



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE

*Ufficio III - Coordinamento delle attività della segreteria della
Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le
Province autonome di Trento e Bolzano*

Servizio: "Sanità, lavoro e politiche sociali"

Codice sito: 4.10/2022/53/CSR

Al Ministero della salute

- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it
- Direzione generale della prevenzione
sanitaria
dgprev@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it
- Dipartimento della Ragioneria Generale
dello Stato
rgs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome

c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province
autonome

(CSR PEC LISTA 3)

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna

Coordinatore Commissione salute
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

All'Assessore della Regione Lombardia

Vice-Coordinatore Commissione salute
welfare@pec.regione.lombardia.it

All'Assessore della Regione Piemonte

Coordinatore Vicario Commissione salute
commissione.salute@cert.regione.piemonte.it



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE

*Ufficio III - Coordinamento delle attività della segreteria della
Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le
Province autonome di Trento e Bolzano*

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul "Documento di indirizzo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione".

Si trasmette la nota pervenuta il 9 maggio 2022 con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento dell'accordo da parte della Conferenza Stato-Regioni, il provvedimento indicato in oggetto che sarà reso disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice 4.10/2022/53. Al riguardo, si comunica che è convocata una riunione tecnica, in modalità videoconferenza, per il giorno 7 giugno 2022, alle ore 11.00 alla quale si chiede anche la partecipazione dei rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze.

Pertanto, si invita a far pervenire, entro le ore 13.00 del 6 giugno 2022, all'indirizzo e-mail: m.massacesi@governo.it e l.ducci@governo.it, i nominativi dei rappresentanti che parteciperanno all'incontro ed i relativi indirizzi di posta elettronica, al fine dell'invio dei parametri di accesso che saranno comunicati entro le ore 16.00 del medesimo giorno. Infine, nel ricordare a coloro che parteciperanno all'incontro di inserire espressamente il proprio nome al fine del riconoscimento, si comunica che la riunione sarà aperta dalle ore 10.45.

Il Capo Dipartimento
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Firmato
digitalmente da
SINISCALCHI
ERMENEGILDA
C-IT
O = PRESIDENZA
CONSIGLIO DEI
MINISTRI

Accordo, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b), e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul “Documento di indirizzo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione”.

Rep. Atti n. del.....

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE
REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO**

Nella odierna seduta del.....:

VISTI gli articoli 2, comma 1, lettera b), e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l’esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007 recante “Documento programmatico «Guadagnare salute»”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 22 maggio 2007, n. 117, s.o.;

VISTA l’Intesa concernente il Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2014-2018, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 13 novembre 2014;

VISTA l’Intesa concernente la proroga al 31 dicembre 2019 della vigenza del Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014-2018 e la rimodulazione dei Piani Regionali della Prevenzione 2014-2018, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 21 dicembre 2017;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” e, in particolare, l’allegato 1 “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”;

VISTA l’Intesa concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) per gli anni 2020-2025, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/CSR) e le successive modifiche con Intese del 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 228/CSR) e del 5 maggio 2021 (Rep. Atti n. 51/CSR);

VISTA la nota del, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso lo schema di Accordo in epigrafe;

CONSIDERATI gli esiti dell’odierna seduta nel corso della quale le Regioni hanno espresso avviso favorevole all’accordo;

ACQUISITO, pertanto, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nei termini di seguito indicati:

PREMESSO che la promozione della salute sul luogo di lavoro necessita di sinergie fra datori di lavoro, lavoratori e comunità locali, e può essere realizzata attraverso una combinazione di interventi che prevedano il sostegno allo sviluppo personale e alla partecipazione attiva, nonché il miglioramento dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro;

TENUTO CONTO del documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dal titolo "*Healthy workplaces: a model for action*" del 2010;

CONSIDERATO che il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 prevede nell'ambito del Programma Predefinito 3 (Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute) lo sviluppo di interventi di promozione della salute negli ambienti di lavoro secondo il modello Workplace Health Promotion (WHP), raccomandato dall'OMS, per agire, in particolare, anche su fattori non tradizionalmente associati al rischio lavorativo nella prospettiva di un approccio orientato al modello di Comprehensive Workplace Health-Total Worker Health;

SI CONVIENE

sul "*Documento di indirizzo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione*", che nel testo allegato sub A) costituisce parte integrante del presente atto.

Il Segretario

Il Presidente



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Ufficio 8

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

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

GRUPPO DI LAVORO

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

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

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

GLOSSARIO

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

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

BPCO: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

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

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

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

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

CDC: Center for Disease Control and Prevention.

CEE: Comunità Economica Europea.

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

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

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

CUG: Comitato Unico di Garanzia.

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

DL: Datore di Lavoro.

D.Lgs.: Decreto Legislativo.

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

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

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

DPCM: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

DVR: Documento di Valutazione dei Rischi.

E-CIG: Electronic Cigarettes = sigaretta elettronica.

EEC: European Economic Community

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

ENWHP: European Network for Workplace Health Promotion.

ESD: Eccessiva Sonnolenza Diurna.

ETS: Environmental Tobacco Smoke (fumo passivo).

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

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

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

GdL: Gruppo di Lavoro.

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

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

GH: Growth Hormone (ormone della crescita).

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

HPV: Human Papilloma Virus (Papilloma virus umano).

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

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

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

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

IMC: Indice di Massa Corporea.

INAIL: Istituto Nazionale Assicurazioni Infortuni sul Lavoro.

ISS: Istituto Superiore di Sanità.

ISTAT: Istituto nazionale di statistica.

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

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

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza.

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

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

MC: Medico Competente.

MCNT: Malattie Croniche Non Trasmissibili.

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

MLT: memoria a lungo termine.

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

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

NCD: Non Communicable Disease (malattie non trasmissibili).

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

ONS: Osservatorio Nazionale Screening.

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

OO.SS.: Organizzazioni Sindacali.

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

PA: Pubblica Amministrazione.

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

PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.

PNP: Piano Nazionale della Prevenzione.

PO: Piano Operativo.

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

PPDTA: Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale.

PRP: Piano Regionale della Prevenzione.

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

RLS: Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza.

RLST: Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale.

RSPP: Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione.

Setting: il contesto entro cui avviene un evento.

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

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

SPP: Servizio di Prevenzione e Protezione.

SSN: Servizio Sanitario Nazionale.

SSO: Sorveglianza Sanitaria Obbligatoria.

SSL: Salute e Sicurezza sul Lavoro.

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

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

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

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

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

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

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

Sommario

1	RAZIONALE	7
2	STRATEGIE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO	9
2.1	Contesto internazionale	9
2.2	Contesto italiano	12
2.3	La promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione - Approccio intersettoriale	17
3	MODELLO DI INTERVENTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO (PromoSaLL)	21
3.1	Programmazione, pianificazione e attuazione dell'intervento di PromoSaLL	22
3.2	Coinvolgimento delle diverse figure presenti nel luogo di lavoro	25
3.3	Comunicazione interna	26
3.4	Azioni e strumenti operativi per attuare un programma di PromoSaLL	28
3.5	Raccolta ed elaborazione dati	29
3.6	Valutazione di un intervento di PromoSaLL	31
4	MODULI SPECIFICI	33
4.1	Alimentazione	33
4.2	Attività fisica	36
4.3	Tabagismo	42
4.4	Alcol	46
4.5	Altri Moduli	48
4.5.1	Promozione degli <i>screening</i> oncologici	48
4.5.2	Promozione delle vaccinazioni	49
5	BENESSERE DEI LAVORATORI	50
5.1	Stress lavoro-correlato	50
5.2	Recupero psicofisico	56
5.3	Lavoro a distanza	60
	Appendice A	1
	Iniziativa per la promozione di uno stile di vita attivo "Ministero in forma"	1
	Appendice B	1
	Descrizione del progetto Inail di "Promozione della corretta alimentazione al lavoro"	1
	Appendice C	1
	Stress lavoro correlato: Modello Management Standard	1
	Allegato 1	1
	Progetto annuale/biennale/triennale: "La Promozione della salute e del benessere organizzativo sul lavoro": cronogramma	1
	Allegato 2	1
	Progetto annuale/biennale/triennale: "La Promozione della salute e del benessere organizzativo sul lavoro": previsione dei costi	1
	Allegato 3	1
	Esempi di lettere di trasmissione della proposta progettuale	1
	Allegato 4	1
	Check list per la gestione della salute in Azienda	1
	Allegato 5	1
	Questionario in moduli	1
	Allegato 6	1
	Informativa resa ai sensi dell'articolo 13 del Gdpr 679/2016 (Regolamento dell'Unione europea in materia di trattamento dei dati personali e di privacy)	1
	Allegato 7	1
	Suggerimenti sui principali determinanti delle malattie croniche non trasmissibili e per la promozione della salute	1

1 RAZIONALE

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

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

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

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

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

2 STRATEGIE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO

2.1 Contesto internazionale

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

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

Le criticità si possono presentare in particolare quando:

- i lavoratori sono costretti a lavorare in condizioni di scarsa sicurezza o poco salutari;
- le capacità individuali sono inadeguate rispetto alle mansioni svolte;
- manca il sostegno tra i colleghi e delle figure dirigenziali.

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

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

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

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

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

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

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

Anche l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul lavoro (*European Agency for Safety and Health at Work - EU-OSHA*) ha l'obiettivo di rendere i luoghi di lavoro più sicuri, più sani e più produttivi, a vantaggio di imprese, lavoratori e governi, attraverso la promozione di una cultura della prevenzione dei rischi.

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

2.2 Contesto italiano

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

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

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

La situazione epidemiologica

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

Alimentazione, sovrappeso e obesità

Secondo i dati PASSI 2017-2020, emerge che il 42,4% degli intervistati risulta in eccesso ponderale (31,6% sovrappeso e 10,8% obeso) e che il sovrappeso (IMC compreso fra 25 e 29,9) cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini e nelle persone con un livello culturale, sociale ed economico più basso. Il gradiente geografico dell'eccesso ponderale è chiaro a sfavore delle Regioni meridionali. Rispetto al *trend* temporale 2008-2020, la situazione è sostanzialmente stabile per i soggetti in sovrappeso; l'obesità aumenta seppur lentamente nel Sud Italia ma anche al Nord, mentre si registra una riduzione nelle Regioni del Centro. Quasi la totalità degli intervistati (il 97,4%) ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 49,3% ne consuma 1 o 2 porzioni al giorno, il 38,9% da 3 a 4 porzioni, e solo il 9,2% rispetta la raccomandazione di consumarne 5 porzioni al giorno (*five a day*).

Attività fisica e sedentarietà

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

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

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

Alcol

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

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

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

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

Fumo

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

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

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

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

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

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

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

Le MCNT, largamente diffuse nella popolazione attiva, rappresentano una sfida anche per il mondo del lavoro in relazione agli aspetti di valorizzazione del capitale umano, di impatto economico e sociale. Il contrasto ai fattori di rischio modificabili può, infatti, passare solo attraverso azioni complessive e integrate, che intervengano sui comportamenti individuali e sui determinanti sociali, economici e ambientali degli stili di vita. La PromoSaLL si raffigura, quindi, come un tema prioritario per Enti Pubblici, aziende e imprese di ogni settore e dimensione, a causa della crescente consapevolezza dell'importanza della tutela della salute, della sicurezza e del benessere sul luogo di lavoro.

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

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

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

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

In continuità con il PNP 2014-2019, il vigente PNP 2020-2025, adottato con Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020, considerando come bene comune gli interventi di tutela e promozione della salute dei lavoratori,

investe nella messa a sistema in tutte le Regioni di tali programmi di intervento prevedendo uno specifico Programma Predefinito (PP3 - Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute), per rafforzare la coerenza dell'azione e ottenere un maggiore impatto sulla salute della popolazione nella prospettiva di un approccio orientato al modello di *Comprehensive Workplace Health-Total Worker Health*.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

- ISTAT. Il consumo di alcol in Italia [https://www.istat.it/it/archivio/244222#:~:text=Nel%202019%20il%2066%2C8,\(27%25%20nel%202009\)](https://www.istat.it/it/archivio/244222#:~:text=Nel%202019%20il%2066%2C8,(27%25%20nel%202009))
- Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005;58(2):163-71).
- Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. p. 112. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
- Noncommunicable diseases. Fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/cef1e5cb-en.pdf?expires=1649678704&id=id&accname=guest&checksum=37F3283D834A908E555E321A42FC4958>
- Smith BJ, Tang KC, Nutbean D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promot Int* 2006; 21(4):340-5. doi:10.1093/heapro/dal033.
- Sorveglianza PASSI. <http://www.epicentro.iss.it/passi/>

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

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

Margaret Chan - DG OMS

Tratto da: Health 2020 – OMS, 2013

L'OMS definisce la collaborazione intersettoriale come “una relazione riconosciuta tra due o più soggetti appartenenti a diversi settori della società, costituita allo scopo di intraprendere azioni finalizzate a raggiungere risultati di salute o risultati intermedi di salute, rispetto a una problematica specifica, secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario” (1998). Scopo fondamentale dell'azione intersettoriale è quello di raggiungere una maggiore consapevolezza delle conseguenze che le decisioni politiche e le prassi organizzative adottate in diversi settori possono avere sulla salute, per poi muoversi in direzione comune favorevole al benessere delle persone.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tale approccio è sostenuto anche dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (D.P.C.M. 12 gennaio 2017) nell'ambito dell'Area F “Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di *screening*; sorveglianza e prevenzione nutrizionale” del Livello “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”. Nella stessa area è inclusa l'offerta del *counseling* breve individuale, quale prestazione esigibile finalizzata al contrasto dei fattori di rischio delle MCNT per “abilitare la persona a risolvere e gestire problemi e a prendere una decisione, in vista di un obiettivo di miglioramento dello stato di salute” (OMS, 1989). Risulta quindi fondamentale il ruolo delle Regioni e delle ASL nel definire efficaci strategie di comunità, fondate su un approccio intersettoriale, *life-course* e per *setting*, e strategie basate sull'individuo.

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

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

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

Le Regioni hanno sviluppato i suddetti percorsi quali espressione di un impegno concreto della sanità, come delle PA, a superare il modello esclusivamente basato sull'erogazione della prestazione e andare verso

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

Particolarmente rilevante è la sinergia intersettoriale e la collaborazione tra “Sistema Scolastico” e il “Sistema Sanitario” che, nel rispetto della propria *mission* istituzionale, perseguono interessi comuni la cui combinazione può consentire alla scuola di diventare un luogo dove imparare, lavorare e vivere “meglio” e al tempo stesso “guadagnare salute”. Negli ultimi anni la collaborazione tra la “Scuola” e il Sistema sanitario ha consentito di attivare in tutto il territorio nazionale interventi volti a supportare e stimolare comportamenti salutari, a partire dall'infanzia. Con il documento “Indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che promuove salute”, adottato con Accordo Stato-Regioni del 17 gennaio 2019, condiviso tra i due Dicasteri, è stato riaffermato che la “Scuola che promuove salute” adotta un approccio rivolto a tutti gli studenti, alle loro famiglie, al personale docente e non, finalizzato a sviluppare le competenze individuali di tutti i componenti della comunità scolastica, nonché a migliorarne l'ambiente fisico e sociale, aprendosi al territorio e rafforzando la collaborazione con la comunità locale: “approccio scolastico globale”. Nel contesto scolastico, la promozione della salute “ha una valenza più ampia di quella sottesa all'educazione alla salute, comprendendo anche le politiche per una scuola sana in relazione all'ambiente fisico e sociale degli istituti scolastici e ai legami con i *partner* (comuni, associazioni, servizi sanitari...), per migliorare e/o proteggere la salute e il benessere di tutta la comunità scolastica”. Il 20 febbraio 2019 i Ministri della Salute e dell'Istruzione hanno anche rinnovato il Protocollo d'intesa “Tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione” con l'obiettivo di “rendere stabile la programmazione condivisa e partecipata tra le Istituzioni centrali, regionali e locali, sanitarie e scolastiche, attraverso la condivisione di obiettivi educativi e di salute, al fine di garantire un impegno attivo in favore della implementazione, del monitoraggio e della valutazione di efficaci strategie di promozione della salute e del benessere psico-fisico”.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

- World Health Organization. Health Promotion Glossary. 1998. Traduzione italiana a cura del DORS Regione Piemonte, 2012,
https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf

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

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

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

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

Inoltre, all'inizio del 2000, in sintonia con la nuova strategia comunitaria orientata alla promozione del benessere psico-fisico e sociale nei luoghi di lavoro, l'insieme delle norme che hanno disciplinato la sicurezza sul lavoro sono state codificate in un testo unico (D.Lgs. 81/2008) al fine di rendere effettivo l'obbligo di garantire l'incolumità dei lavoratori, ponendo attenzione ai fattori stressanti psicosociali del contesto lavorativo e alle possibili conseguenze che una condizione di stress lavoro correlato può causare sulla salute.

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

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

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

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

l'attenzione ai lavoratori in condizioni di vulnerabilità (dipendenti più anziani o affetti da patologie croniche, donne in gravidanza, ecc.) e per le ricadute sulla collettività, attraverso il coinvolgimento delle famiglie.

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

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

3.1 Programmazione, pianificazione e attuazione dell'intervento di PromoSaLL

La realizzazione di un efficace intervento di PromoSaLL si basa sia sul rispetto della normativa di settore, sia su un'accurata programmazione delle azioni per raggiungere tutti gli obiettivi di salute prefissati.

È evidente che il primo elemento debba essere la chiara volontà dei vertici della struttura e la piena titolarità dell'intervento, che renda manifesto l'impegno della dirigenza per il raggiungimento delle finalità prefissate, anche in termini di monitoraggio e valutazione delle azioni poste in essere, al fine di includere negli obiettivi e nei valori aziendali la cultura dei luoghi di lavoro sani.

I lavoratori e i loro rappresentanti non devono essere semplicemente “consultati”, ma devono essere attivamente coinvolti in ogni passaggio del processo, dalla pianificazione alla valutazione, tenendo in considerazione le loro opinioni e idee. I programmi di promozione della salute e del benessere psico-fisico mirano infatti alla diffusione della cultura della prevenzione negli ambienti di lavoro, concentrando azioni e interventi finalizzati a favorire la modifica di comportamenti (consumo rischioso e dannoso di alcol, tabagismo, scorretta alimentazione e sedentarietà/scarsa attività fisica). Un programma di intervento efficace, inoltre, deve essere in grado di dare le stesse opportunità a tutti, evitando disuguaglianze, per esempio adottando le possibili diverse modalità di comunicazione per raggiungere tutti i lavoratori e tenendo in considerazione i differenti orari di servizio e ruolo aziendale ricoperto.

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

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

Fasi di un modello di intervento di PromoSaLL

1a fase: Pianificazione

La prima parte della pianificazione di un modello di intervento di PromoSaLL consiste nella costituzione di un Gruppo di Lavoro (GdL), che abbia il mandato specifico di definire il Piano Operativo, realizzarlo e monitorarlo. Ciascun componente del GdL deve avere un ruolo specifico, al fine di garantire l'efficacia delle iniziative. I componenti principali del GdL, in merito alle rispettive competenze e funzioni, sono: il DL o suo

delegato, le figure della prevenzione (paragrafo 2.b. e Tab. II) e i rappresentanti delle Direzioni, Uffici e Strutture coinvolti a vari livelli (prevenzione, risorse umane, comunicazione, acquisti, patrimonio, personale, statistica, ecc.) per la condivisione delle necessarie future autorizzazioni e collaborazioni. Nell'ambito del GdL dovrà essere identificato un referente, punto di riferimento per l'implementazione della strategia e di collegamento tra il gruppo stesso e la Direzione Aziendale. A seconda dei casi possono essere coinvolti altri esperti anche esterni.

Una volta formalizzato, il GdL procederà a valutare le caratteristiche della popolazione lavorativa coinvolta attraverso l'analisi oggettiva dei dati statistici a disposizione (aspetti demografici della forza lavoro, assenteismo, tassi di ricambio del personale, controlli sanitari, *screening* volontari, ecc.).

