



Consulta Interassociativa
Italiana per la Prevenzione



Modern Times Copyright © Roy Export S.A.S. All rights reserved.

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN AZIENDA

1° Edizione – Dicembre 2024 - È programmata una integrazione nei prossimi mesi



Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione, Via San Barnaba 8 - 20122 Milano
CF 97279190157 – segreteria@ciip-consulta.it - www.ciip-consulta.it

Presentazione

a cura di Gilberto Boschioli (Presidente CIIP)

Dopo i fortunati [Ageing EBook](#) sull'**invecchiamento in sanità** quello sul [Rischio chimico](#) negli ambienti di lavoro e quello sui [Disturbi muscoloscheletrici](#), CIIP continua realizzando questo EBook sulla promozione della salute in azienda



Il mondo corre veloce, **l'evoluzione tecnologica** ha cambiato radicalmente il nostro modo di vivere, lavorare e relazionarci. Negli ultimi anni, l'accelerazione dell'innovazione ha portato a cambiamenti profondi e pervasivi in ogni ambito della società, tanto più nel mondo del lavoro. Il cambiamento, come sempre, porta con sé nuove sfide e opportunità per i professionisti della sicurezza e della salute che devono adattarsi rapidamente per poter affrontare nuovi rischi del tutto inesplorati fino a oggi e problemi sino a ora del tutto sconosciuti.

Questa evoluzione è tutt'altro che lineare, mentre alcune realtà sono proiettate fortemente verso il futuro altre hanno profonde resistenze ai cambiamenti, come spesso accade in questi processi.

Annosi problemi si sovrappongono a quelli emergenti e ancora per lo più poco noti; senza essere riusciti a risolvere completamente i vecchi, dobbiamo affrontare i nuovi con una complessità che ci coglie impreparati e senza gli strumenti adeguati.

Il cambiamento ovviamente coinvolge la società nel suo insieme e le persone che ci vivono. Per quanto ci riguarda, sta cambiando enormemente il bisogno di salute della popolazione in genere e di quella al lavoro in particolare, bisogni che richiedono un approccio più olistico e personalizzato.

Il benessere psicologico è percepito sempre più come un bene irrinunciabile, anche più di quello fisico, mentre le persone e i lavoratori in particolare segnalano sempre più l'aumento dello stress, dell'ansia e della depressione, un abnorme consumo di farmaci, la stessa abitudine al fumo bene descritta nel capitolo dedicato di Paolo D'Argenio

L'invecchiamento della popolazione e in particolare della popolazione al lavoro costituisce un problema molto rilevante in questo contesto. Aumentano le patologie croniche: le malattie cardiovascolari, il diabete, i tumori e le malattie neurodegenerative diventano sempre più frequenti con l'avanzare dell'età anche tra i lavoratori attivi.

È profondamente cambiato il concetto di **disabilità**, non più vista solo come una patologia, ma come una forma di diversità umana. I disabili non sono più solo le persone riconosciute invalide da un ente pubblico, ma anche e comunque tutti coloro che presentano qualche difficoltà per il loro stato di salute, i cosiddetti lavoratori "fragili" o comunque affetti da patologie croniche, tutti coloro che presentano ridotte capacità lavorative e sono stati quindi riconosciuti non idonei, anche solo parzialmente, con limitazioni o prescrizioni ad personam.

Sul tema dell'accomodamento ragionevole CIIP ha prodotto un recente documento ([LINK](#))

Le **disuguaglianze sociali, le differenze di genere** influenzano lo stato di salute delle persone, richiedendo interventi mirati per garantire un accesso alle cure a tutti equo e equilibrato, come emerge dal contributo di Giuseppe Costa.

Il cambiamento climatico e l'inquinamento hanno un impatto significativo sulla salute, richiedendo azioni per proteggere l'ambiente e promuovere stili di vita sostenibili.

I nuovi bisogni di salute richiedono un ripensamento profondo dei sistemi sanitari, compresi quelli aziendali, con l'obiettivo di garantire un'assistenza più umana, personalizzata e sostenibile. È necessario un approccio multidisciplinare che coinvolga tutti gli attori per rispondere ai bisogni complessi delle persone, e ciò vale soprattutto nell'ambito della prevenzione, come la Consulta sostiene sin dalla sua nascita. I professionisti della salute e della sicurezza devono acquisire nuove competenze per affrontare le sfide poste dai nuovi bisogni.

La partecipazione attiva dei cittadini e dei lavoratori è indispensabile per l'evoluzione positiva del processo di cambiamento, con la consapevolezza sempre maggiore di quali comportamenti virtuosi bisogna mettere in atto per "stare bene".

In questo contesto si inserisce il tema trattato in questo E-book.

Il tema non è certamente nuovo come emerge dal contributo "storico" di Baldasseroni e Talini i primi programmi per la promozione della salute nei contesti lavorativi sono iniziati già a partire dagli anni '70 e da allora c'è stato un proliferare cospicuo di pubblicazioni scientifiche e iniziative istituzionali, come ben illustrato nel testo, e dal XXI secolo si è andato sempre più consolidando il concetto di "Total Workers Health", inteso non più come mera prevenzione dei rischi lavorativi, ma come valutazione delle interrelazioni tra la vita lavorativa e la vita personale del lavoratore. La salute riguarda la singola persona e la comunità dove vive, non solo la fabbrica e i lavoratori, i fattori lavorativi e non lavorativi sono tra loro fortemente interconnessi.

L'interesse sempre maggiore tra i professionisti e i cultori della prevenzione deriva anche dagli interventi sempre più stringenti di Istituzioni e Autorità pubbliche, in primis l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) che ha identificato la Workers Health Promotion (WHP) come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute inserendola tra le strategie per il 2019-2020. In Europa nel 1996 venne il Network Europeo per la Promozione della Salute nei Luoghi di lavoro (ENWHP) che ha pubblicato innumerevoli documenti e linee di indirizzo sul tema.

Nel nostro paese la WHP è inserita nel Piano Nazionale di Prevenzione dal 2014, con diversi macro obiettivi molto ambiziosi ben illustrati nel testo.

Eppure, malgrado il crescente interesse generale, le iniziative concrete nel mondo aziendale, pubblico e privato, non hanno avuto una grande diffusione: vi sono certo molti esempi di "best practice" riportati in letteratura e anche nell'e-book, ma la grande maggioranza delle imprese ignora il problema che stenta a trovare un'applicazione sistematica.

Diversi i motivi, innanzi tutto dovuti al tessuto delle imprese italiane che si stima costituito al 90-95% da piccole e medie imprese.

C'è un deficit culturale che deve essere colmato, soprattutto a livello imprenditoriale ma anche tra i professionisti della prevenzione; è necessario ma non facile "convincere" i datori di lavoro che la promozione della salute non è solo un costo, un benefit per i lavoratori, come per ora viene concepito anche in alcune delle migliori esperienze sul campo, ma è un investimento, come dimostrano i dati in letteratura: riduzione dell'assenteismo, aumento della produttività, diminuzione dei costi legati agli infortuni, alle malattie professionali e all'assistenza sanitaria, attrattività dell'azienda nel recruitment, miglioramento dell'immagine aziendale.

Il deficit culturale e professionale nelle imprese è dunque ancora molto ampio, le iniziative sono sporadiche lasciate alla buona volontà dei singoli e coinvolgono solo le grandi aziende in condizioni floride, mentre le piccole o quelle che hanno una situazione economico-finanziaria non buona sono pressoché del tutto assenti.

Proprio per questo la Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione da alcuni anni ha deciso di occuparsi del tema riprendendo il Gruppo di Lavoro “*Promozione della Salute in Azienda*”, dai cui lavori, nasce questo documento.

Gli obiettivi principali come “mandato” dati alla ripresa del gruppo sono:

- degli operatori “Stato dell’arte” sul tema dal punto vista storico, normativo, istituzionale, culturale e pratico-applicativo.
- Promuovere e pubblicizzare le potenzialità della WHP per migliorare il livello culturale e di conoscenza sul tema
- Contribuire alla diffusione di quali sono i principali punti critici e come superarli.
- Migliorare le competenze della prevenzione

Obiettivi pienamente raggiunti con un’opera completa, documentata e di agile consultazione.

L’E-book si rivolge quindi non solo agli esperti e operatori sul campo della prevenzione, ma anche e soprattutto ai datori di lavoro, agli esperti di risorse umane e a tutti coloro che collaborano con il datore di lavoro per la gestione delle persone.

Il documento è nello stile tipico della Consulta, con la partecipazione di professionisti e specialisti di diversa estrazione professionale tecnica e medica, alcuni come soci delle associazioni aderenti, altri come esperti “esterni”.

I documenti CIIP sono sempre documenti di consenso “unanime”, piuttosto si rinuncia a qualche punto sul quale non ci sia l’accordo completo di tutti, sempre con solide basi scientifiche documentate nell’ampia bibliografia presente in ogni capitolo e nel repertorio curato da Maria Frassine che andrà ovviamente aggiornato nel tempo.

Mi auguro quindi che anche quest’ultimo lavoro della Consulta possa contribuire a promuovere la diffusione e di conseguenza il dibattito sui principali punti critici di un tema che avrà sempre più importanza nel futuro delle professioni della prevenzione e nella gestione delle risorse umane in azienda e soprattutto per la salute della popolazione.

Ringrazio come presidente tutti i componenti del Gruppo di Lavoro (v.sotto); la Consulta vive solo con l’impegno dei soci delle associazioni e dei collaboratori “esterni” che accettano di lavorare con noi, non ha altre risorse.

Voglio inoltre personalmente ringraziare Laura Bodini (mitica Lalla!), responsabile editoriale, e Enrico Cigada, graphic e web designer, per il loro costante e caparbio impegno, senza il quale questo e-book non sarebbe mai nato.

Buona lettura!

Gilberto Boschioli

Presidente CIIP

Il Gruppo CIIP Promozione della salute in azienda:

Gilberto Boschioli (presidente CIIP-ANMA coordinatore), Corrado Celata (Regione Lombardia), Luisa Biazzi (ANPEQ), Lalla Bodini (CIIP), Lorenzo Bordini (AIRM), Martina Cavallari (SIPL0), Giuseppe Costa (AIE), Angelo D’Errico (AIE), Riccardo Diliberto (AIFM), Fulvio D’Orsi (esperto), Maria Frassine (AIFOS), Mariagrazia Fulco (ATS Milano), Michele Mastroberardino (SIPL0), Carlo Nava (Ambiente & Lavoro), Franco Pugliese (AIREPSA), Katia Razzini (UNPISI), Giuseppe Taino (AIRM), Donatella Talini (CERIMP), Nadia Vimercati (ATS Milano).

SOMMARIO

PRESENTAZIONE	2
a cura di Gilberto Boschirolì (Presidente CIIP)	
VERSO UNA SALUTE MENO DISUGUALE NEI LUOGHI DI LAVORO	6
a cura di Giuseppe Costa	
LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: SGUARDO STORICO, BILANCIO DI ESPERIENZE, PROPOSTE E PROSPETTIVE	9
a cura di Donatella Talini e Alberto Baldasseroni	
LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEL CONTESTO LAVORATIVO	33
a cura di Corrado Celata, Nadia Vimercati, Chiara Arienti	
PROMOZIONE DELLA SALUTE IN AZIENDA: RACCOLTA DI MATERIALI UTILI	50
a cura di Maria Frassine	
TOBACCO ENDGAME, UNA RISORSA PER LA SANITÀ PUBBLICA	62
a cura di Paolo D'Argenio e Laura Bodini	

...E non finisce qui...stiamo elaborando i due prossimi capitoli ***WHP e genere*** e ***WHP e benessere psicologico***.

Dicembre 2024

Verso una salute meno disuguale nei luoghi di lavoro

a cura di Giuseppe Costa

Giuseppe Costa - Professore emerito di igiene epidemiologia e sanità pubblica, Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università di Torino

Un dirigente torinese arriva a 65 anni, alle soglie dell'età pensionabile, avendo con sé ancora più di vent'anni di aspettativa di vita; mentre un suo coetaneo che ha fatto un lavoro manuale per tutta la vita arriva alla stessa età con tre anni in meno di aspettativa di vita¹, una evidente ingiustizia se si considera che l'età pensionabile sarà uguale per tutti e due. Sappiamo che il **divario sociale** è il singolo determinante che insieme al **fumo** spiega di più le differenze di salute che si osservano nella popolazione. La salute disuguale che ne consegue è il risultato di molti meccanismi con cui lo svantaggio sociale agisce sulle carriere di salute, meccanismi che si accumulano e interagiscono tra loro nel corso della vita². Una porzione significativa dell'eccesso di mortalità dei lavoratori manuali che si osserva rispetto ai non manuali è spiegata dalle disuguaglianze sociali di esposizione nei principali stili di vita insalubri, fumo alcol alimentazione e sedentarietà, che sono il bersaglio delle azioni di promozione della salute; ma l'esposizione disuguale a questi stili di vita non basta a giustificare completamente le disuguaglianze di mortalità tra lavoro manuale e non manuale che si misurano a parità di stili di vita³. Una politica di promozione della salute nei luoghi di lavoro che si accontenti di intervenire solo sugli stili di vita rischia di lasciare inalterato il divario sociale di salute o magari anche di allargarlo.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 ha stabilito che tutti i programmi di prevenzione del piano dovessero essere sottoposti ad un Health Equity Audit (HEA) per assicurare che ognuno di essi potesse contribuire a ridurre le disuguaglianze sociali di salute⁴. L'HEA è un processo semplice: se trovi una disuguaglianza significativa chiediti quali sono i meccanismi da cui essa può nascere; per i meccanismi a maggiore impatto chiediti se esiste una soluzione di contrasto o mitigazione efficace; per quella soluzione chiediti chi la possa agire; poniti queste domande di audit con quegli attori con cui puoi far partire un *feed back* di correzione. Anche una iniziativa come questo libro sulla promozione della salute dovrebbe essere l'occasione per passare il vaglio di queste domande, dato che in apertura siamo partiti da una salute così disuguale tra i lavoratori.

Chiediamoci dunque quali **siano i meccanismi di generazione di questa salute disuguale**. Sappiamo che i lavoratori manuali si ammalano di più e hanno prognosi più sfavorevoli rispetto ai lavoratori non manuali attraverso **quattro di intermediazione** (una disuguale esposizione ai fattori di rischio degli ambienti di lavoro; una disuguale esposizione ai fattori di stress cronico; una disuguale esposizione a stili di vita insalubri; una disuguale esposizione a barriere alle cure) e due meccanismi

¹ Leombruni R et al. Aspettative di vita, lavori usuranti ed equità del sistema previdenziale. Prime evidenze dal Work Histories Italian Panel. *Epidemiol Prev* 2010; 34(4): 150-158.

² Vineis et al. Special Report: The Biology of Inequalities in Health: The Lifepath Consortium. *Front. Public Health*, 12 May 2020

³ Stringhini S et al. Socioeconomic status and the 25 x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* 2017 Feb1.

⁴ <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?id=5772&area=prevenzione&menu=vuoto>

di vulnerabilità (una disuguale vulnerabilità sanitaria all'azione dei quattro succitati e una disuguale vulnerabilità sociale alla esperienza di malattia).

Attraverso il primo meccanismo i lavoratori manuali sono di norma più esposti ai tradizionali fattori di rischio professionali, quelli fisici chimici biologici ergonomici e per la sicurezza nei luoghi di lavoro; ci si aspetta che l'igiene e la sicurezza nei luoghi di lavoro per sua natura contribuisca a ridurre le disuguaglianze sociali in come ci si ammala a molte malattie correlate al lavoro.

Chi si occupa di prevenzione conosce bene anche il secondo meccanismo con cui lo svantaggio sociale può influenzare sfavorevolmente la salute. Lo squilibrio che si verifica tra i compiti che si esigono da una persona, il basso grado di autonomia che le si concede per rispondere a ciò che viene richiesto, il livello inadeguato con cui la si remunera e la povertà di aiuti su cui può contare è uno squilibrio che ben sintetizza il significato di bassa posizione sociale, cioè il basso grado di controllo che una persona ha sul proprio destino. L'esperto di prevenzione sul lavoro conosce bene il modo con cui molte condizioni di lavoro agiscono attraverso questo meccanismo sullo stress cronico lavoro-correlato; e quindi non ha difficoltà a comprendere come uno stesso stress cronico vita-correlato possa risultare dalle condizioni di vita che caratterizzano l'esperienza dello svantaggio sociale. Per ridurre questo stress cronico la prevenzione sui fattori di rischio psicosociali richiede interventi che toccano non solo l'ambiente di lavoro ma anche l'organizzazione del lavoro, e pure l'organizzazione di vita, proprio per aumentare il senso di controllo che una persona ha sulla propria vita.

