

Marco Cremaschini

con la collaborazione di

Roberto Moretti, Marinella Valoti, Giorgio Barbaglio,
Giuseppe M. Masanotti, Roberto Fiandri

Promuovere la salute nei luoghi di lavoro

L'esperienza della Rete

WHP Bergamo

Basi teoriche, aspetti operativi, risultati e prospettive
di un programma con oltre cinque anni di esperienza
e cento luoghi di lavoro aderenti

Cultura e Salute Editore *Perugia*

I diritti d'autore derivanti dalle vendite di questo volume saranno devoluti ad ATS Bergamo per la realizzazione di iniziative di promozione della salute.

© 2017 CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

ISBN stampa: 978-88-85595-00-2

ISBN ebook: 978-88-85595-02-6

Stampa Grafox srl - Perugia

Immagine di copertina da www.healthylifebegins.com

Fotografie ed elementi grafici nel testo da

Studio grafico Castelli www.studiocastelliadv.it

INDICE

INTRODUZIONE	1
Perché un modello	1
Perché occuparsi di promozione della salute	3
Perché promuovere la salute nei luoghi di lavoro	12
Quali interventi promuovere	14
IL MODELLO BERGAMO	19
Origini e storia	19
Caratteristiche generali	21
La scelta degli ambiti di intervento (aree tematiche)	23
Prerequisiti per l'adesione	29
Regole e Standard	30
Il concetto di buona pratica	33
Riconoscimento	37
LE FASI DI SVILUPPO DEL PROGRAMMA	39
Incontro di presentazione	42
Adesione al programma	44
Formazione del gruppo di lavoro aziendale	45
Comunicazione ai lavoratori	46
Pianificazione	48
Realizzazione	49
Rendicontazione	51
Monitoraggio e valutazione	53
Riconoscimento e premiazione	66

RUOLI CHIAVE _____	68
Il referente aziendale _____	68
Il medico competente _____	69
Il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale _____	71
<i>Il coordinamento della Rete</i> _____	71
<i>I servizi specialistici</i> _____	73
<i>Il tutor o referente territoriale</i> _____	74
Il ruolo delle associazioni di categoria datoriali e dei sindacati _____	75
DESCRIZIONE RAGIONATA DELLE BUONE PRATICHE _____	79
Buone pratiche Area Alimentazione _____	83
Buone pratiche Area Fumo _____	103
Buone pratiche Area Attività fisica _____	115
Buone Pratiche Area Sicurezza stradale e mobilità sostenibile _____	131
Buone pratiche Area Alcol e dipendenze _____	145
Buone pratiche Area Salute mentale, benessere e conciliazione vita-lavoro _____	155
INDICATORI DI RISULTATO _____	173
RINGRAZIAMENTI _____	179
STRUMENTI _____	183
Matrice di West _____	183
Questionario di Fagerstrom _____	184
Questionario IPAQ (short form) _____	185
Questionario AUDIT C _____	189
AUTORI _____	190

INTRODUZIONE

Perché questa pubblicazione

In questi anni abbiamo presentato il programma descritto in questo volume a centinaia di persone. Abbiamo incontrato datori di lavoro e manager, colleghi dei dipartimenti di prevenzione di diverse aziende sanitarie, medici del lavoro, amministratori, ma anche tanti lavoratori.

Nei diversi incontri abbiamo cercato di trasmettere le motivazioni scientifiche, i vantaggi sociali ed economici e anche la bellezza della promozione della salute; ma è impossibile comunicare in poche riunioni la mole di esperienze accumulate in questi anni nei diversi luoghi di lavoro che hanno aderito al programma WHP (*Workplace Health Promotion*).

Da qui è nata l'esigenza di mettere ordine al percorso compiuto a partire dall'idea di strutturare una Rete di Aziende che promuovono la salute nel territorio della Provincia di Bergamo fino al raggiungimento della centesima adesione, soffermandoci in particolare sugli aspetti pratici e le soluzioni adottate, a beneficio (speriamo!) di chi, in azienda o nel servizio sanitario pubblico, voglia iniziare ad occuparsi di questo avvincente settore.

Perché un modello

Nel campo della promozione della salute nei luoghi di lavoro non mancano quadri teorici di riferimento e modelli concettuali. Nel corso degli ultimi quindici anni in Europa

sono stati proposti e sperimentati diversi modelli per promuovere la salute nei luoghi di lavoro e anche in Italia diverse realtà locali ed organizzazioni hanno contribuito alla definizione delle basi teoriche di un modello Europeo di WHP. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2010 ha prodotto un modello concettuale illustrato in una pubblicazione dal titolo "Healthy workplaces: a model for action"¹.

Tuttavia tali modelli, benché utili, non hanno un taglio operativo e non sono corredati da istruzioni pratiche maturate dall'esperienza.

Un technical assessment redatto da un gruppo di esperti della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale coordinati da Pietro Sartorelli² e pubblicato nel 2011 individuava, tra i limiti delle indicazioni basate sulle evidenze disponibili, proprio l'assenza di indicazioni operative, la mancanza di un modello di intervento ripetibile e standardizzato e la mancanza di un adattamento degli interventi alla realtà italiana.

Mancavano indicazioni operative, modelli di intervento ripetibili, standardizzati e adattati alla realtà delle aziende italiane

Dopo cinque anni di esperienza con i luoghi di lavoro nella nostra Rete ci siamo accorti che il nostro approccio alla promozione della salute si era gradualmente affinato e standardizzato, diventando di

¹ World Health Organization, Healthy workplaces: a model for action for employers, workers, policy-makers and practitioners, Geneva 2010.

² SIMLII, Technical assessment "Promozione della salute nei luoghi di lavoro" a cura di P.Sartorelli et al., 2011.

fatto un modello operativo con le caratteristiche auspiccate da quella pubblicazione.

Un modello non nel senso di qualcosa di esemplare o di migliore rispetto ad altre esperienze. Tanto meno nel senso di qualcosa da replicare fedelmente in ogni contesto senza adattamenti.

Ma “modello” perché i singoli aspetti del programma sono nati come risposte alle esigenze via via emerse e si sono strutturati e adattati dimostrando di funzionare nel nostro contesto, di essere sostenibili nel tempo e di tendere a modificare realmente la diffusione dei fattori di rischio tra i lavoratori.

Un modello operativo serve per evitare l’inutile fatica di iniziare ogni volta tutto da capo rifacendo gli stessi tentativi e gli stessi errori già commessi da altri. Cercheremo di illustrare i risultati di un percorso che è stato gradualmente modificato non solo sulla base delle esperienze positive ma anche grazie ai rischi emersi e ai fallimenti, dai quali c’è sempre molto da apprendere.

Perché occuparsi di promozione della salute

I dati più recenti indicano che il ritmo con cui sta crescendo la durata della vita media in Italia si è ridotto rispetto a qualche decennio fa. In alcuni Paesi del mondo economicamente più avanzato la speranza di vita si è stabilizzata o addirittura sta arretrando.

Il fenomeno può essere visto con preoccupazione, anche se è evidente che la vita delle persone non può

crescere all'infinito e molti sono ormai convinti dell'opportunità di investire più sull'aumento della qualità della vita che non sull'aumento della sua durata.

Se è così che stanno le cose, prima ancora di chiederci *quanto* viviamo dovremmo chiederci *come* viviamo: Viviamo davvero meglio? Nella lunga vecchiaia che ci attende riusciremo ad avere una buona qualità di vita?

Nel 2015 è stata pubblicata una relazione³ sulla base dei dati Eurostat che, purtroppo, è tutt'altro che rassicurante.

 Negli otto anni tra il 2005 e il 2013 la vita media in Italia è aumentata (di due anni esatti, da 80,8 a 82,8), ma ad aumentare davvero non è stata la parte di vita che trascorriamo in buona salute, ma quella che trascorriamo con la sgradita compagnia di una malattia cronica o di disabilità.

In Italia sta aumentando l'aspettativa di vita malata

³ Fondazione Ambrosetti, The European House, su dati Eurostat 2015.



Fonte: Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

Gli anni di vita che trascorriamo in cattiva salute sono passati da 13,6 in media ad addirittura 21,4 (8 anni in più) e se prima ci ammalavamo in media a 67 anni oggi ci ammaliamo prima, intorno ai 61 anni, in una fase della vita che dovrebbe essere ancora produttiva.

In definitiva viviamo di più ma trascorriamo molti più anni da malati.

Se ci ammaliamo in piena attività lavorativa, questo rappresenta un problema non solo individuale, ma anche sociale ed economico sia per gli Stati che per le imprese, che sono destinate a perdere parte del loro capitale più importante, la capacità di lavoro delle persone, nell'ultima fase della loro carriera professionale.

Ma perché sta succedendo questo?

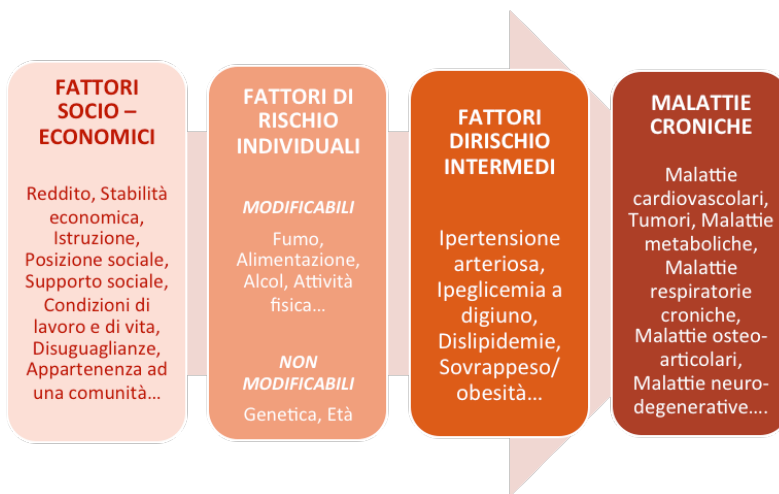
Il motivo principale di questo fenomeno è la diffusione sempre maggiore delle **malattie cronico-degenerative**: malattie cardiovascolari, tumori, malattie neurodegenerative, osteoarticolari, endocrino-metaboliche, polmonari, mentali...

Il motivo principale è la diffusione sempre maggiore delle malattie croniche

Insieme sono responsabili di circa il 75% del carico di malattia nel nostro Paese e rappresentano più dell'80% delle cause di morte in Italia e in Europa. Sono pertanto il principale problema di salute in tutti i Paesi a reddito elevato.

Queste patologie hanno una genesi multifattoriale riconoscendo generalmente una predisposizione genetica di importanza variabile e una serie di **"fattori di rischio"**. Il termine "fattori di rischio" denota già un approccio diverso all'origine delle malattie, un approccio di tipo statistico-probabilistico.

Questa è la prima grande differenza con le malattie del passato: per le malattie croniche non sono riconoscibili vere e proprie cause, ma soltanto dei fattori che agiscono, spesso sinergicamente, aumentando la probabilità che una o più malattie croniche si manifestino in un determinato arco temporale. Quanti più fattori di rischio si concentrano in un individuo, tanto più elevata è la probabilità che questo si ammali.



OMS 2009 modificata

Esistono fattori di rischio chiamati ***"intermedi"*** (come l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, l'iperglicemia...) che vengono gestiti dalla medicina come vere e proprie malattie: vengono individuati il più possibile precocemente e trattati con interventi a lungo termine, in genere di tipo farmacologico. Sono le alterazioni che anticipano più da vicino la comparsa delle malattie croniche.

Ma esistono fattori che precedono lo sviluppo dei fattori di rischio intermedi e sono quelli ***"individuali"*** e quelli ***"socioeconomici"*** (vedi figura).

Il ruolo principale è esercitato da pochi fattori di rischio che aumentano la probabilità di insorgenza di molte malattie

Frequentemente uno stesso fattore di rischio agisce aumentando la probabilità di comparsa di più patologie croniche. E la particolarità è che il ruolo principale è esercitato da un numero ristretto di fattori di rischio comuni.

Questo ultimo aspetto è quello che autorizza a raggruppare patologie tanto diverse tra loro in una stessa categoria, quando in realtà queste condizioni avrebbero in comune ben poco a parte la caratteristica di persistere ed aggravarsi nel tempo. Ma non è un aspetto da poco: se infatti pochi fattori sono responsabili della maggior quota di rischio per malattie croniche, allora significa che, concentrandosi su questi fattori, potremmo teoricamente essere in grado di arginare la più grande epidemia della storia.

Il punto è che quei fattori di rischio, quelli su cui è più vantaggioso concentrarsi, risiedono in una sfera molto personale, sono i cosiddetti fattori *"individuali modificabili"*, quelli cioè legati ai comportamenti e allo stile di vita. Ma come possiamo pensare di modificare i comportamenti e lo stile di vita delle persone e addirittura di intere società?

Innanzitutto possiamo fare qualcosa. Tutti. E in teoria non è neanche tanto difficile. Si stima che se riuscissimo ad eliminare il fumo di tabacco, ad assicurare a tutti un'alimentazione corretta in qualità e quantità e riuscissimo a far praticare almeno due ore e mezza di attività fisica moderata alla settimana a tutti, potremmo riuscire a prevenire quasi l'80% delle malattie croniche. Ma per poter anche solo immaginare di modificare questi fattori non basta l'impegno dei medici e del servizio sanitario. Serve che tutti i settori della società si muovano favorendo i comportamenti protettivi: la scuola, le amministrazioni pubbliche, i comuni e gli enti locali, i luoghi di lavoro, le associazioni, la società civile.

Tutto il contesto in cui viviamo dovrebbe favorire le scelte utili alla salute, perché i comportamenti sono influenzati dagli aspetti sociali, relazionali e dal contesto di vita.

La promozione della salute

Questo ambito di intervento è ritenuto il più vantaggioso nel ridurre il peso delle malattie croniche

Il campo che ha come oggetto l'acquisizione (o più correttamente il processo che vi conduce) di un maggior controllo da parte degli individui sulla propria salute e l'adozione consapevole di comportamenti protettivi è chiamato *Promozione della salute*⁴. Senza perdere troppo tempo in definizioni è importante sottolineare che questo ambito di intervento è attualmente ritenuto il più vantaggioso in termini di rapporto costi/benefici nel ridurre il peso delle malattie croniche sulle società moderne.

La promozione della salute si attua tipicamente in contesti comunitari o setting: la scuola, contesti associazionistici, luoghi di lavoro, ospedali e luoghi di cura, comunità di residenza come città, comuni e quartieri.

Altri approcci: l'intervento sui fattori socio-economici

Agire sui fattori di rischio individuali non significa non rendersi conto che questi sono a loro volta influenzati da altri fattori.

Come accennato in precedenza è noto che diversi fattori socio-economici sono importantissimi nel determinare la probabilità di adottare comportamenti protettivi per la salute.

⁴ The Ottawa Charter for Health Promotion, 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute, Ottawa (Canada) novembre 1986.

Il reddito, il livello di istruzione, il supporto sociale, la posizione professionale correlano con la prevalenza dei comportamenti protettivi: peggiori sono gli indicatori di status sociale e più alta è la prevalenza di obesità, tabagismo, sedentarietà, consumo rischioso di alcolici o dipendenze.

Inoltre fattori di vantaggio o svantaggio sociale hanno anche un effetto indipendente (non spiegato dal semplice aumento dei fattori di rischio comportamentali) e influiscono anche sulla tendenza a cogliere le opportunità che vengono messe a disposizione per aumentare il controllo sulla propria salute e ridurre il proprio livello di rischio.

*I due approcci non sono né
alternativi né in conflitto*

E' quindi altrettanto (se non più) importante occuparsi di questi fattori per sperare di essere incisivi nella prevenzione delle malattie croniche. Questo è principalmente il compito della politica, a tutti i livelli, che dovrebbe sforzarsi di offrire a tutti uguali opportunità, tutele e sostegno sociale, e di costruire comunità includenti, solidali e con il più basso grado possibile di disuguaglianza⁵.

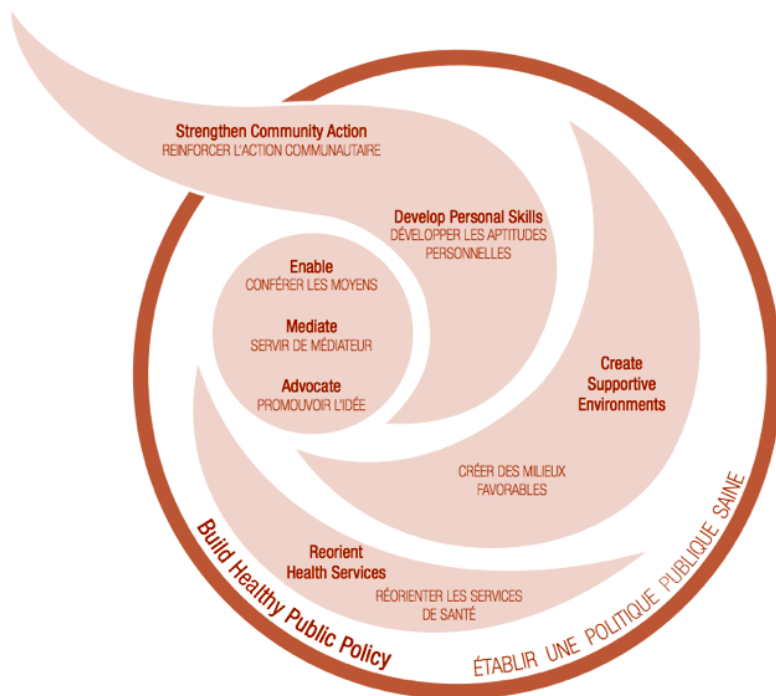
Non a caso l'approccio proposto dalla Carta di Ottawa per la promozione della salute³ (riassunto nello schema seguente) passa proprio attraverso la costruzione di politiche per la salute.

I due approcci non sono né alternativi né in conflitto. Non si può aspettare che la politica abbia concluso il suo compito per agire a livello degli individui e, del resto, l'intervento a livello degli individui ha riflessi a livello sociale.

⁵ Michael Marmot, The Health Gap: The Challenge of an Unequal World, 2015.

Va anche considerato che intervenendo nei luoghi di lavoro con il programma WHP si incide spesso anche a livello di aspetti organizzativi, di clima aziendale, di conciliazione tra vita e lavoro, allargando di fatto il campo di intervento ad alcuni fattori di rischio di tipo sociale e legati al contesto lavorativo.

Nella promozione della salute occorre in ogni caso avere ogni cura nell'evitare gli approcci colpevolizzanti nei confronti delle persone portatrici di fattori di rischio comportamentale, proprio a ragione della consapevolezza che i comportamenti non sono semplicemente delle libere scelte degli individui ma sono anche il risultato di importanti influenze sociali.



Schema dell'approccio proposto dalla Carta di Ottawa per la promozione della salute

Perché promuovere la salute nei luoghi di lavoro


I luoghi di lavoro sono innanzi tutto delle comunità in cui si costruiscono relazioni stabili e in cui si trascorre gran parte del proprio tempo. Sul luogo di lavoro gli individui sono soggetti a forti stimoli a migliorare, ad adottare comportamenti sicuri per sé e per gli altri e ad agire responsabilmente controllando i rischi.

Inoltre vi sono evidenze che indicano come i fattori di rischio individuali aumentano anche il tasso di infortuni sul lavoro. Ad esempio lavoratori fumatori andrebbero incontro⁶ a infortuni sul lavoro con una frequenza superiore del 40% rispetto ai non fumatori ed i lavoratori obesi presenterebbero un rischio di infortuni sul lavoro superiore⁷ rispetto ai normopeso.

Ancora più evidente è il legame sinergico tra fattori di rischio comportamentali con le esposizioni professionali: basti pensare all'effetto aggravante della sedentarietà e del sovrappeso sulla movimentazione dei carichi o a quello del fumo sull'esposizione alle polveri, ai fumi di saldatura o a broncoirritanti.

⁶ Ryan J, Zwerling C, Orav EJ. Occupational risks associated with smoking: a prospective study. Am J Public Health 1992; 82: 29-32.

⁷ Pollack KM, Cheskin LJ. Obesity and workplace traumatic injury: does the science support the link? Inj Prev. 2007 Oct;13(5):297-302. Review.



*L'ambiente di lavoro è un
contesto ideale per favorire
l'adozione di
comportamenti protettivi
per la salute*

Tutte queste considerazioni fanno ritenere l'ambiente di lavoro un contesto ideale per favorire l'adozione di comportamenti protettivi per la salute.

Con la diffusione del programma WHP abbiamo visto aumentare il consumo di frutta e verdura, aumentare di 4 volte il numero di lavoratori che smette di fumare ogni anno e ridursi il numero di sedentari assoluti tra i lavoratori.

Il programma oggi coinvolge un centinaio di luoghi di lavoro a Bergamo (circa 25.000 lavoratori) e la sua diffusione continua a crescere.

Quali interventi promuovere

La diffusione dei programmi di Welfare aziendali

In Italia si stanno diffondendo sempre di più programmi di Welfare aziendale, grazie a diverse forme di detassazione di cui godono molti investimenti in questo settore.

In sostanza per le aziende diventa più vantaggioso offrire remunerazioni sotto forma di benefit e servizi che non provvedere a incrementi salariali che, considerato il carico fiscale, risulterebbero inferiori in termini di valorizzazione economica a parità di investimento per l'impresa.

Il rischio è che vengano offerte prestazioni in ambito diagnostico, preventivo o di screening senza un'analisi scientifica riguardo all'efficacia e all'appropriatezza

All'interno di programmi di welfare aziendale non raramente confluiscono anche interventi che hanno come tema la salute. In questo caso si tratta per lo più di interventi di tipo assicurativo (ad esempio assicurazioni sanitarie integrative) comunque onerosi e talvolta anche con il rischio di sovrapposizione con prestazioni già efficacemente offerte dal servizio sanitario pubblico.

In altri casi si assiste ad un'offerta di interventi, servizi e prestazioni (ad esempio in ambito diagnostico, preventivo o di "screening") spesso senza un'analisi scientifica riguardo all'efficacia o all'appropriatezza.

Quasi mai si affronta il tema in termini di promozione della salute, sebbene la modifica dei comportamenti sia ritenuta l'approccio più costo/efficace.

Offrire interventi sanitari costosi e di non provata efficacia in programmi di welfare aziendale costituisce un danno per il lavoratore perché lo espone a possibili effetti iatrogeni a fronte di nessun reale beneficio e rappresenta uno spreco di risorse pubbliche per gli accertamenti di secondo livello impropriamente indotti.

Il programma WHP permette alle aziende di orientare gli investimenti per la salute alle reali priorità, tenendo conto dell'efficacia e dell'appropriatezza e fornendo strumenti per governare la crescente offerta di prestazioni e polizze in ambito sanitario.

Se, infatti, la nostra salute futura è determinata in gran parte dai nostri comportamenti, gli investimenti dovrebbero essere orientati principalmente ad iniziative volte alla loro modifica, che hanno generalmente un basso costo monetario ma che richiedono l'attivazione di processi di partecipazione, meccanismi di condizionamento sociale, modifiche del contesto aziendale (sia dal punto di vista fisico che da quello organizzativo) e del clima relazionale. Una sfida certamente difficile e che riguarda molto più le persone e meno i budget.

Il problema della valutazione dell'efficacia degli interventi

Programmi ben studiati, ben eseguiti e basati sui principi dell'evidenza possono raggiungere outcomes positivi

Nel corso degli ultimi anni si sono accumulate prove a sostegno dell'efficacia di alcuni interventi di promozione della salute negli ambienti di lavoro^{8 9}, in particolare nel ridurre la diffusione dei fattori di rischio generali per la salute o le assenze per malattia¹⁰. Tuttavia non si raggiungono nella letteratura i migliori livelli di evidenza di efficacia a causa della scarsità di studi controllati e della disomogeneità degli interventi valutati.

Va inoltre ricordato che l'efficacia di interventi di promozione della salute dipende da molti fattori contestuali difficilmente controllabili, che rendono estremamente complesse valutazioni con i tradizionali strumenti della ricerca epidemiologica.

Valutare poi programmi complessi che prevedono una pluralità di interventi è ancora più difficile¹¹. Una

⁸ Anderson LM, Quinn TA, Glanz K et al: Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. Am J Prev Med. 2009 Oct; 37(4): 340-57.

⁹ Soler RE, Leeks KD, Razi S et al: A systematic review of selected interventions for worksite health promotion. The assessment of health risks with feedback. Am J Prev Med 2010; 38: 237-262.

¹⁰ Jeffery RW, Foster JL, Dunn BV et al: Effects of work-site health promotion on illness-related absenteeism. JOM 1993; 35: 1142-1146.

¹¹ Wierenga D, Engbers LH, Van Empelen P et al: What is actually measured in process evaluations for worksite health promotion

revisione sistematica del 2013¹² identificava 307 studi che valutavano programmi WHP, di cui solo 9 venivano giudicati metodologicamente di buona qualità e solo 7 valutavano con metodi adeguati l'efficacia degli interventi. Eppure la stessa letteratura sull'argomento raccomanda, per ottenere i migliori risultati, programmi complessi che agiscano su più fattori di rischio (multicomponente), che restino attivi per periodi medio-lunghi (o perenni), che si integrino con i programmi di promozione della sicurezza e che introducano rilevanti modifiche del contesto aziendale^{2 13 14}.

L'efficacia di interventi di promozione della salute dipende da molti fattori contestuali difficilmente controllabili

Una recente metanalisi¹⁵ sull'efficacia di singoli interventi WHP conclude che l'insieme delle evidenze accumulate nei tre passati decenni indica che programmi ben studiati, ben eseguiti e basati sui principi dell'evidenza possono raggiungere outcomes positivi in termini sia di salute che finanziari.

programs: a systematic review. BMC Public Health. 2013 Dec 17; 13: 1190. Review.

¹² Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ et al: Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. Am J Prev Med 2013; 44(4): 406-415.

¹³ Task Force on Community Preventive Services (2010). Recommendations for Worksite-Based Interventions to Improve Workers' Health. Am J Prev Med 38(2S): S232-S236.

¹⁴ Thygesen NM. A health plan perspective on worksite-based health promotion programs. Am J Prev Med 2010; 38: 226-228.

¹⁵ Goetzel RZ, Henke RM, Tabrizi M et al: Do workplace health promotion (wellness) programs work? J Occup Environ Med. 2014 Sep; 56(9): 927-34.

