno. Circa il 50% dei fumatori muore prematuramente, con una perdita media di 14 anni di vita per fumatore. L'indagine Eurobarometro 2020 mostra che il 23% degli europei è fumatore, il 22% è un ex fumatore e il 55% non ha mai fumato. Il numero dei fumatori è in calo rispetto al 2017 (26%), mentre la media di sigarette fumate è pari a 14,2 al giorno. Il 92% dei fumatori ha iniziato prima dei 25 anni di età, il 54% prima dei 18 anni e il 15% prima dei 15 anni.

Secondo l'OMS, "il controllo del fumo di tabacco è il più importante intervento che un Paese possa promuovere per migliorare al tempo stesso la salute dei propri cittadini e i conti della spesa sanitaria" ed è considerato una priorità a causa dei dati d'incidenza delle patologie fumo-correlate. La Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco (*Framework Convention on Tobacco Control* - FCTC), entrata in vigore nel 2005, è il primo trattato vincolante per i paesi ratificanti che mira a "proteggere le generazioni presenti e future dalle devastanti conseguenze sanitarie, sociali, ambientali ed economiche del consumo di tabacco e dell'esposizione al fumo di tabacco", individuando una serie di misure per contrastare e limitarne l'uso in tutte le forme a livello mondiale.

L'obiettivo è perseguito anche dall'Unione Europea con le Direttive per l'armonizzazione delle politiche sul tabacco nonché il sostegno alle azioni di competenza degli Stati membri attraverso documenti quali il "Libro verde. Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione Europea".

Sono ormai ampiamente note le evidenze sui danni derivanti dal tabagismo. La IARC ha mostrato la correlazione diretta tra fumo e tumori di polmone, cavità orale, faringe, laringe, esofago e pancreas. Il CDC con il *Surgeon General Report* del 2004 ha evidenziato la correlazione anche con i tumori di stomaco, rene, cervice uterina e con la leucemia mieloide acuta. Altra correlazione rilevata è quella tra fumo e malattie cardiocerebrovascolari, respiratorie e periodontopatie.

L'*Environmental Tobacco Smoke* (ETS) è una combinazione del fumo emesso dal fumatore e di quello proveniente dalla combustione del tabacco diluito nell'aria ambiente. Nell'adulto, l'esposizione al fumo passivo può determinare irritazione delle mucose, attacchi coronarici acuti, malattie respiratorie con riduzione della funzionalità polmonare, esacerbazione dell'asma. L'ETS è stato classificato dalla IARC come cancerogeno del Gruppo 1, ovvero cancerogeno per l'uomo alla stregua del fumo attivo, in quanto produce danni alla salute dei non fumatori, con un aumento del rischio di tumore al polmone che si aggira, per gli ambienti domestici, sul 20% nelle donne e 30% negli uomini; nei posti di lavoro il rischio si incrementa del 16-19%.

È noto, inoltre, che il tabagismo in gravidanza può causare gravi rischi alla madre, al feto e al neonato durante l'allattamento. I bambini esposti al fumo passivo, inoltre, hanno un rischio aumentato di sindrome della morte in culla (*Sudden Infant Death Syndrome*, SIDS), infezioni respiratorie acute, problemi dell'orecchio e aggravamento dell'asma (Tab. I).

Anche il fumo passivo nel luogo di lavoro, spesso, amplifica i rischi per il lavoratore (Tab. II).

È opportuno ricordare, inoltre, che l'introduzione sul mercato di nuovi prodotti a base di tabacco e/o nicotina (dalle sigarette elettroniche ai prodotti non da fumo di nuova generazione) ha aperto nuovi scenari relativamente alle strategie di prevenzione. La diffusione di tali prodotti rappresenta motivo di interesse, ma anche di preoccupazione per la salute pubblica. La letteratura scientifica, infatti, non è esaustiva, né in merito alle conseguenze a lungo termine sulla salute dell'uso di tali prodotti e sulla loro minore nocività, né in merito agli effetti dell'esposizione passiva alle loro emissioni.

Tab. I - Danni da fumo attivo Fonte: INAIL - “La gestione del fumo di tabacco in azienda”

Tumori	Polmone, cavità orale, faringe, laringe, esofago, pancreas, vescica urinaria, rene, stomaco, collo dell'utero e leucemia mieloide acuta.
Malattie cardio-cerebrovascolari	Infarto del miocardio, malattia coronarica, aneurisma dell'aorta addominale, arteriosclerosi, ictus cerebrale e morbo di Buerger.
Malattie respiratorie	Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), malattie respiratorie acute, polmonite, accelerazione del declino fisiologico della funzionalità polmonare, aggravamento dell'asma bronchiale.
Altre patologie	Ulcera peptica in persone con <i>Helicobacter pylori</i> , diminuzione della secrezione e dell'azione dell'ormone tiroideo nelle donne affette da ipotiroidismo, aumento di oftalmopatia nei soggetti affetti da morbo di Graves, maggiore possibilità di ammalare e maggiore severità di diabete noninsulino-dipendente, aumento del rischio di degenerazione maculare senile e di cataratta, periodontopatia e caduta dei denti, riduzione della fertilità e nelle donne predisposizione alla frattura dell'anca e alla diminuzione della densità ossea.
Fumatrici in gravidanza	Distacco e rottura improvvisa della placenta, placenta previa, parto pretermine, basso peso alla nascita e diminuzione della funzionalità polmonare nei neonati, sindrome di morte improvvisa del lattante (SIDS).
Sinergismo	Con alcol (aumento di tumori del cavo orale, della faringe, laringe ed esofago); con infezione da <i>papilloma virus</i> (neoplasia della cervice uterina); con agenti di rischio occupazionali (patologie da agenti chimici, polveri, rumore, vibrazioni, ecc.).

Tab. II - Danni da fumo passivo - Fonte: INAIL - “La gestione del fumo di tabacco in azienda”

Tumori	Polmone.
Malattie cardiovascolari	Attacchi coronarici acuti.
Malattie respiratorie	Irritazione delle vie respiratorie, asma allergico, riduzione della funzionalità polmonare.
Patologie in gravidanza e in età infantile	Basso peso alla nascita. I bambini sono a maggior rischio di morte improvvisa del lattante (SIDS), infezioni respiratorie acute, aumento del numero e severità degli attacchi di asma, otiti.

Azioni nei luoghi di lavoro

Sul luogo di lavoro è obbligatorio esigere il rispetto del divieto di fumo, dare informazioni sui rischi del tabagismo e offrire ai fumatori un'opportunità per combattere la dipendenza praticata al di fuori del luogo di lavoro (Tab. III).

All'interno dell'azienda si potrà istituire un GdL *ad hoc* che si occupi dello sviluppo di iniziative per la gestione del fumo di tabacco (All. 3 d-e).

Il MC, ove previsto, durante le visite di SSO potrà effettuare un breve *counselling* ai tabagisti sull'opportunità di smettere di fumare e avviare alla disassuefazione coloro che intendono abbandonare il fumo.