Nel terzo meccanismo, quello in cui gli stili di vita insalubri sono distribuiti in modo disuguale, le persone di bassa posizione sociale praticano più spesso comportamenti che danno soddisfazione e confort a breve, perché servono a convivere ed adattarsi meglio con lo stress cronico che deriva dalla condizione di svantaggio sociale. Per la stessa ragione sono anche meno disposte a cambiarli. La promozione della salute nei luoghi di lavoro non può trascurare questa disuguale propensione al comportamento nel momento in cui alloca gli interventi.

Nel quarto meccanismo le persone di bassa posizione sociale hanno anche minori capacità di usare appropriatamente i dispositivi che servono per diagnosticare e curare le malattie; questa *inverse care law* (chi ha più bisogno ha meno capacità di ricorrere alle cure che servirebbero) spiega le disuguaglianze a svantaggio del lavoro manuale non solo nel modo in cui ci si ammala ma anche nel modo con cui si viene curati e quindi nella prognosi e nei risultati di salute. Diversi meccanismi sono in gioco, a partire da una disuguale alfabetizzazione sanitaria per arrivare alla povertà della rete di conoscenze su cui la persona può contare. La risposta delle politiche potrebbe essere il welfare aziendale, che non dovrebbe trascurare questa maggiore povertà di aiuti su cui può contare il lavoro manuale.

Gli ultimi due meccanismi hanno a che fare con la disuguaglianza nella vulnerabilità sanitaria e in quella sociale. La disuguale vulnerabilità sanitaria interviene quando una situazione di svantaggio sociale modifica l'effetto sulla salute di un fattore di rischio, che di per sé non sarebbe distribuito in modo disuguale. Ad esempio in uno stesso cantiere edile possiamo trovare lavoratori edili, alcuni immigrati altri nativi, che fanno lo stesso lavoro e sono esposti agli stessi fattori di rischio per la sicurezza; tra di essi gli immigrati presentano un maggior rischio di subire un infortunio grave; si tratta di una situazione di uguale esposizione ai fattori di rischio ma di disuguale vulnerabilità agli effetti sulla salute di questi fattori di rischio; una maggiore vulnerabilità che è causata da povertà nella lingua veicolare con cui i lavoratori comunicano o da una spiccata attitudine culturale al *risk taking* adottata per dimostrarsi coraggiosi nella propria comunità di appartenenza. Gli interventi di prevenzione, se vogliono essere efficaci, devono essere ridisegnati su misura per queste cause di vulnerabilità sanitaria.

La **disuguale vulnerabilità sociale** invece consiste nelle disuguali conseguenze sociali della esperienza di malattia. La malattia è una esperienza che può comportare conseguenze sociali sul lavoratore, ad esempio una minore capacità di produrre reddito; è molto probabile che i lavoratori che partono da una posizione sociale più svantaggiata siano più vulnerabili a queste conseguenze sociali; questa è la ragione per cui si introduce l'esenzione per reddito al *ticket*. Molti percorsi assistenziali cominciano a preoccuparsi di come prevenire o mitigare queste conseguenze sociali, che a loro volta possono avere conseguenze sanitarie. In questo caso la responsabilità aziendale consiste nell'adattare il disegno della mansione, del posto di lavoro e dell'organizzazione del lavoro ad una *work ability* che può cambiare in conseguenza della malattia. Questo meccanismo potrebbe diventare sempre più importante nella misura in cui la popolazione lavorativa invecchia anche a seguito dell'allungamento progressivo dell'età pensionabile.

Dunque quando le politiche di prevenzione si misurano sulla distribuzione della salute nella popolazione lavorativa esse scoprono che ci sono disuguaglianze di salute sempre a svantaggio delle posizioni professionali più basse e dequalificate, più spesso quelle manuali. Se le classi professionali più avvantaggiate fanno ottenere risultati di salute migliori di altri, vuol dire che si può fare. Le disuguaglianze di salute mostrano dunque il potenziale di salute che sarebbe raggiungibile con adeguati interventi di prevenzione. Questo risultato è alla portata se si identificano i meccanismi attraverso cui lo svantaggio di posizione sociale nella popolazione lavorativa si traduce in uno svantaggio di salute; infatti conoscendo il meccanismo si può trovare l'azione di contrasto o mitigazione più appropriata e la politica e l'attore che ne è responsabile. **Si è visto che quattro di questi meccanismi consistono in una disuguale esposizione a quattro diverse categorie di fattori di rischio (ambiente di lavoro, psicosociali, comportamentali, barriere alle cure)** ognuno dei quali richiama la responsabilità di diverse politiche (rispettivamente l'igiene e la sicurezza degli ambienti di lavoro, l'organizzazione del lavoro, la promozione della salute, il *welfare* aziendale). In questi quattro casi la disuguale esposizione ad un fattore di rischio esige che le relative politiche quando allocano le loro risorse e interventi diano priorità ai lavoratori manuali che sono i più esposti. Altri due di questi meccanismi invece consistono in una disuguale vulnerabilità (sanitaria per gli effetti sulla salute dei quattro tipi di fattori di rischio e sociale per le conseguenze sociali della esperienza di malattia), ognuna delle quali rimanda alla responsabilità che le politiche di cui sopra hanno di personalizzare gli interventi per venire incontro a queste vulnerabilità (rispettivamente una igiene e sicurezza e una promozione della salute ritagliati su misura alle cause di vulnerabilità sanitaria e un'organizzazione del lavoro e un *welfare* aziendale ritagliati sulla vulnerabilità sociale).

Non ci sono evidenze empiriche dirette che permettano di stabilire quali di questi **sei meccanismi** provochino un maggiore impatto sulla salute disuguale nel mondo del lavoro. In effetti non esiste un singolo sistema di indagine che permetta di indagare tutti questi meccanismi contemporaneamente in una popolazione lavorativa sufficientemente numerosa. E poi la quota di disuguaglianze attribuibile ad ognuno di questi meccanismi potrebbe essere diversa a seconda dell'esito di salute che si considera. Volendo tentativamente stimare la posizione di ogni meccanismo su una scala di importanza relativa decrescente di capacità di spiegare la salute disuguale, al **primo posto** è verosimile che ci sia la disuguale esposizione ai fattori di rischio dell'ambiente di lavoro; in **seconda posizione** la disuguale esposizione negli stili di vita; **al terzo** posto la disuguale esposizione ai fattori di rischio psicosociali sul lavoro e nella vita; **al quarto** posto la disuguale esposizione a barriere alle cure e le disuguali conseguenze sociali della esperienza di malattia; la disuguale vulnerabilità sanitaria sarebbe di importanza variabile in funzione dei fattori di vulnerabilità (età, genere, stato migratorio, grado di abilità funzionale...) e dell'esito di salute.

La formula dell'Health Equity Audit adottata dal Piano Nazionale di Prevenzione stimola le politiche agite dai diversi soggetti della prevenzione e promozione della salute dei lavoratori (aziende, organi

di vigilanza e prevenzione, soggetti sociali, professionisti) a misurarsi sui risultati di salute che sono raggiungibili attraverso un orizzonte comune di riduzione delle disuguaglianze di salute. Questo significa anche che nessuna di queste politiche dovrebbe essere formulata senza considerare l'agenda delle altre politiche, come raccomandato dall'approccio della Total Worker Health⁵.**La Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro: sguardo storico, bilancio di esperienze, proposte e prospettive**

⁵ National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), Total Worker Health. History. In: <https://www.cdc.gov/niosh/twh/history.html>; <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2016114/pdfs/nationaltwhagenda2016-1144-14-16.pdf>

a cura di Donatella Talini e Alberto Baldasseroni

Donatella Talini - Responsabile del CeRIMP-Centro Regionale Infortuni e Malattie Professionali, Regione Toscana-Sede di Pisa

Alberto Baldasseroni - già Responsabile del CeRIMP-Centro Regionale Infortuni e Malattie Professionali, Regione Toscana-Sede di Firenze

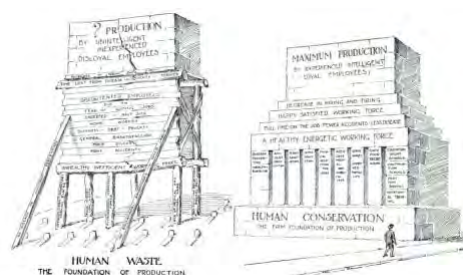
Introduzione

Il testo che segue vuole essere un contributo alla discussione riguardo il significato e la collocazione della “Promozione della salute nei luoghi di lavoro” nell’attuale contesto legislativo e operativo rispetto al più ampio concetto di “Prevenzione nei luoghi di lavoro” cercando di mettere in luce potenzialità e limiti di un approccio, quello della WHP (dall’acronimo anglosassone di Workplace Health Promotion), che ha ormai raggiunto un grado di maturazione sufficiente sia dal punto di vista dei presupposti scientifici che da quello delle applicazioni sul campo. È d’altra parte necessario sia riflettere ed esprimere opinioni suffragate dall’esperienza, circa l’utilità, ma anche i rischi che un’applicazione non ponderata dei principi e delle pratiche della WHP possono comportare.

All’origine della promozione della salute e del benessere nei luoghi di lavoro.

Aprire questo intervento ripercorrendo un tratto di storia del “supporto sociale” al lavoro industriale assume un ben preciso significato. Si vuole cioè ancorare l’attuale interesse per la WHP a una tradizione di interventi che data almeno dagli esordi del moderno lavoro di fabbrica, per l’Italia da circa la metà dell’800 ad oggi. Nel tracciare in grandi linee questa storia ci concentreremo su due casi-di-studio accaduti nel corso del secolo che abbiamo alle spalle, il ’900. I due casi sono rispettivamente le “company towns” di Tomas Bat’a (1876-1932) industriale calzaturiero tra le due guerre mondiali prima in Cecoslovacchia, poi in diverse sedi nel mondo, e la “fabbrica comunità” di Adriano Olivetti (1901-1960) prima a Ivrea, poi anche nel suo caso in varie sedi nelle quali l’azienda aveva costruito insediamenti produttivi. Accenneremo poi agli sviluppi post-bellici che il Welfare sociale assunse dopo la caduta del Fascismo.

Una precisazione semantica



Da: Mock, Harry Edgar. *Industrial medicine and surgery*. WB Saunders, 1919.

Prima di addentrarci nella storia, dedichiamo qualche riga a chiarire il contesto linguistico nel quale ci collochiamo. Si parla molto nel nostro Paese in questi ultimi tempi di *Welfare* per significare appunto il “sostegno sociale”. Da alcuni anni stiamo assistendo alle difficoltà che sta fronteggiando il *Welfare* “sociale”, garantito dallo Stato, mentre appare in ripresa quello “aziendale”, spesso inserito negli accordi tra lavoro e proprietà almeno a partire dai primi anni del nuovo millennio. *Welfare* è parola difficile

da tradurre in italiano. In generale nella nostra lingua ha assunto il significato di “Sistema sociale che vuole garantire a tutti i cittadini la fruizione dei servizi sociali ritenuti indispensabili” (Sabatini Colletti), divenendo sinonimo di “Stato Sociale”, al punto da dare il nome a un nostro Ministero. Ma nell’originale inglese la parola ha un significato più generale: “*The health, happiness, and fortunes of a person or group*” (English Oxford Living dictionaries) applicabile anche alla singola persona o al singolo gruppo di persone. La notazione americana sottolinea invece l’uso strumentale e pratico del termine: “*In the United States welfare is money that is paid by the government to people who are*

unemployed, poor, or sick" (Collins). Questa dicotomia, individuo-società, azienda-Stato sarà al centro delle considerazioni a carattere storico che seguono.

Alle origini del Welfare aziendale

Durante l'800 si verifica un passaggio decisivo nel modo di affrontare i problemi della povertà delle classi subalterne. Si può sintetizzare tale passaggio come la transizione dalla Carità alla Beneficenza prima individuale, privata, da parte dei ceti abbienti, poi anche pubblica, ossia l'interessamento e il supporto dello Stato nei confronti dei cittadini appartenenti alle classi povere. Non più quindi l'elargizione di benefici lasciata al "buon cuore" dei ricchi o della chiesa, ma neanche semplice premura del sovrano per i propri sudditi. La beneficenza ("Qualunque prestazione gratuita o semigratuita di beni o di servizi, che ha per scopo di recare aiuto e assistenza a persone bisognose" Treccani *ad vocem*) si differenzia dalla carità ("Sentimento umano che dispone a soccorrere chi ha bisogno del nostro aiuto materiale" Treccani *ad vocem*) proprio per la precisa connotazione di "elargizione di beni e servizi" alle persone bisognose, a prescindere da ogni considerazione di tipo religioso o sentimentale. È quindi onere del singolo (industriale/benefattore) o della collettività (Stato con i suoi organismi) "fare" beneficenza. Le masse operaie che si affollavano nelle prime, grandi manifatture accentrate del secolo XIX° appartenevano alle classi più povere della società. Il cosiddetto *pauperismo*, quindi, affliggeva proprio coloro i quali erano costretti a recarsi in fabbrica, spingendo i padroni a mettere in atto per i propri dipendenti azioni di beneficenza, al fine di "fidelizzare" la propria manodopera, vincendo la tendenza di questa al nomadismo lavorativo, all'indisciplina comportamentale (il "lunediare" descritto con insistenza dai testimoni dell'epoca, come far festa anche il lunedì, oltre la domenica per smaltire i bagordi del dì di festa), alla dissipatezza del salario settimanale nelle bettole o al gioco d'azzardo. Per le donne operaie, in quella fase più numerose degli uomini nelle grandi fabbriche soprattutto tessili, si aggiungeva il problema dell'accudimento della prole, numerosa, spesso malnutrita, costretta al baliatico mercenario. In effetti riunire in grandi stabilimenti centinaia e centinaia di giovani operaie, dovendo garantire anche il regolare supporto lavorativo di una minoranza di operai maschi per i vari servizi tecnici e di manovalanza, era impresa difficile e onerosa per gli industriali di allora. È da queste premesse che nasce la prima modalità strutturata di comportamento degli imprenditori nei confronti del problema della povertà delle classi lavoratrici. Nasce e si sviluppa il cosiddetto "Paternalismo industriale" che troverà il suo vessillifero in Alessandro Rossi (1819-1898), imprenditore laniero veneto, poi senatore del Regno, vero e proprio portavoce del movimento per l'industrializzazione del giovane stato.



Un esordio meno conosciuto

Ma prima di parlare di Rossi e degli altri imprenditori, dobbiamo ricordare un episodio importantissimo che precede di molti decenni quelle esperienze. Si tratta della fondazione della città-fabbrica di Ferdinandopoli, nel Casertano, ad opera di un sovrano "illuminato" come Ferdinando IV di Borbone (1751-1825). Oltre che per la fabbrica di sete, impiantata ex-novo, questa esperienza assume grande importanza per lo Statuto di Ferdinandopoli e dell'opificio di San Leucio. Vi si possono trovare molti dei principi innovativi di matrice illuminista, tanto da fare di questa esperienza quasi un manifesto dell'Assolutismo illuminato, caro alla Casa regnante d'Austria. E non è affatto un caso che moglie e ispiratrice dell'esperimento di San Leucio fosse Maria Carolina d'Asburgo Lorena (1752-1814), figlia di Maria Teresa d'Austria, sovrana illuminata per eccellenza nel secolo stesso dei Lumi. In quello statuto e nella sua pratica attuazione si possono scorgere salvaguardie in tutti campi del welfare, fino a scoprire affermazioni straordinarie per l'epoca come quella che sosteneva il principio di Parità uomo-donna¹.



DELLA POPOLAZIONE DI S. LEUCIO
E
Suoi progressi fino al giorno d'oggi
COLLEGGI
Corrispondenti al buon Governo di Essa
D I
FERDINANDO IV.
RE DELLE SICILIE.

NAPOLI MDGCLXXXIX.
NELLA STAMPERIA REALE.

NELLA STAMPERIA REALE.



Paternalismo industriale

A partire dal problema del Pauperismo e dalle modalità con cui farvi fronte nella prima metà del secolo decimonono si assistette a un vivace dibattito documentato negli atti delle fondamentali assise degli Scienziati Italiani, svoltesi dal 1839 al 1847. In tali occasioni i primi "scienziati sociali" attenti alle condizioni delle popolazioni e alle dinamiche sociali che andavano sviluppandosi in altri paesi europei, soprattutto in Gran Bretagna e Francia, impostarono indagini e proposero interventi che avrebbero dovuto lenire nel nostro paese le paventate piaghe dell'incombente processo d'industrializzazione. È proprio durante questi congressi che emergono e vengono portate ad esempio le prime esperienze di "welfare" aziendale, adottato da alcuni imprenditori illuminati. Si illustrano le esperienze dei conti Ginori con la loro fabbrica di ceramiche di Doccia, presso Firenze, campioni nel sostegno sociale ai propri operai e alle loro famiglie. Ma anche la cartiera della famiglia Cini, fondata nel 1822 da Giovanni (1778-1844) e sviluppata poi dai figli Bartolomeo (1809-1877) e Tommaso (1812-1852) a San Marcello pistoiese è esaltata per le provvide istituzioni atte a sostenere le fatiche di chi in fabbrica spendeva la gran parte della propria esistenza. A Pomarance in val di Cornia nei primi anni dell'800 Francesco Giacomo de Larderel (1789-1858), dedicandosi allo sfruttamento dei soffioni boraciferi, fondava anche un villaggio operaio autosufficiente².