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

La seconda parte della I fase consiste nella predisposizione, da parte del GdL, del Piano Operativo completo, da elaborare anche in forma schematizzata con le fasi attuative, la relativa tempistica di realizzazione (cronoprogramma, All.1) e un prospetto delle risorse umane, strumentali ed economiche necessarie (All. 2).

Nell'ambito del processo di redazione del Piano Operativo è necessario:

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

Il GdL provvede, inoltre, alla pianificazione delle attività di comunicazione interna ai dipendenti e al monitoraggio dell'attuazione del Piano Operativo (All. 3).

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

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

2ª fase: Realizzazione

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

- informazione di tutti i lavoratori sul programma di interventi, attraverso mezzi di comunicazione diversificati (manifesti, *poster*, avvisi, *totem*, *intranet*, incontri);
- acquisizione delle conoscenze, delle esigenze e delle aspettative dei lavoratori, attraverso:
 - o indagini mediante questionari/interviste/*check-list*;
 - o organizzazione di incontri individuali o di gruppo;
- elaborazione statistica dei dati e analisi dei risultati;
- elaborazione di proposte all'Amministrazione di modifiche ambientali/organizzative, progettate a seguito delle conoscenze acquisite con l'analisi dei risultati;
- messa in atto delle modifiche ambientali/organizzative proposte all'Amministrazione e da essa autorizzate;
- creazione di reti con altri *stakeholder* del territorio.

3^a fase: Monitoraggio e valutazione degli interventi

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

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

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

Riepilogo del percorso attuativo di un modello di intervento di PromoSaLL
<ul style="list-style-type: none"> • Costituire un GdL Aziendale in cui siano presenti il DL o suo delegato, le figure della prevenzione (RSPP, MC, RLS), rappresentanti delle Direzioni, Uffici e Strutture coinvolte a vari livelli (prevenzione, comunicazione, acquisti, patrimonio, personale, statistica, ecc.). • Valutare la situazione logistica e organizzativa esistente e il rispetto degli obblighi normativi (cartelli di divieto di fumo, aree fumatori, mensa, distributori automatici, dati del Medico Competente, ecc.). • Definire gli obiettivi e risultati che si vogliono raggiungere. • Prevedere le modalità di valutazione dei risultati prima di avviare il processo. • Individuare programmi dedicati (specialisti in sede, convenzioni con esterni, campagne informative, pacchetti salute, ecc.) ed eventuali modifiche organizzative e strutturali da apportare. • Predisporre un Piano Operativo, dettagliando fasi, attività previste, obiettivi, risultati attesi, personale e Strutture da coinvolgere), costi previsti ed elaborando un cronoprogramma. • Inviare formalmente il Piano Operativo elaborato al Management per le opportune autorizzazioni. • Comunicare a tutto il personale la politica aziendale in merito al programma di PromoSaLL previsto (cartelli, incontri, <i>poster</i>, <i>totem</i>, ecc.). • Attuare il Piano Operativo. • Monitorare la realizzazione del Piano Operativo. • Valutare i risultati a breve e lungo termine (6-12 mesi). • Apportare eventuali modifiche strumentali, strutturali e organizzative nell'azienda. • Apportare eventuali modifiche/aggiornamenti al Piano Operativo. • Ripetere periodicamente l'esperienza.

3.2 Coinvolgimento delle diverse figure presenti nel luogo di lavoro

Le figure coinvolte sono:

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

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

FIGURE COINVOLTE	RUOLI/FUNZIONI
DL	Promuove e autorizza iniziative preventive e correttive per la SSL e PromoSaLL; reperisce risorse interne/esterne (umane, economiche, strutturali e strumentali) per l'attuazione dei programmi.
RSPP	Coordina il SPP per l'individuazione e la valutazione dei diversi fattori di rischio e promuove, attua e verifica iniziative di PromoSaLL.
MC	Svolge attività di SSO e si relaziona direttamente con i lavoratori; collabora con il DL e l'RSPP per la valutazione, gestione e monitoraggio del rischio e per la promozione, l'attuazione e la valorizzazione di iniziative di PromoSaLL. Svolge attività di formazione e informazione.
RLS/RLST	Segnala al DL le istanze dei lavoratori con cui si relaziona direttamente; collabora alla valutazione e gestione del rischio e all'individuazione, promozione, attuazione e verifica per la PromoSaLL.
OO.SS.; COMITATO ETICO; CUG	Sono coinvolti attivamente a tutela dei lavoratori (rispetto del contratto di lavoro, delle disuguaglianze etniche, della differenza di genere e disabilità, ecc.) e per proporre iniziative e valutare quelle proposte e attuate dal DL nella VdR e nella PromoSaLL.
LAVORATORI	Sono coinvolti attivamente (sensibilizzati, sentiti e informati) in quanto destinatari di interventi di prevenzione e gestione della SSL e PromoSaLL.

3.3 Comunicazione interna

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

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

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

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

La comunicazione risulta tanto più efficace se tutti i soggetti coinvolti conducono iniziative concordate, coordinate nell'ambito di un piano e se hanno la percezione di far parte del sistema. Una corretta

comunicazione alimenta, quindi, la motivazione e la fiducia, e permette a ognuno di svolgere in modo adeguato i propri compiti (esempi di note informative/autorizzative in All.3).

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

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

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

3.4 Azioni e strumenti operativi per attuare un programma di PromoSaLL

Per promuovere un programma di PromoSaLL, è necessario adottare gli opportuni strumenti operativi, alcuni dei quali sono riportati sinteticamente nella Tabella III.

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

Azioni	Strumenti operativi
<p><u>Valutazione di I livello</u>: pre-valutazione qualitativa e informativa del lavoro e dell'ambiente di lavoro.</p> <p>Utilizzata per l'identificazione e primo inquadramento dell'esistenza (presenza o assenza) del rischio, tramite la ricerca di eventuali "segnalatori di rischio". Non richiede il coinvolgimento di un esperto.</p>	<p><i>Check-list</i> (lista di controllo) (All. 4), colloqui orientativi, sopralluoghi conoscitivi</p>
<p><u>Valutazione di II livello</u>: analisi quali-quantitativa, standardizzata, più approfondita. Utilizzata in presenza di "segnalatori di rischio". Richiede uno specifico addestramento del valutatore. Alcuni metodi di misura sono settoriali, altri multidimensionali poiché valutano contemporaneamente molti elementi correlati al rischio. Spesso integrano variabili oggettive di tipo ambientale con variabili individuali.</p> <p>Caratteristiche dei metodi di valutazione: coerenza scientifica, completezza delle informazioni, riproducibilità, validazione in rapporto all'effetto e ai parametri misurabili, adeguata descrizione del contesto lavorativo.</p> <p>Utilizzata per:</p> <p>a) <u>effettuare un approfondimento</u> per la stima del rischio; utile per la misura di specifici parametri (fisici, psicofisici, fisiologici) e di diverse tipologie di attività. Necessita la conoscenza delle caratteristiche del campione analizzato, delle richieste dei lavoratori con valutazione del proprio ambiente di lavoro e sul grado di benessere generale;</p> <p>b) <u>verificare i risultati</u>, a breve e a lungo termine, a seguito degli interventi correttivi adottati (strutturali, organizzativi, strumentali); valutare il grado di soddisfazione dei lavoratori;</p> <p>c) <u>individuare eventuali ulteriori</u> misure correttive/preventive da adottare.</p>	<p>Questionari (somministrazione cartacea o <i>on-line</i>), interviste semi-strutturate (telefoniche/dal vivo)</p>
<p><u>Sensibilizzazione</u> sulle caratteristiche di PromoSaLL</p>	<p>Opuscoli, manuali, linee di indirizzo, buone pratiche</p>
<p><u>Informazione</u> collettiva sulle caratteristiche di PromoSaLL</p>	<p>Cartelli, manifesti, <i>totem</i>, locandine, <i>brochure</i>, <i>software</i>, tovaglette mensa, messaggi in busta paga, contapassi, <i>gadget</i></p>
<p><u>Comunicazione</u> collettiva e/o individuale di avvio programmi; stato di attuazione; risultati raggiunti a breve e a lungo termine; monitoraggio.</p>	<p>Convegni, seminari, <i>workshop</i>, <i>e-mail</i>, <i>newsletter</i>, sito <i>web/intranet</i></p>
<p>Coinvolgimento attivo e proattivo dei lavoratori per la partecipazione a interventi mirati ed efficaci di PromoSaLL</p>	<p>Attività interattive in aula (con o senza esercitazioni) e <i>on-line</i>, <i>focus group</i>, incontri individuali e di gruppo.</p>

3.5 Raccolta ed elaborazione dati

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

Questionario (All. 5)

Uno dei metodi di indagine utilizzabile per la PromoSaLL prevede l'uso di un questionario. Quest'ultimo ha l'obiettivo di raccogliere dai lavoratori alcune informazioni relativamente a: abitudini alimentari, attività fisica/sedentarietà, consumo di tabacco, consumo di alcol, salute orale, *stress* lavoro correlato, rischio cardio-cerebrovascolare, *screening* oncologici e vaccinazioni. Le informazioni raccolte con i questionari, opportunamente integrate da altri dati, forniranno indicazioni utili a individuare interventi adeguati ed efficaci per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento della salute.

Il questionario proposto è suddiviso in moduli e ogni Amministrazione, nel progettare il proprio intervento, può scegliere quali moduli adottare, a seconda degli obiettivi prefissati e di eventuali interventi già precedentemente attuati.

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

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

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

Trattamento dei dati personali

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

L'informativa dovrà essere concisa, intelligibile per l'interessato e facilmente accessibile. Sarà necessario utilizzare un linguaggio chiaro e semplice (*facsimile* dell'informativa – All. 6).

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

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

Modalità di somministrazione

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

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

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

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

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

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

I vantaggi sono:

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

Gli svantaggi sono:

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

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

I vantaggi sono:

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

Gli svantaggi sono:

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

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

3.6 Valutazione di un intervento di PromoSaLL

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

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

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

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

4 MODULI SPECIFICI

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

Nell'allegato 7 sono riportati alcuni consigli per i lavoratori per tutti i moduli.

4.1 Alimentazione

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

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

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

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

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

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

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

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Prima colazione 20%• Spuntino mattina 5%• Pranzo 40%• Spuntino pomeriggio 5%• Cena 30% |
|--|

Azioni nei luoghi di lavoro

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

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

Mensa: La PA dovrebbe definire il capitolato d'appalto per l'erogazione del servizio di ristorazione inserendo alcuni requisiti che la società che fornisce il servizio dovrebbe impegnarsi a rispettare, come per esempio: frutta e verdura fresche e di stagione, pane, anche integrale, carne preferibilmente bianca, pesce, legumi, olio extravergine di oliva. Per quanto riguarda la preparazione dei cibi, bisognerebbe prevedere un corretto porzionamento e preferire la cottura al vapore/forno/piastra a basso contenuto di sale, preferibilmente iodato. Dovrebbero essere presenti alimenti non conditi.

Sarebbe auspicabile una strategia informativa sui menù salutarmente equilibrati. La scelta alimentare dovrebbe contemplare anche menù fruibili da lavoratori affetti da intolleranze alimentari. La frutta, anche se consumata da sola, potrebbe essere venduta a prezzi ridotti per favorirne il consumo. Per diminuire gli sprechi alimentari le pietanze della mensa risultanti in eccesso potrebbero essere offerte a prezzi ridotti oppure destinate agli indigenti.

Bar: anche per il servizio bar possono essere richiesti specifici requisiti o possono essere proposte e concordate modifiche nell'offerta degli articoli di caffetteria con diminuzione dei prodotti ad alto contenuto di calorie, zuccheri, grassi e sale, privilegiando il consumo, per esempio, di frutta fresca, spremute, purea di frutta al naturale, centrifugati, yogurt senza zuccheri aggiunti.

Distributori automatici: nel capitolato di appalto dovrebbe essere privilegiata la presenza di frutta fresca e disidratata, frutta secca a guscio al naturale (non salata o glassata), spremute e purea di frutta, verdure

pronte da consumare, yogurt senza zuccheri aggiunti, acqua, ecc.; andrebbe ridotta l'offerta di snack ad alto contenuto di grassi, sale e zucchero, e di bevande gassate zuccherate e/o edulcorate.

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

Altre azioni:

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

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

4.2 Attività fisica

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

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

Oltre ai rischi associati all'inattività fisica occorre considerare le problematiche associate alla sedentarietà che è, infatti, un concetto distinto da quello di inattività fisica. È possibile, infatti, che individui fisicamente attivi, ossia che raggiungono la quantità minima raccomandata di attività fisica (All. 7b), possano essere al tempo stesso sedentari, perché, per esempio, dopo una sessione mattutina di esercizio trascorrono seduti buona parte del rimanente tempo giornaliero (es. vanno e tornano dal lavoro in auto e rimangono seduti alla scrivania per l'intera giornata lavorativa). La sedentarietà è una condizione che può essere favorita dal tipo di lavoro svolto, ma può essere anche un'abitudine mantenuta nel tempo libero.

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

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

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

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

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

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

	Per i lavoratori	Per l'ente e la società
Per migliorare	<ul style="list-style-type: none"> - la salute e la qualità della vita anche sul posto di lavoro - la soddisfazione lavorativa - la motivazione, la memoria, la concentrazione, il rapporto con i colleghi - la gestione dello stress 	<ul style="list-style-type: none"> - la qualità della vita sul luogo di lavoro - l'immagine dell'ente - le relazioni lavorative - il rendimento
Per aumentare	<ul style="list-style-type: none"> - il benessere psicosociale 	<ul style="list-style-type: none"> - il senso di appartenenza
Per ridurre	<ul style="list-style-type: none"> - il rischio di soffrire di alcune malattie croniche, quali: cardiopatie, diabete, tumori, ecc. 	<ul style="list-style-type: none"> - assenze per malattia - infortuni sul lavoro - costi sociali (indennizzi, assicurazioni, ...) - mortalità prematura

Tratto da: Centers for Disease Control and Prevention. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase Physical Activity in the Community. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2011.

Azioni nei luoghi di lavoro

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

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

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

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

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

Nel definire gli interventi, è necessario considerare gli aspetti strutturali e organizzativi, la tempistica e il contesto di azione, cioè “quando, come e dove” possono essere attuati.

Alcune possibili azioni sono indicate nella Tabella II.

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

<ol style="list-style-type: none">1. Realizzare attività di informazione e comunicazione<ul style="list-style-type: none">• Distribuire materiale informativo• Posizionare <i>poster</i> informativi e promozionali in punti strategici (ad es. porta d'ingresso, accoglienza, vicino ascensori, scale, mensa/bar, servizi igienici, etc.)• Organizzare incontri con i dipendenti per condividere proposte di interventi da adottare per favorire l'attività fisica• Realizzare seminari, convegni o altri eventi che coinvolgano i lavoratori anche con l'intervento di <i>testimonial</i>• Creare alleanze con i diversi interlocutori presenti in azienda e utilizzare la loro rete di comunicazione (comitato salute e sicurezza, sindacati, dopolavoro, etc.)• Rendere note le attività attraverso la <i>newsletter</i>2. Integrare l'attività fisica nella vita lavorativa<ul style="list-style-type: none">• Incoraggiare pause attive, anche brevi di 2-3 min., almeno ogni 30 min. (ad es. camminare, usare le scale, esercizi di allungamento e <i>stretching</i>, etc.)• Proporre e incentivare l'utilizzo delle scale• Creare gruppi di cammino (es. organizzando uscite serali e/o durante la pausa pranzo o prima o dopo l'orario di lavoro, proporre escursioni con le famiglie nel fine settimana)• Organizzare attività sul posto di lavoro, al di fuori dell'orario di lavoro (ad es., di <i>tai chi</i>, <i>yoga</i>, ginnastica dolce o altro)• Organizzare tornei sportivi o incoraggiare la partecipazione a tornei organizzati da altre associazioni (i partecipanti potrebbero indossare la maglietta dell'Ente a titolo promozionale)• Offrire consulenze individuali sul posto di lavoro o al di fuori3. Creare ambienti favorevoli<ul style="list-style-type: none">• Offrire strutture e attrezzature (ad es. un locale attrezzato con <i>cyclette</i>, tappetini, spalliera, <i>tapis roulant</i>, canestri da <i>basket</i>, ecc., possibilmente con disponibilità di armadietti, spogliatoi, ecc.)• Adottare una <i>policy</i>/regolamento di promozione dell'attività fisica e di contrasto alla sedentarietà dei lavoratori• Individuare percorsi per camminare o andare in bicicletta nei pressi dell'azienda• Migliorare il contesto per incoraggiare l'uso delle scale al posto dell'ascensore (ad es. sicurezza, illuminazione, pulizia, arredamento, etc.)• Creare un parcheggio protetto per biciclette• Offrire pass o tagliandi gratuiti per accedere ad attività organizzate a livello territoriale• Sostituire nel tempo le postazioni di lavoro con scrivanie ad altezza variabile (<i>standing desk</i>)• Stipulare convenzioni con centri sportivi o palestre anche attraverso i Dopolavoro4. Promuovere la mobilità attiva e sostenibile<ul style="list-style-type: none">• Organizzare eventi per valorizzare il tema della mobilità attiva (ad es. giorni "a piedi al lavoro" o "al lavoro in bicicletta", etc.)• Favorire l'uso del mezzo pubblico, creazione della figura del <i>mobility manager</i>, fornendo anche informazioni sui percorsi migliori per andare al lavoro a piedi o in bicicletta• Incoraggiare e valorizzare i dipendenti che praticano la mobilità attiva• Organizzare seminari sulla sicurezza stradale e l'uso sicuro della bicicletta• Stipulare convenzioni con appositi negozi per l'acquisto di attrezzature (bicicletta, casco, scarpe da ginnastica, abbigliamento, etc.)
--

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

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

4.3 Tabagismo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Azioni nei luoghi di lavoro

Sul luogo di lavoro è obbligatorio far rispettare il divieto di fumo, proteggere i lavoratori dal fumo passivo, dare informazioni sui rischi del tabagismo e offrire ai fumatori un’opportunità per combattere la dipendenza (Tab. III).

Il DL dovrà procedere alla valutazione del rischio per i lavoratori esposti a fumo passivo nei locali per fumatori e nel caso di uso di sigarette elettroniche E-CIG (*Electronic Cigarette*). Dovrà inoltre considerare il fumo nell’analisi del benessere psicofisico dei lavoratori fumatori e non fumatori.

All’interno dell’azienda si potrà istituire un GdL *ad hoc* che si occupi dello sviluppo di iniziative per la gestione del fumo di tabacco (All. 7 d-e).

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

fumo. Il MC, inoltre, sottoporrà a visita gli esposti a fumo passivo (lavoratori in sale riservate ai fumatori, in carceri, in ospedali psichiatrici ecc.).

Tab. III - Azioni per il controllo del tabagismo

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

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

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

4.4 Alcol

L'alcol non è un alimento, ma una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e con una capacità di indurre dipendenza superiore alle sostanze o droghe illegali più conosciute. Il suo consumo non è utile all'organismo o alle sue funzioni e provoca un danno diretto alle cellule di molti organi tra cui i più vulnerabili sono il fegato e il sistema nervoso centrale (Tab. I).

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

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

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

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

Tab. I - Effetti e conseguenze cliniche alcolcorrelate

<ul style="list-style-type: none">- Sindromi psicotiche indotte da alcol- Sindrome di dipendenza da alcol- Polineuropatia alcolica- Cardiomiopatia alcolica- Gastrite alcolica- Steatosi epatica alcolica- Epatite acuta alcolica- Cirrosi epatica alcolica- Ipertensione arteriosa- Depressione- Aborto spontaneo- Parto prematuro e basso peso del bambino alla nascita- Deficit intellettivi nei figli di madri alcoliste- Suicidi- Morte- Difficoltà a ricordare le cose fatte o da fare- Scarsa capacità di concentrazione- Diminuito rendimento lavorativo o scolastico- Interazione con farmaci (es. aggravano gli effetti dell'alcol: ansiolitici, aspirina, anticoagulanti).