Tab. III - Azioni per il controllo del tabagismo

- Organizzare un GdL per la gestione del problema.
- Definire gli obiettivi e il piano di lavoro.
- Applicare il divieto di fumo e vigilare sul rispetto.
- Effettuare la valutazione del rischio per i lavoratori esposti a fumo passivo ove è consentito fumare (sale fumatori dei ristoranti, delle sale giochi, ecc.).
- Regolamentare l'utilizzo delle E-CIG.
- Redigere un regolamento aziendale.
- Comunicare la politica aziendale.
- Informare sui danni da fumo attivo e passivo.
- Predisporre la Sorveglianza sanitaria degli esposti a fumo passivo (lavoro in locali per fumatori).
- Predisporre idonei spazi/pause per i fumatori.
- Attuare iniziative per la disassuefazione dal fumo (corsi strutturati, facilitazioni all'accesso a strutture esterne, presenza di specialisti in azienda, ecc.).
- Monitorare e valutare periodicamente la politica antifumo aziendale.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- DM 10/06/2014 del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato, con DPR 1124/1965 e s.m.i.
- DPCM 23/12/2003. Attuazione dell'art. 51 comma 2 della legge 3/2003, come modificato dall'art.7 della legge 306/2003, in materia di "tutela della salute dei non fumatori".
- European Union. Eurobarometer. Indagine 2020. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>
- Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ 2002; 325 (7357): 188.
- Giacomo Mangiaracina e Letizia Palumbo "*Fumo al volante e rischio infortunistico stradale*", Tabaccologia 2007; 2: 19-23.
- HBSC - Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare.
- IARC: "*Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Tobacco smoke and involuntary smoking*". Vol. 83. (2004).
- INAIL - *La salute e la sicurezza del bambino*. Quaderni per la salute e la sicurezza. Edizione 2014 ISBN978-88-7484-350-3.
- INAIL - "*La gestione del fumo di tabacco in azienda*" Manuale informativo per i Datori di lavoro, medici Competenti e responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione. Edizione 2015. Milano, ottobre 2015 ISBN 978-88-7484-452-4.
- Interpello Min. Lavoro 15/2013. <https://www.testo-unico-sicurezza.com/interpelli-2013-ministero-lavoro-sicurezza.html>
- ISTAT Annuario statistico Italiano 2021. https://www.istat.it/storage/ASI/2021/ASI_2021.pdf
- L. 75/2008. Ratifica ed esecuzione della Convenzione quadro dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) per la lotta al tabagismo, fatta a Ginevra il 21 maggio 2003.
- Legge 16 Gennaio 2003 n. 3. Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione. Art. 51 (Tutela della salute dei non fumatori). Gazzetta Ufficiale n. 15, 20 gennaio 2003 (Supplemento Ordinario).

- Ministero della Salute. Fumo - Prodotti del tabacco - Sigarette elettroniche.
<https://www.salute.gov.it/portale/fumo/homeFumo.jsp>.
- Ministero della Salute. Circolare 17 dicembre 2004. Indicazioni interpretative e attuative dei divieti conseguenti all'entrata in vigore dell'art. 51 della Legge 16 gennaio 2003 n. 3, sulla "tutela della salute dei non fumatori". Gazzetta Ufficiale n. 300, 23 dicembre 2004.
- PASSI fumo <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo>

4.4 Consumo dannoso di alcol e dipendenza da sostanze psicotrope

L'assunzione di alcolici o di sostanze stupefacenti e psicotrope provoca l'alterazione delle condizioni psicofisiche e rappresentano un identico fattore di rischio di infortunio grave e mortale per i lavoratori e per i terzi. Il loro consumo da parte di lavoratori costituisce un pericoloso fattore di rischio aggiuntivo rispetto ai rischi intrinseci del lavoro, rischio che, per l'appunto, può compromettere anche la salute e la sicurezza dei colleghi e di terze persone presenti nei luoghi di lavoro.

In Europa l'alcol costituisce il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura, dopo l'ipertensione arteriosa e il consumo di tabacco, e può portare anche a dipendenza e a gravi conseguenze a breve e a lungo termine.

Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana sta mostrando un profilo nuovo rispetto agli ultimi decenni in quanto, a fronte di una riduzione dei consumatori giornalieri, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti.

Le raccomandazioni di sanità pubblica rappresentano che non esiste una quantità di alcol da bere sicura per la salute e che l'unica tutela realmente efficace sia non berne. Il consumo viene misurato in Unità Alcoliche (U.A.), dove 1 U.A. è pari a 12 grammi di alcol puro, che corrispondono a 330 ml di birra a 4,5°, oppure a 125ml di vino a 12°, oppure a 40 ml di superalcolico a 40°. Il consumo, in ogni caso, non dovrebbe mai superare 2 U.A./die per i maschi di età compresa tra i 18 e i 65 anni e 1 U.A./die per le femmine di età superiore a 18 anni e per gli ultra65enni (maschi e femmine). Minorenni e donne in gravidanza e allattamento non dovrebbero mai consumare bevande alcoliche.

La prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quella delle donne per tutte le classi di età.

In tema sostanze psicotrope, gli oppioidi sono i responsabili del maggior danno in termini di anni di vita persa. L'aumento del consumo di sostanze stupefacenti in ambiente di vita rappresenta un fenomeno sociale di difficile risoluzione.

Alcol e sostanze psicotrope in ambito lavorativo

L'articolo 5 (Disposizioni generali) della Direttiva 89/391/CEE del Consiglio, del 12 giugno 1989, concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro, prevede "il Datore di Lavoro è obbligato a garantire la sicurezza e la salute dei lavoratori in tutti gli aspetti connessi con il lavoro."

In Italia, il D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 agli artt. 17 e 41 comma 4, in relazione al fatto che gli effetti delle sostanze psicotrope amplificano i rischi insiti nell'attività lavorativa, dispone "l'obbligo generale indelegabile del Datore di Lavoro di valutare tutti i rischi lavorativi" – quindi, includendo anche le eventuali interazioni dei rischi presenti in ambiente di lavoro con quelli derivanti da errate abitudini personali dei lavoratori, come l'assunzione di alcol e sostanze stupefacenti - e che le visite preventive, periodiche ed in occasione del cambio mansione, siano 'nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento ...altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti..'.

L'art.41, comma 4-bis del DLgs 81/08 prevede la ridefinizione delle condizioni e delle modalità per l'accertamento della tossico-dipendenza e dell'alcol dipendenza. Ad oggi, trascorso il termine del 31 dicembre

2009, entro cui detta previsione doveva essere attuata, sono vigenti, per il tema alcol, il Provvedimento 16 marzo 2006 – relativo all’Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e, per il tema stupefacenti, l’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza ratificata dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni il 30 ottobre 2007. I provvedimenti su richiamati individuano in due distinte tabelle le mansioni lavorative - attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi - che devono essere oggetto di sorveglianza da parte del datore di lavoro.

Azioni nei luoghi di lavoro

I luoghi di lavoro possono rappresentare ambienti particolarmente idonei a sostenere campagne per promuovere i programmi di sensibilizzazione dei lavoratori sulla gravità dell’assunzione rischiosa e dannosa di alcol e sostanze psicotrope attraverso:

- idonea informazione e/o *counseling* breve da parte del MC sugli effetti acuti e cronici dell’alcol sulle capacità psicofisiche;
- iniziative di sensibilizzazione, anche concertate con le ASL, finalizzate a una corretta percezione dei possibili rischi aggiuntivi derivanti dall’assunzione di alcolici, in relazione ai rischi specifici della mansione;
- materiale divulgativo (*brochure*, locandine, *dépliant*) predisposto in collaborazione con le ASL o fornito dalle stesse, anche attraverso l’accesso a siti *web* affidabili e *social network* come veicolo di corretta informazione e di contrasto alle *fake news*;
- offerta attiva di supporto psicologico sul posto di lavoro, laddove sia praticabile, in collaborazione con la ASL competente.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano
 - Provvedimento 16 marzo 2006. Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell’articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. (Repertorio atti n. 2540) Gazzetta Ufficiale N. 75 del 30 Marzo 2006.
- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81. Attuazione dell’art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro G.U. 30 aprile 2008, n. 101 - Suppl. ordinario n. 108.
- Legge 30 marzo 2001, n.125 Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati (Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18-04-2001).
- Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”. Anno 2020.

