

Programma



Luoghi di lavoro che Promuovono Salute

MANUALE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA “LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE - RETE WHP”



ccm
Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie



Regione
Lombardia



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA



Alisa
Sistema Sanitario Regionale Liguria



Programma



Luoghi di lavoro che Promuovono Salute

Progetto CCM 2018 - Azioni Centrali

“Supporto all’implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP - Workplace Health Promotion)”

ISBN 979-12-210-0082-5



Regione
Lombardia



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA



Alisa
Sistema Sanitario Regionale Liguria



MANUALE PER
L'IMPLEMENTAZIONE DEL
PROGRAMMA **“LUOGHI DI
LAVORO CHE PROMUOVONO
SALUTE - RETE WHP”**



Indice

INTRODUZIONE

Ambienti di lavoro e promozione della salute: la visione centrale

Daniela Galeone, Roberto D'Elia

5

PARTE I

Il Programma “Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute - Rete WHp”

I.1 Dall'esperienza lombarda al Progetto - Azione Centrale CCM 2018

Liliana Coppola

10

I.2 I concetti chiave alla base del Programma

Paola Ragazzoni

16

I.3 L'implementazione del Programma

Liliana Coppola, Claudia Lobascio, Paola Ragazzoni, Nadia Vimercati

37

I.3.1 Ingaggio

39

I.3.2 Processo partecipato

43

I.3.3 Analisi di contesto - Profilo di salute

47

I.3.4 Azioni

51

I.3.5 Monitoraggio e valutazione

57

PARTE II

La Comunità di Pratica Interregionale del Progetto CCM

II.1 Il percorso formativo

Liliana Coppola, Paola Ragazzoni

94

II.2 La comunicazione

Corrado Celata

102

II.3 L'esperienza della ASP di Catania

Salvatore Cacciola, Gianluca Vaccaro

106

II.4 L'esperienza di Regione Liguria

*Maura Bonvento, Stefania Guasco, Floriana Pierri, Lorenzo Sampietro,
Francesco Sferrazzo, Camilla Sticchi, Emilia Tasso, Federica Varlese*

113

II.5 L'esperienza di Regione Friuli Venezia Giulia

Giulia Goi, Jessica Greguol, Luana Sandrin, Carlo Venturini

133

RINGRAZIAMENTI

143

ALLEGATI

147

BIBLIOGRAFIA

211



INTRODUZIONE

Ambienti di lavoro e promozione della salute: la visione centrale

*Daniela Galeone, Roberto D'Elia
Ministero della Salute*

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

Le criticità si possono presentare in particolare quando:

- i lavoratori sono costretti a lavorare in condizioni di scarsa sicurezza o poco salutarie;
- 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.

Gli ambienti di lavoro rappresentano, dunque, un contesto di grande interesse per la promozione della salute, essendo dei microcosmi in cui le persone passano la maggior parte del proprio tempo, spesso in presenza di importanti dinamiche di tipo relazionale.

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, secondo un approccio intersettoriale, ha identificato 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 dei Piani Nazionali della Prevenzione (PNP) 2014-2019 e 2020-2025. In particolare, il PNP 2020-2025, approvato con Intesa Stato-Regioni il 6 agosto 2020, considerando come bene comune gli interventi di tutela e promozione della salute dei lavoratori, intende investire nella messa a sistema in tutte le Regioni di tali programmi di intervento, per rafforzare la coerenza dell'azione e ottenere un maggiore impatto sulla salute della popolazione.

È noto, infatti, che i comportamenti e, quindi, le abitudini dannose per la salute risentono in maniera significativa dei determinanti e delle dinamiche relazionali. L'esperienza dimostra che gli investimenti indirizzati a consentire ai lavoratori di esercitare azioni efficaci sugli impedimenti alla loro salute e benessere conducono a una riduzione delle malattie e dei tassi di mortalità. I luoghi di lavoro, perciò, sono da considerarsi contesti favorevoli alla realizzazione di azioni di promozione della salute tese alla modifica di abitudini e comportamenti dannosi, con riferimento, in particolare, ai fattori di rischio comportamentali per le malattie cronico-degenerative.

Questo anche in virtù del fatto che permettono di raggiungere la fascia di popolazione in età lavorativa, difficilmente raggiungibile in altri contesti comunitari. Promuovere la salute sui luoghi di lavoro, inoltre, significa valorizzare il prezioso capitale umano presente nelle aziende.

Tuttavia, se la proposta di programmi di promozione alla salute negli ambienti di lavoro in Italia è prevista e favorita dalle normative, non è superfluo ricordare che la partecipazione da parte dei lavoratori alle proposte dell'azienda per la promozione della salute e la gestione dei comportamenti dannosi per la salute, a differenza di quanto accade per i fattori di rischio lavoro correlati, può essere solo e unicamente su base volontaria sia per quanto attiene al singolo sia, soprattutto, per quanto riguarda il datore di lavoro, le cui scelte sono determinanti nel creare opportunità che facilitino l'adozione di comportamenti salutari. In tale contesto, risulta particolarmente efficace il modello Workplace Health Promotion (WHP, Promozione della Salute sui Luoghi di lavoro) che, nato dall'incontro delle esperienze di igiene e sicurezza del lavoro con la promozione della salute e sviluppato dal Centre of Health Promotion di Toronto (THCU, 2003), si basa sulla cooperazione multisettoriale e multidisciplinare, prevede l'impegno di tutti i soggetti chiave (datori di lavoro, lavoratori e società) e si realizza attraverso la combinazione del miglioramento dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro, della promozione della partecipazione attiva e del sostegno allo sviluppo personale.

Regione Lombardia, sulla base del modello WHP, 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).

Il programma agisce sui processi di promozione della salute negli ambienti di lavoro, presidiando, specificatamente, la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative (scorretta alimentazione, sedentarietà, tabagismo, consumo dannoso di alcool) e ha l'obiettivo prioritario di promuovere l'adozione sui luoghi di lavoro di pratiche raccomandate, così da renderli ambienti favorevoli all'adozione competente e consapevole di stili di vita salutari.

Il Progetto “Supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP - Workplace Health Promotion)”, finanziato nel 2018 dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, di cui questo Manuale rappresenta uno dei prodotti, ha mirato all'implementazione del Modello lombardo in altre Regioni italiane, sulla base di un'analisi delle condizioni di trasferibilità.

La diffusione di azioni efficaci e strutturali, finalizzate a promuovere la salute sui luoghi di lavoro, potrà costituire, per le Regioni coinvolte e per altre che vorranno utilizzare il modello proposto, la base di partenza per i programmi sul WHP previsti dal PNP 2020-2025.



PARTE I

IL PROGRAMMA “LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE - RETE WHP”

I.1 DALL'ESPERIENZA LOMBARDA AL PROGETTO AZIONE CENTRALE CCM 2018

Liliana Coppola

Gruppo di Progetto UO Capofila

Il programma “Luoghi di lavoro che promuovono salute – Rete WHP Lombardia” è fondato sul modello definito dalla World Health Organization (WHO) e descritto nel documento “Healthy Workplace: a model for action”¹: “(...) si definisce luogo di lavoro sano quello in cui lavoratori e dirigenti, 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, inclusi l’organizzazione del lavoro e la cultura organizzativa, 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. (...)”

Le 5 chiavi strategiche per lo sviluppo della promozione della salute nei luoghi di lavoro secondo il modello WHO, sono:

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

In *Figura I.1.1* è rappresentato l’approccio Workplace Health Promotion (WHP) sostenuto da WHO; l’immagine rende evidente sia l’ampiezza degli obiettivi potenzialmente raggiungibili sia quali sono gli “interessi” del “settore sanitario” (orientati alla salute del lavoratore attraverso la modifica “ambientale”) che quelli del “settore aziendale” che guidano l’alleanza intersettoriale alla base dell’approccio e dei programmi che lo declinano operativamente, e propria di tutti gli interventi di Prevenzione orientati alla Promozione della Salute². Il programma “Luoghi di lavoro che promuovono salute – Rete WHP Lombardia” è stato avviato da Regione Lombardia nell’ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2014, quindi sistematizzato nell’ambito degli obiettivi del Piano

¹ http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf

² Rif. WHO Carta di Ottawa, 1986

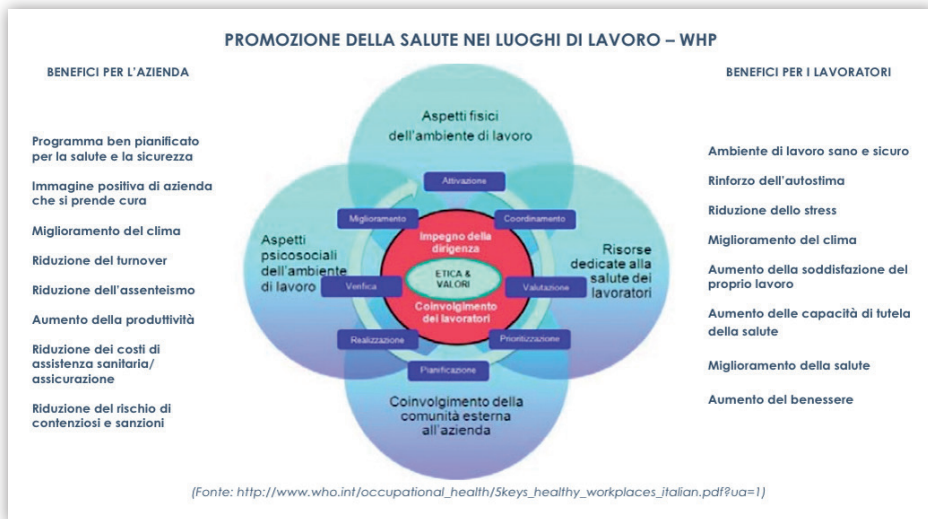


Figura I.1.1 - Promozione della Salute nei luoghi di lavoro - WHP

regionale della Prevenzione 2014 – 2019 in riferimento al Macro Obiettivo Centrale 1 “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili”.

Il Programma ha l’obiettivo prioritario di diffondere azioni efficaci e strutturali per promuovere cambiamenti organizzativi dei “luoghi di lavoro” al fine di renderli ambienti favorevoli alla Salute, e in particolare all’adozione competente e consapevole di scelte e stili di vita salutari, concorrendo alla prevenzione delle malattie croniche e degenerative. Il Programma prevede un percorso intersettoriale finalizzato all’ “ingaggio” di aziende (private e pubbliche, compresi i contesti sanitari) e di accompagnamento, in un’ottica di capacity building, all’azione competente e consapevole, di riorientamento dell’ambiente lavorativo, attraverso un processo partecipativo e dialettico che coinvolge figure apicali, di sistema, e lavoratori, e in un’ ottica di responsabilità sociale e di contrasto alle disuguaglianze.

L’esperienza lombarda ha dato evidenza di una chiara e documentata descrizione del modello operativo in termini di processo (accordi intersettoriali con stakeholder dei diversi comparti lavorativi coinvolti, metodologia orientata alla partecipazione e all’equità), di azioni proposte per il cambiamento (pratiche validate sul piano dell’efficacia e della sostenibilità), nonché di valutazione attraverso indicatori di impatto e processo misurabili, e relativi strumenti di monitoraggio e reportistica. Il Programma lombardo ha ottenuto la validazione di **“Buona Pratica”**³ nell’ambito del sistema nazionale Pro.Sa. – DORS (Banca dati on line

³ Le buone pratiche sono interventi/attività/programmi che “in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione” (Kahan e Goodstadt, 2001) -

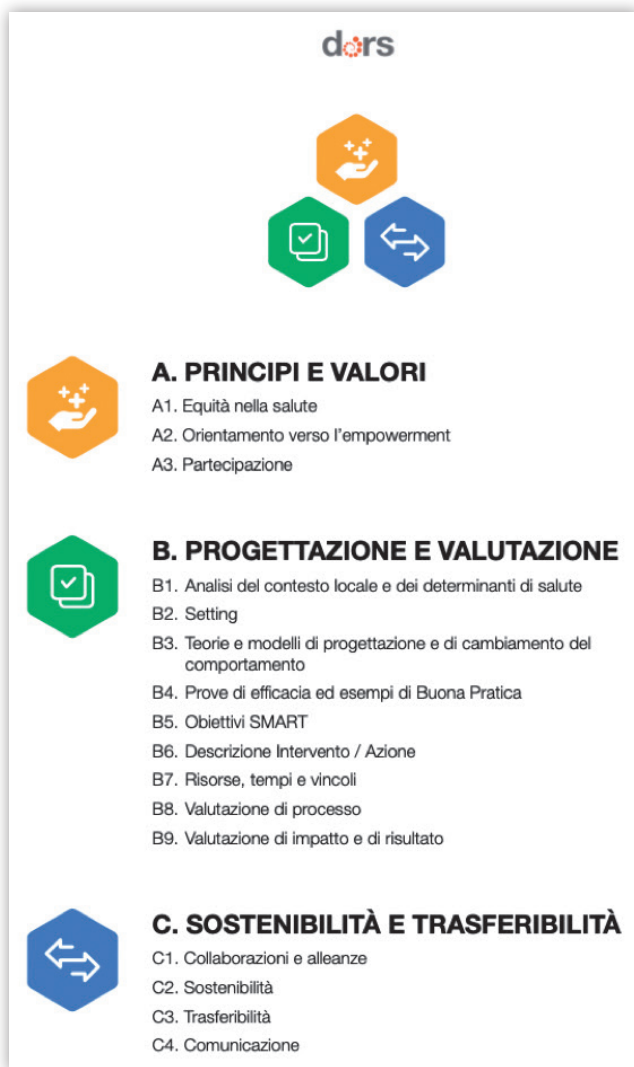


Figura I.1.2 Criteri di Buona Pratica Trasferibile su PRO.SA - DORS

nazionale di progetti, interventi e politiche di prevenzione e promozione della Salute⁴) e nell'ambito della iniziativa della Commissione Europea dedicata alla prevenzione delle malattie croniche e dell'invecchiamento attivo "Joint Action Chrodis - 2014 - 2017"^{5,6}.

⁴ [Luoghi di lavoro che Promuovono Salute - Rete WHP Lombardia Coordinamento regionale \(rete-promozionesalute.it\)](http://www.rete-promozionesalute.it)

⁵ [O5 - Health Promotion - CHRODIS](http://www.o5-healthpromotion.eu)

⁶ <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portalpractice.cfm?id=63>

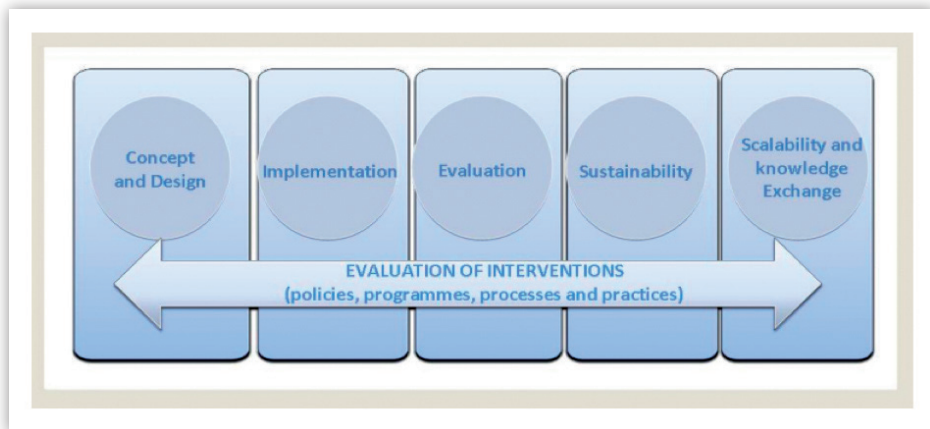


Figura I.1.3 Criteri di Buona Pratica Trasferibile - JA Chrodís

In figura I.1.2 i criteri di Buona Pratica Trasferibile (BPT) PRO.SA - DORS ⁷ e in figura 1.3 quelli utilizzati a livello europeo dalla JA Chrodís⁸.

Nel prosieguo dell'Iniziativa Europea ("Joint Action Chrodís Plus 2017-2020" ⁹), nell'ambito dell'obiettivo di "Implementing good practices for chronic diseases", il Programma, attraverso un percorso di collaborazione tra i referenti regionali e locali lombardi e il "Servicio de Promoción y Acción Local en Salud, Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, Consejería de Salud y Familias" - Junta de Andalucía ed il "Distretto Sanitario Metropolitano di Granada" è stato "trasferito", con i necessari adeguamenti di contesto, alla Regione dell'Andalusia in Spagna¹⁰.

⁷ Ragazzoni et al 2011, aggiornamento 2020 - <https://www.dors.it/documentazione/testo/202009/Griglia%20di%20valutazione%20buone%20pratiche%20color%20-%20200916.pdf>

⁸ http://chrodís.eu/wp-content/uploads/2016/03/Delphi-1-report_HPPP.pdf

⁹ <http://chrodís.eu/05-health-promotion/>

¹⁰ "Transfer and Implementation Process of a Good Practice in Workplace Health Promotion", Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18(10), 5254; <https://doi.org/10.3390/ijerph18105254>

The Lombardy Workplace Health Promotion Network

Elements of the good practice were transferred from
Lombardy region in Italy to Andalusia in Spain

Figura I.1.4 Video YouTube¹¹ prodotto dalla “Junta de Andalucia” in esito al percorso di Trasferimento della Buona Pratica “WHP Lombardia”

Alla luce di tali validazioni, il Progetto – Azione Centrale CCM 2018 “Supporto all’implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (rete WHP, Workplace Health Promotion)” si è proposto di implementare, sulla base di una analisi delle condizioni di trasferibilità¹², il programma “Luoghi di lavoro che promuovono salute – Rete WHP Lombardia” in altre Regioni italiane, attivando un processo partecipato di trasferimento di tale “Buona Pratica”, con i seguenti principali obiettivi specifici:

- Definire il processo di trasferimento del Programma attraverso una analisi dei diversi contesti regionali individuati anche in riferimento agli obiettivi dei rispettivi PRP e nello specifico alle attività inerenti la promozione della salute sui luoghi di lavoro
- Progettare e realizzare un percorso formativo per gli operatori dei diversi contesti regionali su processi, metodi e strumenti del Programma lombardo
- Supportare e monitorare i diversi contesti regionali partecipanti nella implementazione locale del Programma di Rete
- Promuovere processi comunicativi per coordinare e dare sostenibilità ai Programmi di Rete WHP attivati

¹¹ (253) Lombardy Workplace Health Promotion Network: Transfer of Good Practices from Lombardy to Andalusia - YouTube

¹² Vedi validazioni di “Buona Pratica” del Programma lombardo

Il Progetto è stato realizzato da:

- Regione Lombardia, nel ruolo di ente attuatore, con la collaborazione di ATS Milano Città Metropolitana
- Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Liguria, Regione Siciliana - ASP Catania, nel ruolo di enti partner.

Questo volume descrive i principali risultati raggiunti, sintetizzando indicazioni teorico – metodologiche e strumenti condivisi e prodotti nel percorso progettuale interregionale, rendendoli così disponibili per l'utilizzo da parte di tutte le Regioni italiane nell'implementazione del Programma Predefinito n. 3 “Luoghi di lavoro che promuovono salute” previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020 – 2025.

Il percorso progettuale - avviato nel marzo 2019 e concluso nel dicembre 2021 - ha “attraversato” le fasi più acute della Pandemia da Covid-19, durante le quali gli operatori coinvolti nei diversi territori regionali sono stati in gran parte “chiamati” a lasciare il loro abituale lavoro territoriale per occuparsi delle prioritarie attività di controllo della diffusione del virus.

Questo ha imposto rallentamenti e adattamenti alle attività progettuali programmate, ma al contempo, visto il valore dei risultati raggiunti, ha dato evidenza della dedizione e della competenza che istituzioni e professionisti della prevenzione hanno saputo e voluto dare a questa esperienza.

Questo volume è dedicato a loro, a tutti i professionisti della prevenzione impegnati nei Piani Regionali di Prevenzione e a Manuela Franchetti, morta il 7 aprile 2020, che nel suo ruolo di Dirigente delle Professioni Sanitarie della Prevenzione dell'ATS di Monza Brianza, ha contribuito in modo determinante allo sviluppo del Programma “Luoghi di lavoro che promuovono salute - Rete WHP Lombardia” e, in particolare, al suo riconoscimento quale Buona Pratica a livello europeo.

I.2 I CONCETTI CHIAVE ALLA BASE DEL PROGRAMMA

Paola Ragazzoni,

Gruppo di Progetto UO Capofila

Salute

L'organizzazione Mondiale della Sanità ha definito nel 1948 la salute come “Uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità. Nella prospettiva della Promozione della Salute, la salute è considerata non tanto una condizione astratta, quanto un mezzo finalizzato ad un obiettivo che, in termini operativi, si può considerare una risorsa che permette alle persone di condurre una vita produttiva sul piano individuale, sociale ed economico. La salute è una risorsa per la vita quotidiana e non lo scopo dell'esistenza. Si tratta di un concetto positivo che valorizza le risorse sociali e personali, oltre alle capacità fisiche. (...)”

Chiaramente la definizione del 1948 si riferisce ad un concetto ideale, impossibile da realizzare nella sua sottolineatura di “completo benessere”, per questo nel tempo la definizione è stata variamente articolata con particolare enfasi su alcuni aspetti, come “la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive”.

Questa ultima formulazione risulta più dinamica, sottolinea la centralità dell'individuo e delle capacità individuali di resilienza o capacità di fronteggiare, mantenere e ripristinare la propria integrità, il proprio equilibrio e senso di benessere¹³.

Promozione della Salute

Il concetto di “Promozione della Salute” è stato definito nel 1986 dalla “Carta di Ottawa” come “il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla”.

La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute aggiunse in questo modo alla sanità pubblica un ulteriore tassello che, andando oltre la prevenzione, oltre gli stili di vita, permetteva di puntare al benessere. Il benessere diventa l'oggetto della promozione della salute e gli individui e gruppi devono essere messi in grado di esercitare un controllo sulla propria salute e sui propri ambienti per fare scelte favorevoli alla salute¹⁴.

La Promozione della Salute rappresenta un processo sociale e politico globale, che non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche azioni volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da attenuare il loro impatto sulla salute del singolo e della collettività.

¹³ Machteld Huber et al. How should we define health? BMJ 2011; 343: d4163

Fiona Godlee. What is health? BMJ 2011; 343: d4817

¹⁴ Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986; traduzione italiana a cura di Dors

Il cambiamento epistemologico del concetto di salute, da assenza statica di malattia a concetto dinamico di promozione e crescita, e la stretta connessione fra stili di vita, ambiente e salute, hanno contribuito ad attribuire un ruolo sempre più importante ai processi di promozione della salute e a quelli di analisi del bisogno di salute e dei fattori di rischio.

Gli operatori sanitari si sono trovati ad affrontare un grande cambiamento che li ha portati a interrogarsi e riflettere per cambiare modo di agire e di lavorare, puntando su la costruzione di alleanze, la collaborazione intersettoriale e i processi per favorire la partecipazione, fondamentale per supportare tutte le azioni di promozione della salute.

Come evidenziato nella immagine sottostante, la Salutogenesi, ossia il processo di creazione e mantenimento della salute, comprende attività di protezione e prevenzione delle malattie e attività informative/educative e di promozione della salute nella popolazione.

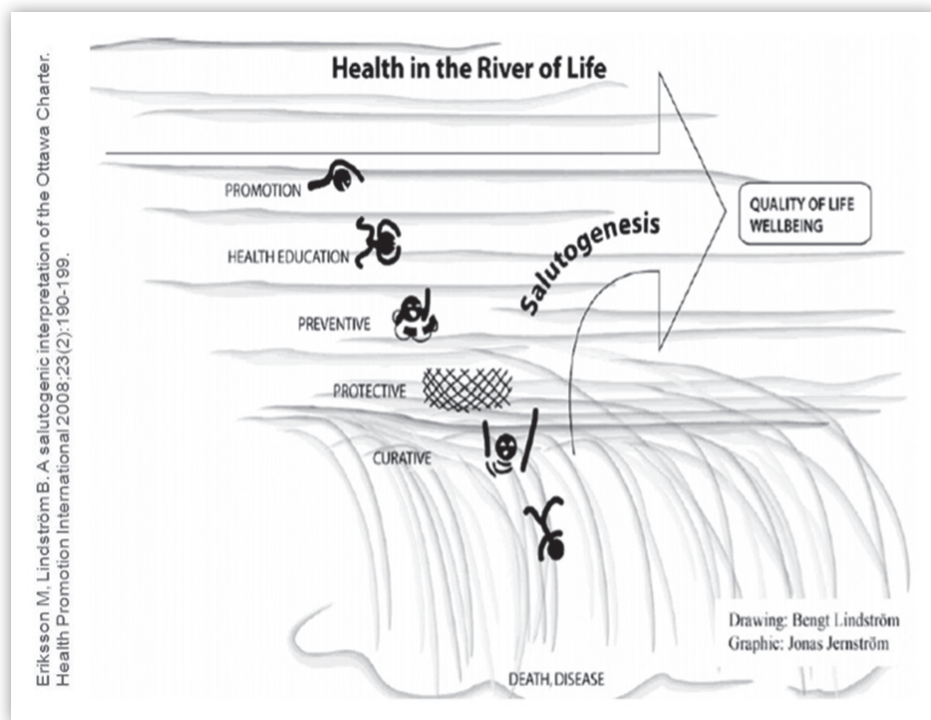


Figura I.2.1: A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter (Monica Eriksson, Bengt Lindström, 2008)

Occuparsi della salute delle persone e delle comunità significa occuparsi degli individui con le loro specificità biologiche e psicologiche, dei contesti di vita e di lavoro e della società nelle sue diverse componenti (famiglia, gruppi e comunità).

Il paradigma biopsicosociale della salute: interdipendenza persona e contesti



Figura 1.2.2: Il paradigma biopsicosociale della salute: interdipendenza persona e contesti (L. Coppola, 2021)

Stili di vita favorevoli alla Salute

“Lo stile di vita è un modo di vivere basato su profili identificabili di comportamento che sono determinati dalla interconnessione tra caratteristiche individuali, interazioni sociali e condizioni socioeconomiche e ambientali”¹⁵.

Per agire sullo stile di vita di un individuo non è sufficiente motivarlo a cambiare i comportamenti individuali. Tra la fine degli anni '90 e il 2000 sono cresciute sempre di più le evidenze scientifiche circa gli effetti negativi sulla salute delle politiche di sviluppo neoliberiste e il ruolo rilevante dei determinanti sociali nell'influencare la salute, tanto che l'OMS, riprendendo i propri ideali sanciti nella sua Costituzione del 1946 e nella dichiarazione di Alma Ata, nel 2005 ha costituito una specifica Commissione sui Determinanti Sociali della Salute (CSDH) al fine di studiare e sviluppare le migliori evidenze sui determinanti sociali della salute, sollecitare i governi, le istituzioni locali e la società civile per promuovere azioni di contrasto alle disuguaglianze in salute (Berlinguer G, 2006).

Il modello “dell'arcobaleno” di Dahlgren & Whitehead (1991), figura 1.2.3, evidenzia perfettamente come l'individuo, con le sue caratteristiche biologiche (il sesso, l'età, il patrimonio genetico, ovvero i **determinanti non modificabili della salute**) sia al centro di una serie di “strati” concentrici, corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza. I determinanti modificabili, quelli cioè che sono suscettibili di essere corretti e trasformati, si muovono dagli strati interni verso quelli più esterni: gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale.

¹⁵ WHO 1998 Health Promotion Glossary <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

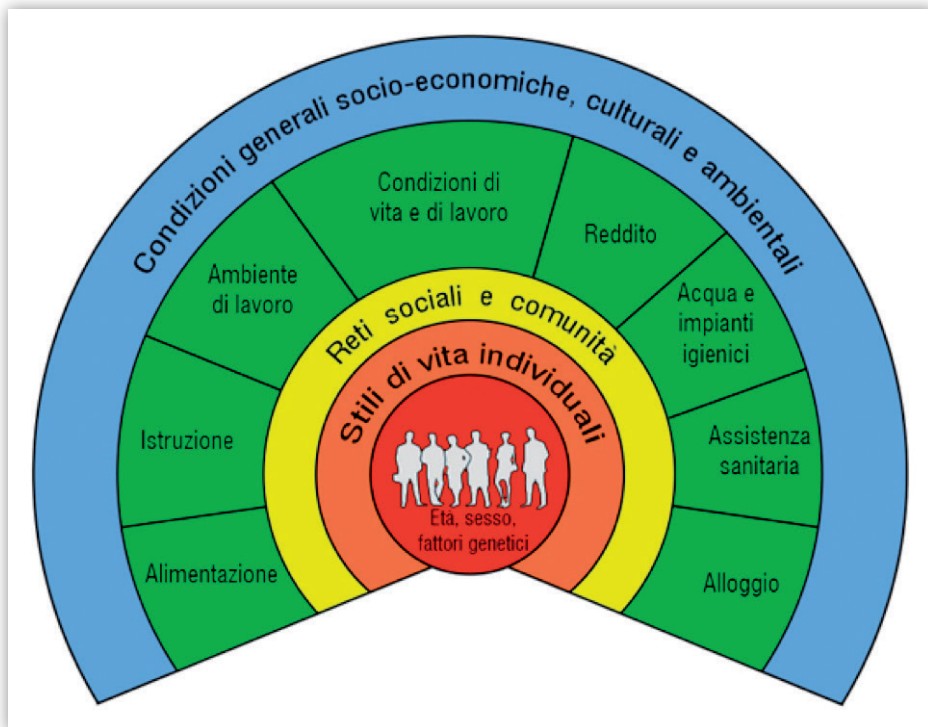


Figura I. 2.3: Modello dei determinanti di salute di Dahlgren and Whitehead (1991)

Sono i semicerchi più esterni, quelli che rappresentano il “contesto”, a influire maggiormente sullo stato di salute. Per affrontarli e favorire la salute delle persone occorrono, quindi, modelli, metodi, strumenti e competenze per gestire la complessità propria degli interventi educativi, formativi e organizzativi volti a promuovere comportamenti corretti per i quali la sola azione del sistema sanitario non è sufficiente. Questo è un modello concettuale che da una parte riflette la cultura europea di welfare fondata sul “diritto alla salute” e dall’altra fa propria la visione “multisettoriale” della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione WHO di Alma Ata¹⁶. Per organizzare un intervento su più livelli (individuale, ambientale, organizzativo, comunitario) che abbia effetto sugli stili di vita occorre quindi seguire uno schema logico per progettare, realizzare e valutare interventi progetti e programmi di promozione della salute; uno dei principali modelli costruiti a questo scopo è il modello Precede/Proceed¹⁷

16 WHO Alma Ata Declaration, 1978; https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (accesso 23/10/2021)

17 Green LW e Kreuter MW (2005), Health program planning. An educational and ecological approach. New York: Mc Graw -Hill. La pagina web www.lgreen.net/precede.htm documenta le costanti revisioni e ridefinizioni del modello (1° versione 1974, 4° versione 2005)

Ampliamente sperimentato e applicato in setting diversi (scuola, comunità, luoghi di lavoro e servizi sanitari), questo modello richiama teorie e principi derivanti da molteplici discipline (epidemiologia, sociologia, psicologia, marketing sociale) e si propone come cornice in cui inserire - in modo sistematico e ragionato - teorie e principi, per progettare e valutare programmi di cambiamento dei comportamenti importanti per la salute e il benessere”.

I punti di forza del modello Precede/Proceed sono¹⁸ **la prospettiva socio ecologica, la strategia ambientale ed educativa, l'enfasi sulla partecipazione e lo sviluppo di comunità, un focus generale sulla qualità di vita prima di tutto e lo scambio costante tra teoria e pratica.**

L'obiettivo ultimo di questo percorso logico è “setacciare i fattori causali” o determinanti - predisponenti, abilitanti e rinforzanti - alla base dei comportamenti e delle scelte di salute.

Fattori causali

- **Predisponenti** (predisposing factors): facilitano od ostacolano il comportamento e la motivazione a modificarlo; sono sostanzialmente fattori individuali come valori, credenze, atteggiamenti, fattori sociodemografici
- **Facilitanti** (enabling factors): facilitano l'esecuzione di un'azione da parte di singoli o di organizzazioni. Includono tutto ciò che rende possibile un cambiamento nel comportamento o nell'ambiente (abilità, risorse, barriere, leggi)
- **Rinforzanti** (reinforcing factors): conseguenze delle azioni che determinano l'eventualità che il soggetto riceva feedback positivo (o negativo) e di conseguenza sostegno sociale nell'esecuzione e nel mantenimento del comportamento. Ne fanno parte: sostegno sociale (famiglia, insegnanti), influenze dei pari, consigli del medico, benefici sociali (approvazione sociale), benefici immaginari (autostima, immagine pubblica), fisici (es. sollievo dal dolore), tangibili (es. economici)

Evidenziando questi fattori risulta più semplice costruire obiettivi di cambiamento “Smart”, ossia:

- **Specifici**, nel senso di pertinenti e comprensibili (è esplicitato il soggetto del cambiamento ed è chiaro che cosa si vuole osservare/modificare. Ciascun obiettivo descrive un singolo risultato)
- **Misurabili** (la descrizione permette di appurare se l'obiettivo è stato raggiunto oppure no e riporta il criterio per misurarne il raggiungimento)
- **Appropriati** (i risultati attesi sono realistici da raggiungere nei tempi e con le risorse e gli strumenti disponibili)
- **Rilevanti** (cioè “rispondenti” alle priorità individuate)
- **Temporalmente delimitati.**

¹⁸ Porter CM (2016), Revisiting Precede-Proceed: a leading model for ecological and ethical health promotion. HEJ, Vol 75 (6), pp. 753-764

Il percorso illustrato dal modello si conclude con una quinta fase (valutazione amministrativa e politica) finalizzata a ponderare le risorse economiche, umane, la gestione dei tempi, le azioni politiche necessarie, già in atto o da richiedere, affinché si possano attuare gli interventi in grado di raggiungere gli obiettivi di cambiamento.

Quindi il modello rappresenta a tutti gli effetti un processo di ricerca azione e di progettazione partecipata in cui l'attenzione costante alla valutazione, nel breve e nel lungo termine, è fonte di feedback lungo tutto il percorso di progettazione e realizzazione degli interventi.

Equità nella Salute

Parlare di equità in promozione della salute “significa fare in modo che siano i bisogni delle persone ad orientare la distribuzione delle opportunità per il conseguimento del benessere”.

Questo implica che tutte le persone devono poter avere le stesse opportunità di migliorare e preservare la propria salute, in virtù di un accesso equo e giusto alle risorse per la salute.

Il concetto di equità nella salute differisce da quello di uguaglianza nello stato di salute. Mentre uguaglianza significa dare a tutti le stesse opportunità, equità significa “permettere a ciascuno di raggiungere un livello di salute adeguato attraverso interventi proporzionati ai rispettivi bisogni”¹⁹.

Le disparità nello stato di salute esistenti tra le persone e le popolazioni sono l'inevitabile conseguenza di differenze genetiche, di condizioni socioeconomiche diverse o il risultato delle scelte individuali rispetto al proprio stile di vita. Le disuguaglianze sono, invece, conseguenza delle differenze nelle opportunità che si manifestano, ad esempio, in un accesso non equo ai servizi sanitari, ad alimenti nutrienti, a condizioni abitative adeguate ecc. In questi casi le disparità nello stato di salute emergono come conseguenza delle disuguaglianze nelle opportunità di vita²⁰.

Uno degli elementi imprescindibili quando si vuole applicare il concetto di equità è una attenta valutazione dei bisogni della popolazione di riferimento, in questo modo ci si renderà conto che co-esistono molteplici gruppi specifici, ciascuno con connotazione e bisogni di salute diversi.

¹⁹ Contrastare le disuguaglianze e promuovere equità nei programmi di prevenzione: strumenti, pratiche e alleanze dell'esperienza lombarda. Progetto CCM Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia. Milano Guerini e Associati, 2018.

²⁰ Health Promotion Glossary© World Health Organization 1998, Traduzione a cura di DoRS https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf (accesso 23/10/2021)

In questa prospettiva si colloca una classificazione degli interventi costruita sulla base del livello di azione²¹ in interventi strutturali, che sono cioè in grado di agire sui determinanti delle disuguaglianze di salute (sono interventi macro di economia politica e di politica socio sanitaria) e interventi che agiscono sui determinanti di salute, ossia sulle conseguenze delle disuguaglianze sociali, che agiscono sulla disponibilità e accessibilità delle risorse e sulle condizioni del loro effettivo utilizzo, attraverso azioni sul setting, sulla comunità e sul singolo individuo.

Nell'ambito del progetto “Equity audit nei piani regionali di prevenzione in Italia”, finanziato dal Ministero della Salute, CCM (2014)²² il Programma “Aziende che promuovono salute-rete WHP Lombardia” è stato analizzato attraverso gli strumenti di Health Equity Audit (HEA) durante un percorso formativo rivolto a tutti i profili professionali a vario titolo coinvolti nella realizzazione del programma. Scopo del percorso formativo era sviluppare conoscenze e competenze utili a innovare i modelli e le pratiche di progettazione operativa della promozione della salute attraverso un chiaro e preciso approccio “equity oriented”. Sono stati organizzati otto incontri con la tecnica del focus group, organizzati intorno a sette nuclei tematici:

1. La doppia percezione della sanità pubblica da parte delle Aziende: come gestire al meglio la dialettica Controllo/promozione?
2. L'adesione volontaria del programma da parte delle Aziende: positività e/o limite?
3. Un programma che richiede organizzazioni di medie grandi dimensioni: cosa fare con le piccole Aziende?
4. Un programma basato sul presupposto del luogo di lavoro: come promuovere la salute presso lavoratori itineranti?
5. Un programma articolato in sei aree con applicabilità variabile: come aumentare l'efficacia dell'impatto?
6. Promozione della salute e conciliazione famiglia-lavoro: come aumentare la sinergia tra i due programmi?
7. L'impatto delle azioni di promozione della salute in ambiente di lavoro in base alle caratteristiche del target: come aumentare l'efficacia tenendo conto delle diversità dei destinatari?

Attraverso l'approfondimento dei sette nuclei tematici è stato possibile rappresentare le questioni più sentite e le osservazioni ricorrenti. “Si è potuto verificare che il Programma WHP attecchisce e raggiunge i migliori risultati in quelle situazioni in cui il terreno è già fertile rispetto a determinati stimoli: aziende sensibili, grandi, strutturate, motivate e ben connesse a un dibattito

21 Mantoura P., Morrison V. (2016) Policy approaches to reducing health inequalities, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (NCCPPP) Québec
http://www.ncchpp.ca/docs/2016_Ineq_Ineq_ApprochesPPInegalites_En.pdf (accesso 23/10/2021)

22 Progetto Ministero della Salute – CCM “Equity Audit nei Piani regionali di Prevenzione in Italia” – Regione Lombardia “Contrastare le disuguaglianze e promuovere equità nei programmi di Prevenzione: strumenti, pratiche e alleanze dell'esperienza lombarda” Ed. Guerini e Associati, 2018

che mette al centro qualità del lavoro, salute, benessere e produttività” (in “Contrastare le disuguaglianze e promuovere equità nei programmi di Prevenzione: strumenti, pratiche e alleanze dell’esperienza lombarda”, pag 193).

Empowerment

A partire dal significato etimologico di “conferimento di potere”, si definisce empowerment per la salute “il processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute”.²³

L’empowerment è un processo sociale, culturale, psicologico o politico attraverso il quale gli individui e i gruppi sociali diventano in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale e intraprendere azioni di carattere politico, sociale e culturale che consentano loro di soddisfare tali bisogni. E’ sia un processo sia un risultato del processo stesso.

Infatti, attraverso questo processo gli individui riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti, risultando quindi “empowered”, cioè dotati di maggior potere.

L’acquisizione di maggiore autorevolezza riconosce e stimola le competenze e l’emancipazione dell’individuo e dei gruppi. I processi di empowerment non sono messi in atto né controllati dai professionisti della salute che possono tuttavia stimolarli, accompagnarli e sostenerli.

La promozione della salute ha proprio l’obiettivo di creare condizioni che offrano migliori opportunità di stabilire un legame tra gli sforzi compiuti dai singoli e dai gruppi e i conseguenti risultati di salute ottenuti nel modo descritto in precedenza.

Importante è la distinzione tra empowerment degli individui ed empowerment di comunità. Il primo si riferisce soprattutto alla capacità del singolo individuo di prendere decisioni e di assumere il controllo della propria vita. L’empowerment di comunità, invece, si riferisce alla capacità degli individui che agiscono a livello collettivo per riuscire a influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità della vita nella propria comunità.

L’empowerment occupa una posizione centrale nella Carta di Ottawa: nella strategia d’intervento “mettere in grado e consentire” (dall’inglese “to enable”), la Carta auspica che tutte le persone siano messe in grado di sfruttare appieno il proprio potenziale di salute.

23 Health Promotion Glossary© World Health Organization 1998, Traduzione a cura di DoRS. https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf (accesso 23/10/2021)

Intersettorialità

“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”.

L'azione intersettoriale a favore della salute è considerata centrale per il raggiungimento di una maggiore equità nella salute, soprattutto quando il progresso dipende da decisioni e azioni in altri settori come l'agricoltura, l'istruzione e l'economia. Uno degli scopi fondamentali 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 di una prassi e di una politica pubblica favorevole alla salute. Non tutte le azioni intersettoriali a favore della salute necessitano del coinvolgimento del settore sanitario.

Costruire convergenze programmatiche e alleanze di scopo su obiettivi condivisi e coinvolgere il più ampio e qualificato numero di stakeholder è un passaggio determinante, che presuppone la creazione di occasioni di confronto, scambio, contaminazione di competenze e linguaggi, riconoscimento di identità e ruoli diversi. A tal fine è fondamentale promuovere ed incentivare interventi di formazione comune per lo sviluppo di adeguate competenze, rivolti ai professionisti di tutti i settori coinvolti, investendo sul trasferimento di conoscenze e sulle reti di professionisti a livello nazionale, regionale e locale, per comprendere e condividere le motivazioni dell'agire di tutti i soggetti coinvolti.

Efficacia

In generale, l'efficacia attiene al conseguimento degli obiettivi del progetto/intervento/programma.

Mentre l'Efficacy definisce l'efficacia teorica, esito degli studi controllati e randomizzati, il termine Effectiveness descrive l'efficacia in un contesto pratico.

La natura multidisciplinare e contestuale della sanità pubblica e della promozione della salute rendono impossibile una valutazione dell'efficacia basata su un singolo approccio ritenuto lo standard di riferimento, come accade nella tradizione biomedica con il Trial Clinico Randomizzato. L'effectiveness è testata attraverso lo studio della trasferibilità di un programma (Transferability, Adaptation), ossia la conoscenza e la disseminazione delle condizioni nelle quali un programma può essere ritenuto efficace, e quindi utilizzato, in contesti diversi da quello nel quale è stata testata la sua efficacy, massimizzando i potenziali risultati in un contesto reale.

Benché l'individuazione e l'utilizzo delle evidenze di efficacia sia riconosciuto come un ingrediente fondamentale per avviare e implementare strategie di cambiamento, le evidenze di letteratura nazionali ed internazionali possono

essere impiegate come dei catalizzatori, o per individuare le domande o stimolare la consapevolezza dei problemi ma il contesto locale di intervento ha un ruolo fondamentale nella possibilità di utilizzo effettivo delle evidenze. I fattori contestuali (come i determinanti sociali di salute, la capacità degli operatori di sanità pubblica di fornire interventi ai diversi gruppi target, le risorse disponibili) possono alterare l'efficacia degli interventi nella realtà. Gli interventi rivolti alla popolazione, ad esempio le politiche per promuovere una alimentazione salutare richiedono più metodi qualitativi di valutazione. La trasferibilità delle evidenze tra differenti contesti locali è una questione cruciale per i decisori locali e gli operatori quando cercano di attuare dei cambiamenti nei propri contesti²⁴.

Nel corso degli ultimi anni si sono accumulate prove a sostegno dell'efficacia di interventi di promozione della salute negli ambienti di lavoro, in particolare nel ridurre i fattori di rischio generali per la salute o le assenze per malattia tra i lavoratori.

Generalmente i risultati migliori si ottengono con programmi strutturati, multicomponente (che non affrontano un solo comportamento o determinante di salute), di medio-lunga durata, che introducono significative modifiche del contesto e che sono integrati con i programmi di promozione della sicurezza²⁵. Tuttavia la letteratura non offre dati univoci a causa della scarsità di studi controllati, della disomogeneità degli stessi e della complessità degli interventi che ne rende difficile la valutazione.

Inoltre la sperimentazione in contesti molto diversi da quello di riferimento e la mancanza di standardizzazione degli interventi ne limitano la riproducibilità e le possibilità di confronto: non sempre infatti gli interventi sono descritti nel dettaglio con le necessarie indicazioni pratiche e applicative.

Non mancano comunque le revisioni sistematiche che offrono importanti indicazioni sugli esiti²⁶, rispetto alla cessazione del fumo, il consumo di frutta e verdura e la riduzione di comportamenti sedentari oltre che su una serie di outcome come la salute percepita, l'assenza da lavoro per malattia, la produttività sul lavoro, la work ability.²⁷

24 Juneau C.E., M.Jones C., McQueen D. V., Potvin L., Evidence-based health promotion: an emerging field. IUHPE Global Health Promotion 2011, volume 18, number 1, pp.79-89

25 Feltner C et al. The effectiveness of Total Worker Health interventions: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. Annals of Internal Medicine, 165, 4, 2016

26 Capra P, Dettoni L, Suglia A (2016) Promuovere salute nel luogo di lavoro: Evidenze, modelli e strumenti. https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf (accesso 23/10/2021)

27 van de Ven D, Robroek SJW, Burdorf A. Are workplace health promotion programmes effective for all socioeconomic groups? A systematic review. Occup Environ Med. 2020 Sep;77(9):589-596.

Anche le analisi di ritorno dell'investimento sostengono il vantaggio economico per le aziende nell'introduzione di questa tipologia di programmi e l'effetto positivo non solo sui lavoratori ma anche sulle loro famiglie e sulla collettività. Una delle più recenti revisioni²⁸ evidenzia importanti risultati degli interventi su attività fisica (con effetti preventivi anche rispetto ai disturbi muscoloscheletrici) e alimentazione svolti sul luogo di lavoro. Sono emerse anche prove evidenti dell'effetto positivo (anche se marginale) sulla prevenzione dei disturbi della salute mentale degli interventi psicologici, in particolare quelli che usano tecniche di e-health e terapia cognitivo comportamentale.