Alcol in ambito lavorativo

Il consumo di prodotti alcolici può produrre effetti dannosi, sia al lavoratore stesso (malattie, infortuni, invalidità, diminuzione rendimento lavorativo, provvedimenti disciplinari), che al suo contesto lavorativo (incidenti, comportamenti violenti, diminuzione della *performance*, isolamento volontario o involontario, errori nelle procedure, assenteismo, ecc.)

Il DL ha l'obbligo di tutela della sicurezza dei propri dipendenti, ma anche quello del rispetto della loro *privacy* e dignità personale, esigenze non facili da conciliare; infatti non sempre è chiaro e condiviso quali siano i limiti entro i quali il DL può e deve effettuare controlli sui lavoratori (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., L. 125/01). Attualmente, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche nei luoghi di lavoro (L. 125/01 art.15), si fa riferimento all'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006, che riporta le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, (autisti, personale sanitario, insegnanti, ecc.).

Il divieto di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche vige all'interno del luogo di lavoro e il divieto di assunzione durante l'orario di servizio, per le attività lavorative a rischio, è esteso anche all'intervallo pasto (aperitivo, vino, birra, caffè corretto, amaro, ecc.), anche se il vitto è consumato fuori dall'azienda o è portato da casa.

Azioni nei luoghi di lavoro

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

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

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

4.5 Altri Moduli

4.5.1 Promozione degli *screening* oncologici

I programmi di *screening* oncologico per carcinoma della cervice uterina, mammario e del colon retto, rivolti alle persone appartenenti alle fasce di età considerate a maggior rischio, sono offerti quali Livelli essenziali di assistenza (LEA) sin dal 2001 (DPCM 29 novembre 2001) e come tali confermati dal DPCM 12 gennaio 2017.

Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), nel 2020 la pandemia di COVID-19 ha determinato una grave difficoltà nella realizzazione delle campagne di *screening* in tutte le Regioni. Se si confronta il dato di estensione, ovvero l'offerta attiva del test di *screening* a tutta la popolazione avente diritto, tra il periodo 2014-2016 e quello successivo 2017-2019 il quadro appare più confortante per le 3 principali macro-aree, Nord, Centro e Sud. Il periodo 2017-2019, infatti, è stato caratterizzato da una maggiore capacità di offerta delle Regioni del Centro e in particolare del Sud. Ad esempio, nello *screening* mammografico il valore rimane pressoché stabile per il Nord, sempre intorno a valori ottimali pari al 98-100%, mentre si osserva un miglioramento importante sia per il Centro (78,5% nel 2014 al 98,5% nel 2019) che per il Sud (dal 42,8% del 2014 al 66,3%). Analoghe considerazioni valgono per lo *screening* coloretale con il Nord su valori stabili e ottimali, un netto miglioramento al Centro (dal 72,7% del 2014 al 95,5% nel 2019) e un progressivo miglioramento al Sud (dal 31,9% nel 2014 al 43,5% nel 2019). In merito allo *screening* cervicale si deve tenere conto che a partire dal 2014-2015 molte Regioni hanno introdotto il test HPV primario quinquennale a partire dai 30 anni. Il dato del Nord evidenzia, comunque, un miglioramento passando dal 70,6% del 2014 all'82,9% del 2019, mentre il Centro presenta valori stabili sempre superiori al 97% e al Sud si apprezza un miglioramento dal 65,1% del 2014 all'82,8% del 2019. Anche in merito alla partecipazione della popolazione si constata un gradiente Nord-Sud con valori che rimangono piuttosto stabili nel periodo 2017-2019.

Rispetto al 2019, nel 2020-2021 si osserva una riduzione relativa di partecipazione pari al 10%, 20% e 13% nello *screening* mammografico, cervicale e coloretale rispettivamente. Tale riduzione è da mettere in stretta relazione alla pandemia che ha determinato una grave difficoltà del sistema sanitario, con gravi ritardi nelle attività di *screening* oncologico e conseguente ritardo nella diagnosi di nuovi casi. Nei mesi della massima emergenza i programmi di *screening* sono stati, infatti, temporaneamente sospesi in molte Regioni italiane, sia perché il personale sanitario è stato dirottato verso l'assistenza ai malati di COVID-19 sia al fine di ridurre il rischio di contagio.

A partire da maggio 2020 i programmi di *screening* sono stati riattivati, con tempistiche, intensità e modalità diverse fra le varie Regioni e all'interno della stessa Regione.

Il vigente PNP 2020-2025, in linea con quanto proposto dal Piano Europeo contro il cancro, investe sul miglioramento dell'offerta dei programmi di *screening* organizzato per superare le criticità, prevalenti nelle Regioni del Sud, in termini sia di copertura sia di adesione (anch'essa più bassa nell'Italia Meridionale e Insulare). Oltre al consolidamento dei programmi, il PNP prevede l'implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con le attività in essere, per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per le mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2. Relativamente ai tre programmi di *screening* organizzato, il PNP sottolinea anche la necessità di recepire i fabbisogni degli utenti per garantire un'offerta di qualità e adeguati livelli informativi e comunicativi, rafforzando lo scambio di competenze e informazioni fra tutti gli attori del sistema, in particolare i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Una forte sinergia con le farmacie può migliorare l'adesione ai programmi di *screening*, fornendo supporto informativo alla popolazione target e facilitando, in particolare, la partecipazione al test di primo livello per il tumore coloretale. È da sottolineare che lo *screening* organizzato può, inoltre, rappresentare un *setting* adatto anche alla implementazione di interventi di prevenzione primaria, attraverso l'applicazione di interventi motivazionali brevi per promuovere l'adozione dei corretti stili di vita.

4.5.2 Promozione delle vaccinazioni

Alcune malattie infettive hanno la caratteristica di poter essere prevenute e uno degli interventi più efficaci e sicuri per la salute pubblica, nell'ambito della prevenzione primaria, è rappresentato dalla vaccinazione. L'obiettivo dei programmi di prevenzione vaccinale è quello di conferire uno stato di protezione a quei soggetti sani che, per condizioni epidemiologiche, di salute, occupazionali o comportamentali, sono esposti al pericolo di contrarre determinate infezioni, nonché quello di ottenere la riduzione e, ove possibile, l'eradicazione di alcune malattie infettive per le quali non esiste una terapia e/o che possano essere mortali o causa di gravi complicazioni.

Parallelamente all'offerta delle vaccinazioni, per il successo delle strategie vaccinali e il raggiungimento di buone coperture è fondamentale migliorare la conoscenza da parte dei cittadini sul tema dei vaccini e promuovere un'adesione "consapevole e volontaria" alle vaccinazioni. Il persistere di un diffuso scetticismo sulla pratica dei vaccini rende necessario continuare a investire sia nella formazione degli operatori sanitari sia nell'informazione della popolazione.

Azioni possibili nei luoghi di lavoro

I luoghi di lavoro, comprese le scuole, possono rappresentare ambienti particolarmente idonei a sostenere campagne di sensibilizzazione per promuovere i programmi di *screening* e di vaccinazione messi in atto dalle ASL presenti sul territorio, valorizzandone il significato e l'importanza (Tab. I).

Tab. I – Possibili azioni di sensibilizzazione nei luoghi di lavoro

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- organizzazione di eventi informativi in raccordo con le ASL del territorio;- sensibilizzazione tramite interventi coordinati con le ASL e programmati nel tempo in modo che la cultura acquisita possa essere un imprinting per sé stessi e per i propri figli e nella scuola per gli studenti;- predisposizione di materiale divulgativo (brochure, locandine, dépliant) in collaborazione con le ASL, anche attraverso l'accesso a siti web affidabili e social network come veicolo di corretta informazione e di contrasto alle <i>fake news</i>;- diffusione di informazioni sui servizi di pubblica utilità (es. presenza di Centri specifici, disponibilità di numeri verdi);- offerta attiva di prestazioni sui posti di lavoro, laddove sia praticabile, in collaborazione con le ASL competenti. |
|--|

I luoghi di lavoro potrebbero, inoltre, rappresentare strutture di supporto dei percorsi organizzati dalle ASL sul territorio. Un esempio potrebbe essere lo *screening* del cancro del colon retto con la determinazione del sangue occulto nelle feci. Attraverso accordi specifici con le ASL, potrebbe essere previsto che il lavoratore ritiri il contenitore per le feci e consegni il campione raccolto sul posto di lavoro: ciò agevolerebbe l'adesione a questo programma di *screening* alcune volte disattesa per problemi logistici e di orari.

Le scuole potrebbero assumere un ruolo privilegiato coinvolgendo il personale docente nella attuazione di iniziative di sensibilizzazione rivolte alle famiglie e agli adolescenti per valorizzare l'importanza delle vaccinazioni, in particolare di quella contro il papillomavirus (HPV) che, attualmente prevista in entrambi i sessi intorno agli 11/12 anni, consente di prevenire nella quasi totalità dei casi, l'insorgenza di infezioni persistenti dei ceppi virali che più frequentemente provocano il tumore della cervice uterina.

5 BENESSERE DEI LAVORATORI

5.1 *Stress lavoro-correlato*

I rischi lavoro-correlati si sono evoluti nel tempo di pari passo con il cambiamento dei sistemi tecnologici di produzione (forte e rapida innovazione, automazione, nuove tecnologie e sistemi produttivi complessi), dei rapporti di lavoro (nuovi contratti di lavoro, lavoratori atipici, interinali) e della realtà socioeconomica (aumento del lavoro femminile, invecchiamento della popolazione, immigrazione, parcellizzazione, appalto, esternalizzazione, globalizzazione).

In questo senso si può parlare di un'evoluzione storica di rischi e patologie lavoro correlati: dalle malattie professionali "classiche", monofattoriali, legate a cause chimiche e fisiche, alle malattie multifattoriali correlate a disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico o a condizioni di *stress* con conseguenze negative per il benessere dei singoli lavoratori e dell'organizzazione.

Il testo unico D. Lgs. 81/2008, in linea con la definizione di salute dell'OMS (art. 2, D. Lgs. 81/2008) e con la strategia comunitaria orientata alla promozione del benessere psico-fisico e sociale nei luoghi di lavoro, pone attenzione anche ai fattori stressanti psicosociali del contesto lavorativo e alle possibili conseguenze che una condizione di *stress* lavoro-correlato può causare sulla salute. Pertanto, per promuovere sicurezza, salute e benessere fisico, mentale e sociale dei lavoratori, è necessario tener conto contemporaneamente di alcuni elementi tra loro correlati: 1) l'ambiente fisico di lavoro; 2) le risorse di salute personali; 3) gli aspetti psicosociali (organizzazione e gestione del lavoro, clima relazionale, valori, atteggiamenti, pratiche quotidiane, comunicazione); 4) l'interfaccia tra famiglia e lavoro e l'interazione tra luogo di lavoro e comunità per migliorare anche la salute delle famiglie dei lavoratori e degli altri membri della comunità stessa. È importante evidenziare che l'ambiente di lavoro, in base a come viene gestito, può aumentare o ridurre il benessere dei lavoratori e di conseguenza dell'intera organizzazione: condizioni di *stress* possono, infatti, ostacolare le buone prestazioni e danneggiare le possibilità di successo dell'organizzazione stessa.

Il rischio *stress* lavoro-correlato è un fenomeno globale e può riguardare ogni luogo di lavoro, ogni lavoratore, ogni categoria professionale indipendentemente dalle dimensioni dell'azienda, dal settore di attività o dalla tipologia del contratto o del rapporto di lavoro. Affrontare la questione dello *stress* lavoro-correlato può condurre a una maggiore efficienza e a un miglioramento della salute e sicurezza dei lavoratori, con conseguenti benefici economici e sociali per imprese, lavoratori e società nel suo complesso.

Definizione dello stress lavoro-correlato

Lo stress si definisce come "la sindrome di adattamento relativamente aspecifica alle sollecitazioni (dette anche *stressor* o stimoli) dell'ambiente esterno e/o interno". Questa situazione viene anche descritta come una "pressione" che una persona può sperimentare o subire nel suo contesto di vita. Generalmente lo *stress* è utile e ha una funzione positiva (*eustress*); può rappresentare, infatti, una componente fisiologica che consente all'individuo di rispondere alle richieste dell'ambiente di vita e di attuare cambiamenti. Al contrario, quando la pressione è eccessiva e viene percepita l'insufficienza delle risorse fisiche, psicologiche e mentali e la mancanza di supporto per far fronte alle richieste che vengono poste dal contesto, lo *stress* diventa un'esperienza negativa (*distress*). Pertanto, la condizione di *stress* può divenire disfunzionale per un'inadeguata intensità degli stimoli (sovra o sotto-stimolazione), per eccessiva durata degli stessi o per alcune loro caratteristiche (Tab. I).

Tab. I - Disturbi della sindrome da stress negativo (*distress*)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- cognitivo (perdita di concentrazione, difficoltà ad assumere decisioni, persistenti pensieri negativi, diminuita abilità gestionale, ecc.);- emozionale (perdita di entusiasmo, irritabilità, preoccupazione diffusa, depressione, ecc.);- fisico (palpitazioni, disturbi muscoloscheletrici, mal di testa, malattie cardio-cerebrovascolari, malattie della pelle, disturbi gastrici, ecc.);- comportamentale (decremento della performance, disturbi dell'alimentazione, aumento di errori e infortuni, consumo rischioso e dannoso di alcol, abuso di tabacco, stato di sovra o sotto eccitazione, ecc.). |
|---|

L'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro afferma che nel contesto del lavoro lo *stress* nella sua accezione negativa si manifesta quando il lavoratore percepisce uno "squilibrio tra le richieste avanzate nei suoi confronti e le risorse organizzative e individuali a sua disposizione" per fronteggiarle adeguatamente (l'adeguatezza degli strumenti lavorativi e dei dispositivi di sicurezza, il grado di autonomia, la possibilità di sviluppare competenze, la chiarezza del ruolo, delle responsabilità e delle procedure). Se la percezione di questo squilibrio permane nel tempo e il lavoratore non è in grado di adattarsi e di affrontare l'esposizione a richieste elevate nel breve termine, l'efficienza lavorativa si riduce e tale condizione diviene un rischio per la salute.

Le Linee Guida della Commissione Europea sullo *stress* correlato al lavoro definiscono lo *stress* come "un insieme di reazioni emotive, cognitive, comportamentali e fisiologiche ad aspetti avversi e dannosi del contenuto della mansione, dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro".

Secondo l'Accordo Quadro Europeo sullo *stress* lavoro correlato stipulato tra le parti sociali a Bruxelles l'8 ottobre 2004 e recepito con l'Accordo interconfederale il 9 giugno 2008, lo *stress* è "una condizione che può essere accompagnata da disturbi di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro".

Tuttavia, non tutte le manifestazioni di *stress* sul lavoro possono essere considerate come *stress* lavoro-correlato, ma possono essere indotte da fattori esterni al lavoro. Lo *stress* lavoro-correlato è quello causato da fattori propri del contesto (cultura e funzione organizzativa, ruolo nell'organizzazione, sviluppo di carriera, autonomia decisionale/controllo, relazioni interpersonali sul luogo di lavoro, interfaccia famiglia/lavoro) e del contenuto del lavoro (ambiente di lavoro e attrezzature, pianificazione dei compiti, carico e ritmo di lavoro, orario di lavoro).

L'Accordo Europeo specifica, infatti, nell'articolo 4, che l'individuazione di un problema di *stress* da lavoro può avvenire attraverso l'analisi di fattori quali:

- l'eventuale inadeguatezza nella gestione dell'organizzazione e dei processi di lavoro (disciplina dell'orario di lavoro, grado di autonomia, corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti, carichi di lavoro, ecc.)
- condizioni di lavoro e ambientali (esposizione a comportamenti illeciti, rumore, calore, sostanze pericolose, ecc.)
- carenze nella comunicazione (incertezza in ordine alle prestazioni richieste, alle prospettive di impiego o ai possibili cambiamenti, ecc.)
- fattori soggettivi (tensioni emotive e sociali, sensazione di non poter far fronte alla situazione, percezione di mancanza di attenzione nei propri confronti, mancanza di riconoscimento del ruolo professionale ecc.).

Indicatori di stress lavoro-correlato

Data la complessità del fenomeno *stress*, non esiste un elenco esaustivo dei potenziali indicatori di *stress*.

Gli studi suggeriscono che:

- circa la metà delle assenze sul posto di lavoro può essere collegata allo *stress* che rappresenta quindi la causa di malattia più comunemente riferita dal lavoratore;
- la riduzione delle prestazioni sul lavoro a causa dello *stress* può costare il doppio dell'assenza;
- lo *stress* sul lavoro può portare a un maggior numero di incidenti e infortuni;
- l'elevato turnover del personale può essere legato allo *stress* sul lavoro;
- le assenze causate dallo *stress* tendono a essere più lunghe di quelle dovute ad altre cause;
- i tassi di prepensionamento tendono ad aumentare a causa dello *stress*;
- il presentismo (la situazione in cui le persone continuano ad andare al lavoro quando sono malate e non possono essere efficienti) tende ad aumentare.

Valutazione del rischio stress lavoro-correlato

In Italia, il D.lgs. 81/2008 e s.m.i. obbliga i datori di lavoro a valutare e gestire il rischio *stress* lavoro-correlato al pari di tutti gli altri rischi (art. 28, comma 1). A tal proposito il Testo Unico del 2008, con le integrazioni successivamente apportate dal D. Lgs 106/09, ha demandato alla Commissione Consultiva permanente per la salute e la sicurezza del lavoro il compito di elaborare le indicazioni metodologiche necessarie alla valutazione del rischio *stress* lavoro-correlato.

Il documento di valutazione elaborato dalla Commissione consultiva ha indicato un percorso metodologico articolato in fasi che rappresenta il livello minimo di attuazione dell'obbligo di valutazione del rischio da *stress* lavoro-correlato, non precludendo la possibilità di un percorso più articolato e basato sulle specifiche necessità e complessità delle organizzazioni (Tab. II). La valutazione del rischio da *stress* lavoro-correlato essendo parte integrante della valutazione dei rischi, è effettuata dal DL (obbligo non delegabile ai sensi dell'art. 17, comma 1, lett. a), in collaborazione con RSPP e il MC (art. 29, comma 1), previa consultazione dei RLS (art. 29, comma 2). Con le indicazioni introdotte dalla Commissione, il rischio *stress* lavoro-correlato non è più classificato come un generico rischio di natura psicosociale, ma piuttosto riconosciuto e valutato sulla base di specifici indicatori di rischio oggettivi e verificabili relativi a eventi sentinella, a fattori di contesto e di contenuto del lavoro, considerati fondamentali anche ai fini dell'identificazione di misure di prevenzione e di riduzione ed eliminazione del rischio stesso.

Il Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale (DiMEILA) dell'Inail ha messo a punto una metodologia di valutazione e gestione del rischio *stress* lavoro-correlato e ha pubblicato una specifica piattaforma *online* utilizzabile per effettuare la valutazione del rischio ai sensi del D. Lgs. 81/2008 e s. m. i. Il metodo proposto offre ai DL strumenti validati e risorse specifiche, utilizzabili seguendo un approccio sostenibile e integrato, articolato per fasi, che prevede il coinvolgimento delle figure della prevenzione e dei lavoratori.

Tab II - Percorso metodologico indicato dalla Commissione Consultiva

1. Valutazione preliminare necessaria e basata sull'utilizzo di liste di controllo applicabili dai referenti del servizio sicurezza e prevenzione che prevedono l'analisi di specifici indicatori di rischio oggettivi e verificabili:
 - eventi sentinella: indici infortunistici, assenze per malattia, frequenti lamentele, segnalazioni del MC, *turnover*, procedimenti e sanzioni da valutarsi sulla base di parametri omogenei individuati internamente all'organizzazione (es. andamento nel tempo degli indici infortunistici rilevati in azienda);
 - fattori di contenuto del lavoro: ambiente di lavoro e attrezzature, pianificazione dei compiti, carico e ritmo di lavoro, orario di lavoro e turni, corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti;
 - fattori di contesto del lavoro: cultura e funzione organizzativa, ruolo nell'organizzazione, sviluppo di carriera, autonomia decisionale/controllo, relazioni interpersonali sul luogo di lavoro, conflitti interpersonali, evoluzione e sviluppo di carriera, comunicazione (es. incertezza in ordine alle prestazioni richieste), interfaccia famiglia/lavoro.
2. Valutazione approfondita basata sulla valutazione della percezione soggettiva dei lavoratori riguardo i fattori/indicatori già oggetto di valutazione nella fase preliminare con la possibilità, per le aziende di maggiori dimensioni, del coinvolgimento di un campione rappresentativo di lavoratori. Gli strumenti indicati per la suddetta valutazione della percezione soggettiva sono questionari, *focus group*, interviste semistrutturate.