5 BENESSERE DEI LAVORATORI

Il benessere dei lavoratori, inteso quale Total Worker Health (TWH), trova definizione nel National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) quale "insieme di politiche, programmi e pratiche che integrano la prevenzione dai rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con la promozione delle azioni di prevenzione di danni acuti e cronici a favore di un più ampio benessere del lavoratore". In concreto, si esplica ampliando l'ambito di azione della Medicina del Lavoro nella valutazione e gestione dei rischi lavorativi e sottolineando l'importanza di considerare il lavoro come determinante fondamentale di salute, nel contesto del quale possono essere studiati e migliorati altri elementi che contribuiscono al benessere globale del lavoratore, quali gli stili di vita e i rischi organizzativi in ambito occupazionale. In questo ambito, trovano posto le azioni volte a promuovere pratiche di vita salutari negli ambienti di lavoro.

L'Avviso pubblico per la presentazione e selezione di progetti di ricerca applicata "Salute – ambiente – biodiversità - clima" presentato dal Ministero della Salute nell'agosto 2022 nell'ambito del PIANO NAZIONALE PER GLI INVESTIMENTI COMPLEMENTARI AL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNC) (Investimento E.1 "SALUTE, AMBIENTE, BIODIVERSITÀ E CLIMA" 1.4: Promozione e finanziamento di ricerca applicata con approcci multidisciplinari in specifiche aree di intervento salute-ambiente-biodiversità-clima) ha visto l'approvazione del progetto "ITWH: sistema gestionale per il benessere e la promozione del Total Worker Health nei luoghi di lavoro" che coinvolge un'ampia platea di regioni del Nord (Lombardia ed Emilia-Romagna), del Centro (Toscana e Lazio) e del Sud (Puglia e Sicilia), e di Unità Operative con aziende ospedaliere, Università, Aziende Sanitarie, Direzioni Regionali e Dipartimenti di Epidemiologia.

L'Italia può vantare diversi esempi virtuosi di integrazione di attività di promozione della salute e TWH: a mero titolo esemplificativo, si possono citare gli interventi organizzativi di supporto psicologico per gli operatori sanitari per contrastare il burnout attuati in occasione della recente pandemia da SARS-CoV-2 e per contrastare gli effetti sulla salute mentale di violenze occorse in ambiente di lavoro, come anche interventi di counseling individuale finalizzati alla corretta individuazione (e al cambiamento) di stili di vita a rischio.

Ciò premesso, si ritiene opportuno rimettere al percorso progettuale partecipato la corretta definizione di indirizzi per l'attuazione di un approccio complessivo (olistico) al benessere del lavoratore, riportando di seguito cenni relativi a due tematiche – stress LC e conciliazione casa/lavoro: le azioni di promozione della salute possono inserirsi nel percorso, il cui obbligo ricade sul DDL, di valutazione dei rischi e adozione di misure di prevenzione vs il rischio stress LC, ad esempio favorendo la conciliazione vita-lavoro.

5.1 Stress lavoro-correlato

Nell'Unione Europea lo stress lavoro-correlato rappresenta il secondo problema di salute, dopo i disturbi muscolo-scheletrici, con conseguenze sia sui singoli che sulle economie nazionali.

L'art.28 1-bis del DLgs 81/08 dispone che tra i rischi si valuti anche lo stress lavoro-correlato. Detta valutazione, il cui obbligo vige in Italia dal 31 dicembre 2010, deve essere effettuata alla luce dell'Accordo Quadro Europeo e secondo le indicazioni metodologiche pubblicate con la Lettera Circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 18 novembre 2010.

Favorire il benessere del lavoratore in relazione al proprio ruolo e ai propri compiti all'interno dell'organizzazione è, dunque, primariamente un obbligo del datore di lavoro secondo quanto previsto dal DLgs 81/08 in relazione agli adempimenti: valutazione dei rischi e adozione di misure di prevenzione. Varie azioni di promozione della salute possono inserirsi in questo percorso e contribuire al benessere del lavoratore, ad esempio favorendo la conciliazione vita-lavoro.

Nel periodo 2020-2021 la situazione di esposizione al rischio si è aggravata in ragione dell'emergenza pandemica che ha determinato, oltre che condizioni di vita e di lavoro del tutto nuove ed inattese, effetti psicologici legati allo stato di emergenza. La bibliografia internazionale evidenzia un impatto negativo con aumento statisticamente significativo di depressione, ansia e stress non solo nella popolazione generale, ma anche in ambito lavorativo soprattutto nel settore sanitario (ospedali, RSA, servizi di emergenza, ecc.).

Gli effetti sulle organizzazioni lavorative legati all'emergenza COVID-19, che hanno influito anche sui diversi fattori di rischio stress lavoro-correlato, sono sinteticamente riportati:

- il rischio legato all'infezione COVID-19 è diventato un rischio trasversale sia a livello generale che a livello lavorativo con necessità da parte di tutte le aziende di attivare misure di contrasto e di contenimento della diffusione del virus attraverso protocolli/intese tra organizzazioni datoriali e sindacali;
- soprattutto nelle prime fasi della pandemia, alcuni settori lavorativi sono andati in sovraccarico lavorativo (settore sanitario, settori di emergenza-urgenza, settori di produzione e distribuzione di generi di prima necessità, settori medicali > es. produzione medical-device, ecc.), mentre altri settori lavorativi hanno dovuto cessare/rallentare l'attività soprattutto nei periodi di lock-down (manifatturiero, HORECA, turismo, ecc.);
- in ambito sanitario, soprattutto quello ospedaliero, orari di lavoro gravosi con numerosi turni notturni, salti di riposo e attività su turni in aree diverse (personale sanitario con turni di guardia alternati nelle UO di appartenenza Covid -free ed in UO Covid +);
- sono state necessarie modifiche organizzative del lavoro. In taluni casi anche con conversioni con conversioni/riconversioni organizzative/produttive;
- ricorso a strumenti di ammortizzazione sociale quali cassa integrazione, ferie collettive, ecc.;
- durante le fasi più critiche della pandemia si sono verificate temporanee carenze di risorse umane in settori lavorativi critici per lavoratori con infezione sintomatica/asintomatica da COVID-19 ed obbligo di periodo quarantenario;
- ricorso alla cassa integrazione / ferie obbligate, ecc;

Ciò premesso, ed in via d'ordine generale, i Programmi regionali Predefiniti 8 dei rispettivi PRP si esplicano nell'ambito delle azioni di riduzione dei fattori di rischio (determinanti prossimali) che comportano meccanismi di generazione di disuguaglianze sociali di salute, per la rilevazione degli interventi preventivi e protettivi, realizzati e da realizzare, mirati alla riduzione dei rischi psicosociali (stress correlato al lavoro) e nella definizione di buone pratiche.