Buone Pratiche In Promozione della Salute

L'obiettivo di identificare le buone pratiche in sanità pubblica è evitare di sprecare risorse, nel "reinventare ogni volta la ruota", anziché apprendere dalle esperienze altrui in condizioni simili. Tale scambio di conoscenze non solo facilita il miglioramento delle pratiche e dei programmi ma aiuta anche coloro che avviano nuovi interventi ad evitare errori comuni e quindi accelerare lo sviluppo del programma. La maggiore collaborazione e apprendimento tra le organizzazioni sono anche in linea con il movimento globale per promuovere la gestione e il trasferimento della conoscenza (Knowledge transfer and exchange) come mezzo per migliorare i risultati. La letteratura sul tema evidenzia molteplici prospettive: quelle di coloro che collocano le buone pratiche all'interno del dominio della evidence-based practice, definendole sulla base delle prove scientifiche di efficacia esistenti; di coloro che interpretano le buone pratiche come interventi che rispondono, in tutte le fasi della progettazione, applicazione e valutazione, a criteri di qualità. Nel primo caso (evidence based practice) l'accento è messo sul concetto di efficacia, ovvero sull'esito positivo di valutazioni dell'intervento sotto condizioni controllate; nel secondo caso l'accento è posto sul processo qualitativo e riflessivo compiuto nella realizzazione dell'intervento, basato comunque su azioni con dimostrata efficacia in letteratura, quando disponibili. In Figura I.2.4 una immagine²⁹ che mostra come l'approccio evidence based alle buone pratiche e l'approccio processuale possano essere integrati. La scelta delle attività deve essere evidence based, la descrizione del processo permette di analizzare nel dettaglio e comprendere le diverse fasi (analisi del contesto, analisi dei bisogni e scelta delle priorità, costruzione e mantenimento delle alleanze, metodi, strumenti e descrizione del processo) per favorire la trasferibilità e generalizzazione su larga scala (scalability).

28 Proper KI, van Oostrom SH The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes – a systematic review of reviews Scand J Work Environ Health 2019;45(6):546-559.

29 Fonte: Faggiano F, Caristia S, Coppo A, Coffano E, Ragazzoni P. Una riflessione sulle "Buone Pratiche per la Prevenzione" in Italia. In Bassi M, Calamo-Specchia F, Faggiano F, Nicelli AI, Ricciardi W, Signorelli C, Siliquini E, Valsecchi M in Rapporto Prevenzione 2015, nuovi strumenti per una prevenzione efficace. Franco Angeli, 2015, pp 109-122. ISBN 9788891726131- https://www.osservaprevenzione.it/documenti/files/rapporto_prevenzione_2015.pdf ((accesso 23/10/2021)

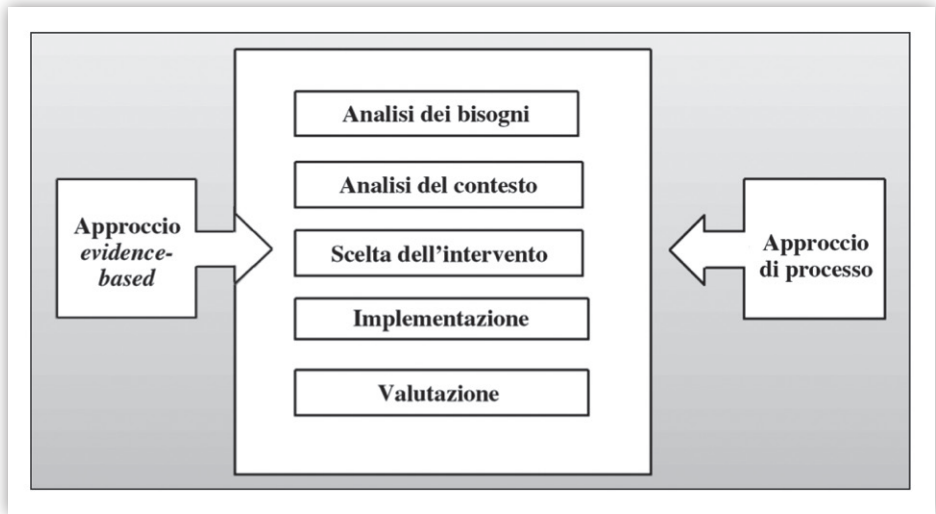


Figura 1. 2.4: "Approcci e definizioni delle Buone Pratiche in prevenzione a confronto", Faggiano et al 2015

Vi sono poi coloro che parlano di buone pratiche definendo "buone pratiche" tutte le azioni che in qualche modo hanno mostrato di funzionare, e coloro (soprattutto all'estero) che parlano di "best practice" intendendo le migliori pratiche disponibili al momento, in una accezione relativa rinunciando alla connotazione di "migliori" in assoluto.

In questo testo consideriamo le due definizioni principali

- 1) Quella del 2001 di Kahan e Goodstadt "... quegli insiemi di processi ed attività che, in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione"³⁰.

Questa definizione, presentata all'interno di un modello interattivo sulle buone pratiche nell'ambito della salute (IDM Best Practices for health promotion, public health and population health)³¹, è oggi riconosciuta anche da altre istituzioni internazionali che si occupano del tema della prevenzione e della promozione della salute³². L'Organizzazione Mondiale per la Salute già nel 2013 (Oms-Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020³³)

³⁰ Kahan B., M. Goodstadt, Health Promotion Practice, 2001

³¹ Kahan B., Idm Best Practices for health promotion, public health and population health, 2012. [Online]. www.idmbestpractices.ca/idm (accesso 23/10/2021)

³² Centre for Health Promotion, Best Practices in health promotion. University of Toronto, 2015. [Online]. <http://sites.utoronto.ca/chp/bestp.html> (accesso 23/10/2021)

Promozione Salute Svizzera, Quint-essenz Promozione Salute Svizzera, Best- Practice in Gesundheit-sförderung und Prävention, 2012. [Online]. www.quint-essenz.ch/it/topics/1279?section_id=2 (accesso 23/10/2021)

³³ Who, Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013- 2020, Geneva, 2013

parlando di “strategie e pratiche” che dovrebbero “essere fondate sulle più recenti prove scientifiche e/o buone pratiche” oltre che su aspetti di costo-efficacia, accessibilità, cultura, ecc. In questo modo le buone pratiche, intese come pratiche di buona qualità, accompagnano le evidenze scientifiche, o le sostituiscono laddove queste ultime non siano disponibili. Lo stesso tipo di approccio è adottato dalle Joint Action europee ChroDis e Chrodis Plus³⁴.

2) Quella operativa proposta da Ng, E. De Colombani³⁵: le “best practices” sono pratiche che hanno mostrato evidenza di efficacia nel migliorare la salute della popolazione quando implementate in uno specifico contesto di vita reale e sono suscettibili di essere replicabili in altri contesti.

Di conseguenza, l'enfasi sull'implementazione nella vita reale richiede anche una valutazione con un focus sui fattori contestuali e di implementazione rispetto alle impostazioni sperimentali.

In definitiva la buona pratica è quella che comprende interventi che soddisfano una serie di criteri predefiniti a vari livelli e riflettono le priorità della società o dell'organizzazione nel tempo. Le migliori pratiche sono programmi consolidati che si sono dimostrati efficaci attraverso valutazioni rigorose e quindi adatti ad essere replicati in altri contesti.

Infatti, elemento cruciale per la definizione di Buona pratica è il concetto di trasferibilità in situazioni e contesti specifici: una buona pratica è quella che mostra il suo funzionamento, o la sua efficacia, in situazioni diverse e può essere esportabile o replicabile.³⁶

Naturalmente le raccomandazioni di buona pratica assumono valore nel momento e nel contesto (scientifico e operativo) in cui vedono la luce e valgono “fino a prova contraria” ovvero fino a quando nuovi processi di valutazione dell'efficacia e della trasferibilità forniranno informazioni più aggiornate e utili ad affrontare i bisogni di salute della comunità. Esse sono anche uno degli strumenti di capacity building più importanti a disposizione della sanità pubblica, all'interno dei processi formativi dei professionisti e nello sviluppo e nella innovazione dell'organizzazione dei servizi che intendano rispondere ai bisogni e alle risorse della comunità locale e della società.

34 Chrodis - Addressing Chronic Diseases and Healthy Agency across the Life Cycle, Joint Action Chrodis, 2014-2017 and Chrodis Plus 2017-2020. [Online]. www.chrodis.eu (accesso 23/10/2021)

35 Ng, E., & de Colombani, P. (2015). Framework for Selecting Best Practices in Public Health: A Systematic Literature Review. *Journal of public health research*, 4(3), 577.

36 Recommendations report on applicability and transferability of practices into different settings and countries. February 2017. http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2014/10/170223_wp5-t5_report-successfactorstransf-scalability_wotable2.pdf (accesso 23/10/2021)

Barnfield, A., Savolainen, N., & Lounamaa, A. (2020). Health Promotion Interventions: Lessons from the Transfer of Good Practices in CHRODIS-PLUS. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1281.

Ruiz-Dominguez F, Stegeman I, Dolz-López J, Papartyte L, Fernández-Pérez D. Transfer and Implementation Process of a Good Practice in Workplace Health Promotion. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 14;18(10):5254.

Un intervento da solo, senza un processo di attivazione della comunità, di implementazione e di monitoraggio dei meccanismi che si attivano, avrà poche possibilità di produrre un impatto rilevabile e rilevante. D'altra parte, la miglior attenzione alla qualità del processo di prevenzione, quand'anche ottimale in tutte le fasi, dalla valutazione dei bisogni fino alla valutazione di impatto, non ha alcuna possibilità di migliorare la salute della popolazione se le azioni (o l'insieme di azioni) che mette in atto non è efficace.

Sostenibilità

In Sanità Pubblica la sostenibilità è “la capacità di mantenere un adeguato livello di erogazione dei servizi di prevenzione e trattamento per i problemi di salute anche al termine di supporto economico, manageriale e tecnico da parte di terzi esterni”³⁷. La sostenibilità nel campo dei programmi di prevenzione e promozione della salute dipende dal valore attribuito al programma e dal supporto che individui e organizzazioni sono disposti a fornire per la messa in atto dello stesso. La sostenibilità ha a che fare con il coinvolgimento rispetto alla mission e agli obiettivi del programma, con la capacità dei sistemi locali di farsene progressivamente carico, con il cambio di conoscenze e di attitudini, con la collaborazione intersettoriale, con il miglioramento dei Servizi, e con lo sviluppo di nuove policy a supporto del programma stesso.

Le strategie utili per favorire la sostenibilità variano in relazione al problema di salute da affrontare.

Sicuramente alcune strategie per favorire la sostenibilità sono:

- Costruire e sostenere partnerships, creare sinergie tra organizzazioni con obiettivi comuni favorisce la visibilità del programma e rinforza il messaggio di salute
- Costruire competenze (Capacity building) negli operatori e nelle comunità affinché possano proseguire autonomamente in futuro. Il modello “forma il formatore” (“train the trainer”) favorisce il fatto che le conoscenze e le competenze acquisite siano condivise e diventino patrimonio della comunità stessa
- Diversificare le fonti di finanziamento
- Prendere decisioni organizzative e attuare cambiamenti sulla base dei risultati della valutazione (quali programmi devono essere mantenuti, per quali destinatari, ridistribuzione dei ruoli)
- Sviluppare messaggi efficaci attraverso strategie di comunicazione mirate ad aumentare la consapevolezza e a creare un dialogo che aiuti le persone a riflettere sui propri comportamenti e sulle proprie scelte.

³⁷ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del SSN Fondazione GIMBE: Bologna, 2019. Disponibile su: www.rapporto.gimbe.it

Lo Sviluppo Sostenibile è definito come uno sviluppo in grado di soddisfare i bisogni del presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri bisogni (WCED 1987)³⁸. Al raggiungimento di uno sviluppo sostenibile devono contribuire molti elementi e tutti i settori, compreso quello sanitario.

L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, approvata e sottoscritta il 25 settembre 2015 dalle Nazioni Unite, è un "programma di azione per le persone, il pianeta e la sostenibilità del nostro futuro": comprende 17 Obiettivi (SDGs "Sustainable Development Goals") in un programma generale d'azione per un totale di 169 specifici target. Ogni Paese deve impegnarsi a definire una propria strategia di sviluppo sostenibile che consenta di raggiungere gli SDGs, agendo in maniera integrata, partecipativa e universale.



Figura 1.2.5: "Sustainable Development Goals" UN General Assembly, *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, 21 October 2015, (Fonte: <https://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html> [accessed 23 October 2021])

Nella prospettiva della promozione della salute, lo sviluppo sostenibile è particolarmente importante in termini di costruzione di una politica pubblica favorevole alla salute e di ambienti favorevoli alla salute, nella misura in cui sono in grado di migliorare le condizioni di vita, sostenere stili di vita salutari e raggiungere una maggiore equità in sanità sia ora che in futuro grazie a policy intersectoriali. Infatti "una politica di promozione della salute, che sia trasversale a una serie di settori della società, e la modificazione dell'ambiente fisico nel quale si vive, hanno un valore particolare grazie alla loro potenziale sostenibilità"³⁹.

38 Our common future: Report of the World Commission on Environment and Development (WCED), 1987. Health and Environment in Sustainable Development. Five years after the Earth Summit. WHO, Geneva, 1997

39 Health Promotion Glossary ©World Health Organization 1998



Figura I.2.6: Promozione della Salute e Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (WHO, 2016, Trad. Regione Lombardia 2019)



Figura I.2.7: I tre pilastri della Promozione della Salute per Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (WHO, 2016)

In questa prospettiva, il programma WHP si è dimostrato sostenibile in quanto agisce in maniera trasversale, costruisce competenze, prevede modifiche dell'ambiente in cui le persone passano buona parte della loro vita, crea partnership e agisce in sinergia tra setting (scuole, ospedali, comunità locali).

Health Literacy

L'Health literacy (...) si riferisce alle conoscenze, motivazioni e competenze necessarie alle persone per accedere, capire, valutare e utilizzare le informazioni sulla salute, al fine di esprimere opinioni e prendere delle decisioni nella vita di tutti i giorni rispetto all'assistenza sanitaria, alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute e di mantenere o migliorare così la qualità della propria vita⁴⁰.

E' stato dimostrato che la literacy è uno dei più forti predittori dello stato di salute insieme all'età, al reddito, allo stato occupazionale, al livello d'istruzione e alla razza o al gruppo etnico: scarse competenze di health literacy sono associate a scelte meno salutari, comportamenti a rischio, cattive condizioni di salute, scarsa capacità di auto-gestione, a un numero più elevato di ricoveri ospedalieri e assorbono in modo significativo le risorse umane ed economiche del sistema sanitario⁴¹. Le persone con una health literacy limitata presentano molto spesso livelli di istruzione più bassi, sono anziani, immigrati e percepiscono forme diverse di assistenza. La costruzione di abilità e competenze di health literacy è un processo che dura per tutto il corso della vita. Nessuno è mai completamente health literate. Tutti, in un determinato momento, abbiamo bisogno di aiuto per comprendere importanti informazioni sulla salute, o per intervenire sulla base delle informazioni apprese, o per orientarsi in sistemi complessi. Le capacità e le competenze relative all'health literacy variano in base al contesto, alla cultura e al setting. Esse dipendono da fattori individuali e di sistema, che comprendono le abilità comunicative, la conoscenza dei temi di salute, la cultura e le caratteristiche specifiche dei sistemi di cure primarie, di sanità pubblica e di altri sistemi e setting rilevanti nei quali le persone ottengono e utilizzano le informazioni sulla salute. Quando, per esempio, questi servizi o sistemi richiedono livelli di conoscenze e di comunicazione troppo elevati per l'utente, la salute ne risente.

In Italia il 28% della popolazione tra i 16 e i 65 anni è analfabeta funzionale. Il dato è tra i più alti in Europa, pari a quello della Spagna e superato solo dalla Turchia.⁴² Rafforzando l'health literacy si costruisce una resilienza individuale e di comunità, si supporta il contrasto alle disuguaglianze di salute e si migliora la salute e il benessere.

L'health literacy è allo stesso tempo uno strumento e un esito delle azioni volte a promuovere l'empowerment e la partecipazione delle persone all'interno delle loro comunità e dei sistemi sanitari.

L'health literacy è un imperativo per le organizzazioni sociosanitarie (non solo

40 Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012. <http://www.health-literacy.eu> (accesso 23/10/2021)

41 Weiss Health literacy and patient safety: help patients understand. Manual for clinicians

42 OECD (2019), Skills Matter: Additional Results from the Survey of Adult Skills, OECD Skills Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1f029d8f-en>.

quelle pubbliche) ed è un fattore predittivo importante dello stato di salute, che è correlato all'età, al reddito, allo stato occupazionale, al livello di istruzione e all'appartenenza etnica. Rafforzare l'health literacy non solo migliora la salute, ma favorisce anche la resilienza che aiuta gli individui e le comunità a farsi strada tra le azioni e le risorse a sostegno della salute.

Quale pervasivo strumento di promozione della salute, l'health literacy, pone l'accento sugli aspetti di conoscenza e consapevolezza del cittadino-paziente, ma non solo, pone l'accento anche sulla complessità dei contesti nei quali le persone vivono e sull'importanza di agire su di essi.

Tuttavia, sebbene la literacy e l'health literacy siano sempre più considerate fondamentali determinanti di salute, continuano ad essere parzialmente trascurate dalla ricerca e dagli interventi in sanità pubblica.

Capacity Building

La costruzione di competenze (capacity building) è lo sviluppo di conoscenze, abilità, impegno, strutture, sistemi e leadership per rendere la promozione della salute efficace. Essa comprende azioni volte a migliorare la salute su tre livelli: la crescita di conoscenze e abilità tra gli operatori, l'incremento di supporto e infrastrutture dedicate alla promozione della salute nelle organizzazioni, lo sviluppo di coesione e collaborazioni per la salute nelle comunità⁴³.

Competenze individuali degli operatori

La competenza dei singoli promotori della salute è una condizione necessaria ma non sufficiente per ottenere una promozione della salute efficace. Il sostegno da parte delle organizzazioni all'interno delle quali e con le quali lavorano è altrettanto importante per l'implementazione efficace di strategie di promozione della salute. A livello organizzativo, questo può comprendere la formazione degli operatori, la messa a disposizione di risorse, il disegno di politiche e procedure utili per istituzionalizzare la promozione della salute e lo sviluppo di strutture dedicate alla progettazione e alla valutazione in promozione della salute.

Competenze organizzative

Costruire competenze organizzative implica una serie di politiche e di collaborazioni nell'ambito della promozione della salute, necessarie per implementare programmi specifici o per identificare e rispondere a nuovi bisogni di salute nel momento in cui si manifestano.

Competenze comunitarie

La costruzione di competenze a livello comunitario riguarda sia la capacità dei membri della comunità di agire per individuare i propri bisogni sia

⁴³ definizione modificata (Skinner, 1997; Hawe et al., 2000; Catford, 2005) Health Promotion Glossary ©World Health Organization 1998

il supporto sociale e politico necessario per un'efficace implementazione dei programmi⁴⁴. A livello di comunità, la costruzione di competenze può comprendere: l'aumento della consapevolezza relativa ai rischi di salute, le strategie per favorire identità e coesione nella comunità, gli interventi educativi per aumentare "l'alfabetizzazione alla salute" (health literacy), la facilitazione dell'accesso a risorse esterne e lo sviluppo di strutture per i processi decisionali nella comunità.

Setting

Il setting "... è il luogo o il contesto sociale in cui le persone si impegnano in attività quotidiane in cui i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono tra loro per influenzare la salute e il benessere". Esempi di setting sono le scuole, i luoghi di lavoro, gli ospedali, i Comuni e le Città.

Un setting è anche il luogo in cui le persone utilizzano attivamente e influenzano l'ambiente e, pertanto, creano o risolvono i problemi relativi alla salute. I setting normalmente si identificano in quanto presentano delimitazioni fisiche, una struttura organizzativa e una gamma di persone con ruoli ben definiti.

Un setting rappresenta però qualcosa di più di un semplice luogo: è strumento e risultato dell'interazione sociale. Gli individui appartengono a setting diversi e vengono influenzati da setting diversi.

La salute dell'individuo è la risultante di un'interazione forte, continua e dinamica di questi con il suo ambiente socio-ecologico. Di conseguenza nel lavoro di promozione della salute si dovrà agire

- a livello di sviluppo di conoscenze e capacità
- a livello di contesto, creando opportunità di salute e modelli coerenti nei diversi setting di riferimento (famiglia, scuola, lavoro, comunità). Queste dimensioni ecologiche, fondamentali per la salute della popolazione, sono quelle che accrescono o diminuiscono le opportunità per uno sviluppo di salute sostenibile. Il termine opportunità di salute sottolinea che la persistenza di disuguaglianze in salute nelle nostre società è in larga parte dovuta a un'iniqua distribuzione di tali opportunità.

Un'azione volta a promuovere la salute in setting differenti può assumere forme diverse (cambiamento dell'ambiente fisico, della struttura organizzativa, degli aspetti amministrativi e gestionali). I setting possono anche essere utilizzati per promuovere la salute raggiungendo le persone che vi lavorano o che li utilizzano per avere accesso ai servizi e, attraverso l'interazione dei diversi setting, con l'intera comunità.⁴⁵

44 Health Promotion Glossary, new terms © World Health Organization 2006, Traduzione italiana a cura di DoRS https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%2010%20nuovi%20termini%202006_Italiano.pdf (accesso 23/10/2021)

45 Health Promotion Glossary© World Health Organization 1998, Traduzione a cura di DoRS

Responsabilità Sociale d'impresa

La CSR (Corporate Social Responsibility), in italiano RSI Responsabilità Sociale d'Impresa, è entrata formalmente nell'Agenda degli Stati Uniti (Global Compact, 2000) e dell'Unione Europea a partire dal Consiglio Europeo di Lisbona del marzo 2000, dove è stata considerata come uno degli strumenti strategici per realizzare una società più competitiva e socialmente coesa e per modernizzare e rafforzare il modello sociale europeo.

Nel Libro Verde della Commissione Europea⁴⁶ del 2001, la Responsabilità Sociale è definita come: "L'integrazione volontaria delle preoccupazioni sociali e ambientali delle imprese nelle loro operazioni commerciali e nei rapporti con le parti interessate". In altri termini, il fatto di prendersi carico volontariamente delle implicazioni sociali, economiche e ambientali connesse al proprio lavoro per costruire una società migliore e un ambiente più salubre.

La CSR va oltre il rispetto delle prescrizioni di legge e individua pratiche e comportamenti che un'impresa adotta su base volontaria, nella convinzione di ottenere dei risultati che possano arrecare benefici e vantaggi a se stessa e al contesto in cui opera. Particolare attenzione viene prestata ai rapporti con i propri portatori d'interesse (stakeholder): collaboratori, fornitori, clienti, partner, comunità e istituzioni locali, realizzando nei loro confronti azioni deli concrete.

Ciò si traduce nell'adozione di una politica aziendale che sappia conciliare gli obiettivi economici con quelli sociali e ambientali del territorio di riferimento, in un'ottica di sostenibilità futura.

L'Unione Europea invita le imprese ad adottare comportamenti socialmente responsabili per fattori di natura morale ed etica e per fattori di natura strategica. Vediamoli riassunti di seguito.

Fattori etici

- Le imprese generano problemi sociali e hanno, pertanto, la responsabilità e il dovere di risolverli
- le imprese sono attori sociali in grado di influenzare pesantemente le dinamiche sociali e culturali e pertanto ricorre per esse l'obbligo di utilizzare il proprio potere e le proprie risorse in maniera responsabile
- qualsiasi azione realizzata da un'impresa, attraverso i prodotti/servizi resi, occupando forza lavoro ecc., provoca un impatto a livello sociale
- le imprese devono essere considerate responsabili in ogni caso per gli impatti generati, prescindendo dalla loro qualità (positivi, negativi o neutri)
- le imprese basano la propria azione sul supporto di diversi portatori di interesse e, pertanto, sono responsabili nei confronti di questi soggetti.

Fattori strategici

- le imprese percepite come socialmente responsabili hanno maggiori probabilità di essere apprezzate dal mercato e di essere più vicine ai bisogni del consumatore (soddisfazione del cliente)
- le imprese percepite come socialmente responsabili possono risultare più attrattive per il mercato del lavoro, richiamando a sé personale più qualificato
- azioni e programmi sociali attuati dalle imprese possono anticipare le previsioni normative (tecniche e legislative) accentuando, quindi, la loro indipendenza e libertà
- un contributo positivo fornito alla società può essere valutato come un investimento di lungo periodo che può avere sull'impresa ricadute positive in termini di fiducia e di consenso.

La Responsabilità Sociale di Impresa si esplica all'interno e all'esterno dell'Impresa. All'interno opera attraverso la gestione delle risorse umane, la salute e la sicurezza sul lavoro, l'adattamento alle trasformazioni e la gestione degli effetti sull'ambiente e sulle risorse naturali, all'esterno si articola in azioni sulle comunità locali in cui opera, sulle partnership commerciali e nei rapporti con fornitori e consumatori, sui diritti dell'uomo e con l'attenzione all'ambiente globale.

In una moderna logica di tutela globale e integrata della salute degli individui e considerando che nei luoghi di lavoro essi trascorrono parte consistente della loro vita, i datori di lavoro possono promuovere azioni finalizzate a migliorare gli stili di vita dei loro dipendenti, favorendo scelte alimentari salutari, la pratica del movimento e dell'attività fisica, l'astensione dal fumo e dalle bevande alcoliche e facilitando la conciliazione vita professionale e vita privata.

L'INAIL per le Imprese socialmente Responsabili prevede dopo i primi due anni di attività (art 24 M.A.T comma 1⁴⁷) “per il datore di lavoro che sia in regola con le disposizioni in materia di prevenzione infortuni e di igiene del lavoro e con gli adempimenti contributivi ed assicurativi, una riduzione del tasso medio di tariffa in misura fissa pari al cinque per cento o al dieci per cento, in relazione al numero dei lavoratori”.

47 Modalità Applicazioni Tariffe INAIL. In Sicurezza al passo con i tempi, Inail, 2017 https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg_sicurezza_al_passo_coi_tempi_2017.pdf (accesso 23/10/2021)

I.3 L'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA

Liliana Coppola, Claudia Lobascio, Paola Ragazzoni, Nadia Vimercati
Gruppo di Progetto UO Capofila

L'implementazione del Programma “Luoghi di lavoro che Promuovono salute” può essere rappresentata in 5 fasi:

- a) Ingaggio
- b) Processo partecipato
- c) Analisi di contesto e Profilo di Salute (health equity audit⁴⁸) che permettono l'emersione di criticità e la definizione di priorità,
- d) Azioni, ovvero la messa in atto di pratiche efficaci (raccomandate per tale setting) e sostenibili (cioè strutturali)
- e) Monitoraggio per la valutazione dei risultati raggiunti misurabili con i diversi indicatori (processo e impatto)



Fig I.3.1: Le 5 fasi del processo di implementazione del Programma WHP (L. Coppola, 2021)

I.3.1 INGAGGIO

L'ingaggio delle aziende per la diffusione territoriale del Modello WHF

Il Programma può essere svolto in qualsiasi tipo di azienda, intendendo tutti i luoghi di lavoro: le società e le aziende di ogni dimensione che operano sia nel settore pubblico sia in quello privato, in ambito produttivo o nel campo dei servizi.

Pur partendo da un modello teorico e metodologico comune, per poter attuare e diffondere efficacemente il Programma all'interno di una programmazione regionale, occorre declinarlo a livello locale in base alle differenti caratteristiche ed esigenze dei diversi settori produttivi che compongono un territorio. Le dimensioni quali-quantitative del tessuto imprenditoriale, dell'occupazione e della popolazione lavorativa di un determinato contesto regionale o provinciale sono disponibili e reperibili attraverso diverse fonti, banche dati e analisi già esistenti (es. Open data regionali, Registro delle Imprese di Istat, Inail, Survey realizzate da Associazioni di Categoria, Unioncamere, ecc.).

Il quadro che se ne ricava può fornire i primi elementi utili ad individuare nel territorio di appartenenza le aziende potenzialmente ingaggiabili per l'adesione al Programma.

Sulla base dell'analisi della demografia imprenditoriale del proprio territorio, per esempio, è possibile stilare un primo elenco delle aziende da contattare, partendo preferibilmente da quelle più "attive" o sensibili ai temi del benessere, della valorizzazione del capitale umano, della tutela dell'ambiente e della salute della comunità locale nella quale sono inserite, che hanno alti punteggi di Corporate Social Responsibility, ecc. In una fase successiva di sviluppo e diffusione del Programma, che porta alla costituzione di una rete territoriale di aziende che promuovono salute, occorre, invece, anche in ottica di equity, poter ingaggiare le imprese con meno risorse in quanto di piccole dimensioni o meno virtuose in termini di impatto sulla salute.

Per favorire la partecipazione attiva delle aziende del proprio territorio, nella logica intersettoriale che caratterizza il Programma, è essenziale che in ciascun contesto locale siano individuati gli stakeholder ai quali proporre la stipula di specifici Protocolli d'Intesa e Accordi tesi a valorizzare il ruolo della Responsabilità Sociale d'Impresa nei processi di salute nei luoghi di lavoro e finalizzati alla diffusione e sviluppo, nonché alla sostenibilità del Programma. Questi stakeholder possono essere individuati all'interno dei diversi settori della società: terzo settore, associazionismo, impresa, commercio, parti sociali, mobilità, ricerca, istruzione, ecc. (es. Associazioni di Categoria, Inail, Organizzazioni Sindacali).

In collaborazione con gli stakeholder individuati o direttamente coinvolti attraverso la stipula di Accordi, può essere utile prevedere un lancio istituzionale

del Programma tramite l'organizzazione di iniziative di comunicazione (conferenze stampa, convegni, convention ecc.) o di eventi a cui invitare tutte le aziende del territorio, aperti anche alla popolazione e a tutti i soggetti impegnati nel campo della salute. Trattandosi, infatti, di un Programma che adotta un approccio multi componente (che agisce contestualmente sui diversi fattori di rischio/determinanti di salute), è strategico il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici alla comunità locale in un'ottica di empowerment di comunità.

L'aumento del numero delle aziende aderenti nel corso del tempo dipende anche dalla messa in campo di strategie comunicative volte a diffondere la conoscenza del Programma stesso nel tessuto produttivo. La circolazione delle informazioni necessarie a promuovere il Programma deve sempre avvenire tramite canali istituzionali già esistenti o tramite pagine web dedicate.

Un ulteriore ambito in cui viene giocata la comunicazione è legato alla realizzazione della Cerimonia di "premiazione" delle aziende aderenti che hanno realizzato tutte le azioni previste per una certa annualità. La premiazione rappresenta un momento molto sentito a livello aziendale sia sotto il profilo della visibilità sia quale occasione di incontro e confronto tra realtà simili.

Infine, la richiesta di adesione da parte di nuove aziende avviene anche tramite "passaparola", quale frutto di uno scambio e condivisione di esperienze, conoscenze e competenze acquisite dalle imprese che hanno già realizzato buone pratiche per promuovere salute nei propri contesti.

L'ingaggio della singola azienda al Programma

Una volta ingaggiata un'azienda che intende aderire al Programma, occorre tener presente che ogni contesto lavorativo è una comunità unica e complessa. Ci sono differenze nella mission, nella dimensione, nella struttura organizzativa, nei carichi di lavoro, ecc. Ma soprattutto ci sono differenze a livello della cultura aziendale, dei valori, delle abitudini, degli elementi di stress e delle modalità di gestirli. Ogni azienda ha le proprie sfide legate alla gestione della salute e del benessere ed è colpita, in modo diverso, dai problemi che possano mettere a rischio i lavoratori dal punto di vista della sicurezza, nuocere alla loro salute, danneggiare l'immagine pubblica dell'azienda, ridurre la produttività. Per questo motivo, pur facendo sempre riferimento alle Buone Pratiche raccomandate, non esiste un processo unico e valido per tutti, per realizzare efficacemente un contesto lavorativo che promuove salute. Con la guida del Modello WHP, ogni organizzazione deve costruire il proprio Programma su misura, tenendo in considerazione i bisogni e le caratteristiche dei propri lavoratori.

Un'azienda pubblica è un soggetto diverso da una multinazionale, da una banca, da una piccola impresa o cooperativa. Non tenere in considerazione queste differenze e la specificità culturale di un'azienda, può creare non pochi proble-

mi in fase di contatto e ingaggio, ed essere responsabile della lentezza e della fatica legate a questa prima fase o, peggio ancora, di una partenza col piede sbagliato.

Per questo è importante, prima di promuovere l'adesione al Programma, cercare di ottenere più informazioni possibili sull'azienda da ingaggiare, in maniera indiretta - tramite Internet, consultando il sito web aziendale ove esistente, o tramite altri mezzi di informazione, il giornale locale, ecc. - o in maniera diretta tramite l'incontro, la conoscenza diretta e lo scambio con interlocutori privilegiati, figure chiave interne o esterne all'azienda (chi si occupa di sicurezza es. PSAL della propria ASL, la Direzione Risorse umane dell'azienda stessa, ecc.). Occorrerebbe tenere in considerazione la forma giuridica, il tipo di organizzazione interna (es. è di tipo gerarchico?), l'immagine che ha all'esterno, il momento storico che sta attraversando (es. è in fase espansiva o sta effettuando tagli al personale? Il clima interno è favorevole o vi sono tensioni interne con le organizzazioni sindacali?) e, se possibile, alcune dimensioni valoriali organizzative (es. vi è una cultura legata a una popolazione operaia prevalentemente di genere maschile? Come avviene l'inserimento dei nuovi assunti? Vi è la propensione all'accettazione di idee innovative?)

Nella strategia di promozione della salute nei luoghi di lavoro, in base alla logica intersettoriale, nella maggior parte dei casi interagiscono due soggetti molto diversi - il sistema della Sanità Pubblica da un lato, il mondo Imprenditoriale dall'altro - che possiedono orientamenti valoriali differenti (da una parte la tutela della salute, il benessere delle persone; dall'altra il profitto, la produttività): è necessario sottolineare l'importanza di ciascuna cultura di origine, le differenze, i linguaggi, prima di individuare i possibili punti di incontro e di compromesso all'interno di un'unità culturale più ampia che è comunque presente e sovraordinata ai due soggetti.

Approfondire il tema della responsabilità sociale può essere utile per trovare punti di sensibilità in comune e su cui fare leva per creare l'aggancio, evidenziando i vantaggi di una collaborazione innovativa: occorre far comprendere che attivare iniziative efficaci di promozione della salute può produrre benefici nel tempo anche in termini di produttività e di efficienza; significa promuovere una cultura della salute dell'individuo e dell'organizzazione.

Può capitare che nella fase di contatto con le aziende gli operatori sanitari si considerino non sufficientemente convincenti, si percepiscano come non efficaci, in quanto lavoratori del settore sanitario, nel confronto con i rappresentanti del management di aziende private, soprattutto se medio-grandi. A tal fine, occorre far riferimento a categorie e cornici (framework) che aiutino a definire meglio la propria cultura d'appartenenza: istituzionale e in termini di mandato, valorizzando la formazione d'origine, i valori e i modelli teorici di riferimento delle diverse risorse professionali presenti nel proprio gruppo di lavoro.

Inoltre, è possibile rafforzare il senso di autoefficacia potendo contare (utilizzando lo stesso linguaggio dell'impresa) sulla "bontà del proprio prodotto": un Programma che poggia su un modello teorico e metodologico validato (WHO), un esempio di implementazione (quello lombardo) che ha ottenuto il riconoscimento di Buona Pratica a livello nazionale e internazionale.

I Prerequisiti per l'adesione al Programma

I prerequisiti essenziali per l'adesione a Programma attengono alla cultura e al rispetto di principi e adempimenti in tema di "tutela della salute e sicurezza"⁴⁹ presenti nel luogo di lavoro.

Al fine di garantire criteri di selezione coerenti, nel Programma lombardo così come nei programmi sviluppati in alcune regioni Italiane⁵⁰, la scelta è stata quella di definire un set di Pre-requisiti minimi che le Imprese (e tutte le altre tipologie di "luoghi di lavoro") che intendono aderire devono documentare formalmente in una fase di adesione:

- **Essere in regola con gli oneri contributivi e assicurativi;**
- **Essere in regola con le disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro previste dal D.lgs. 81/08;**
- **Essere in regola con le norme ambientali (D.lgs. 152/06 e s.m.i.);**
- **Non avere riportato nei 5 anni precedenti condanne definitive relative all'applicazione del D.lgs. 231-/2001 (Art 25 - septies - omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro o art 25- undecies - reati ambientali).**

Oltre alla presenza di questi criteri minimi, in ciascun contesto i Servizi di Prevenzione/Promozione della Salute che implementano il Programma possono naturalmente individuare ulteriori elementi, con particolare riferimento agli aspetti di salute e sicurezza ma non solo, che determinano o meno l'opportunità di coinvolgere una determinata azienda/impresa nel Programma.

49 DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008, n. 81

50 Toscana, Marche, Lazio (vedi pagg. 211, 212, 214 in Bibliografia)

I.3.2 PROCESSO PARTECIPATO

Il processo partecipato in azienda e il Gruppo di Lavoro

Per pianificare il percorso in azienda, organizzare le attività e rilevare le opportunità di raccordo con iniziative presenti sul territorio locale, è necessario il coinvolgimento delle principali figure aziendali in un processo partecipato che attivi le figure di sistema (Datore di lavoro, RSPP, RLS, ecc.) oltre ad eventuali altri settori interni (es. Ufficio Comunicazione) che possono avere un ruolo nello sviluppo delle attività.

Molto importante è il coinvolgimento del Medico Competente, anche in relazione all'analisi dei fattori di rischio individuali e all'offerta di counselling motivazionale breve rivolto ai lavoratori.

La costituzione del gruppo di lavoro, di un Gruppo di Progetto, è un elemento fondamentale per lo sviluppo e l'efficacia del Programma, ed è una fase a cui andrebbe posta particolare attenzione anche da parte degli operatori sanitari nel loro ruolo di accompagnamento alle aziende nel percorso di miglioramento. Le azioni previste dal Programma non mirano a modificare il comportamento dei singoli agendo solo su conoscenze e atteggiamenti, ma a determinare dei cambiamenti strutturali che impattino su un numero elevato di persone, costruendo un contesto che accompagna e sostiene nel tempo un cambiamento degli stili di vita. Per questo motivo, l'elemento chiave per il successo del Programma e per la realizzazione di una politica per la salute, è la collaborazione e la condivisione delle responsabilità.

È essenziale l'informazione e il coinvolgimento di tutti i lavoratori in merito all'adesione dell'azienda al Programma e ai relativi sviluppi. Se i lavoratori partecipano al processo di sviluppo e applicazione del Programma, possono sviluppare un senso di appartenenza ed è più probabile che partecipino alle iniziative. L'impatto può inoltre passare in modo "contagioso" dai lavoratori alle famiglie e alla comunità circostante, ottimizzando e capitalizzando le risorse investite.

La grandezza e la composizione del gruppo di lavoro/di progetto dipendono dal numero di lavoratori e dalla struttura dell'azienda. Se l'azienda è molto piccola, può essere composto dal datore di lavoro e da un rappresentante dei lavoratori, se l'azienda è molto grande è utile costituire un gruppo di lavoro più ampio (magari organizzato in sottogruppi) in modo che sia rappresentativo di ogni settore.

In generale, se presenti in azienda, è essenziale che partecipino al gruppo di lavoro:

- Il Datore di lavoro/o suo delegato
- Il Direttore Risorse Umane
- Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione

- I Rappresentanti sindacali
- I Capi intermedi
- I Rappresentanti della sicurezza
- Il Medico Competente
- Il Responsabile della formazione
- Il Responsabile della comunicazione

I compiti del gruppo sono pianificare, promuovere, monitorare e valutare il Programma. Il modo in cui il gruppo di lavoro riuscirà a realizzare questi compiti dipende da diversi elementi tra cui: la struttura dell'azienda, il numero dei lavoratori ecc. Non ne esiste uno applicabile in tutte le situazioni.

Nelle organizzazioni di piccole dimensioni, ad esempio, tutti i lavoratori potrebbero essere coinvolti, a diverso titolo, all'interno del gruppo di lavoro. In un'azienda di grandi dimensioni, magari strutturata su più sedi di lavoro, sarebbe utile avere un referente del Programma per ciascuna di esse, organizzare dei sottogruppi di lavoro a cui chiedere di occuparsi di uno specifico tema in maniera trasversale alle varie sedi o di un aspetto di processo dello sviluppo del Programma, garantendo momenti di confronto e scambio tra il gruppo di lavoro e i diversi sottogruppi.

Che l'azienda sia di grandi o piccole dimensioni, un approccio basato sulla costruzione di un gruppo di lavoro che comprenda tutte le componenti elencate e garantisca un processo partecipato con il supporto attivo dei lavoratori, è l'elemento più prezioso per sviluppare una politica per la salute efficace ed efficiente.

L'azienda che aderisce al Programma può avere un ritorno a livello sociale e di visibilità, determinando un effetto positivo sulla propria clientela e quindi sul proprio profitto. L'azione di favorire e supportare la creazione di un gruppo di lavoro che coinvolga tutte le figure chiave aziendali e i rappresentanti dei lavoratori in un processo partecipato, oltre a garantire la sostenibilità e l'efficacia dei processi e delle iniziative da realizzare, può scongiurare un'adesione "formale" al Programma da parte di un'azienda al solo scopo di ottenere visibilità.

Viceversa, un'adesione sostanziale al Programma, che porti alla creazione effettiva di "un ambiente di lavoro che promuove salute", richiede una condotta esemplare del team dirigenziale e un'attenzione alle diverse variabili organizzative. La promozione della salute nei luoghi di lavoro è "lo sforzo congiunto dei datori di lavoro, lavoratori e società per migliorare la salute e il benessere dei lavoratori", e questo può essere raggiunto attraverso: il miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro, la promozione della partecipazione attiva, l'incoraggiamento dello sviluppo personale.

L'intenzione di favorire l'empowerment e la necessità di adattare il Programma alle diverse caratteristiche dei contesti lavorativi, hanno portato alla scelta di un modello di progettazione in grado di partire dal punto di vista degli attori principali.

Si assume quindi una prospettiva di ricerca-azione che parte dalla valutazione dei bisogni di salute in termini di priorità e delle sue determinanti (utilizzando lo strumento del “Profilo di Salute”), procede con lo sviluppo di un intervento e infine prevede la valutazione di quanto programmato e realizzato.

Tra i compiti principali del gruppo di lavoro vi è dunque quello di ricostruire e condividere una fotografia il più realistica possibile del proprio contesto lavorativo, sul piano della salute fisica, organizzativa e relazionale.

I.3.3 ANALISI DI CONTESTO - PROFILO DI SALUTE

Analizzare i bisogni di una azienda è utile per accertarsi che il Programma che si sta pianificando possa essere adeguato a quello specifico contesto aziendale. Le misure di promozione della salute devono poggiare su un'analisi attenta e costantemente aggiornata delle informazioni rilevanti per la salute: stress da lavoro, indicatori di salute, disturbi percepiti dal soggetto, fattori di rischio, tassi di infortuni, malattie professionali, assenze per malattia, aspettative di tutte le figure aziendali.

Anche in questa fase, a garanzia del successo del Programma, è fondamentale coinvolgere i lavoratori (di ogni livello) e i rappresentanti sindacali. Gli strumenti utilizzabili possono essere diversi: focus group, incontri di consultazione con le persone chiave dell'organizzazione, somministrazione di questionari anonimi, ecc.

È utile stabilire una baseline. Per baseline si intende una descrizione dell'azienda prima dell'applicazione del Programma. Questi dati saranno utili sia per individuare le priorità e pianificare le azioni di miglioramento del contesto sia come elemento di confronto rispetto a quelli rilevati dopo la realizzazione delle azioni stesse. Le attività volte a promuovere la salute nel luogo di lavoro, infatti, devono essere oggetto di regolare riesame e sottoposte a miglioramento continuo. Nella baseline, oltre ai dati quantitativi, l'azienda può raccogliere e analizzare anche dati qualitativi sulla situazione, ad esempio: cosa pensano i lavoratori rispetto ai temi della sicurezza, della salute e della produttività? Qual è la cultura predominante in azienda? Cosa stanno facendo le altre aziende della zona per promuovere salute e sicurezza? L'azienda sostiene attivamente iniziative per la salute, sociali e culturali? L'azienda si adopera per una maggiore compatibilità tra vita lavorativa e vita familiare? Quali sono gli obiettivi futuri? Qual è il piano di sviluppo aziendale?

Occorre inoltre valutare le risorse disponibili e fare un'analisi di quali sono le risorse interne ed esterne su cui si può contare per realizzare il Programma e le relative policy.

Può essere utile stimare costi e benefici: l'aumento della spesa sanitaria spinge i datori di lavoro a monitorare i costi in generale. Sebbene sia difficile misurare esattamente costi e benefici di una policy e di un Programma che promuovono salute, è possibile fare delle stime ragionevoli. Nei costi si devono calcolare anche le assenze, gli infortuni, le perdite della produttività, il turnover del personale, i costi dell'assistenza sanitaria, l'insoddisfazione dei lavoratori, le ricadute di un clima conflittuale. Il Programma può contribuire al raggiungimento di numerosi obiettivi, alcuni dei quali sono più semplici da misurare rispetto ad altri. Oltre all'obiettivo principale di creare un ambiente favorevole all'adozione di comportamenti salutari, vi sono quelli di incoraggiare lo spirito di gruppo e creare un contesto lavorativo più accogliente e supportivo.

Concretamente quindi il percorso per diventare un'Azienda che promuove salute richiede una fase iniziale di **analisi di contesto e profilo di salute** che prenda in esame i diversi aspetti dell'ambiente di lavoro rilevanti per la salute dal punto di vista fisico, organizzativo, sociale, relazionale, ecc., delineando le criticità e le risorse presenti, in particolare in relazione alle condizioni che possono rendere favorevole o meno l'adozione di stili di vita salutari in maniera competente e consapevole da parte di tutti i "lavoratori". L'analisi di contesto permette l'emersione di criticità e la definizione di priorità nella messa in atto di pratiche efficaci⁵¹, e sostenibili, sia sul piano strutturale sia economico e la rilevazione di situazioni di disuguaglianza di accesso a tali opportunità.

Quindi, descrivere la situazione esistente al momento dell'adesione al Programma è un passaggio essenziale per poter pianificare le azioni più coerenti al contesto aziendale in un'ottica di costruzione della "salute" e di Health Equity Audit nonché per valutare, in seguito, i miglioramenti raggiunti.

Si tratta di una fase fondamentale dove il ruolo di accompagnamento dei professionisti della prevenzione/promozione della salute si gioca nel sostenere un aumento di consapevolezza nei datori di lavoro sia sulla fattibilità dei cambiamenti, sia sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze di salute, delle prassi organizzative.