Azioni per affrontare lo stress lavoro correlato

L'Accordo Europeo del 2004 fornisce esempi di misure per prevenire e/o affrontare le situazioni di *stress* lavoro-correlato:

- misure di gestione e comunicazione (chiarezza degli obiettivi dell'organizzazione e delle attività svolte, chiarezza del ruolo di ciascun lavoratore, garanzia di un adeguato supporto agli individui e al gruppo, armonizzazione tra responsabilità e controllo del lavoro, miglioramento dell'organizzazione e dei processi lavorativi, delle condizioni e dell'ambiente di lavoro);
- formazione dei dirigenti, dei responsabili e dei lavoratori per migliorare la loro consapevolezza e comprensione delle situazioni di *stress*, delle sue possibili cause e di come affrontarlo e adattarsi al cambiamento;
- informazione e consultazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti (secondo la legislazione europea e nazionale, gli accordi collettivi e la prassi).

La capacità di rispondere positivamente alle richieste dipende anche da fattori individuali del lavoratore, da sue caratteristiche di personalità, provenienza culturale e professionale, condizione familiare, stili di vita e condizioni di salute. Tuttavia, è importante tenere presente che gli aspetti organizzativi - quali per esempio l'adeguatezza degli strumenti lavorativi e dei dispositivi di sicurezza -, il grado di autonomia, la possibilità di sviluppare competenze, la chiarezza del ruolo e delle responsabilità, possono favorire l'attivazione delle risorse individuali per far fronte alle richieste lavorative. Il supporto ricevuto dal proprio superiore e/o dai colleghi, insieme a quello del contesto familiare, agiscono come moderatori di effetto, riducendo l'effetto negativo dello *stress*.

Le linee guida della Commissione Europea sullo *stress* correlato al lavoro individuano tre fasi della prevenzione:

1. identificazione dei fattori di *stress* da lavoro, delle loro cause e delle conseguenze sulla salute;
2. analisi delle caratteristiche di esposizione in relazione agli effetti trovati;
3. progettazione e implementazione di un pacchetto di interventi.

La letteratura scientifica identifica tre principali tipi di interventi per la gestione dello *stress* lavoro-correlato:

- Organizzazione e gestione del lavoro in un'ottica di promozione della salute dei lavoratori e di beneficio economico e sociale per le imprese (*approccio di prevenzione primaria*).
- Formazione specifica per lo sviluppo delle capacità individuali di gestione dello *stress* (*approccio di prevenzione secondaria*).
- Sviluppo di appropriati sistemi di riabilitazione e di “rientro al lavoro” e aumento dei provvedimenti in materia di salute occupazionale (*approccio di prevenzione terziaria*).

Alcune azioni da adottare utili al DL per ridurre lo *stress* lavoro correlato, sono proposti dal Modello *Management Standard* (appendice C).

Conciliazione vita-lavoro

Il tema della conciliazione dei tempi di lavoro e di vita interessa tutti i lavoratori, ma è particolarmente rilevante per le lavoratrici, soprattutto nel momento in cui diventano madri.

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

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

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

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Accordo europeo sullo *stress* sul lavoro siglato a Bruxelles l'8 ottobre 2004 da CES – sindacato Europeo; UNICE-confindustria europea; UEAPME - associazione europea artigianato e PMI; CEEP - associazione europea delle imprese partecipate dal pubblico e di interesse economico generale.
- Accordo interconfederale per il recepimento dell'Accordo quadro europeo sullo *stress* lavoro-correlato (8 ottobre 2004 tra Unice-Ueapme, CEEP e Ces) 9 giugno 2008.
- Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (*European Agency for Safety and Health at Work* - EU-OSHA) Sondaggi d'opinione europei in materia di sicurezza e salute sul lavoro <https://osha.europa.eu/it/safety-health-in-figures>.
- Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro. Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Gazzetta Ufficiale n. 101, 30 aprile 2008 – testo coordinato con il D. Lgs. 3 agosto

- 2009 Decreto integrativo e correttivo D. Lgs. 3 agosto 2009, n. 106: Gazzetta Ufficiale n. 180, 5 agosto 2009 - Suppl. Ordinario n. 142/L). <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Testo%20Unico%20sulla%20Salute%20e%20Sicurezza%20sul%20Lavoro/Testo-Unico-81-08-Edizione-Giugno%202016.pdf>.
- Decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106. Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro http://www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/09106dl_testo.pdf.
 - Direttiva 89/391/CEE del Consiglio, del 12 giugno 1989, concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro. Gazzetta Ufficiale n. L 183, 29 giugno 1989. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:31989L0391>.
 - European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Framework agreement on work-related stress, 2004. <https://osha.europa.eu/en/legislation/guidelines/framework-agreement-work-related-stress>.
 - European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work. Tackling psychosocial risks and musculoskeletal disorders in small business. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work; 2018. <https://osha.europa.eu/en/publications/healthy-workers-thriving-companies-practical-guide-wellbeing-work>.
 - European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Indagine europea tra le imprese sui rischi nuovi ed emergenti (ESENER). <https://osha.europa.eu/it/surveys-and-statistics-osh/esener>.
 - European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Rischi psicosociali e stress nei luoghi di lavoro. <https://osha.europa.eu/it/themes/psychosocial-risks-and-stress>.
 - European Agency for Safety and Health at Work 2009 https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work.
 - European Commission. Directorate-General for Employment and Social Affairs. Guidance on work-related stress. Spice of life, or kiss of death? Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000. <https://www.stress.org/wp-content/uploads/2011/11/Guidance2520on2520work-related2520stress.pdf>.
 - Executive (HSE). Managing the causes of work-related stress – A step-by-step approach using the Management Standards. London: HSE. 2007.
 - https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks.
 - Inail. La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato. Manuale a uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Tipolitografia Inail, Milano, 2017 https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-la-metodologia-per-la-valutazione-e-gestione_6443112509962.pdf.
 - Institute of Work, Health & Organisations. Buone pratiche negli interventi di gestione dello stress correlato al lavoro. Nottingham: Institute of Work, Health & Organisations; 2008. <https://www.inail.it/cs/internet/docs/buone-pratiche-gestione-stress-lavoro.pdf?section=attivita>.
 - Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Rapporto Bes 2017: il benessere equo e sostenibile in Italia. https://www.istat.it/it/files/2017/12/Bes_2017.pdf.
 - Kerr, R., McHugh, M., & McCrory, M. (2009) HSE Management Standards and stress-related work outcomes. Occupational Medicine, Vol. 59 Issue 8, p574-579. 12. Health and Safety.
 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della tutela delle condizioni di lavoro. Circolare 18 novembre 2010. Indicazioni della Commissione consultiva per la valutazione dello stress lavoro-correlato (articoli 6, comma 8, lettera m-quater, e 28, comma 1-bis, del Decreto

legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modifiche e integrazioni).
<http://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2010/LC-18novembre2010.pdf>.

- Pedrini, M., Conciliazione famiglia-lavoro: logiche e strumenti, in Todisco, A. (ed.), La conciliazione famiglia-lavoro. Un'opportunità per imprese e pubbliche amministrazioni, EDUCatt, Milano 2010: 35-39 [http://hdl.handle.net/10807/13610].
- World Health Organization (WHO). Identification and control of work-related diseases: report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 714. Geneva: World Health Organization; 1985. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40176/WHO_TRS_714.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

5.2 Recupero psicofisico

La funzione del sonno

Il sonno è definito come uno stato di riposo contrapposto alla veglia, ma in realtà lo stato di quiete è solo apparente perché il cervello, mentre dorme, ha un complesso sistema di “autopulizia” per il drenaggio e lo smaltimento dei prodotti di scarto del metabolismo delle attività del giorno; questo lavoro richiede un grosso sforzo energetico che il cervello non può sostenere contemporaneamente a tutte le altre attività svolte durante la veglia¹. Nei bambini si è dimostrato che il sonno è fondamentale anche per la maturazione cerebrale e per lo sviluppo cognitivo e comportamentale, così come per quello fisico; infatti nelle varie fasi di sonno vengono prodotti ormoni, quali il *Growth Hormone* (GH), fondamentali per l'accrescimento.

La quantità di sonno giornaliera decresce complessivamente dalla nascita all'adolescenza; ai bambini in età scolare si consigliano tra le 9 ½ e le 11 ½ ore di sonno; in età adulta il consiglio è quello di dormire almeno 8-9 ore a notte; negli anziani il bisogno di sonno si riduce e lo stesso sonno è maggiormente frammentato da stati di veglia.

Effetti psico-fisici da deprivazione di sonno

La deprivazione cronica di sonno influisce negativamente sulla salute psico-fisica. Studi epidemiologici dimostrano una correlazione fra durata del sonno e mortalità in generale, con incremento del rischio di quest'ultima di circa il 15% nei soggetti che dormono abitualmente meno di 6 ore a notte.

Inoltre, la deprivazione cronica di sonno:

- favorisce l'obesità per aumentata assunzione di cibo, spesso non salutare, legata in parte al maggior tempo a disposizione per mangiare, ma anche a meccanismi ormonali con alterazione del metabolismo glicidico;
- favorisce il diabete per ridotta tolleranza al glucosio e all'insulina;
- aumenta il rischio di aterogenicità per incremento dei mediatori dell'infiammazione e del tono simpatico, con maggior rischio di ipertensione arteriosa, non solo diurna ma anche notturna, e conseguente aumento del rischio di malattie cardio-cerebrovascolari (infarto del miocardio e *ictus* cerebrale);

¹ Una delle ipotesi più accreditate, attualmente, è che il sonno, sfruttando questo meccanismo di “pulizia”, aiuti a dimenticare i ricordi che non servono: le sinapsi neuronali sono infatti il substrato della memoria e durante il giorno ci fanno apprendere e memorizzare continuamente anche a livello inconscio. Alla fine della veglia vi è un aumento del volume delle sinapsi piccole ed intermedie che durante la notte, invece, si riducono di dimensioni così da riportarsi ad un minore livello energetico e permettere il giorno seguente di recepire nuovi stimoli dall'ambiente. Le sinapsi più grandi, che hanno le informazioni più importanti, al contrario, non si riducono e rimangono stabili nella loro struttura facilitando la fissazione nella memoria di comportamenti nuovi acquisiti durante il giorno.

- aumenta l'instabilità emotiva, favorendo ansia, aggressività, manie, paranoie, allucinazioni, depressione con un incremento anche di condotte suicidarie;
- amplifica la sensibilità e la percezione del dolore;
- provoca danno alle cellule cerebrali con maggior rischio di deterioramento cognitivo e morbo di *Alzheimer*;
- aumenta la stanchezza, riduce le capacità di concentrazione, di memoria a breve e lungo termine, di pianificazione e di ideazione - in ambito scolastico i ragazzi che presentano tali disturbi sono spesso etichettati come "difficili", con disturbi caratteriali e scarso rendimento scolastico;
- favorisce negli adolescenti comportamenti a rischio come bere, fumare e avere rapporti sessuali non protetti;
- provoca frequentemente "Eccessiva Sonnolenza Diurna" (ESD), che riduce le capacità attentive e di coordinazione e favorisce i microsogni con conseguente incremento di incidenti stradali e di infortuni sul lavoro;
- riduce la funzione del sistema immunitario con maggiore esposizione a rischi di infezioni e allo sviluppo di cancro; alcuni studi hanno evidenziato una ridotta risposta immunitaria alle vaccinazioni in corso di deprivazione di sonno.

Azioni nei luoghi di lavoro

Nell'ambito di un intervento di PromoSaLL, le problematiche relative alla deprivazione o alla cattiva qualità del sonno dovrebbero essere affrontate con azioni diversificate, a seconda della tipologia del lavoro e delle caratteristiche dei lavoratori.

La programmazione dei turni

Per le tipologie di lavoro che necessitano di eventuali turnazioni anche notturne, l'attività dei lavoratori dovrebbe essere salvaguardata in modo flessibile, tenendo conto, per quanto possibile, dei ritmi circadiani soggettivi, prevedendo una valutazione da parte del MC del cronotipo individuale², al fine di migliorare il rendimento professionale e ridurre i rischi lavorativi. Eccessive variazioni dei ritmi circadiani possono determinare difficoltà di concentrazione, produttività e performance nelle comuni attività quotidiane.

Il sonno comunque non deve essere valutato solo in termini quantitativi, cioè per quante ore si dorma, ma anche qualitativi (es. sonno poco ristoratore in quanto superficiale o frammentato da microrisvegli).

Per limitare i disturbi del sonno occorrerebbe poi ridurre quanto più possibile il numero di notti di lavoro consecutive. I turni con frequenza di rotazione elevata (cambio ogni 1, 2 o 3 giorni) possono alterare meno i ritmi circadiani rispetto ai turni a rotazione lenta (cambio del turno ogni 4 o più giorni). Bisognerebbe poi impostare la rotazione del turno in senso orario (mattino - pomeriggio - notte), inserendo i giorni di riposo dopo i turni notturni per rispettare la ritmicità circadiana delle funzioni biologiche, con almeno 11 ore di intervallo tra un turno e l'altro per evitare un eccessivo affaticamento e recuperare il deficit di sonno.

Occorrerebbe, inoltre:

- definire la durata del turno notturno in base alla gravosità fisica e mentale delle mansioni, lasciando orari prolungati solo in caso di compiti a scarso impegno psicofisico;

² I soggetti definiti "allodole" sono quelli che si svegliano molto presto al mattino per poi andare a dormire presto la sera. La loro massima attività si realizza nella tarda mattinata, per poi avere un calo energetico nel tardo pomeriggio. Rientra in questa categoria circa 1 persona su 10. I soggetti definiti "gufi" invece hanno un cronotipo serotino o nottambulo: vanno a dormire molto tardi ed hanno difficoltà a svegliarsi presto, dormendo fino a tarda mattinata. La loro massima produttività si realizza nel pomeriggio ed alla sera. Rientrano in questa categoria circa 2 persone su 10. Il "colibri" configura un cronotipo intermedio ed è proprio di soggetti che hanno un più facile adattamento ai cambiamenti; è il cronotipo più frequente ed è rappresentato da circa 7 soggetti su 10. I cronotipi possono avere normalmente oscillazioni del ritmo veglia-sonno che vanno da circa 2 ore prima a 2 ore dopo, rispetto alla media.

- non iniziare troppo presto il turno del mattino, posticipandolo preferibilmente alle ore 7 o più tardi (ciò consente di salvaguardare in particolare il sonno REM);
- pianificare i turni con buon anticipo;
- consentire scambi di turno;
- inserire pause durante il turno ed eventualmente allestire sale per brevi pause di sonno³;
- consentire il maggior numero possibile di fine settimana liberi; ciò permette anche di evitare un prolungato estraniamento dal contesto familiare e sociale.

La programmazione dei turni di lavoro deve inoltre tener conto di un disturbo del sonno, di cui spesso soffrono i turnisti, definito “Shift Work Sleep Disorder” (SWSD), i cui sintomi sono descritti nella Tabella I.

Tab. I - Shift Work Sleep Disorder

<ul style="list-style-type: none"> - sonnolenza diurna e insonnia, che compaiono anche nei giorni di riposo - disturbi psichici lievi come ansia, stress e irritabilità o più seri come forme di panico e depressione, per alterazione delle secrezioni ormonali e di neurotrasmettitori cerebrali come la serotonina - difficoltà di concentrazione e diminuzione dei tempi di reazione sul lavoro, ma anche a casa o alla guida - maggiore incidenza di gastrite o reflusso gastro esofageo, per alterazione dei centri della fame, con maggiore consumo di alimenti e bevande poco salutari ed elevate dosi di caffè - sovrappeso da scorrette abitudini alimentari - ipertensione arteriosa e patologie cardio-cerebrovascolari in soggetti geneticamente predisposti - difficoltà a mantenere rapporti affettivi soddisfacenti con il partner e i figli in termini di presenza fisica nella vita familiare - difficoltà a sostenere una vita di relazione, soprattutto per coloro che lavorano in turni serali, festivi e nei week end, momenti solitamente riservati allo svago e al tempo libero - alterazione del ciclo mestruale nelle donne, con possibile riduzione della fertilità

Altre azioni del datore di lavoro (DL)

Il DL può organizzare campagne di informazione per i lavoratori su regole generali finalizzate alla promozione di una corretta igiene del sonno (Tab. II) e campagne di sensibilizzazione per la prevenzione di incidenti sul lavoro e di incidenti stradali individuando anche categorie di lavoratori a rischio, come, per esempio, guidatori e autotrasportatori di un’azienda. La professione di questi ultimi comporta, infatti, oltre ad alterazioni del ritmo sonno-veglia, anche una maggiore sedentarietà, stili di vita irregolari, una dieta spesso non salutare: tutti questi fattori contribuiscono allo sviluppo di obesità fino a configurare vere e proprie patologie, come le apnee ostruttive notturne (OSAS), che possono palesare molti dei disturbi psico-fisici propri della deprivazione di sonno e per questo essere causa di incidenti.

³ Il cosiddetto “sonnellino” di almeno 30 minuti da un lato aiuta a ridurre lo stress e l’indebolimento del sistema immunitario abbassando i valori di cortisolo con effetti positivi sul cuore e sulla pressione arteriosa, dall’altro migliora la memoria, l’apprendimento, la vigilanza, le performance e il tono dell’umore.

Tab. II - Principali regole generali per una corretta igiene del sonno

<ul style="list-style-type: none">- Microclima ambientale: giusta temperatura della stanza in cui si dorme, coperte, cuscini e materasso adatti, assenza di rumore.- Abitudine regolare, per quanto possibile, dell'ora di addormentamento.- Alimentazione:<ul style="list-style-type: none">o consumo di un pasto moderato ricco di carboidrati meglio se consumato tra le 2 e le 4 ore prima di addormentarsio consumo di un pasto proteico serale ricco di proteine lentamente digeribili come le caseine, privilegiando alimenti quali il latte, meglio se scremato, e i suoi derivati;o ridotta assunzione di sostanze stimolanti, in particolare caffè, tè, coca-cola e cioccolata, soprattutto nelle ore pomeridiane e seralio limitata assunzione serale di alcol che, nonostante sia molto utilizzato come ipnoinducente, riduce tuttavia il sonno profondo e il sonno REM (<i>Rapid Eye Movement</i>) causando risvegli precoci e frammentando il sonno- Attività fisica: utile per allentare la tensione e rilassarsi fisicamente e mentalmente, dovrebbe essere effettuata almeno 3 ore prima di coricarsi perché aumenta la temperatura corporea che dopo le ore 19 tende naturalmente ad abbassarsi in preparazione al sonno. Anche la reazione adrenergica legata all'attività fisica non favorisce l'addormentamento.- Dispositivi elettronici: evitare la presenza di <i>TV e PC</i> in camera da letto; evitare l'uso di <i>smartphone, tablet</i> e l'utilizzo del <i>computer</i> almeno 30 minuti prima dell'addormentamento e soprattutto nelle ore notturne: la luce emessa dallo schermo degli apparecchi elettronici, nota anche come luce blu, interferisce con la melatonina, ormone che favorisce l'addormentamento.- invio di <i>e-mail</i> di lavoro: sospendere fra le 18 e le 7 del mattino: lavorare fuori orario e controllare <i>e-mail</i>, telefono, <i>laptop</i> e messaggi, ha infatti un effetto negativo su produttività e recupero mentale;- nel caso di missioni: prenotare i voli aerei la mattina presto piuttosto che di notte, per rispettare il ritmo circadiano.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Efficacy and safety of exogenous melatonin for secondary sleep disorders and sleep disorders accompanying sleep restriction: meta-analysis; N Buscemi, B Vandermeer, N Hooton, R Pandya... - *Bmj*, 2006.
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, LEGGE 22 maggio 2017, n. 81 Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato. *Gazzetta Ufficiale.it*, 13 giugno 2017.
- Sleep deprivation: Impact on cognitive performance; Paula Alhola e Päivi Polo-Kantola; *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, vol. 3, n° 5, 1° gennaio 2007, pp. 553–567.
- Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder; T Åkerstedt, KP Wright - *Sleep medicine clinics*, 2009.
- Sleep loss promotes astrocytic phagocytosis and microglial activation in mouse cerebral cortex. Michele Bellesi, Luisa de Vivo, Mattia Chini, Francesca Gilli, Giulio Tononi and Chiara Cirelli (2017). *Journal of Neuroscience* 24 May 2017, 37 (21) 5263-5273.