L'emergenza COVID-19 ha posto in essere l'applicazione di interventi preventivi e protettivi su molte popolazioni lavorative e sui lavoratori fragili anche all'interno della PA.

Un intervento di promozione della salute nella PA relativo alla prevenzione del rischio stress potrà essere effettuato, in collaborazione tra i Servizi delle ASL competenti nelle due aree interessate, su target di popolazioni lavorative "a rischio" in relazione ai fattori di contesto e contenuto lavorativo che a partire dall'emergenza COVID-19 hanno sviluppato interventi di prevenzione e protezione efficaci nel tempo, impiegati in ambiti lavorativi che hanno avuto, come a titolo puramente esemplificativo, nella scuola:

- un cambiamento organizzativo al loro interno ed un carico psicologico ed emotivo esponenziale, che ha avuto un forte impatto;
- una drastica riduzione del lavoro o modifiche organizzate di rilievo dettate dagli interventi restrittivi in Emergenza COVID-19.

In particolare, sarà importante definire modelli valutativi per quanto riguarda gli aspetti oggettivi (ambiente ed attrezzature di lavoro, carico/ritmo lavorativo, orario di lavoro, organizzazione del lavoro, mobilità lavorativa, basso valore sociale attribuito all'attività svolta, partecipazione al processo decisionale ed al controllo del lavoro, rapporti interpersonali al lavoro ed interfaccia casa-lavoro) e soggettivi (disagio

psicologico percepito da parte dei lavoratori in relazione ai fattori di rischio psico-sociali connessi alle ricadute sulla qualità del lavoro in emergenza COVID-19).

Conciliazione vita-lavoro

Il tema della conciliazione dei tempi di lavoro e di vita interessa tutti i lavoratori, ma purtroppo ancora oggi nel nostro Paese – a discapito dell’uguaglianza - è particolarmente rilevante per le lavoratrici, soprattutto nel momento in cui diventano madri.

La Commissione Europea definisce la conciliazione vita-lavoro come “l’introduzione di azioni sistemiche che prendono in considerazione le esigenze della famiglia, di congedi parentali, di soluzioni per la cura dei bambini e degli anziani e lo sviluppo di un contesto e di un’organizzazione lavorativa tali da agevolare la conciliazione delle responsabilità lavorative e di quelle familiari per le donne e gli uomini”.

Le misure di conciliazione vita-lavoro possono essere classificate in quattro principali aree di intervento tra loro complementari:

- l’organizzazione del lavoro, attraverso una gestione sia dei luoghi, sia dei tempi, comprensiva di interventi per una riorganizzazione degli orari di lavoro più elastica: *part-time* o riduzione dell’orario lavorativo, *smart working*, *job sharing*, flessibilità dell’orario lavorativo, meccanismi di compensazione dell’orario lavorativo e di gestione autonoma dell’orario di lavoro, compressione dell’orario lavorativo settimanale, permessi e congedi;
- la cultura aziendale, attraverso formazione specifica del *management* aziendale, comunicazioni ai dipendenti sul tema e introduzione di momenti di discussione e confronto sul tema;
- il sistema di retribuzione, ovvero gli interventi volti alla creazione di un vero e proprio *welfare* aziendale;
- i servizi aziendali volti a supportare il dipendente nell’adempimento di alcune incombenze legate alla vita familiare (supporto alla ricerca di servizi di cura dei figli o degli anziani, supporto alla gestione delle emergenze e delle malattie di figli e anziani, supporto alla cura dei figli e degli anziani presso il luogo di lavoro, servizi informativi, servizi di *conciierge*).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Accordo europeo sullo *stress* sul lavoro siglato a Bruxelles l'8 ottobre 2004 da CES – sindacato Europeo; UNICE-confindustria europea; UEAPME - associazione europea artigianato e PMI; CEEP - associazione europea delle imprese partecipate dal pubblico e di interesse economico generale.
- Accordo interconfederale per il recepimento dell’Accordo quadro europeo sullo *stress* lavoro-correlato (8 ottobre 2004 tra Unice-Ueapme, CEEP e Ces) 9 giugno 2008.
- Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (*European Agency for Safety and Health at Work* - EU-OSHA) Sondaggi d'opinione europei in materia di sicurezza e salute sul lavoro <https://osha.europa.eu/it/safety-health-in-figures>.
- Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro. Attuazione dell’articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Gazzetta Ufficiale n. 101, 30 aprile 2008 – testo coordinato con il D. Lgs. 3 agosto 2009 Decreto integrativo e correttivo D. Lgs. 3 agosto 2009, n. 106: Gazzetta Ufficiale n. 180, 5 agosto 2009 - Suppl. Ordinario n. 142/L). <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Testo%20Unico%20sulla%20Salute%20e%20Sicurezza%20sul%20Lavoro/TESTO-UNICO-81-08-Edizione-Giugno%202016.pdf>.
- Decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106. Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro http://www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/09106dl_testo.pdf.
- Direttiva 89/391/CEE del Consiglio, del 12 giugno 1989, concernente l'attuazione di misure volte a

promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro. Gazzetta Ufficiale n. L 183, 29 giugno 1989. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:31989L0391>.

- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Framework agreement on work-related stress, 2004. <https://osha.europa.eu/en/legislation/guidelines/framework-agreement-work-related-stress>.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Healthy workers, thriving companies -a practical guide to wellbeing at work. Tackling psychosocial risks and musculoskeletal disorders insmall business. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work; 2018. <https://osha.europa.eu/en/publications/healthy-workers-thriving-companies-practical-guide-wellbeing-work>.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Indagine europea tra le imprese suirischi nuovi ed emergenti (ESENTER). <https://osha.europa.eu/it/surveys-and-statistics-osh/esener>.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Rischi psicosociali e stress nei luoghi di lavoro. <https://osha.europa.eu/it/themes/psychosocial-risks-and-stress>.
- European Agency for Safety and Health at Work 2009 <https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C> OSH in figures stress at work.
- European Commission. Directorate-General for Employment and Social Affairs. Guidance on work- related stress. Spice of life, or kiss of death? Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000. <https://www.stress.org/wp-content/uploads/2011/11/Guidance2520on2520work-related2520stress.pdf>.
- Executive (HSE). Managing the causes of work-related stress – A stepby-step approach using the Management Standards. London: HSE. 2007. https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks.
- Inail. La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato. Manuale a usodelle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Tipolitografia Inail, Milano, 2017 https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-la-metodologia-per-la-valutazione-e-gestione_6443112509962.pdf.
- Institute of Work, Health & Organisations. Buone pratiche negli interventi di gestione dello stress correlato al lavoro. Nottingham: Institute of Work, Health & Organisations; 2008. <https://www.inail.it/cs/internet/docs/buone-pratiche-gestione-stress-lavoro.pdf?section=attivita>.
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Rapporto Bes 2017: il benessere equo e sostenibile in Italia. https://www.istat.it/it/files//2017/12/Bes_2017.pdf.
- Kerr, R., McHugh, M., & McCrory, M. (2009) HSE Management Standards and stressrelated work outcomes. Occupational Medicine, Vol. 59 Issue 8, p574-579. 12. Health and Safety.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della tutela delle condizioni di lavoro. Circolare 18 novembre 2010. Indicazioni della Commissione consultiva per la valutazione dello stress lavoro-correlato (articoli 6, comma 8, lettera m-quater, e 28, comma 1-bis, del Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modifiche e integrazioni). <http://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2010/LC-18novembre2010.pdf>.
- Pedrini, M., Conciliazione famiglia-lavoro: logiche e strumenti, in Todisco, A. (ed.), La conciliazione famiglia-lavoro. Un'opportunità per imprese e pubbliche amministrazioni, EDUCatt, Milano 2010: 35-39 [http://hdl.handle.net/10807/13610].
- World Health Organization (WHO). Identification and control of work-related diseases: report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 714. Geneva: World Health Organization; 1985.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40176/WHO_TRS_714.pdf?sequence=1&isAllowed=y.](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40176/WHO_TRS_714.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Appendice A