Lo strumento che consente di "osservare" e "fotografare" il contesto aziendale è la "Scheda del Profilo di salute" (Tabella 02). Tale strumento è stato definito e validato dal gruppo lombardo nell'ambito del Progetto CCM 2014 "Equity audit nei piani regionali di prevenzione in Italia". Le informazioni che questa scheda raccoglie riguardano: il settore di attività in cui opera l'Azienda, la composizione del personale (distribuzione per profilo professionale, età, genere, provenienza, tipologia di contratto, ecc.), le caratteristiche del contesto organizzativo sulla base degli stili di vita (presenza o meno di una mensa, di opportunità di svolgere attività fisica, di policy di contrasto al fumo di tabacco, ecc.), l'eventuale partecipazione a programmi e iniziative di Responsabilità Sociale d'Impresa o a reti di conciliazione vita-lavoro.

La stessa fase di raccolta di queste informazioni, come traccia all'osservazione delle caratteristiche aziendali sia in termini di ambiente fisico-organizzativo sia occupazionale, si propone come momento di confronto e discussione con il Gruppo di Lavoro interno composto da figure di sistema aziendali (Datore di lavoro, RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, Risorse Umane) ed avvia quel processo partecipato che è prerequisito fondamentale per la realizzazione del Programma.

51 Vedi paragrafo "AZIONI"



Figura I.3.2: Fasi del processo del Programma verso fasi del Ciclo HEA (I. Coppola, 2021)

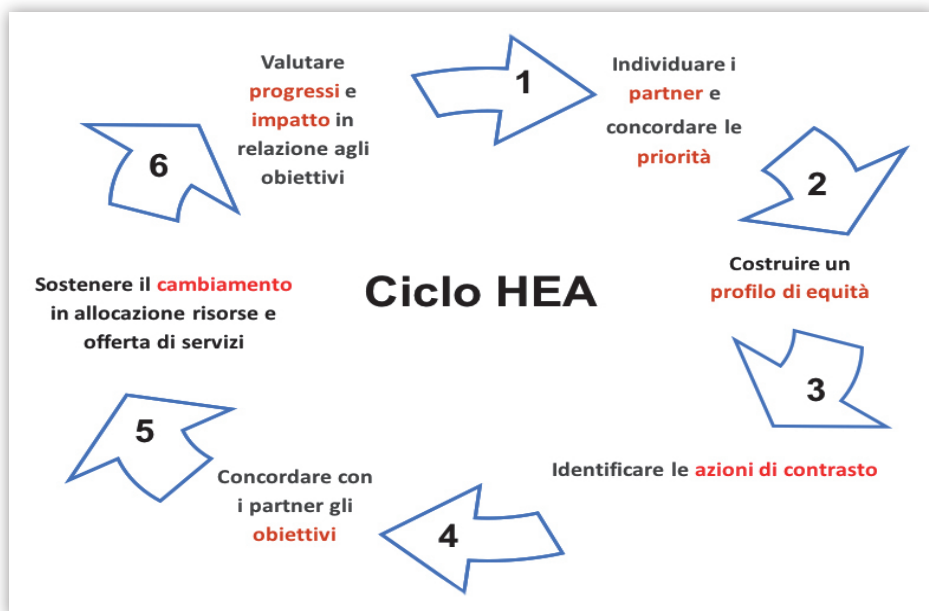


Figura I.3.3: Ciclo HEA (Giulia Silvestrini, Morena Stroschia, 2017 - Fonte: Hamer L, Jacobson B, Flowers J et al. Health Equity audit made simple. Working document. NHS HAD 2003)

I.3.4 AZIONI (le Pratiche raccomandate e sostenibili)

Come abbiamo visto, il quadro che scaturisce dall'analisi di contesto – profilo di salute guiderà la programmazione e l'individuazione degli ambiti di intervento che richiedono miglioramenti, riorientando quanto già in essere o attivando nuove iniziative, in coerenza con pratiche raccomandate in quanto validate sul piano scientifico in termini di efficacia (pratica e/o teorica) nonché, adeguatamente realizzate, potenzialmente atte a contrastare disuguaglianze. È importante sottolineare che nell'ambito del Programma WHP, in coerenza con visione e principi di Promozione della Salute (empowerment, capacity building, ...) su cui si fonda, gli operatori sanitari non effettuano interventi diretti sui lavoratori (né a livello individuale né di gruppo), ma svolgono un ruolo di accompagnamento alle Aziende nel percorso di miglioramento, sostenendo la messa “a sistema” del processo partecipato interno.

Il ruolo degli operatori della prevenzione si esplicita in:

- accompagnamento metodologico al gruppo di lavoro interno aziendale nella fase di “analisi di contesto – profilo di salute”
- supporto metodologico nella fase di pianificazione delle azioni raccomandate o nella valorizzazione interna (consapevolezza) di quanto già in essere
- offerta di informazioni da veicolare all'interno del luogo di lavoro, eventualmente anche per il tramite del Medico Competente, sulle opportunità di accesso individuale a servizi di prevenzione secondaria erogati dal Servizio Sanitario Regionale (Centri per il trattamento del tabagismo, Ambulatori dietologici, Servizi per il trattamento delle dipendenze, Programmi di screening oncologico, ecc.)
- supporto allo sviluppo di una Rete tra “Luoghi di lavoro” aderenti al Programma, facilitando la condivisione di esperienze, materiali, strumenti e il dialogo collaborativo tra aderenti e tutti i soggetti della comunità locale che a vario titolo possono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute che persegue il Programma.
- monitoraggio delle attività e produzione di reportistica

La realizzazione del progetto CCM-WHP ha permesso la revisione e l'aggiornamento, in base a nuove evidenze di efficacia e dimensioni applicative di equità, del set di “Pratiche raccomandate e sostenibili” utilizzato dal Programma lombardo. Nell'allegato A è riportato il documento completo che descrive le azioni raccomandate per ciascuna area tematica presidiata dal Programma:

1. PRATICHE PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI COMPORTAMENTI ALIMENTARI SALUTARI
2. PRATICHE PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI UNO STILE DI VITA ATTIVO

3. PRATICHE PER CREARE UN AMBIENTE DI LAVORO “LIBERO DAL FUMO” e INCENTIVARE LA CESSAZIONE
4. PRATICHE PER IL CONTRASTO A COMPORTAMENTI ADDITIVI (alcool, droghe, gioco d’azzardo)
5. PRATICHE TRASVERSALI a tutte le altre aree (Medico Competente: formazione su minimal advice e/o counseling motivazionale, attività di minimal advice nei confronti di lavoratori con fattori di rischio per MCNT. Applicazione di strumenti di inclusione, reinserimento e supporto ai dipendenti con disabilità fisiche e psichiche e patologie croniche)
6. ALTRE PRATICHE Per promuovere l’adesione a Screening oncologici e Campagne vaccinali; Conciliazione vita-lavoro/welfare; Responsabilità sociale, ecc.

Per facilitare la realizzazione operativa delle Pratiche, il documento dell’allegato A riporta risorse informative, documentali ed esperienziali per ciascuna area. L’auspicio è che le pratiche “raccomandate e sostenibili” qui descritte possano essere via via implementate negli anni grazie alle esperienze di realizzazione del Programma Predefinito 3 dei Piani Regionali di Prevenzione, che verranno documentate.

Per raggiungere obiettivi concreti è auspicabile l’indicazione di uno standard minimo annuale di “Pratiche raccomandate” che il Datore di lavoro si impegna a realizzare nel corso dello sviluppo del programma. Lo standard minimo rappresenta l’elemento di garanzia dell’impatto del Programma sul processo di promozione della salute e prevenzione della cronicità, così come il mantenimento nel tempo delle azioni intraprese ne presidia la sostenibilità.

In questo senso il Programma prevede che i “luoghi di lavoro” aderenti realizzino lo standard minimo con questa sequenza temporale:

- **Nel 1° anno: almeno una Pratica in due delle Aree Tematiche n.1, n. 2, n. 3, n. 4 + avvio di 1 Pratica “trasversale” (n. 5);**
- **Nel 2° anno: almeno una Pratica sulle altre due Aree Tematiche sopra indicate, mantenendo attive le Pratiche del 1° anno e implementando, eventualmente, le Pratiche “trasversali”;**
- **Nel 3° anno: almeno una ulteriore Pratica su una delle Aree Tematiche sopra indicate , mantenendo attive le Pratiche degli anni precedenti;**
- **Dal 4° anno: dovrà essere garantito il mantenimento delle Pratiche attuate negli anni precedenti (salvo quelle a valenza “strutturale”)**

Successivamente il “ luogo di lavoro” andrà a completare il percorso con azioni fattibili in quel determinato contesto, mantenendo attive l’osservazione continua dei margini di miglioramento e il coinvolgimento dei lavoratori con inter-

venti di comunicazione e marketing sociale: come più volte ricordato, infatti, l'obiettivo del Programma è sostenere cambiamenti stabili sul piano organizzativo, relazionale e culturale.

Le Pratiche dell'Area Tematica n. 6 sono realizzate ogni qual volta ve ne sono le condizioni.

Il riconoscimento formale dell'Azienda quale “Luogo di lavoro che promuove salute”

La definizione di uno “standard minimo” di Pratiche è funzionale al riconoscimento di “Luogo di lavoro che promuove Salute” che avviene attraverso il rilascio di un **Attestato Annuale** da parte della ASL/Regione in eventuale partnership con l'Associazione di categoria alla quale fa riferimento il “luogo di lavoro” e con il quale l'ASL ha intrapreso il percorso intersettoriale di advocacy sancito da specifici accordi formali.

L'attestato⁵² di “Luogo di lavoro che promuove Salute” rilasciato da un ente pubblico del sistema sanitario riveste grande interesse per i Datori di lavoro, in quanto rappresenta una importante certificazione di impegno sociale e qualità, che, in particolare nel settore privato, può essere anche “speso” nei processi di mercato.

È necessario quindi essere consapevoli del valore di strumento di “ingaggio” che esso può rivestire e al contempo è essenziale essere rigorosi nel suo rilascio ai fini della tutela:

- della appropriatezza dell'offerta del sistema sanitario per il tramite del Programma
- dei principi di qualità e responsabilità sociale d'impresa implicitamente di riferimento per i “luoghi di lavoro” (imprese/aziende/enti) che si impegnano nel Programma
- delle opportunità di salute per i cittadini/lavoratori che fruiscono dei risultati attesi dal Programma

Per questo è sempre opportuno informare il Datore di lavoro che gli operatori ASL che accompagnano il percorso di realizzazione del Programma (privi di qualsiasi funzione di «vigilanza») “potranno effettuare verifiche a campione presso i «luoghi di lavoro» in relazione alla veridicità dei dati inseriti nel sistema. La verifica si svolgerà in un clima assolutamente collaborativo e non potrà dare origine in alcun caso a sanzioni, essendo la partecipazione al Programma su base volontaria.”

Nelle figure seguenti alcuni esempi di attestati.

⁵² Nell'attestato è possibile utilizzare il logo di Progetto descritto successivamente nel paragrafo “La comunicazione”



Figura I.3.4 A: Attestato rilasciato da ATS Insubria (Regione Lombardia) - Anno 2020



Figura I.3.4 B: Attestato rilasciato da ATS Insubria (Regione Lombardia) - Anno 2020



Figura I.3.5: Attestato rilasciato da ATS Milano Città Metropolitana - Anno 2020

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza



In questa Azienda si promuove salute

Rete WHP Lombardia

Figura I.3.6: Attestato rilasciato da ATS Brianza ai luoghi di lavoro che hanno reso strutturali i cambiamenti previsti dal Programma

I.3.5 MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Strumento indispensabile per la buona realizzazione del Programma WHP è un sistema di monitoraggio e valutazione sul piano dei processi e dell'impatto, utile ad osservare e misurare l'andamento del Programma: il numero e le caratteristiche delle Aziende che vi aderiscono, il raggiungimento degli obiettivi di copertura dei potenziali target (anche attraverso mappe georeferenziate), la realizzazione delle Pratiche da parte dei "Luoghi di lavoro aderenti", la possibilità di effettuare confronti tra i dati nel corso del tempo e tra esperienze simili. I dati raccolti dal sistema di monitoraggio permettono la produzione di analisi accessibili e utili ai diversi livelli di governance del Programma:

- livello regionale - titolare della gestione del sistema di monitoraggio - che monitora e valuta processi e esiti in relazione agli obiettivi del Piano regionale di Prevenzione e raccoglie le informazioni utili alla reportistica necessaria al dialogo intersettoriale su cui si basa il Programma, ecc.
- livello locale (ASL) - attore dell'ingaggio delle aziende sul territorio di competenza e del supporto tecnico scientifico e metodologico a quelle aderenti - che monitora e valuta processi e esiti in relazione agli obiettivi interni e alla pianificazione delle azioni di supporto, oltre a raccogliere le informazioni utili ad azioni di comunicazione e marketing sociale con stakeholder locali
- livello aziendale - responsabile dell'implementazione del Programma - che monitora e valuta processi e esiti in relazione agli obiettivi di miglioramento fissati aderendo al Programma, oltre a raccogliere informazioni utili ad azioni di comunicazione e marketing sociale interne e con stakeholder e partner esterni.

Strumenti

Il sistema di monitoraggio che qui presentiamo è mutuato dall'esperienza lombarda ma, una volta condiviso il "senso", ciascuna Regione/ASL potrà definire il proprio, apportando le modifiche più opportune.

Il sistema presidia le diverse fasi, indipendenti ma coordinate e sequenziali, in cui si articola l'implementazione del Programma.

Per ciascuna fase il sistema di monitoraggio prevede quindi uno specifico FORMAT che raccoglie le diverse tipologie di informazioni utili al monitoraggio/valutazione fornite (auto compilazione) dalla Azienda aderente.

I Format presidiano dunque le seguenti fasi:

1. Fase di Adesione ed iscrizione al Programma:

Format “Scheda anagrafica”

La “Scheda anagrafica” raccoglie alcune informazioni di base utili soprattutto alle ASL per prendere contatto con l’Azienda stessa e avviare l’accompagnamento organizzativo e metodologico all’implementazione del Programma. Nella “Scheda anagrafica” viene assegnato un numero (ID) che identifica, in modo unifico, la sede aziendale “fisica” che aderisce al Programma.

Tale identificativo accompagnerà l’Azienda in tutto il percorso, in modo da poter mettere in relazione le informazioni raccolte nelle singole fasi monitorando negli anni le azioni di miglioramento intraprese in relazione al contesto iniziale.

Infine, dato che le Aziende sono organizzazioni complesse soggette nel tempo a trasformazioni e cambiamenti che possono riguardare diversi aspetti (cambio di dimensione, di sede, di Referenti aziendali, ecc.) è utile prevedere e disporre di un aggiornamento periodico delle informazioni raccolte dalla “Scheda anagrafica”.

La “Scheda anagrafica”, che di fatto sancisce la richiesta di adesione al Programma, documenta formalmente – autocertificazione sottoscritta dal Legale rappresentante – la presenza dei “Prerequisiti” per l’accoglimento dell’adesione inerenti il rispetto della norma in tema di sicurezza descritti precedentemente.

Tabella 01 - Format “Scheda Anagrafica”

“SCHEDA ANAGRAFICA” – TRACCIATO TIPO	
DATI IDENTIFICATIVI DELL’AZIENDA	
Denominazione Sede legale : Indirizzo: CAP:	
Denominazione Sede operativa: Indirizzo: CAP (se l’Azienda è composta da più sedi è richiesta la compilazione di una “Scheda anagrafica” per ciascuna sede dove verrà implementato il Programma) :	
ASL di riferimento: (selezionabile da menù a tendina delle ASL del territorio regionale)	
Comune: (selezionabile da elenco a tendina dei Comuni presenti sul territorio ASL)	
Partita IVA:	
Indirizzo sito internet :	
Settore di attività⁵³:	
(Classificazione delle attività economiche Codici Ateco ISTAT - https://www.istat.it/it/files//2011/03/Ateco-2007-Aggiornamento-2021-Struttura-e-note-esplicative-Sezione-A.pdf)	
TIPOLOGIA AZIENDA	Privata ☐ Pubblica ☐

53 Regione Lombardia ha scelto di utilizzare i codici ATECO in quanto le innumerevoli attività economiche richiedono una classificazione che offra la possibilità di inquadrare con sufficiente precisione ciascuna di esse. Il codice ATECO è necessario per depositare una Dichiarazione di Inizio attività, per aprire una Partita IVA e per essere profilati dall’INAIL. Le aziende, quindi, hanno già dimestichezza con questi codici. Un ulteriore punto di forza dei codici ATECO è che l’Istituto Nazionale di Statistica, che ne è stato promotore, conduce le proprie analisi e i propri studi statistici sulle attività economiche attraverso il suo utilizzo

DIMENSIONE AZIENDA**Fascia N° dipendenti**Meno di 10 ☐ 11-15 ☐ 16-50 ☐ 51-250 ☐ 251-500 ☐ Oltre 500 ☐**Numero lavoratori***

Totale N. :

Referente aziendale del programma

Cognome _____ Nome _____

Ruolo in azienda _____

Telefono _____ E-mail nominativa (Aziendale) _____

Altro referente aziendale del programma

Cognome _____ Nome _____

Ruolo in azienda _____

Telefono _____ E-mail nominativa (Aziendale) _____

Medico competente dell'azienda

Cognome _____ Nome _____

E-mail nominativa (Aziendale) _____

ID...**Allegato "Autocertificazione prerequisiti" :**SI ☐ NO ☐

2. Fase di Analisi di contesto - Profilo di salute: Format “Analisi di contesto - Profilo di salute”

Tabella 02 - Format “Analisi di contesto - Profilo di salute”

FORMAT “ANALISI DI CONTESTO E PROFILO DI SALUTE” – TRACCIATO TIPO	
Anno ____ (selezionabile da menù a tendina)	
ID SEDE OPERATIVA	
SETTORE DI ATTIVITÀ (selezionabile da elenco a tendina es. classificazione Codice Ateco)	
PERSONALE (dati al 31.12 dell'anno precedente la compilazione)	
Totale personale n.	
• Uomini (numero)	• Donne (numero)
Di cui a tempo indeterminato	
• Uomini (numero)	• Donne (numero)
Di cui a tempo determinato	
• Uomini (numero)	• Donne (numero)
Di cui con altri tipi di contratto	
• Uomini (numero)	• Donne (numero)
Presenza di personale straniero	Sì ☐ NO ☐
SE Sì, Totale personale straniero n.	
di cui Uomini n.	Donne n.
Stati di provenienza:	
Presenza di personale con disabilità	Sì ☐ NO ☐
Presenza di turnisti	Sì ☐ NO ☐
Possibilità di lavoro “agile”/ “a distanza” (smart working, telelavoro, ecc.)	Sì ☐ NO ☐
SE Sì, Percentuale dei lavoratori “a distanza” ⁵⁴	
Fasce di età del personale	
• 15 – 24 (numero)	• 25 – 34 (numero) • 35 – 49 (numero)
• 50 - 59 (numero)	• over 60 (numero)

54 A seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, il Governo italiano ha emanato una serie di disposizioni con le quali è stato raccomandato il massimo utilizzo della modalità di lavoro agile per le attività che possono essere svolte al proprio domicilio o in modalità a distanza. Sicuramente la componente di digitalizzazione delle attività, come gli incontri in videoconferenza e attività svolte da remoto che sono state sperimentate in questo periodo non scompariranno e l'implementazione del Programma WHP deve tenerne conto.

Profili professionali ESCLUSO SETTORE SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE**Dirigenti**

• di cui uomini n.

• donne n.

Impiegati

• di cui uomini n.

• donne n.

Operai

• di cui uomini n.

• donne n.

SOLO SETTORE SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE**Dirigenti amministrativi**

• di cui uomini n.

• di cui donne n.

Dirigenti medici e sanitari

• di cui uomini n.

• di cui donne n.

Comparto profili tecnico-sanitari – sociale

• di cui uomini n.

• di cui donne n.

Impiegati

• di cui uomini n.

• di cui donne n.

Operai

• di cui uomini n.

• di cui donne n.

ASSENZE PER MALATTIA**ESCLUSO SETTORE SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE****Dirigenti**

• Uomini n. giorni assenze per malattia

• Donne n. giorni assenze per malattia

Impiegati

• Uomini n. giorni assenze per malattia

• Donne n. giorni assenze per malattia

Operai

• Uomini n. giorni assenze per malattia

• Donne n. giorni assenze per malattia

SOLO SETTORE SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE**Dirigenti amministrativi**

• Uomini n. giorni assenze per malattia

• Donne n. giorni assenze per malattia

Dirigenti medici e sanitari

• Uomini n. giorni assenze per malattia

• Donne n. giorni assenze per malattia

Comparto profili tecnico-sanitari – sociale

• Uomini n. giorni assenze per malattia

• Donne n. giorni assenze per malattia

Impiegati

• Uomini n. giorni assenze per malattia

• Donne n. giorni assenze per malattia

Operai

• Uomini n. giorni assenze per malattia

• Donne n. giorni assenze per malattia

CONTESTO ORGANIZZATIVO E STILI DI VITA- ALIMENTAZIONE**Mensa aziendale**

La sede è dotata di un servizio mensa Sì ☐ NO ☐

SE Sì,

- Il servizio mensa è gestito
 - direttamente dall'azienda (*) Sì ☐ NO ☐
 - da terzi mediante contratto d'appalto (**) Sì ☐ NO ☐
 - con fornitura di pasti confezionati recapitati (catering) Sì ☐ NO ☐

Nel caso di servizio mensa gestito mediante contratto di appalto o catering specificare il nome del gestore:

.....

(*) E' la fattispecie tipica caratterizzata dal fatto che l'impresa provvede direttamente, in appositi locali adibiti a mensa, all'organizzazione e gestione del servizio di ristorazione nei confronti dei propri dipendenti.

(**) Questa fattispecie è caratterizzata dal fatto che la somministrazione di alimenti e bevande è affidata mediante contratto di appalto ad un'impresa che provvede a espletare tale servizio nei locali adibiti a mensa aziendale o interaziendale

- Il menù della mensa prevede :
 - Frutta e verdura non sostituibile con altri dessert in caso di menù predefinito a costo standard
Sì ☐ NO ☐
 - Offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale(***) Sì ☐ NO ☐
 - Disponibilità di pane integrale Sì ☐ NO ☐
 - Utilizzo esclusivo di sale iodato Sì ☐ NO ☐
 - Pasti "speciali" (cellachia, ecc.) Sì ☐ NO ☐
 - L'accoglimento di richieste legate a dettami religiosi o ideologici Sì ☐ NO ☐

(***) Il quantitativo di sale deve essere pari a 1,7% riferito alla farina e deve essere dichiarato dal fornitore

- L'orario della mensa permette la partecipazione anche ai "turnisti" (se presenti) Sì ☐ NO ☐

- Quanto costa in media un pasto al lavoratore (almeno un primo e un contorno)

• Nulla ☐ • Inferiore uguale a 4 euro ☐ • da 4,01 a 7 euro ☐ • superiore a 7 euro ☐

Caratteristiche della partecipazione alla mensa aziendale**ETA'**

Lavoratori 18-29	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐
Lavoratori 30-49	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐
Lavoratori over 50	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐

SESSO

Uomini	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐
Donne	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐
Stranieri	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐

PROFILO PROFESSIONALE - ESCLUSO SETTORE SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE

Dirigenti	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐
Impiegati	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐
Operai	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐

SOLO SETTORE SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE

Dirigenti amministrativi	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐
Dirigenti medici e sanitari	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐
Comparto tec./sanit/sociale	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐
Impiegati	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐
Operai	Per nulla ☐	Abbastanza ☐	Molto ☐	Non applicabile ☐

Locale ristoro

E' presente un locale per il consumo di alimenti portati da casa Sì ☐ NO ☐

SE Sì, il locale è attrezzato con:

- Forno microonde	Sì ☐ NO ☐
- Distributori automatici di bevande e alimenti	Sì ☐ NO ☐

Distributori automatici

Sono presenti in sede distributori automatici di alimenti / bevande Sì ☐ NO ☐

SE Sì, indicare N. distributori

Nei distributori è presente:

• Offerta di acqua	Sì ☐ NO ☐
• Offerta di frutta e/o verdura fresca e di stagione	Sì ☐ NO ☐
• Offerta di almeno il 30% di alimenti "salutari"(*)	Sì ☐ NO ☐

(*) Per alimenti salutari si intendono alimenti con contenuto calorico non superiore a 150Kcal e contenuto in grassi non superiore a 5gr. Esempio: Succhi di frutta senza zuccheri aggiunti, spremute, frutta secca, yogurt, prodotti da forno con olio evo e/o a basso contenuto di sale

Convenzioni con esercizi pubblici del territorio locale	
E' possibile fruire del pasto presso bar/ristoranti/ecc. convenzionati con l'azienda (ticket, altro)	Sì ☐ NO ☐
SE Sì, i locali hanno aderito a iniziative proposte dalla ASL sul "pasto sano fuori casa" (*)	Sì ☐ NO ☐
(*) Alcune ASL promuovono iniziative dedicate al "pasto sano fuori casa" dove ristoranti/bar/gestori di pubblici esercizi si rendono disponibili ad inserire nel proprio menù piatti o panini che rispondono ad alcuni requisiti previsti per un'alimentazione sana ed equilibrata fuori casa, durante la giornata lavorativa. Suggerimenti possono essere dati per far sì che anche il pasto portato eventualmente da casa (Locale ristoro) possa risultare in linea con le indicazioni inerenti le corrette abitudini alimentari -Vedi Pratiche Raccomandate	
Iniziative aziendali	
Sono presenti presso la sede altre iniziative in tema di sana alimentazione	Sì ☐ NO ☐
SE Sì, che tipo di iniziative sono:	
• Iniziative occasionali (es. settimana/giorni con disponibilità di frutta nelle aree break, ecc.)	Sì ☐ NO ☐
• Iniziative informative stabili	
(cartellonistica nelle aree dedicate, codice colore, iniziative informative, ecc.)	Sì ☐ NO ☐
IN SINTESI	
Il contesto organizzativo relativo alla alimentazione:	
Richiede un complessivo ripensamento	Sì ☐ NO ☐
Richiede alcune azioni di miglioramento	Sì ☐ NO ☐
Non richiede azioni miglioramento	Sì ☐ NO ☐
CONTESTO ORGANIZZATIVO E STILI DI VITA - ATTIVITÀ FISICA	
La sede è organizzata su più piani raggiungibili con le scale	Sì ☐ NO ☐
SE Sì, E' attivo un programma che promuove l'utilizzo delle scale in alternativa all'ascensore	Sì ☐ NO ☐
Mobilità attiva nel percorso casa – lavoro	
La sede è raggiungibile in bicicletta dal più vicino centro abitato, da sede FFSS, fermata bike sharing	Sì ☐ NO ☐
Presso la sede vi è uno spazio protetto per il parcheggio delle biciclette	Sì ☐ NO ☐
La sede si trova sul percorso di una pista	Sì ☐ NO ☐
L'azienda aderisce al progetto BIKE TO WORK (FIAB) o simili	Sì ☐ NO ☐

Opportunità di svolgere attività fisica

E' possibile svolgere attività fisica in spazi adeguati all'interno della sede in orari extra lavorativo

Sì ☐ NO ☐

L'azienda ha stipulato convenzioni con palestre/centri sportivi esterni per i dipendenti Sì ☐ NO ☐

• Sono attivati gruppi di cammino "aziendali" Sì ☐ NO ☐

• Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutti i dipendenti Sì ☐ NO ☐

• Sono presenti presso la sede altre iniziative finalizzate a sostenere uno stile di vita attivo Sì ☐ NO ☐

SE Sì, che tipo di iniziative sono:

• Occasionali (Es. settimana/giorni della bicicletta, della camminata ecc. ecc.) Sì ☐ NO ☐

• Stabili (Es. squadra calcetto e/o altri sport) Sì ☐ NO ☐

• Altre iniziative (Inserire breve descrizione)

IN SINTESI

Il contesto organizzativo relativo all'attività fisica:

Richiede un complessivo ripensamento Sì NO

Richiede alcune azioni di miglioramento Sì NO

Non richiede azioni miglioramento Sì NO

CONTESTO ORGANIZZATIVO E STILI DI VITA - FUMO

Sono attuate tutte le indicazioni normative in tema di divieto di fumo (anche nelle pertinenze esterne - per aziende sanitarie o contesti scolastici – Dlgs. n. 6 del 12 gennaio 2016)?

• Completamente ☐ • Ci sono aree da migliorare ☐

Policy di contrasto al fumo di tabacco

La sede è dotata di una "policy" (*) scritta di contrasto al fumo di tabacco Sì ☐ NO ☐

SE Sì

Elementi per la valutazione qualitativa della policy di contrasto al fumo di tabacco:

• Stabilisce i criteri per considerare assolti gli obblighi di legge Sì ☐ NO ☐

• Definisce i diritti dei non fumatori e gli obblighi dei fumatori Sì ☐ NO ☐

• Precisa che le regole definite si applicano a tutti i lavoratori Sì ☐ NO ☐

• Prevede "aree fumatori" Sì ☐ NO ☐

• Stabilisce se è permessa una pausa per fumare e se i lavoratori che usufruiscono di tale pausa devono poi recuperarla durante la giornata lavorativa Sì ☐ NO ☐

• Stabilisce le sanzioni per chi non rispetta le regole Sì ☐ NO ☐

• Definisce i tempi e le modalità di sostegno ai lavoratori fumatori che decidono di smettere di fumare Sì ☐ NO ☐

• Definisce gli indicatori per il monitoraggio dell'efficacia della politica antifumo e i tempi della valutazione Sì ☐ NO ☐

• Definisce i procedimenti per la soluzione di proteste e dispute Sì ☐ NO ☐

• È stata discussa/condivisa con rappresentanti dei lavoratori Sì ☐ NO ☐

(*) Elaborare una politica aziendale sul fumo permette al datore di lavoro di trattare questa controversa e delicata questione in maniera pratica ed efficace. Non è sufficiente un singolo provvedimento amministrativo o una disposizione da parte della direzione della azienda per ottenere un ambiente di lavoro libero da fumo. Ne consegue, quindi, che un ambiente di lavoro senza fumo è frutto di una politica organica, cioè di un insieme di provvedimenti che prevedano oltre ai divieti, interventi informativi che coinvolgano tutti i lavoratori e momenti educativi, ed eventualmente di sostegno, per chi vuole smettere. E' utile coinvolgere in questa azione forze sia interne che esterne all'azienda stessa. I vantaggi di una esplicita politica aziendale sono molteplici, sia per l'azienda sia per i lavoratori. Rif. "Verso un'azienda libera dal fumo"- Istituto Superiore Sanità (ISS)

IN SINTESI

La policy presente ha tutte le caratteristiche indicate ed è attuata completamente	Sì	NO
La policy presente ha tutte le caratteristiche indicate ma è scarsamente attuata	Sì	NO
La policy presente ha aree da migliorare	Sì	NO
Non abbiamo una policy		

CONTESTO ORGANIZZATIVO E STILI DI VITA – CONTRASTO AI COMPORTAMENTI ADDITIVI (Alcol, droghe, gioco d'azzardo)

Policy aziendale

La sede è dotata di una policy drug free (*) Sì ☐ NO ☐

SE Sì

Elementi per la valutazione qualitativa della policy in tema di comportamenti additivi:

• E' stata definita attraverso un percorso condiviso Azienda-lavoratori Sì ☐ NO ☐

• Stabilisce i criteri per considerare assolti gli obblighi di legge Sì ☐ NO ☐

• Precisa che le regole definite si applicano a tutti i lavoratori Sì ☐ NO ☐

• Precisa i contesti in cui si applica (es. solo all'interno degli spazi aziendali, anche al di fuori, quando i lavoratori sono in servizio, anche al di fuori dell'orario di servizio a garanzia della presenza al lavoro non sotto effetto di alcol/droghe) Sì ☐ NO ☐

• Definisce chi ha il compito di controllare e far rispettare la policy Sì ☐ NO ☐

• Stabilisce le sanzioni per chi non rispetta le regole Sì ☐ NO ☐

• Esplicita le indicazioni in merito alle possibilità di aiuto e sostegno (sia interne all'Azienda sia a livello territoriale) Sì ☐ NO ☐

• Esplicita le modalità di sostegno e di tutela della privacy nei confronti dei lavoratori che accedono al sistema di cura (anche ulteriori rispetto alle previsioni di legge, ad es. benefit) Sì ☐ NO ☐

• Definisce le modalità di pubblicizzazione e promozione dei contenuti e della loro applicazione Sì ☐ NO ☐

• Prevede azioni/iniziative di responsabilità sociale su questi temi rivolte al territorio-comunità in cui opera l'azienda (es. sponsorizzazione di iniziative sociali ecc.) Sì ☐ NO ☐

(*) La policy è un documento scritto e rappresenta un documento chiave per perseguire un contesto di lavoro drug free. Una policy efficace è il risultato di un lavoro condiviso di tutti gli attori in gioco e deve rispondere sia alle esigenze dei propri lavoratori sia a quelle dell'Azienda stessa. Ogni Azienda può definire e organizzare i contenuti della propria policy utilizzando qualsiasi linguaggio e forma ritenga più adeguati a informare i propri lavoratori. Gli elementi essenziali di una policy dovrebbero includere: le normative, i regolamenti, gli obiettivi organizzativi, le motivazioni di tutela/promozione della salute che ne giustificano l'adozione, le conseguenze di eventuali violazioni, le indicazioni sulle possibilità di aiuto e sostegno. Vedi Pratiche Raccomandate

IN SINTESI

La Policy è scritta				Sì	NO
La policy è attuata	Per niente	Abbastanza	Completamente		
Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutti i dipendenti				Sì	NO

MEDICO COMPETENTE

Ha una formazione certificata ECM o validata ASL in tema di counseling motivazionale

Sì ☐ NO ☐

Ha partecipato a iniziative di aggiornamento/formazione in tema di alcol/droghe

Sì ☐ NO ☐

Effettua counselling breve ai lavoratori durante le visite periodiche in tema di:

• Corretta alimentazione / Attività fisica

Sì ☐ NO ☐

• Problematiche Alcol correlate

Sì ☐ NO ☐

• Cessazione dell'abitudine al fumo (per lavoratori fumatori)

Sì ☐ NO ☐

• Fornisce informazioni sull'offerta di servizi pubblici del territorio in tema di cessazione

Tabagica (sanitari, socio-sanitari e no profit), screening, consulenza dietologica, ecc.

Sì ☐ NO ☐

CONCiliazione DEI TEMPI LAVORATIVI CON LE ESIGENZE FAMILIARI

L'azienda aderisce a reti territoriali, progetti, iniziative di conciliazione vita-lavoro

Sì ☐ NO ☐

SE SÌ, Iniziative in corso (Inserire una breve descrizione)

RESPONSABILITA' SOCIALE DI IMPRESA

L'azienda aderisce/ha aderito a iniziative regionali /nazionali/comunitarie di Responsabilità Sociale d'Impresa

Sì ☐ NO ☐

SE Sì, quali:

• Bandi per la diffusione della responsabilità sociale delle organizzazioni nelle M/PMI

Sì ☐ NO ☐

• Pubblicazione del Bilancio di Sostenibilità / Corporate Social Responsibility (CSR)

secondo linee guida internazionali (GRI)

Sì ☐ NO ☐

• Pubblicazione dei dati "non finanziari" in materia di diritti umani e diversity,

secondo quanto richiesto dal decreto legislativo del 30 dicembre 2016 n.254

"Non financial disclosure" (obbligatoria per le grandi aziende)

Sì ☐ NO ☐

• Applicazione della norma ISO 26000 sulla Gestione della Responsabilità Sociale delle Imprese

Sì ☐ NO ☐

• Adesione all'iniziativa Global Compact delle Nazioni Unite o ad altre iniziative nazionali

o internazionali di promozione della corporate social responsibility (CSR)

Sì ☐ NO ☐

• Altre iniziative (Inserire breve descrizione)

DATI DEL COMPILATORE

Cognome Nome

Ruolo all'interno dell'Azienda:

Telefono E-Mail

In relazione alla fase di lettura del contesto può essere proposta al “luogo di lavoro” aderente, la compilazione di un “questionario anonimo” da parte dei lavoratori, da somministrare in diversi momenti, con l’obiettivo di conoscere la diffusione di alcuni fattori di rischio per la salute e verificare i cambiamenti nel tempo. Si tratta di uno strumento non significativo ai fini della valutazione di efficacia delle azioni intraprese, in quanto influenzabile da aspetti di auto percezione (come ad esempio: l'impossibilità di seguire le variazioni intra-soggetto, l'adesione variabile ai questionari, il drop-out, l'imprecisione dei parametri - peso, altezza, ecc. – autoriferiti) o di natura relazionale legate a dinamiche più o meno conflittuali tra datore di lavoro e lavoratori. Per tale ragione la somministrazione di tale strumento non è vincolante ai fini dell'adesione al Programma, e si caratterizza principalmente quale opportunità di coinvolgimento nel percorso di ingaggio.

3. Fase di Pianificazione delle “pratiche raccomandate”: Format “Scheda di Pianificazione”

Tabella 03 - Format “Scheda di Pianificazione”.

FORMAT “SCHEDA DI PIANIFICAZIONE” – TRACCIATO TIPO	
Anno ____ (dati selezionabili da menù a tendina)	
ID e DATI IDENTIFICATIVI DELLA SEDE (dati selezionabili da menù a tendina)	
1 – PRATICHE PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI COMPORTAMENTI ALIMENTARI SALUTARI (AREA ALIMENTAZIONE)	
Si prevede di lavorare nell' Area Alimentazione	Si ☐ NO ☐
SE Sì:	
Buona pratica 1.1 Mensa aziendale	
Si prevede di lavorare sulla mensa aziendale	Si ☐ NO ☐
SE Sì, indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):	
- Capitolato orientato a un'offerta salutare	Sì ☐ NO ☐
- Formazione del personale della mensa e/o addetti esterni sulla composizione equilibrata del pasto e porzioni corrette	Si ☐ NO ☐
- Realizzazione iniziative informative per i fruitori della mensa	Si ☐ NO ☐
Buona Pratica 1.2 – Distributori automatici di alimenti	
Si prevede di definire coi gestori un capitolato orientato a un'offerta salutare (*)	Si ☐ NO ☐
(*) Offerta di almeno il 30% di alimenti salutarì	
Buona Buona pratica 1.3 - Bar interni	
Si prevede di concertare con i gestori proposte per garantire un'offerta salutare ("Pasto sano fuori casa")	Si ☐ NO ☐
Buona Pratica 1.4 – Area di refezione	
Si prevede di lavorare sulla pratica “area di refezione”	Si ☐ NO ☐
SE Sì, indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):	
- Disponibilità di frutta e/o verdura fresca di stagione gratuita almeno a cadenza settimanale	Sì ☐ NO ☐
- Presenza di distributori di acqua gratuita, forno a microonde, frigorifero	Si ☐ NO ☐
Buona Pratica 1.5- Ristorazione pubblica	
Si prevede di lavorare sulla pratica “ristorazione pubblica”:	Si ☐ NO ☐
SE Sì, indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):	
-Realizzazione percorsi di collaborazione con Associazioni di categoria o singoli ristoratori per migliorare l'offerta in termini salutarì ("Pasto sano fuori casa")	Si ☐ NO ☐
-Promozione percorsi informativi e di sensibilizzazione ai ristoratori	Si ☐ NO ☐
Buona Pratica 1.6- Altro	
Si prevede di lavorare su un'altra pratica non inclusa nelle precedenti	Si ☐ NO ☐
SE Sì, indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):	
- Altra Pratica validata da ASL	Si ☐ NO ☐
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche	Si ☐ NO ☐

2 – PRATICHE PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI UNO STILE DI VITA ATTIVO (AREA ATTIVITA' FISICA)	
Intendiamo sviluppare pratiche nell'Area "Attività Fisica"	Sì ☐ NO ☐
SE Sì	
Buona pratica 2.1 – Scale per la salute (SOLO se nella sede sono presenti ascensori)	
Si prevede di lavorare sulla pratica "scale per la salute"	Sì ☐ NO ☐
SE Sì, indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):	
-Promozione dell'uso delle scale in sostituzione dell'ascensore	Sì ☐ NO ☐
-Miglioramento del contesto fisico ove sono ubicate le scale	Sì ☐ NO ☐
Buona pratica 2.2 – Promozione della mobilità attiva nel percorso casa-lavoro	
Si prevede di lavorare sulla promozione della mobilità attiva nel percorso casa lavoro	Sì ☐ NO ☐
SE Sì, indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una)	
- promozione uso della bicicletta per raggiungere la sede di lavoro, attraverso:	Sì ☐ NO ☐
- Promozione/partecipazione alla realizzazione di interventi strutturali volti alla promozione di percorsi pedonali – ciclabili sicuri in prossimità dell'azienda	Sì ☐ NO ☐
- Realizzazione parcheggio/rastrelliere coperte	Sì ☐ NO ☐
- Fornitura biciclette in comodato d'uso ai dipendenti;	Sì ☐ NO ☐
-Attivazione convenzioni per sconti su acquisto e/o offerta di materiale utile correlato all'utilizzo della bicicletta;	Sì ☐ NO ☐
-Promozione e/o adesione a iniziative incentivanti (esempio "bike to work" promosso da FIAB)	Sì ☐ NO ☐
-Creazione della figura del Mobility Manager e/o altro per favorire l'uso del mezzo pubblico	Sì ☐ NO ☐
-Offerta di opportunità formative informative sulla sicurezza stradale e l'uso sicuro della bicicletta;	Sì ☐ NO ☐

Buona pratica 2.3 – Opportunità per incentivare lo svolgimento di attività fisica		
Si prevede di lavorare sulle opportunità per svolgere attività fisica	Sì ☐	NO ☐
SE Sì, indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una)		
- Organizzazione di Gruppi di cammino aziendali	Sì ☐	NO ☐
- Formazione di Walking Leader	Sì ☐	NO ☐
- Collaborazione con Enti/Associazioni locali per l'individuazione di percorsi per camminare o andare in bicicletta nei pressi dell'azienda	Sì ☐	NO ☐
- Organizzazione di iniziative sportive aziendali o organizzate da altri soggetti	Sì ☐	NO ☐
-Attivazione di convenzioni per abbonamenti a palestre, piscine, ecc/ acquisto di abbigliamento e attrezzature sportive	Sì ☐	NO ☐
-Allestimento di spazi aziendali accessibili a tutti i dipendenti per svolgere attività fisica (campo da gioco, palestra, etc.);	Sì ☐	NO ☐
-Promozione, ove possibile, di "pause attive" sul posto	Sì ☐	NO ☐
-Promozione eventi per sensibilizzare e valorizzare il tema della mobilità attiva (ad es. giorni "a piedi al lavoro" o "al lavoro in bicicletta", etc.)	Sì ☐	NO ☐
- Messa a disposizione di materiale informativo sui percorsi migliori per andare al lavoro a piedi o in bicicletta	Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 2.4– Altro		
Si prevede di lavorare su un'altra pratica non inclusa nelle precedenti		
SE Sì, indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):	Sì ☐	NO ☐
- Altra Pratica validata da ASL	Sì ☐	NO ☐
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche	Sì ☐	NO ☐
3 – PRATICHE PER CREARE UN AMBIENTE DI LAVORO “LIBERO DAL FUMO” e INCENTIVARE LA CESSAZIONE (AREA FUMO DI TABACCO)		
Si prevede di lavorare nell'Area “Fumo di tabacco”	Sì ☐	NO ☐
SE Sì		
Buona pratica 3.1 - Policy aziendale		
Si prevede di lavorare sulla Policy di “Luogo di lavoro libero dal fumo”	Sì ☐	NO ☐
SE Sì, Indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):		
- definizione della policy attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.)	Sì ☐	NO ☐
- attivazione di iniziative di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggetti frequentanti l'azienda	Sì ☐	NO ☐
- attuazione della policy	Sì ☐	NO ☐
- monitoraggio della applicazione della policy nel tempo (piano formale)	Sì ☐	NO ☐

Buona pratica 3.2 – Supporti alla cessazione tabagica		
Si prevede di lavorare sui supporti alla cessazione tabagica per i lavoratori fumatori	Sì ☐	NO ☐
SE Sì, Indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):		
-Attivazione di iniziative per promuovere la conoscenza dell'offerta dei Centri per il Trattamento del Tabagismo del Sistema Sanitario	Sì ☐	NO ☐
-Promozione e diffusione di iniziative e strumenti validati e gratuiti per supportare il fumatore	Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 3.3 – Altro		
Si prevede di lavorare su un'altra pratica non inclusa nelle precedenti	Sì ☐	NO ☐
SE Sì, indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):		
- Altra Pratica validata da ASL	Sì ☐	NO ☐
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche	Sì ☐	NO ☐
4 – PRATICHE PER IL CONTRASTO A COMPORTAMENTI ADDITIVI (AREA ALCOOL, DROGHE, GIOCO D'AZZARDO)		
Si prevede di lavorare nell'Area "Contrasto comportamenti additivi" (alcohol, droghe, gioco d'azzardo"	Sì ☐	NO ☐
Se Sì:		
Buona pratica 4.1: Policy aziendale		
Si prevede di lavorare sulla Policy aziendale	Sì ☐	NO ☐
SE Sì, indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):		
- Definizione policy attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.)	Sì ☐	NO ☐
- attivazione di iniziative di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggetti frequentanti l'azienda	Sì ☐	NO ☐
- attuazione della policy	Sì ☐	NO ☐
- monitoraggio della applicazione della policy nel tempo (piano formale)	Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 4.2 – Formazione generale		
Si prevede di attivare iniziative di formazione finalizzate ad aumentare la conoscenza dei rischi legati ai comportamenti additivi, rinforzare la resilienza, migliorare la comprensione della policy aziendale e acquisire familiarità con le procedure per ottenere supporto	Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 4.3 – Formazione per dirigenti e altre figure di sistema		
Si prevede di attivare iniziative di formazione per dirigenti, figure di sistema (datore di lavoro, RSPP, preposti, RLS, incaricati di primo soccorso), figure professionali che ricoprono un ruolo intermedio (ad es. quadri, capi-squadra, capi-turno, project leader, coordinatori di team), finalizzate ad aumentare la conoscenza della policy aziendale e le capacità di gestione dei lavoratori con comportamenti additivi.	Sì ☐	NO ☐

Buona pratica 4.4 – Altro	
Si prevede di lavorare su un'altra pratica non inclusa nelle precedenti	Sì ☐ NO ☐
SE Sì, indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):	Sì ☐ NO ☐
- Altra Pratica validata da ASL	Sì ☐ NO ☐
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche	
5 - BUONE PRATICHE TRASVERSALI	
Buona pratica 5.1 – Medico Competente	
Si prevede di lavorare sulla pratica del Medico Competente	Sì ☐ NO ☐
SE Sì, Indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):	
- Formazione del MC su minimal advice e/o counseling motivazionale	Sì ☐ NO ☐
- Attività di minimal advice ai lavoratori con fattori di rischio per MCNT	Sì ☐ NO ☐
Buona pratica 5.2 Inclusione	
Si prevede di lavorare sulla pratica relativa all'inclusione	Sì ☐ NO ☐
SE Sì, Indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):	
-Applicazione di strumenti di inclusione, reinserimento e supporto ai dipendenti con disabilità fisiche e psichiche e patologie croniche	Sì ☐ NO ☐
-Altra pratica validata da ASL	Sì ☐ NO ☐
6 PRATICHE DI CONCILIAZIONE VITA-LAVORO, WELFARE, RESPONSABILITÀ SOCIALE E PER PROMUOVERE L'ADESIONE A COMPORTAMENTI PREVENTIVI (AREA ALTRE PRATICHE)	
Si prevede di lavorare nell'Area "Altre pratiche"	Sì ☐ NO ☐
Se Sì:	
Buona pratica 6.1–Conciliazione vita-lavoro	
L'azienda intende aderire a reti territoriali, progetti, iniziative di conciliazione vita-lavoro	Sì ☐ NO ☐
Buona pratica 6.2–Responsabilità Sociale	
L'azienda intende aderire a iniziative regionali /nazionali/comunitarie di Responsabilità Sociale d'Impresa	Sì ☐ NO ☐
Buona pratica 6.3– Riduzione Spreco alimentare	
L'azienda intende promuovere iniziative per la riduzione dello spreco alimentare e valorizzazione delle eccedenze	Sì ☐ NO ☐
Buona pratica 6.4- Stress lavoro-correlato e benessere organizzativo	
L'azienda intende attuare interventi validati in tema di stress lavoro correlato e benessere organizzativo	Sì ☐ NO ☐
Buona pratica 6.5- Adesione a comportamenti preventivi	
L'azienda intende attivare, in accordo con Asl territoriale, iniziative per la promozione dell'adesione a programmi di screening oncologico	Sì ☐ NO ☐

Buona pratica 6.6- Adesione a comportamenti preventivi		
L'azienda intende attivare, in accordo con Asl territoriale, iniziative per la promozione dell'adesione alle campagne vaccinali		
	Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 6.6- Altro		
Si prevede di lavorare su un'altra pratica non inclusa nelle precedenti	Sì ☐	NO ☐
SE Sì, indicare le azioni previste tra quelle sotto elencate (una o più di una):		
- Altra Pratica validata da ASL	Sì ☐	NO ☐
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche	Sì ☐	NO ☐
DATI DEL COMPILATORE		
Cognome Nome		
Telefono E-Mail		
Ruolo nell'Azienda...		