Esistono anche analisi di ritorno dell'investimento^{16 17}
¹⁸ per i programmi WHP che suggeriscono la presenza di un vantaggio economico per le aziende, anche se una recente revisione riscontra una sovrastima del beneficio nei lavori pubblicati¹⁹. Occorre anche precisare che il ritorno dell'investimento per l'azienda (ROI) utilizzato in studi condotti in aziende nordamericane o di Paesi con sistemi sanitari finanziati attraverso assicurazioni private non può essere trasferito direttamente alla realtà italiana, nella quale ci si può attendere solo la componente del beneficio derivante dalla riduzione delle assenze per malattia ma non quella legata al risparmio assicurativo.

¹⁶ Goetzel RZ, Jacobson BH, Aldana SG et al: Health care costs of worksite health promotion participants and non-participants. JOEM 1998; 40: 341-346.

¹⁷ Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: update VIII 2008 to 2010. J Occup Environ Med. 2011 Nov; 53(11): 1310-31.

¹⁸ Cherniack M. Integrated health programs, health outcomes, and return on investment: measuring workplace health promotion and integrated program effectiveness. J Occup Environ Med. 2013 Dec; 55 (12 Suppl): S38-45. Review.

¹⁹ Baxter S, Sanderson K, Venn AJ et al: The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs. Am J Health Promot. 2014 Jul-Aug;28(6): 347-63.

IL MODELLO BERGAMO

Origini e storia

Le origini dell'esperienza della Rete WHP Bergamo risalgono al 2011 e si devono ad una collaborazione interistituzionale tra l'Azienda Sanitaria Locale (ora Agenzia di Tutela della Salute) con ruolo di progettazione, coordinamento scientifico, gestione dati e gestione amministrativa e la più rappresentativa organizzazione datoriale dell'industria del territorio provinciale (Confindustria Bergamo), che ha svolto un ruolo di co-progettazione, promozione e organizzazione di eventi.

Al perfezionamento di singoli aspetti del progetto iniziale hanno contribuito specialisti in Medicina Preventiva del servizio sanitario pubblico (i principali autori di questa pubblicazione), esperti di sicurezza e ambiente dell'articolazione locale di Confindustria, Medici del Lavoro di aziende, dei servizi di prevenzione e ospedalieri, imprenditori, esperti di specifici settori come le dipendenze, la nutrizione, lo stress e la conciliazione vita-lavoro.

Il progetto iniziale ha ottenuto il patrocinio di organismi paritetici e sindacali, istituzioni pubbliche (in particolare la Provincia che ha anche contribuito con finanziamenti) e società scientifiche del settore.

Nel 2012 il programma WHP Bergamo è stato riconosciuto dal Programma Nazionale "Guadagnare Salute" per la prevenzione delle malattie croniche ed ha ottenuto il certificato di partner di eccellenza della Rete Europea ENWHP (European Network for Workplace Health Promotion).

Il punto di forza del programma è stata la capacità di evolvere grazie ai contributi di molti attori del mondo della salute e del lavoro

Nel 2013 è stato candidato da Confindustria al Sodalitas Social Award ed ha vinto il Premio Speciale per le iniziative di Responsabilità Sociale delle Associazioni Imprenditoriali.

Nello stesso anno la Regione Lombardia ha stipulato una convenzione con l'ASL di Bergamo per il supporto allo sviluppo della Rete Regionale "Aziende che promuovono salute – WHP Lombardia" che ha portato alla costituzione di un network regionale di circa 500 aziende.

Nel 2015 la Rete WHP Bergamo ha vinto un bando per la presenza in Expo Milano nella giornata conclusiva dell'esposizione universale.

Sempre nel 2015 la Regione Lombardia ha candidato il programma (divenuto regionale, con lievi modifiche negli standard) nell'ambito della Joint Action Europea Chrodis (<http://chrodis.eu/>) ottenendone l'inclusione all'interno delle 10 migliori best practices dell'Unione Europea per la prevenzione delle malattie croniche.

Il punto di forza del programma è stata la sua capacità di evolvere valorizzando i contributi di molti attori del mondo della salute e del lavoro, ciascuno portatore di specifiche esperienze e competenze utili al suo sviluppo.

Oggi l'esperienza di Bergamo rappresenta un caso singolare che suscita interesse a livello europeo, tanto che nel corso del 2016 sono giunte in visita presso l'ATS e in diverse aziende della provincia varie delegazioni di Paesi Membri dell'Unione Europea.

Per informazioni più dettagliate sul programma è possibile consultare il sito web www.retewhpbergamo.org.

Caratteristiche generali

L'approccio WHP sviluppato a Bergamo²⁰ costituisce un tentativo di superare i limiti identificati dall'analisi della letteratura⁷ nel settore, in particolare si è cercato di definire una modalità di intervento sufficientemente standardizzata, disegnata sulla realtà delle imprese del territorio, non solo grandi ma anche medie e piccole (con qualche inevitabile difficoltà di adattamento alle piccolissime) prevedendo la raccolta di indicatori confrontabili con gruppi controllo, in ottica di monitoraggio e valutazione.

Abbiamo voluto introdurre nel modello gli elementi maggiormente associati ad effetti positivi misurabili sui fattori di rischio

Tra le prime caratteristiche che abbiamo voluto introdurre nel nostro modello vi sono proprio quegli elementi che sembrano maggiormente associati ad effetti positivi misurabili sui comportamenti e sui fattori di rischio individuali che, in modo un po' schematico, potremmo così riassumere:

- Presenza di più **componenti**: programma orientato al controllo di più fattori di rischio e caratterizzato dalla compresenza di diverse iniziative: sono state pertanto identificate 6 aree di intervento e numerose buone pratiche (si veda il paragrafo successivo).

²⁰ Moretti R, Cremaschini M, Brembilla G et al: The network of health promoting companies (WHP) in the province of Bergamo. G Ital Med Lav Ergon. 2012; 34 (3 Suppl): 430-433.

- **Durata medio-lunga** o stabile: è stato concepito un sistema ad implementazione graduale che raggiunge la sua completa estensione in 3 anni e successivamente viene mantenuto e migliorato, diventando permanente.
- **Integrazione con gli interventi per la promozione della sicurezza:** il programma prevede il coinvolgimento delle figure di sistema per la sicurezza (Datore di lavoro, RSPP, RLS, Medico Competente) fin dai primi contatti e dalla formazione del gruppo di lavoro aziendale. Sono presenti diverse buone pratiche che possono essere realizzate solo con la collaborazione del medico competente e altre che richiedono il coinvolgimento delle figure intermedie (ad es. i preposti).
- **Modifica del contesto** aziendale per favorire le scelte utili per la salute. Sono stati selezionati principalmente interventi che tendono a diventare strutturali e che rendono più accessibili, semplici e piacevoli le scelte di salute.
- Inclusione di interventi **Evidence Based:** il sistema viene periodicamente aggiornato includendo nuovi interventi man mano ne viene documentata l'efficacia.
- **Logica partecipativa:** si punta a promuovere il più possibile un ruolo attivo dei lavoratori, aspetto tra i più difficili e al tempo stesso tra i più decisivi nella nostra esperienza.

La scelta degli ambiti di intervento (aree tematiche)

Per quanto riguarda la scelta degli ambiti di intervento si è fatto riferimento alla pubblicazione dell'OMS del 2009 "Global Health Risks"²¹. Tale pubblicazione riporta tra l'altro alcune classificazioni dei principali fattori di rischio per la salute in base all'impatto sulla durata e la qualità della vita. La stima dell'impatto sulla salute è espressa in DALYs (Disability Adjusted Life Year), una misura che considera sia gli anni di vita persi per morte prematura, sia gli anni vissuti con un grado di disabilità (a ciascuno dei quali si attribuisce un valore proporzionale alla gravità della disabilità).

Tali classifiche includono sia fattori di rischio individuali comportamentali (come il fumo di tabacco o la sedentarietà) che fattori di rischio intermedi (come l'ipertensione arteriosa, l'iperglicemia, l'incremento dell'indice di massa corporea). Di seguito viene riportata la lista dei primi 10 fattori di rischio per la salute per i Paesi ad elevato reddito:

²¹ http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/

FATTORE DI RISCHIO		% DALYs sul totale
1	Tabacco	17,9
2	Ipertensione arteriosa	16,8
3	Sovrappeso/obesità	8,4
4	Sedentarietà	7,7
5	Iperglicemia	7
6	Ipercolesterolemia	5,8
7	Basso consumo di frutta e verdura	2,5
8	Inquinamento atmosferico	2,5
9	Alcol	1,6
10	Rischi lavorativi	1,1

WHO, Global health risks, 2009

Le prime 4 aree di intervento del programma sono state identificate selezionando i primi 4 fattori di rischio individuali modificabili inclusi nella lista (escludendo i fattori di rischio intermedi, che vengono gestiti in ambito clinico):

- **fumo di tabacco**
- **alimentazione (insufficiente consumo di frutta e verdura)**
- **insufficiente attività fisica**
- **consumo di alcol.**

Questi fattori di rischio sono anche i primi determinanti individuali delle malattie croniche, pertanto il programma ha come risultato atteso anche la riduzione della cronicità.

Si è poi deciso di includere un'area tematica sulla **sicurezza stradale** in considerazione di alcune osservazioni tra cui:

1. Il numero rilevante di decessi annuali, di disabilità associate e di DALYs attribuibili agli incidenti stradali in Italia (rilevanza).
2. La presenza dei rischi lavorativi (al decimo posto nella tabella precedente) nella classifica²⁰ dei maggiori fattori di rischio per la salute e la considerazione che in Italia la maggior parte degli infortuni sul lavoro con perdita di anni di vita in buona salute sono costituiti proprio da infortuni stradali (pertinenza).
3. La frazione importante di incidenti stradali che viene attribuita a fattori di tipo comportamentale, migliorabili con interventi volti a favorire un maggior controllo sulla propria salute (modificabilità).
4. La sensibilità e la disponibilità dei datori di lavoro ad occuparsi di questo problema in azienda anche a causa dei rilevanti costi per le imprese (fattibilità e accettabilità).

È utile anche richiamare che:

- L'INAIL valorizza con l'oscillazione del premio assicurativo (modello OT24) interventi di prevenzione degli incidenti stradali che prevedano azioni di tipo formativo, procedure e interventi tecnologici oltre gli obblighi di legge.

- Esistono certificazioni (come la ISO 39001) che prevedono la presenza di sistemi di gestione con specifici standard per la riduzione del rischio stradale.
- Esistono linee guida di Enti internazionali (come Health and Safety Executive) sull'argomento.

Infine si è deciso di includere un'area tematica specifica sulla **salute mentale**, il **benessere** individuale e sociale e la **conciliazione vita-lavoro**, anche qui per più ordini di motivazioni:

1. L'impatto crescente di questa problematica (in Italia sono in aumento indicatori come il numero di persone affette da malattie e disturbi mentali, il consumo di farmaci attivi sul sistema nervoso centrale, i decessi per suicidio) al punto da costituire ormai un problema rilevante per la sanità pubblica.
2. Il ruolo potenziale dei luoghi di lavoro sia nel proteggere che nel favorire lo sviluppo di problematiche nell'ambito della salute mentale e dello stress.
3. L'importanza sempre più riconosciuta di fattori di tipo sociale nel determinare la probabilità di sviluppare fattori di rischio comportamentale.
4. La constatazione che una parte importante del successo (in termini di accoglienza e partecipazione da parte dei lavoratori) delle iniziative che l'azienda propone per la modifica dei fattori di rischio individuali in altre aree tematiche del programma dipende dal livello di credibilità che l'azienda ha in questo specifico ambito: benessere organizzativo, gestione dello stress, ascolto dei lavoratori e attenzione nei confronti della conciliazione vita-lavoro. Un'azienda che si dimostra sensibile e attiva su questo fronte (ad esempio attuando misure organizzative come l'orario

flessibile, il part-time temporaneo, le ferie a ore, lo smart working...) otterrà più facilmente seguito e partecipazione quando si occuperà di promuovere l'attività fisica, l'alimentazione protettiva o la cessazione del fumo.

La tematica è considerata a livello internazionale parte integrante della Promozione della Salute nei luoghi di lavoro: la Rete Europea ENWHP ha dedicato alla salute mentale e al benessere la Dichiarazione di Edimburgo del 2010 (Edinburgh Declaration on the Promotion of Workplace Mental Health and Wellbeing) e alla conciliazione vita-lavoro l'8.a Iniziativa (2009-2010) *Work in Tune with Life*.

L'Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) ha dedicato alla prevenzione dello stress ben 2 Campagne: la Campagna 2014-2015 *Insieme per la prevenzione e la gestione dello stress lavoro correlato* e la Campagna 2002 *Lavorare con stress?*.



Le 6 Aree tematiche del Programma WHP Bergamo

La presenza di più aree tematiche si è dimostrata utile per mantenere la motivazione dei luoghi di lavoro, in particolar modo di quelli attivi da più anni

La presenza di più aree tematiche si è dimostrata utile per mantenere la motivazione dei luoghi di lavoro, in particolar modo di quelli attivi da più anni e sempre alla ricerca di nuovi ambiti di miglioramento.

Un programma articolato e focalizzato sulle vere priorità di salute risponde ad un'esigenza ormai largamente sentita e permette di orientare gli investimenti dei luoghi di lavoro verso interventi appropriati.

Prerequisiti per l'adesione

Attualmente l'adesione al programma da parte delle aziende è vincolata alla presenza di alcuni prerequisiti:

- Essere in regola con gli oneri contributivi e assicurativi;
- Aver redatto il Documento di Valutazione dei Rischi come previsto dal D.Lgs 81/08 e s.m.i. e rispettare le disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Essere in regola con le norme ambientali (D.Lgs 152/06 e s.m.i.);
- Non avere riportato nei 5 anni precedenti condanne relative all'applicazione del DLgs 231/2001 (art. 25 — septies - omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro o art. 15 - undecies - reati ambientali).

Per poter essere efficace nella promozione della salute un'organizzazione deve essere efficace nella gestione della sicurezza

Ribadire questioni che a prima vista sembrerebbero ovvie (come il rispetto delle leggi) non è in realtà superfluo in fase di adesione ad un programma volontario. La motivazione principale è di ordine strettamente pratico: per poter sperare di essere efficace sulla promozione della salute un'organizzazione deve essere efficace e credibile dal punto di vista della gestione della sicurezza. Se non vengono percepiti l'impegno per la tutela dei lavoratori e l'interesse nei confronti dei loro bisogni, così come se vi sono ostilità tra lavoratori e proprietà o dirigenza, non vi sono le giuste condizioni per introdurre interventi di promozione della salute.

D'altro canto non sono sufficienti eventi come un infortunio o una sanzione recente per impedire che possa iniziare proficuamente un programma di promozione della salute in un luogo di lavoro, se vi sono le condizioni di credibilità e fiducia di cui sopra.

Regole e Standard

In presenza dei requisiti preliminari un luogo di lavoro può accedere alle prime fasi del programma.

Nell'insieme il programma è concepito come un riconoscimento che viene assegnato da parte del servizio sanitario pubblico ai luoghi di lavoro aderenti che rispettano gli standard previsti.

Il riconoscimento è annuale ed è associato ad uno specifico logo ("health promoting workplace" dell'anno) che viene attribuito a nome della rete europea ENWHP.

Le regole del programma, gli standard e gli elenchi delle buone pratiche sono contenuti nel manuale WHP (<https://retewhpbergamo.org/manuale/>), che è il documento di riferimento per i luoghi di lavoro e che viene aggiornato annualmente.

In sintesi lo standard prevede che le aziende realizzino ogni anno un numero minimo di buone pratiche (tra quelle elencate nel manuale) in **due aree tematiche** a scelta (delle sei in cui si articola il programma) per arrivare in tre anni ad avere interventi attivi in ciascuna delle sei le aree tematiche.

Per i primi tre anni il numero minimo di buone pratiche da realizzare in ogni area tematica è di 3 ed è

necessario mantenere attive le buone pratiche avviate negli anni precedenti.

Per esemplificare, se un'azienda al primo anno di programma sceglie di affrontare le aree tematiche relative ad attività fisica e fumo dovrà scegliere e realizzare 3 buone pratiche di promozione dell'attività fisica e 3 buone pratiche di contrasto al tabagismo, avendo cura che ciascuna buona pratica ottemperi a tutti i requisiti elencati nel manuale. Il secondo anno affronterà allo stesso modo altre 2 aree tematiche (ad esempio alimentazione e alcol) e idem il terzo anno, sempre mantenendo quanto realizzato nei due anni precedenti.

*E' definito il concetto di
"buona pratica attiva"
legato alla durata presunta
degli effetti di ciascun
intervento*

Nel manuale è anche definito il concetto di **buona pratica "attiva"**, legato alla durata presunta degli effetti di ciascun intervento. Per ciascuna buona pratica è infatti stabilita una scadenza oltre la quale questa va ripetuta. Ad esempio interventi come una policy di *Smoke free company* vengono considerati permanenti, richiedendo solo una minima manutenzione, mentre campagne informative su temi specifici (come alcol o alimentazione) vanno ripetute ogni 3 anni; trattamenti di gruppo per smettere di fumare vanno offerti ai lavoratori ogni 5 anni; iniziative sportive vanno proposte ogni anno. Se non vi sono le condizioni per ripetere la stessa buona pratica entro il periodo indicato la buona pratica andrà sostituita con una diversa nell'ambito della stessa area tematica, sempre scegliendo tra quelle elencate nel manuale.

È prevista la possibilità di realizzare buone pratiche diverse da quelle elencate nel manuale (al massimo una per

ogni area tematica) sempre concordandole con l'ATS/ASL e misurando i risultati ottenuti in termini di partecipazione, gradimento ed esito.

Dal quarto anno in avanti gli standard cambiano: dovranno risultare attive almeno 2 buone pratiche in ciascuna delle 6 aree tematiche (quindi almeno 12 buone pratiche complessivamente). La maggior parte delle buone pratiche saranno iniziative avviate negli anni precedenti ma è necessario che l'azienda tenga conto della durata di ciascuna buona pratica per ripeterla o sostituirla alla sua scadenza.

Il numero di buone pratiche richiesto come standard può sembrare elevato (soprattutto nel primo triennio) ma è il frutto di valutazioni di efficacia²² condotte su campioni di aziende (vedi paragrafo *Monitoraggio e Valutazione* di questo capitolo). Riducendo lo standard non vi è garanzia di modifica della diffusione dei fattori di rischio.

L'esperienza fino a qui condotta dimostra come questo tipo di richiesta sia comunque sostenibile per la maggior parte dei luoghi di lavoro non solo nel breve ma anche nel medio/lungo termine.

²² Cremaschini M et Al. Assessment of the impact over one year of a workplace health promotion programme in the province of Bergamo. Med Lav. 2015 May 4;106(3):159-71.

Il concetto di buona pratica

È utile a questo punto spendere qualche parola sull'utilizzo che abbiamo fatto del termine "buona pratica".

In realtà non esiste nemmeno una definizione universalmente accettata di buona pratica e l'utilizzo di questo concetto è più tipico dell'ambito della qualità che non di quello scientifico.

Il programma è costituito da buone pratiche di dimostrata efficacia e da buone pratiche di supporto

Nel programma WHP sviluppato a Bergamo abbiamo fatto uso di questo termine generalmente per identificare gli interventi con le seguenti caratteristiche:

- Efficacia, buoni risultati in esperienze precedenti oppure utilità riconosciuta da esperti nell'ambito di un programma WHP;
- Sostenibilità e pertinenza in contesto aziendale;
- Riproducibilità, trasferibilità ad altri contesti aziendali, anche grazie alla disponibilità di indicazioni operative chiare, materiali e strumenti;
- Basso costo o buon rapporto costo/beneficio.

Premettiamo subito che non per tutte le attività elencate nel manuale esistono le migliori evidenze di efficacia (quelle, per intenderci, che dovrebbero provenire da trial randomizzati controllati).

Singole buone pratiche, per quanto basate su evidenze, non fanno un programma WHP. Sono proprio la diversità e la continuità degli interventi a caratterizzare un programma

Esistono certamente anche nel campo della promozione della salute nei luoghi di lavoro singoli interventi di provata efficacia (ad es. le policy di smoke free company²³, il minimal advice antitabagico²⁴ svolto da parte del medico competente, specifiche forme di promozione dell'attività fisica²⁵...). Questi naturalmente

vanno inseriti e promossi in qualsiasi programma WHP. Tuttavia vi sono attività importanti all'interno di un programma per le quali è praticamente impossibile quantificare una volta per tutte l'efficacia: le campagne di comunicazione o alcuni tipi di intervento a carattere informativo/formativo ne sono un esempio. Sebbene questi interventi da soli non siano sufficienti a modificare i comportamenti degli individui sarebbe miope negare che, se condotti a regola d'arte, possono avere un ruolo inserito nell'ambito di una pluralità di interventi (ad esempio aumentando l'health literacy o contribuendo al passaggio in una fase motivazionale più avanzata nel ciclo del cambiamento²⁶). Escludere da un programma componenti come queste, che certamente contribuiscono al raggiungimento dell'obiettivo, solo perché non abbiamo gli

²³ Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; 325(7357): 188.

²⁴ Cahill K, Moher M, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008.

²⁵ Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS et al: Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *Am J Prev Med*. 2009; 37(4): 330-339.

²⁶ J Prochaska, C DiClemente. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, Ill. Dow Jones-Irwin, 1984.

strumenti per quantificarne l'effetto ci è sembrato fin dall'inizio un errore da evitare.

Inoltre, benché gli interventi inclusi nel manuale non siano tutti ugualmente rilevanti, è più una preoccupazione tipica degli operatori sanitari la distinzione tra buone pratiche efficaci e buone pratiche di supporto. Chi si occupa di attuare il programma in azienda tende a considerare tutte le attività semplicemente come "work packages" di un progetto. Un buon programma dovrebbe essere strutturato in modo tale da prevedere un numero minimo di interventi di provata efficacia, senza necessariamente esplicitarne il concetto con distinzioni eccessivamente tecniche e oltre tutto mutevoli nel tempo in base alle sempre nuove acquisizioni.

Non va infine dimenticato che singoli interventi o singole buone pratiche, per quanto basate su evidenze, non fanno un programma WHP. Sono proprio la diversità e la continuità degli interventi a caratterizzare un programma, garantendo la presenza degli elementi essenziali per raggiungere il massimo numero possibile di lavoratori. Un programma articolato permette a ciascuno di trovare l'approccio più adatto e la proposta più accettabile per aumentare il controllo sulla propria salute.

Il manuale

Il manuale che raccoglie le liste delle buone pratiche per ciascuna area tematica rappresenta il documento fondamentale per il programma.

Abbiamo fatto la scelta di concepire il manuale come uno strumento operativo, essenziale, senza troppi preamboli teorici o fronzoli concettuali (come definizioni o modelli) che solitamente appesantiscono o addirittura infastidiscono i non specialisti.

Le buone pratiche sono formulate in modo chiaro, con requisiti ben definiti e misurabili.

Sono anche segnalate con apposite icone le buone pratiche di maggior impatto ed efficacia provata. Nelle aree tematiche in cui vi sono buone pratiche rilevanti segnalate, almeno una delle tre buone pratiche da attivare deve essere scelta tra queste.

*Sono segnalate le buone
pratiche di maggior
impatto ed efficacia
provata*

Nel manuale sono segnalate, sempre con specifiche icone, anche altre caratteristiche delle buone pratiche che non sono legate a vincoli o obblighi. Ad esempio si segnalano interventi che possono prevedere costi diretti non trascurabili, interventi adatti anche a piccole e medie imprese e interventi che hanno un effetto sinergico associati ad altri.

Quando si sono resi necessari richiami a requisiti complessi, liste, documenti, normative o altri tipi di contenuto questi sono stati resi disponibili come allegati separati, liberamente scaricabili dal sito web della Rete in un'apposita area (<https://retewhpbergamo.org/manuale/>).

Sempre in forma di allegato scaricabile sono disponibili sul sito web del programma alcuni materiali e strumenti utili alla realizzazione delle singole buone pratiche, nonché descrizioni di esperienze di successo realizzate dalle aziende, con riferimenti e contatti.

Riconoscimento

È utile precisare che il riconoscimento viene assegnato **ad uno specifico workplace**, cioè ad un luogo di lavoro fisico e non all'intera azienda.

Non si certifica che un'azienda migliora la salute umana.

Si riconosce semplicemente che in un luogo di lavoro sono attive buone pratiche per la promozione della salute dei lavoratori

Ne discende che, se un'azienda ha più sedi, il riconoscimento si riferirà solo alla sede che ha rispettato gli standard previsti. Ogni sede segue un suo percorso di accreditamento in modo indipendente.

Questo è particolarmente importante considerando che molte buone pratiche agiscono mediante la modifica del contesto ed hanno un effetto solo per i lavoratori che condividono lo stesso ambiente di lavoro (si pensi a interventi di miglioramento della mensa aziendale o la creazione di spazi per svolgere attività fisica).

È anche importante sottolineare che il riconoscimento conferito non si riferisce all'attività del luogo di lavoro in generale. In altre parole non si certifica che l'attività dell'azienda migliora la salute umana, né che la società è un esempio di impresa virtuosa. Anche perché potrebbero sorgere malintesi quando a richiedere

l'iscrizione al programma sono aziende che producono alcolici, prodotti chimici inquinanti, bevande zuccherate o tabacco. Il riconoscimento *Health Promoting Workplace* attesta semplicemente che *lo specifico luogo di lavoro ha attuato interventi considerati buone pratiche* **per la promozione della salute dei lavoratori.**



Il logo annuale "Luogo di lavoro che promuove la salute"

LE FASI DI SVILUPPO DEL PROGRAMMA

La prima manifestazione di interesse al programma da parte di un'azienda può essere raccolta dall'associazione di categoria datoriale o dall'ATS (ex ASL). Il passo successivo è la convocazione di un incontro nel luogo di lavoro per presentare il programma WHP ai decisori (le figure a cui spetta la scelta di partecipare al programma).

Le fasi attraverso le quali il programma si sviluppa sono illustrate nello schema seguente. Dopo alcuni passi che seguono l'adesione del luogo di lavoro al programma il percorso diventa ciclico e dà luogo a un riconoscimento annuale (*Health Promoting Workplace* dell'anno).



Rappresentazione schematica delle Fasi di implementazione e sviluppo del programma

Il problema delle disuguaglianze

Prima di passare alla descrizione delle singole fasi, ci pare doveroso un richiamo ad un tema particolare che dovrebbe essere tenuto ben presente in ciascuna fase: il tema delle disuguaglianze.