Ma l'esempio più eclatante e consapevole di Paternalismo industriale è quello di Schio e del Lanificio Rossi. La fabbrica è fondata dal padre di Alessandro nel 1817. Oltre alle assidue cure per l'aggiornamento tecnologico del ciclo produttivo Alessandro, una volta prese le redini dell'azienda, opera una vasta azione di integrazione della manodopera in seno all'impresa. Lo scopo è quello di



avere la dedizione e anche la devozione della propria manodopera. In cambio l'industriale garantisce la cura di tutti gli aspetti materiali dell'esistenza sia del lavoratore che della sua famiglia, preoccupandosi di dar loro adeguato alloggio, fornire alimentazione sufficiente a costi sopportabili, educarne la prole al futuro lavoro nella fabbrica con scuole professionali. Per Schio, per la prima volta in Italia si parla di "Fabbrica Totale" con ciò intendendo le premure del padre-padrone dalla culla alla tomba. Il quartiere operaio

di Schio risale al 1872 e rappresenta un vero e proprio incipit in questo genere di soluzioni abitative³

La proposta lucidamente ideologica di Rossi a Schio viene ripresa, raggiungendo vertici insuperati, in un'altra sede produttiva, a Crespi d'Adda, al confine tra la Bergamasca e il Milanese. Il villaggio



operaio, annesso al cotonificio, viene fondato da Cristoforo Benigno Crespi (1833-1920) e sviluppato nelle forme tuttora esistenti dal figlio Silvio (1868-1944). Qui la soluzione adottata accentua la diversità della fabbrica totale dal resto del mondo che la circonda. L'opificio tessile sorge lungo il corso dell'Adda da cui trae energia e coagula intorno a sé un villaggio operaio delimitato da una corona di basse colline. L'isolamento è completo. Nel villaggio la stratificazione sociale delle abitazioni è rigidamente impostata. Sulle

collinette, in area sopraelevata si trovano le ville dei dirigenti. Da basso, più vicine all'ingresso del cotonificio, sono invece le villette degli impiegati e gli alloggi degli operai. Su tutto domina il castello dei proprietari, vero maniero in stile neo-rinascimentale. Il concetto di fabbrica totale è qui esemplificato con il massimo di evidenza. Anche il cimitero riproduce le stratificazioni sociali determinate dalla gerarchia di fabbrica. Domina la scena funebre il Mausoleo della Famiglia Crespi. Sotto di esso si allineano le semplici tombe degli operai. Non si sfugge all'impressione di un cimitero di guerra con le croci dei soldati caduti allineate sovrastate dal sacello monumentale dei generali e delle insegne dei loro reggimenti⁴.



Un altro esempio di tale approccio al problema del benessere dei lavoratori può essere riscontrato nel setificio di Desio, appartenuto ai fratelli Egidio (1846-1910) e Pio (1848-1927) Gavazzi. Anche qui la fabbrica che sorge nel 1869 è dominante, ma la comunità operaia non è isolata da un contesto circostante fatto di altri insediamenti produttivi e ampie aree agricole nella Brianza sospesa tra Monza e l'area pedemontana. L'esperienza di Desio si caratterizza per gli aspetti tecnologici e per il rilievo sociale che questo insediamento ebbe

nello scorcio del secolo XIX°. La ditta Gavazzi divenne un esempio di capitalismo illuminato: vi erano implementate alcune pratiche innovative per l'epoca tra cui l'istituzione di asili nido aziendali, la concessione di permessi speciali alle lavoratrici divenute madri, l'istituzione di una mensa e di una mutua, che curava anche la distribuzione di viveri per migliorare le condizioni dei lavoratori. È anche interessante ricordare che la fabbrica di Desio fu diretta per un certo periodo durante i primi anni del secolo da un Gavazzi, Luigi, sposatosi con Andreina Costa, figlia dei due rivoluzionari socialisti Andrea Costa e Anna Kuliscioff a conferma degli intrecci inusitati tra dinastie industriali e dinastie rivoluzionarie sorprendenti quanto significative nella Lombardia e ancor più nella Brianza della Prima Rivoluzione Industriale del nostro paese.



Foto: Archivio Storico Crespi d'Adda Legler dal sito <https://www.crespidadda.it/approfondimenti/malattie-del-lavoro-in-fabbrica/> Accesso il 14/11/2024

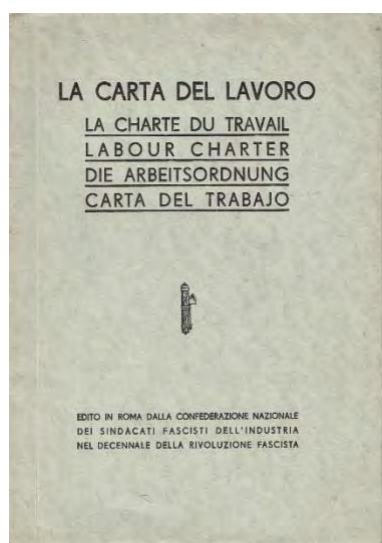
Dal Welfare aziendale al Welfare sociale

Il primo *take-off* dell'economia industriale del nostro paese si colloca geograficamente nel cosiddetto Triangolo Industriale i cui vertici erano Milano, Torino e Genova, e nel tempo a cavallo dei due secoli, grosso modo tra gli anni '80 dell'800 e il primo decennio del nuovo secolo. L'aumentata ricchezza prodotta spinge i lavoratori a rivendicare migliori condizioni di vita, chiedendo di partecipare in maggior misura al diffondersi di questo primo benessere. Le lotte dei lavoratori pongono domande anche allo Stato liberale, sorto dopo l'Unità d'Italia e che fino a quel momento aveva sostanzialmente evitato qualsiasi coinvolgimento nelle dinamiche sociali della nascente industria manifatturiera. Giuseppe Zanardelli (1826-1903) e Giovanni Giolitti (1842-1928), coadiuvati dall'opera di Guido Baccelli (1830-1916) Ministro dell'Industria, Agricoltura e Commercio, avviano una stagione di leggi sociali che trasformano le sporadiche iniziative industriali di protezione e previdenza in un disegno più ampio di copertura previdenziale delle masse lavoratrici. Il percorso però è accidentato. L'ambiguità di Giolitti, attento a stemperare le crescenti tensioni sociali più che ad avviare un vero percorso riformista, finisce per frustrare molte delle iniziative intraprese anche in sede parlamentare per l'introduzione di norme di tutela sociale. Esemplare è la vicenda dell'istituzione dell'Ispettorato del lavoro, trascinatasi per anni nell'irrisolutezza, fino ad approdare a una vera legge istitutiva solo nel 1912. Altrettanto significativa di questo atteggiamento è l'altra vicenda dell'abolizione del fosforo bianco dalla

produzione di fiammiferi, ostacolata da gruppi di pressione in parlamento e ritardata di decenni⁵. Acquista evidenza e peso la previdenza di tipo mutualistico, che, poco alla volta, si libera da vincoli eccessivi nei confronti degli stessi datori di lavoro, spesso promotori in prima persona di queste forme assicurative, per accentuare forme di cogestione da parte degli stessi lavoratori⁶.

Il Welfare sociale durante il Fascismo come strumento del Regime

La Grande Guerra congela però ogni ulteriore sforzo in tale direzione. Alla ripresa post-bellica la situazione politica e sociale esplosiva e le irresolutezze del ceto liberal-borghese al potere fin dall'Unità d'Italia, esasperano il malcontento dei ceti svantaggiati. Le leggi che pur vengono messe in cantiere (Igiene del lavoro, previdenza sociale, tutela della maternità, ecc.) si impantanano, travolte dal susseguirsi delle crisi di governo. Emerge infine il Fascismo che tronca definitivamente questi ultimi tentativi di costruzione di una moderna Previdenza Sociale da parte del vecchio stato



liberale. Il Fascismo riprenderà poi, a potere conquistato, molte delle norme impostate nel periodo "giolittiano", reinterpretandole in chiave totalitaria. Il Regime finisce per sostituirsi alla figura dell'industriale paternalista che si preoccupa dei propri dipendenti e delle loro famiglie "dalla culla alla tomba", proponendosi come Stato paternalista e autoritario col fine di imporre una disciplina al proprio "popolo", promulgando norme e istituendo enti che controllino il cittadino e ne determinino la vita "dalla culla alla tomba". Se l'industriale aveva come obiettivo il profitto e la prosperità della propria impresa, realizzato anche attraverso una manodopera "felice e devota", lo Stato Fascista e il suo Duce hanno come obiettivo di forgiare un "popolo" che possa imporsi con la propria Potenza nel consesso delle Nazioni. In questa cornice vanno interpretati gli sforzi del Regime, che, tra le altre iniziative, moltiplica i propri interventi previdenziali. Gli esiti tragici di una simile impostazione sono noti a

tutti. Riportiamo a suggello di questo periodo storico e relativamente al tema qui trattato l'acuta descrizione che ne fa uno dei massimi storici del lavoro italiani, *Stefano Musso*: «Il corporativismo fascista spingeva le imprese a creare servizi che cementassero tra operai e datori di lavoro uno spirito di collaborazione capace di superare quelli che venivano chiamati gli "egoismi di classe", i quali dovevano essere subordinati ai "superiori interessi della nazione"; tra questi ultimi andava annoverato il buon andamento della produzione. Con la riduzione dell'orario di lavoro alle otto ore giornaliere, conquistate dal movimento operaio nell'immediato primo dopoguerra in tutto il mondo industrializzato, si poneva la questione del tempo libero. Il fascismo diede vita nel 1925 all'Opera nazionale dopolavoro (OND), un organismo di coordinamento delle iniziative avviate nelle singole imprese.



S. A. VISCOSA - ROMA - Dormitorio operai.



S. A. VISCOSA - ROMA - Dormitorio operaie.

Da: *L'Assistenza Sociale nell'Industria* Anno III, N. II Marzo-Aprile 1929, pag.25

Nel 1929 un accordo tra Partito nazionale fascista e Confindustria creò una scuola per assistenti sociali di fabbrica. All'interno delle strutture dopolavoristiche, oltre alle attività ricreative, sportive, culturali, veniva diffusa l'informazione e gestita l'erogazione delle prestazioni dei vari servizi assistenziali. La penetrazione del partito fascista prima e del sindacato fascista poi nella gestione dei dopolavoro aziendali faceva dell'OND una delle numerose organizzazioni di massa del fascismo utilizzate come strumento della propaganda del regime. Ogni opera assistenziale attuata dalle imprese veniva presentata come una realizzazione del fascismo.»²

È importante sottolineare come la storiografia attuale sia unanime nel considerare che quel modello di welfare, ereditato dal Fascismo, passò praticamente intatto al nuovo stato repubblicano, nato dalla Resistenza. Lo Stato sociale rimase quindi al centro del dibattito politico per molti anni ancora.

Due casi esemplari di welfare aziendale a cavallo dei conflitti mondiali: le Company towns di Bat'a e la "Fabbrica comunità" di Olivetti



Il periodo tra le due guerre è particolarmente interessante per il diffondersi anche in Europa dei principi e dei metodi dell'Organizzazione Scientifica del Lavoro, di matrice nord-americana. A quel modello, ma con peculiarità ben evidenti, si ispira l'esperienza di Tomáš Bat'a, industriale innovatore Ceco, attivo proprio in quegli anni. Trascorso un periodo di lavoro negli Stati Uniti addetto alla produzione di scarpe in una fabbrica organizzata con catena di montaggio, una volta tornato in Europa applica quanto appreso alle sue fabbriche di scarpe, organizzando la produzione in maniera tayloristica a Zlin in Moravia⁸. Tomáš Bat'a applica però un approccio che pone massima enfasi sul supporto sociale per i propri dipendenti. Le istituzioni sociali si moltiplicano ed estendono ad ogni nuovo insediamento produttivo creato in giro per l'Europa. Non è più la fabbrica totale dei villaggi operai ottocenteschi, ma molto di più. La Città Sociale amplia e diversifica l'approccio dell'industriale. Grande

importanza viene data all'urbanistica e al decoro architettonico, visti come motivo di fidelizzazione e di benessere per le comunità dei lavoratori aggregate intorno al polo produttivo⁹. Il "caso" Bat'a suscita interesse nell'opinione pubblica internazionale e viene analizzato attentamente anche

dall'ILO in una sua pubblicazione del 1930 ¹⁰ a riprova della notorietà e dell'esemplarità insita nella visione dell'imprenditore ceco.

In Italia negli stessi anni matura un'altra esperienza esemplare, quella della Olivetti di Ivrea. Molto è stato scritto su quell'esperienza¹¹, ma la ricchezza dei materiali prodotti anche sul piano del welfare aziendale e del supporto alla società civile circostante rimangono ancora fonti inesauribili di spunti, riflessioni, stimoli all'azione.

Anche Adriano Olivetti intraprende un viaggio di studio negli Stati Uniti, dopo la laurea in ingegneria al Politecnico di Torino, nel periodo 1924-1926. Al suo ritorno collabora fin dal primo numero con la rivista L'Organizzazione Scientifica del Lavoro, fondamentale strumento di penetrazione del «credo» tayloristico nel nostro paese, scrivendo un articolo che rappresenta una sorta di diario del suo viaggio negli Stati Uniti. Entra poi nel Comitato di Redazione della rivista e mantiene una collaborazione per molti anni. È ipotizzabile che anche per Adriano Olivetti l'introduzione del lavoro a ritmo vincolato nelle sue fabbriche coincida con la consapevolezza della disumanità di tale metodo di lavoro e quindi con la necessità di intervenire con un adeguato supporto sociale per attenuarne

ASSISTENZA SOCIALE NELL'



le conseguenze. Di sicuro l'attenzione al fattore umano della produzione rappresenta un punto fermo nella filosofia aziendale di Adriano Olivetti, come ampiamente testimoniato dagli sforzi per introdurre in azienda la psicologia e gli psicologi¹² Ma è un supporto sociale che non deriva da un atto di benevolenza dell'industriale, bensì «... i servizi offerti sono un dovere che deriva dalla responsabilità sociale dell'azienda»

Psicologia, ergonomia, sociologia, urbanistica, architettura sono tutte culture che Adriano Olivetti introduce nei gangli stessi dell'organizzazione aziendale. Quindi non "abbellimenti" estranei alla cultura aziendale, ma proprio elementi fondanti del fare impresa. Francesco Novara (1923-2009), responsabile per molti anni del Centro di Psicologia dell'Olivetti, raccontava, a metà

degli anni '80, durante una lezione alla scuola di specializzazione di Medicina del Lavoro in Clinica del Lavoro a Milano, alla quale uno di noi ebbe modo di assistere, che la filosofia aziendale che Adriano Olivetti predicava con i suoi dipendenti poneva al centro della missione aziendale non il "profitto", la valorizzazione cioè del capitale, bensì la "soddisfazione del cliente" per il prodotto che l'azienda gli aveva fornito e vedeva nel "profitto" solamente un indicatore del raggiungimento di tale obiettivo. Il "profitto" quindi andava completamente reintrodotta nello sviluppo e nel miglioramento dell'azienda e della comunità nella quale l'azienda si collocava, comunità intesa come gruppo sociale più ampio della semplice manodopera di fabbrica.