4. Fase di Rendicontazione annuale:

Format “Scheda di Rendicontazione”

Al termine di ogni anno, il “Luogo di lavoro” raccoglierà le informazioni necessarie a documentare le azioni di miglioramento realizzate. Nella esperienza lombarda il termine fissato per questa attività è inizio novembre, in quanto permette l’elaborazione dei dati entro fine anno e la pianificazione di azioni di comunicazione e marketing sociale (report, eventi pubblici con consegne degli attestati e rilancio del Programma, ecc.) per l’inizio dell’anno successivo.

Tabella 04 - Format “Scheda di Rendicontazione”

<u>FORMAT “SCHEDA DI RENDICONTAZIONE” – TRACCIATO TIPO</u>																				
Anno ____ (dati selezionabili da menù a tendina)																				
ID e DATI IDENTIFICATIVI DELLA SEDE (dati selezionabili da menù a tendina)																				
1 – PRATICHE PER FAVORIRE L’ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI COMPORTAMENTI ALIMENTARI SALUTARI (AREA ALIMENTAZIONE) Sì ☐ NO ☐																				
Buona pratica 1.1 Mensa aziendale Sì ☐ NO ☐ Se Sì: COMPLETA ☐ PARZIALE ☐ SE PARZIALE, specificare <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>- offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale</td> <td>Sì ☐</td> <td>NO ☐</td> </tr> <tr> <td>- frutta e verdura non sostituibile con altri dessert</td> <td>Sì ☐</td> <td>NO ☐</td> </tr> <tr> <td>- utilizzo esclusivo di sale iodato</td> <td>Sì ☐</td> <td>NO ☐</td> </tr> <tr> <td>- disponibilità di pane integrale</td> <td>Sì ☐</td> <td>NO ☐</td> </tr> <tr> <td>- Formazione del personale della mensa (e/o gestore)</td> <td>Sì ☐</td> <td>NO ☐</td> </tr> <tr> <td>- informazione ai lavoratori su porzioni corrette e composizione equilibrata del pasto</td> <td>Sì ☐</td> <td>NO ☐</td> </tr> </table>			- offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale	Sì ☐	NO ☐	- frutta e verdura non sostituibile con altri dessert	Sì ☐	NO ☐	- utilizzo esclusivo di sale iodato	Sì ☐	NO ☐	- disponibilità di pane integrale	Sì ☐	NO ☐	- Formazione del personale della mensa (e/o gestore)	Sì ☐	NO ☐	- informazione ai lavoratori su porzioni corrette e composizione equilibrata del pasto	Sì ☐	NO ☐
- offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale	Sì ☐	NO ☐																		
- frutta e verdura non sostituibile con altri dessert	Sì ☐	NO ☐																		
- utilizzo esclusivo di sale iodato	Sì ☐	NO ☐																		
- disponibilità di pane integrale	Sì ☐	NO ☐																		
- Formazione del personale della mensa (e/o gestore)	Sì ☐	NO ☐																		
- informazione ai lavoratori su porzioni corrette e composizione equilibrata del pasto	Sì ☐	NO ☐																		
Buona pratica 1.2 – Distributori automatici di alimenti Sì ☐ NO ☐																				
Buona pratica 1.3 - Bar interni (“Pasto sano fuori casa”) Sì ☐ NO ☐																				
Buona Pratica 1.4 – Area di refezione Sì ☐ NO ☐ Se Sì: COMPLETA ☐ PARZIALE ☐ SE PARZIALE, specificare: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>- Disponibilità di frutta e/o verdura fresca di stagione gratuita almeno a cadenza settimanale</td> <td>Sì ☐</td> <td>NO ☐</td> </tr> <tr> <td>- Presenza di distributori di acqua gratuita, forno a microonde, frigorifero</td> <td>Sì ☐</td> <td>NO ☐</td> </tr> </table>			- Disponibilità di frutta e/o verdura fresca di stagione gratuita almeno a cadenza settimanale	Sì ☐	NO ☐	- Presenza di distributori di acqua gratuita, forno a microonde, frigorifero	Sì ☐	NO ☐												
- Disponibilità di frutta e/o verdura fresca di stagione gratuita almeno a cadenza settimanale	Sì ☐	NO ☐																		
- Presenza di distributori di acqua gratuita, forno a microonde, frigorifero	Sì ☐	NO ☐																		

Buona pratica 1.5 – Ristorazione pubblica (“Pasto sano fuori casa”)		Sì ☐	NO ☐
COMPLETA ☐ PARZIALE ☐ SE PARZIALE, specificare: -Attivazione percorsi di collaborazione con Associazioni di categoria o singoli ristoratori per migliorare l'offerta e l'organizzazione in termini salutarì		Sì ☐	NO ☐
-Promozione percorsi informativi e di sensibilizzazione ai ristoratori		Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 1.6 – Altro		Sì ☐	NO ☐
SE Sì, specificare:			
- Altra Pratica validata da ASL		Sì ☐	NO ☐
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche		Sì ☐	NO ☐
2 – PRATICHE PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI UNO STILE DI VITA ATTIVO (AREA ATTIVITA' FISICA)		Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 2.1 – Scale per la salute (SOLO se nella sede sono presenti ascensori)		Sì ☐	NO ☐
COMPLETA ☐ PARZIALE ☐ SE PARZIALE, specificare: -Promozione dell'uso delle scale in sostituzione dell'ascensore		Sì ☐	NO ☐
-Miglioramento del contesto fisico ove sono ubicate le scale		Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 2.2 – Promozione della mobilità attiva nel percorso casa-lavoro		Sì ☐	NO ☐
COMPLETA ☐ PARZIALE ☐ SE PARZIALE, specificare: - promozione uso della bicicletta per raggiungere la sede di lavoro, attraverso:		Sì ☐	NO ☐
- Promozione/partecipazione alla realizzazione di interventi strutturali volti alla promozione di percorsi pedonali – ciclabili sicuri in prossimità dell'azienda		Sì ☐	NO ☐
- Realizzazione parcheggio/rastrelliere coperte		Sì ☐	NO ☐
- Fornitura biciclette in comodato d'uso ai dipendenti;		Sì ☐	NO ☐
-Attivazione convenzioni per sconti su acquisto e/o offerta di materiale utile correlato all'utilizzo della bicicletta;		Sì ☐	NO ☐
-Promozione e/o adesione a iniziative incentivanti (esempio "bike to work" promosso da FIAB)		Sì ☐	NO ☐
-Creazione della figura del Mobility Manager e/o altro per favorire l'uso del mezzo pubblico		Sì ☐	NO ☐
-Offerta di opportunità formative informative sulla sicurezza stradale e l'uso sicuro della bicicletta;		Sì ☐	NO ☐

Buona pratica 2.3 – Opportunità per incentivare lo svolgimento di attività fisica		
	Sì ☐	NO ☐
COMPLETA ☐ PARZIALE ☐ SE PARZIALE, specificare:		
- Organizzazione di Gruppi di cammino aziendali	Sì ☐	NO ☐
- Formazione di Walking Leader	Sì ☐	NO ☐
- Collaborazione con Enti/Associazioni locali per l'individuazione di percorsi per camminare o andare in bicicletta nei pressi dell'azienda	Sì ☐	NO ☐
- Organizzazione di iniziative sportive aziendali o organizzate da altri soggetti;	Sì ☐	NO ☐
-Attivazione di convenzioni per abbonamenti a palestre, piscine, ecc/ acquisto di abbigliamento e attrezzature sportive	Sì ☐	NO ☐
-Allestimento di spazi aziendali accessibili a tutti i dipendenti per svolgere attività fisica (campo da gioco, palestra, etc.);	Sì ☐	NO ☐
-Promozione, ove possibile, di "pause attive" sul posto	Sì ☐	NO ☐
-Promozione eventi per sensibilizzare e valorizzare il tema della mobilità attiva (ad es. giorni "a piedi al lavoro" o "al lavoro in bicicletta", etc.)	Sì ☐	NO ☐
- Messa a disposizione di materiale informativo sui percorsi migliori per andare al lavoro a piedi o in bicicletta	Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 2.4 – Altro		
SE Sì, specificare:	Sì ☐	NO ☐
- Altra Pratica validata da ASL	Sì ☐	NO ☐
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche	Sì ☐	NO ☐
3 – PRATICHE PER CREARE UN AMBIENTE DI LAVORO “LIBERO DAL FUMO” e INCENTIVARE LA CESSAZIONE (AREA FUMO DI TABACCO)		
	Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 3.1 - Policy di Ambiente libero dal fumo		
SE Sì,	Sì ☐	NO ☐
COMPLETA ☐ PARZIALE ☐ SE PARZIALE, specificare		
- definizione della policy - attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.)	Sì ☐	NO ☐
- attivazione di iniziative di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggetti frequentanti l'azienda	Sì ☐	NO ☐
- attuazione della policy	Sì ☐	NO ☐
- monitoraggio della applicazione della policy nel tempo (piano formale)	Sì ☐	NO ☐

Buona pratica 3.2 – Supporti alla cessazione tabagica		Sì ☐	NO ☐
SE Sì,			
COMPLETA ☐		PARZIALE ☐	
SE PARZIALE, specificare			
-Attivazione di iniziative per promuovere la conoscenza dell'offerta dei Centri per il Trattamento del Tabagismo del Sistema Sanitario		Sì ☐	NO ☐
-Promozione e diffusione di iniziative e strumenti validati e gratuiti per supportare il fumatore		Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 3.3 – Altro		Sì ☐	NO ☐
SE Sì, specificare:		Sì ☐	NO ☐
- Altra Pratica validata da ASL		Sì ☐	NO ☐
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche			
4 – PRATICHE PER IL CONTRASTO A COMPORTAMENTI ADDITIVI (AREA ALCOOL, DROGHE, GIOCO D'AZZARDO)		Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 4.1 – Policy aziendale		Sì ☐	NO ☐
SE Sì,			
COMPLETA ☐		PARZIALE ☐	
SE PARZIALE, specificare:			
- Definizione policy – attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.)		Sì ☐	NO ☐
- attivazione di iniziative di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggetti frequentanti l'azienda		Sì ☐	NO ☐
- attuazione della policy		Sì ☐	NO ☐
- monitoraggio della applicazione della policy nel tempo (piano formale)		Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 4.2 – Formazione generale		Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 4.3 – Formazione per dirigenti e altre figure di sistema		Sì ☐	NO ☐
5 - BUONE PRATICHE TRASVERSALI		Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 5.1 – Medico Competente		Sì ☐	NO ☐
SE Sì, COMPLETA ☐			
PARZIALE ☐			
SE PARZIALE, specificare:			
- Formazione validata su minimal advice e/o counseling motivazionale		Sì ☐	NO ☐
- Attività di minimal advice ai lavoratori con fattori di rischio per MCNT		Sì ☐	NO ☐

Buona pratica 5.2 Inclusione		
-Applicazione di strumenti di inclusione, reinserimento e supporto ai dipendenti con disabilità fisiche e psichiche e patologie croniche	Sì ☐	NO ☐
6 PRATICHE DI CONCILIAZIONE VITA-LAVORO, WELFARE, RESPONSABILITÀ SOCIALE E PER PROMUOVERE L'ADESIONE A COMPORTAMENTI PREVENTIVI (AREA ALTRE PRATICHE)		
Sì ☐ NO ☐		
Buona pratica 6.1–Conciliazione vita-lavoro		
Adesione a reti territoriali, progetti, iniziative di conciliazione vita-lavoro	Sì ☐	NO ☐
Se SI Breve descrizione		
Buona pratica 6.2–Responsabilità Sociale		
Adesione a iniziative regionali /nazionali/comunitarie di Responsabilità Sociale d'Impresa	Sì ☐	NO ☐
Se SI Breve descrizione		
Buona pratica 6.3– Riduzione Spreco alimentare		
Iniziative per la riduzione dello spreco alimentare e valorizzazione delle eccedenze	Sì ☐	NO ☐
Se SI Breve descrizione		
Buona pratica 6.4- Stress lavoro-correlato e benessere organizzativo		
Attuazione di interventi validati in tema di stress lavoro correlato e benessere organizzativo	Sì ☐	NO ☐
Se SI Breve descrizione		
Buona pratica 6.5- Adesione a comportamenti preventivi		
Iniziative con ASL per la promozione dell'adesione a programmi di screening oncologico	Sì ☐	NO ☐
Iniziative per la promozione dell'adesione alle campagne vaccinali	Sì ☐	NO ☐
Buona pratica 6.6– Altro		
SE Sì, specificare:	Sì ☐	NO ☐
- Altra Pratica validata da ASL	Sì ☐	NO ☐
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche	Sì ☐	NO ☐
DATI DEL COMPILATORE		
Cognome Nome		
Telefono E-Mail		
Ruolo nell'Azienda...		

La raccolta delle informazioni e l'elaborazione dei dati

L'auto compilazione dei diversi Format da parte del "Luogo di lavoro" e l'elaborazione di informazioni e dati rende opportuna la strutturazione da parte di ASL/Regioni di un "sistema informativo digitale" per il quale sono funzionali i "tracciati tipo" descritti precedentemente.

Il dispositivo informatico di raccolta dati può essere individuato tra le diverse opzioni disponibili sul mercato (Survey Monkey, lime survey, Excel, ecc.) e in considerazione di specifiche esigenze contestuali.

Gli indicatori osservabili con il monitoraggio

L'insieme dei dati raccolti attraverso le "Schede", all'interno delle varie fasi del Programma, consente di individuare una serie di indicatori utili:

- alla misurazione degli obiettivi di implementazione, diffusione e impatto del Programma
- di realizzazione/miglioramento e mantenimento delle azioni intraprese
- di rendicontazione del Programma Predefiniti n. 3 dei Piani regionali di Prevenzione

Di seguito, a titolo esemplificativo, si riportano alcuni indicatori osservabili e le relative formule per misurarli:

INDICATORE	Incremento delle adesioni al Programma rispetto all'anno precedente		
FORMULA	N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche aderenti al Programma / N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma nell'anno precedente		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili"	FONTE ⁵⁵	"Scheda anagrafica" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma anno precedente	FONTE	"Scheda anagrafica" anno precedente

INDICATORE	Incremento della adesione delle Aziende private rispetto all'anno di avvio		
FORMULA	N. Aziende aderenti nell'anno osservato/ N. Aziende aderenti nell'anno di avvio		
NUMERATORE	N. Aziende aderenti nell'anno osservato	FONTE	"Scheda anagrafica" anno osservato
DENOMINATORE	N. Aziende aderenti nell'anno di avvio	FONTE	"Scheda anagrafica" anno di avvio

⁵⁵ "Sistema informativo regionale/ASL"

INDICATORE	Incremento della adesione delle Aziende della PA rispetto all'anno di avvio		
FORMULA	N. Aziende aderenti nell'anno osservato/ N. Aziende aderenti nell'anno di avvio		
NUMERATORE	N. Aziende aderenti nell'anno osservato	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato
DENOMINATORE	N. Aziende aderenti nell'anno di avvio	Fonte	"Scheda anagrafica" anno di avvio

INDICATORE	Incremento della adesione delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere rispetto all'anno di avvio		
FORMULA	N. Aziende aderenti nell'anno osservato/ N. Aziende aderenti nell'anno di avvio		
NUMERATORE	N. Aziende aderenti nell'anno osservato	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato
DENOMINATORE	N. Aziende aderenti nell'anno di avvio	Fonte	"Scheda anagrafica" anno di avvio

INDICATORE	Incremento Lavoratori raggiunti rispetto all'anno di avvio		
FORMULA	N. Lavoratori delle Aziende aderenti nell'anno osservato/ N. Lavoratori delle Aziende aderenti nell'anno di avvio		
NUMERATORE	N. Lavoratori delle Aziende aderenti nell'anno osservato	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. Lavoratori delle Aziende aderenti nell'anno di avvio	Fonte	"Scheda del Profilo di salute" anno di avvio

INDICATORE	Formazione Medici competenti al counseling breve - Aziende Private		
FORMULA	N° aziende che realizzano la PR ⁵⁵ n. 5 (Formazione del MC al counseling) nell'anno osservato/ Sul N° di aziende aderenti nell'anno osservato		
NUMERATORE	N° aziende che realizzano la PR n. 5	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N° di aziende aderenti nell'anno osservato	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato
NOTE	INDICATORE DI MONITORAGGIO PROGRAMMA PREDEFINITO PNP		

INDICATORE	Formazione Medici competenti al counseling breve - Aziende della PA		
FORMULA	N° aziende che realizzano la PR ⁵⁶ n. 5 (Formazione del MC al counseling) nell'anno osservato/ Sul N° di aziende aderenti nell'anno osservato		
NUMERATORE	N° aziende che realizzano la PR n. 5	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N° di aziende aderenti nell'anno osservato	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato
NOTE	INDICATORE DI MONITORAGGIO PROGRAMMA PREDEFINITO PNP		

INDICATORE	Formazione Medici competenti al counseling breve - Aziende Sanitarie e Ospedaliere		
FORMULA	N° aziende che realizzano la PR ⁵⁶ n. 5 (Formazione del MC al counseling) nell'anno osservato/ Sul N° di aziende aderenti nell'anno osservato		
NUMERATORE	N° aziende che realizzano la PR n. 5	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N° di aziende aderenti nell'anno osservato	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato
NOTE	INDICATORE DI MONITORAGGIO PROGRAMMA PREDEFINITO PNP		

INDICATORE	Rapporto tra sedi aziendali attive e sedi aziendali aderenti al programma		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ , per ciascuna area indicata nel Documento stesso/N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", per ciascuna area indicata nel Documento stesso	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato
NOTE	INDICATORE DI MONITORAGGIO PROGRAMMA PREDEFINITO PNP		

INDICATORE	Rapporto tra sedi attive e aderenti al programma - Aziende Private		
FORMULA	N. sedi di aziende private aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ , per ciascuna area indicata nel Documento stesso/ N. sedi di aziende private aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", per ciascuna area indicata nel Documento stesso	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private aderenti al Programma	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Rapporto tra sedi attive e aderenti al programma - Aziende della PA		
FORMULA	N. sedi della PA aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ , per ciascuna area indicata nel Documento stesso/ N. sedi della PA aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende PA aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", per ciascuna area indicata nel Documento stesso	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi della PA aderenti al Programma	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Rapporto tra sedi attive e aderenti al programma - Aziende Sanitarie e Ospedaliere		
FORMULA	N. sedi di aziende sanitarie aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ , per ciascuna area indicata nel Documento stesso/ N. sedi di aziende sanitarie aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende sanitarie, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", per ciascuna area indicata nel Documento stesso	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende sanitarie aderenti al Programma	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Rapporto tra sedi attive e sedi del territorio - Aziende Sanitarie del territorio		
FORMULA	N. sedi di aziende sanitarie aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ , per ciascuna area indicata nel Documento stesso/ N. sedi di aziende sanitarie presenti nel territorio		
NUMERATORE	N. sedi di aziende sanitarie aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", per ciascuna area indicata nel Documento stesso	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende sanitarie presenti nel territorio	Fonte	Fonte ARIA

INDICATORE	Diffusione pratiche raccomandate: - area alimentazione - area fumo di tabacco - area attività fisica - area contrasto comportamenti Additivi		
FORMULA	N° sedi aziendali con attive almeno 4 pratiche raccomandate ⁵³ in almeno 2 aree tra: alimentazione, fumo di tabacco, attività fisica, comportamenti additivi / N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma da almeno due anni		
NUMERATORE	N° sedi aziendali con attive almeno 4 pratiche raccomandate (esclusa informazione – comunicazione) in almeno 2 aree tra: alimentazione, fumo di tabacco, attività fisica, comportamenti additivi	FONTE	“Scheda di Rendicontazione” anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma da almeno due anni	FONTE	“Scheda anagrafica” anno osservato e precedente

INDICATORE	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma - AREA ALIMENTAZIONE		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili” ⁵³ , nell'area COMPORTAMENTI ALIMENTARI SALUTARI / N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili” ⁵³ , nell'Area COMPORTAMENTI ALIMENTARI SALUTARI	FONTE	“Scheda di Rendicontazione” anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	FONTE	“Scheda anagrafica” anno osservato

INDICATORE	Pratica Mensa aziendale		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma che hanno realizzato completamente la pratica mensa aziendale (minimo garantito: offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale, frutta e verdura non sostituibile con altri dessert, utilizzo esclusivo di sale iodato, disponibilità di pane integrale)/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma con mensa		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma che hanno realizzato completamente la pratica mensa aziendale	FORTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma con mensa	FORTE	"Scheda del Profilo di salute"

INDICATORE	Offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale (1,7% riferito alla farina)		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma che hanno Capitolati con offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale (1,7% riferito alla farina)/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma con mensa		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma che hanno Capitolati/dichiarazione del fornitore con offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale (1,7% riferito alla farina)	FORTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma con mensa	FORTE	"Scheda del Profilo di salute"

INDICATORE	Offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale (1,7% riferito alla farina)- Aziende sanitarie e Ospedaliere		
FORMULA	N. sedi di aziende sanitarie aderenti al Programma che hanno Capitolati con offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale (1,7% riferito alla farina)/ N. sedi di aziende sanitarie aderenti al Programma con mensa		
NUMERATORE	N. sedi di aziende sanitarie aderenti al Programma che hanno Capitolati /dichiarazione del fornitore con offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale (1,7% riferito alla farina)	FORTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende sanitarie aderenti al Programma con mensa	FORTE	"Scheda del Profilo di salute"

INDICATORE	Distributori con presenza di almeno il 30% di alimenti salutari		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma che hanno Capitolati con offerta esclusiva di di almeno il 30% di alimenti salutari/ N. sedi di aziende private/ pubbliche aderenti al Programma con distributori automatici		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma che hanno Capitolati con offerta esclusiva di almeno il 30% di alimenti salutari	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma con distributori automatici	Fonte	"Scheda del Profilo di salute"

INDICATORE	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma - AREA STILE DI VITA ATTIVO		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ , nell'area ATTIVITA' FISICA/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ , nell'Area STILE DI VITA ATTIVO	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Uso delle scale		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma che hanno incentivato l'uso delle scale/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma con la sede organizzata su più piani raggiungibili con le scale		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma che hanno incentivato l'uso delle scale	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma con la sede organizzata su più piani raggiungibili con le scale	Fonte	"Scheda del Profilo di salute"

INDICATORE	Promozione dell'uso della bicicletta per raggiungere la sede di lavoro		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma che hanno incentivato l'uso della bicicletta per raggiungere la sede di lavoro/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma che hanno incentivato l'uso della bicicletta per raggiungere la sede di lavoro	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Promozione di opportunità per svolgere attività fisica		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma che hanno creato opportunità per svolgere attività fisica / N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma che hanno creato opportunità per svolgere attività fisica	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma - AREA FUMO DI TABACCO		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", nell'area FUMO DI TABACCO/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ , nell'Area FUMO DI TABACCO	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Policy di Ambiente libero dal fumo		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno completato la Policy di ambiente libero dal fumo/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno completato la Policy di ambiente libero dal fumo	FONTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	FONTE	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Supporti alla cessazione tabagica per lavoratori fumatori		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno proposto l'adesione dei lavoratori a supporti per la cessazione tabagica/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno proposto l'adesione dei lavoratori a supporti per la cessazione tabagica	FONTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	FONTE	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma - AREA CONTRASTO AI COMPORTAMENTI ADDITIVI		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ , nell'area CONTRASTO AI COMPORTAMENTI ADDITIVI / N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ , nell'Area CONTRASTO AI COMPORTAMENTI ADDITIVI	FONTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	FONTE	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Policy di contrasto a comportamenti additivi		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno completato la Policy di contrasto ai comportamenti additivi/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno completato la Policy di ambiente libero dal fumo	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Comportamenti additivi - Formazione generale		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno realizzato iniziative di formazione finalizzate ad aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi legati ai comportamenti additivi, rinforzare la resilienza, acquisire familiarità con le procedure per ottenere supporto/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno realizzato iniziative di formazione	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Comportamenti additivi - Formazione per dirigenti di sistema		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno realizzato iniziative di formazione per dirigenti e figure di sistema/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno realizzato iniziative di formazione	Fonte	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	Fonte	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma – AREA TEMATICA INCLUSIONE		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano interventi tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ in riferimento nell'area INCLUSIONE (Inclusione, reinserimento e supporto dei dipendenti con disabilità fisiche e psichiche e patologie croniche) / N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", nell'Area INCLUSIONE	FONTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	FONTE	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma – AREA TEMATICA CONCILIAZIONE VITA-LAVORO/WELFARE, RESPONSABILITÀ SOCIALE		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano interventi tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ in riferimento nell'area CONCILIAZIONE VITA-LAVORO/WELFARE, RESPONSABILITÀ SOCIALE / N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" ⁵³ , nell'Area CONCILIAZIONE VITA-LAVORO/WELFARE, RESPONSABILITÀ SOCIALE	FONTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	FONTE	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Iniziative di conciliazione vita-lavoro/adesione a reti territoriali		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno attuato iniziative di conciliazione vita-lavoro/aderito a reti territoriali / N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno attuato iniziative di conciliazione vita-lavoro/aderito a reti territoriali	FONTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	FONTE	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Iniziative regionali /nazionali/comunitarie di Responsabilità Sociale d'Impresa		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno aderito a iniziative regionali /nazionali/comunitarie di Responsabilità Sociale d'Impresa/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno aderito a iniziative regionali /nazionali/comunitarie di Responsabilità Sociale d'Impresa	FONTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	FONTE	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Interventi validati in tema di stress lavoro correlato e benessere organizzativo		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno attivato interventi validati in tema di stress lavoro correlato e benessere organizzativo / N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche con mensa aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno attivato interventi validati in tema di stress lavoro correlato e benessere organizzativo	FONTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche con mensa aderenti al Programma	FONTE	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Programmi di riduzione spreco alimentare e/o valorizzazione delle eccedenze		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno attivato iniziative di riduzione dello spreco alimentare e/o valorizzazione eccedenze/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche con mensa aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno attivato iniziative di riduzione dello spreco alimentare	FONTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche con mensa aderenti al Programma	FONTE	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Iniziative per promuovere l'adesione ai programmi di screening oncologico		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno attivato iniziative per la promozione dell'adesione ai programmi di screening oncologico/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno attivato iniziative di adesione ai programmi di screening oncologico	FORTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	FORTE	"Scheda anagrafica" anno osservato

INDICATORE	Iniziative per promuovere l'adesione ai programmi vaccinali		
FORMULA	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno attivato iniziative per la promozione dell'adesione ai programmi vaccinali/ N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma		
NUMERATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che hanno attivato iniziative di adesione ai programmi vaccinali	FORTE	"Scheda di Rendicontazione" anno osservato
DENOMINATORE	N. sedi di aziende private/ amministrazioni pubbliche aderenti al Programma	FORTE	"Scheda anagrafica" anno osservato

PARTE II

LA COMUNITÀ DI PRATICA INTERREGIONALE DEL PROGETTO CCM

II.1 IL PERCORSO FORMATIVO

Liliana Coppola, Paola Ragazzoni

Gruppo di Progetto UO Capofila

Il Progetto CCM prevedeva due obiettivi specifici dedicati ad attività formative:

- (OS 3) realizzare un percorso formativo per gli operatori dei diversi contesti regionali su processi, metodi e strumenti del programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute”
- (OS 4) supportare e monitorare i diversi contesti regionali partecipanti nella implementazione locale del programma

Per il loro raggiungimento sono state quindi progettate e realizzate attività di aula, attività sul campo e tutoraggio a distanza che, insieme alle attività di governance e monitoraggio locale a cura di ciascuna UO, hanno rappresentato uno dei tasselli principali della comunità di pratica interregionale strutturata per il raggiungimento degli obiettivi di Progetto.

Il percorso formativo iniziato con il 1° Modulo in plenaria in Friuli Venezia Giulia (13 e 14 febbraio 2020) e in Liguria 19 e 20 febbraio, è stato bruscamente interrotto dalla pandemia da Covid 19. L'incontro in plenaria presso la ASP di Catania (26 e 27 febbraio 2020) è stato annullato dopo una serie di tentativi di riprogrammazione in presenza. Stante la situazione l'intero percorso formativo per tutte le UO è stato riorganizzato a distanza e condensato per venire incontro alle esigenze di lavoro dei partecipanti, pesantemente coinvolti nella gestione della epidemia a livello regionale.

Sono stati quindi effettuati incontri formativi a distanza, in modalità asincrona e sincrona e momenti di confronto con i referenti delle UUOO. Il percorso, pur nell'estrema difficoltà del periodo, ha visto la partecipazione di quasi tutti gli operatori individuati inizialmente, che hanno contribuito attivamente con entusiasmo, intelligenza e professionalità alla sua riuscita.

Alcuni dati relativi agli operatori coinvolti:

N. totale partecipanti 65 (iscritti e frequentanti)

Genere: 78% femmine e 22% maschi

Età media 49 anni

Professionalità:

32% Infermiere e Assistente Sanitario, 29% Medico, 8% Tecnico della Prevenzione, 6% Assistente Sociale, 5% Educatore Professionale, 5% Sociologo, 15% Altro

Professionalità per UUOO

UO Friuli Venezia Giulia

55% Assistente Sanitario, 35% Medico, 5% Tecnico della Prevenzione, 5% Dietista

UO Liguria

33% Medico, 37% Infermiere e Assistente Sanitario, 15% Tecnici della Prevenzione, 15% Altre figure (Sociologo, Biologo, Fisiocinesiterapista, Amministrativa)

UO ASP Catania

23% Assistente Sociale, 17% Medico, 17% Educatore Professionale, 11% Esperto di Comunicazione, 11% Sociologo, 11% Ingegnere, 5% Psicoterapeuta, 5% Informatico

Nel periodo settembre – ottobre 2021 si è svolto presso ciascuna UO partecipante un workshop conclusivo in presenza, nell'ambito del quale i Gruppi di lavoro locali hanno presentato e discusso punti di forza e criticità di quanto emerso dall'applicazione dei contenuti formativi, oltre a idee e proposte per lo sviluppo del Programma nell'ambito del rispettivo Piano Regionale di Prevenzione⁵⁷.

Di seguito sono descritte i principali elementi del percorso così come **progettato** in epoca pre-covid, al fine di documentare e rendere disponibili a livello nazionale elementi e strumenti formativi potenzialmente “trasferibili” in altri contesti regionali/locali.

⁵⁷ Parte II - Descrizione dell'implementazione locale a cura di ciascuna UUOO.

Percorso Comunità di Pratica – Formazione – Il Progetto

Obiettivo generale

- Promuovere conoscenze e competenze negli operatori sanitari e socio-sanitari coinvolti nella implementazione del programma “Luoghi di lavoro che promuovono salute –” nei diversi contesti individuati dalle UO Partecipanti e supportare lo sviluppo di comunità di pratica locali

Obiettivi specifici

Aumentare conoscenze, competenze su:

- modelli teorici di riferimento, evidenze e buone pratiche per lo sviluppo di programmi di prevenzione finalizzati alla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali della cronicità nel setting “luoghi di lavoro”
- processi, metodi e strumenti del programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute”
- Supportare il processo locale di implementazione del programma

Riferimenti metodologici

Il percorso era stato pensato per favorire una significativa partecipazione dei partecipanti alla organizzazione delle attività, in considerazione dei principi teorici che orientano la formazione per adulti o andragogia di Knowles. Aspetti chiave:

- il concetto di ricerca-azione (Kurt Lewin, 2005) che mette a fuoco un tipo di conoscenza non limitata alla descrizione della realtà e alla individuazione delle ragioni che la spiegano, ma “finalizzata a un intervento volto a produrre il mutamento desiderato”;
- il modello del counseling formativo (Mucchielli, 1987) che sposta l'attenzione dal ruolo del formatore come esperto che propone soluzioni, al ruolo del formatore come guida nell'analisi dei problemi e nella ricerca autonoma di soluzioni personali;
- l'approccio della “comunità di pratica” (Wenger, 2006) che valorizza il processo di “condivisione” tra i membri di una comunità ed evidenzia l'efficacia del confronto reciproco sui problemi incontrati e sulle soluzioni identificate, con la finalità del miglioramento collettivo e individuale.

Metodologie didattiche:

- brain storming e riflessione critica su “parole chiave”
- momenti formativi per approfondire particolari riferimenti concettuali e metodologici, seguiti da momenti di partecipazione e riflessione critica in plenaria
- lavori di gruppo e riflessione su documenti prodotti dai partecipanti al fine di enfatizzare l'apprendimento dall'esperienza (Learning Cycle di Kolb,

1984, 2002) e la riflessione sulla propria vicenda formativa e professionale (Schön, 1993, 2006)

Valutazione e strumenti

Per la valutazione del percorso sono stati previsti i seguenti livelli diversi livelli integrati:

- valutazione di processo (schede di monitoraggio delle attività in aula)
- valutazione di impatto (questionario di gradimento al termine di ogni modulo formativo, utili per il riorientamento della didattica)
- valutazione di esito (questionario di valutazione senso di autoefficacia dei partecipanti appositamente costruito e somministrato al T0, inizio 1° modulo, e al T1, ultimo incontro)
- monitoraggio dell'implementazione locale a cura di ciascuna UO (rendicontata alla UO Capofila)

Gli strumenti utilizzati per la valutazione e il monitoraggio delle attività sono raccolti nell'allegato D.

Target

Il target è individuato da ciascuna UO in base alle esigenze di contesto in relazione agli obiettivi del Progetto, pertanto il percorso è aperto a tutte le figure professionali. Ai fini di una ottimale gestione il target numerico per le attività di aula per ciascuna UO è di circa 30 persone.

Struttura organizzativa

La struttura organizzativa in fase progettuale prevedeva 5 moduli d'aula di 2 giornate ciascuno a cadenza mensile per un totale di 80 h d'aula per ciascuna UO e attività di tutoraggio a distanza (finalizzata anche al confronto/dialogo tra le comunità di pratiche delle UO Partecipanti) a cura del gruppo di lavoro della UO capofila.

Contenuti

I° MODULO
1ª giornata
Presentazione del percorso: contesto istituzionale e obiettivi
Question time
Presentazione dei partecipanti e contratto formativo
Somministrazione questionario autoefficacia T0
Lavoro di gruppo: esperienze in atto/pregresse - nel contesto locale/regionale - di programmi/interventi di promozione di stili di vita favorevoli alla salute nei luoghi di lavoro: chi e cosa, punti di forza e punti di debolezza
Restituzione e sintesi lavoro di gruppo
2ª giornata
"Healthy Settings" nel modello WHO, i sotto-setting del "Workplace" (privato, pubblico, ospedale/servizio sanitario) e alcune "leve" per l'implementazione del programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute"
Concetti chiave: • Salute e Promozione della Salute • Modelli teorici sul cambiamento dei comportamenti
Question time
Concetti chiave: • Efficacia teorica ed Efficacia pratica • Pratiche "raccomandate" per rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
Lavoro di gruppo: analisi e riflessione sulle Pratiche Raccomandate (quali sono i settori coinvolti, trasversalità interna, fattibilità, aree di criticità, ...)
Questionario di valutazione e mandato di lavoro "extra aula" (restituzione scritta su quanto emerso dal lavoro di gruppo)

II° MODULO	
1ª giornata	
Restituzione del lavoro "extra aula" e condivisione di proposta di elenco di "Pratiche Raccomandate" (per sotto-setting)	
Concetti chiave: • Intersettorialità	
Applicazione nel programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute"	
Lavoro di gruppo: quali alleanze - nel contesto locale/regionale - per sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavoro nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti	
Restituzione e sintesi dei lavori di gruppo	
Lavoro di gruppo: predisposizione bozze di accordi intersettoriali (a partire da esempi di accordi intersettoriali già formalizzati e dai contenuti del mattino)	
2ª giornata	
Concetti chiave: • Formazione • Comunicazione	
Contenuti e destinatari nel programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute"	
Question time	
Lavoro di gruppo: contenuti/tipologie di formazione, relativi destinatari e alleanze per predisporre l'offerta formativa a livello locale/regionale	
Lavoro di gruppo: contenuti/tipologie di comunicazione, relativi destinatari e alleanze per predisporre attività di comunicazione a livello locale/regionale	
Questionario di valutazione e mandato di lavoro extra aula (restituzione scritta di quanto emerso dai due lavori di gruppo)	

III° MODULO	
1ª giornata	
Concetti chiave: • Analisi di contesto – Profilo di salute⁵⁸ - Health Equity Audit di Programma • Valutazione di impatto e di processo	
Presentazione di strumenti per la pianificazione e la valutazione del Programma - Sistema di adesione da parte di "imprese/aziende" - Profilo di salute e pianificazione delle Pratiche Raccomandate da parte di "imprese/aziende" - Il sistema di monitoraggio delle attività realizzate dalle imprese/aziende - Sistemi di "riconoscimento"	
Question time	
Lavoro di Gruppo: adattamento al contesto locale/regionale degli strumenti per la pianificazione e la valutazione del Programma	
2ª giornata	
Restituzione del lavoro di Gruppo della giornata precedente	
Lavoro di gruppo: Sistematizzazione degli strumenti	
Restituzione lavoro di gruppo. Discussione proposta di allestimento del Manuale descrittivo del Programma"	
Questionario di valutazione e mandato di lavoro "extra aula" (restituzione scritta di proposta di "Manuale descrittivo del Programma" per il contesto locale/regionale)	

IV° MODULO
1ª giornata
Stato dell'arte dell'implementazione locale
Lavoro di gruppo su eventuali criticità
Restituzione in plenaria e sintesi
Approfondimento "Formazione al counseling breve" e risorse disponibili per il Programma
2ª giornata
Stato dell'arte dell'implementazione locale
Lavoro di gruppo su eventuali criticità
Restituzione in plenaria e sintesi
Approfondimento "Comunicazione e marketing sociale" e risorse disponibili per il Programma

V° MODULO
1ª giornata
Il percorso formativo dal punto di vista di contesto
Il percorso formativo dal punto di vista della prosecuzione del programma nel tempo
Lavoro di gruppo: - Il percorso formativo dal punto di vista dei partecipanti - suggerimenti per la "trasferibilità" ad altri contesti locali/regionali non partecipanti al progetto CCM
Restituzione e sintesi del lavoro di gruppo
2ª giornata
Validazione degli strumenti da utilizzare per la realizzazione del programma
Come far confluire l'esperienza del programma CCM nei Piani di Prevenzione Regionali (programma predefinito 3) 2020-2025
Lavoro di gruppo
Restituzione in plenaria e sintesi
Questionario di autoefficacia al T1 (termine del percorso formativo)

II.2 LA COMUNICAZIONE

Corrado Celata

Gruppo di Progetto UO Capofila

La scelta di avere un logo, la costruzione del marchio del Programma WHP

Cercando in rete la definizione di “logo” ci si imbatte in una infinità di definizioni, tutte più o meno simili: facendo sintesi, il **Logo** è la rappresentazione grafica del nome di un prodotto, di un servizio, di un'azienda, che permette di distinguerli da altre offerte o proposte, permettendo ai consumatori, o nel caso di un programma preventivo come nel nostro caso, agli interlocutori e ai destinatari, di riconoscerli, spesso grazie all'uso di un lettering specifico e/o all'aggiunta di altri elementi visivi, come per esempio i pittogrammi.

In “B2B Brand Management” Philip Kotler e A. Waldemar descrivono il logo come «l'aspetto grafico della marca o del nome dell'azienda» e, in quanto tale, esso deve essere il più rappresentativo possibile dell'azienda, o come nel nostro caso del senso, valori e obiettivi del programma.

Il logo è quindi qualcosa che va progettato e costruito in modo strategico: deve essere facilmente riconoscibile, deve essere in grado di rispecchiare l'identità di ciò che nomina; essendo il primo segno distintivo dell'attività, la rappresenta portando dentro di sé tutto il suo significato.

Mentre il logo identifica un'azienda o un prodotto in modo specifico, il marchio ha lo scopo di identificare un'azienda o un prodotto ma soprattutto, fornire informazioni sull'origine, l'identità, le caratteristiche e la qualità dell'oggetto a cui si riferisce, permettendo ai consumatori o ai fruitori di identificare il prodotto. Il marchio è il simbolo dell'idea che sta dentro al prodotto o, come nel nostro caso, all'idea progettuale, e si compone di norma di 4 elementi fondamentali: il nome, il logo, i colori ed il simbolo.

Nel caso di un programma di promozione della salute come il nostro, promosso da istituzioni pubbliche (Ministero della Salute e CCM) e animato da altre (le Regioni partner) che non ne deterranno la proprietà assoluta in futuro, ma anzi che dovranno fare posto ad altri soggetti territoriali (le singole Regioni che via via adotteranno il programma stesso) sono necessarie alcune attenzioni specifiche: alla cura per gli elementi tipici si devono infatti aggiungere le attenzioni (e le cautele) verso aspetti formali delicati e spesso potenzialmente “confliggenti” (la necessaria/dovuta/voluta associazione logo-marchio- emblema istituzionale di ciascun dei soggetti in gioco, la necessità di prevedere la compresenza di differenti emblemi, la differente gerarchia istituzionale di ciascuno degli attori rappresentati, la loro diversa caratterizzazione per mandato e visione, le singole policy che vincolano il posizionamento e l'associazione dell'immagine individuale ecc.).

A questo si aggiunga l'attenzione a rendere chiaro il segno della applicazione e della contestualizzazione locale del programma stesso, che promuove attivazione e aggregazione fra Soggetti e Organizzazioni del mondo del lavoro ("luoghi di lavoro") e della produzione ("aziende"), nella stragrande maggioranza dei casi del settore del privato, tipicamente molto attenti agli aspetti comunicazionali relativi alla loro stessa immagine, visibilità e reputazione, a maggior ragione nel momento in cui sono ingaggiati in partnership con istituzioni pubbliche.

Tutti questi elementi, a cui dobbiamo aggiungere la relativa inesperienza dei promotori a gestire processi marketing based, sono stati alla base del percorso progettuale che ha portato alla creazione del logo "WHP" e del marchio del "Programma WHP - Luoghi di lavoro che Promuovono Salute" così come rappresentato in Figura II.2.1



Figura II.2.1: Marchio del "Programma WHP - Luoghi di lavoro che Promuovono Salute"

Cosa rappresenta il logo

Come noto, “WHP” è l’acronimo di “Workplace Health Promotion”, in italiano “Promozione della Salute negli ambienti di lavoro”, termine inglese coniato dalla World Health Organization – WHO, con il quale si definisce il processo intersettoriale e partecipativo, che vede coinvolti datori di lavoro, lavoratori, Sistema Sanitario, Comunità locali, per migliorare Salute e Benessere nei luoghi di lavoro.

Si tratta del medesimo insieme di Attori che caratterizza i programmi di Sanità Pubblica che puntano alla promozione della salute nel setting “Luoghi di lavoro” propri del Programma Predefinito n. 3 “Luoghi di lavoro che promuovono Salute” previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione 2020 – 2025, che declinano nei Piani Regionali di Prevenzione.

Il logo utilizza le tre lettere dell’acronimo per rappresentare i tre elementi centrali del processo:

W = rappresenta la RETE mediante i pallini graficamente raffigurati dalle gradazioni cromatiche del medesimo colore che indicano le diverse tipologie di “luoghi di lavoro” ingaggiabili nel programma.

H = rappresenta le PERSONE, che nelle diverse comunità locali e con diversi ruoli concorrono, attraverso relazioni interpersonali professionali, collaborative, ecc., al raggiungimento degli obiettivi, graficamente raffigurate dalle due figure umane stilizzate unite.

P = rappresenta le ALLEANZE intersettoriali (Datore di lavoro, Sistema sanitario, Parti sociali...) necessarie per lo sviluppo del Programma, graficamente rappresentate dai pallini di diverse cromie.

Nell’ambito delle attività progettuali il logo è stato inoltre utilizzato in associazione ai simboli istituzionali delle Regioni /Enti Partner e del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM); questa versione è stata resa anche disponibile nel formato da utilizzarsi nei layout grafici dei materiali di comunicazione, interni al Progetto stesso.

Regole e vincoli per l'utilizzo del logo

Il Logo rappresenta l'immagine di un Programma di Sanità Pubblica strutturato e validato dal punto di vista scientifico e metodologico; è quindi fondamentale tutelarne l'utilizzo esclusivo all'interno di attività di comunicazione/marketing sociale coerenti al Programma Predefinito 3 "Luoghi di lavoro che promuovono salute" del Piano Nazionale di Prevenzione e autorizzate dal sistema sanitario di ciascuna Regione partecipante al Progetto CCM e non.