La popolazione in cui si concentrano maggiormente i fattori di rischio è generalmente quella meno recettiva nei confronti degli interventi

Tutti gli interventi di promozione della salute rischiano di creare disuguaglianze, nel senso che, quando vengono proposte occasioni per modificare comportamenti a rischio, la popolazione più recettiva e che tende ad ottenere i maggiori

vantaggi è costituita dai lavoratori con più elevata posizione occupazionale e più elevato titolo di studio (colletti bianchi). Questo nonostante la maggior diffusione di comportamenti a rischio si registra solitamente tra gli addetti alla produzione (tute blu). Operai e lavoratori con bassa posizione occupazionale hanno in genere meno consapevolezza del loro livello di rischio e sono meno recettivi nei confronti degli interventi.

Proprio per questo occorre sempre tenere presente il target degli addetti alla produzione e cercare di controllare l'effetto disuguaglianza.

Ad esempio:

- In fase di costituzione del gruppo di lavoro aziendale è importante includere uno o più operai;
- In fase di pianificazione è bene porsi la domanda se le singole pratiche possono incontrare il loro favore e i loro bisogni percepiti e, se serve, fare precedere piccoli indagini

per sondare se le iniziative sono ritenute utili e potranno verosimilmente vedere la loro partecipazione;

- Nella fase di realizzazione è molto utile ricercare la loro collaborazione, valorizzare proposte dal basso e sostenere iniziative frutto di auto-organizzazione;
- Nella fase di monitoraggio è possibile tenere traccia della partecipazione alle iniziative anche in funzione della mansione, per individuare e rimuovere precocemente eventuali barriere che possono limitare la partecipazione di specifiche categorie di lavoratori;
- Nella fase di valutazione è importante misurare gli effetti del programma distinguendo per livello professionale.

Incontro di presentazione

Talvolta questo incontro ha un carattere più preliminare e prevede la partecipazione di un gruppo ristretto di persone (le persone già interessate ad implementare il programma in azienda) che ha necessità di dotarsi di tutte le informazioni possibili per proporre la partecipazione ai vertici aziendali. In questi casi si può prevedere, successivamente, un secondo incontro con i decisori.

Più spesso il primo incontro è già allargato alla dirigenza e alle persone potenzialmente coinvolgibili nell'implementazione delle iniziative previste dal programma. In questo caso le persone che dovrebbero essere presenti sono:

- Uno o più promotori del programma (nel nostro caso professionisti del servizio promozione della salute dell'ATS)
- Uno o più rappresentanti dell'associazione di categoria datoriale

- Rappresentante della proprietà (datore di lavoro, plant manager, amministratore delegato...)
- Responsabile dell'area risorse umane
- Responsabile per la Qualità
- Responsabile della Comunicazione
- Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione
- Medico Competente
- Responsabili dei Lavoratori per la Sicurezza e/o altri rappresentanti dei lavoratori
- Altre persone che per il ruolo o per la motivazione personale potrebbero svolgere un ruolo nello sviluppo del programma.

Naturalmente non sempre sono presenti tutte le figure e molte aziende di dimensioni medie o piccole non prevedono neppure la presenza di molte di queste nell'organigramma aziendale; ma laddove sono previste è importante fare il possibile perché siano coinvolte.

L'incontro è un'occasione difficilmente ripetibile per ricevere informazioni complete, elementi motivazionali, rassicurazioni utili a rimuovere le resistenze e per stabilire uno stile di lavoro amichevole e collaborativo.

Il coinvolgimento delle rappresentanze sindacali può avvenire sia prima che in occasione dell'incontro, che successivamente. Nella nostra esperienza questo passaggio è generalmente avvenuto (almeno in modo formale) successivamente al primo incontro, una volta che la dirigenza ha maturato almeno la disponibilità ad aderire.

L'incontro di presentazione del programma avviene generalmente in una sala riunioni, prevede l'utilizzo di slides per una durata di circa 45 minuti, seguito da una discussione di durata variabile con chiarimenti su aspetti operativi.

La presentazione che normalmente proponiamo è divisa in due parti. La prima verte sulle motivazioni di salute che muovono il progetto: le malattie croniche, i fattori di rischio, il possibile ruolo dei luoghi di lavoro. La seconda sugli aspetti più pratici del programma, le modalità di iscrizione, le regole per il riconoscimento, le modalità di rendicontazione, monitoraggio e valutazione, gli step previsti e le scadenze.

Nei giorni successivi all'incontro di presentazione del programma, si verifica l'iscrizione del luogo di lavoro al programma in circa l'80% dei casi, segno che la proposta risponde a esigenze reali delle organizzazioni e contemporaneamente che molte aziende sono pronte ad investire in programmi di promozione della salute.

Adesione al programma

Per iscriversi al programma l'azienda (o l'organizzazione) compila una scheda online con i riferimenti per i contatti, informazioni generali sul luogo di lavoro, alcuni dati che descrivono il contesto aziendale (come modalità di gestione dei pasti, presenza di veicoli aziendali...), dati su infortuni e assenze per malattia.

Viene richiesto il nominativo di un Referente interno per il programma. Questa figura sarà il tramite per le comunicazioni e i flussi informativi e dovrebbe corrispondere al coordinatore del gruppo di lavoro aziendale. Nel caso in cui si iscrivano al programma più sedi di una stessa azienda è importante che vi sia un referente diverso per ciascuna sede.

E' importante ribadire che l'iscrizione si riferisce al singolo luogo di lavoro o sede (non all'intera azienda). Se un'azienda ha più unità produttive e vuole partecipare al programma con più di una sede, sarà tenuta a compilare più moduli di iscrizione, uno per ogni sede che intende far concorrere al riconoscimento "Health Promoting Workplace".

Non appena viene notificata una nuova iscrizione viene inviata al referente interno un'email di benvenuto con le istruzioni per compiere i primi step previsti dal percorso, con tutti i riferimenti per informazioni e consulenza.

Formazione del gruppo di lavoro aziendale

Contemporaneamente all'iscrizione l'azienda provvede a costituire un gruppo di lavoro aziendale che avrà il compito di pianificare e organizzare lo sviluppo delle diverse attività.

Non è necessario che il gruppo sia molto ampio ma è importante che sia composto da persone motivate e che sia il più possibile rappresentativo delle diverse componenti aziendali.

In alcune realtà la leadership del team è assunta dal Responsabile della gestione delle risorse umane, in altre dal RSPP, in altre ancora dal datore di lavoro stesso o da altre figure. In ogni caso è necessario ricercare il coinvolgimento e la massima condivisione possibile degli obiettivi da parte dei vertici aziendali.

La collaborazione del settore della comunicazione aziendale, ove presente, è utilissima e può contribuire a mantenere elevata l'attenzione sul programma e sulle

iniziative proposte, attraverso una comunicazione frequente e orientata ai vantaggi e agli aspetti positivi delle scelte di salute.

Un valore aggiunto notevole è la presenza nel gruppo di lavoro di rappresentanti o leader dei lavoratori; questo infatti favorisce la diffusione delle informazioni e la partecipazione dei lavoratori stessi. Non va dimenticato che vi è sempre il rischio che iniziative di promozione della salute trovino facile accoglienza da parte di impiegati e quadri e maggiori resistenze da parte degli addetti ai reparti produttivi.

Il gruppo di lavoro dovrà incontrarsi periodicamente per pianificare, dare attuazione e monitorare gli interventi. Non è necessario trovarsi spesso: nella nostra esperienza i gruppi di lavoro più attivi si ritrovano all'incirca una volta al mese, altri gruppi di lavoro si ritrovano 4-5 volte l'anno.

Comunque il gruppo di lavoro dovrà cercare il più possibile collaborazione di altri lavoratori nella realizzazione delle buone pratiche, non solo per garantire la sostenibilità del programma, ma anche per favorirne la diffusione più capillare possibile all'interno dell'organizzazione.

Comunicazione ai lavoratori

Tra gli step previsti entro tre mesi dall'adesione al programma è incluso un momento formale di presentazione del programma WHP ai lavoratori. A questo momento sono presenti normalmente anche dei rappresentanti dell'organizzazione, mentre la comunicazione ai lavoratori viene tenuta da personale del servizio sanitario pubblico.

Spesso in un luogo di lavoro occorre ripetere più volte la presentazione del programma ai lavoratori a causa dell'organizzazione del lavoro su turni o della capienza insufficiente delle sale per raccogliere tutto il personale in un'unica occasione.

Solo in occasioni eccezionali e per problemi pratici difficilmente superabili (ad esempio aziende di grandi dimensioni in cui si renderebbe necessario un numero eccessivo di incontri) la comunicazione ai lavoratori si è svolta con modalità alternative, come una comunicazione scritta o la proiezione di un video.

Benché l'incontro con i lavoratori costituisca un impegno non trascurabile ci siamo convinti che rappresenti un'opportunità unica per raggiungere una serie di obiettivi, tra cui:

- Conferire al programma l'ufficialità necessaria;
- Impegnare formalmente l'azienda di fronte ai lavoratori;
- Sostenere la terzietà del programma sottolineandone la paternità da parte del servizio sanitario pubblico;
- Ottenere un'idea del clima aziendale e delle relazioni tra azienda e lavoratori.

L'obiettivo dell'incontro è sensibilizzare i lavoratori per favorire la loro partecipazione al programma. Gli argomenti trattati nel corso dell'incontro riguardano prevalentemente i fattori di rischio per malattie croniche e i motivi di salute che costituiscono il razionale del programma WHP.

Generalmente le riunioni con i lavoratori si svolgono in grandi sale con setting necessariamente "frontale". Si ricorre ad un set di slides e ci si avvale della proiezione di brevi filmati. L'incontro dura all'incirca un'ora.

La presentazione è tenuta da personale socio-sanitario operante nel territorio che avrà anche in seguito funzioni di consulenza e supporto nei confronti dello specifico luogo di lavoro (tutor).

È molto importante tenere conto della composizione della platea dei lavoratori e in funzione di questa adattare le modalità di comunicazione. Se ad esempio il pubblico ha un basso grado di scolarizzazione risulta maggiormente efficace la proiezione di video o infografiche rispetto alla lettura di grafici e tabelle con dati statistici. Al contrario se il pubblico è costituito da impiegati e quadri occorre badare a non semplificare troppo il messaggio.

Al termine dell'incontro nella maggior parte dei casi si procede anche alla somministrazione ai lavoratori di un questionario anonimo su abitudini e fattori di rischio. I dati raccolti costituiranno la "baseline", il punto di partenza rispetto alla diffusione dei maggiori fattori di rischio per la salute in azienda, utile sia per definire le priorità di intervento che per monitorare modifiche nella diffusione dei fattori di rischio. È infatti prevista una nuova somministrazione dello stesso questionario a 3 anni dall'avvio del programma.

Pianificazione

In origine non era previsto un momento formale di pianificazione delle buone pratiche da realizzare nel corso dell'anno.

Nel tempo abbiamo tuttavia notato la tendenza dei luoghi di lavoro a concentrare le iniziative nel secondo semestre dell'anno. Per favorire una miglior distribuzione

delle buone pratiche nel tempo abbiamo pensato di formalizzare il momento della pianificazione interna: entro il mese di febbraio di ogni anno (per il primo anno entro tre mesi dall'adesione) le aziende sono tenute a comunicare mediante un breve modulo online la lista delle buone pratiche che intendono realizzare, indicando il mese di avvio di ciascuna.

Questo flusso informativo permette di:

- Quantificare il tipo di supporto richiesto agli operatori del servizio sanitario (tutor e coordinatori del programma);
- Identificare pianificazioni poco efficaci e suggerire modifiche;
- Effettuare un follow up in aziende con situazioni particolari.

Realizzazione

Con una pianificazione ideale nei primi tre anni dovrebbe essere proposta ai lavoratori una nuova iniziativa all'incirca ogni due mesi, con un'attività di comunicazione costante e un conseguente mantenimento di buoni livelli di attenzione sul programma per tutto l'anno. La comunicazione è un elemento decisivo per il programma, tanto che sono previste specifiche buone pratiche di comunicazione (con relative linee guida) in ogni area tematica. Una buona campagna di comunicazione in generale dovrebbe:

- essere pianificata
- avere obiettivi e target chiari
- utilizzare informazioni da fonti sicure
- essere simpatica e generare curiosità

- avere un livello corretto rispetto al target (né troppo tecnica né semplificante)
- utilizzare canali diversi
- prevedere possibilità di valutare impatto ed efficacia delle campagne.

Nel nostro programma WHP sono gli stessi luoghi di lavoro che si attivano per realizzare le buone pratiche, mentre il personale del servizio sanitario svolge un compito prevalentemente di consulenza. Le buone pratiche sono pensate in modo tale da rendere le organizzazioni in grado di realizzare autonomamente le attività previste, grazie alla presenza di guide, indicazioni, documenti, materiale informativo e risorse disponibili online sul sito della rete (<https://retewhpbergamo.org/manuale>).

Esistono tuttavia casi particolari in cui è richiesto l'intervento di servizi specialistici dell'ATS: ad esempio per attività che riguardano la modifica di menu e porzioni nelle mense aziendali, i trattamenti di gruppo per smettere di fumare o interventi di formazione per i dirigenti su tematiche specifiche.

Quando le aziende necessitano di interventi specialistici per i quali non vi sono competenze interne all'organizzazione si cerca di fare in modo che esse possano rivolgersi a una pluralità di consulenti, formatori e provider appartenenti al mondo del volontariato (come la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori per i trattamenti di gruppo per smettere di fumare), del privato sociale (come Fondazioni per le campagne informative) o anche, se l'azienda preferisce, del privato for profit. In questo caso il ruolo dell'ATS è quello di verificare che gli interventi vengano svolti secondo i requisiti specificati nella formulazione della

buona pratica e secondo i principi dell'efficacia e dell'appropriatezza.

Non è superfluo ribadire che per garantire la sostenibilità del sistema è opportuno che il gruppo di lavoro aziendale ricerchi comunque collaborazioni tra i lavoratori identificando le persone motivate o portatrici di competenze in ambiti specifici, anche nominando dei responsabili per ogni buona pratica. Ad esempio spesso nei luoghi di lavoro si trovano persone che praticano attività sportiva e che sono disponibili a fare da leader per un gruppo di cammino o di jogging, persone attente all'alimentazione disposte ad effettuare verifiche sull'offerta delle vending machines e a suggerire miglioramenti oppure persone disposte a coordinare la consegna di frutta in azienda in giorni stabiliti.

In alcuni casi l'azienda si limita a mettere a disposizione qualche ambiente o struttura (ad esempio per le consegne di gruppi di acquisto o per la pratica di attività come lo yoga, la minfullness o il training di gruppo) favorendo l'empowerment e l'auto-organizzazione dei lavoratori. La presenza di attività che vengono proposte, organizzate e gestite direttamente da gruppi di lavoratori sono da considerare come un successo, dato che l'attivazione della partecipazione è uno degli obiettivi più importanti per il programma e al tempo stesso uno dei più difficili da raggiungere.

Rendicontazione

A fine anno, indicativamente intorno ai primi di novembre, i luoghi di lavoro sono tenuti a rendicontare le buone pratiche realizzate. La procedura si svolge compilando un modello online che richiede di specificare la presenza dei requisiti

previsti, le modalità operative seguite e la partecipazione ottenuta da parte dei lavoratori.

La rendicontazione è una fase indubbiamente importante del programma perché è da questa che si deduce la presenza o l'assenza dei requisiti richiesti per il riconoscimento come *"luogo di lavoro che promuove la salute"* dell'anno e la conseguente premiazione.

Non sono previste verifiche sistematiche della veridicità di quanto dichiarato, ma solo controlli a campione. Del resto la presenza di tutor che hanno svolto attività di supporto e consulenza nei luoghi di lavoro aderenti permette in molti casi di avere un'idea della qualità delle attività svolte senza necessità di particolari controlli.

Quando dai dati inseriti in fase di rendicontazione vi sono aspetti non chiari o compaiono attività che sembrano non possedere gli standard richiesti il team di coordinamento della rete (in particolare i membri dell'ATS cui spetta la formulazione del giudizio riguardo al riconoscimento del luogo di lavoro) prende contatto con l'azienda, richiede informazioni supplementari ed eventualmente concorda misure migliorative.

Nella nostra esperienza, nei casi in cui un luogo di lavoro non è stato accreditato è accaduto che la stessa azienda abbia riconosciuto l'assenza dei requisiti previsti, ancor prima della fase di rendicontazione; in qualche raro caso è stata inserita una rendicontazione insufficiente ma si è comunque giunti ad un giudizio condiviso con il referente aziendale.

I luoghi di lavoro che riescono a rispettare il percorso e gli standard si aggirano in media attorno all'80% degli iscritti ogni anno.

Monitoraggio e valutazione

Ci sembra utile spendere poche righe sulla differenza tra monitoraggio e valutazione. Il monitoraggio avviene durante lo svolgimento di un progetto o di un programma e serve ad individuare eventuali distorsioni in una fase in cui sono ipotizzabili delle misure correttive. Il monitoraggio ricorre generalmente all'analisi frequente di pochi dati e non deve essere troppo complesso né oneroso.

La valutazione viene invece fatta solo in momenti specifici (se si tratta di un progetto, ad esempio, alla sua conclusione), richiede la raccolta di un numero maggiore di informazioni e uno sforzo maggiore dal punto di vista metodologico nel disegno, nella raccolta e nell'analisi dei dati.

Dal punto di vista dell'oggetto della valutazione è bene tenere distinte almeno le due tipologie di valutazione di maggior interesse per il programma: la valutazione di attività (o di processo), che punta a verificare se le attività si stanno svolgendo nella misura e nelle modalità corrette, e la valutazione di esito (o di risultato) che entra nel merito del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

Grazie al database delle rendicontazioni è possibile disporre di **dati di attività** aggiornati (buone pratiche realizzate) sull'intera rete di luoghi di lavoro aderenti. È possibile inoltre estrapolare alcuni indicatori di processo e stime sul numero di lavoratori potenzialmente esposti per ciascuna buona pratica.

Nel solo 2016 sono state realizzate 942 buone pratiche e per ciascuna è disponibile il numero di lavoratori potenzialmente esposti.

AREE TEMATICHE	buone pratiche realizzate nel 2016	lavoratori potenzialmente coinvolti	aziende che hanno attivato buone pratiche nel 2016
ALIMENTAZIONE	174	14624	54
FUMO DI TABACCO	129	11967	48
ATTIVITA' FISICA	167	15013	48
SICUREZZA STRADALE	139	13706	45
ALCOL E DIPENDENZE	132	8982	40
BENESSERE	201	10485	49

ALIMENTAZIONE	lavoratori potenzialmente coinvolti	aziende che hanno attivato la BP
BP1.1 Mensa con requisiti specifici	12.610	30
BP1.2 Interventi su distributori automatici	3.399	26
BP1.3 Interventi presso l'area di refezione	4.391	28
BP1.4 Interventi sulle porzioni	5.688	8
BP1.5 Promozione di abbinamenti ideali dei piatti (Codice colore)	8.509	20
BP1.6 Campagna informativa (manifesti, opuscoli, tovagliette)	10.173	38
BP1.7 Altre iniziative	4.776	24

FUMO DI TABACCO	lavoratori potenzialmente coinvolti	aziende che hanno attivato la BP
BP2.1 Trattamento di gruppo per smettere di fumare	2.169	8
BP2.2 Concorso smetti e vinci	160	1
BP2.3 Policy di "azienda libera dal fumo"	5.965	20
BP 2.4: Minimal advice a cura del medico competente	9.554	32
BP 2.5: Campagna di comunicazione e informazione	5.404	36
BP2.6 Servizio di messaggistica di sostegno per i fumatori	3.572	22
BP2.7 Altre iniziative	2.366	10

ATTIVITA' FISICA	lavoratori potenzialmente coinvolti	aziende che hanno attivato la BP
BP3.1 Strutture per svolgere attività fisica sul luogo di lavoro	7.893	14
BP3.2 promozione dell'uso della bicicletta come mezzo di trasporto	7.098	16
BP3.3 convenzioni o incentivi premiali per la pratica di attività fisica	4.717	30
BP3.4 Distribuzione di contapassi	1.133	9
BP3.5 Campagna informativa di promozione dell'attività fisica	6.177	30
BP3.6 Iniziative sportive interne	10.480	34
BP3.7 Gruppo di cammino aziendale	5.726	8
BP 3.8: Attività del medico competente	7.404	
BP3.9 Altre iniziative	148	3

SICUREZZA STRADALE	lavoratori potenzialmente coinvolti	aziende che hanno attivato la BP
BP4.1 Criteri di sicurezza per l'acquisto dei nuovi veicoli aziendali	10.254	26
BP4.2 Procedure per l'utilizzo dei veicoli aziendali	9.562	27
BP4.3 Veicoli ecologici	3.104	7
BP 4.4: Controllo e compilazione della Check list	6.984	16
BP4.5 Convenzioni o incentivi in tema di sicurezza	4.341	19
BP4.6 Trasporto collettivo e mezzi pubblici	5.345	8
BP4.7 Mobility manager	4.317	5
BP4.8 Corso di guida sicura	1.655	14
BP4.9 Realizzazione di infrastrutture stradali per la sicurezza	782	5
BP4.10 Altre iniziative	1.074	12

ALCOL E DIPENDENZE	lavoratori potenzialmente coinvolti	aziende che hanno attivato la BP
BP 5.1: Definizione di una policy aziendale su alcool, droghe e GAP	6.030	28
BP 5.2: Formazione dei lavoratori su alcool e dipendenze	3.526	8
BP 5.3: Formazione dei dirigenti su alcool e dipendenze	2.541	10
Buona Pratica 5.4: Formazione del medico competente	5.729	21
BP 5.5: Valutazione del medico competente dei lavoratori che consumano alcolici:	6.702	26
BP5.6 Campagna informativa interna	7.334	33
BP5.7 Altre iniziative	660	6

BENESSERE	lavoratori potenzialmente coinvolti	aziende che hanno attivato la BP
BP 6.1: Raccolta e restituzione dei suggerimenti dei dipendenti	6.190	22
BP6.2 attività di formazione	3.579	13
BP6.3 benefit aziendali	6.843	27
BP 6.4: Interventi sull'organizzazione del lavoro	5.163	30
BP6.5 iniziativa di socializzazione	3.672	23
BP6.6 sostegno allo studio dei figli dei dipendenti	5.414	15
BP6.7 forme di integrazione per lavoratori stranieri	893	2
BP6.8 focus groups	801	6
BP6.9 supporto sociale a enti o realtà locali	4.030	19
BP6.10 sportello di ascolto	238	2
BP6.11 servizi legati all'infanzia e all'assistenza anziani	1.313	9
BP6.12 servizi di time saving	2.452	15
BP6.13 iniziativa diversa dalle precedenti	3.538	18

Elaborazione dei dati di attività 2016. Buone pratiche realizzate dai diversi luoghi di lavoro accreditati

Per quel che riguarda gli **indicatori di risultato**, al momento il programma permette di seguire le modifiche dei fattori di rischio per la salute mediante somministrazione periodica di questionari anonimi. Sulla base di questi dati nel 2015 è stato pubblicato un primo studio con l'obiettivo di stimare l'efficacia dell'esposizione a un anno di programma²² che ha fornito risultati incoraggianti (riportati nel paragrafo successivo).

Tra le conclusioni del lavoro è tuttavia auspicata una maggiore collaborazione con i medici competenti aziendali nella valutazione, al fine di poter utilizzare i dati delle cartelle sanitarie e di rischio, integrati da pochi ulteriori dati sui fattori di rischio generali per la salute. Questo permetterebbe di superare i più importanti limiti legati all'utilizzo di questionari anonimi, come l'impossibilità di seguire le variazioni intra-soggetto, l'adesione variabile ai questionari, il drop-out, l'imprecisione dei parametri autoriferiti (come il peso corporeo) o automisurati (come la circonferenza addominale), aumentando così di molto la qualità delle stime.

Il problema principale di questo possibile sviluppo è che i dati sui fattori di rischio individuali (come consumo di sigarette, attività fisica praticata o massa corporea), benché vengano raccolti dalla maggior parte dei medici competenti nel corso della sorveglianza sanitaria, sono registrati con strumenti diversi e in modo disomogeneo. Questo impedisce l'utilizzo di una vera e propria miniera di informazioni per confronti, ricerche e valutazioni.

Proprio per cercare di risolvere questo problema nel 2016, grazie alla collaborazione della SIMLII (Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale) e al

coinvolgimento di un panel di esperti a livello nazionale, è stata realizzata una ricerca di consenso Delphi per individuare un set di strumenti per il monitoraggio dei fattori di rischio individuali per malattie croniche da parte del Medico Competente (vedi paragrafo *Ricerca di consenso Delphi* di questo capitolo).

Il futuro della valutazione di programmi WHP potrebbe quindi a breve passare attraverso la condivisione dei dati raccolti nel corso delle visite periodiche da parte dei medici competenti.

Un'evoluzione potrebbe avvenire grazie a piattaforme web in grado di raccogliere dati di questionari inseriti dallo stesso lavoratore, dal medico competente o anche dal medico di medicina generale

Un'ulteriore evoluzione potrebbe avvenire grazie allo sviluppo di piattaforme web in grado di raccogliere in un unico database gestito dal servizio sanitario pubblico i dati dei questionari inseriti via smartphone o computer dallo stesso lavoratore (previo consenso e inserendo il codice fiscale), dal medico competente o anche dal medico

di medicina generale, e di offrire le seguenti possibilità:

- al medico di integrare i dati nella propria cartella sanitaria informatizzata;
- al lavoratore di ricevere un feedback personalizzato sul proprio profilo di rischio con indicazioni concrete per ridurre i rischi emersi e riferimenti sulle possibilità di supporto;
- all'ATS di accedere all'intera banca dati sui fattori di rischio dei lavoratori per analisi, confronti e valutazioni.

Le attuali tecnologie permetterebbero già questo tipo di sviluppo, ma il percorso per raggiungere questo obiettivo non è privo di ostacoli.

Stima dell'impatto di un anno di esposizione al programma

Nel 2015 è stato pubblicato sulla rivista scientifica *La Medicina del Lavoro* un primo studio²⁷ che aveva l'obiettivo di stimare eventuali effetti a breve termine di interventi integrati di promozione della salute nei luoghi di lavoro realizzati da aziende aderenti alla rete WHP Bergamo.

Si tratta di una valutazione controllata non randomizzata che confrontava dati raccolti mediante questionari anonimi somministrati ai lavoratori in due tempi: prima dell'inizio del programma (t0) e dopo l'esposizione a 12 mesi di programma (t1). Il gruppo di "controllo" era costituito dai lavoratori di aziende aderenti al programma che non avevano ancora realizzato buone pratiche nelle aree tematiche oggetto della valutazione.