Le testimonianze più interessanti del clima che si viveva in quell'azienda durante gli anni del dopoguerra, quando l'esperienza "Olivetti" raggiunse l'apice, vengono da opere letterarie memorabili scritte da intellettuali chiamati a Ivrea da Adriano Olivetti, dedicate all'ambiente della fabbrica, vissuta dagli scrittori in prima persona, svolgendo ruoli di primaria importanza nei suoi ranghi. "Tempi stretti" (1957) di Ottiero Ottieri (1924-2002) narra la vita di alcuni immigrati al nord addetti alle presse in una catena di montaggio. Ecco un passaggio illuminante del libro proprio

dedicato al welfare aziendale: “Essa [la Zanini, nome della fabbrica] si vantava di tenere bene i suoi dipendenti. L’assistenza sanitaria era un modello del genere. Concedevano ogni tanto un premio di bilancio, un premio di produzione. Quando superarono l’Oceano le teorie psicologiche per il benessere dei lavoratori, la Presidenza della Zanini disse: ‘ Ma non è quello che abbiamo sempre fatto?’ Quelle teorie, non le ignorava, ma ci mescolava il sale del buon senso italiano, lombardo non usandole pure. L’Italia è l’Italia. La Presidenza in persona aveva detto: «Questi psicologi saranno anche bravi. Ma di una buona visita medica mi fido di più. Se l’operaio è sano di corpo, è sano anche di mente»¹³. In “Donnarumma all’assalto” (1959) Ottieri descrive le operazioni di selezione dei nuovi assunti nello stabilimento di Pozzuoli¹⁴. “Memoriale” (1962), opera di Paolo Volponi (1924-1994) narra invece la vicenda dell’operaio Albino Saluggia e della spietata, impersonale efficienza della fabbrica moderna¹⁵. La malattia (TBC, ma anche alienazione) vi è come protagonista. Volponi tornerà più tardi nel 1989 a parlare dell’impresa con il libro “Le mosche del capitale”¹⁶

Il welfare sociale nel secondo dopoguerra

La catastrofe bellica provocata dal Fascismo non muta l’atteggiamento del nuovo stato nato dalla Resistenza per quel che riguarda il welfare. Ispirandosi al modello di Beveridge, anche nel nostro paese si incrementa progressivamente la presenza dello Stato nelle istituzioni che si occupano di previdenza e protezione della manodopera al lavoro. Poco alla volta, dal solo mondo del lavoro la rete sociale protettiva si estende a tutta la popolazione. Il decennio degli anni ’70 del secolo funge da spartiacque con l’approvazione il 31 dicembre del 1978 della Riforma Sanitaria, vero caposaldo di questa tendenza¹⁷. Gli anni e i decenni successivi mostreranno i limiti di un tale approccio. Il welfare aziendale, ridotto ai minimi termini nel corso degli anni ’60 e ’70, riprenderà slancio e importanza sia pur mutando di significato e avvicinandosi in molti casi all’impostazione Olivettiana di doverosa attenzione per il benessere individuale e sociale della propria manodopera

Verso l’attualità

Questo rapido excursus storico ci permette di capire che la WHP (Workplace Health Promotion) si inserisce in un contesto di “lunga durata” che può essere descritto come il processo per realizzare la “compatibilità” fra produzione industriale e comunità sociale. Il binomio che abbiamo cercato di delineare nel suo sviluppo storico tra “Welfare aziendale” e “Welfare sociale” è destinato a persistere nel tempo e a oscillare nella sua polarizzazione, senza che l’una o l’altra delle interpretazioni possa mai esaurire l’insieme di quel supporto sociale dovuto a chi lavorando produce ricchezza e benessere per l’insieme della società. Rimane inoltre sullo sfondo, ma nient’affatto in secondo piano, il possibile conflitto tra welfare e garanzie richieste da norme e leggi di protezione della salute al lavoro, ma anche tra iniziative di promozione del benessere individuale e condizioni di lavoro imposte da cicli di produzione eccessivamente usuranti, come ben evidenziato anche nel caso di studio dell’Olivetti¹⁸.

La Promozione della salute nei luoghi di lavoro e la rete europea (ENWHP)

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha identificato la WHP come una delle strategie efficaci nell’ambito delle politiche di promozione della salute; ne ha infatti descritto i modelli di attivazione¹⁹ e l’ha inserita tra le strategie finalizzate al raggiungimento degli obiettivi dell’Agenda 2030²⁰.

In Europa, il punto di partenza per l'avvio di esperienze strutturate in questo ambito può essere considerato il 1996, quando, in occasione dell'adozione da parte della Comunità Europea del Programma d'azione "Promozione della salute, educazione, informazione e formazione" per migliorare gli standard di salute pubblica in Europa in tutti i setting, compreso quello lavorativo, venne istituito il Network Europeo per la Promozione della Salute nei Luoghi di lavoro (ENWHP-European Network for Workplace Health Promotion). Da quel momento l'ENWHP è cresciuto costantemente e ha guadagnato un notevole credito arrivando a definire in modo omogeneo in Europa ciò che si intende per "Promozione della salute nei luoghi di lavoro" (WHP – Workplace health promotion), tramite lo sviluppo di criteri standardizzati di buona qualità.

Nell'ambito dell'ENWHP il ruolo di NCO (National Contact Office – NCO) per l'Italia fino al 2013 è stato svolto dall'ISPESL, poi confluito nell'INAIL²¹. Nell'ottobre 2016 l'ENWHP si è costituito come associazione non politica e come organizzazione non governativa senza fini di lucro e si definisce come "una rete di organizzazioni e individui impegnati a sviluppare e promuovere buone pratiche di salute sul posto di lavoro, che a loro volta contribuiscono a uno sviluppo economico e sociale sostenibile in Europa".

L'adesione è aperta a organizzazioni e individui provenienti dall'Unione Europea e dal SEE (Spazio Economico Europeo). L'adesione include la possibilità di essere nominati dall'ENWHP come Ufficio di contatto nazionale per l'ENWHP, con l'individuazione di un membro per paese (o regione). Possono aderire enti rappresentativi quali ministeri del lavoro e della salute, istituti di salute e sicurezza sul lavoro e istituzioni accademiche e di ricerca, oltre che organizzazioni del settore pubblico e privato, di datori di lavoro di grandi, medie e piccole imprese, nonché di singoli interessati. L'adesione internazionale è aperta a organizzazioni e individui provenienti da Paesi extraeuropei. I membri internazionali possono partecipare e accedere a tutte le aree di interesse della rete, tranne in alcune specifiche.

Sul sito del network <https://www.enwhp.org/> è riportato che la Fondazione ENWHP si impegna a contribuire allo sviluppo e all'attuazione degli Standard di Qualità Europei per la Salute sul Luogo di Lavoro (EQSWH), avendo peraltro il diritto di adattare l'EQSWH ai propri schemi nazionali o locali essendo struttura accreditata a supportare organizzazioni/datori di lavoro per il perseguimento dell'accREDITAMENTO EQSWH.

Data la lunga esperienza del ENWHP e il suo radicamento e accREDITAMENTO a livello delle istituzioni comunitarie europee, sorprende come a tutt'oggi non siano state sviluppate chiare connessioni tra le iniziative del ENWHP e l'EUOSHA, l'Agenzia Europea con sede a Bilbao che si occupa della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Esplorando il sito dell'EUOSHA non si trovano infatti riferimenti strutturati recenti rivolti alla tematica della WHP. Per il futuro sarebbe auspicabile una maggiore convergenza di intenti fra queste due entità e una maggior definizione dei ruoli e delle competenze delle due istituzioni su questa specifica tematica.

Per quanto riguarda i risvolti a livello dei singoli stati europei dell'azione del ENWHP, diversi paesi hanno già istituito network nazionali satelliti dell'ENWHP per sviluppare interventi strutturati di WHP sul proprio territorio. In Italia, benché i programmi di WHP siano ormai entrati in maniera strutturata nei piani di prevenzione nazionali, un network nazionale istituzionalmente incardinato non è stato ancora formalizzato né riconosciuto a livello centrale nelle sedi opportune di tipo istituzionale.

La WHP nel Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025

Come nel precedente Piano Nazionale di Prevenzione (PNP), nel PNP 2020-2025²² il primo dei macro-obiettivi del Piano è quello del controllo delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT), le

malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche, il diabete, i problemi di salute mentale, i disturbi muscolo scheletrici, che continuano ad essere le principali cause di morte a livello mondiale. Viene ribadito che per queste malattie il consumo di tabacco, le errate abitudini alimentari, l'insufficiente attività fisica, il consumo rischioso e dannoso di alcol, insieme alle caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale, economico e culturale rappresentano i principali fattori di rischio modificabili, ai quali si può ricondurre il 60% del carico di malattia (Burden of Disease, in Europa e in Italia). A ciò si aggiunge la carente organizzazione e l'insufficiente ricorso ai programmi di screening organizzato.

Il macro-obiettivo in questione è complesso e per ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili, è necessario un approccio multidisciplinare, combinato e integrato in cui le strategie di promozione della salute, per definizione orientata all'empowerment di comunità e ad azioni svolte in setting definiti (scuola, lavoro, ecc.), hanno un ruolo determinante.

Nel PNP 2020-2025 viene chiaramente evidenziato che i contesti occupazionali sono un setting strategico dove le persone, che vi trascorrono la maggior parte della loro giornata, possono essere più facilmente raggiunte e coinvolte. Il PNP 2020-2025 dedica il Programma predefinito PP3 alla promozione della salute nei luoghi di lavoro (Workplace Health Promotion - WHP) e raccomanda la sua applicazione secondo il modello 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 Programma agisce su fattori non tradizionalmente associati al rischio lavorativo, ma la dimensione sistemica del setting ne raccomanda, pur nell'assoluto rispetto di ruoli e funzioni dei diversi settori dei Dipartimenti di Prevenzione che intervengono, l'implementazione nella prospettiva di un approccio orientato al modello di Comprehensive Workplace Health-Total Worker Health [23,24, 25, 26](#).

Utilizzando la leva della Responsabilità Sociale d'Impresa, il Programma prevede l'ingaggio di "Datori di lavoro" (privato e pubblico comprese le strutture sanitarie) nella attivazione di processi e interventi tesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente "favorevole alla salute" attraverso cambiamenti organizzativo-ambientali (incremento di opportunità strutturali per l'adozione di scelte comportamentali salutari) e il contestuale incremento di competenze e consapevolezza (empowerment) nei lavoratori.

Operativamente il PNP in questo caso si propone un percorso strutturato, fondato su un processo partecipato interno (che coinvolga le figure aziendali strategiche: RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, Risorse Umane, ecc.) ed i lavoratori stessi, che impegna il Datore di lavoro a mettere in atto azioni efficaci e sostenibili cioè pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa. Ciò può permettere ai Datori di Lavoro di accedere a sgravi fiscali e sconti sui premi assicurativi (tramite il modello INAIL OT23 per esempio). Il Programma PP3 inoltre, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede l'elaborazione del profilo di salute ed equità, l'identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, ed il conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto. Come sottolineato anche nel PNP, numerose sono ormai le evidenze a sostegno del fatto che l'implementazione del WHP può produrre potenziali benefici sia in termini di salute, sia di diminuzione delle assenze dal lavoro, e sono stati rilevati effetti positivi di programmi WHP anche sul fenomeno del "presentismo". Alcune revisioni sottolineano che i programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro inerenti per esempio le aree dell'attività fisica, dell'alimentazione,

della cessazione del fumo, oltre ad avere effetti positivi sull'adozione di corretti stili di vita hanno un'efficacia anche su una serie di outcome come la salute percepita, l'assenza da lavoro per malattia, la produttività sul lavoro, la "work ability" [27,28,29,30](#). Di conseguenza il ruolo della WHP appare rilevante per favorire il reinserimento di lavoratori con malattie croniche o disabilità psicosociali, tanto più attuali nel momento in cui la forza lavoro sta invecchiando con effetti sulla "work ability", e per contribuire alla riduzione delle disuguaglianze di salute se indirizzati ed adattati verso i gruppi bersaglio più esposti e più vulnerabili, quali i lavoratori manuali e quelli meno qualificati. Nuovi scenari sembrano inoltre aprirsi per la WHP anche per la progressiva espansione del fenomeno dello smart working in Italia (che sembra attualmente interessare circa 4 milioni di lavoratori secondo le stime dell'Osservatorio Smart Working del Politecnico di Milano), soprattutto nelle grandi imprese.

Il PNP 2020-2025 (e di conseguenza i PRP) ribadisce tuttavia che gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute devono essere basati sulle migliori evidenze di efficacia e devono porre le popolazioni e gli individui al centro degli interventi stessi, con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile. A questo proposito è senz'altro utile far riferimento alle esperienze e agli strumenti validati presenti per esempio nella Banca Dati di Progetti e Interventi di Prevenzione e Promozione della Salute (PRO.SA)[31](#) della Regione Piemonte e a tutto ciò che in merito è stato prodotto da DORS[32](#). Riguardo i programmi di WHP strutturati, condotti a valenza regionale, il modello lombardo è quello che sembra avvicinarsi di più ai principi di evidenza ed efficacia a cui si fa riferimento, e per questo negli ultimi anni ha rappresentato a tutti gli effetti un riferimento ed un modello a livello nazionale. Il Programma "Luoghi di lavoro che Promuovono salute – Rete WHP Lombardia", così come è strutturato ha avuto il riconoscimento di Buona Pratica ed è stato validato dalle seguenti iniziative della Commissione Europea: Joint Action Chrodis 18 e European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.

La Promozione della Salute nei luoghi di Lavoro e l'invecchiamento della popolazione lavorativa

Sul luogo di lavoro le persone trascorrono la maggior parte della loro giornata e si possono, così, più facilmente raggiungere e coinvolgere in attività di Promozione della Salute, sia diffondendo informazioni e conoscenze sull'importanza di uno stile di vita salutare e attivo, sia offrendo delle opportunità per praticare attività fisica (spostamenti casa-lavoro attivi, uso delle scale, realizzazione, durante le pause, di esercizi di mobilità, gruppi di cammino...). Agire sulla popolazione adulta, sul miglioramento del suo stile di vita e del suo livello di efficienza fisica, vuol dire, anche, avere una futura popolazione anziana in condizioni di maggior benessere psico-fisico. Agire sulla popolazione anziana significa mantenere il più possibile le condizioni di benessere in generale e garantire, di conseguenza, anche una maggiore validità e capacità lavorativa.

È necessario quindi cogliere tutte le opportunità per migliorare l'integrazione tra salute, igiene e sicurezza sul posto di lavoro e gli aspetti della promozione della salute per garantire che le iniziative di WHP non siano attività isolate, ma parte di un intervento molto più ampio per migliorare la salute in un'ottica di Total Worker Health. Raggiungere questo obiettivo richiede l'introduzione di un coordinamento migliore e appropriato fra le diverse azioni. Gli esperti concordano sul fatto che uno dei principali ostacoli agli interventi di successo di WHP sono generalmente individuati nella scarsa consapevolezza della relazione fra i fattori che influenzano la capacità lavorativa (ad es. condizioni, stile di vita, ecc.) e l'età. Ed in Europa è ormai diffuso un nuovo approccio in cui la qualità della vita degli anziani deve tenere conto degli effetti, tra loro sovrapposti, dovuti all'invecchiamento, all'attività lavorativa e alle condizioni di salute. In tema di invecchiamento alcuni esempi di buone prassi dimostrano che i costi degli investimenti nella promozione della capacità lavorativa sono

compensati dai benefici, le persone possono continuare a lavorare in modo produttivo, l'ambiente di lavoro migliora, la produttività aumenta e i problemi legati all'età diminuiscono. Alcuni studi di analisi costi-benefici svolti prevalentemente negli USA indicano che il ritorno di utili rispetto al capitale investito (Return of Investment - ROI) può essere buono. Il ROI positivo si basa sui bassi tassi di assenza per malattia, sulla riduzione dei costi dovuti a disabilità al lavoro e una migliore produttività, tuttavia analizzare questi aspetti dal punto di vista economico non è facile e la letteratura a questo proposito appare controversa. Soprattutto in Europa dove il sistema welfare sociale prevede che la copertura dei costi sanitari affrontati dai lavoratori sia sempre a carico di sistemi di assicurazione sociale obbligatoria spesso a carattere pubblico dove l'assicurazione sanitaria viene pagata nella medesima misura a prescindere dalle proprie condizioni di salute. Questo meccanismo rende meno tangibile per le aziende l'incentivo a migliorare le condizioni di salute per diminuire il consumo di risorse sanitarie e spiega anche la scarsità di letteratura scientifica europea dedicata a questo specifico ambito di ricerca di economia sanitaria [33,34](#).

Buone condizioni di lavoro sono tollerate per più tempo e possono contribuire a mantenere lo stato di salute (modalità di invecchiamento "usuale" o "di successo") soprattutto se sono instaurate fin dalle età più giovani [35,36](#).

La Commissione Europea che già da diversi anni si occupa di Responsabilità Sociale di Impresa, ha sottolineato l'importanza per le aziende di investire sul capitale umano, sull'ambiente, sul rapporto con il territorio in cui è inserita e con tutte le parti interessate, considerando queste attività un investimento per migliorare sia l'ambiente di lavoro sia l'immagine dell'azienda e dei prodotti in termini di marketing [37](#).

La Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro nei LEA

Con il DPCM del 12 gennaio 2017 si è finalmente provveduto all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, i LEA appunto, in cui si percepisce una maggiore consapevolezza dell'importanza delle malattie croniche e dei fattori di rischio ambientali per i servizi della sanità pubblica italiana, attraversati da una esigenza di rinnovamento per realizzare una prevenzione sempre più basata su prove di efficacia e per semplificare e sburocratizzare la pratica e dotarsi di modelli organizzativi che privilegino la cooperazione tra discipline e tra strutture diverse, tra amministrazioni e tra vari settori della società. Nei nuovi "LEA" il livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", che include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita, si articola in 7 aree di intervento che includono programmi/attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute. L'Area C: "Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" e l'Area F: "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale", presentano programmi e prestazioni capaci di creare un' "osmosi" tra i setting, ed in particolare capaci di far dialogare e compartecipare (senza quindi delegare o al contrario accentrare) il setting sanitario con gli altri contesti. La leva per questo passaggio consiste nell'innescare un processo culturale che riconosca che non tutto è sotto il controllo del sistema sanitario, ma al tempo stesso sia in grado di "liberare" il potenziale della prevenzione e della promozione della salute perché questo permei tutte le politiche; - metta insieme e utilizzi trasversalmente conoscenze, expertise, risorse, all'interno delle regole del sistema; permetta di far emergere il fine ed il "vantaggio" (anche economico) che da questa reciproca interazione ogni ambito o settore coinvolto può derivare, nonché le relative implicazioni anche in termini di monitoraggio dei processi e valutazione degli esiti.

Fino a pochi anni fa, i programmi sanitari riferiti al setting lavoro erano ancora prevalentemente focalizzati sulle attività di prevenzione e sicurezza sul lavoro (intesa come vigilanza) e solo in parte

sulla promozione della salute; l'introduzione dei programmi di WHP sembra rispondere perfettamente al nuovo spirito dei LEA, che in ogni caso sanciscono anche che i principi della prevenzione e della sicurezza nei luoghi di lavoro devono essere comunque garantiti e rispettati. Se la WHP può essere considerata all'interno dei LEA, è necessario sottolineare anche la necessità che gli interventi di questo tipo non alimentino la creazione di disuguaglianze; per questo è necessario che la WHP sia diffusa in tutte le realtà produttive e non solo in quelle già orientate (per management, struttura produttiva, risorse economiche ecc) ad investire in termini di promozione della salute.

Perché questo sia possibile è necessario modulare gli interventi e l'adozione delle buone pratiche a seconda delle dimensioni e delle tipologie delle realtà produttive. Il ruolo degli operatori delle ASL, con le loro esperienze e le loro competenze, sotto questo aspetto sarà essenziale.

Rapporto fra Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro e Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro: principi generali.

Pur in un'ottica di Total Worker Health, è necessario che il rapporto tra "promozione della salute" e "prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro" sia considerato con estrema chiarezza. La Dichiarazione di Lussemburgo³⁸ stabilisce che la promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) è lo sforzo congiunto dei datori di lavoro, lavoratori e società per migliorare la salute e il benessere dei lavoratori, e che questo può essere raggiunto attraverso la combinazione dei seguenti elementi: miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro, promozione della partecipazione attiva, incoraggiamento dello sviluppo personale.

Tutto questo deve tuttavia tener conto di una reale integrazione fra politiche settoriali, e a questo proposito può essere utile menzionare l'Ontario Workplace Coalition³⁹ che sintetizza, per esempio, la "Comprehensive Workplace Health" (o Total Worker Health che dir si voglia) in quattro elementi:

- Occupational Health and Safety: ridurre infortuni sul lavoro, malattie professionali e disabilità da lavoro controllando l'ambiente fisico e i processi di lavoro. Include la prevenzione di fattori come qualità dell'aria, rischi fisici, chimici e biologici, e violenza
- Health and Lifestyle Practices: creare un ambiente che incoraggi l'adozione di stili di vita favorevoli per la salute, soprattutto relativi a dieta, attività fisica e fumo
- Organizational Culture: favorire lo sviluppo di un ambiente a supporto delle persone, dove i lavoratori partecipino attivamente e siano autonomi. Questa azione è focalizzata sui fattori che influenzano le relazioni tra le persone, il loro lavoro e la loro organizzazione
- Organizational Social Responsibility: Partecipare alla vita della comunità per migliorare la salute dei lavoratori, delle loro famiglie e degli altri membri. Include l'essere sensibili alla salvaguardia dell'ambiente e al controllo degli inquinanti, il raccogliere denaro per scopi caritatevoli e permettere il volontariato durante l'orario di lavoro.

Le figure aziendali della Promozione della salute nei luoghi di lavoro

Uno degli aspetti più importanti per condurre con successo le attività di Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro è rappresentato dall'impegno continuo di tutti i soggetti coinvolti. L'impegno della Dirigenza aziendale è essenziale per coinvolgere il personale, evitare conflitti tra il programma di WHP e la prassi dirigenziale, cercando il migliore adattamento con la realtà aziendale, al di là di un modello standard di riferimento. Le buone pratiche introdotte in maniera formale, cadute dall'alto, non condivise con i lavoratori e con le figure della prevenzione e senza un supporto concreto dell'azienda, anche dal punto di vista economico, sono destinate a fallire. La Dirigenza deve

dimostrare di credere in ciò che propone, anche tramite l'individuazione di referenti idonei e capaci di sviluppare i programmi, soprattutto nell'ambito del Gruppo di Lavoro dedicato alla loro realizzazione.

Il Medico Competente aziendale deve essere ovviamente coinvolto in queste dinamiche ed ha un ruolo fondamentale. L'Art. 25 del DLgs 81/2008 riguardo gli Obblighi del medico competente, recita, fra le altre cose, che il MC "Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", assegnandogli quindi un ruolo di rilievo nell'ambito della promozione della salute nei luoghi di lavoro. Il Medico Competente identifica e può monitorare nel tempo fattori di rischio extra professionali a carattere individuale quali l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol, l'alimentazione non corretta o la sedentarietà e può contribuire a far comprendere al datore di lavoro la convenienza ad intraprendere iniziative di Promozione della Salute, puntando l'attenzione su aspetti quali il contenimento delle malattie croniche non trasmissibili, delle assenze per malattia e delle limitazioni all'idoneità alla mansione specifica, tutti fattori in grado di portare ad un incremento della produttività ed un miglioramento del clima aziendale. Il Medico Competente può intervenire direttamente anche su ambiti specifici come la quantificazione del rischio e il counselling per la modifica dei comportamenti (minimal advice antitabagico, intervento breve per i consumatori di alcol a rischio, counselling alimentare, promozione dell'attività fisica). Infine, grazie proprio ai dati sistematicamente raccolti durante le visite periodiche, il Medico Competente può fornire un contributo prezioso per il monitoraggio nel tempo e la valutazione dell'efficacia degli interventi di promozione della salute [40,41](#). In futuro a tal fine sarebbe auspicabile raggiungere una standardizzazione del formato dei dati sanitari raccolti, per far sì che i record della Sorveglianza Sanitaria effettuata dai Medici Competenti e i risultati dei questionari che permettono di rilevare le modifiche degli stili di vita indotte da interventi di Promozione della Salute, siano facilmente integrabili e permettano di ricostituire un database generale analizzabile anche a livello nazionale. In quest'ottica, i Medici Competenti, che acquisiscono quindi sempre di più il ruolo di Medico "pubblico", dovranno sicuramente sviluppare ulteriormente le proprie competenze nel campo della promozione della salute, del counselling per la modifica dei comportamenti sui temi prioritari, con l'orizzonte di una possibile, volontaria presa in carico dei lavoratori anche dal punto di vista della promozione della salute e dei rischi per malattie croniche.

I risultati di una recente indagine realizzata fra i Medici Competenti supportano l'interesse generale di questi per la WHP [42](#). Tuttavia, restano ancora diverse questioni da affrontare per valutare l'adeguatezza delle iniziative di salute e benessere in corso e capire come incoraggiare al meglio la partecipazione dei Medici Competenti nelle iniziative stesse. In quest'ottica, è giustificato lo sviluppo di un percorso formativo adeguato per queste figure professionali, per un più ampio concetto di salute e benessere nei luoghi di lavoro e per la realizzazione di efficaci interventi di WHP.

Oltre al Medico Competente, anche il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale dovrà mettere a disposizione il proprio know-how per favorire l'introduzione di interventi efficaci di promozione della salute sul luogo di lavoro, e per incoraggiare i dipendenti ad assumersi le proprie responsabilità, stimolandone l'attiva partecipazione. In ogni caso, oltre queste figure "interne" all'organizzazione, sarà compito dell'azienda reperirne altre, anche esterne, se ritenute utili per gli interventi di promozione della salute previsti e le buone pratiche di volta in volta messe in atto (nutrizionisti, psicologi ecc.), sia nella loro fase di avvio che nella fase di mantenimento.

E' infine fondamentale coinvolgere, all'interno di questo processo i lavoratori (anche tramite gli RLS) e tener conto delle loro esigenze e opinioni su come organizzare l'attività ed il posto di lavoro, tenendo sempre presente comunque che, al di là di tutto, partecipare ad attività per promuovere la salute sul lavoro è una scelta volontaria e che le attività di WHP richiedono un impegno consapevole

dei datori di lavoro, nell'offrire condizioni organizzative e ambientali sane, oltre che dei lavoratori, nel partecipare attivamente al programma stesso.

Esperienze a livello Regionale

Negli ultimi anni, anche a seguito dello stimolo rappresentato dai Piani Nazionali di Prevenzione, si stanno diffondendo in tutte le Regioni Italiane programmi di Promozione della salute sui luoghi di lavoro che vedono la collaborazione tra Pubblico (servizio sanitario) e Privato (associazioni datoriali e imprenditori).

L'avvio di esperienze strutturate di questo tipo può essere collocato nel 2011 quando l'Azienda Sanitaria di Bergamo, insieme all'articolazione locale di Confindustria con il patrocinio delle parti sindacali e di diversi partner istituzionali e scientifici, ha ideato e sperimentato un modello operativo del WHP in merito al quale in quell'anno ha ottenuto il certificato di partner di eccellenza della Rete Europea ENWHP e nel 2012 il logo della campagna del Ministero della Salute "Guadagnare Salute".

La strategia della promozione della salute nei luoghi di lavoro messa in atto è stata orientata a dare a tutti i lavoratori le stesse opportunità di salute: l'azienda e i lavoratori diventano responsabili dell'attivazione (empowerment) di processi di salute ed il programma prevede una flessibilità di attivazione per garantire la massima adesione locale di applicazione, anche in considerazione delle disuguaglianze di salute che sappiamo essere presenti nel mondo lavorativo (blu collars/white collars; livello di istruzione, condizione di immigrato, ecc.).

Successivamente il modello da Bergamo è stato diffuso su tutto il territorio della Regione Lombardia, prevedendo per le aziende un accreditamento annuale con il conferimento di uno specifico logo "Luogo di lavoro che promuove la salute", assegnato a nome della Rete Europea ENWHP (European Network for Health Promoting Workplace). I luoghi di lavoro che aderiscono alla Rete iniziano un percorso che prevede la realizzazione di buone pratiche efficaci nel campo della promozione della salute per sviluppare l'attività fisica, offrire opportunità per smettere di fumare, promuovere un'alimentazione sana, ridurre l'assunzione di alcool e attuare misure per migliorare il benessere sul lavoro e oltre il lavoro.

Il PNP 2014-2018/19, facendo tesoro di questa pionieristica esperienza, ha poi valorizzato a livello nazionale la WHP in generale ed il modello lombardo in particolare, sia per i risultati di efficacia che hanno cominciato ad accumularsi sulla base di questa esperienza⁴³, sia per i riconoscimenti, anche a livello europeo, assegnati alle azioni specifiche messe in atto, dalla prevenzione dei rischi occupazionali, al miglioramento dell'organizzazione aziendale, all'adozione di stili di vita salutari, tutte iniziative che si influenzano reciprocamente in maniera positiva, allargando e completando l'attività del medico competente, al centro di un approccio multicomponente e partecipativo tra lavoratore, datore di lavoro, parti sociali, istituzioni. Il PNP 2020-2025 facendo poi tesoro delle esperienze condotte in questi anni ha consolidato l'attività di WHP in un Piano Predefinito (PP3) e l'ha sviluppata in un'ottica di Total Worker Health.

Il ruolo delle ASL nei Programmi regionali di WHP

Gli interventi di Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro, come abbiamo già detto, non devono rappresentare percorsi alternativi a quelli di Prevenzione e Sicurezza, né rappresentare strumenti di "sconto" rispetto agli obblighi normativi. Guardando a questo aspetto dal punto di vista dell'ente pubblico coinvolto, l'ASL, è indispensabile che ci sia chiarezza nei ruoli svolti dagli operatori che, a vario titolo e in vari settori, sono coinvolti.

Esaminando ciò che le regioni stanno attuando su queste tematiche, possiamo vedere che alcune regioni hanno per esempio sviluppato i programmi di Promozione della salute nei luoghi di lavoro escludendo da tali attività gli operatori che svolgono vigilanza nei luoghi di lavoro e affidando in maniera esclusiva a operatori del settore della Promozione della Salute l'intera responsabilità dell'intervento, cosa che tuttavia non li può esonerare, in presenza di evidenti situazioni di rischio per i lavoratori o di disturbi e/o malattie correlati al lavoro, dal darne segnalazione agli Enti deputati.

Sulla base di quanto detto, la promozione della salute nel setting lavoro ha delle indubbie peculiarità rispetto ai setting più tradizionali (come la scuola o la comunità), che necessitano di una particolare formazione di coloro i quali vogliono fungere da "promotori della salute", dovendo questi conoscere le peculiarità del setting lavoro, i principi della prevenzione nei luoghi di lavoro, il ruolo delle Associazioni di Categoria, delle Organizzazioni Sindacali e delle figure aziendali della prevenzione.

In ogni caso è necessario che ci sia la massima chiarezza e trasparenza da parte degli operatori della sanità che si avvicinano con l'Azienda e con i lavoratori nel ruolo di "promotori della salute". Per fare qualche esempio, l'operatore sanitario che presenta un programma di promozione della salute in un'azienda, essendo anche investito in quell'occasione di funzioni di organo di vigilanza rischia d'indurre ambiguità di ruolo, per cui la dirigenza aziendale non si sentirà libera di rappresentare a pieno la realtà aziendale e le sue problematiche, ed i lavoratori potrebbero essere indotti a sottostimare i loro disturbi, temendo di avere ripercussioni sulla loro idoneità al lavoro, o potrebbero focalizzare l'attenzione più sui disturbi correlati al lavoro che a quelli legati ai loro cattivi stili di vita. Si corre il rischio di uno scarso coinvolgimento nell'attuazione delle buone pratiche da parte dei lavoratori e di un impegno esclusivamente formale della dirigenza aziendale.

Al momento, in tema di WHP, le regioni hanno risposto in maniera differente riguardo il ruolo degli operatori delle Aziende USL, le professionalità coinvolte, e il tipo di azioni messe in atto. Alcune Regioni, per esempio la Lombardia, hanno di fatto assegnato il coordinamento della materia alle strutture di promozione della salute, prevedendo tuttavia interazioni con altre strutture e figure professionali (PISLL, medicina sportiva, nutrizione, SERD, ecc.), altre regioni, come le Marche, hanno invece preferito dare il coordinamento Regionale all'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS), benché il "tavolo" sia comunque interdisciplinare e composto da varie professionalità (PISLL, medicina sportiva, nutrizione, SERD, ecc.). Altre regioni, come la Toscana, ha affidato il coordinamento al Settore Regionale della Prevenzione e Promozione degli Ambienti di Vita e di Lavoro, che unisce così tutte le necessarie competenze, che si avvale sul territorio prevalentemente dei medici PISLL che, con la collaborazione dei promotori della salute aziendali e di tutte le altre professionalità ritenute utili, assistono e monitorano le aziende aderenti al programma di WHP. Con il PNP 2014-2018/2019 anche i programmi regionali di WHP si differenziavano abbastanza tra loro. In alcune regioni, per esempio, era stato ripreso in toto il modello lombardo, in altre regioni erano stati sviluppati programmi diversi, che interessavano differenti aree tematiche e buone pratiche, con la conseguenza che anche gli indicatori dei diversi PRP in tema di WHP non fossero ben confrontabili tra di loro. Con il PNP 2020-2025, che ha fornito indicazioni precise su questo tema, queste differenze nei distinti PRP si sono molto ridotte.

È chiaro che a questo proposito anche la differente ampiezza territoriale delle USL e dei Dipartimenti della Prevenzione nelle diverse regioni e le variegate forme organizzative che non sempre prevedono il settore della Promozione della salute all'interno dei Dipartimenti della Prevenzione, possono aver creato delle differenze nello sviluppo e nella realizzazione dei Programmi di WHP.