Tale rigorosità è raccomandata a Regioni/ASL ai fini della tutela:

- della appropriatezza dell'offerta del sistema sanitario per il tramite del Programma
- dei principi di qualità e responsabilità sociale d'impresa implicitamente di riferimento per i "luoghi di lavoro" (imprese/aziende/enti) che si impegnano nel Programma
- delle opportunità di salute per i cittadini/lavoratori che fruiscono dei risultati attesi dal Programma

Per garantirne un corretto utilizzo è stato predisposto uno specifico Manuale d'uso "Il logo di Progetto: regole e vincoli per l'utilizzo" (Allegato B).

II.3 L'ESPERIENZA DELLA ASP DI CATANIA

Salvatore Cacciola, Gianluca Vaccaro

Il **Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 della Regione Siciliana**, in linea con gli obiettivi del WHO-Europe Action Plan 2012-2016 e in armonia con quanto previsto dal PNP, definisce come strategie privilegiate al fine di ridurre la morbosità, la mortalità e le disabilità premature che le malattie croniche non trasmissibili comportano, nonché di limitare le disuguaglianze causate da condizioni sociali ed economiche che influiscono sullo stato di salute, le strategie di comunità e le strategie sull'individuo. Come noto si parla di "strategie di comunità" finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti - implementando gli obiettivi del Programma nazionale "Guadagnare Salute", secondo i principi di "Salute in tutte le politiche" - come di quegli interventi che adottino un approccio multi componente (trasversale ai determinanti di salute), per ciclo di vita (life course) e setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario), e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.), con il coinvolgimento (empowerment di comunità) di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici, alle comunità locali secondo le condivise indicazioni ministeriali.

L'esempio è appunto l'applicazione in Sicilia del Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", approvato con DPCM del 4 maggio 2007, grazie al quale si è avviato un processo "intersettoriale" per interventi volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, uso dannoso di alcol) sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita (ridefinire l'assetto urbanistico per favorire gli spostamenti a piedi o in bicicletta, migliorare l'offerta di alimenti sani, migliorare la qualità dell'aria, garantire ambienti di lavoro sicuri e sani, ecc.), con un approccio di "salute in tutte le politiche".

In questo senso il programma "Guadagnare Salute" ha dato luogo alla collaborazione tra diversi settori mediante lo sviluppo di intese e accordi nazionali con soggetti non sanitari. A questo si aggiunge il recepimento da parte del PRP dell'attenzione rivolta dall'OMS al setting e cioè il luogo o il contesto sociale in cui le persone si impegnano in attività quotidiane in cui i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono tra loro per influenzare la salute e il benessere. Un'azione volta a promuovere la salute attraverso setting differenti può assumere forme diverse, spesso mediante alcune tipologie di sviluppo organizzativo come il cambiamento dell'ambiente fisico, della struttura organizzativa, degli aspetti amministrativi e gestionali.

I setting, così, possono anche essere utilizzati per promuovere la salute raggiungendo le persone che vi lavorano o che li utilizzano per avere accesso ai servizi e attraverso l'interazione dei diversi setting con l'intera comunità.

Pensando quindi a queste premesse e seguendo gli obiettivi del programma “LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE - RETE WHP”, l'Unità Operativa Educazione e Promozione della Salute dell'ASP di Catania si è occupata di dare diffusione del progetto in termini di programmazione sanitaria regionale e, su un piano più operativo, definendo e implementando degli interventi all'interno del territorio provinciale di Catania. Considerando il contributo dato dall'UOPESA in termini di programmazione sanitaria, l'unità operativa si è occupata della stesura di una scheda di programma predefinito sui “Luoghi di lavoro che promuovono salute” con il fine di assicurarne la presenza all'interno del **Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 della Regione Siciliana**. In un'ottica operativa invece l'U.O. Educazione Promozione della Salute (UO-EPSA) ha definito le azioni e rispettato gli obiettivi del programma sviluppando in particolare tre nodi tematici:

1. L'intersectorialità, sviluppando delle collaborazioni intersectoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavoro e dei responsabili nel ri-orientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti di lavoro.
2. La formazione nel garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e sociosanitari coinvolti nel progetto
3. La comunicazione, nella promozione e diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.

Gli obiettivi specifici che hanno guidato le azioni sono stati:

1. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills/empowerment) e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile/adulta;
2. Promuovere l'adozione da parte delle imprese di percorsi di Responsabilità Sociale;
3. Ridurre il numero di fumatori ed estendere la tutela dal fumo passivo;
4. Ridurre il consumo di alcol a rischio;
5. Aumentare il consumo di frutta e verdura e ridurre il consumo di sale e contrastare la carenza iodica;
6. Aumentare l'attività fisica delle persone.

Il ruolo dell'UOPESA è stato quello di fornire alle direzioni sanitarie dei Presidi ospedalieri dell'ASP di Catania e alle Aziende agricole partecipanti orientamento metodologico e organizzativo in generale, attraverso un percorso intersectoriale e nel predisporre un coinvolgimento attivo di aziende (private e pubbliche, compresi i contesti sanitari) e di accompagnamento, in un'ottica di capacity building all'azione, competente e consapevole, di riorientamento dell'ambiente lavorativo, attraverso un processo partecipativo e dialettico che ha coinvolto figure apicali, di sistema, e lavoratori, e in un'ottica di responsabilità sociale e di contrasto alle disuguaglianze.

In particolare l'UOEPSA ha assicurato un:

1. Supporto metodologico alla costituzione del gruppo di lavoro interno alle Aziende aderenti, composto dal datore di lavoro o delegato con poteri decisionali, RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, Settore Risorse Umane (e altri soggetti eventualmente individuati);
2. Supporto alle aziende nella analisi di contesto/profilo di salute interno e nella valutazione delle priorità in relazione alle "Pratiche Raccomandate" dal Programma - Supporto informativo finalizzato al raccordo tra Medico competente/Azienda e strutture/offerte SSR (CTT, Screening, SERT, Centri IST/MTS, Consulitori, Ambulatori dietologici, ecc.) del territorio;
3. Promozione dei processi di comunicazione e di rete per diffondere e dare sostenibilità alle pratiche;
4. Aggiornamento del sistema informativo per la documentazione e valutazione di processi ed esiti
5. Aggiornamento ed integrazione del Manuale di "Buone Pratiche" per le Aziende
6. Definizione capitolati d'appalto per vending e mense (frutta e verdura, pane a basso contenuto di sale)
7. Stipula protocolli d'Intesa con soggetti esterni al sistema sanitario per sviluppo azioni di supporto alle Aziende nella promozione dell'attività fisica (Gruppi di cammino, Progetto Bike to Work, ecc.)
8. Integrazione con contenuti/attività della Rete Health Promoting Hospitals and Services HPH e predisposizione documenti dedicati
9. Attività di comunicazione finalizzate allo sviluppo delle reti WHP
10. Supporto e accompagnamento per l'adozione di percorsi di Responsabilità Sociale
11. Attività di monitoraggio e di valutazione.

Relativamente alle azioni e scelte di ingaggio messe in campo dall'UOEPSA è stato perseguito prioritariamente quello dell'intersettorialità, considerando il fine di raggiungere risultati di salute (o risultati intermedi di salute) secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario.

A tal riguardo sono stati identificati due setting specifici dell'intervento: i presidi ospedalieri dell'ASP di Catania e le fattorie sociali della provincia di Catania.

In particolare, il setting ospedaliero è stato identificato sulla base di una valutazione del tessuto economico e imprenditoriale, dell'occupazione del contesto provinciale tenendo conto del debole apparato produttivo industriale e del ridotto numero di aziende private di grandi dimensioni della provincia così come dell'alto numero di dipendenti dell'azienda sanitaria provinciale di Catania (circa 5000).

Si è deciso di coinvolgere i 6 presidi ospedalieri di comunità dell'Asp:

- Il Presidio Ospedaliero S.Marta e S.Venera di Acireale
- Il Presidio Ospedaliero Maria SS.ma Addolorata di Biancavilla
- Il Presidio Ospedaliero "Basso Ragusa Mario" di Militello
- Il Presidio Ospedaliero "S.Giovanni di Dio e Sant'Isidoro" di Giarre
- Il Presidio Ospedaliero "Gravina e Santo Pietro" di Caltagirone
- Il Presidio Ospedaliero di Paternò
- Il Presidio Ospedaliero di Bronte

D'altra parte le fattorie sociali sono state scelte proprio nell'ottica di promuovere e valorizzare il capitale umano, la tutela dell'ambiente e la salute della comunità locale in considerazione del fatto che proprio nella mission delle fattorie sociali c'è la creazione di contesti di inclusione sociale, di benessere, di riabilitazione e cura grazie ad imprese agricole e cooperative sociali che in grado di offrire servizi culturali, educativi, assistenziali, formativi e di inserimento socio-lavorativo per soggetti deboli.

Le fattorie sociali, che sono state coinvolte sono le seguenti:

O.P. Agrinova bio 2000, Azienda agricola Volzone, Azienda agricola Poggirosso, Coop. Soc. "Terra Nostra", Fondazione O.D.A., Coop. Soc. Energ-Etica Catania

In queste realtà organizzative sono state sviluppate le prime tre fasi previste dal Programma "Luoghi di lavoro che Promuovono salute" e cioè:

- a) Ingaggio
- b) Processo partecipato
- c) Analisi di contesto e profilo di salute (health equity audit⁵⁹) che permettono l'emersione di criticità e la definizione di priorità

In termini di coinvolgimento partecipativo è stato previsto un workshop di presentazione del Programma WHP CCM, nel corso del quale si sono costituiti i gruppi di lavoro e in particolare sono stati coinvolti: l'intero management aziendale, le direzioni mediche dei diversi presidi ospedalieri coinvolti e i responsabili delle fattorie sociali, tutti i lavoratori.

Successivamente a questa fase, e con il contributo dei presidi ospedalieri e delle aziende coinvolte, si è svolta la fase dell'analisi di contesto e profili di salute.

È stata così compilata la scheda dei Profili di salute, la valutazione iniziale della popolazione dei lavoratori e delle caratteristiche di contesto necessarie per programmare le specifiche azioni di promozione della salute da contestualizzare nei diversi setting e nei diversi contesti organizzativi.

59 Progetto CCM "Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia"

La promozione della partecipazione al progetto, dell'importanza di una corretta analisi di contesto e un puntuale profilo di salute sono stati alcuni degli obiettivi essenziali del programma WHP. Successivamente l'UOEPSA ha elaborato e condiviso il piano di comunicazione e di formazione articolato in due workshop e da tre laboratori:

- il primo incontro, che si è svolto Il 28/09/2021 presso la sede dell'UOPESA a Catania, ha previsto una Riunione di coordinamento del progetto con i referenti regionali e nazionali;
- il secondo incontro, che si è svolto Il 29/09/2021 sempre presso la sede dell'UOPESA a Catania, è stato strutturato come un approfondimento metodologico nell'ottica di aumentare la consapevolezza tecnica e metodologica sul progetto; come momento di condivisione coi promotori del progetto delle motivazioni dell'agire e delle possibili criticità riscontrabili; e infine come partecipazione nello sviluppo delle azioni da parte dei diversi soggetti coinvolti nelle attività coordinate dall'UOPESA e quindi le direzioni mediche dei presidi, i responsabili delle fattorie sociali e i professionisti sociosanitari e sanitari partecipanti al corso di formazione iniziale

Successivamente, il 11 novembre, il 16 novembre e il 7 dicembre 2021, si sono svolti presso l'Hotel Nettuno a Catania **i Laboratori di Approfondimento del progetto WHP** finalizzati ad approfondire in modalità partecipata i vari contenuti e le metodologie del programma WHP con focus specifico sui diversi setting di intervento previsti, le modalità più adeguate al contesto di attivazione dei processi e degli interventi tesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente “favorevole alla salute” attraverso cambiamenti organizzativo-ambientali ed incremento di competenze e consapevolezze (empowerment) nei lavoratori.

L'attuazione del Progetto CCM 2018 - Azioni Centrali “Supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP - Workplace Health Promotion)” ha prodotto anche dei risultati non formalmente previsti.

Considerato che il progetto nella Regionale Sicilia si è svolto in una delle 9 ASP, l'èquipe dell'UOEPSA si è impegnata a coinvolgere il Servizio 5 “Promozione della Salute e Comunicazione del Dipartimento Regionale Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico - DASOE dell'Assessorato Regionale della Salute.

Il dirigente e i funzionari hanno partecipato agli incontri di presentazione e hanno condiviso la metodologia adottata nel progetto CCM, inserendo questi contenuti nella nuova proposta del Piano Regionale di Prevenzione 2022/2025.

Le aziende agricole hanno espresso in varie occasioni il loro apprezzamento sul progetto e hanno dichiarato che continueranno ad implementare le azioni di promozione della salute nell'ottica di WHP anche dopo la fine del progetto CCM.

Questi due risultati, insieme al complessivo processo di cambiamento organizzativo e culturale attivato nei vari contesti organizzativi nei quali si è operato si possono considerare gli indicatori più significativi per valutare l'efficacia dell'intero progetto e le prospettive di un impegno futuro nella promozione della salute.



II.4 L'ESPERIENZA DI REGIONE LIGURIA

Camilla Sticchi, Federica Varlese

Il precedente **Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 di Regione Liguria**, approvato con DGR 730/2015, nella Scheda 5 affrontava la tematica relativa alla Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita nel setting lavorativo, di cui si riportano, per il forte collegamento con il Progetto CCM – Azioni Centrali “Supporto all’implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP – Workplace Health Promotion)”, i principali obiettivi regionali individuati in fase di pianificazione:

- Ridurre la prevalenza di soggetti adulti fumatori o consumatori eccessivi di alcol fra gli operatori sanitari e nella popolazione generale
- Promuovere stili e abitudini di vita corretti nei giovani-adulti e nelle donne in età fertile all’interno della popolazione generale e fra gli operatori sanitari
- Sensibilizzare e ricercare la condivisione degli operatori sanitari sull’importanza del five a day e delle potenziali ricadute della crisi economica sul consumo di frutta e verdura
- Estendere il più possibile iniziative motorie (AFA e gruppi di cammino e altro) fra gli operatori sanitari e nella popolazione
- Promuovere comportamenti corretti per la tutela della salute (adesione agli screening, al programma vaccinazioni, ecc.)
- Sensibilizzare gli operatori sanitari (compresi i MMG) sull’importanza della attività fisica, di una adeguata promozione della salute e delle misure di prevenzione secondo le linee guida internazionali
- Migliorare il benessere organizzativo nelle aziende sanitarie, anche in relazione all’attuale invecchiamento della popolazione lavorativa
- Prevenire i disturbi da stress lavoro correlato negli operatori delle Aziende sanitarie
- Favorire i potenziali di salute dei lavoratori e migliorare il benessere lavorativo
- Mantenere all’interno del Sistema di Sorveglianza PASSI le informazioni necessarie a misurare stili e abitudini di vita

La realizzazione di questo specifico programma inserito nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2019 è proceduta in parallelo rispetto ai programmi di promozione di sani stili di vita nel setting comunitario, con particolare riferimento a quello destinato alla popolazione adulta, partendo dall’assunto che la popolazione lavorativa ne rappresenta un sottoinsieme e che le azioni volte a promuovere sani stili di vita nel setting lavorativo avrebbero contribuito alla realizzazione degli obiettivi centrali del MOI riguardanti la popolazione adulta nel suo complesso, indipendentemente dal contesto di realizzazione delle azioni.

Stante l'analisi dello specifico contesto della Regione Liguria, in cui insiste un esiguo numero di Aziende di natura privata, i lavoratori delle Aziende sanitarie, proporzione rilevante dei lavoratori liguri, sono stati identificati quale target per la realizzazione del programma di promozione di sani stili di vita, anche considerando le potenziali ricadute sulle rispettive famiglie e quindi sulla collettività in toto.

Operativamente, il programma regionale era quindi destinato alle 9 Aziende Sanitarie liguri (5 ASL territoriali, gli IRCSS Ospedale Policlinico San Martino e Istituto G. Gaslini, E.O. Ospedale Galliera e Ospedale Evangelico Internazionale) ed il target primario rappresentato da tutti i lavoratori di tali Aziende Sanitarie.

Nel 2015, l'approccio iniziale al tema "Workplace Health Promotion" in Liguria, ha previsto una prima fase di "marketing analitico" (assessment), con la misurazione dello stato di salute dei lavoratori di Asl 3, la Azienda Sanitaria di maggiori dimensioni nella nostra Regione, che serve circa la metà dell'intera popolazione residente ligure, attraverso la somministrazione di un questionario estratto ed adattato dal Sistema di Sorveglianza nazionale PASSI. Al termine della fase analitica, era prevista la successiva fase di marketing strategico attraverso la programmazione di azioni volte a favorire l'adozione di stili di vita salutari, oltre all'esportazione progressiva sulle altre Aziende Sanitarie della Regione.

Nel 2019 si è presentata per la Liguria l'opportunità di collaborare al Progetto CCM - Azioni Centrali "Supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP - Workplace Health Promotion", attraverso la sottoscrizione, in qualità di Regione partner, di specifico accordo di collaborazione con l'ATS Città Metropolitana di Milano, stipula formalmente approvata con Deliberazione A.Li.Sa. n. 214 del 5/07/2019 "Approvazione e sottoscrizione accordi di collaborazione tra A.Li.Sa. e ATS Città Metropolitana di Milano per la realizzazione del Progetto CCM—Azioni centrali "Supporto all'implementazione in realtà territoriali italiane della Rete di Promozione della salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP-Workplace Health Promotion)".

Obiettivo generale de progetto era quello di supportare l'implementazione in realtà regionali italiane della rete di promozione della salute sui luoghi di lavoro attraverso la costruzione di una rete WHP - Workplace Health Promotion, trasferendo nei contesti regionali partecipanti la "Buona Pratica" Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute - Rete WHP Lombardia.

Anche in questa occasione, dopo un'analisi del contesto regionale, le Aziende Sanitarie pubbliche (Territoriali ed Ospedaliere) sono state individuate quale setting ideale per l'implementazione del Programma.

L'UO 2 (A.Li.Sa.), in occasione dell'incontro plenario tenutosi a Milano il 11/11/2019, ha condiviso con la UO Capofila e le altre UUOO partner del Pro-

getto, l'analisi di contesto condotta in Liguria e le ipotesi di implementazione locale del Programma, con particolare riferimento ad una preliminare ricognizione delle figure professionali da coinvolgere nel programma formativo proposto dalla UO capofila ed alla relativa elaborazione di un documento programmatico regionale.

Sono stati individuati stakeholder di differente ruolo professionale coinvolti nel percorso formativo, con l'attivazione di tavoli di lavoro multidisciplinari con gli operatori delle aree cliniche e di prevenzione di riferimento per le specifiche tematiche e la formulazione di ipotesi di azioni da mettere in campo, compresi ulteriori interventi formativi "a cascata". Sono state contattate tutte le aziende sanitarie per l'individuazione di personale da coinvolgere nel percorso formativo, anche tenuto conto delle precedenti esperienze maturate nell'ambito della promozione della salute, sia considerando i ruoli fino a quel momento ricoperti in seno alle Aziende Sanitarie di appartenenza.

Inoltre, a garanzia di una migliore adesione dei destinatari della formazione, la UO 2 (A.Li.Sa.) ha attivato un percorso per l'accreditamento istituzionale dell'evento formativo, con riconoscimento dei crediti formativi al personale sanitario aderente; il provider individuato (Ordine dei Medici della Provincia di Genova) oltre ad avere messo a disposizione i locali, ha inoltre provveduto all'accreditamento ECM per varie figure/ordini professionali appartenenti al ruolo sanitario (iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Ordine dei TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e Ordine delle Professioni Infermieristiche).

L'intero percorso formativo avrebbe dovuto articolarsi in cinque moduli di due giornate ciascuno, con modalità in presenza. Il primo dei cinque moduli, si è tenuto come previsto da programma, nelle date 19 e 20 febbraio 2020, presso la sede provinciale di Genova dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, ottenendo la partecipazione di circa 30 iscritti, con rappresentanza di quasi tutte (8 su 9) le Aziende Sanitarie della Liguria.

L'improvvisa dichiarazione dello stato di emergenza nazionale a causa della pandemia Covid-19 e le conseguenti misure imposte ai fini del contenimento del contagio, hanno reso impossibile la prosecuzione del percorso formativo con le medesime modalità, che sono state quindi rimodulate a favore di modalità FAD.

L'adesione alle restanti edizioni del percorso formativo si è inevitabilmente ridotta, sia perché molti dei professionisti in origine identificati sono stati fattivamente sottratti dalle loro attività di routine per aumentare la disponibilità di personale dedicato a fronteggiare l'emergenza sanitaria, sia perché le nuove modalità FAD su piattaforma extraregionale non consentivano il riconoscimento dei crediti ECM inizialmente previsti; solo 9 operatori hanno quindi concretamente portato a termine il corso di formazione nel mese di maggio 2021.

Al termine di questa fase ed a seguito di confronto con i partecipanti alla formazione e con l'UO capofila, si è deciso di procedere all'implementazione locale attraverso l'analisi di contesto e la stesura del Profilo di salute all'interno di una realtà lavorativa locale, per cui si è resa disponibile la ASL 1 che ha redatto il profilo di Salute dei lavoratori dell'Ospedale di Imperia.

In particolare, il compito è stato affidato alla S.C. Gestione e promozione salute e sicurezza di ASL 1, Struttura di recente creazione ed in cui operano professionisti già attivi da tempo sulla tematica e pertanto di maturata esperienza, che dovranno in futuro contribuire a costruire una specifica rete anche nel contesto del prossimo Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025.

Pur considerando i limiti dello strumento ai fini del monitoraggio e valutazione delle azioni intraprese, a causa delle possibili distorsioni nell'auto percezione e del potenziale condizionamento nelle risposte sulla base del rapporto con il datore di lavoro/azienda, si è deciso di proporre un questionario ai dipendenti del presidio ospedaliero di Imperia al fine di meglio contestualizzare la situazione locale e per esercitare una certa presa di coscienza e senso di appartenenza dei singoli lavoratori.

Il questionario, composto da 40 domande che indagano le caratteristiche sociodemografiche, stili di vita, fattori di rischio comportamentali, impatto/vaccinazione covid-19 e screening oncologici, è stato proposto con modalità online attraverso la piattaforma Google forms, ottenendo una rilevante adesione (17%), pari a 150 rispondenti su 860 dipendenti.

Il **PNP 2021-2025** è stato recepito da Regione Liguria con la DGR 1092 del 18/12/2020 affidando ad A.Li.Sa. , con il supporto del Settore regionale Tutela della Salute negli Ambienti di Vita e di Lavoro, il compito di predisporre la proposta di PRP 2020-2025 ed alle Aziende Sanitarie liguri e ad ARPAL e Istituto Zooprofilattico Sperimentale Piemonte Liguria e Valle d'Aosta di partecipare alla pianificazione attraverso lo sviluppo di programmi per realizzare a livello regionale e locale i 6 Macro-Obiettivi, i 10 Programmi Predefiniti ed i 143 indicatori del PNP

Con Decreto del direttore Generale n. 3674/2021: «Istituzione Tavolo di Coordinamento Regionale del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 e relativi tavoli programmi predefiniti» sono stati formalizzati i componenti per la pianificazione dei 10 Programmi Predefiniti (PP), nei quali afferiscono non solo le aziende sanitarie ma anche i principali stakeholders (per PP03 ARPAL, INAIL ecc.). Il **Programma Predefinito 3 (PP03) “Luoghi di lavoro che promuovono salute”** sostiene la promozione della salute negli ambienti di lavoro, secondo il modello Workplace Health Promotion (WHP) raccomandato dall'OMS, presidiando specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che incoraggino e facilitino l'adozione di stili di vita salutari. Il PP03 all'interno del Quadro Logico Regionale persegue tutti e 6 i Macro Obiettivi: il MO1 “Malattie croniche non

trasmissibili” quale MO principale, MO2 “Dipendenze da sostanze e comportamenti”, MO3 “Incidenti domestici e stradali”, MO4 “Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali”, MO5 “Ambiente, Clima e Salute” e MO6 “Malattie infettive prioritarie”.

Partendo dalla struttura del PP03 previsto dal Piano Nazionale Prevenzione, è evidente come gli obiettivi strategici proposti, gli obiettivi specifici nonché gli stessi indicatori definiti dal Ministero della Salute ai fini della certificazione annuale, rispondono pienamente agli obiettivi strategici del progetto CCM ed ai prodotti finali che da questo derivano. Ne costituiscono esempi il percorso formativo sul counselling motivazionale breve, la disponibilità di un documento regionale sulle buone pratiche, così come l'adattamento locale del Manuale per l'attivazione ed implementazione della Rete regionale WHP, tutti elementi che conferiscono un certo vantaggio alle regioni partner del progetto anche per quel che riguarda lo stato di avanzamento del Piano Regionale di Prevenzione.

L'esperienza maturata sul WHP presso l'ASL 3 "Genovese"

Floriana Pierri, Lorenzo Sampietro, Emilia Tasso

Il progetto Workplace Health Promotion in ASL 3 "Genovese", approvato nel 2015 dal C.U.G. aziendale (Comitato Unico di Garanzia), rappresenta un'iniziativa, intrapresa dall'ASL3 nel periodo 2015 - 2020, che si proponeva di:

- Sostenere e facilitare l'**adozione di sani stili di vita** tra i lavoratori (alimentazione, attività fisica, fumo ed alcool);
- Promuovere comportamenti corretti per la **tutela della salute** (adesione agli screening, al programma vaccinazioni, ecc.);
- Migliorare il **benessere organizzativo**.

Il progetto si collocava all'interno della strategia di intervento Workplace Health Promotion (WHP) che si propone di "favorire l'azione sinergica tra datori di lavoro, lavoratori e loro rappresentanze con lo scopo di **favorire sicurezza e benessere dei lavoratori attraverso interventi orientati al miglioramento delle condizioni ambientali, organizzative e relazionali**" (Dichiarazione di Lussemburgo 2007).

La progettualità faceva richiamo alle seguenti argomentazioni:

- Le **Malattie croniche non trasmissibili** costituiscono a livello mondiale il principale problema di salute pubblica e sono la prima causa di mortalità, morbosità e disabilità. Nel determinismo delle stesse i fattori di rischio comportamentali (alimentazione, sedentarietà, consumo di alcool e abitudine al fumo) giocano un ruolo molto importante sostenuto dai fattori socioeconomici, culturali, socio-politici e ambientali. Obiettivo della promozione della salute deve essere quello di favorire l'adozione di stili di vita corretti nella popolazione.
- Il **Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014 - 2018** che individuava, in particolare:
 - nel Macro-obiettivo 1 "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle Malattie Croniche non Trasmissibili" strategie rivolte all'ambiente di lavoro indicate nello "sviluppo di programmi / interventi integrati per i 4 fattori rischio (fumo, consumo di alcol, alimentazione non corretta, sedentarietà) e condivisi tra i servizi sanitari e sociosanitari e datori di lavoro volti a favorire l'adozione di comportamenti sani attivando reti e Comunità locali". Nel PNP si fa specifico riferimento per l'adozione di azioni di promozione della salute al network di WHP.
 - nel Macro-obiettivo 7 "Prevenire infortuni e malattie professionali", strategie rivolte alla promozione di programmi di miglioramento del benessere organizzativo negli ambienti di lavoro.

Il **Piano Regionale di Prevenzione 2014 – 2018**, declinando il Macro-Obiettivo 1 e Macro-obiettivo 7 nel programma “Prevenzione e promozione di corretti stili e abitudini di vita” per il target di popolazione adulta, ribadiva quanto espresso dal PNP sottolineando anche il fenomeno dell’invecchiamento della popolazione lavorativa in Liguria, regione con indice di vecchiaia (237,2) tra i più alti a livello mondiale.

La III edizione della Manifestazione Nazionale del **Programma Guadagnare Salute**, tenutasi ad Orvieto nel 2014 raccomandava di focalizzare l’attenzione sui criteri dell’intersectorialità, della sostenibilità e dell’efficacia dei programmi e delle iniziative da realizzare in quattro distinti setting d’intervento: il mondo della Scuola, la Comunità locale, l’Ambiente di lavoro ed il mondo dei Servizi e degli Operatori Sanitari (il programma WHP in ASL 3 raggiungerebbe pertanto un doppio bersaglio riguardando, entrambe, gli ultimi due setting menzionati, ma producendo delle ricadute anche sugli altri due).

Il forte impatto in sanità delle malattie croniche non trasmissibili, accentuato dall’invecchiamento della popolazione, rendeva necessarie nuove strategie assistenziali. La **medicina pro-attiva** e la sanità di iniziativa riconoscono un ruolo centrale nel cittadino, reso competente rispetto alle proprie scelte di salute. Per poter aderire a tale modello è indispensabile avere équipe di operatori sanitari formate e consapevoli del ruolo giocato dagli stili di vita rispetto al mantenimento di un buono stato di salute.

I lavoratori della ASL 3 erano nel 2015 circa 5600 e, considerate le rispettive famiglie su cui sarebbero ricadute le azioni di promozione della salute, avrebbero costituito una quota importante dei circa 734.000 abitanti totali della ASL. Il concetto centrale è che se si interiorizzano comportamenti sani, si è più efficaci nel farsene promotori verso il cittadino/utente. L’operatore sanitario ha una miriade di contatti sociali: sul lavoro, in famiglia, nella società. Deve diventare comunicatore più efficace partendo da un **empowerment individuale per determinare un empowerment di comunità**. È necessario prendersi cura degli operatori di ASL 3 perché questi possano prendersi cura degli utenti.

Il progetto è partito in un periodo in cui il mondo del lavoro, INAIL e Pubblica Amministrazione stavano concentrando sempre di più l’attenzione sul fenomeno dell’invecchiamento della popolazione lavorativa (**Age Management**), sui rischi psicosociali (**Stress lavoro correlato**) e sul **Benessere Organizzativo** come elemento imprescindibile per mantenere qualità ed efficienza lavorativa. La necessità di conciliazione tra vita privata e lavoro era tema alla ribalta e materia di legislazione. Il **lavoro Agile** (smart working e co-working) è stato oggetto di sperimentazioni a seguito della Legge 7 agosto 2015, n. 124, “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”, con riferimento agli interventi volti a favorire la conciliazione vita-lavoro. L’obiettivo era diffondere nelle PA un nuovo modello culturale di organizzazione del lavoro funzionale, flessibile, non più incentrata sulla presenza fisica, ma su risultati misurabili e capace di favorire il benessere organizzativo, di migliorare la conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare, anche in considerazione dell’age management.

Il Programma nella ASL 3 Genovese

Fase preliminare è stata la valutazione iniziale della “Popolazione degli operatori ASL” per definire un profilo di salute e monitorare in seguito i risultati prodotti dalle azioni messe in campo nel triennio successivo. L’assessment era rappresentato da interviste ad un campione rappresentativo della popolazione lavorativa di ASL 3 costituito da 400 unità estratto con campionamento casuale semplice stratificato proporzionale per sesso, classe d’età e ruolo professionale. Sono stati individuati 3 ruoli professionali: Professioni sanitarie, Medici e dirigenti non medici, Amministrativi e Tecnici.

Lo strumento di indagine utilizzato è stato tratto da quello del sistema di sorveglianza della popolazione adulta (PASSI) con l’integrazione di un modulo tratto da uno strumento messo a punto dalla FIASO che indaga il Benessere Organizzativo Professionale.

La **fase successiva**, dopo l’elaborazione dei risultati (sovrapponibili ai risultati del Sistema di Sorveglianza PASSI per la Regione Liguria), sono state programmate specifiche azioni. La ASL 3 aveva già in atto in quel periodo una serie di azioni che miravano ad aumentare il benessere organizzativo e a sviluppare politiche etiche nei confronti del proprio personale. WHP costituiva negli intenti un progetto quadro all’interno del quale ricomporre le molteplici iniziative ad esso coerenti, integrandole e coordinandole attraverso una ricomposizione della frammentazione degli interventi.

In data 10 marzo 2016 presso Istituto Nautico San Giorgio – Edificio Calata Darsena, si tenne il **Convegno: “Promozione della salute sul luogo di lavoro: Workplace Health Promotion in ASL 3 Genovese”** che intendeva presentare il progetto WHP ai lavoratori di ASL 3 e rappresentava il primo punto di condivisione e sviluppo delle azioni che si dovevano realizzare nel successivo triennio, monitorate secondo gli indicatori fissati dal Piano Regionale di Prevenzione ligure. La partecipazione al convegno era aperta al Comune di Genova.

Di seguito si elencano le iniziative intraprese, risultato di tavoli di lavoro interdisciplinari e multisettoriale, alcune effettuate in integrazione con altre pubbliche amministrazioni.

La formazione

La comunicazione e la formazione hanno rappresentato nel progetto **i punti di forza per favorire comportamenti salutari e migliorare l’organizzazione.**

Un sistematico piano di comunicazione e formazione a tutti i livelli nel WHP è confermato da: letteratura, buone pratiche documentate al livello nazionale ed europeo ed esperienze considerate.

Nel periodo 2016 – 2019 sono stati effettuati i seguenti convegni:

- Convegno del 10 marzo 2016: **“Promozione della salute sul luogo di lavoro: Workplace Health Promotion in ASL 3 Genovese”** - Istituto Nautico S. Giorgio Calata Darsena, presentazione del progetto e dei primi risultati della rilevazione
- Convegno del 31 maggio 2016: Giornata mondiale senza fumo - “Giornata Mondiale senza fumo: approfondimenti normativi e promozione di sani stili di vita” - Aule della formazione di Via Maggio 6

- Convegno del 5 ottobre 2016: **“Workplace Health Promotion in ASL 3 Genovese: la promozione di sani stili di vita in campo alimentare”** – Palazzo Ducale, Sala Munizioniere
- Convegno del 31 maggio 2017 **“WHP: non fumiamoci la salute”** – Palazzo Ducale, Sala Munizioniere
- Convegno del 25 settembre 2017: **“WHP la menopausa: prendiamola sul serio, viviamola DIVER- tendo – CI”** - Teatro dell’Archivolt, Sala Mercato, Piazza Modena 3
- Convegno del 31 maggio 2018 **“Menti in fumo: scienza e arte sul luogo di lavoro”** – ASL3 sede di Struppa Aula Multimediale, Via Struppa 150
- Convegno del 5 novembre 2019 **“WHP Vit D”**: - Istituto Nautico S. Giorgio Calata Darsena

Di seguito si elencano **i corsi WHP aperti a tutti i lavoratori** coinvolti in gruppi composti da 10 a 25 persone al massimo, in base all’argomento trattato e alla metodologia utilizzata (prevalentemente con coinvolgimento attivo). I corsi si ripetevano in numerose edizioni (in genere 8 /10 per anno).

- Corso su **“Marketing sociale”** con l’obiettivo di favorire negli operatori l’acquisizione delle competenze per “l’utilizzo dei principi e delle tecniche del marketing per influenzare un gruppo target ad accettare, rifiutare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario, allo scopo di ottenere un vantaggio per i singoli, i gruppi o la società nel suo complesso” (Kotler P., Roberto N., Lee N. Social Marketing – Improving the Quality of Life, 2002).
- **“WHP: Torah Cocktail per tutti”** azione di contrasto all’abuso di alcol
- **“WHP: Mangio sano e mi voglio bene”** azione per favorire sane abitudini alimentari
- **“WHP: è l’ora di muoversi”** azione di contrasto alla sedentarietà. L’esperienza sulla dimensione della attività fisica è partita con la costituzione di un gruppo di lavoro affidato ai Fisioterapisti dell’Azienda Asl3 (Territorio/Ospedale), 7 fisioterapisti Professionali, 1 coordinatore Fisioterapista Senior afferente al Dipartimento delle Cure Primarie una assistente sanitaria P.O. organizzazione gestione progetti di promozione salute _Area Comparto. Il Curriculum Vitae selezionato ha privilegiato operatori con Portfolio formativo-professionale in area educativa (Laurea in scienze motorie) e/o eventuali precedenti esperienze e di docenza in eventi formativi di Area riabilitativo -preventiva e/o di Area riabilitativo fisioterapica (psicomotricità; para o dismorfismi nelle varie età della vita) o di discipline sportive. Cinque operatori presentavano nel proprio Curriculum formativo la doppia Laurea in Fisioterapia e in Scienze motorie con indirizzo Educativo -pedagogico e/o Preventivo Adattativa. Le caratteristiche dei partecipanti hanno evidenziato eterogeneità per età, genere, tipologia di ruolo (Operatori del Comparto, Medici, Dirigenza e o dell’Area Amministrativa) nonché per competenza e storia motoria.

Gli Obiettivi primari della proposta consistevano nel:

- dare ascolto alle storie e alle narrazioni delle esperienze psico-motorie dei soggetti (circa 45/60 minuti), favorire la discussione e il confronto sugli stili di vita, sulle conoscenze e sulle consapevolezza, di ogni partecipante (docenti compresi), relative alla dimensione della pratica motoria, lungo l'asse temporale di vita delle persone e nei setting di lavoro ed extra-lavoro.
- creare una condivisione motorio-esperienziale/emozionale pratica, favorente l'apprendimento e la memorizzazione (circa tre ore) delle proposte motorie e del possibile cambiamento determinato dalla esperienza stessa
- informare ed aggiornare le conoscenze dei partecipanti rispetto a progetti, servizi, opportunità presenti in Azienda e sul territorio della comunità (ad es. servizi fisioterapici territoriali, le associazioni autorizzate del progetto Afa, gruppi di cammino, banca del tempo etc) per l'implementazione delle occasioni di pratica motoria.

Anno	Numero edizioni	Attività WHP formativa
2017	3 edizioni	SVOLTE
2018	4 edizioni	SVOLTE
2019	4 edizioni	SVOLTE
2020	6 edizioni	NON SVOLTE

Si è utilizzata la metodologia Bottom up e Top down, in modalità mista, sulla base della disomogeneità, con tecniche di didattica convergenti/divergenti, sulla maggiore o minore facilità di partecipazione attiva dei diversi Gruppi partecipanti.

Abbiamo registrato attraverso un questionario (in forma anonima) dati relativi a: età, genere, BMI, attitudine al fumo, numero di farmaci assunti, specificando numero di antidolorifici, quota fisica settimanale e alcuni dati per le dimensioni psicosociali (autopercezione di competenza, efficacia, motivazione alla implementazione della quota di attività fisica settimanale), compresa la percezione fisica del proprio corpo (presenza di dolore oppure scarso controllo, o governance di aree della propria struttura muscolo-scheletrica) prima dell'inizio e alla fine dell'incontro (Analisi dati in Progress). Come prassi è stato registrato anche il gradimento dell'attività formativa e l'impatto sulle conoscenze, competenze di ogni soggetto partecipante dalla S.C. della Formazione e Aggiornamento.

Topics trattati:

- La modulazione della energia durante il fluire della giornata (atti di vita quotidiana e attività lavorative)
- Il gesto e l'espressione tonico corporea (energia vs affettività; cultura)

- Il ritmo e la sua modulazione (frequenza/pausa, silenzio, sincope del battere/levare): creazione in autonomia di moduli espressivi /creativi/ direttivi e micro-coreografie
- Il movimento tecnico (per lavoro, hobby, sport etc) e la sua ripetizione
- Le posture e l'orientamento nello spazio.
- Rinforzo muscolare e Relax: un mix per il benessere della persona lungo "the life span"
- **“WHP - Formazione per le Dipendenti di ASL3: Il pavimento pelvico femminile: prevenire le disfunzioni e/o rieducare al corretto funzionamento”** per favorire l'emersione del problema e fornire informazioni preventive ed indicazioni per l'eventuale riabilitazione. Anche in questo caso il presupposto è che partendo da un empowerment individuale si giunga a determinare un empowerment di comunità. Si consideri inoltre che la percentuale delle donne che lavoravano in ASL nel periodo di riferimento erano il 67% e l'età media superiore ai 50 anni.
- **“WHP: Ri-CONOSCO e CON-TATTO Corpo e Mente per ritrovare benessere e armonia nel quotidiano”** una proposta di conoscenza/avvicinamento alle pratiche e tecniche di postura, respirazione, rilassamento e meditazione derivate dallo Yoga e dalla Meditazione
- **“WHP diamo voce al benessere e benessere alla voce”** proposta per aumentare la consapevolezza dell'utilizzo della voce, promuoverne il corretto utilizzo e proporre la voce stessa come strumento di benessere psicofisico e relazionale.
- **“WHP: my phone, my impersonal trainer”**: riflessione sull'utilizzo del telefono cellulare, condivisione di alcune informazioni che ci permettano di fare un migliore uso di questo strumento e ottimizzare il nostro rapporto con lo stesso
- **“WHP: Vitamina D come Dinamite”** il corso si proponeva di definire il ruolo preventivo della vitamina D nella patogenesi di numerose patologie scheletriche e non-scheletriche, e illustrare le principali strategie di prevenzione e trattamento
- **“WHP il cappello color porpora”** progetto formativo che si configurava come momento di incontro e riflessione al femminile sul tema della menopausa, cercando di dare a questa fase importante della vita della donna una lettura costruttiva di valorizzazione delle proprie risorse interne.
- **“Progetto Gaia-Kirone: consapevolezza globale e benessere psicofisico”** Il progetto si proponeva di promuovere un programma che ponga al centro la persona e favorisca la riflessione sulle basi etiche, scientifiche e uma-

ne per essere cittadini creativi della società globalizzata in cui viviamo. Prevedeva un protocollo articolato in quattro principali aree educative che corrispondono alle principali dimensioni neuro psicologiche umane: la consapevolezza di sé, che corrisponde alla funzione centrale del cervello, la consapevolezza corporea-emotiva del cervello sottocorticale, la consapevolezza scientifica dell'emisfero razionale e la consapevolezza etica dell'emisfero intuitivo. Il progetto è approvato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, e sostenuto dalla Federazione Italiana Centri e Club UNESCO, e dall'agenzia delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura

- **“Pedagogia del corpo”** per supportare e ri-motivare chi esercita una professione di aiuto: la relazione di aiuto arricchisce, sensibilizza, trasforma, ma dopo anni può depotenziare, appannare slanci e motivazioni inizialmente ben orientati
- Il corso **“La prevenzione e la gestione delle aggressioni e degli atti di violenza nei luoghi di lavoro”** effettuato in collaborazione con il Comune di Genova, presentato dal Servizio Prevenzione e Protezione, è stato proposto dal 2014 al 2018 in versioni soggette a continua revisione in base alle esperienze maturate negli anni precedenti, agli stimoli e feedback ricevuti dai discenti e al variare dei contesti socio ambientali. La formazione ha puntato su un processo di emersione del fenomeno violenza e di presa di consapevolezza dei discenti per permettere lo sviluppo / condivisione di una comune cultura volta alla prevenzione e alla tolleranza zero di ogni forma di Violenza nei luoghi di lavoro.

Azioni non prettamente formative

“Screening km0”: Avvicinare i dipendenti agli screening oncologici

Il progetto “Screening Km Zero” si proponeva l’obiettivo di favorire l’adesione agli screening oncologici (diagnosi precoce del cancro della cervice uterina, cancro mammella e cancro colon retto) del personale della ASL 3 Genovese, facilitando l’accesso ai programmi e consentendo agli operatori di effettuare presso lo stesso luogo di lavoro gli esami previsti: ricerca del sangue occulto nelle feci, Pap Test (in futuro HPV-DNA test) e mammografia. Obiettivi intermedi del progetto erano:

- Aumentare la conoscenza tra i dipendenti in merito agli screening oncologici;
- Sensibilizzare gli operatori rispetto al tema della prevenzione secondaria;
- Incoraggiare scelte di salute e prevenzione delle malattie;
- Sviluppare l’empowerment del singolo e della comunità.

Spazio di consulenza sul tabagismo per i dipendenti

Nel gennaio 2017 è stato aperto uno Spazio di consulenza sul tabagismo dedicato ai dipendenti ASL3 Genovese organizzato dalla SC Servizio Prevenzione e Protezione, la SC Servizio Dipendenze, in collaborazione con la SS Epidemiologia e la SC Professioni Sanitarie.

Il servizio intendeva essere un primo punto di contatto per il lavoratore che contemplava la possibilità di smettere di fumare. Un secondo livello consentiva di accedere al trattamento per la disassuefazione dal fumo.

Progetto “Io mi sto a cuore”:

Campagna di prevenzione cardiovascolare rivolta ai dipendenti di ASL3

A partire dal 2018 nella nostra azienda è stato condotto il progetto pilota **“Io mi sto a cuore”**, grazie al quale lavoratori di età compresa tra i 40 ed i 60 anni, al momento della visita di sorveglianza sanitaria eseguita dal Medico Competente potevano partecipare alla campagna di prevenzione cardiovascolare.

Il “Programma di valutazione attiva (screening) del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari” prevede l’applicazione del modello organizzativo utilizzato per gli screening oncologici di popolazione:

- Chiamata attiva di soggetti sani;
- Valutazione dei parametri biologici (pressione arteriosa, glicemia) e antropometrici (circonferenza addome, BMI) e contestuale rilevazione degli stili di vita attinenti a fumo, alimentazione, alcool, sedentarietà;
- Classificazione dei soggetti rispondenti in categorie di rischio;
- Offerta di interventi mirati per correggere sia i fattori di rischio comportamentali, sia i parametri biologici alterati.

Nel 2018 hanno partecipato al progetto pilota 168 lavoratori, di questi:

- Il 19% non presentava alcun fattore di rischio;
- Il 36% presentava fattori rischio comportamentali per stili di vita non corretti,
- Il 27% presentava parametri ematochimici e/o antropometrici alterati e di questi il 22% è stato inviato a visita cardiologica
- Il 18% era già in terapia per problemi cardiovascolari

Il progetto avrebbe dovuto riprendere nel 2020 dopo la riorganizzazione del servizio Popolazione a Rischio.

Sul sito intranet da apposto banner con il logo del WHP in ASL3 si accedeva a una sezione dedicata alle notizie, informazioni ed aggiornamenti relativi al progetto. Il LOGO del WHP è stato disegnato da colleghi e trasformato in Logo con il contributo dei grafici del servizio di Comunicazione della ASL3. Ulteriori azioni in corso di realizzazione che con la pandemia SARS-CoV-2 non sono state realizzate erano:

- Realizzazione di **Sale Ristoro** per i lavoratori nelle sedi che non possono usufruire di mensa, con la possibilità di fornitura sul luogo un pasto salutare al dipendente
- **Camminate in compagnia** e mappatura dei percorsi dalle sedi di lavoro verso le alture genovesi, sfruttando la conformazione geomorfologica della città che è costruita su vari livelli altimetrici. Le creuze cittadine possono essere sfruttate per raggiungere, dalle sedi di lavoro, le i sentieri naturalistici alle spalle della città.
- **Ginnastica vertebrale per i dipendenti:** L'idea è quella di condurre un'esperienza sperimentale offrendo ai dipendenti, prima dell'inizio dell'attività lavorativa o al termine, un modulo di ginnastica vertebrale di circa 45 minuti effettuato presso le palestre della ASL e tenuto dai fisioterapisti della sede in questione. La ginnastica vertebrale e l'educazione posturale si sono rivelate efficaci nel trattamento e nella prevenzione della rachialgia: il movimento equilibrato e consapevole, l'educazione della postura, la respirazione ed il rilassamento neuro-muscolare permettono di prevenire e curare la colonna in modo naturale.