Nei lavoratori esposti si registrano già dopo 12 mesi dall'avvio del programma effetti positivi sui comportamenti alimentari (consumo di frutta e verdura) e sul fumo di tabacco (tasso di cessazione). Gli effetti sono più evidenti nei maschi e negli white collars.

²⁷ Cremaschini M, Moretti R, Brembilla G, Valoti M, Sarnataro F, Spada P, Mologni G, Franchin D, Antonioli L, Parodi D, Barbaglio G, Masanotti G, Fiandri R. Assessment of the impact over one year of a workplace health promotion programme in the province of Bergamo. *Med Lav.* 2015 May 4;106(3):159-71.

Sui livelli di attività fisica e consumo di alcolici i trend sono positivi e si muovono nella direzione desiderata e con scostamenti superiori rispetto ai non esposti, ma senza che venga raggiunta la significatività statistica.

I risultati della valutazione mostrano come già dopo 12 mesi è possibile registrare una riduzione nella diffusione di alcuni importanti fattori di rischio

I risultati della valutazione mostrano dunque come già dopo 12 mesi è possibile registrare una riduzione nella diffusione di alcuni importanti fattori di rischio per malattie croniche nei lavoratori esposti al programma, benché sia necessario continuare a monitorare nel tempo gli effetti su altri fattori di rischio, per verificare la comparsa delle modifiche attese nel medio e lungo periodo.

Nella tabella seguente sono riportati in sintesi i principali risultati di questa valutazione.

area tematica	Indicatore	T0 (inizio programma)		T1 (a un anno)	
		n. responders inclusi	gruppo	valore	
				indicatore (IC95%)	valore indicatore (IC95%)
alimentazione	consumo medio di 5 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	317	esposti	25,8 (21,0 - 30,7)	35,0 (28,6 - 41,4)
		288	non esposti	31,9 (26,5 - 37,3)	36,1 (29,8 - 42,3)
	media Body Mass Index (kg/ m²)	387	esposti	24,5 (24,1 - 25,0)	24,8 (23,6 - 26,0)
		356	non esposti	24,0 (23,5 - 24,6)	24,0 (23,5 - 24,5)
	quasi mai attività fisica al di fuori dell'orario di lavoro (%)	491	esposti	33,6 (29,4 - 37,8)	30,4 (25,8 - 34,9)
		252	non esposti	21,8 (16,7 - 27,0)	21,4 (15,5 - 27,3)
attività fisica	media Body Mass Index (kg/ m²)	491	esposti	24,2 (23,7 - 24,7)	24,2 (23,8 - 24,7)
		252	non esposti	24,5 (24,0 - 25,1)	24,8 (23,0 - 26,6)
	tasso annuo cessazioni tabagiche (per 100 lav.)	239	esposti	2,1 (0,2 - 3,9)	8,0 (4,2 - 11,9)
		504	non esposti	2,8 (1,3 - 4,2)	2,3 (0,8 - 3,9)
fumo di tabacco					

Cremaschini M, Moretti R et Al. Assessment of the impact over one year of a workplace health promotion programme in the province of Bergamo. Med Lav. 2015 May 4;106(3):159-71 © La Medicina del Lavoro 2015

Ricerca di consenso Delphi sugli strumenti per il Medico Competente per monitorare i fattori di rischio

Nel 2016 è stato condotto un secondo lavoro²⁸ che consiste nella ricerca di consenso sugli strumenti più adatti al monitoraggio dei fattori di rischio per malattie croniche e alla valutazione di interventi di promozione della salute da parte del Medico Competente.

Tale ricerca ha preso le mosse proprio dalle conclusioni dal precedente lavoro del 2015 sulla valutazione del programma WHP Bergamo, da cui emergeva la necessità di una maggiore collaborazione con i Medici Competenti per poter rendere più valida e sostenibile la valutazione di programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro.

Per la ricerca di consenso è stata adottata la tecnica Delphi applicata su una prima selezione di strumenti operata da un gruppo di lavoro preparatorio di Medici Competenti. Al gruppo Delphi ha partecipato un panel di 21 esperti a livello nazionale (esperti riconosciuti in un ambito specifico e medici competenti esperti in promozione della salute).

Il gruppo di consenso ha permesso di selezionare un set di strumenti utili per monitorare i principali fattori di rischio individuali per malattie croniche (fumo, alcol, attività fisica, alimentazione, stress e salute mentale) nonché dati generali e relativi alla mansione, da raccogliere in forma

²⁸ Cremaschini M, Moretti R, Valoti M, Barbaglio G et Al. Delphi consensus on the monitoring tools of main individual risk factors for chronic diseases by the company doctor. Med Lav. 2017 Feb 15;108(1):24-32.

standardizzata. La selezione di dati e indicatori emersa è riportata nella tabella di seguito.

Il gruppo di consenso ha permesso di selezionare un set di strumenti per il monitoraggio dei principali fattori di rischio individuali per malattie croniche

L'auspicio è che l'utilizzo del set identificato di indicatori, raccolti in forma elettronica e omogenea, si diffonda tra i medici competenti e in particolar modo tra coloro che operano in aziende aderenti a programmi WHP, al fine di permettere in prospettiva analisi, confronti e valutazioni di efficacia.

La registrazione di tutti gli indicatori ad ogni visita annuale non pare sostenibile, poiché ne deriverebbe un eccessivo aumento dei tempi e dei costi. È invece fattibile programmare somministrazioni periodiche (ad esempio triennali) alternando i questionari ogni anno e, dove possibile, facendo in modo che venga registrato almeno un dato iniziale prima dell'avvio di buone pratiche nella specifica area tematica, al fine di poter operare confronti pre-post.

Gli sviluppi tecnologici di cui abbiamo accennato precedentemente permetterebbero di rendere ancora meno onerosa e maggiormente efficace questa attività di valutazione.

	PROPOSTA FINALE CONSENSUS DELPHI	
	Parametro	Formato/note
DATI GENERALI	Codice fiscale	Alfanumerico
	Sesso	Dicotomica: M/F
	Data di nascita	Formato data: gg/mm/aaaa
	Livello di istruzione	N. Anni di istruzione
	Classe occupazionale	ISTAT
	Nazionalità	ISTAT (stati esteri)
	Comparto produttivo dell'azienda	Codice ATECO
PARAMETRI ANTROPOMETRICI	Peso	Numerico (Kg - misurati)
	Altezza	Numerico (cm)
	Circonferenza alla vita	Numerico (cm - misurati)
	% massa grassa su peso totale	Solo per utilizzatori di bilance impedenziometriche
FUMO	Matrice di West	Risposta ad ogni singola domanda e score finale
	Pack year	Numerico
	Questionario di Fagerstrom	Score (facoltativo)
ALCOL	Questionario Audit C	Risposta ad ogni singola domanda e score finale
ATTIVITA' FISICA	Questionario IPAQ	Risposta ad ogni singola domanda e score finale

ALIMENTAZIONE	N. medio di porzioni di frutta e/o verdura al giorno	Numerico
SALUTE MENTALE	Questionario PSS (Sheldon Cohen)	Score finale
	Farmaci attivi sul sistema nervoso centrale	Categorica: Ansiolitici-ipnotici Antidepressivi Neurolettici Antiepilettici Altro

Cremaschini M, Moretti R et Al. Delphi consensus on the monitoring tools of main individual risk factors for chronic diseases by the company doctor. Med Lav. 2017 Feb 15;108(1):24-32.

© La Medicina del Lavoro 2017

Riconoscimento e premiazione

Le aziende aderiscono al programma in modo del tutto volontario e non si aspettano nel breve periodo né particolari vantaggi economici né effetti sulla salute dei lavoratori. Entrambi questi vantaggi potranno essere verificati solo nel lungo periodo e sarà comunque sempre molto difficile attribuire l'eventuale benefico unicamente all'effetto di un programma di promozione della salute.

È importante per questa ragione mantenere la motivazione delle aziende anche utilizzando altre "leve". Una prima leva motivazionale è rappresentata dal legittimo desiderio di ogni organizzazione di sentirsi avanzata in qualche settore. Da questo punto di vista il riconoscimento

da parte di un Ente pubblico (come l'ATS) è importante perché certifica che il percorso seguito dall'azienda rappresenta, se non un ambito di eccellenza, almeno una buona prassi.

Non va però dimenticato che la leva motivazionale forse più importante è la relazione tra le persone

Anche l'organizzazione di un evento pubblico di premiazione dei "luoghi di lavoro che promuovono salute" alla presenza della stampa e dei media locali e con la consegna

di un logo, una targa o un premio, risponde proprio a questa esigenza. Il logo europeo "Health Promoting Workplace" ha tra l'altro un apprezzamento anche da parte di clienti, fornitori e, nel caso di aziende multinazionali, da parte dell'head quarter del gruppo.

Non va però dimenticato che la leva motivazionale forse più importante è la relazione tra le persone. Favorire gli incontri, gli scambi di esperienze tra aziende e mantenere i contatti con i referenti aziendali per il programma rappresenta un elemento decisivo per il mantenimento a lungo termine.

Gli incontri di monitoraggio e gli eventi di premiazione sono quindi l'occasione per mantenere e consolidare rapporti tra referenti WHP e membri dei gruppi di lavoro delle diverse organizzazioni, nonché tra questi e operatori dell'ATS e collaboratori che a vario titolo prestano la loro opera all'interno del programma. Vanno visti pertanto come una parte importante nella strategia di costruzione della Rete: una rete si costruisce ed esprime il suo dinamismo anche (se non principalmente) grazie a relazioni positive tra persone che trovano piacere nel collaborare.

RUOLI CHIAVE

Ci sembra utile a questo punto dedicare qualche minuto ad approfondire il ruolo di alcune figure che sono determinanti per la buona riuscita del programma. Alcune sono interne all'organizzazione, altre sono esterne e appartengono al servizio sanitario pubblico o ad associazioni di categoria.

Figure interne all'organizzazione

Il referente aziendale

Uno dei ruoli più importanti per la riuscita del programma in un luogo di lavoro è la persona di riferimento nel luogo di lavoro (anche indicato come referente aziendale). Questa figura convoca il gruppo di lavoro WHP, coordina l'attuazione del programma ed è la persona di contatto per le comunicazioni da e con il Coordinamento della Rete (vedi oltre).

Non essendo un ruolo a cui corrisponde un riconoscimento economico o di carriera, il referente è generalmente una persona motivata e disponibile e quindi, generalmente, già molto occupata. In alcune aziende è il responsabile dell'ufficio Gestione Risorse Umane o un suo collaboratore, in altre è il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, in altre aziende più piccole è lo stesso datore di lavoro.

Il referente generalmente dedica una parte residuale del suo tempo-lavoro alla gestione del programma ed è pertanto indispensabile che sia supportato da un gruppo di lavoro dinamico.

Il referente generalmente dedica una parte residuale del suo tempo-lavoro alla gestione del programma ed è pertanto indispensabile che sia supportato da un gruppo di lavoro dinamico

È anche importante che vi siano una forte condivisione e un sostegno esplicito da parte del datore di lavoro all'attività del referente aziendale, soprattutto nella fase iniziale, quando il

programma non viene ancora percepito dai lavoratori come un'attività rilevante per l'organizzazione.

È utile ricordare che nel caso in cui un'organizzazione partecipi al programma con più sedi dovrà essere individuato un diverso referente per ciascuna sede (e di conseguenza un diverso gruppo di lavoro). Noi raccomandiamo alle aziende con più sedi di individuare un referente e dei componenti del gruppo di lavoro che lavorino nella sede specifica a ragione della centralità che rivestono gli aspetti relazionali e di conoscenza del contesto sia fisico che organizzativo per promuovere il coinvolgimento dei lavoratori.

Il medico competente

Un cenno particolare merita anche la figura del Medico Competente. Per il ruolo e le competenze che gli sono proprie può essere una figura di primo piano per la promozione della salute nei luoghi di lavoro. Tuttavia spesso non viene invitato dai dirigenti aziendali ai primi incontri di presentazione del programma in azienda, forse a causa dell'errata convinzione che il ruolo del Medico Competente si esaurisca nella sorveglianza sanitaria.

Il contributo che il Medico Competente può fornire al programma è importante a diversi livelli:

- In fase di valutazione del rischio (ad esempio introducendo o rendendo sistematica l'analisi dei fattori di rischio individuali nei lavoratori);
- In fase di pianificazione (contribuendo ad orientare le attività alle reali priorità);
- In fase di realizzazione (può effettuare direttamente buone pratiche riconosciute, come attività di counselling motivazionale);
- In fase di monitoraggio e valutazione, grazie alla possibilità di registrare nella cartella sanitaria e di rischio i progressi ottenuti dai lavoratori.

il manuale WHP prevede diverse buone pratiche la cui realizzazione spetta al medico competente

Per quel che riguarda il contributo in fase di realizzazione il manuale WHP prevede già diverse buone pratiche la cui realizzazione spetta al medico competente in

4 delle 6 aree tematiche: alimentazione, attività fisica, fumo e alcol. In tutti questi ambiti il ruolo del medico competente include la quantificazione e la comunicazione del rischio, il minimal advice o l'intervento breve, il riferimento ai servizi specialistici territoriali o ospedalieri nei casi con indicazione.

Sono inoltre in studio buone pratiche sulla valutazione e la gestione della salute mentale e dello stress per la relativa area tematica.

Le aziende dovrebbero avvalersi il più possibile dell'apporto del Medico Competente, coinvolgendolo a partire dalla fase di pianificazione e, dove possibile, invitandolo alle riunioni del gruppo di lavoro WHP aziendale.

Ruoli esterni all'organizzazione

Il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale

Il coordinamento della Rete

Affinché il programma abbia un continuo sviluppo è fondamentale che vi sia una gestione della Rete ed un aggiornamento continuo dei contenuti e degli strumenti di supporto. È pertanto necessaria la presenza di un team di coordinamento che possa dedicare tempo, competenze e passione a questo scopo.

Una **componente** di questo lavoro di coordinamento è prettamente **scientifica** e richiede l'analisi della letteratura, l'aggiornamento delle buone pratiche, lo sviluppo di risorse utili alla loro realizzazione e attività di supporto tra cui riportiamo a titolo di esempio:

- La realizzazione di incontri di presentazione del programma in azienda ai dirigenti che manifestano interesse all'adesione (nel nostro caso 10 -15 all'anno);
- Il coordinamento dei tutor (vedi oltre) e il supporto al loro lavoro di consulenza e orientamento, che richiede 5-6 incontri all'anno e contatti relativamente frequenti;
- La realizzazione di corsi per medici competenti (inizialmente in aula e successivamente in formazione a distanza) sul minimal advice e l'intervento breve per fumatori e consumatori di alcolici con modalità rischiose;
- Lo sviluppo di percorsi di messaggistica motivazionale in grado di inviare email periodiche sulle diverse tematiche del programma (www.unamailalgiorno.it);

- L'organizzazione di Convegni e scambi con altre reti locali o nazionali (nel solo 2016 abbiamo ricevuto visita da parte di 5 delegazioni internazionali);
- Le analisi dati e le valutazioni di impatto e di efficacia;
- Le pubblicazioni scientifiche.

È poi necessario prevedere una **componente di lavoro amministrativo** per la gestione dei flussi informativi (iscrizione, pianificazione, rendicontazione) e la gestione dei dati. Questo è inevitabile, almeno in assenza di software di gestione sofisticati in grado di automatizzare procedure di raccolta dati, notifica, archiviazione, analisi e reportistica. Una parte rilevante di lavoro si concentra nell'ultima parte dell'anno, in corrispondenza della rendicontazione delle buone pratiche realizzate dai diversi luoghi di lavoro. In questa fase è richiesto infatti un lavoro di valutazione rispetto alla presenza degli standard previsti che cresce al crescere delle dimensioni della Rete.

Una terza componente del lavoro si svolge nell'**ambito della comunicazione e del networking**, per la produzione di articoli per la stampa locale, la gestione del sito web, delle newsletter ed eventualmente di social media (dopo una fase di sperimentazione di diversi social attualmente è attivo solo l'account twitter @reteWHPbergamo).

Il team di coordinamento dovrà occuparsi di mantenere elevata la motivazione delle aziende, favorendo incontri e occasioni di confronto tra i referenti dei diversi luoghi di lavoro e comunicando con regolarità.

Per favorire la creazione di contatti, relazioni e forme di collaborazione, oltre alla comunicazione "elettronica" (sito web, email, social media), sono molto importanti occasioni

reali di incontro. Abbiamo finora sperimentato con buoni risultati:

- Incontri territoriali di confronto con i referenti dei luoghi di lavoro dello stesso territorio (2 all'anno in ciascun distretto);
- Incontri di formazione e aggiornamento su argomenti specifici (in genere su una delle aree tematiche del programma) rivolti ai referenti aziendali e ai componenti dei gruppi di lavoro interni alle organizzazioni (1-2 all'anno);
- Eventi di premiazione (organizzati dall'articolazione locale di Confindustria) in cui vengono consegnati ai luoghi di lavoro che hanno seguito il programma una targa e il logo europeo "Health Promoting Workplace dell'anno" (1 evento a fine anno).

Nella nostra realtà il coordinamento del programma è in capo al Servizio Promozione della Salute dell'ATS che agisce, per la promozione del programma e il networking, in collaborazione con l'articolazione locale di Confindustria.

I servizi specialistici

Abbiamo già accennato in precedenza al supporto, in termini di consulenza e talvolta di formazione, che nell'ambito del programma viene fornito da parte di personale del servizio sanitario.

Per quanto il programma punti a rendere il più possibile autonome le organizzazioni nella realizzazione delle buone pratiche, vi sono ambiti particolari in cui know-how ed esperienza sono in larga parte patrimonio di servizi dell'ATS. Attività come la valutazione dei menù serviti dalle mense aziendali, la formazione del personale della mensa sulle porzioni corrette o sull'utilizzo di codici colore per

l'abbinamento dei piatti, la formazione su tematiche come le dipendenze o il consumo di alcol in relazione ai rischi lavorativi oppure i trattamenti di gruppo per smettere di fumare sono esempi di attività che vengono spesso gestite con il supporto di personale ATS. Qualora le aziende vogliano ricorrere a società private profit o no-profit per avere supporto nella realizzazione di questo tipo di buone pratiche il compito dei servizi specialistici dell'ATS si riduce al controllo dei requisiti tecnici e qualitativi degli interventi forniti.

Il tutor o referente territoriale

Nel 2012, per far fronte all'aumento di adesioni al programma e fornire un miglior supporto alle aziende, l'allora ASL di Bergamo ha deciso di coinvolgere personale dell'area sanitaria e sociale operante nelle articolazioni territoriali.

Il coinvolgimento di questi operatori è stato formalizzato concordando un modesto impegno orario mensile. Il ruolo di coordinamento, monitoraggio e rendicontazione periodica dell'esperienza è stato assegnato alla Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali, che ha anche provveduto alla selezione del personale attraverso un colloquio motivazionale.

Nella scelta è stata considerata la collocazione lavorativa all'interno del territorio provinciale, al fine di disporre di operatori omogeneamente distribuiti nel vasto territorio della Provincia, limitando il tempo impiegato per gli spostamenti.

Con la Riorganizzazione del Servizio Sanitario Lombardo si è dovuta recuperare la collaborazione con

questi operatori (nel frattempo confluiti nelle ASST) attraverso specifiche convenzioni.

Ad oggi collaborano al programma WHP dell'ATS di Bergamo otto operatori (sei educatori professionali, un fisioterapista e un'infermiera), che dedicano alcune ore al mese al programma, operando su due livelli:

1. Presentazione del programma WHP ai lavoratori dei luoghi di lavoro del territorio aderenti (anche più incontri in ogni azienda, di tipo informativo e motivazionale sul tema dei determinanti della salute, dei fattori di rischio e sugli obiettivi specifici del programma);
2. Supporto al referente aziendale (per la pianificazione delle buone pratiche, il monitoraggio e gli adempimenti); intermediazione tra l'azienda e i Servizi specialistici dell'ATS che possono essere coinvolti nella realizzazione di buone pratiche specifiche.

I tutor si incontrano 5-6 volte l'anno con i coordinatori scientifici e gestionali dell'ATS.

Il ruolo delle associazioni di categoria datoriali e dei sindacati

La collaborazione tra ATS e associazioni datoriali rappresenta un elemento decisivo per la sostenibilità e la diffusione del programma.

Nella nostra esperienza è stata fondamentale la collaborazione con l'articolazione locale di Confindustria, con la quale è stata condivisa fin dall'inizio l'idea progettuale per verificarne l'accettabilità da parte degli imprenditori.

Confindustria Bergamo in breve tempo è diventata partner del progetto di sperimentazione e poi del programma definitivo, fornendo un supporto decisivo alla sua diffusione. Negli ultimi anni, in particolare, il gruppo Giovani Imprenditori ha sposato e promosso il programma con particolare determinazione riconoscendone le caratteristiche innovative.

La collaborazione tra ATS e associazioni datoriali è un elemento chiave per la diffusione del programma

La realizzazione degli eventi di premiazione a fine anno, la stampa di materiale informativo e gli investimenti per le forme di “marketing”, comunicazione e promozione del programma (video promozionali, targhe, brochure, gadget) sono attualmente a cura di Confindustria Bergamo. Anche l’ultima versione del manuale delle buone pratiche è stata rivista nella forma grafica e nel linguaggio grazie alla collaborazione di imprenditori impegnati nell’associazione di categoria con l’obiettivo di rendere lo strumento il più possibile agile e mirato al target a cui è rivolto. Inoltre la sede provinciale dell’associazione (come anche alcune sedi ATS) e 3 Società di Servizi che vi fanno riferimento attuano il programma per i propri dipendenti e sono riconosciuti come *Luoghi di lavoro che promuovono la salute*.

L’efficacia di questa collaborazione è confermata dal fatto che la maggior parte delle aziende aderenti ha manifestato inizialmente l’interesse al programma alla propria associazione di categoria ed è arrivata all’ASL/ATS solo in un secondo momento.

La partnership particolare con un’associazione datoriale non significa che il programma sia riservato esclusivamente ad aziende ad essa associate: tra i luoghi di

lavoro aderenti ve ne sono molti che non aderiscono a Confindustria Bergamo.

In altre realtà sono diverse le organizzazioni datoriali coinvolte e probabilmente l'ideale sarebbe istituire una collaborazione con più associazioni. Nella realtà tuttavia le collaborazioni si stabiliscono sulla base della disponibilità delle persone ad investire e lavorare su progetti comuni. Nel nostro caso le condizioni si sono create con un'associazione, benché al momento non esista nessuna convenzione e nessuna delibera che definisca i termini della collaborazione tra ATS e Confindustria. Probabilmente quest'ultimo aspetto ha richiesto a tutti di ricercare sempre l'interesse comune, facendo più riferimento al buon senso che al dettaglio degli accordi.

Le associazioni sindacali dei lavoratori sono state informate e coinvolte a livello provinciale non appena il progetto è uscito dalla fase sperimentale.

È stato subito riconosciuto il patrocinio al programma da parte dell'Organismo Paritetico Provinciale per la sicurezza sul lavoro (CGIL, CISL, UIL, Confindustria) e tutt'ora l'appoggio dei sindacati è importante soprattutto per gestire situazioni in cui alcune buone pratiche, come ad esempio le policy di *Smoke free company* o i regolamenti aziendali sugli alcolici potrebbero essere visti come misure coercitive o contrarie agli interessi dei lavoratori. Buone relazioni sindacali sono utilissime per far comprendere la finalità preventiva e sanitaria dell'intero programma, che è pensato in una logica win-win, per portare benefici ai lavoratori e alle relative famiglie, ai datori di lavoro e all'azienda, al Servizio Sanitario e alla collettività.

Tra gli sviluppi del programma sono previste collaborazioni con associazioni di categoria (di artigiani, di

operatori del commercio, delle realtà cooperative) per poter raggiungere in modo più capillare anche il mondo delle piccole imprese. Queste ultime infatti trarrebbero grande vantaggio del coinvolgimento di un organo intermedio in grado di offrire supporto organizzativo e gestionale per realizzare in modo più semplice ed efficiente le buone pratiche riconosciute (ad esempio mediante aggregazione di gruppi di piccole aziende su base territoriale o secondo altri criteri).

DESCRIZIONE RAGIONATA DELLE BUONE PRATICHE

In questa sezione passiamo in rassegna le diverse buone pratiche incluse nel manuale (<https://retewhpbergamo.org/manuale/>) al momento della pubblicazione. L'elenco delle buone pratiche è infatti sottoposto ad aggiornamento periodico e cresce anche sulla base delle esperienze accumulate dalle aziende.

Non ci siamo limitati alla descrizione dei requisiti previsti per ciascuna buona pratica, ma abbiamo voluto racchiudere l'esperienza raccolta in questi anni dai luoghi di lavoro aderenti, con la speranza che chi legge possa farne tesoro ed evitare errori già commessi.

La formulazione di ciascuna buona pratica rappresenta il tentativo di raggruppare interventi talvolta eterogenei in categorie dai confini inevitabilmente discrezionali.

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Icone

Nelle schede seguenti vengono riportate, sotto il titolo di ogni buona pratica, alcune icone che richiamano caratteristiche importanti per la selezione degli interventi. Ne riportiamo di seguito la legenda.



Identifica buone pratiche che sono basate su solide evidenze, che prevedono significative modifiche del contesto, che richiedono il coinvolgimento dei lavoratori o comunque con impatto atteso rilevante. Nelle aree tematiche in cui esistono buone pratiche con queste caratteristiche almeno una deve essere scelta tra queste.



Identifica buone pratiche che possono prevedere dei costi per l'acquisto di servizi.



Identifica buone pratiche realizzabili anche in aziende o organizzazioni di piccole dimensioni.



Identifica buone pratiche collegate ad altre buone pratiche. Queste iniziative sono state pensate per essere abbinate ad altri interventi che ne migliorano l'efficacia, anche se l'abbinamento non è obbligatorio. Il numero della buona pratica collegata è indicato accanto all'icona.

Periodicità

Viene anche indicata la “**periodicità**” delle singole buone pratiche. Il concetto di periodicità è stato introdotto nell'ottica di una stabilizzazione del programma in un luogo di lavoro. Per poter fare in modo che un luogo di lavoro rimanga attivo a lungo termine su una particolare tematica occorre definire la frequenza con cui un intervento deve essere ripetuto per rimanere efficace. Infatti accanto a

interventi che modificano stabilmente il contesto di un luogo di lavoro ve ne sono altri che hanno un effetto limitato nel tempo. Un caso esemplare è rappresentato dalle campagne di comunicazione, che possono riuscire ad aumentare l'attenzione su un particolare argomento ma solo per un determinato periodo di tempo. Per queste buone pratiche viene indicato il periodo entro cui la buona pratica può essere ritenuta attiva e oltre quel periodo la buona pratica va ripetuta o sostituita con un'altra.