Iniziativa per la promozione di uno stile di vita attivo “Ministero in forma”

Razionale

Le opportunità per svolgere attività fisica nella nostra società e nella vita quotidiana diminuiscono, mentre aumenta la prevalenza di stili di vita sedentari con gravi conseguenze per la salute e ricadute a livello sociale e economico. Il luogo di lavoro, pertanto, può rappresentare un'importante “*setting*” per interventi di promozione della salute; inoltre, influenza direttamente il benessere fisico, mentale, economico e sociale dei lavoratori e, di conseguenza, la salute delle loro famiglie, delle comunità e della società. Offrire un ambiente ideale, infrastrutture per garantire la sicurezza e opportunità per sostenere la promozione della salute dei lavoratori, ha notevoli vantaggi:

- i lavoratori sani sono più produttivi;
- i luoghi di lavoro sicuri contribuiscono allo sviluppo sostenibile, per esempio attraverso il controllo dell'inquinamento e della riduzione delle esposizioni ambientali pericolose per la salute;
- la promozione della salute sul lavoro contribuisce alla riduzione della diffusione di malattie croniche legate a comportamenti e condizioni ambientali non salutari.

Il **Ministero della Salute** ha realizzato un'iniziativa finalizzata a migliorare la salute e il benessere dei dipendenti, attraverso interventi per favorire uno stile di vita meno sedentario anche sul luogo di lavoro, dandoci così un messaggio chiaro ai suoi dipendenti e alla comunità in coerenza con la propria “*mission*”. L'obiettivo di promuovere uno stile di vita attivo nell'ambiente di lavoro ha favorito il coinvolgimento di tutti i dipendenti, anche attraverso adeguate iniziative di comunicazione, tenendo conto che i lavoratori trascorrono in media sei/otto ore nel luogo di lavoro, in genere impegnati in attività sedentarie.

L'Amministrazione ha realizzato azioni formative nei confronti dei dipendenti volte a favorire comportamenti salutari sul luogo di lavoro e ad aumentare l'attività fisica (Destinatari: tutto il personale delle sedi centrali).

Gli **obiettivi** sono stati:

- **generali:** promuovere la salute e il benessere dei dipendenti dell'Amministrazione;
- **specifici:** favorire comportamenti salutari sul luogo di lavoro e aumentare l'attività fisica praticata dai dipendenti.

Azioni e metodologia

- Presentazione del progetto alle Rappresentanze sindacali e alla CUG del Ministero, prima di renderlo operativo.
- Costituzione di un gruppo di lavoro per la definizione di dettaglio degli aspetti organizzativi del progetto e l'attuazione dello stesso. Tale gruppo di lavoro era composto da rappresentanti delle strutture coinvolte nell'implementazione (Dipartimento sanità pubblica, DG Prevenzione, DG Personale, DG Sistema Informativo), dal MC e dai RLS. Il gruppo ha redatto il progetto definitivo, programmato le attività di comunicazione ai dipendenti della linea adottata, monitorato l'attuazione del progetto.

- Indagine conoscitiva per la valutazione del livello di attività fisica praticata dai dipendenti. Lo strumento è stato un questionario cartaceo, auto-compilato, anonimo distribuito a tutto il personale per rilevare informazioni di base con poche semplici domande.
- Attività di informazione e comunicazione al fine di ottenere l'adesione partecipata al progetto di tutti i dipendenti attraverso:
 - materiali informativi (opuscoli) distribuiti in cartaceo o tramite *intranet*;
 - manifesti opportunamente collocati con suggerimenti per una vita attiva anche sul luogo di lavoro a partire dalla promozione dell'uso delle scale;
 - divulgazione dei risultati dell'indagine conoscitiva;
 - seminario informativo riguardante i benefici di uno stile di vita sano e attivo e gli interventi promossi dall'Amministrazione.
- Verifica di fattibilità e programmazione di iniziative per i dipendenti finalizzate a incrementarne il livello di attività fisica. La costruzione di una "amministrazione attiva" è stata successivamente perseguita sulla base del gradimento da parte del personale, anche attraverso l'offerta gratuita, nell'ambito delle attività formative rivolte al personale, di corsi per l'apprendimento di esercizi fisici di rilassamento e di *stretching* da praticare sul posto di lavoro, condotti da operatori esperti e l'organizzazione di "gruppi di cammino", in collaborazione con il Dopolavoro.
- Valutazione degli interventi
La valutazione dei risultati è stata effettuata attraverso la ripetizione a distanza di tempo della somministrazione del questionario.

Fasi/tempistica

Il progetto è durato 12 mesi.

I fase - mesi 4: definizione della metodologia di intervento, programmazione e realizzazione delle attività previste;

II fase - mesi 4: programmazione e realizzazione dei primi corsi; III fase - mesi 4: attività di valutazione.

I costi sono stati relativi alla predisposizione e alla produzione dei materiali informativi e alla realizzazione dei corsi e dei gruppi di cammino e al carico di lavoro del personale coinvolto.

Appendice B

Descrizione del progetto Inail di “Promozione della corretta alimentazione al lavoro”

Il progetto Inail è una iniziativa di indagine/intervento promossa dalla Direzione centrale prevenzione (Dcprev) che ha coinvolto in maniera attiva il personale della sede centrale di Piazzale Pastore, 6 a Roma.

L’obiettivo generale è stato quello di analizzare l’incidenza dei fattori determinanti le abitudini alimentari nella popolazione lavorativa della Direzione generale dell’Inail e identificare i fattori che possano favorire il cambiamento verso una corretta alimentazione e stili di vita salutari. La ricerca ha coinvolto circa 800 lavoratori ai quali è stato somministrato un questionario anonimo per l’autocompilazione. Nel luogo di lavoro oggetto dello studio, i lavoratori hanno a disposizione una mensa, un bar e dei distributori automatici di alimenti e bevande.

Per la realizzazione del progetto, è stato costituito un gruppo di lavoro dedicato, che ha visto coinvolte attivamente, oltre alla DCPREV, anche le seguenti Strutture della Direzione generale in ragione delle rispettive funzioni svolte in materia: la Direzione centrale risorse umane (DCRU), la Sovrintendenza sanitaria centrale (SSC), il Dipartimento di medicina epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale (DiMEILA), la Consulenza statistico attuariale (CSA), la Direzione centrale pianificazione e comunicazione (DCPC), la Direzione centrale organizzazione digitale (DCOD), la Direzione centrale ricerca, il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) dell’Inail.

Il progetto è stato strutturato secondo un piano operativo che prevedeva complessivamente cinque fasi cadenzate da un cronoprogramma.

Tutte le fasi del progetto hanno coinvolto, su base volontaria, i lavoratori.