5.3 Lavoro a distanza

Forme di lavoro a distanza

Con lo sviluppo delle tecnologie informatiche e di comunicazione sono di gran lunga aumentate le attività che non richiedono più la presenza del lavoratore nei locali aziendali a favore di modalità di lavoro a distanza, come il “**telelavoro**” (Legge 16 giugno 1998, n. 191; Decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 1999, n. 70) e il “**lavoro agile**”, o “*smart working*” (Legge del 22 maggio 2017, n. 81, articoli 18-23), che mirano a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l’innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l’equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

Con il telelavoro il lavoratore dipendente svolge la propria prestazione in un luogo esterno ai locali dell’amministrazione/azienda, in una postazione fissa, dotato degli strumenti di comunicazione informatici e telematici necessari per lo svolgimento della prestazione medesima. Postazione e orari di lavoro sono definiti nel contratto e non possono essere modificati unilateralmente dal lavoratore. Il lavoro agile si basa, invece, su una maggiore flessibilità e autonomia nella scelta degli spazi, degli orari e degli strumenti lavorativi, rimuovendo quindi vincoli e modelli legati al concetto di postazione fissa, da utilizzare a fronte di una responsabilizzazione dei risultati stabiliti mediante accordi tra dipendente e DL.

Queste modalità aiutano il lavoratore a conciliare le esigenze personali con il lavoro e, nel contempo, possono favorire la crescita della produttività e la riduzione delle assenze per malattia. Esistono, peraltro, anche criticità connesse al lavoro a distanza; una delle principali è l’isolamento, con minori possibilità di socializzare e di confrontarsi. Il lavoratore per espletare la propria attività a distanza, lontano dai colleghi e dalle dinamiche di tutti i giorni, può percepire un sentimento di esclusione dal contesto lavorativo e un indebolimento del senso di appartenenza a un gruppo. In ragione di ciò spesso subentra anche il timore di non vedere adeguatamente valutato, valorizzato e condiviso il proprio operato svolto a distanza e di rimanere escluso da scatti di carriera e da progressioni economiche.

Il lavoro a distanza nella fase di emergenza sanitaria

La pandemia legata al nuovo Coronavirus SARS-CoV-2 e il conseguente obbligo di confinamento a casa (*lockdown*), che è stato la più drastica misura preventiva adottata in termini di distanziamento sociale, hanno reso indispensabile la pratica del lavoro agile come principale modalità lavorativa nella PA e nel settore privato.

Nella fase di emergenza epidemica, il lavoro agile ha contribuito alla riduzione del rischio di contagio, anche per la diminuzione dell’uso dei mezzi di trasporto pubblico, ma ha presentato alcune criticità legate prevalentemente all’inadeguatezza di molte amministrazioni ad affrontare rapidamente un ulteriore processo di informatizzazione. Per lo svolgimento delle attività da remoto alcuni lavoratori, non avendo possibilità di scelta, hanno dovuto utilizzare il personal computer nella propria abitazione con postazione di lavoro non sempre ergonomica (sedia e tavolo), avvalendosi di dotazioni informatiche personali (*hardware* e *software*) a volte limitate e che in alcuni casi, hanno dovuto acquistare oppure richiedere alle amministrazioni di appartenenza. Inoltre, è emerso che alcuni lavoratori non avevano sufficienti competenze in campo informatico.

Molti lavoratori, oltre all’isolamento forzato dalle dinamiche psico-sociali-organizzative dell’attività in presenza, si sono trovati in situazioni di *co-working* con alcuni membri della propria famiglia e/o nella necessità di dover gestire la presenza quotidiana dei figli fra le mura domestiche e altre esigenze familiari durante lo svolgimento della propria attività lavorativa, con conseguente difficoltà di concentrazione e rendimento.

Un settore che ha dovuto rapidamente adeguarsi alla nuova modalità di lavoro e, soprattutto, di interazione a distanza è stato quello educativo. I docenti delle scuole e delle Università in brevissimo tempo

hanno dovuto organizzare a distanza l'attività didattica durante l'emergenza sanitaria, migliorando necessariamente le proprie competenze digitali, mentre gli stessi studenti si sono dovuti dotare di strumentazioni adeguate per poter partecipare a lezioni in videoconferenza e sostenere interrogazioni e esami in regime di "didattica a distanza". Ciò ha comportato un carico economico per le famiglie (computer, mouse, connessioni internet, ecc.) e, spesso, problemi logistici soprattutto in ambienti domestici piccoli. Inoltre, come supportato anche da numerose evidenze scientifiche, la necessità di dover sopperire alla didattica in presenza con la modalità a distanza ha inevitabilmente prodotto svariate ripercussioni psicologiche in bambini e adolescenti per la mancanza di socializzazione, di occasioni di gioco in comune e di pause ricreative collettive.

Promozione della salute e benessere del lavoratore a distanza

In uno scenario anche normativo in evoluzione, sicurezza, salute e benessere dei lavoratori restano elementi fondamentali da garantire, per far sì che la pratica del lavoro a distanza sia applicata in maniera corretta, vantaggiosa e in linea con uno stile di vita sano.

Postazione di lavoro

In primo luogo, è fondamentale una postazione di lavoro adeguata, possibilmente individuata in modo stabile in una stanza, quando l'attività è svolta in casa, con un tavolo e una sedia preferibilmente ergonomica e girevole. Il lavoro non dovrebbe mai essere svolto su un divano o sul letto, né da semisdraiati, tanto meno a gambe incrociate tra loro o incrociate sotto i glutei. Per un maggiore agio si consiglia un vestiario comodo in considerazione del tempo da trascorrere seduti. Sono, inoltre, essenziali: una postura corretta (box 1), per garantire l'integrità dell'apparato muscolo-scheletrico, un'appropriata collocazione dello schermo del computer e un'illuminazione idonea, sia della stanza, sia della postazione di lavoro (box 2). Alcuni semplici accorgimenti, riportati nei box 1 e 2, possono prevenire la comparsa di patologie da postura scorretta e illuminazione inadeguata (box 3).

Box 1 Postura corretta per lavorare al computer

- La **schiena** deve essere sempre ben aderente alla sedia, eretta ma non rigida.
- Lo **schienale** dovrebbe fornire un buon supporto della regione lombare, che deve formare un angolo con la seduta di 90-100°; è anche possibile posizionare un cuscino dietro i lombi per favorire il mantenimento della lordosi fisiologica e una maggiore comodità.
- I **braccioli** devono essere regolati per una corretta posizione dei gomiti così che avambraccio e braccio formino un angolo di circa 90°. Gli avambracci vanno appoggiati sul piano di lavoro in modo da scaricare la colonna cervicale.
- È importante mantenere un **angolo** di 90° sia alle ginocchia che alle caviglie e lasciare fra il bordo della sedia e la parte posteriore del ginocchio uno spazio di circa 4 cm.
- I piedi vanno appoggiati a terra e, per le persone di minore statura può essere utile un **rialzo** da porre sotto i piedi per tenere le ginocchia perpendicolari alle anche: per questo si può utilizzare una pedana regolabile o in alternativa un qualsiasi oggetto adatto a un rialzo.

Box 2 Suggerimenti per schermo del computer, parametri ambientali e dispositivi aggiuntivi

- Lo **schermo del computer** deve essere orientabile e inclinabile e deve essere collocato sul tavolo in linea con la posizione eretta della testa e a una distanza dal lavoratore variabile a seconda della sua grandezza: sono raccomandabili 50-60 cm per schermi di 15 pollici, 60-70 cm per schermi di 16 pollici, 70-80 cm per schermi di 17 pollici, nonché distanze maggiori per schermi molto grandi. Il bordo superiore dello schermo dovrebbe essere all'altezza degli occhi o leggermente al di sotto di essi e la direzione normale dello sguardo di chi lavora al computer deve seguire una linea leggermente inclinata verso il basso (circa 35° e comunque non più di 60° rispetto all'orizzontale). Per regolare l'altezza dello schermo del computer si possono usare anche rialzi, come, per esempio, libri.
- **Tastiera, mouse e altre periferiche:** per coloro che facessero ricorso a un computer portatile o ad un tablet è opportuno utilizzare un mouse e una tastiera esterni, oltre a regolare la distanza e l'altezza dello schermo rispetto agli occhi e la dimensione dei caratteri, in modo da rendere la visibilità del testo ottimale. All'occorrenza, munirsi di un supporto per i documenti che ne faciliti la lettura; quest'ultimo deve essere stabile e regolabile e collocato in modo tale da ridurre al minimo i movimenti della testa e degli occhi.
- **Parametri ambientali:** l'*illuminazione* generale deve essere adeguata alla metratura della stanza e deve permettere sia una facile lettura dei documenti, sia il chiaro riconoscimento dei caratteri della tastiera; al contempo non deve essere troppo forte da creare abbagliamenti o riverberi e problemi alla lettura delle informazioni che compaiono sullo schermo. La fonte di luce naturale deve essere perpendicolare alla superficie dello schermo, in modo da non creare abbagliamenti e affaticamento visivo. Al bisogno, si possono utilizzare anche lampade ad appoggio direzionabili sui documenti cartacei. Occorre poi ricordare che i computer, come altri dispositivi elettronici, devono, soprattutto la sera, essere schermati dalla luce blu che, interferendo con la produzione endogena di melatonina, può comportare difficoltà di addormentamento e alterazioni anche qualitative del sonno. *Le condizioni microclimatiche* devono essere confortevoli e il *rumore* non deve essere fonte di stress.

Box 3 Patologie da postura scorretta e da esposizione prolungata alla luce del computer

- Una **postura scorretta** può essere responsabile dell'instaurarsi e dello strutturarsi di disturbi alla colonna vertebrale, alla mano e all'avambraccio nonché muscolari, con lombalgie, cervicalgie, contratture muscolari, dolore alle spalle, cefalea, nausea, vertigini, parestesie, riacutizzazioni di spondiloartrosi, ipotonia muscolare; possono, inoltre, verificarsi alterazioni della circolazione sanguigna e linfatica degli arti inferiori con gonfiore, peggioramento di varicosità e patologie emorroidarie. Una posizione rannicchiata con busto flesso in avanti può poi comportare una scarsa respirazione diaframmatica con il rischio di un deficit di ossigenazione.
- Una **esposizione prolungata alla luce del computer** può causare affaticamento della vista e il cosiddetto "occhio secco da computer": la frequenza ridotta del battito delle ciglia comporta, infatti, un eccesso di evaporazione del film lacrimale, con insorgenza di arrossamenti, senso di corpo estraneo, fotofobia. La prevenzione dell'occhio secco passa attraverso la regola del cosiddetto 20-20-20: ogni 20 minuti di visione da vicino occorrerebbe staccare gli occhi dal computer e fissare un punto lontano (poco più di 6 metri) e per almeno 20 secondi. Inoltre, ogni 20 minuti occorrerebbe chiudere le palpebre per poi strizzarle leggermente per qualche secondo e in ultimo fare un ammiccamento. Per una maggiore umidificazione è consigliato l'utilizzo di gocce oculari umettanti.

Attività fisica

Durante il lavoro a distanza si hanno in genere, soprattutto nel telelavoro, meno opportunità di muoversi dalla propria postazione lavorativa e di svolgere un minimo di attività fisica rispetto a quanto possa accadere nei locali aziendali: oltre a non percorrere la strada a piedi per raggiungere la propria sede lavorativa, non si ha più l'opportunità di utilizzare le scale interne, di percorrere tragitti più o meno lunghi per dirigersi alla toilette, alle sale riunioni, al bar, alla mensa, ai dispensatori per bibite e caffè. Si passa, quindi, molto più tempo davanti al computer senza alzarsi, riducendo sensibilmente l'attività motoria.

Durante l'attività lavorativa a distanza sarebbe quindi opportuno effettuare pause attive almeno ogni mezz'ora, alzandosi dalla propria postazione per camminare nella stanza o nel corridoio di casa, approfittando, per esempio, di una telefonata di lavoro. Se si sta seduti a lungo e non ci si può allontanare dalla propria postazione è raccomandato fare spesso sul posto esercizi di stretching, di rilassamento, oltreché di torsione, inclinazione, ed estensione del busto.

Alimentazione

Prima di iniziare la seduta lavorativa in modalità agile è sempre opportuno, pur restando a casa, curare la propria persona, fare sempre una sana colazione, evitando cibi ipercalorici, bere frequentemente acqua, seguire un'alimentazione salutare, evitare un'eccessiva assunzione di caffeina nel corso della giornata.

Tabagismo

La gestione da casa della propria attività lavorativa potrebbe rappresentare un'occasione per cercare di smettere di fumare, magari approfittando di un maggiore *relax* in ambito domestico e prendendo consapevolezza che il consumo di prodotti del tabacco costituisce un fattore di rischio per molte delle patologie croniche (respiratorie, cardiovascolari, ecc.), che sono, tra l'altro, alla base di una maggiore gravità della COVID-19.

Di contro l'attività lavorativa da casa potrebbe favorire un minor controllo del consumo di prodotti del tabacco, non essendo presenti le limitazioni di legge previste nei luoghi di lavoro.

Tuttavia, la maggiore "protezione" che la casa può offrire in termini di riservatezza e la maggiore flessibilità del tempo a disposizione potrebbero rappresentare un incentivo a contattare i numeri verdi messi a disposizione dei cittadini per intraprendere un percorso di disassuefazione dal fumo.

Lavoro agile in ambienti all'aperto

Talvolta l'attività lavorativa in lavoro agile può svolgersi in ambienti all'aperto; anche in questo caso è opportuno che il lavoratore adotti comportamenti adeguati, per evitare rischi aggiuntivi rispetto a quelli specifici dell'attività svolta in luoghi chiusi. È preferibile che all'aperto siano svolte attività di lettura di documenti cartacei o comunicazioni telefoniche o tramite servizi VOIP (per es. Skype), evitando di lavorare con dispositivi elettronici come *tablet*, *smartphone* o similari, soprattutto se vi è ridotta visibilità dello schermo e rischio di abbagliamento. Nella scelta del luogo in cui svolgere la prestazione lavorativa, è opportuno privilegiare luoghi ombreggiati per ridurre l'esposizione alla radiazione solare ultravioletta (UV), evitare di esporsi a condizioni meteorologiche sfavorevoli, quali caldo o freddo intensi, ed evitare il lavoro all'aperto in situazioni personali di maggiore sensibilità e allergia.

Azioni di supporto del lavoro a distanza

Qualora le amministrazioni facciano ricorso a modalità di lavoro a distanza è opportuno che dispongano di un questionario con moduli diversi in rapporto agli specifici contesti lavorativi, definito con il supporto del medico competente, da poter somministrare periodicamente ai lavoratori a distanza nell'ottica di un miglioramento del benessere lavorativo, con quesiti utili all'individuazione, alla comprensione e alla risoluzione di criticità che possono emergere durante lo svolgimento delle attività da remoto. Una siffatta iniziativa è quanto mai utile per monitorarne la validità e l'efficacia.

Per venire incontro al lavoratore sarebbe, inoltre, auspicabile che ogni amministrazione si dotasse di sportelli di ascolto, servizi di supporto telefonici e online e di protocolli che definiscano percorsi e riferimenti certi, a cui il lavoratore possa accedere per chiarimenti e per rappresentare qualsiasi tipo di istanza e di problematica, di carattere personale o familiare, che possa sopraggiungere nel corso della sua attività lavorativa a distanza.

È indispensabile che ogni amministrazione fornisca ai lavoratori adeguate dotazioni informatiche, prevedendo nel contempo, attività formative per l'alfabetizzazione digitale e in generale il miglioramento delle competenze in campo informatico, per consentire un ottimale svolgimento delle attività da remoto.

A ciò si aggiunge la necessità di affrontare, anche per i lavoratori a distanza, gli aspetti relativi alla promozione della salute; pertanto, è opportuno che l'Amministrazione preveda, per esempio, sulla base dell'esito di questionari sugli stili di vita, la predisposizione e la diffusione tramite mail di idonei materiali informativi e di sensibilizzazione, inclusi opuscoli e video tutorial, finalizzati a promuovere comportamenti salutari.

Tab I - Dieci consigli per il lavoratore che opera a distanza

- 1- Scegli sempre una postazione adeguata e stabile per svolgere la tua attività da remoto.
- 2- Una corretta postura è essenziale per prevenire disturbi osteo-articolari, muscolari e circolatori.
- 3- Fai delle pause attive almeno ogni ora muovendoti negli spazi domestici o svolgendo esercizi sul posto.
- 4- Riposa la tua vista allontanando saltuariamente lo sguardo dal computer e aiutandoti con esercizi utili a prevenire l'affaticamento visivo.
- 5- Cerca sempre di alzarti dal letto allo stesso orario dopo un riposo adeguato, cura la tua persona, fai sempre colazione prima di iniziare la tua giornata lavorativa.
- 6- Sfrutta l'ambiente familiare per smettere di fumare: ne apprezzerai i benefici sulla salute, nell'immediato e a distanza, e noterai miglioramenti anche nella tua performance psico-fisica e lavorativa.
- 7- Adotta sempre un regime dietetico salutare nel corso della tua giornata lavorativa, idratati spesso e non eccedere con la caffeina.
- 8- Se hai difficoltà nell'approccio al tuo lavoro da remoto non ti sentire escluso dal tuo contesto, rivolgiti ai servizi di ascolto e riceverai tutto il supporto e l'aiuto necessari.
- 9- Tieniti sempre informato e aggiornato, così da poter raggiungere in modo ottimale gli obiettivi lavorativi che ti eri prefissato.
- 10- Partecipa attivamente alle indagini conoscitive volte a migliorare il benessere lavorativo, laddove proposte.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 1999, n. 70, recante “*Regolamento recante disciplina del telelavoro nelle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 4, comma 3, della legge 16 giugno 1998, n. 191*”.
- INAIL. Il lavoro al videoterminale. Edizione 2010. <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-il-lavoro-al-videoterminalepdf.pdf>
- INAIL. L'ambiente di lavoro. Marzo 2013. <https://www.inail.it/cs/internet/docs/ambiente-di-lavoro.pdf?section=attivita>
- INAIL. La postazione al videoterminale. Marzo 2013. <https://www.inail.it/cs/internet/docs/postazione-al-vdt.pdf?section=attivita>
- INAIL. Lavoro agile in emergenza tra smart working e telelavoro. <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news-fact-sheet-smart-working-telelavoro-2020.html>
- Legge 16 giugno 1998, n. 191, recante “*Modifiche e integrazioni alle leggi 15 marzo 1997, n. 59, e 15 maggio 1997, n. 127, nonché norme in materia di formazione del personale dipendente e di lavoro a distanza nelle pubbliche amministrazioni. Disposizioni in materia di edilizia scolastica*”.
- Legge del 22 maggio 2017, n. 81, recante “*Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato*”.
- Ministero della salute. Covid-19, come seguire stili di vita corretti anche restando in casa. <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?id=4391&lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero#:~:text=Bevi%20ogni%20giorno%20acqua%20in,di%20fibra%20alimentare%20al%20giorno.>

Appendice A

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

Razionale

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

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

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

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

Gli *obiettivi* sono stati:

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

Azioni e metodologia

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

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

Fasi/tempistica

Il progetto è durato 12 mesi.