La definizione della durata rappresenta un compromesso tra l'efficacia ideale e altre valutazioni come l'accettabilità e la sostenibilità a lungo termine in un contesto lavorativo.

Possibili indicatori di processo

Dopo aver implementato una buona pratica le aziende hanno spesso l'esigenza di monitorarne il funzionamento. Prima ancora di stimare gli eventuali effetti sulla salute dei lavoratori è utile raccogliere qualche dato per valutare il processo, il gradimento e l'accoglienza da parte dei lavoratori. Nel paragrafo "possibili indicatori di processo" di ciascuna scheda suggeriamo alcuni dati che è possibile raccogliere senza eccessivi sforzi.

Come massimizzare l'efficacia

Nel paragrafo "Come massimizzare l'efficacia" di ciascuna scheda abbiamo voluto riassumere il risultato delle esperienze fatte nei luoghi di lavoro aderenti alla nostra Rete provinciale. Ci sembra un contributo utile per chi deve scegliere se e come realizzare una specifica buona pratica.

Allegati

Gli allegati sono strumenti utili per la realizzazione di una buona pratica.

Nell'insieme gli allegati costituiscono una paziente raccolta di indicazioni e materiali prodotti da istituzioni tecnico-scientifiche oppure realizzati dal team di coordinamento o dalle stesse aziende. Per la loro quantità ed estensione non è possibile riprodurli in una pubblicazione.

Tutti gli allegati citati nella formulazione delle buone pratiche sono scaricabili da: <https://retewhpbergamo.org/manuale/>



Buone pratiche Area Alimentazione

BUONA PRATICA 1.1

MENSA AZIENDALE CON REQUISITI SPECIFICI



1.4-1.5

Definizione

Mensa aziendale con le seguenti caratteristiche:

- Frutta e verdura presenti nel menù di tutti i pasti serviti in azienda (senza pagamenti aggiuntivi e non sostituibili con dolce o altri piatti)
- Intera offerta di pane e prodotti da forno con ridotto contenuto di sale (vedi dettagli in all.1A disponibile all'indirizzo https://retewhpbergamo.org/allegati_alimentazione/)
- Pane integrale sempre disponibile
- Sale iodato in sostituzione del sale marino non iodato.

Periodicità

Permanente.

Possibili indicatori di processo

Consumi (kg) di frutta, verdura, pane, pane integrale / n. di pasti serviti.

(Possono essere monitorati periodicamente, ad es. un giorno al mese o una settimana ogni 6 mesi).

Come massimizzare l'efficacia

Misura di semplice attuazione, poco costosa e di sicuro impatto sulle abitudini alimentari dei lavoratori, considerato che generalmente almeno un pasto al giorno viene consumato sul luogo di lavoro. Le abitudini apprese sul luogo di lavoro tendono inoltre ad essere trasferite a livello domestico.

Va pertanto raccomandata alle aziende che sono dotate di mensa interna, possibilmente in associazione a buone pratiche che favoriscono la corretta associazione dei piatti e la somministrazione di porzioni corrette (buone pratiche 1.4 e 1.5.)

Riferimenti

Antonioli L, Parodi D, Bianchi C, Schiavi M, Rota E. [A model of intervention on company canteens to promote healthy diet]. G Ital Med Lav Ergon. 2012 Jul-Sep;34(3 Suppl):443-5.

BUONA PRATICA 1.2

DISTRIBUTORI AUTOMATICI CON REQUISITI SPECIFICI



Definizione

Distributori automatici di alimenti e bevande con le seguenti caratteristiche:

- Frutta e verdura (possibilmente fresca e di stagione) sempre disponibile
- Presenza di almeno il 30% di alimenti conformi ai requisiti in all.1B
- Presenza nell'area dei distributori di cartelli che riportino la piramide alimentare (all.1C) e/o il decalogo INRAN per una sana alimentazione Italiana (all.1D) e/o il regolo per il calcolo del Body Mass Index (all.1H).

Presenza di un referente incaricato del controllo periodico del rispetto dei requisiti di cui all'*all.1B* e della segnalazione delle non conformità.

Periodicità

Permanente.

Possibili indicatori di processo

- Dati sui consumi (per i tipi di distributore in grado di tracciare tali informazioni)
- Dati sulle non conformità segnalate o pervenute al referente incaricato del controllo.

Come massimizzare l'efficacia

Buona pratica "impervia" ma utile dove vi siano le condizioni per attuarla e qualora non vi sia una mensa aziendale.

E' molto difficile garantire la formazione del personale addetto al rifornimento delle vending machines.

E' importante che venga identificata una persona in azienda (possibilmente con interesse al tema della nutrizione) a cui affidare il controllo periodico del rispetto dei requisiti da parte del rifornitore e della segnalazione delle non conformità. Comunque questo compito risulta per molte aziende oneroso.

La gestione della frutta fresca nei distributori è costosa, il che rischia di ostacolare la scelta da parte degli utenti a causa di un prezzo finale poco accessibile. In alcune aziende è stato valutato meno oneroso distribuire gratuitamente la frutta 1-2 volte alla settimana ai lavoratori.

La selezione dei prodotti con requisiti specifici andrebbe sovvenzionata (riduzione di prezzo) o quanto meno fortemente promossa (ad es. segnalando i prodotti con i requisiti dell'allegato 1B con talloncini, bollini, etichette, affissione di locandine con spiegazioni).

BUONA PRATICA 1.3

AREA DI REFEZIONE CON REQUISITI SPECIFICI



Definizione

Area refezione con:

- Frutta e/o verdura fresca di stagione disponibile almeno 3 giorni alla settimana
- Affissione di cartelli che riportino la piramide alimentare (all.1C), il decalogo INRAN (all.1D) e il regolo per il calcolo del BMI (all.1H)
- Presenza di forno a microonde ed eventualmente frigorifero.

Periodicità

Permanente.

Possibili indicatori di processo

- Controlli sulla regolarità della presenza di frutta e/o verdura
- Dati sui consumi di frutta e verdura.

Come massimizzare l'efficacia

Di semplice attuazione ma con effetto limitato sui comportamenti alimentari se non associata ad altri interventi. Questa pratica può rappresentare un'alternativa che rende più accessibile il consumo di frutta e verdura rispetto alla distribuzione mediante vending machines.

In alcune realtà in cui la frutta viene offerta gratuitamente si sono rese necessarie misure per evitare l'accaparramento, come distribuzione diretta della frutta da parte di un inserviente o inserimento della frutta in distributori automatici sofisticati programmati per erogare gratuitamente un solo pezzo di frutta ad ogni utente al giorno (mediante chiavetta personale).

Alcuni luoghi di lavoro hanno stipulato accordi con rivenditori locali che consegnano la frutta già suddivisa in sacchetti per i lavoratori.

BUONA PRATICA 1.4

INTERVENTI SULLE PORZIONI



1.1-1.5

Definizione

Interventi sulle porzioni che comprendano:

- Formazione di tutto il personale della mensa (ove presente) sulle porzioni corrette (materiale utile all.1E) e conseguente modifica delle porzioni offerte ai lavoratori.
- Esposizione nel locale mensa (ove presente) di cartelli sulle porzioni corrette (all. 1E)
- Iniziative di informazione sulle porzioni per i lavoratori con la partecipazione di almeno il 70% dei dipendenti.

Periodicità

Ogni 3 anni vanno ripetute la formazione e l'informazione.

Possibili indicatori di processo

Verifiche periodiche sulle porzioni fornite (es. 1 giorno al mese) e calcolo della percentuale di porzioni non conformi.

Come massimizzare l'efficacia

È una buona pratica raccomandata: gli aspetti quantitativi della nutrizione sono altrettanto importanti rispetto a quelli qualitativi. Particolarmente utile l'abbinamento con la buona pratica "Codice colore (1.5)" che affronta gli aspetti qualitativi della nutrizione. La metodologia che viene utilizzata per affrontare la tematica delle porzioni corrette (nella formazione, nella cartellonistica, nella comunicazione...) fa riferimento alla "Dietetica per volumi" (O. Sculati, 2003) che prevede di accostare la porzione corretta dei principali piatti consumati ad oggetti di uso comune. Questo permette di sviluppare abilità che rendono più sostenibile a lungo

termine il controllo delle quantità di alimenti introdotte, rispetto al tradizionale utilizzo di riferimenti espressi in peso.

Nella nostra esperienza per la realizzazione di questa pratica è fondamentale il supporto dei servizi che si occupano di alimenti e nutrizione all'interno del servizio sanitario pubblico. È importante istruire il personale della mensa a non entrare in conflitto con chi chiede porzioni di maggiori dimensioni rispetto a quelle raccomandate.

Riferimenti

1. Sculati O et al. Efficient prevention of overweight and obesity in the experience of family practitioners and "nutrition units" of the public health system in Lombardy]. Ann Ig. 2006 Jan-Feb;18(1):41-8.
2. Sculati O et al. New techniques in nutritional surveys and food educational programs: volumetric dietetics for portion size assessment. Ann Ig. 2003 Mar-Apr;15(2):135-46.

BUONA PRATICA 1.5

INIZIATIVA CODICE COLORE



1.1-1.4

Definizione

Iniziativa “Codice colore” nella mensa aziendale per orientare la scelta e gli abbinamenti dei piatti da parte dei lavoratori in base agli aspetti qualitativi (secondo le indicazioni in all.1F).

Periodicità

Permanente.

Possibili indicatori di processo

Valutazioni periodiche sul numero di vassoi che rispettano le indicazioni del codice colore (es. 1 giorno ogni 1-3 mesi).

Come massimizzare l'efficacia

Si tratta di una buona pratica Raccomandata.

Occorre evitare di adottare materiale che utilizza i colori con modalità diverse (es. è meglio non utilizzare contemporaneamente il codice colore WHP con i colori del piatto della Harvard School of Public Health², che associa aspetti qualitativi e porzioni) oppure per finalità diverse (es. i colori della frutta o della verdura in relazione al contenuto e alle proprietà degli alimenti come nell'iniziativa “Mangia a colori” del Ministero della Salute³) per evitare di generare confusione.

Dove la mensa non è presente è possibile stipulare accordi con aziende di catering che inviano il menu alla mattina e consegnano i piatti scelti in azienda a mezzogiorno, confezionati in monoporzioni. Sui menu distribuiti al mattino è possibile riportare il codice colore con le indicazioni per associare i piatti.

Riferimenti

1. Antonioli L, Parodi D, Bianchi C, Schiavi M, Rota E. [A model of intervention on company canteens to promote healthy diet]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2012 Jul-Sep;34(3 Suppl):443-5.
2. <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/italian/>
3. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_245_allegato.pdf

BUONA PRATICA 1.6

ATTIVITA' DEL MEDICO COMPETENTE



Definizione

Attività del medico competente che preveda:

- Misurazione sistematica ad ogni visita del peso corporeo e della circonferenza addominale alla vita (CV) con dato riportato in cartella sanitaria e di rischio
- Misurazione dell'altezza almeno una volta con dato riportato in cartella
- Calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) con dato riportato in cartella
- Inserimento dei dati aggregati su IMC e CV nella relazione periodica
- Trasmissione degli stessi dati (nel formato in all.1S) in fase di rendicontazione
- Minimal advice (MA) alimentare alle persone a rischio (secondo combinazione di IMC e CV) e/o consegna di materiale informativo sull'alimentazione e/o invio al dietologo o a centri specialistici dei casi con indicazione.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

- Dati richiesti nell'Allegato 1S forniti dal medico competente
- % di lavoratori con CV e IMC riportato in cartella / totale lavoratori visitati
- % di lavoratori a rischio che hanno ricevuto MA, materiale informativo, indicazione al trattamento specialistico.

Come massimizzare l'efficacia

Se il medico competente ha competenze e tempo può gestire situazioni di sovrappeso, utilizzando dati su BMI, CV, livelli di attività fisica praticata e, ove disponibile, bioimpedenziometria.

È importante che il medico disponga di un modello di intervento standardizzato, che permetta di fornire l'intervento e i consigli giusti a ciascun paziente, ad esempio ricorrendo a specifiche flow chart.

Persone con $BMI \geq 30$ andrebbero riferite a centri per il trattamento dell'obesità, così come i portatori di malattie endocrino-metaboliche andrebbero indirizzati a specialisti o alla gestione integrata tra cure primarie e ospedale.

Riferimenti

National Institute for Health and Care Excellence. Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults (NICE clinical guideline 189). November 2014. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg189>

BUONA PRATICA 1.7

BIOIMPEDENZIOMETRIA



1.6

Definizione

Utilizzo sistematico ad ogni visita di bilancia impedenziometrica con:

- Stampa e consegna del referto al lavoratore
- Conservazione dei dati nominali da parte del medico competente
- Inserimento dei dati aggregati (almeno % di massa grassa e BCM) nella relazione periodica
- Trasmissione degli stessi dati (nel formato in all. 1T) in fase di rendicontazione.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

% lavoratori che accettano la misurazione sul totale dei visitati nell'anno.

Come massimizzare l'efficacia

Le migliori bilance sono in grado di fornire istantaneamente valori come BMI, composizione corporea, distribuzione del grasso, circonferenza addominale. Inoltre permettono di stampare un referto con i valori misurati, i valori normali ed eventuali commenti/consigli del medico.

L'utilizzo della bilancia e la consegna del referto enfatizza il ruolo dei fattori di rischio legati all'alimentazione e al peso corporeo e aumenta l'efficacia di un eventuale counselling alimentare. Inoltre l'utilizzo di strumenti biomedicali aumenta la motivazione del

medico ad occuparsi dei fattori di rischio comportamentali.

Riferimenti

1. Dittmar M., Comparison of bipolar and tetrapolar impedance techniques for assessing fat mass, *Am J Hum Biol*, 16(5):593-7, 2004.
2. Signori M, Moretti R, Cremaschini M, Brembilla G, Franchin D. Assessment of body fat as a cardiovascular risk factor: a public health approach to Seriate A.O. Bolognini's Employees - WHP Project (Workplace Health Promotion). *G Ital Med Lav Ergon*. 2012 Jul-Sep;34(3 Suppl):205-7.
3. Sergi G, De Rui M, Stubbs B, Veronese N, Manzato E. Measurement of lean body mass using bioelectrical impedance analysis: a consideration of the pros and cons. *Aging Clin Exp Res*. 2016 Aug 27.

BUONA PRATICA 1.8

CONSULENZA INDIVIDUALE PER LA GESTIONE DEL PESO



1.6

Definizione

Disponibilità in azienda di un professionista abilitato per la gestione individuale del peso corporeo e l'acquisizione di comportamenti alimentari corretti, con:

- Attività coordinata con il Medico Competente
- Gestione di almeno il 10% dei casi di sovrappeso
- Invio a centri specialistici di soggetti con BMI \geq 30 o patologie specifiche
- Trasmissione di un report di attività (formato in all.1U) in fase di rendicontazione.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

- % soggetti sovrappeso seguiti (sul totale fornito dal medico competente)
- N. medio di sedute per lavoratore
- % di lavoratori che sono rientrati nella categoria normopeso, che hanno ridotto il peso corporeo o che hanno mantenuto il normopeso a distanza di 6 e 12 mesi.
- Dati di gradimento.

Come massimizzare l'efficacia

La collaborazione col medico competente rappresenta un valore aggiunto sia per la possibilità di scambiare dati, sia per la possibilità di inviare soggetti identificati con BMI elevato durante la sorveglianza sanitaria al servizio di consulenza alimentare.

Riferimenti

1. Washburn RA, Szabo AN, Lambourne K, et al. Does the method of weight loss effect long-term changes in weight, body composition or chronic disease risk factors in overweight or obese adults? A systematic review. *PLoS One*. 2014;9(10):e109849.
2. Kushner RF. Clinical assessment and management of adult obesity. *Circulation*. 2012;126(24):2870-2877.

BUONA PRATICA 1.9

ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE



1.1-1.2-1.3

Definizione

Attività di comunicazione (vedi all.1N) con messaggi promozionali sull'alimentazione con almeno 2 delle seguenti modalità:

- Affissione di Manifesti (es. all.1L): almeno 1 ogni 70 dipendenti nei luoghi a maggior frequentazione
- Consegna di materiale promozionale (vedi all.1M, 1Q, 1R) a tutti i dipendenti;
- Messaggi sulle tovagliette della mensa aziendale (durata almeno 6 mesi - vedi all.1I);
- Allegati alle buste paga (almeno 5 messaggi in mesi diversi - vedi all.1G, all.1L e 1M).
- Attivazione del servizio di messaggistica sulla corretta alimentazione "Una Mail al giorno" (www.unamailalgiorno.it) da parte di almeno il 20% dei lavoratori o altro servizio email o SMS con: durata del percorso di almeno 2 mesi, almeno 20 messaggi totali, validazione del contenuto da parte di un'istituzione pubblica o scientifica del settore o approvazione dell'ATS territorialmente competente.

Periodicità

Ogni 3 anni.

Possibili indicatori di processo

Possono essere chiesti feedback e suggerimenti con modalità diverse (questionari anonimi, indirizzo email dedicato, survey online compilabili da smartphone o PC...).

Come massimizzare l'efficacia

Le campagne di comunicazione possono sembrare una buona pratica di semplice realizzazione ma sono in realtà tra gli interventi più complessi. Vanno progettate secondo precisi criteri per poter avere qualche effetto. Raccomandiamo riferirsi a strumenti come quelli di EU-OSHA¹ e DORS², che sintetizzano gli elementi essenziali per una campagna informativa efficace sui temi della salute.

Dal punto di vista dei contenuti della campagna si sconsiglia vivamente di improvvisare o di inventare: il tema dell'alimentazione è infatti particolarmente delicato e l'interpretazione dei risultati delle ricerche sull'argomento richiede una solida preparazione scientifico-metodologica.

È possibile utilizzare i materiali del percorso sull'alimentazione del servizio *Una mail al giorno* che è stato realizzato da un gruppo di specialisti dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione di diverse ASL Lombarde e che è in grado di inviare messaggi email periodici sull'alimentazione protettiva (2-3 messaggi alla settimana). Gli utenti possono iscriversi dal sito www.unamailalgiorno.it. In alternativa è possibile ricorrere ai numerosi strumenti messi a disposizione tra gli Allegati dell'area Alimentazione del sito web del programma: https://retewhpbergamo.org/allegati_alimentazione/.

Riferimenti

1. EU-OSHA, Factsheet 17 - Comunicare il messaggio: campagna sulla salute e sicurezza. Disponibile all'indirizzo: <https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/factsheets/17/view>
2. DORS, Il modello ACME (Audience-Channel-MessageEvaluation) per l'elaborazione di Campagne di Comunicazione per la Salute" disponibile all'indirizzo: http://www.dors.it/cosenostre/testo/201305/Audience_ott.pdf



Buone pratiche Area Fumo

BUONA PRATICA 2.1

PERCORSI DI DISASSUEFAZIONE



2.5

Definizione

Offerta di percorso di disassuefazione ai lavoratori fumatori (preferibilmente in azienda) con le seguenti caratteristiche:

- Durata di almeno 9 incontri e metodologia come da linee guida in all.2A o altre riconosciute dall'ATS competente;
- Provider approvato dall'ATS competente;
- Trasmissione all'ATS dei tassi di cessazione a 6 mesi e 1 anno.

Periodicità

Ogni 3 anni. A seconda delle dimensioni dell'azienda l'opportunità di un ulteriore trattamento può presentarsi in tempi più o meno ravvicinati.

Possibili indicatori di processo

- % di partecipanti (rispetto al numero stimato di fumatori).
- % astinenti a fine corso, a 6 mesi e a 1 anno.

Come massimizzare l'efficacia

I trattamenti di gruppo sono molto efficaci nel medio termine. Nella nostra esperienza la media degli astinenti a un anno supera il 35% dei presenti al primo incontro. Le dinamiche relazionali stabili e quotidiane dell'ambiente di lavoro amplificano l'effetto di stimolo offerto dai normali gruppi di trattamento. Lo svolgimento del trattamento sul luogo di lavoro, specie se in orario di servizio, facilita la partecipazione, ma è necessario selezionare i fumatori realmente motivati a smettere, anche utilizzando questionari

specifici (es. test di Marino somministrato dal Medico Competente o dal conduttore). La presenza nel gruppo di persone non motivate rappresenta un danno per gli altri partecipanti, riduce l'efficacia complessiva del trattamento e va pertanto il più possibile evitata. Tra le modalità di selezione sperimentate con successo riportiamo l'invito personale da parte del medico competente a fumatori individuati in base agli score dei test motivazionali, alla presenza di esposizioni professionali con effetto sinergico o additivo rispetto al fumo di tabacco, di patologie che possono essere aggravate dal fumo o di altri fattori di rischio per malattie fumo correlate. Gruppi a partecipazione obbligatoria o pesantemente spinta da parte dei vertici aziendali sono votati al fallimento. Mantenere una forma di impegno economico per il lavoratore (come compartecipazione ai costi organizzando il trattamento fuori orario di lavoro) consente di creare una sorta di "filtro" rispetto ai dipendenti meno motivati a smettere di fumare. In questo caso si possono adottare misure per abbattere la barriera economica: abbiamo a questo proposito esempi di aziende che hanno fatto pagare l'iscrizione al trattamento al lavoratore ma si sono impegnate a restituire la quota di partecipazione (in alcuni casi raddoppiata) ai fumatori astinenti a 6 mesi o a un anno. Se le dimensioni dell'azienda non permettono la presenza di almeno una decina di partecipanti è possibile associarsi con altre aziende del territorio.

Riferimenti

1. Franchin D, Cremaschini M, Moretti R, Sarnataro F, Luzzana G, Brembilla G, Barbaglio G. [Courses for smoking cessation in the workplaces: results and opportunities]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2012 Jul-Sep;34(3 Suppl):437-9.
2. Leeks KD, Hopkins DP, Soler RE, Aten A, Chattopadhyay SK, Task Force on Community Preventive Services. Worksite-based incentives and competitions to reduce tobacco use: a systematic review. *Am J Prev Med* 2010;38(2S):263-274.
3. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations for worksite-based interventions to improve workers' health. *Am J Prev Med* 2010;38(2S):232-236.

BUONA PRATICA 2.2

POLICY DI AZIENDA LIBERA DAL FUMO



2.3

Definizione

Policy interna di “azienda libera dal fumo” scritta, diffusa e attuata dopo adeguato percorso di condivisione e preparazione (secondo indicazioni in all.2C).

Periodicità

Permanente.

Possibili indicatori

- N. infrazioni segnalate all’anno
- N. provvedimenti disciplinari all’anno
- Verifica periodica mediante check list del rispetto dei diversi requisiti previsti (consegna del documento ai neoassunti, affissione del documento in luoghi frequentati, assenza di mozziconi nelle aree aperte e sui balconcini, assenza di odore di fumo in bagni, ripostigli e aree isolate...)
- Somministrazione di questionari anonimi ai lavoratori sul rispetto della policy da parte di colleghi e superiori.

Come massimizzare l’efficacia

Buona pratica efficace ma impegnativa e gravata dal rischio di generare conflitti e contestazioni da parte dei fumatori, almeno nei primi mesi dopo l’entrata in vigore.

Deve essere gestita come un percorso partecipato e come un intervento che ha come obiettivo la salute (e non, ad esempio, la produttività attraverso la riduzione delle pause). Richiede generalmente circa un anno di lavoro.

È importante fornire il maggior numero di occasioni gratuite o agevolate per smettere di fumare nell’anno precedente all’entrata in vigore della policy.

Riferimenti

Hopkins DP, Razi S, Leeks KD, Priya Kalra G, Chattopadhyay SK, Soler RE; Task Force on Community Preventive Services. Smokefree policies to reduce tobacco use. A systematic review. Am J Prev Med. 2010 Feb;38(2 Suppl): S275-89.

BUONA PRATICA 2.3

ATTIVITA' DEL MEDICO COMPETENTE



Definizione

Attività del Medico Competente aziendale che preveda:

- Formazione del Medico al minimal advice ai fumatori (Corso riconosciuto dall'ATS, anche in Formazione A Distanza);
- Esecuzione regolare del minimal advice durante le visite (materiale utile in all. 2D);
- Consegna sistematica di materiale informativo ai fumatori visitati (all. 2H) che includa indirizzi e recapiti dei servizi antifumo del SSR presenti sul territorio dell'ATS di competenza;
- Valutazione di tutti i fumatori visitati nell'anno mediante test di West (all. 2H) o in alternativa test di Fagerstrom + test di Marino (all. 2I); inserimento del risultato dei test nelle cartelle sanitarie e inserimento del dato sulla prevalenza dei fumatori tra i visitati nella relazione periodica e trasmissione degli stessi dati contestualmente alla rendicontazione annuale WHP (secondo all. 2E).

Periodicità

Ogni 5 anni la formazione. Ogni anno le altre attività.

Possibili indicatori di processo

- N. di lavoratori fumatori visitati nell'anno.
- Dati aggregati su score di motivazione a smettere e dipendenza da nicotina dei fumatori visitati.
- N. lavoratori fumatori alla visita precedente che hanno smesso di fumare.

Questi dati possono anche essere inseriti nella relazione periodica del Medico Competente insieme alla prevalenza di fumatori tra i visitati.

Come massimizzare l'efficacia

La Buona Pratica è efficace, tuttavia richiede disponibilità e formazione da parte del medico competente. Inoltre il tempo medio delle visite periodiche può aumentare di un tempo stimato nell'ordine del 5% complessivamente (+20% per ciascun fumatore).

Per facilitare la formazione dei medici competenti vengono organizzati ogni anno dall'ATS di Bergamo corsi in formazione a distanza sulla valutazione del lavoratore fumatore e il minimal advice nei contesti opportunistici.

Riferimenti

Cremaschini M, Moretti R, Brembilla G, Zottola G, Franchin D, Noventa A, Luzzana G, Pesenti B, Belotti L, Barbaglio G. [The role of the factory doctor in the health promotion of workers: the experience of the "WHP Bergamo" network]. G Ital Med Lav Ergon. 2012 Jul-Sep;34(3 Suppl):434-6.