Bibliografia

- Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018
- Bertozzi, L., Negrini, S., Agosto, D., Costi, S., et al. (2021) Posture and time spent using a smartphone are not correlated with neck pain and disability in young adults: A cross-sectional study. J Bodyw Mov Ther
- Cruz-Jentoft, A., Bahat, G. Bauer, J. et al (2018). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age and Ageing 2018; 0: 1-16 doi: 10.1093/ageing/afy169

- Le Boulch, J., (2000) Verso una scienza del movimento umano. Introduzione alla psicocinetica. Armando editore
- Francis P, Toomey C, Mc Cormack W et al. (2017). Measurement of maximal isometric torque and muscle quality of the knee extensors and flexors in healthy 50- to 70-year-old women. Clin Physiol Funct Imaging; 37: 448-55.
- Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, et al. 2002. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. Am J Prev Med;22(4S):73-107. 2003; 289:2913-6.
- Ministero della Salute (2019). 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.
- Zaina, F., Poggio, M., Di Felice, F., et al. (2021). Bracing adults with chronic low back pain secondary to severe scoliosis: six months results of a prospective pilot study. Eur Spine J; 30(10):2962-2966.

L'implementazione locale del Progetto CCM WHP in ASL 1 Imperiese: La stesura del Profilo di Salute dell'Ospedale di Imperia

Maura Bonvento, Stefania Guasco, Francesco Sferrazzo

Per procedere all'implementazione locale del programma WHP nell'ASL1 Imperiese è sembrato opportuno preliminarmente avviare la stesura del profilo di salute dell'Ospedale di Imperia.

La creazione di una Struttura Complessa denominata Gestione e Promozione Salute e Sicurezza, afferente al Dipartimento di Prevenzione, per la sua funzione unificante di diverse realtà tutte impegnate sui temi della salute e della sicurezza ma precedentemente scollegate tra loro, sembra oggi costituire il terreno ideale per l'implementazione di un programma di promozione alla salute oltre che all'esterno anche dentro la stessa ASL. Tale realtà organizzativa, aggregando il Servizio Prevenzione/Protezione, quello di Promozione alla Salute, i Medici Competenti, l'attività di Screening oncologico e prevedendo una forte sinergia con il coordinamento delle Professioni Sanitarie che rappresentano più della metà del personale di ASL, pare anche l'occasione per consolidare l'indispensabile integrazione tra i Servizi Aziendali.

In merito all'indagine svolta si ritiene utile sottolineare che l'emergenza sanitaria COVID 19 ha richiesto a molti operatori il coinvolgimento in attività di cura, con una conseguente contrazione del tempo da dedicare ai progetti di promozione salute. Inoltre, in un frangente così eccezionale e drammatico per la sanità mondiale, la situazione di benessere dei lavoratori è stata messa a dura prova: l'incremento dell'attività ospedaliera e territoriale, per un impegno speciale nel fronteggiamento della pandemia, ha generato situazioni importanti di stress legate all'implementazione dell'orario di lavoro, alla difficoltà nel fruire delle ferie, all'aumentare delle richieste di malattia anche per il propagarsi del virus tra gli operatori.

Si è scelto di lavorare sul territorio del Distretto di Imperia che conta una popolazione totale di 72.437 rilevata al 31/12/2019 (fonte ISTAT). La popolazione residente si concentra maggiormente lungo la fascia costiera ed è caratterizzata da una forte dispersione territoriale nella fascia montana. L'entroterra inoltre è contraddistinto dalla presenza di un numero molto elevato di piccoli comuni. L'indagine sul Profilo di Salute, portata avanti tra il 30 giugno 2020 e il 30/09/2020, ha riguardato lo Stabilimento di Imperia, poiché durante il corrente periodo pandemico il presidio è stato individuato come Ospedale COVID Free ed ha pertanto mantenuto una maggiore stabilità in termini di strutture organizzative (Reparti) presenti e di operatori assegnati.

Il Presidio Ospedaliero di Imperia si trova in località Sant' Agata, sulla collina ad ovest e prospiciente il nucleo storico di Oneglia, in posizione dominante il mare. E' costituito da due fabbricati principali risalenti alla fine degli anni '60: un edificio a T denominato Monoblocco e la Palazzina B. La collocazione

rende difficilmente raggiungibile a piedi o in bicicletta il luogo di lavoro per i dipendenti.

Nel presidio valutato sono presenti reparti di degenza medica (per esempio Medicina e Pediatria) e specialistica (per esempio Rianimazione, UTIC), il Blocco Chirurgico (Ginecologia, Chirurgia Generale, Urologia) il Pronto Soccorso ed i Servizi (Diagnostica per Immagini, Anatomia Patologica, Centro Prelievi e Laboratorio Analisi).

Il campione, di 150 soggetti su 860 dipendenti, è costituito da 126 donne e 24 uomini. La quota maggiore dei lavoratori coinvolti (n=74) afferisce alla fascia di età 50-69 anni, una porzione considerevole (n=66) a quella 30-48 anni, mentre una piccola parte (n=10) a quella 18-29. La distribuzione relativa al ruolo vede un'importante partecipazione del personale di comparto n=123). I dirigenti che hanno partecipato all'indagine sono 20.

L'area professionale in cui il campione era impegnato è quella di cura (86%), in minor quota quella della riabilitazione (8%) e della prevenzione (1%).

Il progetto ha visto coinvolte in stretta sinergia la S.C. Gestione e Promozione Salute e Sicurezza e la S.C. Professioni Sanitarie le quali si sono avvalse della collaborazione della S.C. Sviluppo Risorse Umane e dei Medici Competenti quali interlocutori privilegiati per ottenere informazioni sullo stato di salute dei lavoratori. Attraverso un contatto iniziale via mail, in cui veniva esplicitato lo scopo principale del progetto ed un termine entro il quale rispondere, è stato chiesto ai dipendenti di compilare un questionario orientato ad approfondire non solo le abitudini di salute, ma anche la percezione del proprio ambiente di lavoro in funzione dei temi di salute. I dati relativi al contesto organizzativo e agli stili di vita sono stati raccolti in buona parte coinvolgendo attivamente i coordinatori infermieristici, per gli aspetti collegati alla fruizione della mensa aziendale sono stati contattati i referenti locali della ditta che si occupava della refezione aziendale, le informazioni riguardanti gli aspetti strutturali del presidio sono state raccolte tramite l'Ufficio Tecnico. L'emergenza COVID, imponendo lo spostamento di alcune unità di personale da un contesto all'altro, ha determinato qualche incongruenza derivante dal fatto che il personale assegnato ad un Centro di Costo non sempre avesse una sede specifica di lavoro.

Si è concordato tra Regione Liguria e ASL1 di integrare i dati derivanti dall'analisi di contesto e dal profilo di salute con un questionario online proposto al personale attraverso Google Form. Le domande sono state selezionate tra quelle previste dal sistema di sorveglianza PASSI che indaga gli stili di vita e i comportamenti a rischio sul piano della salute nella popolazione.

Sebbene ancora in corso di valutazione particolarmente significativi appaiono alcuni risultati. In merito alla percezione di salute, il 38% dei dipendenti del presidio riferisce la comparsa di sintomi di malessere fisico da 0 a 5 giorni al mese ed il 18% sintomi di malessere psicologico da 26 a 30 giorni al mese rendendo conto di uno stato di disagio molto pervasivo collegato a stress, depressione, insonnia, ansia, ecc.

In merito al livello di attività fisica il dato più saliente sembra essere quello relativo decremento dell'attività motoria dal pre al post COVID. Infatti ben il 43% dei soggetti aderenti ha dichiarato di essere stato maggiormente attivo prima della pandemia mentre il restante gruppo ha affermato di non aver mutato le proprie abitudini.

A proposito del consumo di alcol e fumo sembra esserci un ambiente costituito in maggioranza da non fumatori e modesti bevitori. I non fumatori rappresentano la maggior parte dei lavoratori (n=120). Nell'ultimo mese un'alta percentuale (31,3%) dice di non aver consumato alcol o di averlo fatto in maniera moderata (il 25% da 1 a 3 unità alcoliche, il 22% da 4 a 6).

Per quanto concerne l'alimentazione si rileva che solo il 12% dei soggetti consuma le consigliate 5 porzioni di frutta o verdura giornaliera.

Una nota interessante, in merito all'impatto della pandemia sui ritmi di lavoro, riguarda la necessità di adattamento imposta dal COVID 19 per quanto riguarda il tempo lavorato (l'81% afferma di aver lavorato di più nell'ultimo anno) e la possibilità di fruire delle ferie (il 48% del personale afferma di non averle godute o di averle godute solo in parte al momento della rilevazione).

Si è indagata anche l'adesione dei soggetti intervistati alle campagne di screening oncologici (colon retto, cervice uterina, mammella). Il 76% dei soggetti dichiara di aver partecipato allo screening almeno una volta nella vita ma di aver rinunciato ad afferirvi, in base alla propria fascia di età, dall'inizio della pandemia con una quota pari al 54% per il pap-test, al 38% per la mammografia, al 52% per la ricerca del sangue occulto.

In conclusione, da una prima analisi dei dati raccolti, emerge che le opportunità di realizzare progetti di promozione della salute all'interno dei luoghi di lavoro sono molteplici.

Pensando alle "Pratiche raccomandate e sostenibili" proposte durante il Corso di Formazione WHP, si ritiene possibile attivare la ditta che gestisce la mensa aziendale concordando alcuni interventi che promuovano una sana alimentazione (pane a ridotto contenuto di sale, aumento dell'offerta di frutta, uso di sale iodato, ecc.) ed altresì proponendo modifiche al capitolato riguardante i distributori automatici di cibo e bevande presenti nei presidi ospedalieri e territoriali di ASL1 al fine di compensare la presenza di alimenti ipercalorici con prodotti salutari.

In relazione alla attività fisica, nel presidio ospedaliero è possibile, e necessario, incentivare l'uso delle scale in particolare nel monoblocco con 5 piani attraverso una campagna comunicativa ad hoc.

Appaiono inoltre migliorabili le policy di contrasto a fumo, alcool e droghe attraverso specifiche iniziative di formazione volte alla diffusione del counseling motivazionale breve come modello utile a favorire il cambiamento. Tale formazione potrebbe essere rivolta al personale sanitario in generale ed a settori specifici oltre ai Medici di Medicina Generale, quali le figure professionali

affendenti ai servizi di Medicina del Lavoro (medici, infermieri, assistenti sanitari) ed agli operatori della prevenzione (tecnici della prevenzione del Dipartimento di Prevenzione).

Un'altra iniziativa in divenire riguarda la facilitazione dell'accesso ai programmi di Screening Oncologici per il personale sanitario aziendale, realizzando in tal modo un piano di promozione della salute che coinvolga ed attivi il personale interno, con lo scopo di farlo divenire un fattivo promotore della prevenzione durante l'attività quotidiana rivolta agli utenti esterni dell'azienda.

In linea con l'azione volta all'Equità delineata nel Piano di Prevenzione Salute nei Luoghi di Lavoro si intende dare particolare attenzione alle politiche di age management al fine di valorizzare i dipendenti in funzione della loro età anagrafica. L'innalzamento dell'età media dei lavoratori, anche all'interno della ASL1 Imperiese, pone la sfida di creare un maggiore equilibrio tra le diverse generazioni attraverso l'attenzione ad eventuali limitazioni al lavoro e l'attuazione di buone pratiche volte alla valorizzazione dell'esperienza.



II.5 L'ESPERIENZA DI REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Giulia Goi, Jessica Greguol, Luana Sandrin, Carlo Venturini

IL PROGRAMMA WHP Friuli Venezia Giulia - Le origini

Il contesto produttivo della Regione Friuli Venezia Giulia è caratterizzato dalla presenza di circa il 93% di micro aziende (meno di 10 addetti), 5% di piccole aziende (da 10 a 49 addetti), 1% di medie imprese (da 50 a 249 addetti), 0,2% di grandi imprese (oltre i 250 addetti).

Il settore più diffuso è quello dell'artigianato che conta circa 30 mila aziende, seguito dal terziario e infine dall'industria.

Molte aziende risultano già culturalmente sensibili ad un approccio di promozione del benessere verso i propri dipendenti. Alcune di queste infatti, negli anni hanno attivato iniziative volte alla prevenzione di malattie cronico - degenerative (es. miglioramento dell'offerta della mensa aziendale, realizzazione di palestre interne, incentivi per l'utilizzo della bicicletta nel percorso casa - lavoro ecc.), altre hanno proposto interventi per promuovere il benessere nella sfera casa-lavoro (es. flessibilità dell'orario, iniziative di time saving, giornate aperte alle famiglie dei dipendenti, borse di studio/sussidi economici per i figli dei dipendenti ecc.)

Varie iniziative di Promozione della Salute hanno trovato sviluppo e realizzazione nel corso degli ultimi decenni nell'area pordenonese su iniziativa della Sanità pubblica. L'esperienza di una vera e propria Rete WHP FVG trova il suo avvio nel 2015 quando una grossa azienda di questo territorio richiese al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria territorialmente competente (ora Azienda Sanitaria) un supporto per l'implementazione di un progetto volto alla promozione del benessere e alla prevenzione delle malattie cronico - degenerative per i dipendenti. Tale richiesta suscitando l'interesse e l'appoggio dell'associazione di categoria imprenditoriale - Unione Industriali di Pordenone (ora Confindustria Alto Adriatico), ha permesso l'avvio da parte dell'Azienda Sanitaria di un progetto più vasto ed impegnativo per la diffusione di tale iniziativa verso altre aziende del territorio.

L'obiettivo generale di questo progetto prevedeva la creazione di un luogo di lavoro che promuove salute attraverso l'attuazione di una serie di interventi, quali la promozione della mobilità sostenibile, l'aumento del benessere personale favorendo opportunità sulla conciliazione famiglia-lavoro, l'aumento dell'adesione a stili di vita salutari, l'avvio di uno screening cardiovascolare.

È stato quindi formato un gruppo di lavoro rappresentativo degli enti partner composto da operatori dell'Azienda Sanitaria, esponenti della Confindustria Alto Adriatico e, per quanto riguarda l'azienda protagonista del progetto, da figure apicali della sicurezza aziendale quali RSPP (Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione), ASPP (Addetto al Servizio di Prevenzione e Protezione) e dal Medico Competente. Al perfezionamento di singoli aspetti

del progetto iniziale hanno contribuito poi specialisti in Medicina Preventiva del Servizio sanitario pubblico, esperti di specifici settori come le dipendenze e la nutrizione. Inoltre, l'Azienda Sanitaria ha previsto un monitoraggio e una valutazione degli interventi attraverso la somministrazione di questionari, sugli stili di vita, rivolti ai dipendenti dell'azienda a tempo zero e dopo un anno dall'inizio delle attività.

Nel contempo, seguendo le indicazioni metodologiche del Programma "Workplace Health Promotion - WHP Lombardia", e grazie alla disponibilità dell'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo (start up del programma lombardo), è stata realizzata una rete analoga adattata al territorio della Regione Friuli Venezia Giulia e avviata nell'anno 2017.

Il programma è attualmente affidato alle Strutture Complesse Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro che collaborano con gli operatori del Servizio di Promozione alla Salute, del Dipartimento delle Dipendenze e del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione.

Il programma "Rete WHP Friuli Venezia Giulia" ha ottenuto il patrocinio della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale - sezione Triveneta, dell'Organismo Paritetico Provinciale per la sicurezza sul lavoro Unione Industriali di Pordenone (ora Alto Adriatico coinvolgendo il territorio pordenonese e il Giuliano Isontino), CGIL, CISL, e UIL e dell'Associazione Pordenonese dei Medici del Lavoro.

Un'organizzazione, per poter essere efficace nella promozione della salute, non può prescindere da una attenta gestione della sicurezza. Per accedere quindi alla rete WHP, secondo le indicazioni metodologiche adottate, è necessario che l'azienda soddisfi dei prerequisiti, quali essere in regola con gli oneri contributivi e assicurativi, aver redatto il Documento di Valutazione dei Rischi come previsto dal D.Lgs 81/08 e s.m.i. rispettando le disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, essere in regola con le norme ambientali (D.Lgs 152/06 e s.m.i.) e non avere riportato nei 5 anni precedenti condanne definitive relative all'applicazione del D.Lgs 231/2001 (art.25 - septies - omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro o art.15 - undecies - reati ambientali).

L'iscrizione alla Rete può essere richiesta da qualsiasi impresa di qualsivoglia settore lavorativo pubblico o privato.

Il Programma è concepito come un riconoscimento assegnato da parte del Servizio sanitario pubblico ai luoghi di lavoro che volontariamente vogliano aderire al Programma e ne rispettino gli standard previsti.

La premiazione è annuale ed è associata alla consegna di uno specifico logo ("WHP FVG" dell'anno) che viene attribuito dall'Azienda Sanitaria.



Figura II.5.1: Targhe di riconoscimento WHP FVG anno 2019

Le regole del Programma, gli standard e gli elenchi delle Buone Pratiche sono contenuti nel Manuale WHP che è il documento di riferimento per i luoghi di lavoro e che viene aggiornato annualmente. Tutto il materiale appena elencato è disponibile anche online accedendo ad un apposito sito web gestito dall'Azienda Sanitaria.

Il programma prevede la realizzazione di una serie di azioni comprese all'interno delle seguenti aree tematiche: alimentazione, attività fisica, contrasto al fumo di tabacco, contrasto alle dipendenze, mobilità sicura e sostenibile e benessere e conciliazione casa-lavoro.

Le aziende aderenti alla Rete devono realizzare e rendicontare ogni anno un numero minimo di buone pratiche (tra quelle elencate nel manuale) in due aree tematiche a scelta (delle sei in cui si articola il programma) per arrivare in tre anni ad avere interventi attivi in ciascuna delle sei aree tematiche.



MANUALE WHP FRIULI VENEZIA GIULIA

Come aderire al Programma *Workplace Health Promotion FVG*
e diventare un *Luogo di lavoro che promuove salute*

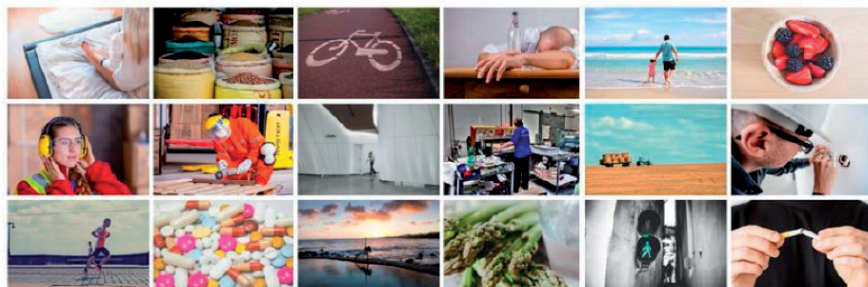


Figura II.5.2: Copertina del manuale WHP FVG

Per i primi tre anni il numero minimo di buone pratiche da realizzare in ogni area tematica è di due ed è necessario mantenere attive le buone pratiche avviate negli anni precedenti.

Dal quarto anno in avanti gli standard cambiano: dovranno risultare attive almeno due buone pratiche in ciascuna delle sei aree tematiche (quindi almeno dodici buone pratiche complessivamente). Contemporaneamente all'iscrizione l'azienda provvede a costituire un Gruppo di Lavoro Aziendale che avrà il compito di pianificare e organizzare lo sviluppo delle diverse attività.

Il Gruppo dovrebbe essere composto dalle figure principali della sicurezza aziendale quali il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza, il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, il Medico Competente, il Datore di Lavoro, affiancate da lavoratori sensibili alle suddette tematiche, nonché dal responsabile della gestione delle risorse umane.

In collaborazione con gli operatori dell'Azienda Sanitaria è prevista la realizzazione di uno studio pre-intervento che prevede la somministrazione di questionari anonimi sugli stili di vita e sui bisogni dei lavoratori. I dati sono analizzati dall'Azienda Sanitaria e utilizzati sia per aiutare l'azienda nella pianificazione delle buone pratiche sia per verificare l'efficacia, delle pratiche realizzate, dopo un anno dall'attivazione del Programma.

Il Gruppo di lavoro aziendale pianifica le buone pratiche, attingendo al Manuale della Rete WHP FVG o, in alternativa, proponendo una pratica innovativa che deve essere poi approvata dagli enti partner del progetto.

A partire dal 2017, è stata realizzata una campagna informativa che ha permesso il coinvolgimento di numerose aziende. In particolare, sono state effettuate ventitre presentazioni presso altrettante aziende del Friuli Venezia Giulia (tre nel territorio di competenza dell'ASUGI, otto nel territorio di competenza dell'ASUFC e undici nel territorio di competenza dell'AsFO). Dieci di queste Aziende hanno poi aderito al programma per un totale di n. 3037 lavoratori coinvolti nelle azioni.



Figura II.5.3: "Premiazione delle aziende - anno 2019"

Il programma WHP, inoltre, è stato oggetto dell'aggiornamento formativo annuale previsto dal D.Lgs. 81/08 per la figura del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza e del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale.

L'esperienza del Friuli Venezia Giulia nel Progetto CCM 2018

Nell'anno 2019 la Regione Friuli Venezia Giulia, nell'ambito dell'attuazione del Piano regionale della Prevenzione 2014-2019, ha aderito al progetto CCM 2018-Azioni Centrale "Supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della rete di promozione della salute sui luoghi di lavoro (rete WHP - Workplace Health Promotion)" di cui la Regione Lombardia è capofila.

In seguito sono stati realizzati alcuni incontri tra i referenti delle Regioni che hanno aderito al progetto CCM per la pianificazione delle azioni previste dallo stesso.

Il percorso formativo ha coinvolto venti operatori, afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle tre Aziende Sanitarie e della Direzione Centrale Salute e Politiche Sociali della Regione FVG, tra cui Assistenti Sanitari, Medici e Dietisti. Inizialmente l'impostazione del percorso era stata pianificata in presenza e in co-presenza con le altre Regioni aderenti. Tuttavia è stato possibile effettuare solo il primo e ultimo incontro in presenza a causa dell'emergenza sanitaria dettata dalla diffusione del virus SARS-COV2. Il resto dei moduli previsti si è svolto in modalità di FAD sincrona e asincrona. Tale rimodulazione ha fatto emergere diverse criticità in quanto è venuto meno il confronto diretto tra discenti e docenti e anche quello tra gli operatori delle altre regioni. Un altro aspetto che ha reso complessa la partecipazione al corso è stato il carico di lavoro richiesto nella gestione dell'emergenza che ha comportato quindi l'assenza di alcuni partecipanti impegnati nelle attività per il contenimento della pandemia da SARS-COV2.

Nonostante queste difficoltà il percorso è stato completato assimilando nuove competenze e conoscenze che hanno permesso di implementare e arricchire il programma già attivo.

Grazie alla formazione è stato possibile riflettere sul concetto di equità all'interno del programma in quanto molte delle azioni previste dal manuale adottato precedentemente vertevano maggiormente su un coinvolgimento della parte impiegatizia/dirigenziale e meno su quella operaia. A titolo di esempio, molte azioni implementate dalle aziende non sono sfruttabili dai dipendenti che lavorano a turni.

Un'altra criticità analizzata riguarda lo studio del target che richiederebbe un'analisi più accurata sull'età, sulla cultura e sulle capacità individuali dei lavoratori a cui si rivolge il programma proponendo quindi azioni e messaggi di salute calati più accuratamente sul contesto aziendale. Oltre a lavorare per modificare l'ambiente di lavoro è necessario valorizzare anche la capacità di health literacy per fare in modo che la persona scelga consapevolmente le opportunità di salute proposte dall'azienda.

L'emergenza pandemica e le conoscenze acquisite durante il percorso formativo hanno evidenziato alcune criticità nel programma adottato: l'aver adotta-

to azioni come lo smart working, se da un lato ha portato dei benefici in termini di time-saving e organizzazione familiare, dall'altro ha comportato l'adozione di stili di vita scorretti (es. alterazione del ciclo biologico, consumo di pasti veloci e poco salutari, aumento della sedentarietà). Anche l'ecosostenibilità si è ridotta notevolmente. Per ridurre i rischi di contagio nella popolazione, per esempio, si è incentivato il trasporto privato a scapito di quello pubblico, e vi è stato un aumento del consumo di materiali usa e getta dettato dalle misure di prevenzione.

Tutto ciò fa immaginare una revisione delle azioni del programma WHP, che dovranno tenere conto del rapido cambiamento socio-culturale avvenuto durante e a seguito dell'emergenza pandemica da Sars-Cov2. Ad esempio, potrebbero essere incentivate azioni come il pedibus o il bicibus, l'utilizzo di mezzi alternativi nel percorso casa-lavoro/lavoro-casa (biciclette, monopattini, pattini, ecc.), la sensibilizzazione per un corretto smaltimento dei rifiuti e l'acquisto di materiali usa e getta ecosostenibili.

Il percorso formativo ha permesso l'inserimento di un'altra attività all'interno del programma WHP FVG: la mappatura delle aziende del territorio regionale FVG. Finora, infatti, il reclutamento delle aziende avveniva attraverso la collaborazione con l'Unione Industriali Alto Adriatico che individuava le aziende più sensibili e pronte per avviare un percorso di questo tipo segnalandole all'Azienda Sanitaria oppure tramite richiesta diretta da parte delle aziende che avevano avuto la possibilità di conoscere il programma tramite convegni, congressi o altre iniziative informative/formative.

Aver realizzato internamente una mappatura ha permesso agli operatori di individuare personalmente le aziende e di proporsi in autonomia.

È stato poi sperimentato uno strumento, definito "Profilo di salute", con il quale vengono rilevate le caratteristiche dell'azienda relative agli aspetti interessati dal programma WHP. Il Profilo di salute è stato uno strumento molto utile perché ha permesso di avere una prima "fotografia" dello stato di salute dell'azienda e di orientarsi sulle aree tematiche da sviluppare nel corso degli anni. Inoltre, rileva informazioni utili sul target (es. lavoratori con disabilità, lavoratori stranieri, età media ecc.) che permettono una programmazione di interventi progettata su misura.

È stato valutato anche l'utilizzo di un questionario rivolto ai lavoratori per poter rilevare lo stato di salute della popolazione oggetto del programma e dei suoi bisogni in termini di stili di vita.

Tale questionario permette anche di effettuare un monitoraggio periodico sul cambiamento degli stili di vita dei lavoratori e di fornire alle aziende un feedback di efficacia o meno delle azioni intraprese permettendo un eventuale riorientamento delle stesse.

Il progetto CCM ha permesso infine un raccordo regionale tra gli operatori dei diversi territori che prima mancava per questo tipo di attività.

Il programma WHP essendo inizialmente avviato nel territorio pordenonese e poi diffuso anche nelle altre aziende della regione FVG non aveva garantito una adeguata uniformità nella realizzazione delle azioni e nelle conoscenze/competenze degli operatori. La formazione ha permesso di colmare tale lacuna fornendo a tutti gli operatori coinvolti lo stesso livello di conoscenze e competenze standardizzando quindi l'operatività del programma e creando momenti di confronto periodici che saranno mantenuti nel tempo.

Come precedentemente riportato gli operatori maggiormente coinvolti nel programma WHP FVG afferiscono alle Strutture Complesse di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro che, per rendicontare le attività svolte, utilizzano un sistema informatico chiamato MeLA (Medicina del Lavoro).

All'interno del sistema è stata avviata una proposta di inserire una voce idonea per permettere anche la rendicontazione del programma WHP in modo che venga riconosciuta come un'attività ordinaria e caratteristica del servizio.

La motivazione principale di questa proposta si colloca nella prospettiva di implementazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 che prevede l'attuazione del Piano Predefinito n. 3 - "Luoghi di lavoro che promuovo salute".

Regione FVG ha previsto lo sviluppo di tale Piano nell'implementazione e realizzazione del Programma WHP aderendo quindi al modello lombardo e condividendone i materiali proposti. La rendicontazione delle attività attraverso il sistema MeLA permetterà quindi anche di misurare gli interventi realizzati dagli operatori e i lavoratori raggiunti dalle varie azioni.



RINGRAZIAMENTI

Un particolare ringraziamento
a tutto il Gruppo della Comunità di Pratica Interregionale
che ha permesso la realizzazione del Progetto:

*Barbara Alessandrini
Elia Bonelli
Catia Maura Bonvento
Marco Briganti
Salvatore Cacciola
Andrea Camilli
Claudia Cardella
Cristina Caprile
Claudia Cardillo
Claudia Luisa D'Alessandro
Antonella Detoni
Danila Dosa
Laura Fassari
Roberta Fedele
Martino Gelsomino
Giulia Goi
Jessica Greguol
Stefania Guasco
Nadia Guisa
Stefania Gulino
Maria Chiara Iannaci
Monica Lavagna
Tiziana Lo Monaco
Mirco Locci
Cristina Magnabosco
Daniela Malfitana
Manuela Mauro
Laura Montana
Emanuela Occoni
Giovanna Oliveto*

*Roberto Ortoleva
Mariella Palazzo
Micaela Pagliano
Emilio Pasquarella
Barbara Pellizzari
Paola Pisanello
Iljana Pastorino
Floriana Pierri
Stefania Pilan
Sebastiano Pomona
Marta Raule
Alfio Reitano
Luana Sandrin
Lorenzo Sampietro
Patrizia Scandale
Cristina Schellenberger
Francesca Scollo
Francesco Sferrazzo
Silla Stel
Camilla Sticchi
Giovanni Tarditi
Emilia Tasso
Carla Tazzer
Giorgia Tranquilli
Anna Valdata
Federica Varlese
Carlo Venturini
Anna Verna
Claudia Zuliani
Alla Yakubovich*



ALLEGATI





“PRATICHE RACCOMANDATE E SOSTENIBILI”

Il presente documento è uno dei prodotti del Progetto CCM 2018 - Azioni Centrali
*“Supporto all’implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della
Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP - Workplace Health Promotion)”.*

giugno 2021

INDICE

Premessa	3
Le Pratiche	4
1. Pratiche per favorire l'adozione competente e consapevole di comportamenti alimentari salutar	5
1.1 Risorse per la realizzazione	7
2. Pratiche per favorire l'adozione competente e consapevole di uno stile di vita attivo	9
2.1 Risorse per la realizzazione	11
3. Pratiche per creare un ambiente di lavoro "libero dal fumo" e incentivare la cessazione	13
3.1 Risorse per la realizzazione	14
4. Pratiche per il contrasto a comportamenti additivi (alcool, droghe, gioco d'azzardo)	16
4.1 Risorse per la realizzazione	18
5. Pratiche trasversali	19
5.1 Risorse per la realizzazione	19
6. Altre Pratiche	20
6.1 Risorse per la realizzazione	21
Fonti bibliografiche	22

PREMESSA

Le Pratiche descritte di seguito rappresentano il “set minimo” di azioni attese da un “luogo di lavoro che promuove salute”.

Aderendo al Programma il datore di lavoro si impegna ad adottarle “strutturalmente” - coerentemente a quanto emerso dal “Profilo di Salute” - nel proprio contesto, nell’ambito del percorso di miglioramento caratterizzato dal processo partecipato che coinvolge i lavoratori e favorisce l’empowerment individuale e la capacity building organizzativa.

In tale percorso il ruolo dei professionisti delle ASL non è quello di realizzare interventi ma è quello di “accompagnare” il gruppo di lavoro interno al “luogo di lavoro” (azienda, ospedale, ente, ecc.), partecipando alla definizione e lettura del Profilo di Salute (*Ciclo HEA*) e fornendo, là dove necessario, competenze tecnico - scientifiche per l’allestimento delle Pratiche.

La realizzazione delle Pratiche da parte di ciascun “luogo di lavoro” aderente, viene registrata annualmente nel sistema di monitoraggio regionale del Programma, così da mettere in grado ASL/Regioni di avere un continuo aggiornamento degli indicatori di impatto (adesione al Programma e realizzazione delle Pratiche) e definire via via obiettivi coerenti.

LE PRATICHE

Le Pratiche descritte in questo documento sono state selezionate sulla base dei seguenti criteri di "Buona Pratica"¹:

- **Efficacia pratica e teorica**, in quanto basate su evidenze di letteratura e, laddove queste non fossero disponibili, su documentazione validata di "Buona Pratica"
- **Trasferibilità**, in quanto già adottate e rese strutturali da un gran numero di luoghi di lavoro
- **Sostenibilità**, in quanto non impegnano il datore di lavoro in termini di risorse economiche e si caratterizzano per poter essere strutturate nella organizzazione in maniera duratura
- **Valutabilità**, in quanto sono individuate le singole azioni attese, intraprese nell'ambito del processo partecipato, che possono essere misurate con indicatori specifici per osservare il percorso di miglioramento attivato dal Programma
- **Intersectorialità**, determinata implicitamente dalle azioni che richiedono l'attivazione di collaborazioni con soggetti di altri settori, sia della comunità locale in cui si colloca il "luogo di lavoro" quali Enti Locali, Sistema Sanitario, Associazioni, sia di fornitori quali gestori di mense, bar interni, ecc.
- **Equità**, in quanto le Pratiche devono essere contestualizzate in coerenza con quanto emerso dal "Profilo di Salute" e quindi applicate così da contrastare le disuguaglianze che potrebbero determinarsi nella loro adozione

A supporto della realizzazione operativa delle Pratiche, questo documento segnala, per ciascuna macroarea, risorse informative/documentali/esperienziali che, auspicchiamo, potranno essere via via implementate grazie alle esperienze di realizzazione del Programma nell'ambito dei Piani Regionali di Prevenzione - PRP.

¹ Per "Buona Pratica" in Promozione della Salute si intende: interventi/attività/programmi che *"in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione"* (Kahan e Goodstadt, 2001) https://www.retepromozionesalute.it/bd2_ricgui.php?azione=elenco&criterio=S

1. PRATICHE PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI COMPORTAMENTI ALIMENTARI SALUTARI

MENSA AZIENDALE

- Definire con la ditta-gestore e/o con il personale interno addetto, un capitolato e un menù orientato a un'offerta di alimenti salutarì e bilanciati
Oltre agli elementi nutrizionali di carattere generale sono essenziali:
 - *presenza di offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale*²
 - *utilizzo esclusivo di sale iodato*
 - *disponibilità di pane integrale*
 - *nell'offerta prevista dal menù non prevedere la sostituibilità tra frutta/verdura e dessert*
- Realizzare percorsi formativi per il personale della ditta gestore e/o degli addetti interni su preparazione e composizione equilibrata del pasto e porzioni corrette
- Realizzare iniziative informative per i fruitori sulla composizione equilibrata del pasto e porzioni corrette

DISTRIBUTORI AUTOMATICI DI ALIMENTI

- Definire con soggetto gestore un capitolato che comprenda almeno il 30% di alimenti con contenuto calorico non superiore a 150 Kcal e contenuto in grassi non superiore a 5 gr.³

BAR INTERNI

- Condividere con i gestori specifici requisiti organizzativi e concertare proposte per garantire la presenza di una offerta salutare⁴ (vedi Risorse "Pasto sano fuori casa")

² Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il consumo di sale deve essere inferiore ai 5 grammi al giorno, l'equivalente di 1 cucchiaino. Il pane è un prodotto consumato quotidianamente, pertanto è dimostrato che la riduzione del contenuto di sale in questo alimento produce nel tempo effetti positivi sulla salute, in particolare la presenza dell' 1,7% sul peso della farina ne permette una riduzione del 15% rispetto a quanto presente abitualmente in commercio, senza cambiarne il sapore. Per questo è raccomandata una azione di advocacy con i produttori al fine di rendere strutturale tale modifica in tutta la produzione e contestualmente una azione che ne attivi la domanda/consumo, in particolare mediante l'inserimento di tale requisito nei capitolati d'appalto di ristorazioni collettive e pubbliche.

³ Esempi: succhi di frutta senza zuccheri aggiunti, spremute, frutta fresca e disidratata, frutta secca al naturale (non salata o glassata), yogurt senza zuccheri aggiunti, prodotti da forno con olio evo e basso contenuto di sale.

⁴ Garantire almeno l'offerta stabile di frutta fresca, spremute, macedonia/purea di frutta al naturale, centrifugati, yogurt senza zuccheri aggiunti, verdure e legumi cotte e crude.

AREA DI REFEZIONE

- Predisporre un'area dove sia possibile consumare alimenti portati da casa, creando un ambiente adeguato e confortevole in cui garantire la presenza di distributori di acqua gratuita, forno a microonde, frigorifero e altri requisiti organizzativi che influiscono sulla salubrità del pasto (vedi Risorse "Pasto sano fuori casa")
- Attivare (eventualmente anche attraverso accordi con produttori locali) la disponibilità di frutta e/o verdura fresca di stagione gratuita almeno a cadenza settimanale

RISTORAZIONE PUBBLICA

- Realizzare percorsi di collaborazione con Associazioni di categoria o singoli ristoratori - in particolare erogatori di buoni pasto o convenzionati - per migliorare l'offerta e l'organizzazione in termini salutarì (vedi Materiali "Pasto sano fuori casa")
- Promuovere percorsi informativi e di sensibilizzazione ai ristoratori



EQUITA'

- **L'OFFERTA ALIMENTARE DEVE CONTEMPLARE ANCHE MENÙ FRUIBILI DA LAVORATORI-LAVORATRICI:**
 - **AFFETTI DA CELIACHIA O DOCUMENTATE/VALIDATE INTOLLERANZE ALIMENTARI**
 - **ADERENTI A COMPORTAMENTI ALIMENTARI VINCOLATI DA SCELTE ETICHE/RELIGIOSE**
 - ...
- **LA REALIZZAZIONE DELLE PRATICHE DEVE TENERE CONTO DI EVENTUALI BARRIERE LINGUISTICHE, BASSI LIVELLI DI ALFABETIZZAZIONE, ...**

1.1 Risorse utili per la realizzazione

<i>Mense (con esempi tratti anche dal setting scolastico)</i>	• "Una buona mensa per una buona scuola: vademecum per una ristorazione scolastica biologica e sostenibile" - Ministero Politiche Agricole, AIAB, Regione FVG (2011) Una buona mensa per una buona scuola.pdf (aiab.fvg.it) • "Cambuse critiche - Manuale di cucina equa e solidale, salutare e sostenibile" ATS Milano 2006 CAMBUSE CRITICHE_501674da-b411-4b4c-b35b-92ac367996bd.pdf (ats-milano.it)
<i>Pane con ridotto contenuto di sale</i>	• Regione Lombardia ha stipulato un Accordo per la riduzione del sale nel pane con Unione regionale panificatori Lombardia, Confcommercio Lombardia Imprese per l'Italia, FIESA Confesercenti Regionale Lombardia, AIB - Associazione Italia Bakery Ingredients, ASSITOL - Associazione Italiana dell'Industria Oleari. L'Accordo prevede la produzione e vendita, stabilmente e senza differenza di prezzo, di pane artigianale prodotto con un contenuto di sale all'1,7 % sul peso della farina e l'impegno alla produzione industriale di semilavorati idonei al raggiungimento di obiettivo. Accordo+riduzione+sale+nel+pane+14_9_2011.PDF (regione.lombardia.it) • Regione Emilia-Romagna ha concluso un accordo con le associazioni regionali dei panificatori per la produzione di pane con un contenuto massimo di sale pari all'1,7% sul peso della farina. Rispetto al pane abitualmente in commercio la riduzione di sale è di circa il 15%. Campagna regionale "Pane meno sale" Alimenti & Salute (alimenti-salute.it)
<i>Capitolati vending</i>	• Linee guida per la stesura del capitolato di appalto per distributori automatici di alimenti e bevande- ATS Brianza LINEE GUIDA CAPITOLATO D APPALTO SNACK.PDF81a3.PDF (ats-brianza.it) • "Distribuzione automatica di alimenti e promozione della salute" Marketing Sociale Piano per la salute, Azienda USL di Modena FARE - Federazione Associazioni Regionali Economi e Provveditori, Università "La Sapienza" di Roma Confi, Agende 21 Locali Italiane, Federconsumatori Nazionale Ausi Leaflet distribuzione automatica.indd (wordpress.com)
<i>Ristorazione pubblica: "pasto sano fuori casa"</i>	• "Pasto Sano - Healthy Meal" - Progetto ATS Milano 2017 Pasto Sano (ats-milano.it) Linee Guida per gli operatori della Ristorazione \aslmilano.it\dati\SIAN COMUNE\uoian 4\PastoSano Rev.4.pdf (ats-milano.it) Protocollo d'Intesa con il Comune di Milano: Pasto Sano - Protocollo Intesa_04f9a9d4-5175-4770-a028-fc09eba9cc11.PDF (ats-milano.it) • "Pranzo sano fuori casa" - Progetto Regione Toscana Stare bene e in forma senza rinunciare al gusto - Regione Toscana Homepage - Pranzo Sano fuori casa Linee Guida per gli Operatori della Ristorazione fbc277e7-05f6-48ee-b403-1d265657bae6 (regione.toscana.it) • Programma europeo FOOD - Fighting Obesity through Offer and Demand Il programma è un progetto creato nel 2009 grazie al cofinanziamento della Commissione europea (DG SANTE). Malgrado il finanziamento UE sia cessato nell'aprile 2011, i partner hanno deciso di sfruttare le azioni e i risultati e hanno proseguito un programma a lungo termine al quale l'Italia partecipa. FOOD Programme : Fighting Obesity through Offer and Demand (food-programme.eu) FOOD Programme - Guida "Alimentazione equilibrata per la pausa pranzo" Per+un+pasto+equilibrato+fuori+casa.pdf (regione.lombardia.it) • Planning healthy and sustainable meetings A how-to guide for healthy and sustainable meetings at the WHO Regional Office for Europe

7

	Guida OMS indirizzata a datori di lavoro e organizzatori di riunioni per promuovere ambienti di lavoro più salutari, fornisce suggerimenti concreti per un corretto regime alimentare, attività fisica, un ambiente libero dal fumo e pratiche sostenibili. healthy-meetings-eng.pdf (who.int)
Comunicazione	• "Con meno sale nel pane" Opuscolo informativo ed elenco delle attività (panificatori) aderenti - ATS di Brescia 2015_04_29 Report.2014.pdf (ats-brescia.it) • "Il codice colori" - Programma WHP Regione Friuli Venezia Giulia allegato-1f-descrizione-iniziativa-codice-colore.pdf (wordpress.com) • "Meno sale più salute" (Materiali SINU per la "Salt awareness week") https://sinu.it/meno-sale-piu-salute/ • "Occhio al sale nascosto" SINU, WASH, G.I.R.C.S.I. - 2016 Presentazione standard di PowerPoint (salute.gov.it) • "Dieta Sana = Dieta Costosa? Consigli utili per mangiare sano senza spendere tanto" - Ministero della Salute 2020 Dieta sana = dieta costosa? No. Consigli utili per mangiare sano senza spendere tanto (salute.gov.it) • "Poco sale e iodato!" - Ministero della Salute 2006 - 2015 Poco sale e solo iodato (salute.gov.it) • "Aiuta le tue ossa. A tavola, con attività fisica e sole. Osteoporosi e stili di vita" Ministero della Salute 2020 C 17 opuscoliPoster 258 allegato.pdf (salute.gov.it) • "Mangia a colori. Frutta e verdura 5 porzioni al giorno, anche fuori casa" Ministero della Salute - 2015 C 17 opuscoliPoster 245 allegato.pdf (salute.gov.it) • "Pesce. Consumo consapevole benefici nutrizionali" - Ministero della Salute - 2014 C 17 opuscoliPoster 221 allegato.pdf (salute.gov.it) • "Etichettatura degli alimenti. Cosa dobbiamo sapere" - Ministero della Salute - 2015 C 17 opuscoliPoster 215 allegato.pdf (salute.gov.it) • "Sicurezza degli alimenti dall'acquisto alla casa" - Ministero della Salute - 2015 C 17 opuscoliPoster 275 allegato.pdf (salute.gov.it) • Decalogo per un uso corretto degli integratori alimentari - Ministero della Salute - 2019 C 17 opuscoliPoster 191 allegato.pdf (salute.gov.it) • PIRAMIDE DELLO STILE DI VITA SETTIMANALE Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Unità di Ricerca di Scienza dell'Alimentazione e Nutrizione Umana Piramide Alimentare Italiana (piramideitaliana.it) • Healthy diet - WHO Healthy diet (who.int) • Marketing Sociale - Dors Centro di documentazione per la promozione della salute - Regione Piemonte Sezione Marketing Sociale - Associazione italiana Marketing sociale https://www.marketingsociale.it

2. PRATICHE PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI UNO STILE DI VITA ATTIVO

SCALE PER LA SALUTE

- Promuovere e incentivare l'uso delle scale in sostituzione dell'ascensore ("Scale per la salute"⁵).
- Migliorare il contesto fisico ove sono ubicate le scale (sicurezza, illuminazione, pulizia, etc.) per incoraggiarne l'uso al posto dell'ascensore.

MOBILITÀ ATTIVA NEL PERCORSO CASA - LAVORO E OPPORTUNITÀ PER INCENTIVARE LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ FISICA

- Promuovere l'uso della bicicletta per raggiungere la sede di lavoro mediante:
 - dialogo collaborativo con Enti locali per la realizzazione di interventi strutturali volti alla creazione di percorsi pedonali - ciclabili sicuri in prossimità dell'azienda
 - realizzazione di parcheggio e/o rastrelliere coperte
 - fornitura di biciclette in comodato d'uso ai dipendenti;
 - attivazione di convenzioni per sconti su acquisto e/o offerta di materiale utile correlato all'utilizzo della bicicletta;
 - promozione e/o adesione a iniziative incentivanti promosse da associazioni (esempio "Bike to work" promosso da FIAB, vedi Materiali)
- Favorire l'uso del mezzo pubblico
 - eventuale creazione della figura del mobility manager là dove possibile
- Promuovere, in collaborazione con Enti/Associazioni, l'offerta di opportunità formative informative sulla sicurezza stradale e l'uso sicuro della bicicletta
- Organizzare "Gruppi di cammino"⁶ aziendali e creare Walking leader interni

⁵ La Pratica "Scale per la salute" consiste nell'esporre accanto al punto in cui si deve scegliere se fare il percorso a piedi o in ascensore o, se le scale sono fisicamente distanti dall'ascensore, accanto alle pulsantiere degli ascensori, materiali informativi (cartelli, striscioni, poster, ecc.) che incoraggiano ad usare le scale illustrandone i molti benefici per la salute e sottolineando la facile opportunità per rendere più attivo lo stile di vita determinato da questa semplice scelta. Gli studi pubblicati sono stati concordi nel rilevare una modificazione dei comportamenti immediatamente successiva all'intervento, ma l'osservazione protratta ha mostrato una tendenza all'attenuazione dell'effetto: per tale ragione è utile che l'intervento preveda periodiche azioni di richiamo/rinforzo (per esempio: comunicazione sul sito web aziendale, concorsi di idee tra i dipendenti per la produzione di immagini promozionali, conferenze stampa, ecc.).