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

II fase - mesi 4: programmazione e realizzazione dei primi corsi;

III fase - mesi 4: attività di valutazione.

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

Appendice B

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

Appendice C

Stress lavoro correlato: Modello Management Standard

Il Modello *Management Standard*, adattato e integrato dalla metodologia Inail, individua sei dimensioni chiave riconosciute in letteratura come potenziali condizioni che riflettono alti livelli di salute, di benessere e di prestazioni organizzative, ma che possono diventare fonti di *stress* lavoro-correlato qualora si verifichi uno scarto tra la situazione lavorativa reale e gli *standard* proposti (1. Domanda; 2. Controllo; 3. Supporto; 4. Relazioni; 5. Ruolo; 6. Cambiamento).

Il Modello propone alcuni comportamenti da adottare per ridurre lo *stress* lavoro correlato “Condizioni ideali/Stati da conseguire” che possono essere utili al DL per identificare le condizioni ideali alle quali la propria organizzazione dovrebbe tendere.

1. Domanda: comprende aspetti relativi al contesto del lavoro, quali il carico lavorativo, l’organizzazione del lavoro e l’ambiente di lavoro. Lo *standard* prevede che i lavoratori siano in grado di soddisfare le richieste provenienti dal contesto lavorativo e che vengano forniti, a livello locale, sistemi di risposta ai problemi individuali.

Le “Condizioni ideali/Stati da conseguire” sono, per esempio:

- richieste di prestazioni, da parte dell’organizzazione al lavoratore, adeguate alle competenze del lavoratore, conseguibili e realizzabili nell’orario di lavoro;
- adeguata attenzione alla gestione dei problemi legati all’ambiente in cui i lavoratori svolgono la loro attività e coinvolgimento dei dipendenti nell’elaborazione di misure per la soluzione dei problemi associati all’ambiente di lavoro;
- gestione e organizzazione della programmazione dei tempi di lavoro prevedendo flessibilità negli orari di lavoro attraverso un adeguato numero di pause e organizzando turni lavorativi, evitando di sovraccaricare i lavoratori.

2. Controllo

Riguarda l’autonomia dei lavoratori sulle modalità di svolgimento della propria attività lavorativa. Lo *standard* prevede che il lavoratore abbia potere decisionale sul modo di svolgere il proprio lavoro ed esistano sistemi, a livello locale, per rispondere ai problemi individuali.

Le “Condizioni ideali/Stati da conseguire” sono, per esempio:

- controllo del lavoratore sui propri ritmi di lavoro;
- maggiore autonomia, ossia un certo grado di indipendenza nello svolgimento dei compiti e nelle scelte lavorative da attuare;
- revisione delle modalità di controllo sui tempi di lavoro come assenze per malattia e per ferie, per evitare la prescrizione e l’eccessivo controllo dei comportamenti e delle procedure (introduzione di orari flessibili, lavoro *part-time* o da casa, ecc.);
- stimolo al lavoratore a sviluppare nuove competenze per eseguire lavori nuovi.

3. Supporto

Lo *standard* prevede che il lavoratore dichiari di avere informazioni e supporto adeguati dai propri colleghi e superiori e che vengano forniti, a livello locale, sistemi di risposta ai problemi individuali.

Le “Condizioni ideali/Stati da conseguire” sono, per esempio:

- incoraggiamento, supporto e risorse fornite dall’organizzazione, dal DL e dai colleghi tramite politiche aziendali di sostegno adeguato ai lavoratori;
- conoscenza, da parte dei lavoratori, delle modalità di accesso alle risorse necessarie per svolgere il proprio lavoro;
- *feedback* puntuale e costruttivo ai lavoratori.

4. Relazioni

Include la promozione di un clima lavorativo positivo, per affrontare e gestire i conflitti ed evitare comportamenti inaccettabili. Lo *standard* prevede che il lavoratore non si percepisca quale oggetto di comportamenti inaccettabili e che vengano forniti, a livello locale, sistemi di risposta ai problemi individuali.

Le “Condizioni ideali/Stati da conseguire” sono, per esempio:

- promozione di comportamenti corretti, segnalazione di comportamenti inaccettabili;
- promozione di un clima aziendale improntato alla fiducia e all’incentivo anche nei confronti dei neo-assunti;
- prevenzione e gestione dell’eventuale sviluppo di situazioni conflittuali manifeste o implicite.

5. Ruolo

Riguarda la consapevolezza del lavoratore relativamente alla posizione che riveste nell’organizzazione e garantisce che non si verifichino conflitti di ruolo. Lo *standard* prevede che il lavoratore comprenda il proprio ruolo e le proprie responsabilità e che vengano forniti, a livello locale, sistemi di risposta ai problemi individuali.

Le “Condizioni ideali/Stati da conseguire” sono, per esempio:

- garanzia, da parte dell’organizzazione, che le richieste ai lavoratori siano compatibili con il loro ruolo;
- informazioni adeguate a consentire ai lavoratori di comprendere il proprio ruolo e le proprie responsabilità;
- chiarezza nell’assegnazione degli incarichi;
- riconoscimento e valorizzazione delle competenze dei dipendenti assicurando loro un’adeguata varietà dei compiti e una certa autonomia nella definizione dei ruoli organizzativi;
- distribuzione delle risorse equilibrata in modo tale che a ciascun dipendente vengano forniti i medesimi strumenti o attrezzature necessarie allo svolgimento del proprio lavoro rispettando una bilanciata assegnazione delle mansioni tra dipendenti di pari livello tenendo conto della posizione, capacità e attitudini personali del lavoratore.

6. Cambiamento

Valuta in che misura i cambiamenti organizzativi, di qualsiasi entità, vengono gestiti e comunicati nel contesto aziendale. Lo *standard* prevede che il lavoratore venga coinvolto in occasioni di cambiamenti organizzativi e che vengano forniti, a livello locale, sistemi di risposta ai problemi individuali.

Le “Condizioni ideali/Stati da conseguire” sono, per esempio:

- informazioni opportune da parte dell’organizzazione ai lavoratori per la comprensione delle motivazioni all’origine dei cambiamenti proposti;

- consapevolezza dei lavoratori dell'impatto che un determinato cambiamento potrebbe avere sull'attività lavorativa;
- garanzia di un supporto adeguato durante la fase di cambiamento;
- fluidità e disponibilità delle informazioni, attraverso modalità non ambigue di comunicazione sia tra superiori e subordinati che tra colleghi di pari livello;
- coerenza tra enunciati e pratiche organizzative, attuando strategie comunicative finalizzate alla percezione da parte dei lavoratori della possibilità di essere a conoscenza dei vari aspetti lavorativi, di comprendere le politiche aziendali, di chiarire eventuali dubbi, di operare secondo le modalità stabilite e di essere consapevoli dei rischi lavorativi (riunioni informative regolari da tenersi sul posto di lavoro).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Kerr, R., McHugh, M., & McCrory, M. (2009) HSE Management Standards and stressrelated work outcomes. *Occupational Medicine*, Vol. 59 Issue 8, p574-579. 12. Health and Safety
- Executive (HSE). *Managing the causes of work-related stress – A step by-step approach using the Management Standards*. London: HSE. 2007.

Allegato 1

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

Esempio di CRONOGRAMMA

ANNO	AZIONI	Anni precedenti	Anno												Anno							Anno	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7-12		
FASE 1	Costituzione GdL																						
	Comunicazione interna																						
FASE 2	Realizzazione/utilizzo di una check-list e questionario																						
	Informatizzazione/ inserimento on-line																						
	Risposta ai questionari																						
	Prima elaborazione e valutazione dei dati																						
	Focus group																						
	Proposta piano modifiche ambientali organizzative																						
	Iniziative informative																						
	Seminario informativo																						
FASE 3	Studio pilota																						
	Ulteriori valutazioni ed elaborazioni dati questionari																						
	Ulteriori modifiche ambientali/ iniziative informative																						
	Check-list x val modifiche amb e org.																						
	Valutazione efficacia: somministrazione questionario sul benessere																						
FASE 4	Buona pratica e Seminario conclusivo																						

Allegato 2

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

PROGETTO annuale/biennale/triennale: "La Promozione della salute e del benessere organizzativo sul lavoro" - PREVISIONE DEI COSTI (*): prima annualità													
	RISORSE UMANE (*): i costi non sono indicati trattandosi di personale interno					RISORSE STRUMENTALI: ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI				nota: copiare l'importo del totale A+B nella colonna di pertinenza dell'autore della spesa (anche pro-quota)		se "a carico della PA....", selezionare voce	
ATTIVITÀ / Fase	tipologia (n.b.: scelta da elenco a discesa)	ruolo	ore/giorni	Costo Unitario	Totale A	Descrizione	Quantità	Costo Unitario	TOTALE B	TOTALE A+B	A Carico Partner	A Carico P.A.	Voce del Piano dei Conti (n.b.: scelta da elenco a discesa)
PREPARAZIONE/ PIANIFICAZIONE													
Progetto di indagine/intervento													
Progettazione	Ricercatori				0,00				0,00	0,00			
	Tecnologi												
	Amministrativo (EPNE)												

	Amministrativo (Ricerca)												
	Dirigenti (Ricerca)				0,00				0,00	0,00			
Elaborazione del materiale					0,00				0,00	0,00			
Spese per il personale					0,00				0,00	0,00			
Altro					0,00				0,00	0,00			
REALIZZAZIONE													
Location					0,00				0,00	0,00			
					0,00				0,00	0,00			
Attrezzature					0,00				0,00	0,00			
					0,00				0,00	0,00			
Spese per il personale					0,00				0,00	0,00			
					0,00				0,00	0,00			
Altro					0,00				0,00	0,00			
INFORMAZIONE													
Eventi/manifestazio ni					0,00				0,00	0,00			
Elaborazione del materiale					0,00				0,00	0,00			
					0,00				0,00	0,00			
Spese per il personale					0,00				0,00	0,00			
Altro					0,00				0,00	0,00			
COORDINAMENTO													

Spese per il personale					0,00				0,00	0,00			
Altro					0,00				0,00	0,00			
<i>esempio</i>			<i>6</i>	<i>20</i>	120		<i>35</i>	<i>20</i>	700,00	820,00	<i>120,00</i>	<i>700,00</i>	
<i>esempio</i>					0,00		<i>1</i>	<i>120</i>	120,00	120,00		<i>120,00</i>	
					120				820,00	940,00	120,00	820,00	
											940,00		

Tabella: Voci del Piano dei Conti

Codice..... Organizzazione e partecipazione a manifestazioni e convegni
Codice..... Altre spese per relazioni pubbliche, convegni, mostre non altrimenti classificabili
Codice..... Carta cancelleria e stampati
Codice..... Altri materiali tecnico-specialistici
Codice..... Altri beni e materiali di consumo non altrimenti classificabili
Codice..... Interpretariato e traduzioni
altre Voci (indicare a parte)

Tabella: Tipologia di personale

Interno amministrativo
Interno altro (es. Medici, Tecnologi, Ricercatori, Tecnici)
Dirigenti (interni o esterni)
Esterno amministrativo (specificare ruolo)
Esterno tecnico (specificare ruolo)
Altro (specificare ruolo)

Allegato 3

Esempi di lettere di trasmissione della proposta progettuale

Allegato 3a - Lettera 1

LOGO della Pubblica Amministrazione
di riferimento

DIREZIONE
Ufficio /Struttura.....

AL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: Iniziativa sulla “Promozione della salute e benessere organizzativo nei luoghi di lavoro”

Si trasmette in allegato la proposta di iniziativa: “Promozione della salute e del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro”, che questa Direzione intende realizzare per la promozione della salute (PromoSaLL) e del benessere organizzativo e per la diffusione della cultura della prevenzione nei luoghi di lavoro.

Nello specifico il progetto, che verrà realizzato tra i lavoratori della(PA di riferimento) della Sede e in seguito anche presso, intende perseguire l’obiettivo, afferente alle tematiche della PromoSaLL (una o più tematiche scelte) del benessere lavorativo, analizzando l’incidenza dei fattori determinanti – individuali e lavorativi - che ne consentono o meno la piena realizzazione e che influenzano anche lo stile di vita in generale.

I risultati verranno utilizzati per elaborare la buona pratica “Promozione della salute nei luoghi di lavoro e benessere organizzativo” da applicare negli ambienti di lavoro per favorire un buon approccio alla PromoSaLL e un miglioramento dello stile di vita in generale. La buona pratica sarà oggetto di possibile trasferimento presso altri enti e pubbliche amministrazioni.

Il progetto si inserisce tra le attività di questa Direzione in relazione alla promozione della cultura della salute e del benessere organizzativo individuata come tematica centrale nel PNP, predisposto dal Ministero della Salute e approvato in sede di Conferenza Stato Regioni.

Si ritiene che gli spazi di azione nei quali è strutturato il progetto, siano per la/il.....(PA di riferimento....) di estremo interesse, promuovendone, sia nel suo interno che verso l’esterno, l’immagine e la funzione istituzionale di attuazione di politiche di welfare attivo e di PromoSaLL che si concretizzano nella “tutela globale integrata” del lavoratore.

Il progetto prevede il coinvolgimento attivo delle seguenti Direzioni/Dipartimenti/Strutture/Uffici/Servizi/figure professionali (DL, Risorse Umane, Medico Competente, Rappresentanze sindacali, Dipartimento di Statistica, Direzione Sanitaria, Servizio di Prevenzione, RLS), con il supporto, in relazione alle tematiche affrontate, del CUG (ove presente).

Le citate Strutture, nel corso di un incontro preliminare, hanno manifestato la propria disponibilità a collaborare alla progettazione.

Si ritiene utile, nella fase di pianificazione, programmazione e comunicazione degli interventi, coinvolgere anche la Direzione Comunicazione.

Ove Lei concordi, pertanto si procederà alla convocazione delle Strutture summenzionate per la costituzione del gruppo di progetto.

IL DIRETTORE CENTRALE

(F.to)

All.: c.d.t.

Allegato 3b - Lettera 2

LOGO della Pubblica Amministrazione
di riferimento

DIREZIONE
Ufficio/Struttura.....

AL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: Progetto sulla “Promozione della salute e del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro”.

Si fa seguito all’informativa con prot. N. del..... relativa all’argomento in oggetto (All.1), per trasmettere, ove Ella concordi, l’unita bozza di nota (All. 2) a Sua firma per il successivo inoltro al Presidente.

IL DIRETTORE CENTRALE
(PA di riferimento)

All. 1: Progetto di PromoSaLL;
All. 2: Bozza di nota per il Presidente;

Allegato 3c - Lettera 3

LOGO della Pubblica Amministrazione

di riferimento

DIREZIONE

Ufficio/Struttura.....

- Al Datore di Lavoro
- Al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
- Al Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

OGGETTO: Progetto sulla “Promozione della salute e del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro”.

In data è stata autorizzata (Rif. Prot. N....del.....) dal Direttore Generale l’iniziativa indicata in oggetto, che questa Direzione intende realizzare per la promozione della salute (PromoSaLL) e la diffusione della cultura della prevenzione nei luoghi di lavoro.

Nello specifico, il progetto, che verrà realizzato tra i lavoratori della PA (.....) della Sede e in seguito anche presso, intende perseguire l’obiettivo, afferente alle tematiche del PromoSaLL, di analizzare le scorrette abitudini/comportamenti/stili di vita in tema di (*specificare la tematica scelta....*) che, oltre l’ambito lavorativo, influenzano anche lo stile di vita in generale.

Il progetto prevede la costituzione di un apposito Gruppo di lavoro per il coinvolgimento attivo, in ragione delle rispettive funzioni di competenza, delle seguenti Strutture/Direzioni/Dipartimenti/figure professionali: Risorse Umane, MC, Rappresentanze sindacali, Comunicazione, Statistica, Direzione Sanitaria, Servizio di Prevenzione, RLS nonché il supporto, in relazione alle tematiche affrontate, del CUG (ove presente).

In considerazione del fatto che, come sopra accennato, il progetto in argomento vedrà la sua prima attuazione nello stabile di, è funzionale all’efficacia dello stesso, il coinvolgimento dei destinatari della presente nota, in ragione delle funzioni svolte in materia di tutela e promozione della salute e benessere organizzativo sul lavoro; gli stessi saranno quindi convocati per la partecipazione alle prossime riunioni del suddetto Gruppo di lavoro appositamente costituito.

A tale riguardo si fa presente che il responsabile del progetto è

Per completezza di informazione, si allega alla presente una scheda che sintetizza gli elementi che caratterizzano il progetto di PromoSaLL in argomento.

IL DIRETTORE CENTRALE

(PA di riferimento)

All.: c.d.t.

Allegato 3d - Lettera 4

LOGO della Pubblica Amministrazione
di riferimento
DIREZIONE
Ufficio/Struttura.....

Al DL
Direzione Risorse Umane
Medico competente
Rappresentanze sindacali
Direzione pianificazione e Comunicazione
Direzione organizzazione digitale
Ufficio Statistico
Direzione Sanitaria
Servizio di Prevenzione e Protezione
RLS
Comitato Unico di Garanzia

OGGETTO: Iniziativa sulla “Promozione della salute e del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro”

Si trasmette in allegato la proposta di iniziativa “Promozione della salute e del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro” che questa Direzione intende realizzare per la per la promozione della salute e del benessere organizzativo e la diffusione della cultura della prevenzione nei luoghi di lavoro in merito alla quale è stato già espresso il preventivo parere favorevole del Direttore Generale.

Nello specifico il progetto, che verrà realizzato tra i lavoratori della PA (.....) della Sede e in seguito anche presso, intende perseguire l’obiettivo, afferente alle tematiche della PromoSaLL, di analizzare le scorrette abitudini/comportamenti/stili di vita in tema di (specificare la tematica scelta....) che, oltre l’ambito lavorativo, influenzano anche lo stile di vita in generale.

I risultati verranno utilizzati per elaborare la buona pratica “Promozione della salute e del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro” da applicare negli ambienti lavorativi per favorire un corretto e consapevole approccio alla PromoSaLL e, in definitiva, un miglioramento dello stile di vita generale.

Al fine di dare avvio alle relative attività, questa Direzione intende costituire un Gruppo di lavoro appositamente dedicato per la realizzazione del progetto.

Ciò stante, si chiede alle strutture in indirizzo di partecipare alla prima riunione prevista il giorno alle ore, presso questa Direzione(Sala riunioni piano Via/Piazza, città), con il seguente ordine del giorno:

- costituzione del gruppo di lavoro
- definizione del percorso di ricerca e modalità di attuazione
- ruoli delle strutture coinvolte
- definizione del cronoprogramma

Si ringrazia per la collaborazione.

Cordiali saluti.

All.: c.d.t.

IL DIRETTORE CENTRALE
(F.to)

ALLEGATO 3e - Lettera 5

LOGO della Pubblica Amministrazione
di riferimento

DIREZIONE.....

Ufficio/Struttura.....

Direzione Risorse Umane

OGGETTO: Iniziativa sulla “Promozione della salute e del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro”

Come noto, la Direzione ha sviluppato l’iniziativa “Promozione della salute e del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro” riguardante l’analisi dei fattori che determinano l’approccio alla PromoSaLL nei lavoratori della Sede dell’Istituto.

L’iniziativa ha come obiettivo generale quello di promuovere la salute e il benessere lavorativo attraverso l’analisi dell’incidenza dei vari fattori che consentono o meno la piena realizzazione della PromoSaLL: individuali (livello di conoscenza, credenze, percezione del rischio e comportamento) e lavorativi (strutturali e organizzativi). Obiettivo specifico è la realizzazione di un adeguato approccio alla PromoSaLL che, nel promuovere la cultura della tutela della salute nel lavoratore, influenzi anche gli stili di vita in generale.

Il citato progetto, che rafforza il ruolo istituzionale della....(PA di riferimento...) quale interprete di politiche di welfare attivo finalizzate alla “tutela globale integrata” del lavoratore, si inserisce tra le attività della scrivente Direzione tra l’altro individuato come tematica centrale del Piano Nazionale di Prevenzione emanato dal Ministero della Salute e approvato in sede di Conferenza Stato – Regioni e Province autonome.