BUONA PRATICA 2.4

CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE



Definizione

Campagna di comunicazione e informazione (secondo indicazioni in all.2H) con almeno 2 delle 3 seguenti opzioni:

1. Manifesti sul tabacco (materiale utile in all.2F): almeno 1 ogni 70 lavoratori;
2. Incontro di sensibilizzazione in azienda con la partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti fumatori (materiale utile in all.2G) che preveda:
 - distribuzione di materiale informativo (es. diari del fumatore, carte del rischio, questionari sulla motivazione a smettere e la dipendenza da nicotina, indirizzi dei centri di trattamento pubblici, numeri di telefono delle quit line...)
 - illustrazione delle strategie efficaci per smettere di fumare, della metodologia dei trattamenti di gruppo e delle modalità di attivazione dei servizi di messaggistica di supporto
 - misurazione volontaria del monossido di carbonio nell'esperto (dove possibile)
3. Concorso "Smetti e vinci" aziendale secondo le modalità riportate nell'all.2B.

Periodicità

Ogni 3 anni.

Possibili indicatori

- N. fumatori (e % sul totale) presenti agli incontri di sensibilizzazione
- Per il concorso Smetti e vinci: % di aderenti, (rispetto al numero stimato di fumatori) e % astinenti a fine concorso, a 6 mesi e a 1 anno.

Come massimizzare l'efficacia

E' importante che la campagna sul fumo di tabacco sia vissuta come un'opportunità. È bene quindi cercare di essere il più possibile propositivi, evitando l'identificazione, la stigmatizzazione dei fumatori e iniziative coercitive. È utile ricordare che iniziative riservate ai soli fumatori possono essere promosse efficacemente in modo personale e mirato da parte del Medico Competente.

I concorsi *Smetti e vinci* sono iniziative scarsamente efficaci (se non associate ad altre) poiché agiscono solo sulla ristretta fascia di fumatori che si trovano già in fase decisionale nel ciclo del cambiamento. Possono avere un valore come forma di coinvolgimento, sensibilizzazione e comunicazione sulla tematica; per questo motivo è importante che si utilizzino per fare campagne antitabagiche momenti come la raccolta delle iscrizioni, l'avvio del concorso e la premiazione.

Riferimenti

1. EU-OSHA, Factsheet 17 - Comunicare il messaggio: campagna sulla salute e sicurezza, disponibile all'indirizzo: <https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/factsheets/17/view>
3. DORS, Il modello ACME (Audience-Channel-MessageEvaluation) per l'elaborazione di Campagne di Comunicazione per la Salute" disponibile all'indirizzo:
http://www.dors.it/cosenostre/testo/201305/Audience_ott.pdf
4. Leeks KD, Hopkins DP, Soler RE, Aten A, Chattopadhyay SK, Task Force on Community Preventive Services. Worksite-based incentives and competitions to reduce tobacco use: a systematic review. *Am J Prev Med* 2010;38(2S):263-274.
5. <http://www.thecommunityguide.org/tobacco/incentives.html>

BUONA PRATICA 2.5
ATTIVAZIONE DI SISTEMI DI MESSAGGISTICA
MOTIVAZIONALE
O DI SUPPORTO ALLA CESSAZIONE



2.1-2.2

Definizione

Offerta di un servizio di messaggistica di sostegno a distanza (es. servizi “una Mail al giorno o iCoach) con attivazione da parte di almeno il 10% dei dipendenti fumatori.

Periodicità

Ogni tre anni.

Possibili indicatori

N. lavoratori iscritti ai programmi di messaggistica.

Come massimizzare l'efficacia

Pratica di semplice attuazione ma che implica una forte motivazione del lavoratore, che dovrebbe scegliere di attivarsi autonomamente il percorso accedendo ad un sito web.

L'efficacia stimata di percorsi di messaggistica orientati a sostenere un tentativo di cessazione si aggira intorno al 10% di cessazioni all'anno, che comunque corrisponde ad un aumento di 3 volte del tasso spontaneo di cessazione.

A differenza di percorsi di messaggi su altre tematiche di salute (come l'alimentazione e l'attività fisica) nell'ambito degli interventi sul tabagismo è sconsigliabile che vi sia una attivazione del servizio senza esplicita richiesta o il consenso dell'utente. In particolare messaggi che presuppongono che vi sia già la

determinazione a smettere in genere irritano i fumatori che non sono in una fase così avanzata del ciclo motivazionale.

Occorre pertanto limitarsi a promuovere il servizio fornendo in modo chiaro tutte le indicazioni perché il fumatore possa attivarlo in modo autonomo quando si sente pronto. Un'alternativa che aumenta decisamente l'efficacia dell'intervento è l'attivazione del servizio con la mediazione del Medico Competente dopo valutazione dello stadio motivazionale.

E' possibile comunque diffondere messaggi generici e rivolti a tutti (ad esempio tramite bacheche aziendali) che abbiano l'obiettivo di aumentare la motivazione e di far riflettere sui benefici della cessazione.

Riferimenti

Guerriero C, Cairns J, Roberts I, Rodgers A, Whittaker R, Free C. The cost-effectiveness of smoking cessation support delivered by mobile phone text messaging: Txt2stop. Eur J Health Econ. 2013 Oct;14(5):789-97.



Buone pratiche Area Attività fisica

BUONA PRATICA 3.1

SPAZI O STRUTTURE PER PRATICARE ATTIVITA' FISICA



Definizione

Creazione di una o più delle seguenti strutture per svolgere attività fisica all'interno dell'azienda: campo da calcetto, da pallavolo, da tennis, tavoli da ping-pong, palestra, percorsi jogging, spogliatoi con docce, accessibili a tutti i dipendenti.

Periodicità

Permanente.

Possibili indicatori

Numero di lavoratori che utilizzano gli spazi.

È importante tenere traccia della mansione (o del livello professionale) degli utilizzatori per identificare problemi di accesso selettivo.

Come massimizzare l'efficacia

Intervento che generalmente comporta dei costi ma che non garantisce automaticamente l'incremento dei livelli medi di attività fisica praticati.

È importante effettuare un'analisi preliminare del numero dei lavoratori potenzialmente interessati ad utilizzare realmente le strutture. Una palestra attrezzata, in particolare, è un intervento molto costoso e utilizzato da un numero solitamente limitato di lavoratori e tipicamente da quadri e impiegati. La partecipazione può essere aumentata di molto mettendo a disposizione un trainer in fasce orarie specifiche (prima o dopo i turni di lavoro o in pausa pranzo).

Riferimenti

1. Anderson LM et al. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med* 2009;37(4):340-357.
2. Task Force on Community Preventive Services. A recommendation to improve employee weight status through worksite health promotion programs targeting nutrition, physical activity, or both. *Am J Prev Med* 2009;37(4):358-359.

BUONA PRATICA 3.2

PROMOZIONE DELL'USO DELLA BICICLETTA PER GLI SPOSTAMENTI CASA-LAVORO



Definizione

Promozione dell'uso della bicicletta nei viaggi casa-lavoro con creazione di parcheggio coperto per le biciclette e almeno 2 delle seguenti azioni:

- Affissione di mappe con l'indicazione dei percorsi ciclabili più sicuri per giungere sul posto di lavoro dai Comuni limitrofi;
- Iniziativa di informazione o comunicazione sulla bicicletta come mezzo per recarsi al lavoro che includa i vantaggi e consigli per la sicurezza (materiale utile in all.3E) che includa l'affissione di manifesti che promuovono l'uso della bicicletta per venire al lavoro nei parcheggi per le auto dei dipendenti;
- Incentivi o premi ai dipendenti (es. oggetti utili al ciclista: ferma pantaloni, bretelle o giubbetti ad alta visibilità, palette per portapacchi, luci, catarifrangenti per ruote, caschetti...).

Periodicità

Permanente il parcheggio con manifesti e incentivi
Ogni 5 anni le iniziative di informazione.

Possibili indicatori di processo

Numero lavoratori che vengono al lavoro in bicicletta.

Esempi:

- Conteggio delle biciclette nel parcheggio (es. 1 giorno al mese) e registrazione in tabelle/grafici
- Indagine ad hoc sui luoghi di provenienza degli utilizzatori assidui con calcolo Km percorsi, MET relativi, e guadagno in salute stimato).

Come massimizzare l'efficacia

L'impatto importante per chi aderisce scegliendo di utilizzare la bicicletta come mezzo di spostamento quotidiano. Ma generalmente l'adesione riguarda numeri non elevati di lavoratori. Raggiungere il 5% di lavoratori che vengono al lavoro in bicicletta può essere già considerato un successo.

Riferimenti

1. Global Advocacy for Physical Activity, Carta di Toronto per l'attività fisica, maggio 2010
2. Angelo Martino et al. Promuovere l'uso della bicicletta. Parlamento Europeo, Direzione generale delle Politiche interne dell'Unione, 2010

BUONA PRATICA 3.3

CONVENZIONI E INCENTIVI PER LA PRATICA DI ATTIVITA' FISICA



Definizione

Convenzioni o incentivi premiali che riguardino abbonamenti per palestre, piscine o centri sportivi e/o l'acquisto di attrezzature o abbigliamento sportivo.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

Rilevazione periodica (es. semestrale) del numero di lavoratori che hanno beneficiato delle convenzioni e della frequenza media mensile di utilizzo.

Come massimizzare l'efficacia

Intervento poco costoso ma ad elevato rischio di inefficacia. Non sono infrequenti casi in cui vengono attivate convenzioni con successiva scarsa adesione da parte dei lavoratori. Possono essere maggiormente efficaci interventi mirati, selezionati dopo analisi del numero di potenziali fruitori, con una rilevante sovvenzione sul costo dell'abbonamento o con un periodo iniziale gratuito (al termine del quale viene comunque generalmente registrato un calo di utenti).

BUONA PRATICA 3.4
CONTAPASSI, DISPOSITIVI PER MISURARE L'ATTIVITA'
FISICA
CON MODALITA' DI COMPETIZIONE E STIMOLO
SOCIALE



Definizione

Distribuzione di Contapassi, bracciali o altri dispositivi per misurare l'attività fisica praticata ad almeno il 70% del personale con specifico materiale informativo di accompagnamento (vedi all. 3C) e almeno una delle seguenti azioni:

- Iniziative premiali per chi compie più passi
- Competizioni tra reparti, uffici, sedi aziendali
- Iniziative di informazione con istruzioni su come utilizzare Siti web o App per tenere traccia dei passi compiuti e ricevere feedback sulla propria attività e i propri progressi.

Periodicità

Ogni anno (Gare e premi)

5 anni (informazione).

Possibili indicatori di processo

- Analisi dei dati registrati dai device (indispensabile per gare e premi) o dei dati inseriti attivamente dai lavoratori in siti o app
- Questionari per verificare l'incremento di attività fisica praticata (es. IPAQ prima e al termine della competizione).

Come massimizzare l'efficacia

Effetto generalmente limitato nel tempo per la semplice distribuzione di contapassi.

L'effetto può essere aumentato grazie all'azione sinergica della BP

3.5 (Campagna di comunicazione). E' possibile aumentare la durata dell'effetto introducendo forme di competizione tra reparti, uffici o sedi aziendali. Questo richiede tuttavia l'utilizzo di dispositivi più sofisticati e ancora relativamente costosi, in grado di registrare e trasmettere i livelli di attività compiuta a database online e di restituire risultati, confronti e classifiche in tempo reale. Oppure, in alternativa, è possibile ricorrere ad App gratuite per i più comuni smartphone, la cui diffusione tra i lavoratori è in rapida crescita ma ancora molto diversa nelle diverse tipologie di aziende. Per sfruttare questa opzione più economica esistono risorse web (sempre gratuite) per organizzare sfide e gare: permettono di raccogliere i passi o le distanze registrate con le App gratuite già disponibili e elaborano classifiche visibili online dai partecipanti. Segnaliamo ad esempio il sito www.challangerunner.com (disponibile anche in italiano) o il sito <https://runningheroes.com> (solo in inglese).

Le competizioni possono avere anche una durata limitata come ad esempio un mese all'anno.

È importante fornire feedback ai lavoratori sull'attività svolta durante le competizioni (con risultati e classifiche parziali anche aggregate per reparti e uffici) per stimolare il raggiungimento degli obiettivi e la partecipazione.

Riferimenti

1. Bassett DR Jr et Al.: A Review of Measurement Considerations and Health-Related Applications. Sports Med. 2016 Dec 22.
2. Qiu S et Al.: Step Counter Use and Sedentary Time in Adults: A Meta-Analysis. Medicine (Baltimore). 2015 Sep;94(35):e1412. Review.

BUONA PRATICA 3.5

CAMPAGNA INFORMATIVA



Definizione

Campagna informativa interna sulla Promozione dell'attività fisica che preveda almeno 3 delle seguenti azioni:

- Affissione, in corrispondenza degli ascensori (ove presenti) di cartelli che incentivino l'uso delle scale (materiale utile in all.3A);
- Affissione di manifesti promozionali in azienda (almeno 1 ogni 60 dipendenti in luoghi ad elevata frequentazione);
- Utilizzo di messaggi di promozione dell'attività fisica via email (es. www.unamailalgiorno.it), in busta paga (almeno 3 all'anno), sulle tovagliette coprivassoio della mensa (per almeno 3 mesi all'anno) o altri mezzi tra quelli elencati in all.3D (Materiale utile in all.3B).
- Pubblicizzazione degli eventi sportivi per tutti che si svolgono nella zona (almeno 6 eventi proposti all'anno).

Periodicità

Ogni 3 anni i messaggi in busta paga o le tovagliette per la mensa. I cartelli e i manifesti devono rimanere sempre affissi ma è necessario sostituirli con messaggi diversi almeno ogni 3 anni per evitare l'inevitabile effetto di assuefazione al messaggio.

Possibili indicatori di processo

- Questionari (ad esempio un mese dopo l'affissione dei cartelli all'ingresso degli ascensori) per valutare quante persone hanno notato i cartelli e quanti hanno scelto le scale grazie ai cartelli.
- Raccolta di feedback sul reale incremento dell'attività fisica a seguito della campagna (anche utilizzando questionari validati come IPAQ o GPAQ).

- N. di eventi promossi all'anno
- N. di lavoratori che partecipano alle iniziative sportive pubblicizzate.

Come massimizzare l'efficacia

I cartelli che promuovono l'utilizzo delle scale sono di provata efficacia. Per l'organizzazione di una campagna informativa in tema di salute si rimanda ai principi generali elencati nei documenti riportati come riferimenti 3 e 4.

Riferimenti

1. Soler RE, Leeks KD, Ramsey Buchanan L, et al. Point-of-decision prompts to increase stair use: a systematic review update. *Am J Prev Med* 2010;38(2S):292-300.
2. Task Force on Community Preventive Services. Recommendation for use of point-of-decision prompts to increase stair use in communities. *Am J Prev Med* 2010;38(2S):290-291.
3. EU-OSHA, Factsheet 17 - Comunicare il messaggio: campagna sulla salute e sicurezza, disponibile all'indirizzo: <https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/factsheets/17/view>
4. DORS, Il modello ACME (Audience-Channel-MessageEvaluation) per l'elaborazione di Campagne di Comunicazione per la Salute" disponibile all'indirizzo:
http://www.dors.it/cosenostre/testo/201305/Audience_ott.pdf

BUONA PRATICA 3.6

EVENTI SPORTIVI



Descrizione

Iniziative sportive interne (tornei, marce non competitive, biciclettate...). Almeno 2 eventi l'anno.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

N. dipendenti partecipanti agli eventi.

Come massimizzare l'efficacia

Queste iniziative saltuarie non hanno un grande impatto sulla salute, ma hanno l'obiettivo di sensibilizzare sull'importanza dell'attività fisica e possono contribuire anche al team building e al miglioramento del clima aziendale. Per incentivare la partecipazione agli eventi sportivi aziendali può essere utile aprire l'evento anche ai familiari dei dipendenti o organizzare manifestazioni, tornei o competizioni con altre aziende del territorio.

Per aumentare l'effetto è utile organizzare programmi di allenamento in preparazione all'evento sportivo.

Per favorire il mantenimento dell'attività fisica oltre gli eventi aziendali può essere utile pubblicizzare altre iniziative simili organizzate nella zona lungo tutto l'anno, individuando qualche lavoratore che partecipa e che può fare da riferimento per chi vuole aggregarsi.

È importante avere particolare attenzione a non escludere la quota di lavoratori sedentari (che dovrebbero essere il target

principale di queste iniziative). Si consiglia pertanto di preferire attività accessibili a tutti (camminate, pedalate lente, corse non competitive...) lasciando le imprese "eroiche" agli sportivi più allenati.

Una menzione particolare meritano iniziative costituite da più appuntamenti nell'arco di 1-3 mesi con l'obiettivo di avviare una popolazione sedentaria alla pratica di una disciplina sportiva (come la corsa o il nordic walking). A livello locale da qualche anno ha riscosso un notevole successo di partecipazione l'iniziativa "Da zero a diecimila" organizzata da un'associazione podistica che ha previsto una serie di sedute di preparazione di intensità progressiva per portare persone non allenate a correre una gara di 10 km.

BUONA PRATICA 3.7

ATTIVITA' FISICA DI GRUPPO IN AZIENDA



Definizione

Attività fisica di gruppo in azienda: almeno 1 ora 1 volta alla settimana per almeno 9 mesi l'anno con la partecipazione di almeno il 5% del personale (es. gruppo di cammino aziendale con walking leader identificato, training di gruppo con trainer formato, nordic walking...).

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

- N. dipendenti partecipanti alle attività, all'inizio (aderenti) e alla fine dei corsi (persone che portano a termine il percorso)
- Raccolta di feedback sul reale incremento dell'attività fisica a seguito della campagna (anche utilizzando questionari validati come IPAQ o GPAQ).

Come massimizzare l'efficacia

Buona pratica efficace. Può arrivare ad incrementare in modo rilevante i livelli medi di attività fisica praticata dal gruppo di lavoratori partecipanti. Se si sceglie di attivare corsi in pausa pranzo è importante scegliere attività semplici, che non implicino l'utilizzo di indumenti particolari, che non comportino un eccessivo sforzo fisico, soprattutto se l'azienda non dispone di spogliatoi attrezzati con docce.

Per molti tipi di attività non è necessaria una palestra attrezzata ma è sufficiente un locale ampio e areabile come una sala riunioni o una sala polifunzionale.

Sebbene l'ideale sarebbe introdurre anche momenti di attività fisica ad intensità più elevata è dimostrato che qualunque incremento di attività fisica apporta benefici su morbidità e mortalità.

Riferimenti

1. Emily B. Kahn et al. and the Task Force on Community Preventive Services. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity. A Systematic Review. Am J Prev Med 2002;22(4S)
2. Wen CP et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. Lancet. 2011 Oct 1;378(9798):1244-53.

BUONA PRATICA 3.8

ATTIVITA' DEL MEDICO COMPETENTE



Definizione

Utilizzo sistematico da parte del medico competente di bilancia impedenziometrica e/o questionario IPAQ (all.3F) o altri strumenti validati per misurare i livelli di attività fisica praticata e/o i suoi effetti con:

- Registrazione in cartella dei risultati
- Consegna al lavoratore dei dati rilevati con commento e indicazione all'aumento dell'attività fisica ove necessario
- Counselling motivazionale ai lavoratori a rischio con indicazioni sulle opportunità aziendali e del territorio per aumentare l'attività fisica.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

- Dati forniti dal medico competente sui livelli di attività fisica praticati:
- % dei lavoratori totalmente sedentari
- % dei lavoratori con attività fisica insufficiente (<2,5 ore alla settimana di attività fisica moderata)
- % N lavoratori con dati sui livelli di attività fisica praticata registrati in cartella sanitaria e di rischio / totale lavoratori visitati nell'anno
- N lavoratori a rischio individuati e sottoposti a intervento di counselling specifico / totale lavoratori visitati nell'anno

Come massimizzare l'efficacia

La bilancia impedenziometrica è uno strumento in grado di fornire molte informazioni utilissime per effettuare un counselling

mirato. Tutte le persone anche normopeso ma con percentuali di massa grassa eccedente i valori desiderati dovrebbero ricevere una raccomandazione a svolgere più attività fisica. Le migliori bilance sono in grado di fornire istantaneamente valori come BMI, composizione corporea, distribuzione del grasso, circonferenza addominale. Inoltre permettono di stampare un referto con i valori misurati, i valori normali e i commenti/consigli del medico. La consegna al lavoratore di un referto con annesse indicazioni "terapeutiche" aumenta l'efficacia del counselling. Infine l'utilizzo di strumenti biomedicali aumenta la motivazione del medico nel perseverare nell'attività - spesso ingrata - di occuparsi dei fattori di rischio comportamentali.

Il questionario IPAQ è uno tra gli strumenti validati maggiormente diffusi a livello internazionale per ricerca e per uso clinico. Permette di quantificare l'attività fisica in modo abbastanza preciso nonostante la sua brevità e fornisce esito quantitativo in MET. L'utilizzo sistematico di questo strumento, con trascrizione del risultato in cartella enfatizza l'importanza di porsi come obiettivo il raggiungimento dei livelli raccomandati di attività fisica e permette di individuare i miglioramenti nel tempo e di rinforzarli.

Riferimenti

1. Dittmar M., Comparison of bipolar and tetrapolar impedance techniques for assessing fat mass, *Am J Hum Biol*, 16(5):593-7, 2004.
2. Signori M, Moretti R, Cremaschi M, Brembilla G, Franchin D. Assessment of body fat as a cardiovascular risk factor: a public health approach to Seriate A.O. Bolognini's Employees - WHP Project (Workplace Health Promotion). *G Ital Med Lav Ergon*. 2012 Jul-Sep;34(3 Suppl):205-7.
3. Sergi G, De Rui M, Stubbs B, Veronese N, Manzato E. Measurement of lean body mass using bioelectrical impedance analysis: a consideration of the pros and cons. *Aging Clin Exp Res*. 2016 Aug 27.



Buone Pratiche Area Sicurezza stradale e mobilità sostenibile

BUONA PRATICA 4.1

ACQUISTO DI VEICOLI AZIENDALI CON I MASSIMI STANDARD DI SICUREZZA



Definizione

Criteri scritti per l'acquisto dei nuovi veicoli aziendali che prevedano le migliori dotazioni di sicurezza per la fascia del veicolo: 5 stelle nei crash test, Airbag anche laterali, ABS, ESP, bluetooth, Cruise control, sistemi di sicurezza attiva (come riconoscimento della stanchezza, rilevamento dei veicoli anteriori, avviso per cambio involontario di corsia, frenata di emergenza anti collisione multipla, mantenimento automatico della distanza di sicurezza).

Periodicità

Permanente.

Possibili indicatori di processo

% di auto con requisiti specifici

N. di auto sottoposte ad installazione di dispositivi e interventi di adeguamento agli standard.

Come massimizzare l'efficacia

Gli standard di sicurezza delle vetture evolvono piuttosto rapidamente. È importante aggiornare periodicamente la lista dei requisiti alle più recenti acquisizioni tecnologiche per evitare che divenga obsoleta inficiando l'utilità dell'intervento.

BUONA PRATICA 4.2

FORMAZIONE E PROCEDURE



Definizione

Procedura scritta per l'utilizzo dei veicoli che preveda:

- Limite di velocità uguale o inferiore a 20 km orari per gli spostamenti su tutta l'area dell'insediamento aziendale
- Informazione / formazione periodica per i conducenti di veicoli aziendali oltre gli obblighi di legge
- Interventi tecnologici per la sicurezza (es. "scatola nera" per la registrazione dei comportamenti alla guida, alcolimetro disponibile su tutti i mezzi, sistemi di geolocalizzazione...).

Periodicità

Permanente.

Ogni 4 anni la formazione.

Possibili indicatori di processo

Verifiche periodiche del rispetto delle procedure

Valutazione della formazione.

BUONA PRATICA 4.3

CONTROLLO E MANUTENZIONE DEI VEICOLI AZIENDALI



Definizione

Controllo e manutenzione dei veicoli aziendali che preveda:

- Compilazione da parte degli utilizzatori dei veicoli aziendali della check-list in allegato 4A (o altra modalità migliorativa di registrazione e gestione dello stato conservativo dei mezzi) con periodicità almeno trimestrale per tutti i veicoli
- Manutenzione programmata dei veicoli aziendali a cadenza più frequente delle revisioni obbligatorie, in officine interne o esterne autorizzate ai sensi della L. 122/1992
- Alternanza regolare e documentata di pneumatici invernali ed estivi su tutti i veicoli stradali.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

- N. di volte all'anno in cui la check list viene compilata
- N. di non conformità
- Controlli sulla regolarità della manutenzione periodica.

Come massimizzare l'efficacia

È utile accompagnare questo tipo di misure con interventi sulla sicurezza dei veicoli acquistati (4.1) e con campagne di informazione (4.10).

BUONA PRATICA 4.4

CONVENZIONI E INCENTIVI



Definizione

Convenzioni per l'acquisto o incentivi premiali in tema di sicurezza stradale (caschi per moto, seggiolini per auto per bambini, paraschiama per moto o tute con protezioni...). Materiale utile per campagne mirate in All. 4B.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

Osservazione e registrazione periodica (es. mensile) della quota di lavoratori che utilizzano i dispositivi di protezione (obbligatori e non obbligatori come il casco per le biciclette o il paraschiama per le moto) sul totale dei lavoratori che si recano al lavoro con moto o bici.

Come massimizzare l'efficacia

E' importante che insieme alle convenzioni venga realizzata una buona campagna di comunicazione (buona pratica 4.10). Un intervento particolarmente apprezzato è risultato il regalo (o un buono rilevante per l'acquisto) del primo seggiolino per auto al momento della nascita di un figlio, accompagnato dalla distribuzione di materiale informativo sul trasporto dei bambini in auto (disponibile tra gli allegati dell'area *Sicurezza stradale*).

BUONA PRATICA 4.5

VEICOLI ECOLOGICI



Definizione

Presenza di almeno il 20% del parco veicoli di tipo “ecologico” (elettrici, a gas o ibridi) oppure programma che preveda per i prossimi 3 anni almeno il 70% di acquisti di auto/furgoni di questo tipo.

Periodicità

Permanente.

Indicatori di processo

Possono essere calcolati i benefici in termini di mancate emissioni. Non sono adatti indicatori che valutano l'incidentalità stradale (es. infortuni stradali in itinere e in occasione di lavoro).

Efficacia

Intervento con effetto solo indiretto sulla salute (attraverso il contributo alla riduzione delle polveri sottili inquinanti). Ha più un significato di promozione della sostenibilità ecologica e della responsabilità sociale.

BUONA PRATICA 4.6

TRASPORTO PUBBLICO E COLLETTIVO



Definizione

Almeno due dei seguenti interventi:

- Organizzazione di un servizio di trasporto collettivo casa-lavoro
- Convenzioni o incentivi per l'uso di mezzi pubblici nel percorso casa lavoro
- Organizzazione di car pooling o car sharing
- Biciclette aziendali per i brevi spostamenti o gli spostamenti interni.