Fase zero: è stata caratterizzata dalla pianificazione e realizzazione di un piano di comunicazione interno, propedeutico e trasversale a tutto il progetto, rivolto sia a tutte le strutture coinvolte e a tutti i lavoratori della Direzione generale, che alle rappresentanze sindacali, finalizzato sia alla presentazione e promozione del progetto, che a fornire aggiornamenti sul suo stato di attuazione per tutta la durata delle attività in merito ai contenuti, agli obiettivi e ai risultati ottenuti.

Fase uno: prevedeva la somministrazione di un questionario, appositamente predisposto da varie professionalità dell’Istituto e condiviso con i referenti delle Strutture della Direzione generale coinvolte nel progetto, avente l’obiettivo di valutare, anche in funzione delle differenze di genere, il livello di conoscenza, di credenze e di comportamenti correlati alle abitudini alimentari e di indagare i fattori presenti nell’ambiente di lavoro che possano influenzarli.

Il questionario, realizzato sulla base di *standard* e linee guida internazionali e nazionali, comprendeva domande inerenti: informazioni generali del partecipante, abitudini alimentari lavorative ed extra-lavorative, opinioni e credenze personali (livello di percezione e consapevolezza sulla tematica), secondo un’ottica di tipo bio-psico-sociale, pareri relativi al proprio ambiente di lavoro (disponibilità di quantità e qualità adeguate di alimenti, punti/aree dedicate per il ristoro, caratteristiche della mensa, del bar interno e dei distributori automatici, informazione adeguata), aspettative e intenzioni.

Sono stati invitati a compilare il questionario *on-line* tutti i lavoratori in servizio presso la sede della Direzione generale. I dati raccolti sono stati successivamente elaborati statisticamente e analizzati.

Le informazioni contenute nei questionari sono state trattate esclusivamente per fini scientifici, custodite con la massima riservatezza nel rispetto del d.lgs. 196/03 e s.m.i. sul trattamento dei dati personali e utilizzate per la pianificazione di interventi mirati al benessere dei lavoratori in azienda.

Nell'ambito di questa prima fase, al fine di rilevare proposte di miglioramento dell'ambiente di lavoro volte a favorire la salute alimentare, sono stati organizzati quattro *focus group*, costituiti da campioni omogenei di lavoratori selezionati sulla base dei risultati dei questionari e condotti da uno psicologo del lavoro, da un medico del lavoro e/o da un nutrizionista.

Sulla base di quanto emerso dai questionari e dai *focus group*, sono state proposte modifiche organizzative e ambientali e iniziative informative per favorire una corretta alimentazione nel luogo di lavoro. Sui risultati della prima fase dell'indagine è stato organizzato un seminario.

Fase due: prevedeva in un primo tempo la realizzazione di uno studio pilota, attraverso colloqui individuali e incontri di gruppo, per favorire il cambiamento delle abitudini alimentari e sviluppare l'*empowerment* personale, partendo dai risultati del questionario. In un secondo momento prevedeva il confronto fra la popolazione che ha partecipato allo studio pilota e un gruppo di controllo, seguito dalla somministrazione di una *check-list* per testare il livello di soddisfazione alle modifiche organizzative e ambientali approntate.

Fase tre: prevedeva la somministrazione di un questionario sul benessere generale per valutare l'efficacia della fase precedente.

Fase quattro e termine del progetto: prevedeva la messa a punto di un protocollo per la realizzazione di una Buona pratica inerente alla tematica trattata "Alimentazione al lavoro" da presentare alla Commissione consultiva permanente ex art. 6 D. Lgs. 81/2008 e s.m. ai fini della validazione come Buona prassi.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n.123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (G.U. 30 aprile 2008, n.101-Suppl. ordinario n.108).
- <http://nut.entecra.it/stampa.php?news=31>
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_18_allegato.pdf
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_5_allegato.pdf
- http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=108&area=Vivi_sano#tab-2
- http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=108&area=Vivi_sano
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=stiliVita&menu=alimentazione
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=454&area=stiliVita&menu=alimentazione
- <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- <https://www.cancer.org/healthy/eat-healthy-get-active/acs-guidelines-nutrition-physical-activity-cancer-prevention.html>
- <https://www.nhs.uk/live-well/eat-well/why-5-a-day>
- Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health status: a meta-analysis. BMJ 2008; 337: 673-675.
- Wanjek C. Food at Work. Workplace Solutions for Malnutrition, Obesity and Chronic Diseases. Geneva: ILO; 2005.

Introduzione agli strumenti operativi

La promozione della salute è il processo che consente alle persone di aumentare il controllo e di migliorare la propria salute fisica e mentale.

Al fine di realizzare un programma di promozione della salute è necessario sviluppare degli **strumenti operativi** utili alle aziende al fine di pianificare l'attività di promozione della salute, monitorarla, motivare i lavoratori, incoraggiarli a definire degli obiettivi (personali o di gruppo) e mettere in evidenza eventuali modifiche nei loro stili di vita e nella loro percezione del benessere.

Le varie fasi del progetto di promozione, che si realizzano nel tempo, hanno necessità di un attento monitoraggio al fine di rendere radicate le scelte salutari.

A tal fine potrebbe essere utile individuare un gruppo di lavoro per la realizzazione del progetto in azienda il quale rediga un cronoprogramma, in modo da organizzare adeguatamente le azioni ed il loro monitoraggio (a titolo di esempio si propone l'Allegato 1), cioè un documento che rappresenti la pianificazione delle varie fasi da realizzare dal punto di vista della sequenza logica, dei tempi e dei costi e si occupi della comunicazione interna aziendale. La comunicazione interna aziendale deve mirare a costruire relazioni tra coloro che gestiscono il progetto, condividere informazioni e coinvolgere i dipendenti. Strumenti utili possono essere lettere, area intranet nel sito web aziendale, mail, newsletter, ecc.

Ogni azienda, dal punto di vista operativo, può selezionare e/o sviluppare propri strumenti di intervento, in modo da adeguare la propria realtà territoriale e le proprie peculiarità alla buona realizzazione del progetto e soprattutto alla realizzazione delle Buone pratiche.

Alcuni di questi strumenti possono essere:

- Siti web
- Volantini
- Note informative a tutte le strutture aziendali coinvolte
- Compilazione di questionari da parte dei lavoratori
- Organizzazione di seminari
- Focus group
- Interventi di counseling
- Incontri con il medico competente dell'azienda
- Incontri con le ASL, i centri antifumo, ...
- Poster con grafica e messaggi mirati
- Video/videogiochi
- Organizzazione di eventi dentro o fuori l'azienda anche in occasione di determinate ricorrenze (giornata mondiale della salute, giornata mondiale dell'attività fisica, giornata mondiale senza tabacco, giornata mondiale della salute mentale...)
-

I materiali devono essere sviluppati in base alla popolazione lavorativa a cui è rivolta la campagna di promozione della salute e alle sue particolarità (giovani/anziani, operai/impiegati, uomini/donne, ...), per cui all'interno della stessa azienda potrebbe essere necessario sviluppare materiali e interventi diversi. Le campagne sono molto più efficaci se sono rivolte a un gruppo specifico e personalizzate per soddisfare le esigenze di quel gruppo.

Di seguito verranno proposti alcuni strumenti utili nell'organizzazione, realizzazione e monitoraggio degli interventi di promozione della salute in azienda.

Per la individuazione delle modalità con cui realizzare il progetto le PA, in particolare gli enti locali, possono aderire ai programmi realizzati dalle regioni nelle quali hanno sede ed adottare i modelli previsti dei programmi medesimi, essendo quelli presentati in questa sede solo un esempio.