Lo sviluppo dell’iniziativa in argomento, vedrà l’avvio a partire dal corrente mese di per concludersi nelmese di..... del e prevede il coinvolgimento attivo – per i profili di specifica competenza – oltre della scrivente struttura e di codesta Direzione, anche delle seguenti strutture/figure professionali: Direzione pianificazione e Comunicazione, Direzione Sanitaria, Medico competente, Servizio di Prevenzione, RLS, Direzione organizzazione digitale, Ufficio Statistico, Comitato Unico di Garanzia, Rappresentanze sindacali.

Per quanto premesso, e al fine di dare avvio al suindicato piano operativo, si allega copia del progetto, e del relativo cronoprogramma, i cui contenuti sono stati condivisi nell’ultima riunione dal costituito gruppo di lavoro interno, al fine di fornire opportuna preventiva informativa alle rappresentanze sindacali interne, risultando coinvolto tutto il personale della sede centrale dell’Istituto.

Con l’occasione si allega anche informativa già resa al Direttore generale propedeutica all’attivazione delle diverse fasi progettuali.

Si ringrazia per la collaborazione.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE CENTRALE

(F.to)

All.: c.d.t.

Allegato 3f

Nota inviata ai lavoratori, dalla Direzione promotrice del Progetto per mail di Struttura, con degli allegati

Oggetto: “Promozione della Salute e del benessere organizzativo sul lavoro”

Gentile collega,

il prossimo dalle orenel.... della Sedesi terrà un incontro con i lavoratori, volto a illustrare il Progetto/intervento: “Promozione della Salute e Benessere organizzativo sul lavoro” sviluppato dalla Direzione, con il coinvolgimento attivo di altre competenti Strutture dell’Istituto e rivolto a coloro che sono in servizio presso diche potranno aderire su base volontaria.

L’iniziativa prevede l’analisi dell’incidenza di alcuni fattori determinanti la promozione della salute (PromoSaLL) e il benessere organizzativo sul lavoro, al fine di identificarne i punti di forza e le criticità tramite un programma di prevenzione bio-psico-sociale. Tale programma dovrà essere in grado di supportare i lavoratori stessi in un processo di cambiamento orientato verso un corretto approccio alla promozione e tutela della propria salute e del proprio benessere lavorativo, con ciò determinando riflessi positivi anche nello stile di vita in generale.

Il prezioso contributo dei lavoratori che si renderanno disponibili a partecipare all’iniziativa si esplicherà nell’individuazione dei miglioramenti utili, che, qualora ritenuti compatibili e idonei, saranno realizzati dall’Amministrazione nell’ottica di favorire la PromoSaLL e il benessere dei lavoratori in azienda.

Il progetto, che si inserisce tra le attività della Direzione trova un riferimento puntuale anche nel “Regolamento recante il codice di comportamento dell’..... e disposizioni sul benessere organizzativo”.

L’impegno, in termini di quantità e di durata, previsto per i lavoratori che, su base volontaria, si renderanno disponibili a collaborare (previa autorizzazione della Struttura di appartenenza a partecipare in orario di servizio) riguarda le Fasi 1 e 2, del Piano operativo e del Cronoprogramma allegati (all n.....).

Come partecipare all’iniziativa

Fase 1

Successivamente alla Conferenza sopra indicata, verrà rilasciato un apposito questionario, appositamente realizzato da varie professionalità dell’Amministrazione sulla base di standard e Linee guida internazionali e nazionali, e condiviso con i referenti delle Strutture coinvolte nel progetto, con l’obiettivo di valutare il livello di conoscenza, di credenze e di comportamenti correlati alle pratiche della PromoSaLL e di indagare i fattori presenti nell’ambiente di lavoro che possano influenzare il comportamento dei lavoratori.

Il questionario, in forma anonima e su base volontaria, sarà reso disponibile per tutti i lavoratori in servizio presso lo stabile di e conterrà informazioni che saranno trattate e utilizzate esclusivamente per fini scientifici e custodite con la massima riservatezza nel rispetto del Gdpr 679/2016 (Regolamento dell’Unione europea in materia di trattamento dei dati personali e di privacy), in vigore dal 25 maggio 2018.

Ad ogni lavoratore sarà inviato, (tramite la mail di struttura personale, un apposito link tramite il quale sarà possibile compilare il suindicato questionario on-line) oppure sarà consegnato (...). Il questionario contiene una serie di domande raggruppate secondo i seguenti argomenti (dati personali e lavorativi, abitudini alimentari, salute orale, attività fisica, tabagismo, alcol, stress lavoro-correlato, rischio cardio-vascolare, *screening*, vaccinazioni, sonno).

In questa Fase 1, i lavoratori interessati a proseguire il percorso relativo alla Fase 2, avranno la possibilità di abbandonare il previsto anonimato inserendo il proprio numero di matricola nel questionario in argomento.

Sulla base dei dati raccolti, successivamente elaborati statisticamente e analizzati, saranno organizzati dei focus group, costituiti da personale selezionato sulla base dei risultati conseguiti dai questionari riguardo alle

proposte di modifiche utili e le iniziative informative che favoriscono un buon approccio alla PromoSaLL sul lavoro.

I focus group saranno condotti da un gruppo di lavoro interdisciplinare.

Questa prima fase dell'indagine avrà ricadute riguardo alle proposte rivolte all'Amministrazione relative ai miglioramenti individuati, al fine di facilitare l'adozione di buone abitudini relative alla PromoSaLL nell'ambiente di lavoro e si concluderà con l'organizzazione di un seminario sui risultati perseguiti.

Fase 2 – Studio pilota

Nella fase 2, che verrà avviata a partire dal saranno selezionati i lavoratori che, al momento della compilazione del questionario, abbiano richiesto - attraverso l'inserimento del proprio numero di matricola – di voler partecipare allo studio pilota.

É in questa fase che saranno svolti colloqui individuali sottesi a ricevere le seguenti informazioni..... e per la stesura del piano di PromoSaLL individuale.

Saranno inoltre organizzati incontri di gruppo con l'obiettivo di identificare e condividere gli aspetti e i vissuti emotivi e gli aspetti clinici a sostegno del benessere individuale e di gruppo.

La fase 2 si concluderà con la somministrazione di una check-list per valutare il livello di soddisfacimento dell'esperienza sviluppata.

Il Direttore centrale

Allegato 4

Check list per la gestione della salute in Azienda

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

Allegato 5

Questionario in moduli

MODULO 1

INFORMAZIONI GENERALI

(uguale per tutti)

1. Sesso M F

2. Anno nascita _____

3. Titolo di studio:

- Licenza elementare
- Licenza di scuola media
- Diploma o qualifica di scuola media superiore
- Laurea/Diploma universitario o titolo superiore
- Altro (specificare) _____

4. Con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare), come arriva a fine mese?

- Molto facilmente
- Abbastanza facilmente
- Con qualche difficoltà
- Con molte difficoltà

5. Attività lavorativa:

- Amministrativa (dirigente, funzionario, impiegato)
- Tecnica (operaio, addetto alle pulizie, autista, ecc.)

6. Altezza (senza scarpe) _____ cm

7. Peso (senza scarpe e senza abiti) _____ Kg

MODULO 2

ALIMENTAZIONE

1. Circonferenza vitacm

(circonferenza minima tra la gabbia toracica e l'ombelico misurata con un metro da sarta, in piedi, senza vestiti e senza trattenere il respiro)

2. Secondo lei il suo peso attuale è:

- Troppo alto
- Troppo basso
- Più o meno giusto

3. Negli ultimi 12 mesi, un medico o un operatore sanitario le ha suggerito di perdere peso o di mantenere costante il suo peso?

- Sì
- No

4. Attualmente sta seguendo una dieta per perdere o mantenere il suo peso?

- Sì
- No

5. Qual è il suo pasto principale?

- Prima colazione
- Pranzo
- Cena

6. Ha l'abitudine di fare la prima colazione? *(Se la fa più di una volta consideri solo la prima)*

- No
- Sì, bevo solo bevande come the o caffè (escluso latte) senza mangiare niente
- Sì, bevo the o caffè (escluso latte) e mangio qualcosa
- Sì, bevo latte o caffè e latte o cappuccino senza mangiare niente
- Sì, bevo latte o caffè e latte o cappuccino e mangio qualcosa
- Sì, mangio solo qualcosa (biscotti, fette biscottate, pane, brioches) senza bere nulla
- Sì, faccio un altro tipo di colazione (yogurt, cereali, succhi di frutta, ecc.)
- Sì, altro (specificare) _____

7. A metà mattinata abitualmente fa uno spuntino? *(è possibile dare più risposte)*

- No
- Bevande zuccherate
- Bevande NON zuccherate
- Alimenti dolci

- Alimenti salati
- Frutta
- Yogurt
- Altro (specificare) _____

8. Quanta acqua beve durante la giornata?

- Fino a un litro
- Fino a un litro e mezzo
- Fino a 2 litri
- Oltre 2 litri

9. Quante volte beve bibite zuccherate (tè, succhi di frutta, cola, aranciata, ecc)?

- Più volte al giorno
- 1 volta al giorno
- Qualche volta a settimana
- Meno di 1 volta a settimana
- Mai

10. Dove consuma prevalentemente il pasto nei giorni lavorativi? (una sola risposta)

- In casa
- In una mensa aziendale
- In un ristorante, trattoria, tavola calda
- In un bar
- Distributore automatico
- Sulla postazione di lavoro
- Area dedicata, attrezzata alla pausa pasto all'interno del posto di lavoro
- In altro luogo (specificare) _____
- Non consumo pasto

11. Nel/vicino al suo posto di lavoro è/sono presente/i:

- Ristorante
- Mensa
- Tavola Calda
- Bar
- Supermercato/Alimentari
- Distributore Automatico
- Sala ristoro
- Nulla

12. Nel suo posto di lavoro quale alimento aggiungerebbe se non disponibile?

	A mensa	Al bar/tavola calda
Primi non conditi		
Secondi alla piastra/lessati/al vapore		
Verdure alla piastra/lessati/al vapore		
Latticini/Yogurt		
Cibi per intolleranti/allergici		
Frutta fresca		
Altro (specificare)		
Nulla		

13. Cosa consuma e cosa aggiungerebbe, se non disponibile, nei distributori automatici? (indicare anche più possibilità):

	Prodotto che preleva più frequentemente	Prodotto non presente nel distributore	Prodotto che si vorrebbe aggiungere
Acqua			
Bibite			
Bevande calde			
Spuntini dolci			
Yogurt			
Frutta fresca			
Frutta secca			
Succhi di frutta			
Polpa/purea di frutta senza zucchero			
Spremute fresche di arance			
Spuntini salati			
Tramezzini/Panini			
Verdure			
Nulla			
Altro (<i>specificare</i>)			

14. Con quale frequenza consuma vino?

- Tutti i giorni
- Occasionalmente
- Non ne consumo

15. Con quale frequenza consuma vino e/o birra?

- Tutti i giorni
 Occasionalmente
 Non ne consumo

16. Con quale frequenza consuma superalcolici?

- Tutti i giorni
 Occasionalmente
 Non ne consumo

17. Indicare quante volte consuma i seguenti alimenti: (riempire una sola casella per alimento: se consuma latte tutti i giorni riempire **solo** "Numero di volte al giorno" lasciando in bianco il consumo settimanale e mensile; se lo consuma 2 volte a settimana riempire **solo** "Numero di volte a settimana" con il numero 2 lasciando in bianco il consumo giornaliero e mensile; se lo consuma 2 volte al mese riempire **solo** "Numero di volte al mese" con il numero 2 lasciando in bianco il consumo giornaliero e settimanale):

	N° di volte/giorno	N° di volte/settimana	N° di volte/mese	Mai
Cereali (es. pasta, riso, pane, ecc.)				
Patate				
Frutta fresca				
Verdura, Ortaggi				
Legumi (fagioli, ceci, lenticchie, piselli, soia)				
Pesce				
Carne rossa				
Carni lavorate (affettati, insaccati)				
Carne bianca				
Olive, frutta secca, semi				
Erbe, spezie, aglio, cipolla				
Latte, yogurt, formaggi				
Dolci/Gelati				
Uova	(indicare il numero di uova/settimana) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> altro n° _____			

18. Fa attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati? (è possibile dare più risposte)

- No, non presto attenzione
 Sì, ne ho ridotto l'uso nel tempo
 Sì, non aggiungo sale a tavola
 Sì, acquisto pane poco salato
 Sì, uso il sale a ridotto contenuto di sodio
 Sì, uso il sale iodato al posto di quello non iodato

19. Di solito lei: *(è possibile scegliere più risposte)*

- Legge con attenzione le etichette nutrizionali
- Limita il consumo di alimenti già pronti o in scatola
- Consuma quotidianamente verdura e ortaggi
- Utilizza la frutta come spuntino
- Limita la quantità di cibi nelle porzioni
- Utilizza olio extravergine di oliva per cucinare e condire
- Predilige il consumo di proteine vegetali (legumi) rispetto a quelle animali
- Predilige il consumo di pesce
- Predilige il consumo di alimenti integrali
- Predilige la cottura alla piastra e al vapore

MODULO 3

SALUTE ORALE

1. Con quale frequenza si sottopone a sedute di igiene orale professionale?

- Ogni 3 mesi
- Ogni 6 mesi
- Almeno 1 volta l'anno
- Mai

2. Quante volte al giorno si lava i denti?

- Dopo i pasti principali
- Solo la sera
- Solo la mattina

3. Quando si lava i denti che strumento usa? (è possibile dare più risposte)

- Spazzolino manuale
- Spazzolino elettrico
- Filo interdentale
- Scovolino
- Altro (specificare)

4. Durante lo spazzolamento dei denti ha sanguinamento gengivale?

- Sì, sempre
- A volte
- No, mai

5. Ha sensibilità ai denti quando beve bevande fredde o mangia cibi acidi? (es., con aceto, limone)

- Sì, sempre
- A volte
- No, mai

6. Ha mobilità di qualche dente

- Sì
- No

MODULO 4

ATTIVITÀ FISICA

SEZIONE 1: Attività fisica sul luogo di lavoro

1.1. Quale dei seguenti mezzi usa abitualmente per andare al lavoro? *(sono ammesse più risposte)*

- Macchina/ Motocicletta o ciclomotore
- Mezzi pubblici (treno, tram, bus, metro, ecc.) o navetta aziendale
- Bicicletta
- A piedi

1.2. Per gli spostamenti nella sede di lavoro abitualmente usa le scale? (uffici, mensa, ecc.) *(sono ammesse più risposte)*

- No, mai
- Qualche volta per scendere
- Qualche volta per salire
- Sì, sempre per scendere
- Sì, sempre per salire
- Lavoro da remoto

1.3. Durante il suo lavoro, lei prevalentemente:

- Svolge un'attività che richiede un notevole sforzo fisico *(ad es. manovale, muratore, ecc.)*
- Cammina o fa lavori che richiedono uno sforzo fisico moderato *(ad. es.: operaio, cameriere, addetto alle pulizie, giardiniere, ecc.)*
- Svolge un'attività che non richiede uno sforzo fisico *(ad. es.: sta al computer, guida la macchina, fa lavori manuali, ecc.)*

SEZIONE 2: Attività fisica fuori dal luogo di lavoro

2.1. Negli ultimi 30 giorni, ha svolto qualche attività fisica moderata? *(attività che comporti un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione, come per esempio camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, giardinaggio o lavori in casa come lavare finestre o pavimenti)*

- No
- Non so/non ricordo
- Sì

2.2. Se Sì, per quanti giorni alla settimana?

- 1 giorno
- 2 giorni
- 3 giorni
- 4 giorni
- 5 giorni
- 6 giorni

- 7 giorni
- Non so/non ricordo

2.3. In questi giorni per quanti minuti in media? *(riferito ai giorni con attività fisica)*

-Numero di minuti al giorno
- Non so/non ricordo

2.4. Negli ultimi 30 giorni, ha svolto qualche attività fisica intensa? *(attività con grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione, come per esempio correre, nuotare, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici)*

- No
- Non so/non ricordo
- Sì

2.5. Se Sì, per quanti giorni alla settimana?

- 1 giorno
- 2 giorni
- 3 giorni
- 4 giorni
- 5 giorni
- 6 giorni
- 7 giorni
- Non so/non ricordo

2.6. In questi giorni per quanti minuti in media? *(riferito ai giorni con attività fisica)*

-numero di minuti al giorno
- Non so/non ricordo

2.7. Secondo lei l'attività fisica che ha fatto negli ultimi 30 giorni è:

- Sufficiente
- Più che sufficiente
- Scarsa
- Non so

2.8. Abitualmente quante ore al giorno trascorre guardando la televisione?

- Non guardo la TV
- Meno di 1 ora
- 1 ora
- 2 ore
- 3 ore
- Più di 3 ore

2.9. Abitualmente quante ore al giorno trascorre usando tablet, smartphone, PC, videogiochi, ecc.?

- Meno di 1 ora
- 1 ora
- 2 ore
- 3 ore
- Più di 3 ore

2.10. Negli ultimi 12 mesi le è stato suggerito da un medico o da un operatore sanitario di fare una regolare attività fisica?

- Sì
- No
- Non so, non ricordo

MODULO 5

USO PRODOTTI DEL TABACCO

PER TUTTI

1. Secondo lei l'esposizione alle emissioni dei prodotti del tabacco per la salute è:

- Molto dannoso
- Abbastanza dannoso
- Poco dannoso
- Per nulla dannoso
- Non so

2. Nel suo posto di lavoro le persone con cui lavora e gli eventuali visitatori:

- Rispettano sempre il divieto di fumo
- Lo rispettano quasi sempre
- Lo rispettano poco
- Non lo rispettano mai

3. Nel suo posto di lavoro è esposto al fumo passivo?

- No
- Sì, nella mia stanza
- Sì, nelle altre stanze del mio ufficio
- Sì, in altri luoghi chiusi dell'edificio
- Altro, specificare _____

4. Il fumo passivo le procura disagio?

- No
- Sì, moderatamente
- Sì, un forte disagio

5. È favorevole agli spazi attrezzati esterni per i fumatori?

- No
- Sì

6. Lei attualmente fuma?

- Sì vai alla **sezione 1**
- No, ma ho fumato in passato vai alla **sezione 2**,
- No, non ho mai fumato **Per lei il modulo 5 finisce qui**

SEZIONE 1: Consumatori di Tabacco

Attualmente:

1.1. Con quale frequenza utilizza prodotti del tabacco?

- Tutti i giorni
- Occasionalmente

1.2. Che cosa fuma prevalentemente?

- Sigarette (*comprese quelle rollate a mano*)
- Sigari, sigaretti
- Pipa
- Prodotti del tabacco riscaldato
- Altro

1.3. In media quante sigarette fuma al giorno?

- Numero _____
- Meno di una sigaretta al giorno
- Non so / non ricordo

1.4. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?

- Entro 5 minuti
- 6 - 30 minuti
- 31 - 60 minuti
- Più di 60 minuti

1.5. . Abitualmente fuma durante l'orario di lavoro?