Periodicità

Permanente.

Possibili indicatori di processo

- N di dipendenti che usufruiscono dei servizi di trasporto collettivo
- N dipendenti che usufruiscono delle convenzioni
- N dipendenti che usufruiscono del car pooling/sharing
- N dipendenti che utilizzano le biciclette aziendali.

Come massimizzare l'efficacia

I risultati di politiche di ottimizzazioni dei trasporti sono facilmente valutabili in termini di km risparmiati, emissioni di CO2 evitate e spese per carburante risparmiate.

È molto utile darsi degli obiettivi, valutare i risultati e dare informazioni circa il loro raggiungimento ai lavoratori e a tutti i potenziali beneficiari, al fine di incentivare l'utilizzo dei servizi messi a disposizione.

Tra le esperienze positive condotte da aziende della Rete WHP

Bergamo segnaliamo il prolungamento di una linea di trasporto pubblico (con spese a carico dell'azienda) per permettere di raggiungere il luogo di al lavoro senza utilizzare l'auto; l'adesione a sistemi di car pooling organizzato per razionalizzare gli spostamenti dei lavoratori; l'abbonamento gratuito per tutti i lavoratori a servizi di bike sharing per aziende che hanno sede in centro città.

BUONA PRATICA 4.7 MOBILITY MANAGER



Definizione

Presenza di un mobility manager (se non già obbligatorio per l'azienda).

Periodicità

Permanente.

Possibili indicatori di processo

Relazione sulle attività svolte e sui risultati ottenuti.

La buona pratica prevede semplicemente la presenza della figura professionale in azienda ed è valorizzabile solo se non è obbligatoria per l'ente o l'azienda (es. organizzazioni con meno di 800 dipendenti o con unità operative con meno di 300 dipendenti).

Come massimizzare l'efficacia

La figura professionale del mobility manager è nata nell'ambito degli accordi di Kyoto per la riduzione delle emissioni inquinanti. In Italia la specifica figura professionale, sia quella d'azienda che quella di area, è stata definita soltanto con il decreto del Ministro dell'Ambiente Ronchi del marzo '98.

La figura del mobility manager aziendale permette di ottimizzare non solo gli spostamenti casa-lavoro dei dipendenti ma anche i costi aziendali per tutti i trasporti e gli spostamenti, in armonia con le politiche di mobilità sostenibile del territorio in cui si trova l'azienda.

I risultati migliori in termini di salute si ottengono quando ci si orienta non solo verso la limitazione delle emissioni, ma anche

verso la promozione della mobilità attiva e la riduzione del rischio stradale.

Come per la buon pratica precedente è importante la comunicazione dei risultati e degli obiettivi raggiunti da parte dell'azienda e dei lavoratori.

Riferimenti

1. Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici, Protocollo di Kyoto, 11 dicembre 1997
2. Decreto del Ministero dell'Ambiente del 27 marzo 1998 (decreto Ronchi)

BUONA PRATICA 4.8

CORSO DI GUIDA SICURA O GUIDA DIFENSIVA



Definizione

Corso di guida sicura o guida difensiva (con componente pratica) per gli autisti/ autotrasportatori (partecipazione minima 80%) o con la partecipazione di almeno il 10% del personale dipendente che si reca al lavoro in auto.

Periodicità

Ogni 5 anni.

Possibili indicatori di processo

- N dipendenti che partecipano ai corsi
- Risultati delle prove pratiche
- Dati di gradimento.

Come massimizzare il rapporto costo/efficacia

Premesso che è molto difficile valutare l'efficacia di un corso di guida, si è scelto di riconoscere particolare importanza alla presenza di una componente pratica.

Corsi di guida sicura che richiedono il trasferimento in autodromo sono in genere molto costosi. Inoltre spesso si concentrano sulla gestione del veicolo in condizioni estreme.

Esistono corsi meno costosi in cui la componente pratica si svolge nei percorsi tra azienda e comuni limitrofi e che hanno come obiettivo quello di far apprendere comportamenti di guida più protettivi nel normale utilizzo del mezzo.

Esistono poi anche società che utilizzano simulatori di guida e sono in grado di realizzare i corsi direttamente in azienda, contenendo ulteriormente i costi.

BUONA PRATICA 4.9

INTERVENTI ALLE INFRASTRUTTURE



Definizione

Partecipazione (in accordo con gli Enti locali) alla realizzazione di interventi volti al miglioramento della sicurezza delle infrastrutture stradali in prossimità del luogo di lavoro (semafori, illuminazione, attraversamenti pedonali, rotatorie, piste ciclabili...).

Periodicità

Ogni 5 anni.

Efficacia

Diversi luoghi di lavoro hanno investito sulla sicurezza stradale all'interno e al di fuori della sede aziendale. Recentemente è stata organizzata una petizione per i comuni limitrofi ad un insediamento produttivo per la costruzione di una pista ciclabile. Sono state raccolte circa 200 firme di lavoratori disposti ad abbandonare l'auto qualora vi fosse un percorso sicuro. L'esito della petizione al momento non è ancora noto.

BUONA PRATICA 4.10

CAMPAGNA INFORMATIVA E DI COMUNICAZIONE



Definizione

Campagna informativa sulla sicurezza stradale secondo le indicazioni in all.5H e le opzioni elencate nell'All.5C che comprenda anche almeno una delle seguenti azioni:

- Incontro di sensibilizzazione con istituzioni del settore (polizia stradale, ACI, INAIL...) con la partecipazione di almeno il 70% dei lavoratori
- Attivazioni di sistema di messaggistica via mail sulla sicurezza stradale da parte di almeno il 20% dei lavoratori (percorso con durata di almeno 2 mesi, almeno 20 messaggi totali e validazione del contenuto da parte di un'istituzione pubblica o scientifica del settore o approvazione dell'ATS territorialmente competente).

Periodicità

Ogni tre anni.

Indicatori di processo

- Partecipazione all'incontro di sensibilizzazione e dati di gradimento
- Gradimento del percorso di messaggistica (es. N. persone che hanno aperto le mail e N. persone che hanno chiesto la disattivazione del servizio) e raccolta di contributi migliorativi.

Come massimizzare l'efficacia

Si raccomanda di utilizzare materiale informativo proveniente da Istituzioni o Enti autorevoli.

Nel caso di incontri di sensibilizzazione vanno preferite modalità interattive e materiali multimediali provenienti da fonti affidabili, ormai facilmente reperibili nel web.



Buone pratiche Area Alcol e dipendenze

BUONA PRATICA 5.1

REGOLAMENTO AZIENDALE SULL'ALCOL



5.2-5.3

Definizione

Regolamento aziendale sull'alcol scritto con il coinvolgimento attivo dei diversi ruoli aziendali, diffuso e attuato e rispondente alle indicazioni in all. 5I, L, M (esempi in all. 5R e 5S) che comprenda:

- Divieto esplicito di vendita, somministrazione e consumo di alcolici sul posto di lavoro e nella mensa aziendale oppure, ove non vi sia mensa interna, buoni pasto con esplicita esclusione degli alcolici;
- Procedure scritte per la gestione dei casi di alterazione franca o sospetta per assunzione di alcol o droghe;
- Individuazione formale e formazione delle figure preposte alle procedure di cui al punto precedente;
- Sanzioni o conseguenze in caso di violazione.

Periodicità

Permanente.

Possibili indicatori di processo

- N. casi di alterazione franca o sospetta gestiti
- N. provvedimenti disciplinari
- Check list per verificare periodicamente i diversi aspetti previsti (es. consegna del documento ai neoassunti, affissione del documento se prevista...).

Come massimizzare l'efficacia

La tematica è risultata particolarmente sentita da alcune aziende

che riferivano il problema della gestione di lavoratori che si presentavano occasionalmente al lavoro con alterazioni psicofisiche da sospetta assunzione di alcol.

In ogni caso una procedura che chiarisca cosa fare e chi deve intervenire è molto utile per proteggere lavoratori e preposti sia da rischi di incidente che da rischi legali.

È consigliabile redigere il regolamento attraverso un percorso condiviso con le diverse componenti dell'organizzazione. Gli interventi formativi sulla tematica contribuiscono a migliorare la percezione della reale rilevanza della tematica.

BUONA PRATICA 5.2

INFORMAZIONE AI LAVORATORI



5.3

Definizione

Corso su alcol, droghe, gioco d'azzardo patologico per i lavoratori con la partecipazione di almeno il 60% dei dipendenti totali e, per iniziative sull'alcol, di almeno l'80% dei dipendenti con mansioni a rischio (vedi elenco in all.5A), secondo modalità e argomenti riportati negli all.5B e indicazioni in all.5N.

Periodicità

Ogni 5 anni.

Possibili indicatori di processo

- Valutazione del gradimento e
- Valutazione dell'apprendimento.

Come massimizzare l'efficacia

Come per tutti gli interventi formativi andrebbero adottate misure e metodologie orientate all'efficacia. Quando possibile si consiglia di alternare parti teoriche a parti più interattive. Sono ad esempio disponibili sul mercato kit che permettono di far compiere ai partecipanti brevi percorsi con maschere che simulano il sensorio di soggetti con alcolemia sopra i livelli consentiti per la guida e vari materiali utili allo scopo.

BUONA PRATICA 5.3

FORMAZIONE DELLE FIGURE DI SISTEMA



5.2

Definizione

Corso su alcol, droghe, gioco d'azzardo patologico per dirigenti e figure di sistema (datore di lavoro, RSPP, preposti, RLS, incaricati di primo soccorso) e corso per figure professionali che ricoprono un ruolo intermedio tra direzione e lavoratori (es. capi squadra, capi-turno, project leader, coordinatori di team) con contenuti minimi in all.5F e secondo indicazioni e riferimenti in all.5O.

Periodicità

Ogni 5 anni.

Possibili indicatori di processo

Valutazione del gradimento e dell'apprendimento.

Come massimizzare l'efficacia

Valgono le indicazioni fornite per la buona pratica precedente.

La formazione dei livelli intermedi è molto utile anche in caso di formalizzazione di un regolamento aziendale sull'alcol (BP 5.1) la cui redazione può anche prendere l'avvio nell'ambito della componente pratica di un percorso formativo. Figure come preposti e capi reparto sono particolarmente coinvolti nelle implicazioni pratiche di un regolamento sull'alcol perché devono decidere come comportarsi di fronte a un lavoratore che si presenti sul luogo di lavoro con alterazioni da sospetta intossicazione alcolica.

BUONA PRATICA 5.4

ATTIVITA' DEL MEDICO COMPETENTE



Definizione

Attività del Medico Competente che comprendano:

- Formazione all'intervento breve (vedi linee guida all.5G) per i consumatori di alcolici a rischio e/o al counselling motivazionale per consumatori di alcol e sostanze stupefacenti (corso riconosciuto dall'ATS competente)
- Invio ai SerD del Servizio Sanitario Regionale dei casi con indicazione
- Somministrazione sistematica del questionario AUDIT C (all.ti 5E) ai dipendenti con consumo di alcolici potenzialmente a rischio/dannoso e inserimento del punteggio nella cartella sanitaria e di rischio
- Inserimento dei risultati della somministrazione (in forma aggregata) nella relazione sanitaria periodica
- Trasmissione dei dati all'ATS competente in fase di rendicontazione (nel formato in all.5T).

Periodicità

Formazione ogni 5 anni

Counselling e attività di valutazione e reporting devono svolgersi ogni anno in modo regolare.

Possibili indicatori di processo

- N. interventi brevi / N. lavoratori con consumo di alcolici a rischio visitati nell'anno
- N. interventi brevi / N. lavoratori con consumo dannoso di alcolici visitati nell'anno

- N. minimal advice / N. lavoratori con consumo di alcolici a rischio visitati nell'anno
- N. minimal advice / N. lavoratori con consumo dannoso di alcolici visitati nell'anno
- N. lavoratori inviati ai servizi territoriali / N. lavoratori con consumo dannoso di alcolici visitati nell'anno
- N. lavoratori inviati ai servizi territoriali / N. lavoratori con alcol-dipendenza visitati nell'anno
- N. lavoratori con score Audit C / N. lavoratori con consumo di alcolici visitati nell'anno
- N. lavoratori con consumo di alcolici a rischio / N. lavoratori visitati nell'anno.

Come massimizzare l'efficacia

La valutazione del rischio è funzionale all'intervento clinico.

L'intervento breve e il minimal advice ai soggetti che consumano alcol a dosi o con modalità rischiose sono interventi di provata efficacia.

La formazione del medico competente è un aspetto fondamentale per perfezionare l'utilizzo degli strumenti di valutazione del rischio ma soprattutto per l'apprendimento delle tecniche di counselling e le modalità corrette di somministrazione dell'intervento. Per facilitare la formazione dei medici competenti vengono organizzati ogni anno dall'ATS di Bergamo corsi in formazione a distanza sull'identificazione del lavoratore con consumo a rischio e l'intervento breve/minimo.

È importante che il medico competente mantenga aggiornata la sua formazione in questo campo e che sottoponga periodicamente a revisione critica il proprio operato in un'ottica di miglioramento continuo. Per questo obiettivo è utile analizzare periodicamente i dati sul consumo di alcol raccolti in modo standard.

Riferimenti

1. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Apr 18;(2):CD004148. Review.

2. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, et al. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Arch Internal Med. 1998 (3): 1789-1795.
3. Bradley KA, Bush KR, Epler AJ, et al. Two brief alcohol-screening tests from the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation in a female veterans affairs patient population. Arch Internal Med Vol 163, April 2003: 821-829.
4. Frequently Asked Questions guide to using the AUDIT-C can be found via the website: www.oqp.med.va.gov/general/uploads/FAQ%20AUDIT-C

BUONA PRATICA 5.5

CAMPAGNA INFORMATIVA E DI COMUNICAZIONE



Definizione

Campagna informativa interna (secondo le indicazioni in all.5H) su alcol/dipendenze e/o incidenti correlati che preveda almeno una delle azioni in all.5C (Materiale utile in all.5D).

Periodicità

Ogni tre anni.

Possibili indicatori di processo

Possono essere chiesti feedback e suggerimenti con modalità diverse (questionari anonimi, indirizzo email dedicato, survey online compilabili da smartphone...).

Come massimizzare l'efficacia

Le campagne di comunicazione sono interventi complessi. Vanno progettate secondo precisi criteri per poter avere qualche effetto. Raccomandiamo riferirsi a strumenti come quelli di EU-OSHA ¹ e DORS ², che sintetizzano gli elementi essenziali per una campagna informativa efficace sui temi della salute.

La sezione *Allegati area Alcol* (https://retewhpbergamo.org/allegati_alcol/) del sito web del programma mette a disposizione una vasta scelta di strumenti (locandine, brochure, booklet) prodotti da diverse fonti scientifiche e istituzionali.

Riferimenti

1. EU-OSHA, Factsheet 17 - Comunicare il messaggio: campagna sulla salute e sicurezza Disponibile all'indirizzo: <https://osha.europa.eu/it/tools->

and-publications/publications/factsheets/17/view

2. DORS, Il modello ACME (Audience-Channel-MessageEvaluation) per l'elaborazione di Campagne di Comunicazione per la Salute" disponibile all'indirizzo:

http://www.dors.it/cosenostre/testo/201305/Audience_ott.pdf



Buone pratiche Area Salute mentale, benessere e conciliazione vita-lavoro

BUONA PRATICA 6.1

PARTECIPAZIONE DEI LAVORATORI



Definizione

Raccolta di suggerimenti dei dipendenti o altre forme di partecipazione (forum, cassetta delle idee...) con restituzioni annuali delle proposte in occasione di un evento aperto ai dipendenti (Open Day o eventi specifici) con adozione di almeno uno dei suggerimenti all'anno.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

- N. suggerimenti da parte dei lavoratori all'anno
- N. suggerimenti accolti e attuati / N. suggerimenti da parte dei lavoratori all'anno.

Come massimizzare l'efficacia

Molte aziende utilizzano cassette delle idee per raccogliere suggerimenti da parte dei lavoratori. Purtroppo per molte aziende il risultato è poco soddisfacente e la raccolta si riduce ad un numero esiguo di suggerimenti.

Per garantire le massime possibilità di riuscita a questo intervento i suggerimenti devono essere incoraggiati, incentivati e valorizzati. Una parte anche piccola di suggerimenti deve essere adottata ogni anno, possibilmente dandone comunicazione e visibilità, meglio se mediante premiazione delle idee migliori in un'occasione pubblica.

BUONA PRATICA 6.2

INIZIATIVE FORMATIVE IN TEMA DI BENESSERE



Definizione

Almeno una delle seguenti iniziative formative:

- Percorso di almeno 8 ore per le prime linee di management per sviluppare una cultura aziendale sui temi della conciliazione vita-lavoro, del benessere organizzativo, della motivazione dei lavoratori, della responsabilità sociale, della prevenzione dello stress o della promozione della salute mentale;
- Momenti formativi per il personale in generale su temi inerenti il benessere e la Salute mentale (inclusi corsi di: mindfulness, comunicazione non violenta, gestione dello stress e resilienza, yoga...).
- Iniziative destinate alle lavoratrici al rientro dalla maternità, per il re-inserimento aziendale e l'aggiornamento professionale (tutoring, coaching, training on the job, counselling...).

Periodicità

Ogni 4 anni i corsi per i manager e i momenti formativi per il personale

Ogni anno le iniziative di formazione per il rientro dalla maternità.

Possibili indicatori di processo

- Partecipazione ai corsi
- Questionari di gradimento
- Valutazione della % di persone che continuano, dopo il corso, la pratica di mindfulness, comunicazione non violenta, yoga o altre pratiche per la gestione dello stress.

Come massimizzare l'efficacia

È difficile individuare iniziative adatte a tutte le tipologie di lavoratori. Alcune iniziative come la pratica della *mindfulness* sono di provata efficacia nella gestione dello stress ma possono incontrare resistenze soprattutto tra i lavoratori con minor livello occupazionale o di istruzione. Anche corsi sulla *comunicazione non violenta* (Marshall Rosenberg), sebbene più accessibili, hanno riscosso il gradimento di una buona parte ma non di tutti i partecipanti in aziende che li hanno proposti all'intera platea di lavoratori. Percorsi come *Maternity master* sono estremamente interessanti e sono stati sperimentati con successo da alcuni luoghi di lavoro ma si rivolgono anch'essi solo ad una parte di lavoratori.

Pertanto la partecipazione a queste iniziative dovrebbe essere volontaria e sarebbe utile associare interventi per un target più ampio e per target diversi.

In alcuni luoghi di lavoro sono stati messi a disposizione locali per permettere a lavoratori di continuare la pratica di *mindfulness* o yoga in autogestione dopo il corso iniziale di apprendimento delle tecniche. Questo sviluppo garantisce un effetto più duraturo sul benessere e la salute mentale.

Gli interventi per favorire il rientro al lavoro dopo la maternità hanno un effetto sinergico con buone pratiche nell'ambito dell'organizzazione del lavoro come il part time temporaneo, l'orario flessibile o lo smart working, che hanno gradimento molto elevato da parte delle lavoratrici e fidelizzano all'organizzazione.

Riferimenti

1. Khoury B et Al. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. J Psychosom Res. 2015 Jun;78(6):519-28. Review.
2. Dwivedi UC, Kumari S, Nagendra HR. Model of yoga intervention in industrial organizational psychology for counterproductive work behavior. Ind Psychiatry J. 2015 Jul-Dec;24(2):119-24. doi: 10.4103/0972-6748.181730. Review.
3. <http://www.cnvc.org/>

BUONA PRATICA 6.3

BENEFIT AZIENDALI IN AMBITO DI CURA O DI CONCILIAZIONE VITA-LAVORO



Definizione

Benefit aziendali (almeno 2 dei seguenti):

- Kit nascita per i figli dei/delle dipendenti;
- Voucher, buoni sconto per la spesa o per servizi socio assistenziali o sanitari, convenzioni con negozi o supermarket;
- Aiuti finanziari per la cura di familiari anziani o diversamente abili;
- Rimborsi per alcuni tipi di spese sanitarie private (es. prestazioni odontoiatriche) o assicurazioni/casse sanitarie integrative;
- Facilitazioni per l'accesso al credito (convenzioni con istituti di credito, agevolazioni per mutui per neo genitori...);
- Integrazione all'indennità per maternità e congedo parentale con incentivazione all'utilizzo dei congedi da parte dei padri;
- Forme di sostegno allo studio per i figli dei lavoratori (contributo per l'acquisto di libri scolastici, borse di studio, rimborso spese universitarie...)
- Iniziativa per il recupero degli alimenti non distribuiti nella mensa aziendale con distribuzione del cibo ai dipendenti.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

- N. lavoratori che hanno beneficiato di ciascuna forma di benefit

- Budget medio per lavoratore beneficiario.

Come massimizzare l'efficacia

Per le assicurazioni o casse sanitarie occorre fare molta attenzione alle prestazioni coperte. Attualmente capita non di rado di confrontarsi con l'offerta di prestazioni preventive non appropriate (come check up o esami periodici), non raccomandate dalla letteratura scientifica oppure già efficacemente offerte dal sistema sanitario pubblico, rappresentando pertanto un servizio non necessario e uno spreco di risorse.

Nel caso l'azienda voglia proporre prestazioni clinico-diagnostiche è bene proporre solo interventi riconosciuti come utili e appropriati riferendosi a linee guida nazionali o internazionali, come ad esempio quelle aggiornate dalla U.S. Preventive Services Task Force, pubblicate nella Guide to Clinical Preventive Services e disponibile anche come forma di assessment web o mobile nel progetto ePSS.

Riferimenti

1. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFileByID/989>
2. <https://epss.ahrq.gov/PDA/index.jsp>

BUONA PRATICA 6.4

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO



Definizione

Interventi in ambito di organizzazione del lavoro (almeno 1 dei seguenti):

- Part-time temporaneo reversibile previsto nella contrattazione di secondo livello o concesso di fatto;
- Flessibilità dell'orario di lavoro (secondo la definizione in all.6A);
- Smart Working o telelavoro in alcuni giorni della settimana previsto nella contrattazione di secondo livello o concesso di fatto
- Banca delle ore (secondo la definizione in all.6A);
- Ferie a ore (secondo la definizione in all.6A);
- Permessi e congedi parentali oltre gli obblighi di legge.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

- N. lavoratori che beneficiano di ciascuna misura.
- N. lavoratori che beneficiano di ciascuna misura/N. lavoratori che hanno fatto richiesta della misura.

Come massimizzare l'efficacia

In Italia, la contrattazione collettiva, in particolare aziendale, ha assunto un ruolo fondamentale nella sperimentazione di nuovi strumenti di flessibilità spaziale e temporale.

Sono fondamentali per un positivo esito dello smart working il confronto costruttivo delle parti sociali sulle modalità organizzative, la comunicazione tra i soggetti coinvolti, la valutazione delle performance del lavoratore a distanza mediante

l'individuazione di indicatori oppure con il lavoro per obiettivi. Buone pratiche che vanno incontro alle esigenze dei lavoratori in momenti particolari (come ad esempio il part time temporaneo all'interno della maternità) sono molto gradite dai lavoratori e allo stesso tempo sono un vantaggio per l'azienda, aumentando la produttività e il senso di appartenenza all'organizzazione. Lo smart working 1 giorno alla settimana o 1 giorno ogni 2 settimane è stato sperimentato con successo da diverse aziende della Rete WHP locale.

Riferimenti

<https://www.cliclavoro.gov.it/Aziende/Pagine/Smart-working.aspx>

BUONA PRATICA 6.5

INIZIATIVE COLLETTIVE E DI SOCIALIZZAZIONE



Definizione

Iniziative collettive (almeno 2 all'anno) con partecipazione di almeno il 40% dei dipendenti tra:

- Iniziative di socializzazione aziendale;
- Giornate destinate ad attività di volontariato e solidarietà sociale.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

Partecipazione e misure di gradimento.

Come massimizzare l'efficacia

Questa buona pratica richiede un buon clima aziendale e la partecipazione volontaria, diversamente è votata al fiasco.

Possono essere raccolte e fatte votare le proposte dei lavoratori per decidere a quali iniziative partecipare e in alcuni casi possono essere anche coinvolti i familiari dei lavoratori.

A titolo di esempio hanno funzionato bene iniziative con sperimentazione della cucina tipica dei paesi o delle regioni di provenienza dei lavoratori; passeggiate con guide per illustrare la storia locale o gli habitat naturali di fiumi, laghi o colli; percorsi per agriturismi con assaggio di prodotti a km zero; uscite in canoa, barca o kayak.

BUONA PRATICA 6.6

INTEGRAZIONE DI LAVORATORI STRANIERI



Definizione

Iniziative (almeno una) per l'integrazione dei lavoratori stranieri:

- Corsi di alfabetizzazione per lavoratori e familiari
- Nomina di un tutor aziendale con funzioni di interfaccia tra la direzione e i lavoratori stranieri e/o di mediazione culturale per la formazione e la comunicazione aziendale
- Individuazione di facilitatori con funzione di consulenza e assistenza per pratiche amministrative, regole condominiali, funzionamento del servizio sanitario.

Periodicità

Permanente il tutor aziendale e i facilitatori
Ogni 3 anni i corsi di Italiano.

Possibili indicatori di processo

- Partecipazione ai corsi, valutazione del gradimento e dell'apprendimento
- N. contatti all'anno e N. prestazioni di consulenza per tutor e facilitatori.

Efficacia

Buona pratica adatta ad aziende con numerosi lavoratori stranieri. In tali contesti mediazione culturale e tutoring sono importanti anche per assolvere gli obblighi di legge in materia di informazione/formazione che prevedono misure per assicurare che le informazioni sulla sicurezza siano recepite correttamente anche da lavoratori di diversa lingua e cultura. L'ambito di intervento di figure di mediazione può vantaggiosamente estendersi anche alla promozione della salute.

BUONA PRATICA 6.7

FOCUS GROUPS, CIRCLE TIME, MEDIAZIONE



Definizione

Focus groups, circle time groups o interventi di mediazione in azienda per favorire la collaborazione e la positiva gestione dei conflitti che coinvolgano almeno il 10% del personale (*all. 6B*).

Periodicità

Ogni 5 anni.

Possibili indicatori di processo

Valutazione del gradimento e della modifica della situazione di partenza (registrata con modalità diverse tra cui la somministrazione di questionari anonimi).

Come massimizzare l'efficacia

Questa tipologia di interventi non va confusa con iniziative di tipo formativo.