Anche dal punto di vista legislativo le regioni offrono un panorama vario. Come detto, la prima regione che ha dato avvio al Programma WHP in Italia è stata la Lombardia inserendo tale iniziativa già nel Piano Regionale della Prevenzione 2010 - 2012/14. La Lombardia ha successivamente

provveduto con una serie di provvedimenti legislativi del 2012 a mettere a sistema il modello. Il PRP lombardo 2014-2018/19 ha mantenuto il programma WHP precedente, implementandolo anno dopo anno con elementi di miglioramento, oggetto di successive decretazioni della Giunta Regionale (regole di sistema e obiettivi di interesse regionale assegnati ai Direttori Generali) e con precise linee di indirizzo, anche ai fini del mantenimento dei LEA previsti. Questo non si è per esempio sviluppato in maniera analoga nelle altre regioni.

Comunque al di là di “a chi assegnare il ruolo di coordinamento” del Programma WHP, che dipenderà molto dalle singole realtà ed organizzazioni regionali, è auspicabile che le due discipline, la Promozione ed Educazione alla Salute e la Medicina del Lavoro, collaborino strettamente. Se da una parte infatti è opportuno conoscere la metodologia ed i contenuti che caratterizzano gli interventi di promozione della salute e la loro buona riuscita, dall'altra è necessario conoscere le caratteristiche intrinseche del setting lavoro, le sue dinamiche, le figure della prevenzione, il ruolo dei Medici Competenti e le loro potenzialità. In ogni caso qualunque sia il modello organizzativo scelto e il programma di WHP specifico attuato, dovrà sempre essere chiaro che il coinvolgimento attivo e partecipe di tutti gli Stakeholder aziendali e in primis quello del management, sarà condizione necessaria per qualsiasi intervento volto a favorire un processo di promozione della salute ed un cambiamento interno all'azienda, per il quale gli operatori dell'USL territorialmente competente impegnati nel campo della Promozione della salute nei luoghi di lavoro non potranno che avere un ruolo di indirizzo, di collaborazione e di assistenza.

A questo proposito va notato quanto possa essere diverso l'atteggiamento del management aziendale sui due fronti, rispettivamente della WHP e della protezione dai rischi lavorativi. Nel primo caso non è possibile lo sviluppo della WHP senza un atteggiamento “proactive” dei massimi vertici aziendali, ovvero anche nella nostra concreta esperienza sono sempre falliti i tentativi di proporre interventi di WHP agendo dall'esterno del gruppo dirigente aziendale, senza cioè che quest'ultimo avesse autonomamente abbracciato le finalità e le azioni conseguenti da intraprendere. Paradossalmente questa renitenza è più facile incontrarla nel management di aziende pubbliche, soprattutto nel campo dei servizi, che in quelle private. In realtà nelle aziende “pubbliche” il benessere della forza-lavoro per coloro i quali siedono ai vertici aziendali sembra avere talora una bassa priorità, presi come sono ormai da decenni da assillanti problemi di bilancio e, quindi, coinvolti dalla crisi del Welfare sociale, quando non preoccupati prevalentemente del proprio ritorno carrieristico, spesso legato agli equilibri politici del momento. Viceversa nel campo della prevenzione dai rischi lavorativi spesso l'atteggiamento dei responsabili aziendali (soprattutto delle aziende meno “evolute”) è di tipo “reactive”, pronto cioè ad agire dopo il rilevamento di carenze o addirittura di violazioni di norme di legge da parte degli organi preposti, ma meno attento a prendere iniziative autonome, magari su suggerimento dei propri consulenti aziendali in tema di sicurezza e salute al lavoro (RSPP, MC, ma anche RLS).

La contraddizione fra questi due atteggiamenti è uno dei nodi irrisolti della proposta di WHP. Non basta la burocratica verifica dell'assenza di provvedimenti sanzionatori da parte dell'organo di vigilanza nei confronti dell'azienda che voglia far parte del progetto di WHP per garantire che l'ambiente di lavoro sia quanto di meglio realizzabile dal punto di vista della sicurezza e salubrità per chi vi lavora. D'altra parte è difficile immaginare una qualche misura oggettiva di tale adeguatezza, al di fuori di quanto testimoniato da provvedimenti di vigilanza. In assenza di una ricetta facilmente adottabile, non resta che sollecitare su questo cruciale aspetto la sensibilità e l'attenzione degli operatori coinvolti, sia quelli interni all'azienda (RSPP, MC, ma anche RLS e dirigenti aziendali) che quelli appartenenti a enti e servizi pubblici a vario titolo coinvolti (organi di vigilanza, servizi di educazione e promozione della salute delle USL, ecc.). Senso dell'equilibrio e etica della professione sono condizioni necessarie per svolgere il proprio ruolo in queste circostanze.

Il follow-up di un intervento di WHP

Dedichiamo un breve paragrafo a questo tema perché lo riteniamo essenziale. Uno dei rischi che si corrono nel condurre esperienze di WHP, almeno dal punto di vista di chi, come l'ASL, propone programmi territoriali diffusi, è quello di un'adesione anche convinta da parte aziendale, ma vista come semplice "fringe-benefit" per la propria manodopera. In altri termini il management aziendale può, in perfetta buona fede, essere soprattutto interessato a "far qualcosa" per i propri dipendenti al fine, generico, di migliorarne l'attaccamento all'azienda e, indirettamente, il benessere al lavoro. Un lavoratore che si senta seguito dalla propria azienda in tanti aspetti della propria esistenza certamente gode di un benessere maggiore di quel lavoratore che non abbia tali attenzioni. Per i cultori della medicina del lavoro è facile riscontrare l'analogia con il cosiddetto "effetto Hawthorne" o, in termini medici più generali, con una sorta di effetto "placebo". È bene chiarire che non è questo l'obiettivo di un intervento di WHP proposto dall'ASL. Viceversa a noi, come operatori pubblici, interessa il vero end-point dell'azione intrapresa, cioè il guadagno di salute dei lavoratori coinvolti per effetto specifico dell'azione promossa. Per garantire il raggiungimento di tale obiettivo il follow-up diventa elemento indispensabile di qualsiasi proposta. Non sempre sarà possibile riscontrare a livello di singola azienda il raggiungimento dell'obiettivo, ma, almeno a livello di territorio, di insieme di aziende coinvolte, ciò dovrà certamente essere perseguito. È quanto si ricava da alcune esperienze in Italia, come per esempio quella di Bergamo, che proprio attraverso tale strumento, la verifica del raggiungimento degli obiettivi del programma attraverso strumenti di misura al follow-up, hanno potuto guadagnare credibilità e esemplarità [44,45](#). Riteniamo quindi, come condicio-sinequa-non, che un programma di WHP proposto a un insieme di aziende del proprio territorio debba prevedere fin dall'inizio adeguati strumenti di verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute previsti nella scelta dei pacchetti di azioni da intraprendere.

WHP: gratuito o a pagamento?

Ecco un altro nodo da sciogliere prima di intraprendere programmi di WHP su base territoriale. Innanzitutto va specificato il "punto di vista" che assumiamo nel considerare i costi dell'intervento. È questo uno dei capisaldi di ogni analisi economica che si rispetti. Proviamo a entrare nel merito.

- Il punto di vista dell'ente promotore. Se a promuovere l'intervento su base territoriale è l'ASL allora i costi per tale entità sono senz'altro quantificabili in tempo-persona dedicato alle varie fasi dell'intervento. Anche costi di altro genere possono essere dettagliati (stampa di materiale illustrativo e di propaganda; campagne su mass media; predisposizione di pagine web per favorire l'adesione da parte di aziende; ecc.)
- Il punto di vista dell'azienda che aderisce al programma. Qui si tocca con mano l'indispensabile partecipazione attiva da parte del management aziendale. I costi per l'azienda che voglia aderire al programma non sono indifferenti. C'è il costo del personale che viene dedicato al programma in orario di lavoro, sia esso rappresentato da lavoratori della produzione, sia da consulenti del datore di lavoro che dedicano tempo al programma (RSPP, MC, dirigenti aziendali). Poi ci sono i costi del vero e proprio intervento che, riteniamo, debbono essere a carico dell'azienda. Non è immaginabile alcun programma "gratuito" erogato in questo contesto da parte dell'ASL, che ha come compito solo quello di "accompagnare", facilitandolo, il percorso dell'azienda verso la scelta del programma d'intervento di promozione della salute e del benessere. Infine i costi di eventuali accreditamenti di qualità" dei programmi svolti da parte di enti terzi. Questo è un punto delicato e merita una trattazione a sé.

- Il punto di vista dei lavoratori. Per i lavoratori invece si pone il problema della gratuità dell'intervento. È possibile che accordi aziendali specifici con le rappresentanze dei lavoratori attribuiscono dei costi parziali (tempo libero da dedicare, per esempio) anche agli stessi lavoratori che aderiscono ai programmi specifici. Questo non dovrebbe essere un tabù.

È inevitabile che nel condurre esperienze che vogliono contemperare i diversi approcci al tema della salute e del benessere dei lavoratori si creino tensioni e possano insorgere ostacoli di vario tipo. Ciò non deve distogliere dall'obiettivo di costruire alleanze per ottenere la miglior tutela e la più attiva promozione della salute, bene primario a cui infine deve comunque ispirarsi l'azione umana in qualsiasi sua forma.

Concludiamo con le parole di una persona che di welfare se ne intendeva certamente, William Beveridge (1879-1963), il quale concludeva il famoso Piano che da lui prende il nome, nel 1942, in piena guerra mondiale, ma con lo sguardo rivolto a quanto sarebbe accaduto dopo la sua vittoriosa conclusione, in questa maniera: "La libertà dal bisogno non può essere imposta o elargita a una società democratica; deve essere conquistata. Questa conquista richiede coraggio, fiducia e senso dell'unità nazionale: coraggio per affrontare le difficoltà concrete e superarle; fiducia nel futuro e negli ideali di uguaglianza e di libertà per i quali, nel corso dei secoli, i nostri padri furono pronti a morire; e un senso dell'unità nazionale che tenga a freno gli interessi di singoli ceti o settori [46](#)."

Bibliografia

- ¹ https://it.wikipedia.org/wiki/Statuto_di_San_Leucio
- ² BALDASSERONI Alberto, CARNEVALE Francesco, Malati di lavoro. Artigiani e lavoratori, medicina e medici Da Bernardino Ramazzini a Luigi Devoto (1700-1900), Edizioni Polistampa, Firenze 2015
- ³ AA.VV., Villaggi operai in Italia, Einaudi, Torino 1981
- ⁴ Ibidem, 1981.
- ⁵ CARNEVALE, Francesco; BALDASSERONI, Alberto. Mal da lavoro: storia della salute dei lavoratori. Laterza, 1999.
- ⁶ L. Tomassini, Il mutualismo nell'Italia liberale (1861-1922), relazione introduttiva al seminario di studi, Spoleto 8-10 novembre 1995, pubblicata in Ministero per i beni e le attività culturali. Ufficio centrale per i beni archivistici, Le società di mutuo soccorso italiane e i loro archivi, Roma, Pubblicazioni degli Archivi di Stato, 1998, pp. 15-53
http://www.archivi.beniculturali.it/dqa/uploads/documents/Saqqi/Saqqi_49.pdf accesso il 4/02/2019
- ⁷ http://www.storiaindustria.it/repository/fonti_documenti/biblioteca/testi/Testo_Servizi_sociali_a_ziendali.pdf
- ⁸ Prager Presse, Sonderbeilage T. & A. Bat'a Zlin, CSR, Prag 11 September 1927, n.37
<http://www.digitalniknihovna.cz/nm/periodical/uuid:2f3d6801-946b-415b-9aa3-912706d19fd8>
Accesso il 23/12/2018
- ⁹ DENTI, Giovanni. Bat'a. Architettura e industria. A cura di Leonina Roversi, Alinea editrice, Firenze, 2010.
- ¹⁰ ILO-International Labour Office. Studies on Industrial Relations n.33. ILO, Geneve, 1930 10
- ¹¹ <https://www.storiaolivetti.it/tema/storia-aziendale/> - Accesso il 04/02/2019
- ¹² MUSATTI, Cesare, BAUSSANO, Giancarlo, NOVARA, Francesco, & ROZZI, Renato. (1980). Psicologi in fabbrica. *La psicologia del lavoro negli stabilimenti Olivetti, Torino, Einaudi*
- ¹³ OTTIERI, Ottiero. *Tempi stretti*. Einaudi, Torino 1957.
- ¹⁴ OTTIERI, Ottiero. *Donnarumma all'assalto*. Bompiani, Milano 1959.
- ¹⁵ VOLPONI, Paolo. *Memoriale: romanzo*. Garzanti, Milano, 1962.
- ¹⁶ VOLPONI, Paolo. *Le mosche del capitale*. Einaudi, Torino 1989.
- ¹⁷ GIORGI, Chiara & PAVAN, Ilaria, *Storia dello Stato sociale in Italia*, il Mulino, Bologna 2021
- ¹⁸ MAFFIOLETTI, Marco. La salute dei lavoratori nella Olivetti degli anni Sessanta e Settanta. *Giornale di Storia Contemporanea*, XIX, n.s., 2, 2016, pp. 263-284
- ¹⁹ WHO: <https://www.who.int/activities/promoting-healthy-safe-and-resilient-workplaces-for-all#:~:text=Worldwide%203.5%20billion%20people%20are,at%20work%20from%20health%20emergencies>
- ²⁰ Agenda 2030: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/sustainable-development-goals/eu-and-united-nations-common-goals-sustainable-future_it
- ²¹ INAIL: <https://appsricercascientifica.inail.it/whp/>
- ²² PNP 2020-2025: https://www.epicentro.iss.it/piano_prevenzione/pnp-2020-25
- ²³ TWH: <https://www.cdc.gov/niosh/twh/index.html>
- ²⁴ Lee MP, Hudson H, Richards R, et al. on behalf of the NIOSH Office for Total Worker Health, Health promotion and total worker health 7 Fundamentals of total worker health approaches: essential elements for advancing worker safety, health, and well-being. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. DHHS (NIOSH) Publication No. 2017112, December 2016.

- ²⁵ Iavicoli I, Spatari G, Chosewood LC, Schulte PA. Occupational Medicine and Total Worker Health®: from preventing health and safety risks in the workplace to promoting health for the total well-being of the worker. *Med Lav*. 2022 Dec 7;113(6):e2022054. doi: 10.23749/mdl.v113i6.13891.
- ²⁶ Leso V, Carugno M, Carrer P, Fusco F, Mendola M, Coppola M, Zaffina S, Di Prinzio RR, Iavicoli I. [The Total Worker Health \(TWH\) approach: a systematic review of its application in different occupational settings](#). *BMC Public Health*. 2024 Jul 30;24(1):2037. doi: 10.1186/s12889-024-19500-y.
- ²⁷ Sockoll I, Kramer I, Bodeker W (2009). Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000-2006. IGA Report 13e, Available from: www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projectberichte/iga-Report_13e_effectiveness_workplace_prevention.pdf
- ²⁸ Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion: A meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med* 2013 Apr;44(4):406-15
- ²⁹ Feltner C et al. The effectiveness of Total Worker Health interventions: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to prevention workshop. *Ann Int Med*, 165, 4, 2016
- ³⁰ Soler RE et al. A systematic review of selected interventions for Worksite Health Promotion. The Assessment of Health Risks with feedback. *Am J Prev Med*, 2010; 38 (2S): S237-S262
- ³¹ PROSA: <https://www.retepromozionesalute.it/coseprosa.php>
- ³² DORS: <https://www.dors.it/>
- ³³ Cherniack M. [The Productivity Dilemma in Workplace Health Promotion](#). *ScientificWorldJournal*. 2015;2015:937063. doi: 10.1155/2015/937063. Epub 2015 Aug 25
- ³⁴ Di Prinzio RR, Bondanini G, De Falco F, Vinci MR, Camisa V, Santoro A, Arnesano G, Dalmasso G, Raponi M, Di Brino E, Cicchetti A, Magnavita N, Zaffina S. [Feasibility of a Stop Smoking Program for Healthcare Workers in an Italian Hospital: Econometric Analysis in a Total Worker Health® Approach](#). *Ann Glob Health*. 2023 Aug 30;89(1):56. doi: 10.5334/aogh.4153. eCollection 2023
- ³⁵ Schulte PA, Grosch J, Scholl JC, Tamers SL. [Framework for Considering Productive Aging and Work](#). *Occup Environ Med*. 2018 May;60(5):440-448. doi: 10.1097/JOM.0000000000001295.
- ³⁶ Poscia A, Moscato U, La Milia DI, Milovanovic S, Stojanovic J, Borghini A, Collamati A, Ricciardi W, Magnavita N. Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2016 Sep 5;16 Suppl 5:329.
- ³⁷ Commissione delle Comunità Europee (2011). Libro verde sulla tutela dei consumatori nell'Unione Europea. Enterprise Publications, Bruxelles
- ³⁸ https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/luxembourg_declaration.pdf
- ³⁹ <https://owhc.ca/>
- ⁴⁰ Cremaschini M, Moretti R, Brembilla G, Valoti M, Sarnataro F, Spada P, Mologni G, Franchin D, Antonioli L, Parodi D, Barbaglio G, Masanotti G, Fiandri R. Stima dell'effetto ad un anno di un programma di promozione della salute nei luoghi di lavoro in provincia di Bergamo. *Med Lav* 2015; 106, 3: 159-171
- ⁴¹ Marco Cremaschini, Roberto Moretti, Marinella Valoti, Giorgio Barbaglio, Members of Bergamo WHP M&E working group, Members of Delphi Panel. Ricerca di consenso Delphi sugli strumenti per il monitoraggio da parte del medico competente dei principali fattori di rischio individuali per malattie croniche. *Med Lav* 2017; 108, 1: 24-32
- ⁴² Leso V, Coggiola M, Pira E, Pollone A, Simonini S, Talini D, Spatari G, Iavicoli I. [Health Promotion Interventions in Occupational Settings: Fact-finding Survey among Italian Occupational Physicians](#). *Med Lav*. 2023 Apr 13;114(2):e2023017. doi: 10.23749/mdl.v114i2.14417.
- ⁴³ <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaqlioredazionale/setting/luoghi-di-lavoro/programma-whp-lombardia>
- ⁴⁴ Cremaschini M, Moretti R, Brembilla G, Valoti M, Sarnataro F, Spada P, Mologni G, Franchin D, Antonioli L, Parodi D, Barbaglio G, Masanotti G, Fiandri R. Stima dell'effetto ad un anno di un programma di promozione della salute nei luoghi di lavoro in provincia di Bergamo. *Med Lav* 2015; 106, 3: 159-171

⁴⁵ Marco Cremaschini, Roberto Moretti, Marinella Valoti, Giorgio Barbaglio, Members of Bergamo WHP M&E working group, Members of Delphi Panel. Ricerca di consenso Delphi sugli strumenti per il monitoraggio da parte del medico competente dei principali fattori di rischio individuali per malattie croniche. *Med Lav* 2017; 108, 1: 24-32.