⁶ I "gruppi di cammino" sono gruppi di persone che si ritrovano regolarmente per camminare insieme, inizialmente guidati da persone formate e poi via via resi autonomi attraverso la formazione di "Walking leader" individuati tra figure "volontarie" interne. L'allestimento di questa Pratica è favorito dalla collaborazione con Associazioni di promozione sociale e sportiva e dal coinvolgimento dei soggetti che organizzano attività culturali e ricreative per i dipendenti nel tempo libero (Dopolavoro, CRAL)

- Attivare collaborazioni con Enti Locali e Associazioni (*Associazioni di promozione sociale e sportiva*, ecc.) per l'individuazione di percorsi per camminare o andare in bicicletta nei pressi dell'azienda
- Promuovere/organizzare iniziative sportive aziendali o incoraggiare la partecipazione a tornei organizzati da altri soggetti, anche attraverso l'attivazione di collaborazioni con Associazioni di promozione sociale e sportiva e il coinvolgimento dei soggetti che organizzano attività culturali e ricreative per i dipendenti nel tempo libero (Dopolavoro, CRAL)
- Attivare convenzioni per abbonamenti a tariffa agevolata presso centri sportivi in prossimità dell'azienda (es. palestre, piscine) e per l'acquisto di abbigliamento e attrezzature sportive (anche per uso bicicletta) a prezzi calmierati, anche attraverso i soggetti che organizzano attività culturali e ricreative per i dipendenti nel tempo libero (Dopolavoro, CRAL)
- Allestire o mettere a disposizione spazi aziendali accessibili a tutti i dipendenti per svolgere attività fisica in pausa o nel tempo libero (campo da gioco, canestri da basket, palestra, etc.)
- Nei contesti di lavoro ove possibile (esempio PA), incoraggiare l'abitudine a "pause attive" sul posto
- Promuovere eventi per sensibilizzare e valorizzare il tema della mobilità attiva (ad es. giorni "a piedi al lavoro" o "al lavoro in bicicletta", etc.)
- Rendere disponibile materiale informativo sui percorsi migliori per andare al lavoro a piedi o in bicicletta



EQUITA'

- **L'OFFERTA DI OPPORTUNITÀ DI ATTIVITÀ FISICA DEVE CONTEMPLARE ELEMENTI DI ACCESSIBILITÀ PER LAVORATORI CON DISABILITÀ FISICHE O ADERENTI A COMPORTAMENTI VINCOLATI DA SCELTE RELIGIOSE/CULTURALI, ...**
- **LA REALIZZAZIONE DELLE PRATICHE DEVE TENERE CONTO DI EVENTUALI BARRIERE LINGUISTICHE, BASSI LIVELLI DI ALFABETIZZAZIONE, ...**

2.1 Risorse utili per la realizzazione

Scale per la salute	• "Usa le scale" materiali informativi a cura del Ministero della Salute Layout 1 (salute.gov.it) • "Le scale. Musica per la tua salute" campagna a cura di Regione Emilia Romagna con Anci e Upi (2013) "Le scale. Musica per la tua salute" – Salute (regione.emilia-romagna.it) • Le scale-pianoforte di Odenplan (Stoccolma). Intervento ambientale per incentivare a salire le scale a piedi" (iniziativa azienda "Volkswagen") 158) Scale a pianoforte Stoccolma - YouTube • Modelli per cartellonistica - Programma WHP Lombardia cartelli-scale lomb.pdf(wordpress.com) • "Fai le scale" "Lasciamo il segno - La rete trevigiana per l'attività fisica" - ULSS 9 Treviso Muoviti, se puoi usa le scale (ulss.tv.it)
Mobilità attiva casa-lavoro	• FIAB Federazione Italiana Ambiente e Bicicletta <i>Organizzazione ambientalista, la cui mission è la diffusione della bicicletta quale mezzo di trasporto ecologico, per una riqualificazione dell'ambiente urbano ed extraurbano.</i> https://fiabitalia.it/ Microsoft Word - Bike to work il decalogo FIAB x le aziende.docx (idhosting.it) Fiab Area Tecnica - Fiab Area Tecnica (fiab-areatecnica.it) (presenta materiale tecnico e divulgativo che, in diverse forme, può essere disponibile) • LEGGE 11 gennaio 2018, n. 2 Disposizioni per lo sviluppo della mobilità in bicicletta e la realizzazione della rete nazionale di percorribilità ciclistica. Gazzetta Ufficiale • Mobilità sostenibile Ministero della Transizione Ecologica (minambiente.it) • PIANO DEGLI SPOSTAMENTI CASA-LAVORO EDIZIONE 2020 - ISTAT Microsoft Word - ISTAT Piano Spostamenti Casa Lavoro 2020 • "Sharing mobility - Indicare alle persone la strada verso scelte di spostamento multimodale" - ISPRA (Quaderni) Ambiente e Società 19/2018 https://www.isprambiente.gov.it/files2018/pubblicazioni/quaderni/Quad_AS_19_18.pdf • "Sharing mobility management - Fornire alle persone servizi di mobilità in forma collaborativa" ISPRA (Quaderni) Ambiente e Società 16/2017 SHARING MOBILITY MANAGEMENT (isprambiente.gov.it) • "Re Clacs: Reggio Emilia casa lavoro e casa scuola" - Progetto per una maggiore sicurezza e sostenibilità della mobilità ricorrente, basato su interventi infrastrutturali e di messa in sicurezza nonché su azioni immateriali di cambio dei comportamenti. Progetto cofinanziato dal Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare - Programma sperimentale nazionale di mobilità sostenibile casa-scuola e casa-lavoro (DM Ministero Ambiente n. 208/2016) Re-Clacs - Reggio Emilia Casa-Lavoro Casa-Scuola (comune.re.it)
Promuovere/organizzare iniziative sportive aziendali o incoraggiare la partecipazione	• UISP - Sport per tutti http://www.uisp.it/nazionale/politichesociali UISP - Nazionale - Mobilità sostenibile al centro della Fase 2: le proposte Uisp • CIAB - Club delle Imprese Amiche della Bicicletta (associazione che mette in rete aziende, enti locali, professionisti, associazioni, cooperative, consorzi, operatori turistici e ogni altra tipologia di operatore economico, amministrativo e sociale che intendano sviluppare attività in favore della bicicletta nel quadro di una politica della mobilità sostenibile rivolgendo le loro attività in questo senso ai propri

	dipendenti, ai loro clienti e alla cittadinanza) Chi è CIAB
Gruppi di cammino	- Gruppi di cammino - Regione Lombardia (Buona Pratica - Banca Dati DoRS) https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=5632 - Gruppi di Cammino - Emilia Romagna Muoversi insieme - Gruppi di Cammino - Mappa della Salute - Gruppi di cammino - UISP Reggio Emilia UISP - Reggio Emilia - Gruppi di cammino
Pause attive	- Physical Activity Breaks for the Workplace Resource Guide October 2019 Center for Disease Control and Prevention - National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/initiatives/resource-center/pdf/Workplace-Physical-Activity-Break-Guide-508.pdf - Planning healthy and sustainable meetings A how-to guide for healthy and sustainable meetings at the WHO Regional Office for Europe (Guida OMS indirizzata a datori di lavoro e organizzatori di riunioni per promuovere ambienti di lavoro più salutarì, fornisce suggerimenti concreti per un corretto regime alimentare, attività fisica, un ambiente libero dal fumo e pratiche sostenibili) healthy-meetings-eng.pdf (who.int) - Materiale applicativo della Guida OMS utilizzato per promuovere "Pause attive al 3° Meeting della Rete delle Scuole che Promuovono Salute - Lombardia https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/f9151c19-5337-4b6d-a480-9e16355fb8d0/PAUSE+ATTIVE_III_MEETING_SPS_27_03_2019.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-f9151c19-5337-4b6d-a480-9e16355fb8d0-mTePkTQ
Comunicazione	"Attività fisica - Indicazioni per decisori politici" ("Alberta Centre for Active living") italian-5c-20pa_32160220_def.pdf (regione.lombardia.it) - ASST Rhodense (Rete WHP Lombardia) - Area Attività fisica ASST Rhodense - WHP Area attività fisica (asst-rhodense.it) - ATS Insubria su Twitter: "Trova il modo di muoverti: chi si ferma rischia! #sanistilidivita allungano la vita #SD16 https://t.co/8H9UHBIFA3" / Twitter - Volantino Gruppi di Cammino Salzano.pdf (regione.veneto.it) - Marketing Sociale - Dors Centro di documentazione per la promozione della salute - Regione Piemonte Sezione Marketing Sociale - Associazione italiana Marketing sociale https://www.marketingsociale.it

3. PRATICHE PER CREARE UN AMBIENTE DI LAVORO “LIBERO DAL FUMO” e INCENTIVARE LA CESSAZIONE

“POLICY AZIENDALE”

- Definire e attuare una policy e un regolamento aziendale di “Luogo di lavoro libero dal fumo”, attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.) e di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggetti frequentanti l'azienda.

Elementi principali:

- *monitorare e valutare periodicamente la politica antifumo aziendale*
- *predisporre idonei spazi/pause per i fumatori*
- *regolamentare l'utilizzo delle E-CIG*
- *comunicare la politica aziendale*
- *Informare sui danni da fumo attivo e passivo*
- *applicare il divieto di fumo e vigilare sul rispetto*

SUPPORTI ALLA CESSAZIONE TABAGICA

- Attivare iniziative - concordate con la ASL territorialmente competente - per promuovere la conoscenza dell'offerta dei Centri per il Trattamento del Tabagismo del Sistema Sanitario
- Promuovere la diffusione di iniziative e strumenti validati e gratuiti per aiutare il fumatore ad acquisire consapevolezza della propria dipendenza dal fumo e stimolare il miglioramento della salute



EQUITA'

- **LA REALIZZAZIONE DELLE PRATICHE DEVE TENERE CONTO DI EVENTUALI BARRIERE LINGUISTICHE, BASSI LIVELLI DI ALFABETIZZAZIONE, ...**

3.1 Risorse utili per la realizzazione

"Policy aziendale"	• "Verso una azienda libera dal fumo <i>Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro</i>" - Iniziativa editoriale afferente al Progetto CCM - Ministero della Salute "Programma di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della legge 3/2003" - Regione del Veneto e Regione Emilia Romagna Verso un'azienda libera dal fumo - Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro (salute.gov.it) • "Verso ospedali e servizi sanitari liberi dal fumo. <i>Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti sanitari</i>" - Iniziativa editoriale afferente al Progetto CCM - Ministero della Salute "Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia" - Regione del Veneto - ULSS Belluno C_17_pubblicazioni_1897_allegato.pdf (quadernidellasalute.it) • "COME CREARE UN AMBIENTE DI LAVORO LIBERO DA FUMO" - GUIDA PRATICA PER IMPRENDITORI, LAVORATORI E CITTADINI ALLA APPLICAZIONE DELL' ARTICOLO 51 DELLA LEGGE 3/2003 (del 16/1/2003) - A cura di Associazione Interdisciplinare per lo studio delle Malattie Respiratorie (AIMAR- Milano) e Istituto Superiore di Sanità ETS sul lavoro def7[3](iss.it) • RACCOMANDAZIONI PER AMBIENTI DI LAVORO LIBERI DAL FUMO - Regione Piemonte, COMMISSIONE REGIONALE ANTI-TABACCO Quaderno n. 1 Maggio 2006 Fumo e raccomandazioni (oed.piemonte.it) • "AZIENDA LIBERA DAL FUMO" Policy antifumo (modello esemplificativo) Programma "Luoghi di lavoro che promuovono Salute - Rete WHP Lombardia" - Regione Lombardia ESEMPIO DI UNA POLICY DI AZIENDA LIBERA DAL FUMO (regione.lombardia.it) • "Fabbrica libera dal fumo di tabacco" - Policy antifumo dell'Azienda ABB S.p.A. (Rete WHP Lombardia) sede di Dalmine (BG) WHP_Fabbrica libera dal fumo_RegolamentoABB(IT)-_1VCP00612_2015.pdf "Policy aziendale di tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori rispetto al fumo di tabacco e simili" - Programma di promozione della salute nei luoghi di lavoro - Gruppo di lavoro WHP - ASL Roma 6 Policy aziendale di tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori rispetto al fumo di tabacco e simili (aslroma6.it) • "Tobacco in the Workplace: Meeting the Challenge A Handbook for Employers" - WHO European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen 2002 WorkHowCon2.indd (free4ever.info)
Supporti alla cessazione tabagica	• Ministero della Salute - ISS, App "Quanto fumi" • "Quanto fumi?": ecco la nuova App per misurare la dipendenza (salute.gov.it) • ISS - Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco Workshop (iss.it) • Fact sheet dell'Agenzia Europea per la salute e sicurezza sul lavoro (OSHA) Luoghi di lavoro senza fumo: fact sheet OSHA (regione.lombardia.it)
Altro	• Planning healthy and sustainable meetings A how-to guide for healthy and sustainable meetings at the WHO Regional Office for Europe (<i>Guida OMS indirizzata a datori di lavoro e organizzatori di riunioni per promuovere ambienti di lavoro più salutarì, fornisce suggerimenti concreti per un corretto regime alimentare, attività fisica, un ambiente libero dal fumo e pratiche sostenibili.</i>) healthy-meetings-eng.pdf (who.int)

Comunicazione	• Marketing Sociale - Dors Centro di documentazione per la promozione della salute - Regione Piemonte Sezione Marketing Sociale - Associazione italiana Marketing sociale https://www.marketingsociale.it
---------------	---

4. PRATICHE PER IL CONTRASTO A COMPORTAMENTI ADDITIVI (alcol, droghe, gioco d'azzardo)

- **POLICY AZIENDALE**

Definire e attuare una policy, attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.) e del relativo regolamento attuativo comprensivo delle iniziative di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggetti frequentanti l'azienda e degli strumenti di monitoraggio della applicazione della policy nel tempo.

Una policy aziendale per il contrasto ai comportamenti additivi, definita con l'obiettivo più ampio di promuovere la salute dei lavoratori, rappresenta un elemento chiave per ottenere un ambiente di lavoro sano, sicuro e produttivo.

Per costruire una policy efficace occorre considerare le specifiche caratteristiche dell'azienda e dei suoi lavoratori, focalizzandosi su quei fattori di contesto che possono aumentare la probabilità di incorrere in comportamenti additivi (es. facilità di accesso all'alcol, condizioni di lavoro precarie o disagiate, alto livello di stress, cultura aziendale che rinforza l'uso di sostanze, ecc.).

Gli elementi essenziali che una policy dovrebbe includere sono: 1) Il riferimento a normative vigenti/regolamenti aziendali/codici comportamentali (es. codice etico) 2) Le conseguenze per eventuali violazioni della policy (es. richiami disciplinari) 3) Le indicazioni per eventuali possibilità di aiuto e sostegno (es. offerta di risorse interne all'azienda, riferimenti ai servizi del territorio) 4) Le procedure per proteggere la privacy e il diritto alla riservatezza dei lavoratori.

Una volta definita, la policy deve essere comunicata a tutti i lavoratori attraverso i canali abituali (es. brochure, rete intranet) e le sessioni formative ai nuovi assunti, ai capisquadra, ecc.

- **FORMAZIONE GENERALE**

Organizzare/promuovere iniziative di formazione generale a tutti i lavoratori finalizzate ad aumentare conoscenza e consapevolezza dei rischi legati ai comportamenti additivi, a rinforzare la resilienza, ad acquisire familiarità con le procedure per ottenere supporto.

La formazione generale per il contrasto alle dipendenze ha il duplice obiettivo di promuovere una diversa cultura rispetto ai comportamenti di uso/abuso di sostanze o ad altri comportamenti a rischio (es. gambling) e ad acquisire familiarità con le procedure necessarie per ottenere aiuto, in caso di bisogno, per sé stessi, per un collega, per la propria famiglia.

Il tema dei comportamenti additivi è una questione che attiene alla salute (oltre che alla sicurezza), da trattare al di là degli adempimenti legislativi, nell'ambito di un percorso con contenuti ad hoc: ad esempio, definizione delle dipendenze, fattori di rischio e fattori di protezione, normativa di riferimento e policy aziendale, rete dei servizi di aiuto. Oppure all'interno di percorsi formativi già presenti: ad esempio, è possibile trattare le dipendenze nei programmi che lavorano su alcune dimensioni trasversali che dovrebbero favorire l'adozione di stili di vita sani (es. come rafforzare lo spirito di gruppo, come gestire lo stress, come comunicare in modo efficace coi propri figli/nipoti in tema di sostanze, come migliorare la propria dieta, ecc.).

- **FORMAZIONE PER DIRIGENTI E ALTRE FIGURE DI SISTEMA**

Organizzare/promuovere iniziative di formazione per dirigenti, figure di sistema (datore di lavoro, RSPP, preposti, RLS, incaricati di primo soccorso), figure professionali che ricoprono un ruolo intermedio (ad es. quadri, capi-squadra, capituomo, project leader, coordinatori di team), finalizzate a ad aumentare la conoscenza della policy aziendale e le capacità di gestione dei lavoratori con comportamenti additivi.

I capi intermedi/figure di sistema possono svolgere un ruolo fondamentale nella creazione di un ambiente che promuova effettivamente pratiche di lavoro sane e sicure, assumendo il ruolo di agenti di cambiamento e motivando tutti i lavoratori al sostegno della policy aziendale.

Ogni azienda definisce il ruolo delle figure intermedie diversamente, sulla base di fattori quali la natura del lavoro, le modalità organizzative, il contesto in cui si svolge. Con la formazione, queste figure dovrebbero apprendere a: conoscere la policy aziendale drug-free e gli strumenti a supporto dei lavoratori, tenere aperti buoni canali di comunicazione, riconoscere i segnali di allerta che possono rivelare un potenziale consumo di sostanze/comportamento additivo da parte dei lavoratori, documentare i fatti, gestire i lavoratori problematici e, al bisogno, accompagnarli nella ricerca di aiuto.



EQUITA'

- **LA REALIZZAZIONE DELLE PRATICHE DEVE TENERE CONTO DI EVENTUALI BARRIERE LINGUISTICHE, BASSI LIVELLI DI ALFABETIZZAZIONE, ...**

4.1 Risorse utili per la realizzazione

Policy aziendale per il contrasto ai comportamenti additivi	- Linee guida per "Una policy scritta per un'azienda drug-free". Drug-free Workplace Kit. SAMHSA www.samhsa.gov/workplace/toolkit Traduzione e adattamento per l'Italia a cura di UOS Prevenzione Specifica ATS Città Metropolitana di Milano https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaglioedazionale/setting/luoghi-di-lavoro/programma-whp-lombardia (selezionare "Strumenti", Allegati- Area contrasto comportamenti additivi) "Management of alcohol and drug related issues in the workplace". International Labour Organization (ILO) of Geneva. Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace (ilo.org) - UNODC. International Standards on Drug Use Prevention. Second updated version. United Nations. Vienna. 2018. Traduzione non ufficiale: www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_WHO_2018_standards_internazionali_prevenzione.pdf
Formazione generale	"Formare e informare i propri lavoratori" - Drug-free Workplace Kit. SAMHSA www.samhsa.gov/workplace/toolkit Traduzione e adattamento per l'Italia a cura di UOS Prevenzione Specifica ATS Città Metropolitana di Milano https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaglioedazionale/setting/luoghi-di-lavoro/programma-whp-lombardia (selezionare "Strumenti", Allegati- Area contrasto comportamenti additivi.) "Prevenire il consumo di alcool nel contesto di lavoro" FAD in 4 moduli a cura di SNAM S.p.A. in collaborazione con ATS Milano Richiedere a: UOS Prevenzione Specifica ATS Città Metropolitana di Milano prevenzionespificata@ats-milano.it
Formazione per dirigenti e altre figure di sistema	"La formazione dei capi intermedi" - Drug-free Workplace Kit. SAMHSA www.samhsa.gov/workplace/toolkit Traduzione e adattamento per l'Italia a cura di UOS Prevenzione Specifica ATS Città Metropolitana di Milano https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaglioedazionale/setting/luoghi-di-lavoro/programma-whp-lombardia, selezionare "Strumenti", Allegati- Area contrasto comportamenti additivi. Training for workplace substance abuse prevention. Bennett, J. B., Bartholomew, N. G., Reynolds, S., & Lehman, W. E. K. (2002). Texas Christian University, Institute of Behavioral Research. https://ibr.tcu.edu/manuals/description-team-awareness-8-hour-training/ Traduzione e adattamento per l'Italia a cura di UOS Prevenzione Specifica ATS Città Metropolitana di Milano - Richiedere a prevenzionespificata@ats-milano.it
Comunicazione	- Marketing Sociale - Dors Centro di documentazione per la promozione della salute - Regione Piemonte Sezione Marketing Sociale - Associazione italiana Marketing sociale http://www.marketingsociale.it

5. PRATICHE TRASVERSALI a tutte le altre aree

- Formazione del Medico Competente su minimal advice e/o counseling motivazionale, - preferibilmente accreditata ECM o validata da ASL territorialmente competente/Regione o da altri soggetti di ambito accademico/scientifico
- Attività di minimal advice, a cura del Medico Competente, nei confronti di lavoratori con fattori di rischio per MCNT (sedentarietà, sovrappeso/obesità, tabagismo, ecc.)
- Applicazione di strumenti di inclusione, reinserimento e supporto ai dipendenti con disabilità fisiche e psichiche e patologie croniche

5.1 Risorse utili per la realizzazione

Formazione al "Minimal advice - Counseling motivazionale breve"	• Progetto CCM - Azioni Centrali 2019 "Promuovere salute: competenze trasversali per professionisti della Salute nella realizzazione di interventi preventivi collegati al piano della prevenzione" - Regioni ed Enti partners: Emilia-Romagna (capofila), Piemonte, Lombardia, Veneto, Marche, Molise, ISPRO Firenze. <i>Il Progetto è finalizzato a rendere disponibili a tutte le Regioni italiane - nell'ambito dei rispettivi PRP - un corso di formazione - base a distanza, relativo alla applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento (Di Clemente e Prochaska, 1982) nella gestione dei comportamenti a rischio legati a stress, fumo, alcol e consumo problematico di altre sostanze psicoattive, disturbi del comportamento alimentare, sedentarietà. Il Corso è curato da "Luoghi di Prevenzione"- AUSL Reggio Emilia, per: Referenti dei Piani di Formazione per le diverse professionalità, Professionisti impegnati nella realizzazione del PRP, Testimoni privilegiati (es. docenti universitari e Professionisti di Società Scientifiche o loro delegati).</i> Per informazioni: Carla Severi - Responsabile Professioni Sanitarie LUOGHI DI PREVENZIONE Dipartimento Cure Primarie - Azienda USL di Reggio Emilia - IRCCS carla.severi@ausl.re.it
Inclusione, reinserimento e supporto dei dipendenti con disabilità fisiche e psichiche e patologie croniche	• "Promuovere l'inclusione e la work ability delle persone con malattie croniche. Un training tool per i manager" (Joint Action CHRODIS PLUS) ita-chrodis-training-tool.pdf • ENWHP "Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche" BUONE PRATICHE PER LA PROMOZIONE DI UN AMBIENTE DI LAVORO SALUTARE PER LAVORATORI CON PATOLOGIE CRONICHE (dors.it)



EQUITA'

19

- **LA REALIZZAZIONE DELLE PRATICHE DEVE TENERE CONTO DI EVENTUALI BARRIERE LINGUISTICHE, BASSI LIVELLI DI ALFABETIZZAZIONE, ...**

6. ALTRE PRATICHE

Le seguenti Pratiche non incidono direttamente sui fattori di rischio comportamentali per Malattie Croniche non Trasmissibili, ma sono raccomandate in quanto concorrono a creare un ambiente di lavoro “favorevole alla salute” e orientato al benessere individuale e collettivo. Rispetto all’eventuale meccanismo di riconoscimento di “AZIENDA CHE PROMUOVE SALUTE”, vi concorrono solo quando contestualmente l’azienda realizza le PRATICHE nelle 5 AREE, descritte precedentemente, dedicate ai determinanti di salute/fattori di rischio per MCNT.

- **PRATICHE PER PROMUOVERE L’ADESIONE A COMPORTAMENTI PREVENTIVI**

Screening oncologi

- Attivare iniziative - concordate con la ASL territorialmente competente - per la promozione dell’adesione ai programmi di screening oncologico (colon-retto, mammella e cervice uterina) da parte dei lavoratori in età target

Campagne vaccinali

- Attivare iniziative - concordate con la ASL territorialmente competente - per la promozione dell’adesione ai programmi vaccinali (antinfluenzale, ecc.) da parte dei lavoratori in età target

- **PRATICHE DI CONCILIAZIONE VITA-LAVORO/WELFARE, RESPONSABILITÀ SOCIALE**

- Attuare iniziative di conciliazione vita-lavoro anche attraverso l’adesione a reti territoriali e progetti promossi da soggetti istituzionali e non
- Attuare iniziative di Responsabilità Sociale d’Impresa, anche mediante l’adesione a percorsi/progetti (regionali, nazionali, comunitari)
- Attuare interventi validati in tema di stress lavoro correlato e benessere organizzativo
- Attuare iniziative per la riduzione dello spreco alimentare e la valorizzazione delle eccedenze



EQUITA'

- **LA REALIZZAZIONE DELLE PRATICHE DEVE TENERE CONTO DI EVENTUALI BARRIERE LINGUISTICHE, BASSI LIVELLI DI ALFABETIZZAZIONE, ...**

6.1 Risorse utili per la realizzazione

Conciliazione vita-lavoro	• Dipartimento per le politiche della famiglia - Normativa (governo.it) • Dipartimento per le Pari Opportunità - » Convegno 2016 "Tempi di vita e di lavoro" (pariopportunita.gov.it)
Stress lavoro correlato e benessere organizzativo	• DoRS Buone Pratiche in salute mentale e benessere - Salute mentale sul luogo di lavoro, nelle scuole, prevenzione della depressione e del suicidio • Università degli Studi di Torino Dipartimento di Psicologia 1° FORUM REGIONALE DEL CUG DEL PIEMONTE Torino, 12 aprile 2017 "Gli strumenti per la rilevazione del benessere organizzativo" L. Colombo Microsoft PowerPoint - Colombo L. (regione.piemonte.it) • "Benessere individuale e organizzativo nei processi di cambiamento. modello e strumenti di intervento" - SIPLO - Società Italiana di Psicologia del Lavoro e della Organizzazione Microsoft Word - Documento versione 1.0 (dors.it) • "Il benessere, il clima e la cultura delle organizzazioni: significati ed evoluzione in letteratura." - Consiglio Nazionale delle Ricerche -CNR 2012 Il-benessere-il-clima-e-la-cultura-delle-organizzazioni.pdf (cnr.it)
Responsabilità Sociale d'Impresa	• Sostenibilità e Responsabilità sociale d'impresa - Fondazione Sodalitas • Responsabilità sociale d'impresa, tra definizioni e policy europee (secondowelfare.it)
Spreco alimentare e valorizzazione delle eccellenze	• "STOP ALLO SPRECO - Consigli per ridurre lo spreco di alimenti" Ministero della Salute 2020 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_256_allegato.pdf • Planning healthy and sustainable meetings A how-to guide for healthy and sustainable meetings at the WHO Regional Office for Europe Guida OMS indirizzata a datori di lavoro e organizzatori di riunioni per promuovere ambienti di lavoro più salutarì, fornisce suggerimenti concreti per un corretto regime alimentare, attività fisica, un ambiente libero dal fumo e pratiche sostenibili. healthy-meetings-eng.pdf (who.int)
Comunicazione	• Marketing Sociale - Dors Centro di documentazione per la promozione della salute - Regione Piemonte Sezione Marketing Sociale - Associazione italiana Marketing sociale https://www.marketingsociale.it

PRINCIPALI FONTI BIBLIOGRAFICHE

- 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
- 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
- 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.
[00zazaFM.i_00xxvi\(thecommunityguide.org\)](http://00zazaFM.i_00xxvi(thecommunityguide.org))
- 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.
[Are_sitting_occupations_associated_with_increased_all-cause_cancer_and_cardiovascular_disease_mortality_risk?A_pooled_analysis_of_seven_British_population_cohorts-PubMed\(nih.gov\)](http://Are_sitting_occupations_associated_with_increased_all-cause_cancer_and_cardiovascular_disease_mortality_risk?A_pooled_analysis_of_seven_British_population_cohorts-PubMed(nih.gov))
- 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.
[A_systematic_review_of_selected_interventions_for_worksite_health_promotion.The_assessment_of_health_risks_with_feedback-PubMed\(nih.gov\)](http://A_systematic_review_of_selected_interventions_for_worksite_health_promotion.The_assessment_of_health_risks_with_feedback-PubMed(nih.gov))
- Gouvernement du Québec - Secrétariat au loisir et au sport « Augmentez vos "actifs", 2000
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/augmentezvosactifs.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.
[WHO/Europe/Publications-Assessing_the_economic_costs_of_unhealthy_diets_and_low_physical_activity_an_evidence_review_and_proposed_framework\(2017\)](http://WHO/Europe/Publications-Assessing_the_economic_costs_of_unhealthy_diets_and_low_physical_activity_an_evidence_review_and_proposed_framework(2017))
- 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
- SMD-FORM 003 Direttiva per il mantenimento dell'efficienza psicofisica ed operativa del personale militare- Edizione 2016
Forma_Fisica_-_Controllo_e_mantenimento_della_forma_fisica|UNUCI_Gallarate
- 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.
[Workplace_physical_activity_interventions:a_systematic_review\(york.ac.uk\)](http://Workplace_physical_activity_interventions:a_systematic_review(york.ac.uk))
- Vuillemin A, et al., Worksite physical activity interventions and obesity: a review of European studies (the HOPE Project), Obesity Facts, 2011; 4:479-488.
[Worksite_physical_activity_interventions_and_obesity:a_review_of_European_studies\(the_HOPE_project\)-PubMed\(nih.gov\)](http://Worksite_physical_activity_interventions_and_obesity:a_review_of_European_studies(the_HOPE_project)-PubMed(nih.gov))
- World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization; 2010.
[global-PA-recs-2010.pdf\(who.int\)](http://global-PA-recs-2010.pdf(who.int))
- World Health Organization, Global recommendations on physical activity for health: 18-64 years old, 2011.
https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.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.
The_CDC_Guide_to_Strategies_to_Increase_Physical_Activity_in_the_Community

- 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".
[Microsoft Word - DPCM_23.12.2003.doc \(iss.it\)](#)
- Giacomo Mangiaracina e Letizia Palumbo "Fumo al volante e rischio infortunistico stradale", Tabaccologia 2007; 2: 19-23.
[TABACCOLOGIA2_07.pdf](#)
- IARC: "Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Tobacco smoke and involuntary smoking". Vol. 83. (2004).
[Tobacco smoke and involuntary smoking. \(nih.gov\)](#)
- 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.
[Testo FUMO TABACCO 2012 \(inail.it\)](#)
- INAIL - La salute e la sicurezza del bambino. Quaderni per la salute e la sicurezza. Edizione 2014 ISBN 978-88-7484-350-3.
[CopBambino CopBambino \(inail.it\)](#)
- Interpello Min. Lavoro 15/2013. <https://www.testo-unico-sicurezza.com/interpelli-2013-ministero-lavoro-sicurezza.html>
- Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: systematic review. BMJ 2002; 325 (7357): 188.
[Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review - PubMed \(nih.gov\)](#)
- 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).
[L. 3/2003 \(camera.it\)](#)
- 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.
[Dokumentvorlage AS für Word XP \(salute.gov.it\)](#)
- Ministero della Salute - Guadagnare Salute - Stili di Vita: "Fumo"
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=stiliVita&menu=fumo
- 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.
[Gazzetta n. 300 del 23 dicembre 2004 - MINISTERO DELLA SALUTE](#)
- Intesa Stato Regioni - 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 e 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. Gazzetta Ufficiale N. 75 del 30 Marzo 2006.
[Gazzetta Ufficiale](#)
- 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.
[Gazzetta Ufficiale](#)
- 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).
[D.lgs. 81/2008 \(lavoro.gov.it\)](#)

- 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
- Legge 30 marzo 2001, n.125 Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati, Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18-04-2001.
[Gazzetta Ufficiale](#)
- 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". 2018
[Microsoft Word - RELAZIONE ALCOL AL PARLAMENTO - 2018 - DEFINITIVO \(salute.gov.it\)](#)
- Accordo europeo sullo stress sul lavoro. Bruxelles 8-10-2004 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 europeo sullo stress sul lavoro \(actas.it\)](#)
- Accordo Interconfederale (2008) per il Recepimento dell'accordo Quadro Europeo sullo Stress Lavoro-Correlato concluso l'8 Ottobre 2004 tra UNICE/ UEAPME, CEEP E CES
[Microsoft Word - Circolare Coord SSL_12.06.08_.doc \(ecoconsultsrl.com\)](#)
- 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
[Sondaggi d'opinione europei in materia di sicurezza e salute sul lavoro - Sicurezza e salute sul lavoro - EU-OSHA \(europa.eu\)](#)
- 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. [EUR-Lex - 31989L0391 - IT \(europa.eu\)](#)
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Framework agreement on work-related stress, 2004.
[Framework agreement on work-related stress - Sicurezza e salute sul lavoro - EU-OSHA \(europa.eu\)](#)
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work. Tackling psychosocial risks and musculoskeletal disorders in small business.
[healthy-workers-thriving-companies-practical-guide-wellbeing-work \(europa.eu\)](#)
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). [Indagine europea tra le imprese sui rischi nuovi ed emergenti \(ESENER\) - Sicurezza e salute sul lavoro - EU-OSHA \(europa.eu\)](#)
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Rischi psicosociali e stress nei luoghi di lavoro.
[Rischi psicosociali e stress nei luoghi di lavoro - Sicurezza e salute sul lavoro - EU-OSHA \(europa.eu\)](#)
- European Commission. Directorate-General for Employment and Social Affairs. Guidance on work-related stress. Spice of life, or kiss of death.
[Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death - Sicurezza e salute sul lavoro - EU-OSHA \(europa.eu\)](#)
- Executive (HSE). Managing the causes of work-related stress - A stepby-step approach using the Management Standards. London: HSE. 2007
[Stress Workbook \(hse.gov.uk\)](#)
- Inail. La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Tipolitografia Inail, Milano, 2017
[La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato - iNAIL](#)
- ISPESL - WHO "PRIMA-EF Guida al contesto europeo per la gestione del rischio psicosociale Una risorsa per i datori di lavoro e per i rappresentanti dei lavoratori"
[Layout 1 \(who.int\)](#)
- PRIMA EF Consortium - Buone pratiche negli interventi di gestione dello stress correlato al lavoro. 2008.
[09_Stress Interventions:Layout 2 \(inail.it\)](#)

- Kerr, R., McHugh, M., & McCrory, M. (2009) HSE Management Standards and stress related work outcomes. Occupational Medicine, Vol. 59 Issue 8, p574-579.
[HSE management standards and stress-related work outcomes - PubMed \(nih.gov\)](#)
- 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).
[Microsoft Word - 20101118 Lett-Circ-Min Lav Stress-Lavoro correlato.doc \(dors.it\)](#)
- 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
[Conciliazione famiglia-lavoro: logiche e strumenti \(unicatt.it\)](#)
- "Luoghi di lavoro che Promuovono Salute - Rete WHP Lombardia" - Manuale operativo per l'adesione al programma. Regione Lombardia © 2018
[MANUALE+WHP_2018_def loghiok.docx.pdf \(regione.lombardia.it\)](#)
- "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
[Microsoft Word - Manuale WHP Lazio_24 \(regione.lazio.it\)](#)
- "Indicazioni operative per I Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute - Come aderire al Programma Workplace Health Promotion della Regione Marche. Prima Edizione 2017"
[MANUALE WHP 16.2.2018 \(regione.marche.it\)](#)
- "Programma regionale di Promozione della Salute negli ambienti di lavoro 2016-2018", DGRT 1314/2015 - Allegato A in attuazione del PRP 2014-2018. Regione Toscana
[WHP-DGRT-1078-2016-Allegato-A.pdf \(aou-careggi.toscana.it\)](#)



Progetto CCM 2018 - Azione Centrale *“Supporto all’implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP - Workplace Health Promotion)”*

Obiettivo Specifico 5 : *Promuovere processi comunicativi per coordinare e dare sostenibilità ai programmi di Rete WHP attivati*

Il logo di Progetto: regole e vincoli per l'utilizzo



INDICE

Premessa	3
Regole e vincoli per l'utilizzo	4
Utilizzo nell'ambito del Progetto – Azione Centrale CCM 2018	5
Utilizzo da parte dei singoli enti partner di progetto	6
Utilizzo da parte dei singoli enti partner di progetto	7
Aspetti grafici	8

PREMESSA

Come noto, "WHP" è l'acronimo di "*Workplace Health Promotion*", in italiano "Promozione della Salute negli ambienti di lavoro", termine inglese coniato dalla World Health Organization – WHO, con il quale si definisce il processo intersettoriale e partecipativo, che vede cioè coinvolti datori di lavoro, lavoratori, sistema sanitario, comunità locali, per migliorare Salute e Benessere nei luoghi di lavoro, che caratterizza i programmi di Sanità Pubblica che perseguono tale obiettivo, e, nello specifico, il Programma Predefinito n. 3 "Luoghi di lavoro che promuovono Salute" previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione 2020 – 2025 e declinato nei Piani Regionali di Prevenzione.

Il logo utilizza le tre lettere dell'acronimo per rappresentare i tre elementi centrali del processo.

W = rappresenta la RETE mediante i pallini graficamente raffigurati dalle gradazioni cromatiche del medesimo colore che indicano le diverse tipologie di "luoghi di lavoro" ingaggiabili nel programma.

H = rappresenta le PERSONE, che nelle diverse comunità locali e con diversi ruoli concorrono, attraverso relazioni interpersonali professionali, collaborative, ecc., al raggiungimento degli obiettivi, graficamente raffigurate dalle due figure umane stilizzate unite.

P = rappresenta le ALLEANZE intersettoriali (Datore di lavoro, Sistema sanitario, Parti sociali...) necessarie per lo sviluppo del Programma, graficamente rappresentate dai pallini di diverse cromie.





1. REGOLE E VINCOLI PER L'UTILIZZO DEL LOGO

- 1.1 Il Logo rappresenta l'immagine di un Programma a carattere nazionale (PNP 2020 – 2025) strutturato e validato dal punto di vista scientifico e metodologico è fondamentale tutelarne l'utilizzo esclusivo all'interno di attività di comunicazione/marketing sociale coerenti al Programma Predefinito 3 "Luoghi di lavoro che promuovono salute" e autorizzate dal sistema sanitario di ciascuna Regione, pertanto non può essere concesso in uso a soggetti diversi privati/pubblici.
- 1.2 Quando il logo è utilizzato nell'attestato di riconoscimento di "Luogo di lavoro che Promuove Salute" che, come declinato negli esiti del Progetto CCM, è rilasciato annualmente dalla ASL/Regione ai «luoghi di lavoro» che attivano il percorso previsto dal Programma realizzando le Pratiche Raccomandate secondo standard minimi predefiniti, è necessario prevedere sempre l'associazione grafica con l'annualità di riferimento, in quanto tali standard potrebbero non essere confermati negli anni successivi.

Tale rigidità è raccomandata ai fini della tutela:

- ~ della *appropriatezza* dell'offerta del sistema sanitario per il tramite del Programma
- ~ dei principi di *qualità e responsabilità sociale d'impresa* implicitamente di riferimento per i "luoghi di lavoro" (imprese/aziende/enti) che si impegnano nel Programma
- ~ delle opportunità di salute per i cittadini/lavoratori che fruiscono dei risultati attesi dal Programma

- 1.3 Nei prodotti regionali di comunicazione e marketing sociale è necessario che sia predisposta la seguente dicitura:
"Il logo di Programma è un prodotto esitato dal Progetto - Azione Centrale Supporto all'implementazione in realtà regionali italiana della rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro - Rete WHP" finanziato dal Ministero della Salute - CCM"

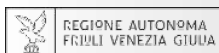
2. UTILIZZO NELL'AMBITO DEL PROGETTO - AZIONE CENTRALE CCM 2018

Nell'ambito delle attività progettuali il logo si completa con quelli del soggetto finanziatore e dei 4 Enti partner (Regione Lombardia, Regione Friuli Venezia Giulia, Alisa - Regione Liguria, ASP Catania - Regione Siciliana), come rappresentato di seguito.



3. UTILIZZO DA PARTE DEI SINGOLI ENTI PARTNER DI PROGETTO

Ciascuno dei 4 Enti partner del Progetto potrà utilizzare il logo associato con il proprio, come indicato di seguito.





4. UTILIZZO DA PARTE DI REGIONI NON PARTNER DI PROGETTO

Tutte le Regioni possono utilizzare il logo associato con il proprio nell'ambito di iniziative di comunicazione/marketing sociale afferenti il Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute" del rispettivo Piano regionale di Prevenzione 2020 – 2025, nel rispetto di quanto indicato al paragrafo 1 "REGOLE E VINCOLI PER L'UTILIZZO DEL LOGO" e dandone comunicazione al CCM - Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie.



5. ASPETTI GRAFICI

Il corretto utilizzo dei loghi e delle regole per la loro applicazione permettono il raggiungimento degli obiettivi di comunicazione.

L'utilizzo non corretto, o a piacimento, frena il processo di memorizzazione dell'immagine. Si raccomanda quindi, di non apportare mai alcuna modifica alle applicazioni proposte.

Il logo è costituito da due elementi: il simbolo iconografico (pittogramma) e la parte tipografica che devono essere sempre utilizzati congiuntamente. Non esiste nessuna eccezione a questa applicazione.

Preferibilmente il logo si applica su fondo bianco.

Le proporzioni fra marchio e parte tipografica devono rimanere sempre invariate.

Tutte le variazioni di grandezza vanno eseguite con rapporto in scala proporzionale.



✓ USO A COLORI

I colori utilizzati per la realizzazione del logo sono oggetto di approfondimento e di studio della psicologia del colore, pertanto si consiglia di seguire la seguente linea guida per un corretto utilizzo del colore.

Poiché spesso in fase di stampa la composizione dell'inchiostro, il colore della carta e altri fattori possono influenzare il risultato, ci si orienterà al colore più vicino a quello indicato.



✓ USO MONOCROMATICO

Nel caso di stampe monocolori il logo è utilizzato nel colore nero in tinta piena con valore cromatico pari al 100%.



✓ USO IN NEGATIVO

Con un background nero o ad alta densità di quadricromia si utilizza il logo bianco nella soluzione in negativo. Non utilizzare nessuna trasparenza, anche parziale, in fase di stampa.



La scelta del logo nella soluzione in positivo o in negativo va effettuata in base alle circostanze qui sopra descritte, oppure per particolari esigenze grafiche.

✓ USO IN SCALA DI GRIGI

Nel caso di stampe in scala di grigi, il logo su fondo bianco si usa con i gradienti cromatici come indicati di seguito.



C: 0%
M: 0%
Y: 0%
K: 80%



C: 0%
M: 0%
Y: 0%
K: 40%



C: 0%
M: 0%
Y: 0%
K: 25%



C: 0%
M: 0%
Y: 0%
K: 70%



C: 0%
M: 0%
Y: 0%
K: 30%



C: 0%
M: 0%
Y: 0%
K: 15%

✓ PROPORZIONI E SPAZIO PROTETTO

Per preservare l'integrità visiva del logo, le proporzioni fra i vari elementi costitutivi devono essere sempre uguali e viene delimitata una zona protetta, intorno al logo, libera da ogni elemento grafico e tipografico.

Nel caso riportato qui sotto, lo spazio obbligatorio libero intorno al logo è di circa 15 mm.

Fa eccezione a questa regola l'applicazione del logo all'interno di un sito web.

Si suggerisce comunque di mantenere sempre una zona protetta.



Allegato C - Collaborazione intersettoriale: esempi di Protocolli d'Intesa

DGR 7330/2017

Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Confindustria Lombardia per lo sviluppo e la diffusione del programma regionale di promozione della salute e prevenzione delle malattie croniche «Aziende che promuovono Salute - Rete WHP Lombardia».

DGR 1687/2014

Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Fondazione Sodalitas per lo sviluppo di programmi per la promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute.

DGR 2479/2014

Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Comando Militare Esercito-Lombardia per lo sviluppo di programmi per la promozione di stili di vita favorevoli alla salute nel contesto organizzativo militare.



RegioneLombardia



CONFINDUSTRIA
Lombardia

ALLEGATO "A"

SCHEMA DI PROTOCOLLO D'INTESA TRA

REGIONE LOMBARDIA

E

CONFINDUSTRIA LOMBARDIA

PER

LO SVILUPPO DEL PROGRAMMA

"AZIENDE CHE PROMUOVONO SALUTE - RETE WHP LOMBARDIA"

Regione Lombardia, Codice Fiscale 80050050154, con sede legale in Milano, piazza Città di Lombardia 1, rappresentata per la firma del presente Protocollo d'Intesa dal Direttore Generale della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia

E

Confindustria Lombardia, Codice Fiscale 80055410155, con sede legale in Milano, via Pantano, 9 rappresentata per la firma del presente Protocollo d'Intesa da Silvia Pagani, nella sua qualità di Segretario Generale.

Premesse

Le principali evidenze di letteratura, recepite nelle raccomandazioni della Organizzazione Mondiale della Sanità, affermano:

- la promozione della salute, rappresenta un processo sociale e politico globale, che non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche azioni volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da prevenire/attenuare il loro impatto sulla salute del singolo e della collettività;
- la prevenzione delle malattie croniche rappresenta al contempo una priorità di salute e una sfida per il mondo del lavoro nella gestione e nel reinserimento dei lavoratori anche in relazione ai risvolti di valorizzazione del capitale umano, di impatto economico e sociale.

Regione Lombardia, nell'ambito della prevenzione delle malattie croniche, sviluppa programmi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute a carattere multifattoriale, intersettoriale e multistakeholder - che si realizzano nei setting: scuola, luoghi di lavoro, comunità locali, servizi sociosanitari - tra i quali il Programma "Aziende che promuovono Salute - Rete WHP Lombardia", di cui al Piano Regionale della Prevenzione 2014 - 2018, che ha l'obiettivo prioritario di promuovere cambiamenti organizzativi dei luoghi di lavoro al fine di renderli ambienti favorevoli alla adozione consapevole di stili di vita salutari per la prevenzione delle malattie croniche ed al benessere del lavoratore ed è sviluppato su tutto il territorio regionale dalle Agenzie di Tutela della Salute - ATS.