- Sì
- No

1.6. Se fuma in orario di lavoro, dove fuma? (*sono ammesse più risposte*)

- Nella mia stanza
- Nella stanza di colleghi fumatori
- Sui balconi
- In cortile
- In corridoio
- In bagno
- Sulle scale
- In sale riservate ai fumatori
- Altrove (specificare) _____
- A casa (specificare) _____

1.7 Quando lavora da casa rispetto a quando lavora in ufficio fuma:

- di più
- di meno
- uguale
- non lavoro da casa

1.8. Negli ultimi 12 mesi, un medico o un operatore sanitario le ha suggerito di smettere di fumare?

- Sì
- No
- Non so/non ricordo

1.9. Durante gli ultimi 12 mesi, ha smesso di fumare per almeno un giorno, nel tentativo di smettere definitivamente?

- Sì
- No
- Non so/non ricordo

1.10. La legge sul divieto di fumo nei luoghi chiusi l'ha incoraggiata a tentare di smettere di fumare?

- Sì
- No
- Non so/non ricordo

SEZIONE 2: ex fumatori

2. Ha mai fumato regolarmente in passato?

- Sì
- No

2.1. In che anno ha smesso di fumare? _____

2.2. Perché ha smesso?

- Per motivi di salute
- Gravidanza/nascita figlio
- Su consiglio del medico
- Imposto da partner/familiari
- Non mi piaceva più
- Non volevo sentirmi schiavo
- Per via della legge
- Altro (specificare)_____

2.3. Prima di smettere di fumare, un medico o un operatore sanitario le aveva suggerito di farlo?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

2.4. Come è riuscito a smettere di fumare?

- Partecipando a incontri o corsi che aiutano a smettere di fumare organizzati dalla ASL
- Partecipando a incontri o corsi organizzati da altri
- Prendendo farmaci o cerotti
- Con la sigaretta elettronica
- Da solo e per conto mio
- Non so / non ricordo
- Altro (specificare)_____

SEZIONE 3: uso della sigaretta elettronica

3.1. Lei usa anche solo saltuariamente la sigaretta elettronica?

- Sì
- No, ma l'ho usata in passato
- No, non l'ho mai usata

3.2. Quale tipo di ricarica utilizza per la sua sigaretta elettronica o utilizzava prima di smettere?

- Solo con nicotina
- Solo senza nicotina
- Solo con nicotina ma in quantità a scalare
- Sia con nicotina sia senza nicotina

3.3. Utilizza le sigarette elettroniche sul posto di lavoro?

- Sì, nelle aree fumatori
- Sì, anche in stanza
- No

MODULO 6

ALCOL

6.1. Durante gli ultimi 30 giorni, ha bevuto bevande contenenti almeno una unità alcolica?

(Una unità alcolica (U.A.) è pari a 12 grammi di alcol puro, che corrispondono a 330 ml di birra a 4,5°, oppure a 125 ml di vino a 12° oppure a 40 ml di superalcolico a 40°)

- Sì
- No

6.2. PER CHI HA RISPOSTO SÌ:

6.2.1. Durante gli ultimi 30 giorni, quanti giorni ha bevuto bevande contenenti almeno una unità alcolica?

- Numero giorni _____
- Non so / non ricordo

6.2.2. Nei giorni in cui ha bevuto bevande alcoliche, quante unità alcoliche ha bevuto in media al giorno?

- Numero unità alcoliche _____
- Non so / non ricordo

6.2.3. Durante gli ultimi 30 giorni, in quale momento della settimana ha bevuto bevande alcoliche?

- Prevalentemente nei fine settimana
- Prevalentemente nei giorni feriali o durante tutta la settimana

6.2.4. Quando ha bevuto bevande alcoliche rispetto ai pasti negli ultimi 30 giorni?

- Solo durante i pasti
- Prevalentemente durante i pasti
- Prevalentemente fuori dai pasti
- Solo fuori dai pasti
- Altro (Specificare) _____

6.2.5. (per gli UOMINI) Considerando tutti i tipi di bevande alcoliche, negli ultimi 30 giorni quante volte ha bevuto 5 o più unità alcoliche in una unica occasione (per esempio una serata con amici)?

- Numero volte _____
- Mai
- Non so / non ricordo

6.2.5. (per le DONNE) Considerando tutti i tipi di bevande alcoliche, negli ultimi 30 giorni quante volte ha bevuto 4 o più unità alcoliche in una unica occasione (per esempio una serata con amici)?

- Numero volte _____
- Mai
- Non so / non ricordo

6.2.6. Durante gli ultimi 30 giorni le è capitato di guidare un veicolo dopo aver bevuto, nell'ora precedente, una bevanda contenente 2 o più unità alcoliche?

Sì → quante volte?

No

Non ho guidato negli ultimi 30 giorni

Non so / non ricordo

6.2.7. Durante gli ultimi 12 mesi, un medico o un operatore sanitario le ha suggerito di bere meno alcol?

Sì

No

Non so / non ricordo

MODULO 7

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

8.1. Negli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha misurato la pressione arteriosa?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

8.2. Un medico le ha mai detto che lei è iperteso, cioè che ha la pressione arteriosa alta?

- Sì
- Sì e prendo farmaci per tenere bassa la pressione
- No
- Non so / non ricordo

8.3. Le è mai stato suggerito da un medico di tenere sotto controllo la sua pressione arteriosa, attraverso una o più delle seguenti indicazioni?

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ridurre il sale nel cibo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |
| <input type="checkbox"/> Praticare attività fisica regolare | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |
| <input type="checkbox"/> Ridurre o mantenere il peso corporeo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |

8.4. Il colesterolo è un grasso presente nel sangue. Negli ultimi 12 mesi ha fatto gli esami del sangue per il colesterolo (colesterolemia)?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

8.5. Un medico le ha mai detto che ha il colesterolo alto?

- Sì
- Sì e prendo farmaci per il colesterolo
- No
- Non so / non ricordo

8.6. Le è mai stato suggerito da un medico di tenere sotto controllo il livello di colesterolo, attraverso le seguenti indicazioni?

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ridurre il consumo di carne e formaggi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |
| <input type="checkbox"/> Praticare attività fisica regolare | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |
| <input type="checkbox"/> Ridurre o mantenere il peso corporeo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |
| <input type="checkbox"/> Aumentare il consumo di frutta e verdura | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |

8.7. La glicemia indica il livello di zucchero presente nel sangue. Negli ultimi 12 mesi ha fatto un esame della glicemia?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

8.8. Un medico le ha mai diagnosticato il diabete?

- Sì
- Sì e prendo farmaci per il diabete
- No
- Non so / non ricordo

SOLO PER I DIABETICI

8.8.1. Le è mai stato suggerito da un medico di tenere sotto controllo il diabete, attraverso le seguenti indicazioni:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguire una corretta alimentazione | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |
| <input type="checkbox"/> Praticare attività fisica regolare | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |
| <input type="checkbox"/> Ridurre o mantenere il peso corporeo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |

8.8.2. Quando ha saputo per la prima volta di avere il diabete? (Indicare l'anno o l'età)

- Anno _____ e/o Età (in anni) _____
- Non so/non ricordo

8.8.3. Da chi è seguito principalmente per il diabete?

- Dal medico di famiglia
- Sia dal medico di famiglia sia dal centro diabetologico
- Dal centro diabetologico
- Da un altro medico (specificare _____)
- Da nessuno
- Non so / non ricordo

8.8.4. Negli ultimi 12 mesi quante volte si è rivolto al medico di famiglia per un controllo del diabete?

- Numero _____
- Mai
- Non so / non ricordo

8.8.5. Negli ultimi 12 mesi quante volte si è rivolto al centro diabetologico per un controllo del diabete?

- Numero _____
- Mai
- Non so / non ricordo

8.8.6. C'è un esame del sangue che si chiama “emoglobina glicosilata”, detta anche glicata oppure HbA1c. Questo esame misura il livello medio di glicemia negli ultimi tre mesi.

Ha mai sentito parlare di questo esame?

- Sì
- No
- Non so/non ricordo

8.8.7. Ha mai fatto questo esame?

- Sì, negli ultimi 4 mesi
- Sì, tra i 4 e i 12 mesi fa
- Sì, più di 12 mesi fa
- No
- Non so/non ricordo

MODULO 8

SCREENING

SEZIONE 1: Screening Tumore Collo dell'Utero (Per le donne da 25 a 64 anni)

Per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero sono disponibili due esami entrambi validi: il Pap-Test oppure il Test dell'HPV per la ricerca del papilloma virus. Entrambi questi esami si eseguono attraverso un prelievo fatto per via vaginale.

1.1. Nel corso della sua vita ha eseguito un Pap-Test o un Test dell'HPV a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

- Sì
- No vai alla domanda 1.5.
- Non so / non ricordo

1.2. Quando è stata l'ultima volta che ha fatto il Pap-Test o il Test dell'HPV a scopo preventivo?

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 3 anni fa
- Tra 3 e 5 anni fa
- Più di 5 anni fa
- Non so / non ricordo

1.3. In occasione dell'ultimo test le hanno detto che avrebbe dovuto ripeterlo?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

1.4. Le è mai stato consigliato da un medico o da un operatore sanitario di fare regolarmente questi esami a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

1.5. Qual è stato il motivo principale per cui non ha fatto (recentemente) uno di questi esami preventivi? (max 3 risposte)

- Penso di non averne bisogno
- Nessuno me l'ha consigliato
- Per pigrizia
- Mi sento imbarazzata/mi vergogno
- Ho trovato difficile contattare una struttura sanitaria per informazioni/appuntamento
- È fastidioso/doloroso
- La sede/data/orario assegnati per l'esame non mi andavano bene
- Ho paura dei risultati dell'esame
- Non ho ricevuto una convocazione

- Non ho avuto tempo
- Tempi di attesa troppo lunghi
- Costi troppo elevati
- Non sono nella fascia di età prevista
- Sono già stata operata / per altri motivi sanitari
- Non so / non ricordo
- Altro (specificare

1.6. Sarebbe favorevole a un programma che offrisse lo *screening* per il tumore al collo dell'utero sul posto di lavoro?

- Sì, anche a pagamento
- Sì, solo gratuitamente
- No

SEZIONE 2: *Screening* Tumore Mammario (Per le donne da 50 a 69 anni)

La mammografia è una radiografia fatta al seno per ricercare l'eventuale presenza di tumore alla mammella.

2.1. Nel corso della sua vita ha mai fatto una mammografia a scopo preventivo cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

- Sì
- No (vai alla domanda 2.4.)
- Non so / non ricordo

2.2. Quando è stata l'ultima volta che ha fatto una mammografia a scopo preventivo?

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 2 anni fa
- Più di 2 anni fa
- Non so / non ricordo

2.3. Le è mai stato consigliato da un medico o da un operatore sanitario di fare regolari mammografie a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

2.4. Quale è stato il motivo principale per cui non ha fatto (recentemente) la mammografia?

(max 3 risposte)

- Penso di non averne bisogno
- Nessuno me l'ha consigliato
- Per pigrizia
- Mi sento imbarazzata/mi vergogno
- Ho trovato difficile contattare una struttura sanitaria per informazioni/appuntamento

- É fastidioso/doloroso
- La sede/data/orario assegnati per l'esame non mi andavano bene
- Ho paura dei risultati dell'esame
- Non ho ricevuto una convocazione
- Sono già stata operata / per altri motivi sanitari
- Non sono nella fascia di età prevista
- Non ho avuto tempo
- Tempi di attesa troppo lunghi
- Costi troppo elevati
- Non so/ non ricordo
- Altro (specificare)

2.5. Sarebbe favorevole a un programma che facilitasse lo *screening* per il tumore mammario ai lavoratori?

- Sì, anche a pagamento
- Sì, solo gratuitamente
- No

SEZIONE 3: *Screening* Tumore del Colon-Retto (per le persone da 50 a 69 anni)

Per la prevenzione del tumore del colon-retto esiste un esame di laboratorio, chiamato "ricerca del sangue occulto", per controllare la presenza di sangue non visibile nelle feci, che prevede la raccolta di feci in un contenitore, anche presso la propria abitazione.

3.1. Ha mai fatto la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o disturbi?

- Sì
- No (vai alla domanda 3.4.)
- Non so / non ricordo

3.2. Le è mai stato consigliato da un medico o da un operatore sanitario di fare questo esame a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

3.3. Quale è stato il motivo principale per cui non ha fatto (recentemente) la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo (max 3 risposte)

- Penso di non averne bisogno
- Nessuno me l'ha consigliato
- Per pigrizia
- Mi sento imbarazzato/a / mi vergogno
- Ho trovato difficile contattare una struttura sanitaria per informazioni/appuntamento

- È fastidioso
- La sede/data/orario per prendere/consegnare il campione non mi andavano bene
- Non ho avuto tempo
- Tempi di attesa troppo lunghi
- Non ho ricevuto una convocazione
- Ho paura dei risultati dell'esame
- Non sono nella fascia di età prevista
- Sono già stata operato/a / per altri motivi sanitari
- Ho già fatto /mi hanno consigliato di fare la colonscopia/rettosigmoidoscopia
- Non so / non ricordo
- Altro (specificare)

3.4. Quando è stata l'ultima volta che ha fatto questo esame a scopo preventivo?

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 5 anni fa
- Tra 5 e 10 anni fa
- Più di 10 anni fa
- Non so / non ricordo

3.5. Sarebbe favorevole a un programma che offrisse lo *screening* per il tumore al colon retto sul posto di lavoro?

- Sì, anche a pagamento
- Sì, solo gratuitamente
- No

MODULO 9

VACCINAZIONI

1. È mai stato vaccinato contro la difterite-tetano-pertosse (DTP)?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

2. Se sì, quando è stata l'ultima volta che ha effettuato la vaccinazione DTP?

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 5 anni fa
- Tra 5 e 10 anni fa
- Più di 10 anni fa
- Non so / non ricordo

3. È mai stato vaccinato contro il morbillo/parotite/rosolia (MPR)?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

4. È mai stato vaccinato contro l'epatite B?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

5. È mai stato vaccinato contro l'influenza?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

6. Sarebbe favorevole a un programma che offrisse le vaccinazioni sul posto di lavoro?

- Sì, in ogni caso
- Sì, solo gratuitamente
- No

MODULO 10

SONNO

1. A che ora va a letto di solito? _____
2. A che ora si alza di solito? _____
3. Quanto tempo impiega generalmente per addormentarsi? (minuti)_____...
4. Quante volte in genere si sveglia la notte? _____.
5. Russa mentre dorme? Sì No Non so
6. Le viene riferito che interrompe il respiro durante il sonno? Sì No
7. Si sveglia con la sensazione di soffocamento o fame d'aria? Sì No
8. Ha un'eccessiva sudorazione la notte? Sì No
9. Si alza per urinare la notte? Sì No
10. Digriagna i denti durante il sonno? Sì No Non so
11. Di solito si alza riposato? Sì No
12. Si risveglia abitualmente con cefalea? Sì No
13. Durante il giorno si sente stanco e affaticato? Sì No
14. Ha difficoltà di concentrazione o disturbi di memoria? Sì No
15. Fa pisolini durante il giorno? Sì No
16. Ha le stesse abitudini nel dormire durante la settimana e il weekend? Sì No
17. Sta assumendo dei farmaci per dormire? Sì No
18. Quanti caffè beve durante il giorno? _____

19. Che probabilità ha di appisolarsi o di addormentarsi nelle seguenti situazioni, indipendentemente dalla sensazione di stanchezza? (Epworth Sleepiness Scale - ESS)

La domanda si riferisce alle usuali abitudini di vita nell'ultimo periodo. Qualora non si sia trovato di recente in alcune delle situazioni elencate sotto, provi a immaginare come si sentirebbe.

Per le risposte usi la seguente scala:

0 = non mi addormento mai

1 = ho qualche probabilità di addormentarmi

2 = ho una discreta probabilità di addormentarmi

3 = ho un'alta probabilità di addormentarmi

- | | |
|---|------|
| a. Seduto mentre leggo | ____ |
| b. Guardando la TV | ____ |
| c. Seduto, inattivo in un luogo pubblico (a teatro, a una conferenza) | ____ |
| d. Passeggero in automobile, per un'ora senza sosta | ____ |
| e. Sdraiato per riposare nel pomeriggio, quando ne ho l'occasione | ____ |
| f. Seduto mentre parlo con qualcuno. | ____ |
| g. Seduto tranquillamente dopo pranzo, senza avere bevuto alcoolici | ____ |
| h. In automobile, fermo per pochi minuti nel traffico | ____ |
| SOMMA | ____ |

RISULTATO: *Se il punteggio totalizzato è superiore a 10 ciò è indicativo di una sonnolenza diurna eccessiva*

Allegato 6

Informativa resa ai sensi dell'articolo 13 del Gdpr 679/2016 (Regolamento dell'Unione europea in materia di trattamento dei dati personali e di privacy)

Gentile Signore/a, (nome e cognome)

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Ue 679/2016 e in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e degli altri soggetti in materia di trattamenti di dati personali, si informa di quanto segue:

1. Finalità del trattamento

I dati da Lei forniti saranno utilizzati per fini di ricerca e di intervento sul benessere dei lavoratori e sulla promozione della salute (PromoSaLL), e nello specifico sulla salute nel luogo di lavoro attraverso Focus group, colloqui individuali e Gruppi di incontro.

2. Modalità del trattamento

I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo, sia elettronico. Per quanto riguarda la realizzazione dei Focus group, al fine di una più fedele analisi dei risultati, gli incontri saranno audio registrati. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale. Saranno inoltre utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.

3. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è con sede legale in Via,n.

4. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1, è obbligatorio per la partecipazione a tali interventi.

5. Comunicazione e diffusione dei dati

I dati anagrafici e di contatto forniti potranno essere comunicati ai referenti amministrativi individuati dalla Direzione, al fine procedere alle convocazioni.

Tutti i risultati degli interventi e dell'analisi e discussione dei dati saranno pubblicati in forma aggregata - di gruppo- e anonima.

6. Diritti dell'interessato

I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata. Quando non saranno più necessari, verranno anonimizzati irreversibilmente e distrutti in modo sicuro.

I nominativi delle persone incaricate di gestire i dati conferiti per le suddette finalità sono disponibili su richiesta del diretto interessato.

Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, ai sensi degli articoli da 15 a 22 del Regolamento UE n. 2016/679, sarà possibile per l'interessato esercitare il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli a un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento e anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi a un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati, è possibile rivolgersi al titolare del trattamento dei dati.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a – Direzione, Via.....n., – CAP Città....– email:

Nella presente informativa si chiede infine il rispetto del patto di confidenzialità tra i partecipanti ai Focus group e ai successivi Gruppi di incontro. In tale patto deve essere assicurato un clima di sostanziale e reciproco rispetto e il divieto di ogni forma di eventuale discriminazione, sia durante gli incontri che successivamente, come definito nel codice di comportamento (PA di riferimento).

Avendo ricevuto adeguata informativa sul trattamento dei dati personali, e in relazione a quanto indicato sul trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, il/la sottoscritto/a esprime il proprio libero consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

LUOGO, DATA

Firma dell'interessato

Allegato 7

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

Alimentazione

All. 7 a - Alcuni consigli per una sana alimentazione

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

Attività fisica

All. 7b - Livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS

Le linee di indirizzo dell'OMS consigliano:

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

All. 7c - Alcune indicazioni per la pratica quotidiana dell'attività fisica e il contrasto alla sedentarietà

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

Tabagismo

All. 7d - Buoni motivi per smettere di fumare

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

ENTRO 20 MINUTI:

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

ENTRO 8 ORE:

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

ENTRO 24 ORE:

- diminuisce il rischio di attacco cardiaco

ENTRO 48 ORE:

- migliorano i sensi dell'olfatto e del gusto

ENTRO 72 ORE:

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

DA 2 SETTIMANE A 3 MESI:

- migliora la circolazione
- camminare diventa sempre meno faticoso

DA 3 A 9 MESI:

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

ENTRO 5 ANNI:

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

ENTRO 10 ANNI:

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

DOPO 10 ANNI:

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

All. 7e - 10 indicazioni degli esperti per smettere di fumare (Ministero della Salute)

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

Alcol

All. 7f - Alcune informazioni sul consumo di alcolici

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



Ministero della Salute

Ufficio di Gabinetto

Ministero della Salute

GAB

0007969-P-06/05/2022

I.8.a.a/14



509961323

Al Cons. Saverio Lo Russo
Direttore dell'Ufficio III
Coordinamento delle attività della
segreteria della Conferenza Stato-Regioni
Dipartimento per gli Affari regionali e le
autonomie

statoregioni@mailbox.governo.it

e p.c. Alla Direzione generale della prevenzione
sanitaria

SEDE

**Oggetto: “Documento di indirizzo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro della
Pubblica Amministrazione” PromoSaLL. Trasmissione in Conferenza Stato-
Regioni.**

Si trasmette, in allegato, il “Documento di indirizzo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione”, da sottoporre, alla prima data utile, alla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, per sancire accordo, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281.

IL CAPO DI GABINETTO
Tiziana Coccoluto