Allegato 1

Progetto annuale/biennale/triennale: “La Promozione della salute e del benessere organizzativo sul lavoro”: cronogramma

Esempio di
CRONOGRAMMA

CRONOGRAMMA																																		
	Azioni in ordine di esecuzione	Primo anno												Secondo anno												Terzo anno								
		MESI												MESI												MESI								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	...
Fase 1	Costituzione di un gruppo di lavoro in azienda per lo sviluppo di un progetto di promozione della salute																																	
	Comunicazione interna a tutto il personale																																	
Fase 2	Realizzazione/utilizzo di una check-list e questionario																																	
	Somministrazione del questionario (cartaceo o online)																																	
	Prima elaborazione e valutazione dei dati acquisiti																																	
	Presentazione dei risultati e organizzazione di consultazioni (focus group, ecc.)																																	
	Proposta di un piano di modifiche ambientali ed / o organizzative																																	

[illegible]

Allegato 2

Programmi e strumenti di promozione della salute sui luoghi di lavoro in Italia e all'estero

Di seguito un elenco a titolo esemplificativo di alcuni materiali utili per la realizzazione di interventi di promozione della salute in azienda.

Check list per la gestione della salute in Azienda

<http://www.move-europe.it/file%20pdf/Questionario%20Autovalutazione.pdf>

Luoghi di lavoro che promuovono salute - Rete WHP Lombardia

<https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaglioredazionale/setting/luoghi-di-lavoro/programma-whp-lombardia>

Luoghi di lavoro che promuovono salute: il programma della Regione Emilia-Romagna

regioneer.it/promozionesalutelavoro

Università Politecnica delle Marche: Il programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Regione Marche” si fonda sui principi della Promozione della Salute negli ambienti di lavoro con l’obiettivo prioritario di incoraggiare cambiamenti organizzativi nei luoghi di lavoro al fine di renderli ambienti favorevoli all’adozione consapevole di stili di vita salutari per la prevenzione delle malattie croniche.

Per maggiori informazioni, si rimanda al Fact Sheet diffuso dall’INAIL ad agosto 2018, consultabile al link <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/pubblicazioni/catalogo-generale/pubbl-promozione-salute-luoghi-di-lavoro.html>

Regione Toscana: Gli indirizzi operativi, gli interventi intesi come buone pratiche da realizzare e tutta la modulistica per l'adesione e la realizzazione del WHP si trovano sul sito della Regione, all'indirizzo www.regione.toscana.it/whp

European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work. Tackling psychosocial risks and musculoskeletal disorders in small business. [healthy-workers-thriving-companies-practical-guide-wellbeing-work](https://osha.europa.eu/en/publications/healthy-workers-thriving-companies-practical-guide-wellbeing-work) (europa.eu)

<https://osha.europa.eu/en/publications/healthy-workers-thriving-companies-practical-guide-wellbeing-work>

Health and Safety Executive (HSE). Managing the causes of work-related stress – A step-by-step approach using the Management Standards. London: HSE. 2007 Stress Workbook (hse.gov.uk)

<https://www.hse.gov.uk/pubns/wbk01.pdf>

INAIL (2017). La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Milano: Inail. <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/pubblicazioni/catalogo-generale/pubbl-la-metodologia-per-la-valutazione-e-gestione.html>

Regione Marche - Benedetti E, Monaldi C, Stopponi R. (2017) Indicazioni operative per i Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute - Come aderire al programma Workplace Health Promotion della Regione Marche. https://www.regione.marche.it/Portals/3/Aree_attivita/Area_prevenzione/MANUALE%20WHP%20%2010%204%202018.pdf?ver=2018-06-29-085520-723

Regione Piemonte -Capra P, Dettoni L, Suglia A. (2016) Promuovere salute nei luoghi di lavoro. Evidenze,

modelli e strumenti. Quaderni Dors

https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf

European Network Workplace Health Promotion (EHWHP) (2012) Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche. Traduzione Italiana a cura di Regione Lombardia e Dors, Regione Piemonte

https://www.dors.it/documentazione/testo/201501/ENWHP_Guide_PH_Work_IT_01.pdf

European Network for Workplace Health Promotion (EHWHP) “Quality criteria for Workplace health Promotion” Checklist per la gestione della salute in azienda- Traduzione a cura del Dipartimento di Igiene e sanità pubblica Università degli studi di Perugia.

https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/10/31/11_report_toolbox_02.pdf

<http://whp.unipg.it/file%20pdf/Questionario%20Autovalutazione.pdf>

Allegato 3

Suggerimenti sui principali determinanti delle malattie croniche non trasmissibili e per la promozione della salute

Alimentazione

All. 3a – Alcuni consigli per una sana alimentazione

1. Bevi ogni giorno acqua in abbondanza (circa 1,5 l).
2. A tavola varia le tue scelte, la monotonia infatti non aiuta per un'alimentazione sana.
3. Limita l'uso di sale e di zucchero.
4. Consuma alimenti che forniscano almeno 25 grammi di fibra alimentare al giorno.
5. Fai sempre una sana prima colazione che possibilmente includa latte o yogurt e un prodotto da forno ed evita di saltare i pasti.
6. Consuma almeno 5 porzioni al giorno tra frutta e verdura (2-3 porzioni di frutta e 2-3 porzioni di verdura) arrivando almeno a 400 grammi, variando i colori dei vari prodotti. Ricorda che il succo di frutta, anche al 100%, non sostituisce mai la frutta fresca.
7. Consuma quotidianamente i cereali (pane, pasta, riso etc.), privilegiando quelli integrali.
8. Mangia pesce almeno 2-3 volte alla settimana fresco o surgelato.
9. Limita il consumo di carni rosse, privilegiando quelle bianche.
10. Ricordati che i legumi forniscono proteine di buona qualità e fibre, includili nella tua alimentazione almeno 3-4 volte a settimana, magari con un piatto unico di cereali e legumi.
11. Limita il consumo di alimenti ricchi di grassi, sale e zuccheri e di bevande zuccherate.
12. Privilegia come condimento l'olio extravergine di oliva.
13. Privilegia la cottura a vapore, alla piastra, al cartoccio, limitando le cotture che prevedano aggiunte di grandi quantità di grassi.
14. Ricordati che l'alcol non è un alimento e non esiste una quantità sicura e raccomandabile. Per la salute è meglio astenersi dal bere alcolici; se ne bevi, limita le quantità a quelle considerate a basso rischio, non bere mai a digiuno e durante le ore di lavoro.

Attività fisica

All. 3b – Livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS Le linee di indirizzo dell'OMS consigliano:

1. per gli adulti (18-64 anni e ultra64enni) è importante svolgere nel corso della settimana un minimo di 150-300 minuti di attività fisica aerobica d'intensità moderata oppure un minimo di 75-150 minuti di attività vigorosa, più esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari 2 o più volte a settimana. Per gli ultra64enni è raccomandato anche praticare attività per migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute 3 o più volte la settimana.
2. L'attività fisica negli adulti, dovrebbe essere di tipo prevalentemente aerobico (per esempio: camminare a ritmo sostenuto, correre, andare in bicicletta, saltare la corda, nuotare) da svolgere durante il tempo libero, con modalità più o meno strutturate (all'aperto o in palestra).
3. Accumulare quantità di attività fisica superiori a quella minima raccomandata apporta ulteriori vantaggi per la salute.
4. Poco è meglio di niente, alcuni benefici per la salute possono essere raggiunti anche con quantità di attività fisica minime (es. 60 minuti a settimana).