Il Programma "Aziende che promuovono Salute - Rete WHP Lombardia" aderisce ai principi dell'European Network Workplace Health Promotion promosso dalla Commissione Europea e, nel 2017, è stato formalmente riconosciuto "Buona Pratica" dalla Joint Action della Commissione Europea "Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS)";

Richiamate

- la l.r. n. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" e s.m.i. che all'art 4 bis stabilisce, tra l'altro, che *"La Regione promuove le attività di prevenzione e di promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio individuali e ambientali, di ridurre le disuguaglianze favorendo l'accesso alle attività di prevenzione (...)"* e all'art 56 (Competenze della Giunta regionale) Comma 1, assegna alla Giunta regionale, nel rispetto dei piani di cui agli articoli 4 e 4 bis, tra l'altro, il compito di *"definire il ruolo e il contributo dei soggetti coinvolti nel sistema integrato della prevenzione, anche relativamente alle attività (...) di sviluppo degli strumenti di informazione e comunicazione, nonché ai processi di promozione della salute"*;
- la DCR n. 1497 dell'11 aprile 2017 - "Piano Regionale di Prevenzione 2014 - 2018, ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 13 novembre 2014 e della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di Sanità) e s.m.i." che prevede la realizzazione di accordi di collaborazione con enti no profit per la diffusione di attività di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute e di prevenzione di fattori di rischio comportamentali delle malattie cronico -degenerative;

Considerato che:

- il Programma "Aziende che promuovono salute - Rete WHP Lombardia" vede (anno 2016) l'adesione di n. 482 imprese pubbliche e private e coinvolge complessivamente oltre 200.000 lavoratori;
- per la sua implementazione secondo criteri di efficacia, efficienza e sostenibilità, il Piano Regionale di Prevenzione 2014 - 2018 ha individuato obiettivi di processo tesi a promuovere:
 - l'empowerment e la capacity building delle "Aziende" aderenti anche mediante lo sviluppo di azioni di Rete;

2

- lo sviluppo di nuove alleanze con soggetti che, in relazione alla propria mission, possono supportare in un'ottica di partenariato il programma;
- l'integrazione del programma "Aziende che Promuovono salute – Rete WHP" con le alleanze territoriali di conciliazione vita lavoro promosse dalla Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale;
- la sostenibilità organizzativa attraverso il miglioramento degli strumenti di comunicazione;

Considerato che Confindustria Lombardia:

- è la rappresentanza regionale di Confindustria che riunisce le 10 Associazioni territoriali lombarde (Confindustria Bergamo, Associazione industriale Bresciana, Unindustria Como, Associazione industriali di Cremona, Confindustria Lecco e Sondrio, Confindustria Alto Milanese, Confindustria Mantova, Assolombarda Confindustria Milano Monza e Brianza, Confindustria Pavia, Unione degli industriali della Provincia di Varese). Con 13 mila imprese e circa 700 mila dipendenti rappresenta quasi un quarto dell'intero sistema Confindustria, esercita la rappresentanza esclusiva delle imprese lombarde del sistema Confindustria nei confronti della Regione e si propone di contribuire alla crescita economica del territorio e di promuovere lo stabilirsi delle condizioni più favorevoli per lo svolgimento e lo sviluppo dell'attività imprenditoriale e per la diffusione della sua cultura;
- l'attività di Confindustria Lombardia comporta un costante lavoro comune con le associazioni territoriali della regione a livello politico nelle riunioni degli organi statutari (Consiglio di Presidenza e Comitato dei Direttori) e a livello tecnico nel lavoro delle Commissioni e dei Comitati Tecnici, composte dai funzionari di Confindustria Lombardia e delle associazioni territoriali per materia di competenza e specializzazione (Ambiente, Cluster, Coesione e Sviluppo, Comunicazione, Energia, Europa, Internazionalizzazione, Istruzione e Formazione, Lavoro, Politica Industriale, Sicurezza, Territorio e Infrastrutture);
- per raggiungere tali obiettivi costruisce e sviluppa relazioni istituzionali forti e costanti con gli interlocutori regionali, lavorando a stretto contatto con le Associazioni federate per produrre le proposte da presentare alla Regione per la competitività delle imprese;

Considerato inoltre che, dapprima Confindustria Bergamo e Unione Industriali di Varese e successivamente altre associazioni territoriali del sistema lombardo hanno avviato partnership con le rispettive ATS favorendo l'adesione e la partecipazione di numerose imprese associate nonché delle medesime associazioni alla rete WHP della Lombardia, condividendone finalità ed obiettivi.

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – Premesse

Le premesse costituiscono parte integrante il presente Protocollo d'Intesa.

Art. 2 – Oggetto e Finalità

Il presente Protocollo d'Intesa disciplina il rapporto di collaborazione tra Regione Lombardia e Confindustria Lombardia teso a promuovere lo sviluppo su tutto il territorio regionale del programma "Aziende che promuovono salute – Rete WHP Lombardia".

Art. 3 - Attività

Confindustria Lombardia si impegna a:

- valorizzare e diffondere, presso la sua base associativa e presso una platea imprenditoriale più ampia, la cultura della promozione della salute, anche dando evidenza dei risultati raggiunti dal programma "Aziende che promuovono salute – Rete WHP Lombardia";

- contribuire al processo di capacity building delle Aziende aderenti e di sviluppo della Rete WHP anche mediante la diffusione di conoscenze sul processo di adesione e partecipazione nonché sulle pratiche realizzate nelle singole Aziende aderenti;

Regione Lombardia, per il tramite della Direzione Generale Welfare, si impegna:

- promuovere la conoscenza diffusa presso i soggetti del sistema sociosanitario lombardo e altri soggetti a vario titolo interessati, circa le opportunità di supporto allo sviluppo della Rete WHP Lombardia derivanti dalla presente Intesa;
- diffondere l'informazione sulle iniziative derivanti dalla presente Intesa mediante i propri canali di comunicazione, sui siti www.regione.lombardia.it e www.promozionesalute.regione.lombardia.it.

Le parti si impegnano inoltre a partecipare alle rispettive iniziative di comunicazione nonché a promuovere iniziative congiunte, finalizzate a diffondere la cultura della promozione della salute e della prevenzione delle malattie cronico-degenerative nei luoghi di lavoro nonché alla diffusione di buone pratiche.

Art. 4 –Monitoraggio e valutazione

Per il raggiungimento di tali obiettivi le parti si impegnano ad attivare un processo di confronto permanente finalizzato al monitoraggio delle iniziative intraprese in attuazione del presente accordo.

Art. 5 Oneri finanziari

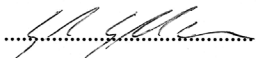
Il presente accordo non comporta alcun onere per le parti.

Letto, confermato e sottoscritto

Milano, li.....

Regione Lombardia
L'Assessore al Welfare

Giulio Gallera



Confindustria Lombardia
Il Presidente

Marco Bonometti



ALLEGATO "A"

SCHEMA DI PROTOCOLLO D'INTESA TRA

**REGIONE LOMBARDIA
E
FONDAZIONE SODALITAS**

**PER
LO SVILUPPO DI PROGRAMMI PER LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA
E AMBIENTI FAVOREVOLI ALLA SALUTE**

PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

Regione Lombardia, Codice fiscale 80050050154, con sede legale in Milano, piazza Città di Lombardia 1, rappresentata per la firma del Protocollo d'Intesa da Mario Mantovani, nella sua qualità di Vice Presidente, Assessore della Direzione Generale Salute

E

Fondazione Sodalitas, Codice Fiscale 97472270152, con sede legale in Milano, Via Pantano 2, rappresentata per la firma del presente Protocollo d'Intesa da Diana Bracco, nella sua qualità di Presidente del Consiglio di Indirizzo

PREMESSO CHE

- **Regione Lombardia:**

- Nell' ambito della promozione della salute e della prevenzione delle malattie croniche, adotta strategie integrate, multicomponente, intersettoriali e multistakeholder mediante interventi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute fondati su evidenze di efficacia teorica e pratica e coerenti gli indirizzi culturali e programmatici del Ministero della Salute e della Organizzazione Mondiale della Sanità
- a tal fine ha attivato i programmi: "Aziende che promuovono salute – Rete WHP Lombardia" e "Scuole che Promuovono Salute - Rete SPS Lombardia" entrambe accreditate dai rispettivi network europei "European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)" e "Schools for Health in Europe network – SHE", riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Salute e dalla Commissione Europea.

- **Fondazione Sodalitas :**

- ha come finalità l'educazione all'impegno e alla coesione sociale, in particolare promuovendo la diffusione della cultura della responsabilità sociale di impresa e della sostenibilità, supportando lo sviluppo di progetti basati su valori sociali condivisi, nonché interventi delle imprese in campo sociale, culturale, educativo, con fini di solidarietà;
- nell'ambito delle proprie finalità agisce come agente di reciproco influenzamento e arricchimento, capace di promuovere sul territorio iniziative di partnership e scambio culturale tra impresa, nonprofit, scuola e istituzioni; a tal fine sostiene la promozione di partnership e scambio culturale tra imprese, istituzioni e altri stakeholder, con iniziative innovative volte alla soluzione o al contenimento di problemi ed emergenze sociali
- partecipa attivamente come interlocutore privilegiato, in quanto membro del network "The European Business Network for Corporate Social Responsibility - CSR Europe", al dialogo con le istituzioni europee sui temi della responsabilità sociale d'impresa, individuando tempestivamente le nuove frontiere della competitività sostenibile ed inclusiva, contribuendo alla evoluzione della Agenda Europea in materia

- **CONSIDERATO** che tra Regione Lombardia e Fondazione Sodalitas si è attivata una fattiva collaborazione nell'ambito dello sviluppo della Rete Aziende che Promuovono Salute – WHP Lombardia, finalizzata ad una diffusa conoscenza degli obiettivi del programma presso le imprese presenti sul territorio lombardo

Tutto ciò premesso

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – Premesse

Le premesse costituiscono parte integrante il presente Protocollo d'Intesa

Art. 2 – Oggetto e Finalità

Il presente protocollo d'Intesa disciplina il rapporto di collaborazione tra Regione Lombardia e Fondazione Sodalitas finalizzato a promuovere e sostenere lo sviluppo di programmi intersettoriali, efficaci e sostenibili, finalizzati alla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, con particolare riferimento alla prevenzione delle malattie croniche, anche mediante la valorizzazione del tema della responsabilità sociale

Art. 3 – Attività

Fondazione Sodalitas si impegna a:

- valorizzare e diffondere, presso la sua base associativa e presso una platea imprenditoriale più ampia, la cultura della promozione della salute negli ambienti di lavoro come nuova frontiera della responsabilità sociale d'impresa, dando evidenza dei risultati raggiunti dal programma di rete attivato da Regione Lombardia "Aziende che promuovono salute – Rete WHP Lombardia";
- contribuire alle azioni intersettoriali/multistakeholder per la promozione di stili di vita salutari nell'ambito del programma di rete attivato da Regione Lombardia d'intesa con MIUR - Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia, "Scuole che Promuovono Salute - Rete SPS Lombardia", con particolare riferimento al tema "nutrizione" nella prospettiva di EXPO 2015;
- contribuire alla crescita delle Reti WHP e SPS mediante la diffusione di conoscenze su buone pratiche attive nell'ambito del network dei 27 Partner Nazionali di CSR Europe impegnati nelle campagne "Sustainable Living in Cities".

Regione Lombardia, per il tramite della Direzione Generale Salute, si impegna:

- diffondere l'informazione sulle iniziative derivanti dal presente accordo, nonché le opportunità derivanti per lo sviluppo dei programmi di rete sopracitati, presso le ASL e nell'ambito di azioni intersettoriali/multistakeholder, attraverso tutti i propri canali di comunicazione, sul sito istituzionale www.regione.lombardia.it e www.promozionesalute.regione.lombardia.it, nonché sui siti tematici delle reti regionali: www.scuolapromuovesalute.it, www.whplombardia.org.

Art. 4 – Confronto e monitoraggio

Per il raggiungimento di tali obiettivi Regione Lombardia e Fondazione Sodalitas si impegnano a:

- a. attivare un tavolo di confronto permanente finalizzato anche al monitoraggio ed alla valutazione delle iniziative intraprese in attuazione del presente accordo;
- b. partecipare alle rispettive iniziative di comunicazione finalizzate a sostenere la diffusione di programmi intersettoriali/multistakeholder per la promozione della salute;
- c. promuovere iniziative congiunte finalizzate a diffondere la cultura della promozione della salute secondo principi di sostenibilità, efficacia ed intersettorialità.

Art – 5 Utilizzo del logo ministeriale “Guadagnare salute

Le parti, al fine di valorizzare l’impegno intersettoriale per la Salute rappresentato dal presente protocollo, si impegnano a sottoscrivere il disciplinare per la concessione del logo ministeriale “*Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari*” nelle iniziative congiunte di comunicazione che saranno intraprese.

Art. 6 - Oneri finanziari

Il presente accordo non comporta alcun onere per le parti

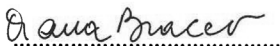
Letto, confermato e sottoscritto

Milano, li. 27 Maggio 2014

Regione Lombardia

.....


Fondazione Sodalitas

.....


ALLEGATO “A”

SCHEMA DI PROTOCOLLO D’INTESA TRA

REGIONE LOMBARDIA

E

COMANDO MILITARE ESERCITO LOMBARDIA

PER

**LO “SVILUPPO DI PROGRAMMI PER LA PROMOZIONE
DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE NEL CONTESTO
ORGANIZZATIVO MILITARE”**



Regione Lombardia



**COMANDO MILITARE
ESERCITO LOMBARDIA**

PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

Regione Lombardia, Codice fiscale 80050050154, con sede legale in Milano, piazza Città di Lombardia 1, rappresentata per la firma del presente Protocollo d'Intesa dal Presidente, Roberto Maroni

E

Comando Militare Esercito Lombardia, Codice Fiscale 97223880150, con sede legale in Milano, Via del Carmine, 8 rappresentata per la firma del presente Protocollo d'Intesa dal Gen. B. Antonio Pennino, nella sua qualità di Comandante Militare Esercito Lombardia.

PREMESSO CHE

Regione Lombardia:

- promuove stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, anche al fine di prevenire malattie non trasmissibili (cronico degenerative) che hanno in comune fattori di rischio comportamentali modificabili (scorretta alimentazione, sedentarietà, tabagismo, ecc.), adottando strategie integrate, multicomponente, intersettoriali/multistakeholder che sostengono la diffusione di azioni fondate su evidenze di efficacia teorica e pratica, coerenti con gli indirizzi scientifici e programmatici del Ministero della Salute e della Organizzazione Mondiale della Sanità;
- a tal fine ha attivato, tra l'altro, il programma di comunità: "Aziende che promuovono salute – Rete Workplace Health Promotion (WHP) Lombardia" accreditato dal programma nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari" e membro del network europeo "European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)" riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Salute e dalla Commissione Europea;

il Comando Militare Esercito Lombardia.

- promuove tutte le misure ed iniziative idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica e psichica del personale militare e civile in forza, ivi incluso il contrasto alla diffusione delle malattie croniche, atteso il compito peculiare affidato all'Esercito Italiano in patria ed all'estero, che

- richiede il dovere di conservare e migliorare le proprie conoscenze e le proprie capacità psicofisiche;
- nell'ambito delle citate misure ed iniziative, sviluppa già attività utili alla finalizzazione di buone pratiche in alcune delle aree tematiche previste dal Programma "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia" per cui il contributo del Comando potrà risultare di immediata utilità all'iniziativa intrapresa dalla Regione Lombardia;
 - provvede all'adozione di tutte le misure di prevenzione necessarie concernenti non solo la tutela della sicurezza e della salute sui luoghi di lavoro previste dal Decreto Legislativo n. 81 del 2008 ma anche quelle che hanno come finalità la conservazione ed il miglioramento dei comportamenti e degli stili di vita al fine di tutelare il benessere psicofisico del personale, riconoscendo quest'ultimo quale principale fattore facilitante l'assolvimento dei compiti istituzionali della Forza Armata;
 - segue e regola, nel territorio lombardo, i rapporti fra Paese ed Esercito Italiano, ivi inclusi quelli con le Autorità Civili, promuovendo, facilitando ed estendendo le iniziative di interesse generale per la Forza Armata presso gli altri Enti/Comandi/Reparti di stanza in Lombardia;

CONSIDERATO CHE

tra Regione Lombardia ed il Comando Militare Esercito Lombardia si è attivata una fattiva collaborazione finalizzata ad una diffusa conoscenza degli obiettivi del programma "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia", nell'ambito di un suo sviluppo, inizialmente presso il personale militare e civile in servizio presso il Comando Militare e, successivamente, presso gli altri Enti/Comandi/Reparti dell'Esercito Italiano di stanza sul territorio lombardo,

tutto ciò premesso

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – Premesse

Le premesse costituiscono parte integrante il presente Protocollo d'Intesa.

Art. 2 – Oggetto e Finalità

Il presente Protocollo d'Intesa disciplina il rapporto di collaborazione tra Regione Lombardia e Comando Militare Esercito Lombardia finalizzato a promuovere e sostenere, nel contesto organizzativo militare, lo sviluppo di programmi intersettoriali, efficaci e sostenibili, finalizzati alla promozione di stili di vita favorevoli alla salute, con particolare riferimento alla prevenzione delle malattie croniche che hanno in comune fattori di rischio comportamentali modificabili quali, in particolare, scorretta alimentazione, sedentarietà, tabagismo, ecc..

Art. 3 – Attività

Regione Lombardia, per il tramite della Direzione Generale Salute, si impegna a:

- diffondere l'informazione sulle iniziative derivanti dal presente accordo, presso le ASL e nell'ambito di azioni intersettoriali/multistakeholder, attraverso tutti i propri canali di comunicazione, sul sito istituzionale www.regione.lombardia.it nonché sui siti tematici www.promozionesalute.regione.lombardia.it e www.whplombardia.org;
- contribuire, mediante il proprio know-how, alla definizione di elementi di trasferibilità del Programma "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia" al modello organizzativo militare.

Il Comando Militare Esercito Lombardia si impegna a:

- valorizzare e diffondere, nel proprio ambito in quello degli Enti dipendenti e presso gli altri Enti/Comandi/Reparti dell'Esercito di stanza nel territorio della Regione Lombardia la cultura della promozione della salute nonché le iniziative derivanti dal presente accordo;
- contribuire alla definizione di elementi di trasferibilità del Programma "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia" al modello organizzativo militare, anche attraverso opportunità di sperimentazione

Art. 4 – Confronto e monitoraggio

Per il raggiungimento di tali obiettivi Regione Lombardia ed il Comando Militare Esercito Lombardia si impegnano a:

- attivare un tavolo di confronto permanente finalizzato anche al monitoraggio ed alla valutazione delle iniziative intraprese in attuazione del presente accordo;
- partecipare alle rispettive iniziative di comunicazione finalizzate a sostenere la diffusione di programmi intersettoriali/multistakeholder per la promozione della salute;
- promuovere iniziative condivise e congiunte finalizzate a diffondere la cultura della promozione della salute secondo principi di efficacia e sostenibilità

Art. 5 – Oneri finanziari

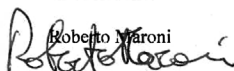
Il presente accordo non comporta alcun onere per le parti.

Letto, confermato e sottoscritto

Milano, li. 22 DIC. 2014

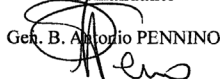
REGIONE LOMBARDIA

Il Presidente

Roberto Maroni


COMANDO MILITARE ESERCITO LOMBARDIA

Il Comandante

Gen. B. Antonio PENNINO




Allegato D - Strumenti Valutazione Formazione

Progetto CCM 2018 – Azioni Centrali
 “Supporto all’implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP – Workplace Health Promotion)”

Percorso comunità di pratica - formazione

MONITORAGGIO GIORNALIERO (materiale interno)

☐ Regione Friuli-Venezia Giulia
 N° Iscritti

☐ Regione Liguria (Alisa)
 N° Iscritti

☐ ASP Catania
 N° Iscritti

MODULO	DATA					
☐ I°	☐ 13.02	☐ 14.02	☐ 19.02	☐ 20.02	☐ 26.02	☐ 27.02
☐ II°	☐ 05.03	☐ 06.03	☐ 11.03	☐ 12.03	☐ 18.03	☐ 19.03
☐ III°	☐ 02.04	☐ 03.04	☐ 15.04	☐ 16.04	☐ 22.04	☐ 23.04
☐ IV°	☐ 07.05	☐ 08.05	☐ 13.05	☐ 14.05	☐ 20.05	☐ 21.05
☐ V°	☐ 04.06	☐ 05.06	☐ 10.06	☐ 11.06	☐ 17.06	☐ 18.06

N° assenti: ... Elenco nomi:

ATTIVITA' SVOLTE IN AULA

Tipo di attività ¹	tempo impiegato	Formatore/i ²

¹ lezione teorica in plenaria, lavoro in piccolo gruppo, bilancio individuale della giornata, (altro specificare)

² Indicare i componenti dello staff presenti in aula (docenti, esperti esterni)



Nel corso dell'incontro, la partecipazione è stata:

A LIVELLO QUANTITATIVO (alla fine dell'incontro, considerandolo in modo globale, quanti partecipanti si autorizzano a intervenire)

- ☐ globalmente scarsa
- ☐ solo una minoranza ha interagito in modo attivo
- ☐ globalmente la classe ha interagito in modo attivo

Commenti

.....

A LIVELLO QUALITATIVO

- ☐ prevalenza di interventi di chiarimento sui contenuti predefiniti dallo staff
- ☐ fanno commenti, riflessioni su quanto detto; problematizzano
- ☐ fanno collegamenti con proprie esperienze, con altri ambiti formativi
- ☐ si autorizzano a dare contributi originali e a proporre sviluppi (da realizzare anche in modo autorganizzato)
- ☐ hanno contestato quanto proposto

Commenti

.....

ATTIVITA' RICHIESTE EXTRAULA

Tipo di attività ³	Modalità di svolgimento ⁴	Data consegna	N° ore stimato

MOTIVI DI SODDISFAZIONE/INSODDISFAZIONE

- connessi all'incontro odierno
- connessi al percorso nel suo complesso

MATERIALE CONSEGNATO

.....

MATERIALE PRODOTTO in aula

.....

³ Specificare (COME DA PROGRAMMA)

⁴ Specificare se viene richiesto un lavoro da svolgere in modo INDIVIDUALE o in PICCOLO GRUPPO



Progetto CCM 2018 – Azioni Centrali
 “Supporto all’implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP – Workplace Health Promotion)”
 OBIETTIVO SPECIFICO 3 – PERCORSO FORMATIVO (UO Regione Lombardia – ATS Milano)

AUTOEFFICACIA NELLA PROFESSIONE SANITARIA E IN PROMOZIONE DELLA SALUTE

Con il presente questionario, ci proponiamo di misurare alcune variabili connesse alla partecipazione a questo gruppo di formazione. Le chiediamo di compilarne una copia ora ed una copia al termine del corso, per questa ragione è previsto l’inserimento di un codice segreto che ciascuno sceglie per sé.
 Le affermazioni qui di seguito riportate descrivono alcune esperienze che riguardano l’attività lavorativa. La preghiamo di indicare quanto ritiene di essere capace di mettere in atto i comportamenti che di volta in volta vengono citati, mettendo una crocetta sul numero corrispondente alla Sua esperienza. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. La migliore risposta è la più spontanea.

Unità operativa _____

Data	Codice Personale

Sesso	M	F	Età	Ruolo Professionale

1	2	3	4	5
Per nulla capace	Poco capace	Mediamente capace	Abbastanza capace	Molto capace

AUTOEFFICACIA PERSONALE PROFESSIONALE GENERALE

Quanto mi sento capace di:

1. Gestire il ruolo istituzionale che mi è stato attribuito

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Gestire lo stress derivante dalla mia professione

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Evitare che l’attività lavorativa interferisca con la mia vita privata (con la mia famiglia, il mio partner, ecc.).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



4. Concordare con i miei colleghi carichi di lavoro e priorità

1	2	3	4	5
Per nulla capace	Poco capace	Mediamente capace	Abbastanza capace	Molto capace

5. Ottenere la fiducia e la stima dei miei colleghi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Ottenere la fiducia e la stima dei miei superiori

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Organizzare il mio lavoro e rispettare gli impegni assunti, anche in presenza di imprevisti e urgenze

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Mantenere alta la mia motivazione in situazioni di difficoltà

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Gestire i conflitti, individuando spazi di mediazione

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Impiegare al meglio le risorse umane e materiali di cui dispongo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Collaborare efficacemente con i colleghi delle altre funzioni e servizi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

AUTOEFFICACIA PERSONALE PROFESSIONALE NELL'AMBITO DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Quanto mi sento capace di:

1. Identificare e sostenere le opportunità per introdurre azioni di promozione della salute tra le priorità della mia organizzazione di appartenenza

1	2	3	4	5
Per nulla capace	Poco capace	Mediamente capace	Abbastanza capace	Molto capace

2. Sviluppare strategie per assicurare che una adeguata proporzione di risorse e fondi sia destinata alle azioni di promozione della salute

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Identificare e coinvolgere i diversi portatori di interesse del territorio nell'analisi delle priorità e nella ricerca di risorse ed esperienze già esistenti sul tema della promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Utilizzare evidenze di letteratura, linee guida e esempi di buona pratica per migliorare la qualità degli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Conoscere ed applicare nella mia realtà piani e programmi nazionali e regionali inerenti la promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Coinvolgere secondo modelli partecipativi e stabilire accordi con i diversi soggetti del territorio interessati e utili alla progettazione dell'intervento di promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Condurre analisi dei bisogni individuali e organizzativi per la promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Formulare obiettivi di cambiamento appropriati e misurabili per la promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Disegnare interventi formativi pertinenti con gli obiettivi del programma promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Disegnare interventi ambientali e strutturali pertinenti con gli obiettivi del programma promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Monitorare gli interventi e, se necessario, riformulare obiettivi e attività per gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Per nulla capace

Poco capace

Mediamente
capace

Abbastanza
capace

Molto capace

12. Disegnare e mettere in pratica piani per valutare il raggiungimento degli obiettivi del programma promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Per nulla capace

Poco capace

Mediamente
capace

Abbastanza
capace

Molto capace

13. Trarre, a partire dai risultati ottenuti, indicazioni per la progettazione di futuri interventi per la promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Facilitare la cooperazione tra i diversi stakeholders del territorio nell’ambito degli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Condurre gruppi di lavoro multiprofessionali e multisettoriali con ruoli, compiti... organizzati e condivisi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Affrontare efficacemente le difficoltà relazionali all’interno di un gruppo di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Contribuire in maniera produttiva alla pianificazione e organizzazione del lavoro all’interno di un gruppo di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Esercitare azioni di advocacy (patrocinio) e commitment (impegno) per lo sviluppo di politiche favorevoli alla salute e al contrasto delle disuguaglianze nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Fornire informazioni e consulenza per la costruzione di programmi per la promozione della salute nei luoghi di lavoro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Produrre documentazione sui progetti di promozione della salute nei luoghi di lavoro utile ai differenti interlocutori, operatori e decisori

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. progettare e realizzare strumenti/campagne comunicative sui progetti di promozione della salute nei luoghi di lavoro utile ai differenti interlocutori, operatori e decisori del mio contesto

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Progetto CCM 2018 – Azioni Centrali

“Supporto all’implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP – Workplace Health Promotion)”

OBIETTIVO SPECIFICO 3 – PERCORSO FORMATIVO (UO Regione Lombardia – ATS Milano)

Questionario di IMPATTO

Data _____

Modulo formativo numero _____ Unità Operativa _____

Un aspetto del modulo formativo ...



che mi ha illuminato...



che trovo confermato...



che penso di poter mettere subito in pratica



che mi ha messo in crisi o mi ha suscitato perplessità (anche rispetto alla conduzione e ai formatori...)





BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA* PARTE I

**l'accesso ai siti indicati di seguito è verificato al 27/10/2021*

- Aldana SG. (2001) Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. Am J Health Promot. May-Jun;15(5):296-320. doi: 10.4278/0890-1171-15.5.296. PMID: 11502012.
- AA.VV. (2010) Salute delle popolazioni vulnerabili: La ricerca epidemiologica italiana in ricordo di Barbara Pacelli. al convegno nazionale AIE Epidemiologia e prevenzione. Epidemiol Prev ; 44 (5-6), settembre-dicembre. <https://xlive.epidemiologia.it/monografico-dedicato-a-barbara-pacelli/pdf>: [https://www.epiprev.it/materiali/suppl/2020_EP5-6S1/EP2020-44\(5-6\)Suppl1.pdf](https://www.epiprev.it/materiali/suppl/2020_EP5-6S1/EP2020-44(5-6)Suppl1.pdf)
- AA.VV. (2018) Contrastare le diseguaglianze e promuovere equità nei programmi di prevenzione: strumenti, pratiche e alleanze dell'esperienza lombarda. Progetto CCM "Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia". Milano: ed Guerini e Associati. https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/7eb47913-a93e-4606-b22b-d6d3c008b439/Health_Equity_pdf_stampa.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-7eb47913-a93e-4606-b22b-d6d3c008b439-mhvjJs5
- Benedetti E, Monaldi C, Stopponi R. (2017) Indicazioni operative per i Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute - Come aderire al programma Workplace Health Promotion della Regione Marche. Regione Marche https://www.regione.marche.it/Portals/3/Aree_attivita/Area_prevenzione/MANUALE%20WHP%20%2010%204%202018.pdf?ver=2018-06-29-085520-723
- Bennett MJ. (2015) Principi di comunicazione interculturale. Milano: Ed Franco Angeli.
- Capra P, Dettoni L, Suglia A. (2016) Promuovere salute nei luoghi di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti. Quaderni Dors, Regione Piemonte https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf
- Chrodis Interim Report (2018) Selecting JA-CHRODIS criteria to assess good practice in interventions related to chronic conditions http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2016/03/Delphi-1-report_HPPP.pdf

- Dahlgren G, Whitehead M. (1991) Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Ed Institute for Futures Studies.
- Dettoni L. (2019) Verso una rete per promuovere la salute nei luoghi di lavoro: analisi di fattibilità. Dors, Regione Piemonte https://www.dors.it/documentazione/testo/201906/ReportStudioFat-tWHP_2019.pdf
- European Network Workplace Health Promotion (EHWHP) (2012) Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche. Traduzione Italiana a cura di Regione Lombardia e Dors, Regione Piemonte [https://www.dors.it/documentazione/testo/201501/ENWHP_Guide PH Work IT_01.pdf](https://www.dors.it/documentazione/testo/201501/ENWHP_Guide_PH_Work_IT_01.pdf)
- European Network for Workplace Health Promotion (EHWHP) “Quality criteria for Workplace health Promotion” Checklist per la gestione della salute in azienda- Traduzione a cura del Dipartimento di Igiene e sanità pubblica Università degli studi di Perugia. https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/10/31/11_report_to-olbox_02.pdf
<http://whp.unipg.it/file%20pdf/Questionario%20Autovalutazione.pdf>
- Faggiano F, Carista S, Coppo A, Coffano E, Ragazzoni P. (2015) Una riflessione sulle “Buone Pratiche per la Prevenzione” in Italia. In Bassi M, Calamo-Specchia F, Faggiano F, Nicelli Al, Ricciardi W, Signorelli C, Siliquini E, Valsecchi M Rapporto Prevenzione 2015. nuovi strumenti per una prevenzione efficace. Milano: Franco Angeli,, pp 109-122. ISBN 9788891726131
- Feltner C et al. (2016) The effectiveness of Total Worker Health interventions: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. Annals of Internal Medicine, 165: 4.
- Goetzel RZ, Jacobson BH, Aldana SG, Vardell K, Yee L. (1998) .Health care costs of worksite health promotion participants and non participants. JOEM, 40: 341-346.
- Green LW e Kreuter MW (2005) Health program planning. An educational and ecological approach. New York: Ed Mc Graw -Hill.
- Gruppo Regionale WHP Regione Lazio (2016) 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 https://www.aslroma2.it/attachments/article/500/prp_1_6_Manuale%20WHP%20Lazio.pdf

- IUHPE (2018) Position Statement on Health Literacy
Traduzione italiana autorizzata a cura di Dors 2020
<https://www.dors.it/documentazione/testo/202002/ITA%20-%20a%20practical%20vision%20for%20a%20health%20literate%20world.pdf>

- Kahan, B., Goodstadt, M. (2001). The Interactive Domain Model of best practices in health promotion: Developing and implementing a best practices approach to health promotion. Health Promotion Practice, 2: 43-67.
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/152483990100200110>

- Laverack, G. (2018) Health promotion in disease outbreaks and health emergencies. Boca Raton, Florida. CRC press. Taylor & Francis group. Traduzione italiana autorizzata a cura di Dors, Regione Piemonte <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3406>

- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2014 - 2018
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf

- Ministero della Salute. Programma Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf

- Pavan A, Pirola ME, Bonfanti M, Coppola L, Macchi L. (2009) La promozione della salute nei luoghi di lavoro: valutazione di evidenze di efficacia e raccomandazioni metodologiche Med Lav.;100 Suppl 1:37-40. PMID: 19848100.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19848100>

- Penasso M, Suglia A. (2007) Prevenzione dell'obesità nei luoghi di lavoro: sintesi di interventi-prove di efficacia. Dors, Regione Piemonte.
https://www.dors.it/documentazione/testo/200802/schede_sintesi_interventi_def.pdf

- Public Health Best Practices Portal: Workplace Health Promotion - Lombardy WHP Network <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/practice.cfm?id=63>

- Ragazzoni P, Di Pilato M., Longo R, Scarponi S, Tortone C. (2007) Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni. Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska. Quaderni DoRS, II edizione 2014. ISBN 9788895525181
http://www.dors.it/alleg/0200/ragazzoni_quaderno.pdf

- Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S, Tortone C. (2009) Modelli socio cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna ed analisi critica. Quaderni DoRS, 2009. ISBN 978-88-95525-26-6
<http://www.dors.it/alleg/0202/Modelli%20teorici%20di%20cambiamento2.pdf>
- Ragazzoni P, Tortone C, Coffano ME. (2011) Buone Pratiche cercasi: La griglia di valutazione Dors per individuare le buone pratiche in prevenzione e promozione della salute. Quaderni DoRS, ISBN 9788895522204 http://www.dors.it/alleg/newcms/231111/best%20practice_webversion_def.pdf
- Regione Lombardia (2018) Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia” manuale operativo per l’adesione al programma. Regione Lombardia Direzione Generale Welfare - UO Prevenzione – Struttura Promozione della salute e Screening https://www.retepromozionesalute.it/restarea/allegati/REG03/11283_6_manuale+whp_2018_def.pdf
- Regione Lombardia - Decreto Direzione Generale Sanità 11861/2012 “Promozione di Stili di vita favorevoli alla salute negli ambienti di lavoro. Indicazioni alla ASL per lo sviluppo di azioni efficaci e sostenibili.”
- Regione Lombardia “PRP 2014 – 2019” (DGR 3654/2015, DCR 1497/2017, DCR 67/2018)
- Regione Lombardia “PRP 2021-2025”
- Regione Toscana “Programma regionale di Promozione della Salute negli ambienti di lavoro 2016-2018”, DGRT 1314/2015 - Allegato A in attuazione del PRP 2014-2018.
[WHP-DGRT-1078-2016-Allegato-A.pdf](http://www.aou-careggi.toscana.it/WHP-DGRT-1078-2016-Allegato-A.pdf) (aou-careggi.toscana.it)
- Rongen A et al. (2013) Workplace Health Promotion. A meta-analysis of effectiveness. American Journal of Preventive Medicine; 44 (4): 406-415.
- Smith BJ, Tang KC Nutbeam D. (2006) WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Promot Int.;21(4):340-5. doi: 10.1093/heapro/dal033 traduzione italiana a autorizzata cura di Dors (2010) https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%2010%20nuovi%20termini%202006_Italiano.pdf
- SAMHSA Drug-free Workplace Kit. Traduzione e adattamento per l'Italia a cura di UOS Prevenzione Specifica ATS Città Metropolitana di Milano <https://www.samhsa.gov/workplace/toolkit>

- Soler RE, Leeks KD, Razi S, Hopkins DP, Griffith M, Aten A, Chattopadhyay SK, Smith SC, Habarta N, Goetzel RZ, Pronk NP, Richling DE, Bauer DR, Buchanan LR, et al. (2010) A systematic review of selected interventions for Worksite Health Promotion. The Assessment of Health Risks with feedback. Am J Prev Med; 38 (2S): 237-262.

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

- Tosco E. (2020) l'Health literacy: un'arma contro la disinformazione all'epoca del Covid-19. newsletter Dors, Regione Piemonte
<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3455>

- World Health Organization (WHO) (1986) Carta di Ottawa. Geneva: Ed WHO.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

- World Health Organization (WHO) (1998) Health Promotion Glossary. Geneva: Ed WHO
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546>
 traduzione italiana autorizzata a cura di Dors (2012) https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf

- World Health Organization (WHO) (2010). Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. Geneva: Ed WHO.
 ISBN 978 92 4 159931 3 http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf

- World Health Organization (WHO) (2013) Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. ISBN: 978 92 4 150623 6
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>



BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA* PARTE II

**l'accesso ai siti indicati di seguito è verificato al 27/10/2021*

Principali fonti bibliografiche delle “Azioni raccomandate e sostenibili”

- Accordo europeo sullo stress sul lavoro. Bruxelles 8-10-2004 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 europeo sullo stress sul lavoro (actas.it)
- Accordo Interconfederale (2008) per il Recepimento dell'accordo Quadro Europeo sullo Stress Lavoro-Correlato concluso l'8 Ottobre 2004 tra UNICE/ UEAPME, CEEP E CES
Microsoft Word - Circolare Coord SSL 12.06.08 .doc (ecoconsultsrl.com)
- 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
Sondaggi d'opinione europei in materia di sicurezza e salute sul lavoro - Sicurezza e salute sul lavoro - EU-OSHA (europa.eu)
- 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. EUR-Lex - 31989L0391 - IT (europa.eu)
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Framework agreement on work-related stress, 2004.
Framework agreement on work-related stress - Sicurezza e salute sul lavoro - EU-OSHA (europa.eu)
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work. Tackling psychosocial risks and musculoskeletal disorders in small business.
healthy-workers-thriving-companies-practical-guide-wellbeing-work (europa.eu)
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Indagine europea tra le imprese sui nuovi rischi ed emergenti. Indagine europea tra le imprese sui rischi nuovi ed emergenti (ESENER) - Sicurezza e salute sul lavoro - EU-OSHA (europa.eu)

- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Rischi psicosociali e stress nei luoghi di lavoro.
Rischi psicosociali e stress nei luoghi di lavoro - Sicurezza e salute sul lavoro - EU-OSHA (europa.eu)
- European Commission. Directorate-General for Employment and Social Affairs. Guidance on work- related stress. Spice of life, or kiss of death.
Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death - Sicurezza e salute sul lavoro - EU-OSHA (europa.eu)
- Health and Safety Executive (HSE). Managing the causes of work-related stress – A step-by-step approach using the Management Standards. London: HSE. 2007
Stress Workbook (hse.gov.uk)
- INAIL (2017). La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Milano: Inail.
La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato - INAIL
- ISPESL – WHO “PRIMA-EF Guida al contesto europeo per la gestione del rischio psicosociale Una risorsa per i datori di lavoro e per i rappresentanti dei lavoratori” Layout 1 (who.int)
- Kerr R, McHugh M, & McCrory M. (2009) HSE Management Standards and stress related work outcomes. Occupational Medicine, Vol. 59 Issue 8, p574-579. HSE management standards and stress-related work outcomes - PubMed (nih.gov)
- PRIMA EF Consortium - Buone pratiche negli interventi di gestione dello stress correlato al lavoro. 2008. 09 Stress Interventions:Layout 2 (inail.it)
- 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).
Microsoft Word - 20101118_Lett-Circ-Min_Lav_Stress-Lavoro_correlato.doc (dors.it)
- Pedrini, M. (2010) 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
Conciliazione famiglia-lavoro: logiche e strumenti (unicatt.it)

Alimentazione

- 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. (2008) Mediterranean diet and health status: a meta-analysis. *BMJ*, 337: 673-675.
- Wanjek C. (2005) Food at Work. Workplace Solutions for Malnutrition, Obesity and Chronic Diseases. Geneva: ILO.
- <http://www.cancer.org/healthy/eat-healthy-get-active/acs-guidelines-nutrition-physical-activity-cancer-prevention.html>
- http://www.ciiscam.org/207/piramide_dieta_mediterranea.html
- <https://www.nhs.uk/live-well/eat-well/why-5-a-day/>
- http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&i-d=108&area=Vivi_sano
- http://www.salute.gov.it/portale/salute//p1_5.jsp?lingua=italiano&i-d=108&area=Vivi_sano#tab-2
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&i-d=451&area=stiliVita&menu=alimentazione
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&i-d=454&area=stiliVita&menu=alimentazione
- 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_5_allegato.pdf
- 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>

Attività fisica

- Centers for Disease Control and Prevention. (2011) 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. https://www.cdc.gov/obesity/downloads/pa_2011_web.pdf
- Dettoni L, Suglia A (a cura di) (2013). Esperienze e strumenti per la promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro. Dors, Regione Piemonte https://www.dors.it/documentazione/testo/201404/Manuale_AFLuoghidilavoro.pdf
- Dumont E. (2000) Augmentez vos "actifs". In: <http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/augmentezvosactifs.pdf>
- European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) (2017) The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf
- European Observatory on Health Systems and Policies (2017) Assessing the economic costs of unhealthy diets and low physical activity: an evidence review and proposed framework. Geneva: WHO. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/342166/Unhealthy-Diets-ePDF-v1.pdf
- Gruppo Regionale WHP Regione Lazio (2016) 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 https://www.aslroma2.it/attachments/article/500/prp_1_6_Manuale%20WHP%20Lazio.pdf
- Soler RE et al. (2010) 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): S237-62.
- Stamatakis E, Chau JY, Pedisic Z, Bauman A, Macniven R, Coombs N, Hamer M. (2013) Are sitting occupations associated with increased all-cause, cancer, and cardiovascular disease mortality risk? A pooled analysis of seven British population cohorts. PLoS One. Sep 26;8(9):e73753.
- Stato Maggiore Difesa (2016) Direttiva per il mantenimento dell'efficienza psicofisica ed operativa del personale militare. Edizione 2016 http://www.bsmi.it/doc/normative/SMD-FORM_003_B_NUOVE%20PEFO%20edizione%202016.pdf

- Task Force on Community Preventive Services (2005) The guide to community preventive services: what works to promote health? Edited by S. Zaza et al., pp. 480.
- To QG, Chen TT, Magnussen CG, To KG. (2013) Workplace physical activity interventions: a systematic review. American Journal of Health Promotion, 27(6): e113-e123.
- Vuillemin A, et al., (2011) Worksite physical activity interventions and obesity: a review of European studies (the HOPE Project), Obesity Facts, 4:479-488.
- World Health Organization.(WHO) (2010) Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>
- World Health Organization (WHO) (2010) Healthy workplaces: a model for action. For employers, workers, policy makers and practitioners. Geneva: WHO. https://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf
- World Health Organization (WHO) (2011) Global recommendations on physical activity for health: 18-64 years old. Geneva: WHO <https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>

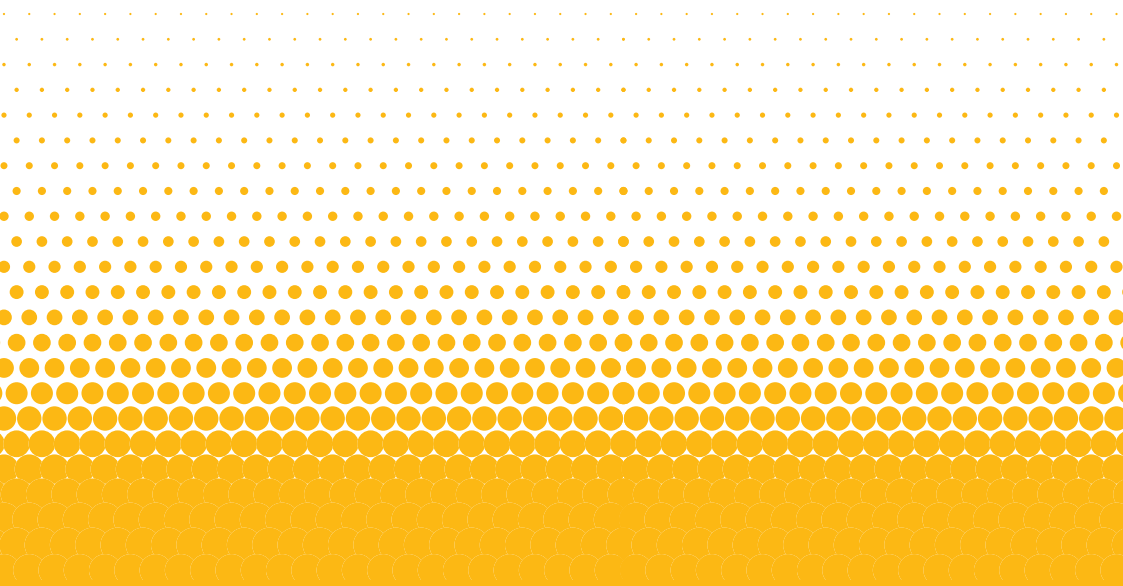
Fumo

- 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".
- Legge 3/2003. Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione. Art. 51 (Tutela della salute dei non fumatori). Gazzetta Ufficiale n. 15, 20 gennaio 2003 (Supplemento Ordinario)
- L. 75/2008. Ratifica ed esecuzione della Convenzione quadro dell'Organizzazione mondiale della sanità
- Fichtenberg CM, Glantz SA. (2002) Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ, 325 (7357): 188.
- HBSC - Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare.
- IARC Monograph (2004) Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Tobacco smoke and involuntary smoking" Vol. 83. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Tobacco-Smoke-And-Involuntary-Smoking-2004>
- INAIL (2005) 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. ISBN 978-88-7484-452-4.
- INAIL (2014) La salute e la sicurezza del bambino. Quaderni per la salute e la sicurezza. ISBN978-88-7484-350-3.
- Interpello Ministero Lavoro 15/2013. <https://www.testo-unico-sicurezza.com/interpelli-2013-ministero-lavoro-sicurezza.html>
- ISTAT (2018) Annuario statistico Italiano. <https://www.istat.it/it/files//2018/12/C04.pdf>
- Mangiaracina G, Palumbo L (2007) Fumo al volante e rischio infortunistico stradale. Tabaccologia, 2: 19-23.

- Ministero della Salute - Guadagnare Salute -Stili di Vita: “Fumo” http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=stiliVita&menu=fumo
- 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.
- Studio PASSI. Dati abitudine al fumo <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo>
- World Health Organization (WHO) (2003) Framework Convention on tobacco control https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1852_listaFile_itemName_2_file.pdf

Alcol

- 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. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/04/30/008G0104/sg>
- Legge 125/2001 Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati (Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18-04-2001).
- 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.
- 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". 2019 C_17_pubblicazioni_2984_allegato.pdf (salute.gov.it)
- 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". 2020. C_17_pubblicazioni_3059_allegato.pdf (salute.gov.it)



**Prodotto realizzato con il
supporto tecnico e finanziario
del Ministero della Salute - CCM**