In questo caso l'obiettivo è migliorare una soluzione problematica o comunque contribuire a risolvere problemi ben definiti.

Sono pertanto da evitare interventi spot: vanno previsti percorsi con momenti di follow up e di verifica e con eventuale correzione delle strategie se non portano a risultati.

È importante affidarsi a professionisti con esperienza e possibilmente con precedenti esperienze nell'ambito dei luoghi di lavoro, anche in considerazione del fatto che questa tipologia di interventi ha un'efficacia operatore-dipendente.

BUONA PRATICA 6.8

SOSTEGNO ALLE MADRI CHE ALLATTANO



Definizione

Sostegno alle madri che allattano al seno con tutte le seguenti modalità:

- Distribuzione di opuscoli informativi sull'allattamento materno (all. 1P) e informazione sui servizi territoriali a sostegno dell'allattamento;
- Creazione in azienda di uno spazio per allattare ed estrarre il latte con le caratteristiche elencate in all. 1O;
- Informazione alle donne prima della ripresa lavorativa della possibilità di estrarre il latte in azienda;
- In caso di nido aziendale o interaziendale concedere alla madre di assentarsi per allattare il proprio bambino o portare il latte materno spremuto.

Periodicità

Permanente.

Possibili indicatori di processo

- N. donne che hanno ricevuto informazioni corrette sull'allattamento al seno e sui servizi territoriali a sostegno dell'allattamento;
- Frequenza di utilizzo dello spazio allattamento; % di donne che hanno ricevuto informazioni prima della ripresa lavorativa della possibilità di estrarre il latte in azienda.

Come massimizzare l'efficacia

L'efficacia di queste misure aumenta molto se si associano interventi nell'ambito dell'organizzazione del lavoro (BP 6.5) come part time reversibile, flessibilità dell'orario di lavoro, smart

working, permessi oltre gli obblighi di legge per maternità e paternità. Ogni ostacolo all'allattamento materno esclusivo nei primi mesi di vita andrebbe rimosso sia per la salute e il benessere della madre che per la salute del bambino.

Riferimenti

1. http://www.unicef.it/Allegati/Strategia_globale_alimentazione_neonati.pdf (par.45)
2. <http://www.unicef.it/doc/2595/pubblicazioni/strategia-globale-per-lalimentazione-dei-neonati-e-dei-bambini.htm>

BUONA PRATICA 6.9

SPORTELLO DI ASCOLTO



Definizione

Sportello di ascolto sulle tematiche del benessere organizzativo ed individuale con almeno un accesso da parte di almeno il 5% dei lavoratori nel corso dell'anno.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

- N. di lavoratori che hanno beneficiato del servizio
- N. di contatti totali
- N. medio di contatti per lavoratori.

Come massimizzare l'efficacia

Buona pratica di non facile realizzazione, specie per aziende medio-piccole. Nella nostra esperienza le aziende che hanno attivato questa buona pratica hanno generalmente stipulato accordi con professionisti che intervengono su richiesta. L'accesso è avvenuto su prenotazione e le spese sono state coperte dall'organizzazione per un numero limitato di sedute. In molti casi gli accessi non sono stati elevati il che suggerisce la possibile presenza di qualche barriera all'accesso, forse legata al timore di stigmatizzazione o alla scarsa diffusione di informazioni riguardo al servizio. Va garantita la massima riservatezza e occorre evitare che a gestire gli appuntamenti (o addirittura a prestare il servizio) sia una persona interna all'azienda perché questo aumenterebbe ulteriormente le barriere all'accesso.

BUONA PRATICA 6.10

SERVIZI PER LA CURA DELL'INFANZIA E DELLA DISABILITA'



Definizione

Servizi legati all'infanzia e all'assistenza di anziani e diversamente abili (almeno uno dei seguenti):

- Servizi/iniziative per i figli dei dipendenti nei periodi non scolastici (ludoteche, centri ricreativi estivi, campus tematici, sportivi, per l'apprendimento di lingue straniere...);
- Servizi di baby sitting (convenzioni con agenzie che offrono servizi per le famiglie);
- Servizi di assistenza familiare per anziani o persone diversamente abili a carico dei lavoratori (convenzioni con società e cooperative esterne);
- Asilo nido aziendale, interaziendale o convenzione con asilo nido nelle vicinanze del luogo di lavoro.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

- Dati sull'accesso e sull'utilizzo dei diversi servizi
- Dati di gradimento.

Efficacia

Sono generalmente molto apprezzate le iniziative ricreative/educative per i figli dei lavoratori nei periodi non scolastici. I nidi aziendali sono di difficile realizzazione anche a causa della fluttuazione della domanda in funzione della quota variabile di lavoratori e lavoratrici con bambini nella specifica

fascia d'età e delle diverse esigenze delle famiglie. Molte aziende si orientano più verso il contributo a nidi territoriali (con quota di posti riservati ai dipendenti) o a contributi per il pagamento delle rette.

Le esperienze di servizi di assistenza alla persona sono ancora rare.

BUONA PRATICA 6.11

SERVIZI DI TIME SAVING



Definizione

Servizi di time saving (almeno uno dei seguenti):

- Sportello bancomat o posta aziendale;
- Convenzioni con meccanici per le riparazioni auto e/o accordi per ritiro e consegna in azienda;
- Disbrigo di pratiche burocratiche o formazione per l'utilizzo di servizi online: bancari, assicurazioni, pagamenti di bollette, tributi;
- Spesa online anche con consegna in azienda;
- Stireria e/o lavanderia aziendale (accordi e convenzioni con cooperative o negozi per il ritiro e la consegna in azienda);
- Supporto logistico-organizzativo a gruppi di acquisto aziendali.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

Dati sull'utilizzo dei diversi servizi.

Efficacia

Buona pratica che favorisce la conciliazione dei tempi di vita con quelli del lavoro. È consigliabile sondare i bisogni dei lavoratori prima di scegliere quale servizio attivare.

Diverse aziende hanno attivato servizi di questo tipo con costi molto contenuti e buoni dati di gradimento e di utilizzo da parte dei lavoratori.

BUONA PRATICA 6.12

ADESIONE A RETI TERRITORIALI DI CONCILIAZIONE



Definizione

Partecipazione ad una Alleanza Locale di Conciliazione Vita-Lavoro e relativa adesione alla Rete Territoriale di Conciliazione.

Periodicità

Ogni anno.

Possibili indicatori di processo

- Partecipazione agli incontri periodici della Rete Territoriale
- Adesione e partecipazione ad una alleanza locale per la realizzazione di progetti di conciliazione vita-lavoro
- Realizzazione di azioni specifiche all'interno della propria azienda.

Efficacia

L'adesione di un luogo di lavoro all'Alleanza Locale di Conciliazione garantisce la realizzazione di interventi di Conciliazione vita-lavoro rivolti ai propri dipendenti.

INDICATORI DI RISULTATO

Gli indicatori di risultato che proponiamo in questa sezione servono a monitorare la diffusione dei fattori di rischio tra i lavoratori di una organizzazione e a stimare l'impatto del programma.

I dati da raccogliere a questo scopo sono generalmente informazioni personali il cui trattamento impone la tutela della riservatezza. È pertanto quasi sempre indispensabile la collaborazione del Medico Competente per questo tipo di valutazione.

Le informazioni possono essere utilizzate sia livello clinico da parte del medico stesso (che potrà valutare e sostenere eventuali progressi dei singoli lavoratori) ma possono essere anche aggregati e diffusi in forma anonima (come percentuali o tassi) quali descrittori di una situazione di rischio aziendale, nonché come indicatori di efficacia delle buone pratiche realizzate.

La selezione degli indicatori è stata effettuata attraverso una ricerca di consenso con metodica di Delphi condotta nel 2016 grazie al coinvolgimento di un panel di esperti a livello nazionale (vedi paragrafo *Monitoraggio e valutazione* nel capitolo *Le fasi di sviluppo del programma*).

Gli indicatori possono essere espressi come percentuale di lavoratori con valori nell'ambito dei livelli desiderabili sul totale dei lavoratori oppure sui lavoratori visitati dal medico competente nell'anno. Si possono anche confrontare i valori registrati in tempi diversi.

Va però tenuto presente che quest'ultimo tipo analisi, che ha sicuramente il pregio della semplicità, introduce tuttavia grossolane approssimazioni poiché la coorte dei

lavoratori visitati di anno in anno è costituita da lavoratori in parte diversi.

Per tale motivo la maggiore accuratezza nella valutazione si ottiene raccogliendo i dati accompagnati da codice fiscale (o altro codice identificativo del lavoratore), in modo da poter valutare le variazioni che si verificano nel tempo nei singoli soggetti utilizzando i comuni test statistici per misure ripetute.

È raccomandabile in fase di analisi e nella produzione di indicatori procedere anche alla stratificazione per età, per sesso e per livello occupazionale (anche semplicemente separando blu collars da white collars), alla ricerca di differenze di effetto delle iniziative proposte nei diversi sottogruppi.

AREA ALIMENTAZIONE	
INDICATORE	INTERPRETAZIONE
Consumo di frutta e verdura espresso in numero di porzioni²⁹ (porzione = volume corrispondente a circa un pugno)	Valore desiderabile: ≥ 5 porzioni al giorno
Indice di Massa Corporea [peso in kg/(altezza in m) ²]	Normopeso: tra 20 e 24,9 kg/m ² Sovrappeso tra 25 e 29,9 kg/m ² Obesità > 30 kg/m ²
Percentuale di massa grassa misurata con bioimpedenziometria	Valore desiderabile: <22% nei maschi <25% nelle femmine oppure secondo criteri di normalità specifici per età

²⁹ La singola porzione di frutta è di 150 gr, cioè un frutto di medie dimensioni: una mela, una pera o un'arancia oppure due frutti piccoli, come ad esempio susine e albicocche. Per la verdura occorre distinguere. Per insalate a foglia la porzione standard è aumentata a 80 g. Per verdure e ortaggi, crudi o cotti: la porzione di 200 g (comprese le verdure a foglia cotte). La porzione per le verdure e gli ortaggi, quali pomodori, finocchi, peperoni, cipolle ecc., corrisponde mediamente a 2-3 pomodori, 3-4 carote, 1 peperone, 1 finocchio, 2 carciofi, 2-3 zucchine, 7-10 ravanelli, 1-2 cipolle ecc. Nel caso delle verdure a foglia cotte si fa riferimento alla quantità sul piatto (½ piatto). Indicazioni contenute in: *LARN, Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana*. IV Revisione. Società Italiana di Nutrizione Umana, 2014.

AREA FUMO	
INDICATORE	INTERPRETAZIONE
Test a Matrice di West (Heaviness of Smoking Index ³⁰ + questionario di Richmond/Marino ³¹) score per la dipendenza e score per la motivazione a smettere (Allegato A)	Dipendenza Basso: Score tra 0 e 3 Dipendenza Alta: Score tra 4 e 6 Motivazione Basso: Score tra 0 e 5 Motivazione Alta: Score tra 6 e 10
Pack year ³² (n. medio di sigarette al giorno X n. di anni di fumo attivo totalizzati dal fumatore nella sua vita / 20)	/
Questionario di Fagerstrom (facoltativo, Allegato B)	Dipendenza Lieve: Score tra 0 e 2 Dipendenza Media: Score tra 3 e 4 Dipendenza Forte: Score tra 5 e 6 Dipendenza Molto forte: Score tra 7 e 10

³⁰ Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al: Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. Br J Addict, 1989; 84(7): 791-9.

³¹ Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction, 1993; 88(8): 1127-35.

³² Cammarata LM : L'utilità del "pack-year" come espressione dell'uso cumulativo di tabacco nella vita. Tabaccologia, 2014; 1(2): 31-34. Review

AREA ATTIVITA' FISICA

INDICATORE	INTERPRETAZIONE
Questionario IPAQ ^{33, 34} (Allegato C)	Inattivo: < 700 Met Sufficientemente attivo: tra 700 e 2519 Met Attivo o molto attivo: 2520 Met o più
Indice di Massa Corporea	Normopeso: tra 20 e 24,9 kg/m ² Sovrappeso: tra 25 e 29,9 kg/m ² Obesità: > 30 kg/m ²
Percentuale di massa grassa misurata con bioimpedenziometria	Valore desiderabile: <22% nei maschi <25% nelle femmine oppure secondo criteri di normalità specifici per età
Circonferenza addominale misurata all'altezza dell'ombelico da parte del medico competente o di personale formato	Rischio basso: < 94 cm per i maschi; < 80 cm per le femmine Rischio alto: tra 94 e 102 cm maschi; 80-88 cm femmine Rischio molto alto: > 102 cm maschi; >88 cm femmine

³³ World Health Organization, Regional Office for Europe. (2006). Physical Activity and health in Europe: evidence for action. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf

³⁴ Lee PH, Macfarlane DJ, Lam T, et al: Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. Int J Behav Nutr Phys Act, 2011; 8:115. doi:10.1186/1479-5868-8-115.

AREA ATTIVITA' ALCOL

INDICATORE	INTERPRETAZIONE
Questionario AUDIT C ³⁵ (Allegato D)	Consumo rischioso di alcolici: Score ≥ 4 per le femmine Score ≥ 5 per le femmine

AREA BENESSERE

INDICATORE	INTERPRETAZIONE
Questionario questionario PSS (Perceived Stress Scale) di Sheldon Cohen ³⁶ (Allegato E)	Secondo media e DS attese per il sottogruppo di appartenenza
Farmaci attivi sul sistema nervoso centrale (Come variabile categorica: Ansiolitici / Antidepressivi / Neurolettici / Antiepilettici / Altro)	Il consumo di farmaci è un proxy del benessere psicofisico, in particolare per quanto riguarda il consumo di ansiolitici e antidepressivi.

³⁵ Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, et al: The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Arch Intern Med; 1998;158(16):1789-1795.

³⁶ Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R: A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav, 1983; 24(4): 385-96.

RINGRAZIAMENTI

Referenti territoriali

Per il lavoro di raccordo, supporto e consulenza alle aziende

Mario Canali	ASST Bergamo Est
Manuela Capitanio	ASST Bergamo Ovest
Michela Capitanio	ASST Papa Giovanni XXIII
Paola Facchinetti	ASST Papa Giovanni XXIII
Giovanni Li Volsi	ASST Bergamo Est
Antonella Pesenti	ASST Bergamo Ovest
Rosella Rubaga	ASST Bergamo Ovest

ATS ed ex ASL di Bergamo

Per la collaborazione nella definizione di specifiche buone pratiche e la realizzazione di interventi in azienda

Emanuel Alberini	Servizio Mobilità aziendale
Lucia Antonioli	Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Biffi Luca	UO Prevenzione e interventi di prossimità
Cristina Bianchi	Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Giovanni Brembilla	Servizio Promozione della Salute
Paolo Brambilla	Servizio Medicina di Comunità
Donato Franchin	Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
Silvia Lorenzi	Dipartimento Amministrativo
Giorgio Luzzana	Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
Massimo Macalli	ASST Bergamo Ovest – Ambito distrettuale Dalmine
Alessandra Maffioletti	Servizio Medicina di Comunità
Graziella Mogni	Direzione delle Professioni sanitarie e sociali

Andrea Noventa
Daniela Parodi
Giuliana Rocca
Francesco Sarnataro
Margherita Schiavi
Pierangelo Spada

Sonia Tiraboschi
Giuseppina Zottola

Servizio Dipendenze - Area Alcolologia
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Servizio Medicina di Comunità
Servizio Promozione della Salute
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Direzione delle Professioni sanitarie
e sociali
Area Famiglia e Conciliazione
Servizio Prevenzione e Sicurezza
negli Ambienti di Lavoro

***Per l'investimento nella promozione della salute e il
supporto continuo***

Mara Azzi
Adriano Vaini
Giuseppe Calicchio
Bruno Pesenti

Direttore Generale
Direttore Amministrativo
Direttore Socio-sanitario
Direttore Dipartimento di Igiene e
Prevenzione Sanitaria

Ospedale Papa Giovanni XXIII

Per il supporto tecnico nel campo della Medicina del Lavoro, il raccordo con la SIMLII e i medici competenti del territorio e l'incoraggiamento

Giampietro Mosconi	UO di Medicina del Lavoro ASST Papa Giovanni XXIII
Daniela Borleri	UO di Medicina del Lavoro ASST Papa Giovanni XXIII

Confindustria Bergamo

Per la continua e proficua collaborazione, la passione e la determinazione nel promuovere il programma presso le aziende associate, per l'organizzazione degli eventi di premiazione e il competente contributo

Roberta Cavalleri	Area Ambiente Sicurezza Energia
Roberto Fiandri	Area Ambiente Sicurezza Energia
Francesco Rota	Area Education
Irene Rota	Area Rapporti associativi, Eventi, Convenzioni
Paola Santini	Confindustria Giovani - Bergamo

Provincia di Bergamo

Per la collaborazione nella definizione delle buone pratiche sulla conciliazione vita-lavoro e per il contributo economico nella fase iniziale del progetto

Gloria Cornolti	Responsabile Servizio Sviluppo
Silvia Lanzani	Ex Assessore Grandi Infrastrutture, Pianificazione Territoriale ed Expo2015
Anna Lorenzetti	Responsabile Ufficio Europa

**Tutti i Referenti aziendali dei luoghi di lavoro
aderenti**

***Per la passione, la creatività e l'impegno dimostrati
nell'attuazione del programma nel loro contesto di lavoro.***

**Tutti i Medici Competenti dei luoghi di lavoro
aderenti**

STRUMENTI

Matrice di West

Heaviness of Smoking Index + Questionario di Richmond/Marino

per la valutazione della dipendenza da nicotina e della motivazione a smettere di fumare

Grado di dipendenza	
Quanti minuti dopo il risveglio fumi la prima sigaretta?	SCORE
Nei primi 5	3
Da 6 a 30	2
Da 31 a 60	1
Più di 60	0
Quante sigarette fumi al giorno?	
31 e più	3
Da 21 a 30	2
Da 11 a 20	1
Meno di 10	0
TOTALE	

INTERPRETAZIONE:

GRADO DI DIPENDENZA

0 - 3 punti: BASSA

4 - 6 punti: ALTA

GRADO DI MOTIVAZIONE

0 - 5 punti: BASSA

6 - 10 punti: ALTA

Motivazione a smettere	
Ti piacerebbe smettere di fumare se potessi riuscirci facilmente?	SCORE
No	0
Sì	1
Quanto ti interessa smettere di fumare?	
Per niente	0
Un po'	1
Abbastanza	2
Molto	3
Intendi provare a smettere di fumare nelle prossime due settimane?	
Sicuramente no	0
Forse sì	1
Sì	2
Sicuramente sì	3
Esiste la possibilità che, nei prossimi sei mesi tu non sia più un fumatore?	
Sicuramente no	0
Forse sì	1
Sì	2
Sicuramente sì	3
TOTALE	

Questionario di Fagerstrom

per la valutazione del livello di dipendenza da nicotina

Domande	Risposte	Punteggio
1) Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?	i Entro 5 minuti	3
	i 6-30 minuti	2
	i 31-60 minuti	1
	i Dopo 60 minuti	0
2) Trova difficile astenersi dal fumare in luoghi dove è vietato?	i Sì	1
	i No	0
3) Quale tra tutte le sigarette che fuma in un giorno trova più gratificante?	i La prima del mattino	1
	i Qualsiasi	0
4) Quante sigarette fuma in una giornata?	i 0-10	0
	i 11-20	1
	i 21-30	2
	i > 31	3
5) Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che nel resto della giornata?	i Sì	1
	i No	0
6) Fuma anche se è tanto malato da dover rimanere a letto?	i Sì	1
	i No	0

TOTALE

INTERPRETAZIONE

da 0 a 2	lieve dipendenza
da 3 a 4	media dipendenza
da 5 a 6	forte dipendenza
da 7 a 10	dipendenza molto forte

Questionario IPAQ (short form)

per la misurazione dei livelli di attività fisica settimanali

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

- Questo questionario misura il tipo e la quantità di attività fisica che lei fa normalmente. Le domande si riferiscono all'attività svolta negli ultimi 7 giorni **al lavoro, per spostarsi** da un posto all'altro e **nel tempo libero**
- Per attività fisica **MODERATA** si intende un'attività che richiede uno sforzo fisico moderato e che la costringe a **respirare con un ritmo solo moderatamente più elevato del normale** (durante tale attività non riuscirebbe a cantare ma le sarebbe ancora possibile parlare).
- Per attività fisica **INTENSA** si intende un'attività che richiede uno sforzo fisico elevato e che la costringe a **respirare con un ritmo molto più elevato del normale** (durante tale attività si suda e non si riesce a parlare).
- Nel rispondere alle domande, tenga conto solo di quelle attività che l'hanno impegnata per **almeno 10 minuti** consecutivi.

Attività intense

1a Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni ha compiuto attività fisiche **INTENSE**, come ad esempio sollevamento di pesi, lavori pesanti in giardino, attività aerobiche come corse o giri in bicicletta a velocità sostenuta?

___ giorni alla settimana

☐ Nemmeno uno (vada alla domanda **2a**)

1b Quanto tempo in totale, normalmente, lei ha trascorso compiendo attività fisiche **INTENSE** in **uno** di questi giorni?

____ minuti

Attività moderate

2a Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni ha compiuto attività fisiche **MODERATE**, come ad esempio trasporto di pesi leggeri, giri in bicicletta ad una velocità regolare, attività in palestra, lavoro in giardino, lavoro fisico prolungato in casa... ? Non consideri le camminate

____ giorni alla settimana

☐ Nemmeno uno (vada alla domanda 3a)

2b Quanto tempo in totale, normalmente, lei ha trascorso compiendo attività fisiche **MODERATE** in **uno** di questi giorni ?

____ minuti

Cammino

3a Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni ha camminato per **almeno 10 minuti**?

(Consideri le camminate compiute al lavoro e a casa, quelle per spostarsi da un posto ad un altro ed ogni altra camminata che le e' capitato di fare per piacere, esercizio o sport)

____ giorni alla settimana

☐ Nemmeno uno (vada alla domanda 4a)

3b Per quanto tempo in totale, normalmente, lei ha camminato in **uno** di questi giorni?

____ minuti

3c A che passo ha camminato prevalentemente?

- ☐ passo **INTENSO**, che l'ha fatta respirare ad un ritmo molto più elevato del normale
- ☐ passo **MODERATO**, che l'ha fatta respirare ad un ritmo solo moderatamente più elevato del normale
- ☐ passo **LENTO**, senza alcun cambiamento nel suo ritmo di respiro

Attività da seduto

4a Negli ultimi 7 giorni, quanto tempo in totale lei ha trascorso rimanendo seduto, durante **un giorno** lavorativo? (includa attività svolte al lavoro, a casa, mentre si recava la lavoro e durante il tempo libero: es. ad una scrivania, a tavola, mentre stava visitando degli amici, alla TV, leggendo)

____ minuti

4b Negli ultimi 7 giorni, quanto tempo in totale ha trascorso rimanendo seduto, durante **un giorno** del fine settimana ?

____ minuti

Interpretazione

Met attività intense = minuti * giorni * 8 Met	
Met attività moderate = minuti * giorni * 4 Met	
Met attività cammino = minuti * giorni * 3 se moderato, * 3,3 se intenso, * 2,5 se lento...	
Totale Met = Met att intense + Met att moderate + Met camminate =	

Se il totale è meno di **700** Met:

SEI **INATTIVO**

Se il totale è tra 700 e 2519:

SEI **SUFFICIENTEMENTE
ATTIVO**

Se il totale è **2520** Met o più:

SEI **ATTIVO O MOLTO ATTIVO**

Questionario AUDIT C

(Alcohol Use Disorders Identification Test)

per l'identificazione del consumo rischioso di
alcolici

Con quale frequenza consumi bevande alcoliche?		
	Mai	0
	Una volta o meno al mese	1
	2-4 volte al mese	2
	2-3 volte alla settimana	3
	4 o più volte alla settimana	4

Nei giorni in cui bevi, quante bevande alcoliche ³⁷ consumi in media?		
	1 o 2	0
	3 o 4	1
	5 o 6	2
	a 7 a 9	3
	10 o più	4

Con quale frequenza ti è capitato di bere 6 o più bicchieri in un'unica occasione?		
	Mai	0
	Meno di una volta al mese	1
	1 volta al mese	2
	1 volta alla settimana	3
	Ogni giorno o quasi	4

TOTALE

INTERPRETAZIONE: Possibile consumo rischioso con uno score:
 ≥ 4 per le femmine
 e ≥ 5 per i maschi

³⁷ Bevanda alcolica standard (o unità alcolica): contiene solitamente **10-12 g** di alcol puro; sono una bevanda standard una lattina di birra (4,5°) da 33 cl, un bicchiere di vino (12°) da 12,5 cl, un bicchiere di aperitivo (18°) da 8 cl o un bicchierino di superalcolico (36°) da 4 cl.

AUTORI

Marco Cremaschini

È medico specialista in Medicina Preventiva e Sanità Pubblica ed epidemiologo. Lavora nel Servizio Promozione della Salute dell'ATS Bergamo, in cui è responsabile scientifico del programma WHP. Ha lavorato come medico competente ed è tra i principali ideatori del Programma WHP Bergamo, insieme a Roberto Moretti e Roberto Fiandri.

Roberto Moretti

È medico di Sanità Pubblica ed epidemiologo. È responsabile del Servizio Promozione della Salute dell'ATS Bergamo. Collabora con l'Università di Ginevra come docente al Master di Studi avanzati di Sanità Pubblica

Marinella Valoti

È psicologa e lavora nel Servizio Promozione della Salute dell'ATS Bergamo. Ha esperienza nella conduzione di gruppi di auto mutuo aiuto, in particolare per la disassuefazione tabagica, e nel counselling motivazionale in ambito sanitario. Collabora alla gestione del Programma WHP dal 2013.

Giorgio Barbaglio

È medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva e Direttore Sanitario dell'ATS di Bergamo dal 2011. Dal 1984 ha sempre lavorato nell'area dell'organizzazione dei servizi sanitari, sia territoriali che ospedalieri.

Giuseppe M. Masanotti

È medico specialista in Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, medico competente, con Dottorato in Educazione Sanitaria. È uno dei fondatori della Rete Europea ENWHP. È professore alla Facoltà di Medicina e coordinatore del Centro Sperimentale per la Promozione della salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università di Perugia.

Roberto Fiandri

È Ingegnere chimico e lavora come Responsabile dell'Area Ambiente, Sicurezza ed Energia presso Confindustria Bergamo.

Finito di stampare nel mese di giugno 2017
presso GRAFOX srl
Strada Pievaiola, n. 166 H - Perugia