All. 3c - Alcune indicazioni per la pratica quotidiana dell'attività fisica e il contrasto alla sedentarietà

1. Usare le scale al posto dell'ascensore.
2. Fare delle pause attive anche brevi (2-3 minuti), almeno ogni 30 minuti, in cui svolgere esercizi di mobilità, di riscaldamento, di *stretching* ed esercizi specifici per ovviare alle posture scorrette e ai problemi muscolo/scheletrici.
3. Alternare periodicamente la posizione seduta con quella in piedi (per esempio ogni 30 minuti).
4. Fare brevi camminate, degli esercizi aerobici a intensità bassa/moderata, degli esercizi "a corpo libero" effettuati sul posto (per esempio piegamenti sulle gambe, effettuati anche semplicemente alzandosi ripetutamente da una sedia o dal divano).
5. Fare riunioni stando in piedi invece che seduti (utilizzando tavoli a un'altezza appropriata).
6. Partecipare a gruppi di cammino.
7. Percorrere il tragitto casa-lavoro, o una parte di esso, a piedi o in bicicletta o usando mezzi di trasporto che permettano di fare esercizio fisico (per esempio autobus, tram, metropolitana).
8. Evitare di parcheggiare nelle vicinanze della propria destinazione così da poter percorrere un tragitto a piedi.

Tabagismo

All. 3d - Buoni motivi per smettere di fumare Moltissimi sono i motivi per smettere di fumare, sia per il benessere psicofisico sia per il portafoglio e l'importante è farlo subito, perché i primi benefici sono immediati:

ENTRO 20 MINUTI:

- ☐ si normalizza la pressione arteriosa
- ☐ si normalizza il battito cardiaco
- ☐ torna normale la temperatura di mani e piedi

ENTRO 8 ORE:

- ☐ scende il livello di anidride carbonica nel sangue
- ☐ si normalizza il livello di ossigeno nel sangue

ENTRO 24 ORE:

- ☐ diminuisce il rischio di attacco cardiaco

ENTRO 48 ORE:

- ☐ migliorano i sensi dell'olfatto e del gusto

ENTRO 72 ORE:

- ☐ si rilassano i bronchi, migliora il respiro
- ☐ aumenta la capacità polmonare

DA 2 SETTIMANE A 3 MESI:

- ☐ migliora la circolazione
- ☐ camminare diventa sempre meno faticoso

DA 3 A 9 MESI:

- ☐ diminuiscono affaticamento, respiro corto, e altri sintomi come la tosse, aumenta il livello generale di energia

ENTRO 5 ANNI:

- ☐ la mortalità da tumore polmonare per il fumatore medio (un pacchetto di sigarette al giorno) scende da 137 a 72 per centomila persone.

ENTRO 10 ANNI:

- ☐ diminuisce il rischio di altri tumori: alla bocca, alla laringe, all'esofago, alla vescica, ai reni e al pancreas.

DOPO 10 ANNI:

- ☐ la mortalità da tumore polmonare scende a 12 per centomila che è la normalità; praticamente il rischio di decesso per tumore polmonare è paragonabile a quello di una persona che non ha mai fumato.

All. 3e - 10 indicazioni degli esperti per smettere di fumare (Ministero della Salute)

1. Ricordare che smettere di fumare è possibile.
2. Il desiderio impellente della sigaretta dura solo pochi minuti.
3. I sintomi dell'astinenza si attenuano già nella prima settimana.
4. Già dopo 20 minuti dalla cessazione del fumo si hanno i primi effetti benefici.
5. Non tutti ingrassano quando si smette di fumare e comunque l'incremento di peso è moderato (2-3 Kg).
6. Quando si smette di fumare è bene bere abbondantemente, aumentare il consumo di frutta e verdura e muoversi di più.
7. Se non si riesce a smettere da soli si deve consultare il proprio medico di famiglia.
8. Alcuni farmaci e un supporto psicologico sono validi aiuti per mantenere le proprie decisioni.
9. Le ricadute non devono scoraggiare; esse possono essere utili per riconoscere e affrontare i momenti critici.
10. Non fumare influenza positivamente la salute, è un risparmio economico e salvaguarda la salute di chi ci sta intorno, soprattutto quella dei bambini.

Alcol

All. 3f - Alcune informazioni sul consumo di alcolici

1. Non bere alcolici a digiuno e se si deve guidare
2. L'Unità Alcolica (U.A.) è pari a 12 grammi di alcol puro, che corrispondono a:
 - una lattina da 330 ml di birra a 4,5°
 - un bicchiere standard da 125 ml di vino a 12°
 - un bicchierino da 40 ml di superalcolico a 40°
3. Non superare le quantità considerate a basso rischio:
 - 2 U.A. al giorno per gli uomini (18-65 anni)
 - 1 U.A. al giorno per le donne
 - 1 U.A. al giorno per gli ultra 65enni
 - zero U.A. al di sotto dei 18 anni e nelle donne in gravidanza e in allattamento

CATINI
30/01/23 *AC*

Marano Anna Maria

Oggetto:

I: DAR 2290 Accordo sul Documento di Indirizzo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione

Da: CommissioneSalute <CommissioneSalute@regione.emilia-romagna.it>

Inviato: martedì 24 gennaio 2023 12:15

A: Catini Antonella <a.catini@governo.it>; Catini Antonella <a.catini@governo.it>; Massacesi Maria Cristina <m.massacesi@governo.it>; Ducci Lucia <l.ducci@governo.it>; Ducci Lucia <l.ducci@governo.it>

Cc: anselmo.campagna <anselmo.campagna@ior.it>; sandra.montanari@ior.it; palmacci@regioni.it; Emanuela Lista <lista@regioni.it>; Codazzo Alessandra <codazzo@regioni.it>;

CoordinamentoInterregionalePrevenzione@regione.veneto.it; francesca.russo@regione.veneto.it; Regione Toscana - Emanuela Balocchini <emanuela.balocchini@regione.toscana.it>; Nicoletta Cornaggia

<nicoletta_cornaggia@regione.lombardia.it>; Bernardini Mara <Mara.Bernardini@regione.emilia-romagna.it>

Oggetto: DAR 2290 Accordo sul Documento di Indirizzo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione

Priorità: Alta

Gentilissime,

con riferimento all'Accordo sul Documento di Indirizzo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione (sollecitato con DAR 2290), si trasmette, in allegato, il Documento di Indirizzo che è stato rivisitato nell'ambito di un Gruppo di lavoro misto composto da operatori della prevenzione – Area salute e sicurezza lavoro e dell'Area promozione della salute.

Si chiede cortesemente di condividere il Documento di Indirizzo rivisitato dalle Aree tecniche della Commissione Salute con i Ministeri competenti e si rappresenta la disponibilità del Coordinamento dell'Area Prevenzione e Sanità pubblica e della sub Area Salute e Sicurezza lavoro a partecipare ad una riunione tecnica per illustrare e per confrontarsi in merito alle modifiche apportate al documento.

Nel ringraziare per la collaborazione, si porgono i più cordiali saluti.



Il Coordinamento Tecnico
della Commissione Salute
Regione Emilia-Romagna

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DAR 0003012 A-4.37.2.10
del 30/01/2023