⁴⁶ Testo originale: "Freedom from want cannot be forced on a democracy or given to a democracy. It must be won by them. Winning it needs courage and faith and a sense of national unity: courage to face facts and difficulties and overcome them; faith in our future and in the ideals of fair-play and freedom for which century after century our forefathers were prepared to die; a sense of national unity overriding the interests of any class or section." In: Beveridge W. *Social Insurance and Allied Services*. Presented to Parliament by Command of His Majesty November 1942, HMSO Cmd 6404
<https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/beveridge-report/>

Nota conclusiva: Il presente testo riprende, ampliandolo, un intervento svolto durante il Workshop "La Workplace Health Promotion in Toscana: potenzialità e limiti di un nuovo approccio alla salute dei lavoratori", svoltosi a Pisa a cura e organizzazione dell'Unione Industriali di Pisa e dell'USL Toscana Nord-Ovest il 6 Dicembre 2018, presso l'Auditorium dell'Unione Industriali. Il testo esprime opinioni e idee degli autori. Una sintesi della seconda parte di questo testo è stata pubblicata su: Talini D, Baldasseroni A. Workplace health promotion. *Med Lav* [Internet]. 2019 Aug. 26;110(4):321-4. Available from: <https://mattioli1885journals.com/index.php/lamedicinadellavoro/article/view/8525>

La Promozione della Salute nel contesto lavorativo

a cura di Corrado Celata, Nadia Vimercati, Chiara Arienti

Corrado Celata - Direttore UO a valenza regionale “Promozione della Salute” ATS Milano - U.O. Prevenzione DG Welfare Regione Lombardia

Nadia Vimercati - Referente regionale Programma WHP Lombardia - SC supporto e sviluppo piani e programmi regionali di promozione della salute e documentazione sulla salute - ATS Milano

Chiara Arienti - staff tecnico regionale - SC supporto e sviluppo piani e programmi regionali di promozione della salute e documentazione sulla salute - ATS Milano

Introduzione

L’ Organizzazione Mondiale della Sanità ha identificato la promozione della salute nei luoghi di lavoro come una delle strategie efficaci nell’ambito delle politiche di promozione della salute. Numerose evidenze sostengono l’implementazione delle attività di promozione della salute nei luoghi di lavoro, in aggiunta è risultato evidente che i datori di lavoro che investono in programmi di promozione della salute nelle loro aziende possono ottenere benefici sia in termini di aumento della salute sia di diminuzione delle assenze dal lavoro¹⁻²

L’ambiente di lavoro rappresenta un setting privilegiato per l’attuazione di interventi volti a favorire la salute nella popolazione adulta poiché consente di raggiungere, contemporaneamente, una grossa fetta di popolazione adulta “sana” che raramente si rivolge al medico di medicina generale o ad altri servizi sanitari.

Il contesto lavorativo rappresenta inoltre una sorta di comunità: oltre a trascorrervi una parte rilevante della propria vita, i lavoratori vivono quotidianamente a stretto contatto tra loro, condividendo una cultura fatta di abitudini e regole “non scritte” che ne condizionano i comportamenti. L’influenza reciproca può quindi diventare uno strumento per favorire la diffusione e il rinforzo di abitudini salutari. Il contesto lavorativo permette, inoltre, sia interventi sul singolo in termini di rinforzo di atteggiamenti e conoscenze, ma anche interventi strutturali e organizzativi che rappresentano elementi fondamentali per accompagnare e sostenere nel tempo la modifica dei comportamenti e il loro mantenimento.

Sintesi delle principali evidenze di efficacia dei programmi Workplace Health Promotion (WHP)

I programmi per la promozione della salute nei contesti lavorativi sono iniziati già a partire dagli anni ‘70. Da allora si sono susseguite 4 “generazioni”³⁻⁴ di programmi: i primi si concentravano

¹ Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. (2009). Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000–2006. IGA Report 13e.

² Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med.* 2013 Apr;44(4):406-15. doi: 10.1016/j.amepre.2012.12.007.

³ Wenzel E. (1994) Conceptual issues in worksite health promotion. In Chu C., Simpson R. (eds), *Ecological Public Health: From Vision to Practice*. Centre for Health Promotion, University of Toronto, and Brisbane: Institute of Applied Environmental Research, Griffith University, Toronto.

⁴ Chu C., Driscoll T., National Library of Medicine (1997) The health-promoting workplace: an integrative perspective. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21, 377–385

prevalentemente sulla prevenzione dei rischi e poco avevano a che fare con la promozione della salute. Successivamente, l'attenzione si è focalizzata sul comportamento dei singoli lavoratori. Piano piano la prospettiva di intervento si è ampliata verso modelli interdisciplinari fino a raggiungere un approccio globale alla promozione della salute. Dagli anni '90 si è iniziato a parlare esplicitamente di *"health promoting workplaces"* come di un approccio finalizzato a favorire l'empowerment di lavoratori e datori di lavoro per migliorare tutti gli aspetti della loro salute, e *"healthy workplaces"* dove tutti collaborano per raggiungere una visione condivisa di salute e benessere a favore dei lavoratori e della comunità allargata in cui è ubicata l'azienda⁵.

In generale i dati disponibili indicano che l'efficacia dei programmi WHP dipende dalla tipologia d'intervento e dalle caratteristiche della popolazione. Più solidi in letteratura, sono gli interventi realizzati sul luogo di lavoro per il contrasto al fumo di tabacco e, in particolare, i programmi di gruppo, il counseling individuale e le terapie farmacologiche⁶. Per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope, la letteratura evidenzia l'importanza dello sviluppo, nei diversi contesti, di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi⁷, con particolare riferimento alla riduzione della cosiddetta "tolleranza disfunzionale"⁸⁻⁹. Inoltre, i lavoratori che partecipano a programmi *drug-free* di provata efficacia riportano un più alto grado di produttività riducendo infortuni, turnover e assenteismo¹⁰. Gli interventi per la prevenzione del consumo di alcool e droghe appaiono più efficaci (e più accettati) quando inseriti all'interno di più ampi programmi di promozione del benessere della salute.

- Nonostante la letteratura evidenzi ancora la necessità di indagare ulteriormente il tema dell'efficacia dei programmi WHP, ci sono prove che definiscono questi interventi promettenti, prevalentemente rispetto ad alcune aree come l'aumento dell'attività fisica¹¹. Una recente meta analisi¹² ha trovato evidenze di efficacia rispetto alla gestione del peso, alla salute mentale e ai disturbi muscoloscheletrici, tutti elementi correlati alle malattie coniche come, per esempio, le malattie cardiovascolari. Un ambito di particolare rilevanza,

⁵ Burton J. (2010) WHO Healthy Workplace. Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices. World Health Organization, Geneva.

⁶ Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Feb 26;2:CD003440. doi: 10.1002/14651858.CD003440.pub4. Review

⁷ ILO, International Labour Office (1996), Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice Geneva.

⁸ Bennett, J. B., Lehman, W. E. K., & Reynolds, G. S. (2000). Team awareness for workplace substance abuse prevention: The empirical and conceptual development of a training program. *Prevention Science*, 1(3), 157-172.

⁹ Bennett, J., Bartholomew, N., Reynolds, G., & Lehman, W. (2002). Team Awareness facilitator manual. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research. Making your workplace drug-free a kit for employers, Division of Workplace Programs, Center for substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, DHHS Publication n. SMA07-4230

¹⁰ Samsha. factsheet - Why you should care about having a drug-free workplace, 10–11.

¹¹ Sumaira H. Malik, Holly Blake, L. Suzanne Suggs, 2014, A systematic review of workplace health promotion interventions for increasing physical activity, *Health Psychology*, Vol. 19 (1), pp 149-180

¹² Proper KI, van Oostrom SH., 2019, The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes - a systematic review of reviews, *Scand J Work Environ Health*. pii: 3833. doi: 10.5271/sjweh.3833.

in relazione alla situazione epidemiologica, riguarda la gestione e il reinserimento di lavoratori con malattie croniche.

Di particolare interesse sono le raccomandazioni stilate dalla rete europea ENWHP¹³. La Commissione Europea già da diversi anni si occupa di Responsabilità Sociale di Impresa e ha sottolineato l'importanza per l'azienda di investire sul capitale umano, sull'ambiente, sul rapporto con il territorio in cui è inserita e con tutte le parti interessate, considerando queste attività un investimento per migliorare sia l'ambiente di lavoro sia l'immagine dell'azienda e dei prodotti in termini di marketing¹⁴.

Il modello teorico del cambiamento alla base dei programmi WHP

L'approccio ecologico (Bronfenbrenner 1979, 2005)¹⁵⁻¹⁶ vede la salute e il benessere come il prodotto dell'interdipendenza fra l'individuo e il contesto in cui vive.

Creare le condizioni per favorire l'adozione di stili di vita più sani significa fornire informazioni, offrire occasioni per acquisire abilità, permettere alle persone di scegliere tra beni e servizi in grado di favorire salute. Tale approccio parte dal presupposto che ci sia una forte interazione tra comportamento e ambiente. Ciò avviene in entrambe le direzioni: il contesto modifica il comportamento per cui il cambiamento di eventuali caratteristiche ambientali determina la modifica del comportamento (Zani, Cicognani, 2000)¹⁷. Arricchire l'offerta alimentare nelle mense aziendali di frutta e verdura o sostituire i tipici prodotti confezionati all'interno dei distributori automatici con generi più salutari, induce i lavoratori a modificare le proprie abitudini alimentari. Viceversa, anche il comportamento delle persone influenza le organizzazioni e l'ambiente in cui sono inserite. Un gruppo di individui persuasi dell'importanza di utilizzare mezzi alternativi all'automobile per raggiungere il posto di lavoro, possono portare l'azienda ad attrezzare gli interni per parcheggiare le biciclette e a mettere in sicurezza la viabilità circostante, favorendo così la pratica dell'esercizio fisico propria, dei colleghi e della comunità limitrofa. Questo è il motivo per cui viene data così ampia enfasi al concetto di empowerment e al potenziale che cittadini, lavoratori, studenti hanno, quando assumono il controllo sui determinanti della propria salute.

Un altro principio guida nello sviluppo dei programmi di promozione della salute all'interno delle aziende è che l'individuo, oltre ad essere inserito in un contesto ambientale, appartiene ad una "trama complessa di relazioni sociali". È quindi sempre riconosciuta la forza della dimensione interpersonale e del gruppo quando si intende modificare i comportamenti di salute di un individuo in generale e di un lavoratore in particolare. I processi di influenza sociale, le norme e la cultura del gruppo rappresentano delle variabili chiave attraverso cui veicolare programmi per favorire l'adozione di stili di vita salutari (Zani, Cicognani, 2000).

¹³ ENWHP. "Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche". 2014. Traduzione italiana a cura di Regione Lombardia e Dors.

¹⁴ Commissione delle Comunità Europee (2011). Libro verde sulla tutela dei consumatori nell'Unione Europea. Enterprise Publications, Bruxelles.

¹⁵ Bronfenbrenner U. (1979). Ecology of human development. Harvard University Press, Cambridge, MA

¹⁶ Bronfenbrenner U. (2005). Making human beings human: Bioecological Perspectives on human development. Sage, Thousand Oaks, CA

¹⁷ Zani B., Cicognani E, 2000, Psicologia della salute, Il Mulino, Bologna.

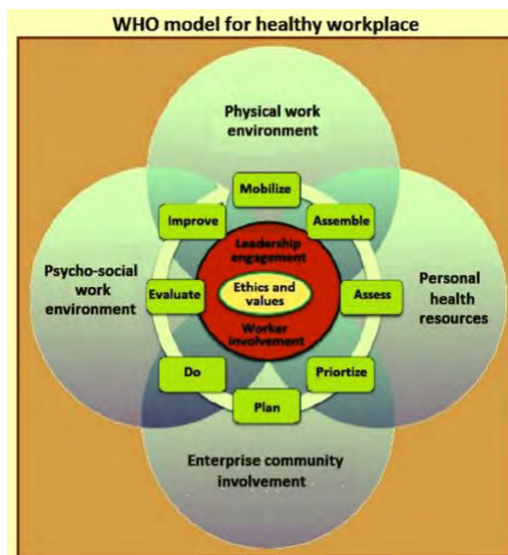
Da quanto esposto si evince che la modifica del comportamento è una sfida complessa. Per questo il programma WHP assume una posizione multicentrica e cerca di coniugare approcci differenti. L'approccio principale è quello ecologico che viene perseguito per diverse tematiche di salute, dall'alimentazione all'attività fisica, dal tabacco all'alcool. Tale modello è ulteriormente rafforzato da azioni specifiche volte a integrare la modifica del contesto con la modifica delle abilità individuali o la modifica della cultura della squadra di lavoro e dell'azienda intera.

L'intenzione di favorire l'empowerment e la necessità di adattare il programma alle diverse caratteristiche dei contesti lavorativi hanno portato naturalmente alla scelta di un modello di progettazione in grado di partire dal punto di vista degli attori principali: le singole aziende, i lavoratori, i datori di lavoro. Si assume quindi una prospettiva di ricerca-azione che parte dalla valutazione dei bisogni di salute in termini di priorità e delle sue determinanti (il profilo di salute dell'azienda).

L'esperienza lombarda: il Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute- Rete WHP Lombardia"

Il Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute – Rete WHP Lombardia" è stato avviato da Regione Lombardia nell'ambito del Piano Regionale Prevenzione 2010-2014 e sistematizzato nell'ambito degli obiettivi del Piano Regionale 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 presidia specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche non trasmissibili - MCNT (scorretta alimentazione, sedentarietà, tabagismo, consumo dannoso di alcool) e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute tramite l'attuazione e l'implementazione di cambiamenti organizzativi e strutturali che possano incoraggiare e facilitare l'adozione competente e consapevole di stili di vita salutari.

Il Programma, fondato sul modello *Workplace Health Promotion* (WHP) raccomandato dall'OMS, utilizzando la leva della Responsabilità Sociale d'Impresa, prevede un percorso intersettoriale e strutturato, finalizzato all' "ingaggio" del mondo del lavoro (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 i lavoratori. Agisce su fattori non tradizionalmente associati al rischio lavorativo, ma la dimensione sistemica del setting ne raccomanda, pur nell'assoluto rispetto di ruoli e funzioni dei diversi settori dei Dipartimenti di Prevenzione che intervengono, l'implementazione nella prospettiva di un approccio orientato al modello di *Comprehensive Workplace Health-Total Worker Health*.



“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; possibilità di trasferire alle famiglie, e quindi alla comunità, le esperienze positive e gli interventi per il miglioramento della salute dei lavoratori”¹⁸.

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.

Nel 2017 il Programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia” ha ottenuto la validazione di Buona Pratica nell’ambito del sistema nazionale Pro.Sa - DORS e nell’ambito delle iniziative della Commissione Europea dedicate alla prevenzione delle malattie croniche e dell’invecchiamento attivo “Joint Action Chrodix” 2014-2017, “Joint Action Chrodix Plus” 2017-2020. Inoltre, nell’ambito della Joint Action Chrodix (TASK 2: – *Adaptation and implementation of intersectoral good practices in health promotion*) è stata avviata una collaborazione per l’implementazione del programma lombardo in Andalusia attraverso il supporto e lo scambio di conoscenze e pratiche con l’Andalusian Regional Ministry of Equality, Health and Social Policies (CSJA Spain).

Nel 2018, al fine di implementare il Programma sul territorio nazionale (sulla base di condizioni di trasferibilità) il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha finanziato il Progetto “Supporto all’implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della

¹⁸ WHO, Healthy workplaces. A model for action <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599313>

Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP)” di cui la Lombardia è stata Regione capofila¹⁹. Esito di questo Progetto partecipato è stato il: *Manuale per l’implementazione del Programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP”* pubblicato e reso fruibile a dicembre 2021. Il manuale sintetizza indicazioni teoriche e metodologiche, strumenti condivisi, oltre a formalizzare un set di Buone Pratiche validate, raccomandate e sostenibili per imprese, aziende, Pubbliche Amministrazioni, aziende sanitarie ed ospedaliere, rendendoli disponibili per l’utilizzo da parte di tutte le regioni italiane nell’implementazione del Programma Predefinito 3 (PP03) “Luoghi di lavoro che promuovono salute” previsto dal Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025.

Le chiavi strategiche per lo sviluppo del Programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia” sono cinque:

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

Un aspetto strategico è dato anche dalla multidisciplinarietà delle figure che collaborano allo sviluppo del Programma (Medici, assistenti sanitari, Psicologi, Dietisti, educatori professionali ecc.), nonché dalla collaborazione tra Servizi socio-sanitari e mondo produttivo. La scelta delle attività da implementare e la loro realizzazione è infatti frutto tanto delle indicazioni degli operatori socio-sanitari quanto delle aziende e del gruppo di lavoro integrato che, all’interno di ogni azienda, si occupa di questo Programma.

Generalmente questi gruppi di lavoro interni sono composti da: Datore di lavoro (o dall’Amministratore Delegato), referenti del settore Risorse Umane e Formazione, RSPP, rappresentanti sindacali e rappresentanti dei lavoratori, Medico Competente ecc.

La sostenibilità del Programma è garantita proprio dall’ingaggio delle aziende, dei datori di lavoro, dei lavoratori stessi che mettono in gioco le proprie risorse (economiche, strategiche ecc.) per raggiungere gli obiettivi previsti, mentre i Servizi sociosanitari assumono un ruolo di accompagnamento, di supporto teorico-metodologico all’implementazione del Programma, e di governance della rete.

Articolazione e metodo del Programma Rete WHP Lombardia

Le aziende che aderiscono al Programma si impegnano a costruire, attraverso un processo partecipato, un contesto in grado di favorire l’adozione di comportamenti e scelte positive per la salute. A tal fine attivano un percorso di miglioramento, fondato su una specifica analisi di contesto che permetta l’emersione di criticità e la definizione di priorità. Esso prevede la messa in atto di interventi efficaci (raccomandati per tale setting) e sostenibili, cioè strutturali, finalizzati a sostenere scelte di vita salutari

¹⁹ Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Liguria, Regione Siciliana-ASP Catania sono stati Enti partner del Progetto

Le fasi di realizzazione del Programma sono predefinite e standardizzate in tutto il territorio regionale. Regione Lombardia nel 2021 ha attivato un portale a cui le aziende interessate ad aderire al Programma accedono per gestire in autonomia le varie fasi della sua realizzazione.

- L'adesione al Programma da parte di un'azienda può avvenire in ogni momento dell'anno, attraverso l'accesso e l'iscrizione al portale regionale.
- In fase di adesione sono raccolti alcuni dati di contesto e l'autocertificazione relativa alla presenza dei pre-requisiti richiesti dal Programma²⁰. Questa fase richiede una "validazione" da parte dell'operatore referente del WHP della ATS competente per territorio
- In secondo luogo, l'azienda conduce, tramite un processo partecipato che coinvolga tutte le figure chiave al suo interno, un'analisi di contesto che prenda in esame i diversi aspetti dell'ambiente di lavoro rilevanti per la salute, delineando le criticità e le risorse presenti.
- Procedo dunque alla compilazione del "Profilo di salute"
- Sulla base dell'analisi di contesto-Profilo di Salute, procedo alla Pianificazione delle attività da realizzare per dare avvio al percorso di miglioramento
- Le attività che è possibile realizzare sono selezionabili da un elenco di "Pratiche raccomandate e sostenibili"
- Le pratiche devono essere realizzate e mantenute in base a una sequenza temporale e di incremento progressivo nel corso degli anni, nel rispetto di uno standard minimo
- L'ultima fase coincide con la Rendicontazione delle pratiche realizzate entro fine anno solare

Il ruolo delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS)

Il programma Rete WHP Lombardia è attivato e coordinato localmente dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), ciascuna con un proprio referente. Gli operatori forniscono alle aziende aderenti un orientamento metodologico e organizzativo. In particolare:

- 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 (Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza), Rappresentanze Sindacali, Settore Risorse Umane (e altri soggetti eventualmente individuati)
- supporto alle aziende nella analisi di contesto/profilo di salute interno e nella valutazione delle priorità in relazione alle "Buone Pratiche Raccomandate" dal Programma
- supporto informativo da veicolare all'interno del luogo di lavoro, 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,

²⁰ 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

Ambulatori dietologici, Servizi per il trattamento delle dipendenze, Programmi di screening oncologico, ecc.)

- promozione di processi di comunicazione e di supporto alla rete per diffondere e dare sostenibilità al Programma

Buone Pratiche e tematiche specifiche

La scelta dei temi da affrontare è derivata prevalentemente dai dati di letteratura che indicano quali sono le principali cause dell'insorgenza delle malattie croniche e, soprattutto, che sottolineano quali sono gli stili di vita da adottare per evitarle, tra cui in particolare i riferimenti teorici e metodologici sanciti dal programma del Ministero della Salute - "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari". Per questo motivo (in linea anche con quanto indicato nel Piano Nazionale Prevenzione) sono diventate aree prioritarie l'alimentazione, l'attività fisica, la cessazione del consumo di tabacco, il contrasto ai comportamenti additivi (alcol, droghe, gioco d'azzardo).

La realizzazione del progetto CCM-WHP ha permesso la revisione e l'aggiornamento del set di "Pratiche raccomandate e sostenibili" sulla base di nuove evidenze di efficacia e dimensioni applicative di equità.

Le Pratiche descritte di seguito rappresentano il "set minimo" di azioni che dovrebbero caratterizzare fattivamente un "Luogo di lavoro che promuove salute":

- Pratiche per favorire l'adozione competente e consapevole di comportamenti alimentari salutari (mensa aziendale, distributori automatici di alimenti, bar interni...)
- Pratiche per favorire l'adozione competente e consapevole di uno stile di vita attivo (Scale per la Salute, mobilità attiva percorso casa-lavoro, attività fisica...)
- Pratiche per creare un "ambiente libero dal fumo" e incentivare la cessazione tabagica (policy aziendale, supporti alla cessazione tabagica...)
- Pratiche per il contrasto a comportamenti additivi - alcol, droghe, gioco d'azzardo (policy aziendale, formazione...)
- Pratiche trasversali a tutte le altre aree (medico competente, inclusione...)
- Altre pratiche - Conciliazione vita-lavoro, Welfare, Responsabilità Sociale d'Impresa, Adesione a comportamenti preventivi

Aderendo al Programma **Rete WHP Lombardia**, il datore di lavoro si impegna ad adottare le Pratiche "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.

Per ciascuna pratica prevista, le aziende devono contemplare un equo accesso alle iniziative di promozione della salute e dunque le pratiche devono essere realizzate tenendo conto di eventuali disuguaglianze culturali, sociali ed economiche. Equità in promozione della salute significa infatti "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 salute²¹.

²¹ Health Promotion Glossary World Health Organization 1998, Traduzione a cura di DoRS

Le Pratiche sono state selezionate sulla base dei seguenti criteri di “Buona Pratica”:

- *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
- *Intersettorialità*, 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.

Nelle seguenti tabelle sono elencate le Buone Pratiche suddivise per Area Tematica:

Pratiche per favorire l'adozione competente e consapevole di comportamenti alimentari salutari

Buona pratica Mensa aziendale

- *Capitolato-Menù orientato a un'offerta salutare*
- *Formazione del personale della mensa (e/o gestore) e informazione ai lavoratori su porzioni corrette e composizione equilibrata del pasto*

Buona pratica Distributori automatici di alimenti

- *Capitolato con offerta di almeno il 30% di alimenti salutari*

Buona pratica Area di Refezione

- *Disponibilità di frutta e/o verdura fresca di stagione gratuita almeno a cadenza settimanale*
- *Predisporre un'area dove sia possibile consumare alimenti portati da casa, con la presenza di distributori di acqua gratuita, forno a microonde, frigorifero*

Buona pratica Bar interni

- *Condividere requisiti organizzativi e concertare un'offerta salutare*

Buona pratica Ristorazione Pubblica

- *Promuovere percorsi di sensibilizzazione e collaborazioni con Associazioni di categoria, ristoratori, ecc, per un'offerta sana.*

Buona pratica Altro

- *Altra Pratica validata da ATS*
- *Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche*

Pratiche per favorire l'adozione competente e consapevole di uno stile di vita attivo

Buona pratica Scale per la Salute

- *Incentivazione dell'uso delle scale – dove presenti*
- *Miglioramento del contesto fisico ove sono ubicate le scale*

Buona pratica Mobilità attiva per il percorso casa – lavoro

- *Promozione/partecipazione alla realizzazione di interventi strutturali volti alla promozione di percorsi pedonali – ciclabili in prossimità dell'azienda ed al miglioramento della sicurezza delle infrastrutture stradali*
- *Realizzazione parcheggio/rastrelliere coperti*
- *Fornitura biciclette in comodato d'uso ai dipendenti*
- *Attivazione convenzioni per sconti su acquisto e/o offerta di materiale utile correlato all'utilizzo della bicicletta;*
- *Promozione e/o adesione a iniziative incentivanti (esempio "bike to work" promosso da FIAB)*
- *Promozione dell'uso del mezzo pubblico e/o creazione del mobility manager*
- *Offerta di opportunità informative sulla sicurezza stradale*

Buona pratica Opportunità per attività fisica

- *Gruppi di Cammino aziendali e formazione dei Walking leader interni*
- *Iniziative sportive aziendali*
- *Agevolazioni per abbonamenti a centri sportivi limitrofi all'azienda*
- *Spazi aziendali per attività fisica*
- *Incoraggiare le "pause attive" durante orario lavorativo*
- *Sensibilizzazione sul tema della mobilità attiva in collaborazione con Enti/Associazioni*

Buona pratica Altro

- *Altra Pratica validata da ATS*
- *Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche*

Pratiche per creare un “ambiente libero dal fumo” e incentivare la cessazione tabagica

Buona pratica Policy di Ambiente libero dal fumo

- Definire la policy - attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.);
- Monitorare l'applicazione della policy nel tempo
- Predisporre spazi per i fumatori
- Regolamentare l'utilizzo delle E-CIG
- Comunicare la policy;
- Informare sui danni da fumo attivo e passivo

Buona pratica Supporti alla cessazione

- Attivare con l'ATS iniziative per promuovere la conoscenza di Centri per il Trattamento del Tabagismo del Sistema Sanitario
- Promuovere la diffusione di iniziative e strumenti validati per riconoscere la dipendenza e stimolare il miglioramento della salute

Buona pratica Altro

- Altra Pratica validata da ATS
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche

Pratiche per il contrasto a comportamenti additivi (alcol, droghe, GAP)

Buona pratica Policy aziendale

- Definire la policy - attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.); b) attuare la policy; c) attivare iniziative di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggetti frequentanti l'azienda; d) monitorare l'applicazione della policy nel tempo (piano formale)

Buona pratica Formazione generale

- Iniziative di formazione finalizzate ad aumentare conoscenza e consapevolezza dei rischi legati ai comportamenti additivi, rinforzare la resilienza, acquisire familiarità con le procedure per ottenere supporto

Buona pratica Formazione dirigenti e figure di sistema

- 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) per aumentare la conoscenza della policy aziendale e le capacità di gestione dei lavoratori con comportamenti additivi

Buona pratica Altro

- Altra Pratica validata da ATS
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche

Pratiche trasversali a tutte le altre aree

Buona pratica Medico Competente

- *Formazione del Medico Competente sul minimal advice e/o counselling motivazionale (accreditata ECM o validata da ATS)*
- *Attività di minimal advice nei confronti di lavoratori con fattori di rischio per MCNT (sedentarietà, sovrappeso/obesità, tabagismo ecc.)*

Buona pratica Inclusione

- *Applicazione di strumenti di inclusione, reinserimento e supporto ai dipendenti con disabilità fisiche e psichiche e patologie croniche*

Buona pratica Altro

- *Altra Pratica validata da ATS*
- *Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche*

Altre pratiche

Buona pratica conciliazione vita-lavoro

- *Attuare iniziative di conciliazione vita-lavoro anche attraverso l'adesione a reti territoriali.*

Buona pratica Responsabilità Sociale d'Impresa

- *Applicazione di strumenti di inclusione, reinserimento e supporto ai dipendenti con disabilità fisiche e psichiche e patologie croniche*

Buona pratica Riduzione spreco alimentare

- *Attuare iniziative per la riduzione dello spreco alimentare e la valorizzazione delle eccedenze*

Buona pratica Stress lavoro-correlato e Benessere organizzativo

- *Interventi validati in tema di stress lavoro-correlato e benessere organizzativo*

Buona pratica Adesione a comportamenti preventivi

- *Promozione adesione a screening oncologico per lavoratori in età target (con ATS)*
- *Promozione adesione ai programmi vaccinali*

Le Buone Pratiche elencate nel manuale del Programma sono corredate da esempi pratici tratti dalla letteratura di settore o da esperienze positive realizzate sul territorio. L'insieme di questi esempi rappresentano un capitale in costante crescita, a disposizione di ogni azienda, che può consultarlo liberamente e adottarlo nel proprio contesto qualora lo ritenga adeguato ai propri obiettivi e alle proprie caratteristiche.

Profilo di Salute delle aziende

Per pianificare le azioni più coerenti al contesto aziendale nonché per valutare i miglioramenti raggiunti, è importante rilevare “alla partenza” la situazione esistente, ovvero raccogliere un set di informazioni che permettono alla azienda di osservare e descrivere il proprio contesto al fine di pianificare coerentemente il processo di miglioramento. Può essere inoltre proposta dalle ATS, ma non vincolante ai fini dell’adesione al Programma, la compilazione di un “questionario anonimo” da parte dei lavoratori, relativo ad aspetti di auto percezione di fattori di rischio/cambiamenti, utile soprattutto al coinvolgimento degli stessi nel percorso.

Riconoscimento di “Luogo di lavoro che promuove salute”

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

L’attestato 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 un’importante certificazione di responsabilità 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

Spesso l’attestazione avviene all’interno di una cerimonia ufficiale in cui sono invitate tutte le aziende aderenti alla rete, con la consegna di una targa o una pergamena a quelle che hanno raggiunto i requisiti richiesti. La cerimonia diventa quindi l’occasione per rafforzare la rete perché permette un incontro reale tra i referenti di tutte le aziende partecipanti e, quindi, lo scambio di esperienze e suggerimenti.



Monitoraggio e Valutazione

Tra gli strumenti necessari alla buona realizzazione del Programma vi è un sistema di monitoraggio e valutazione sul piano dei processi e dell’impatto, utile ad osservare e misurare il suo andamento: 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: regionale, locale (ATS), aziendale.

Il programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia” ha basi teoriche e metodologiche già riconosciute come valide e consolidate nella letteratura di settore. La valutazione effettuata è quindi una valutazione di processo. Si ritiene infatti che il rispetto e la corretta applicazione delle indicazioni contenute nel manuale operativo siano garanti del raggiungimento degli obiettivi già verificati in letteratura.

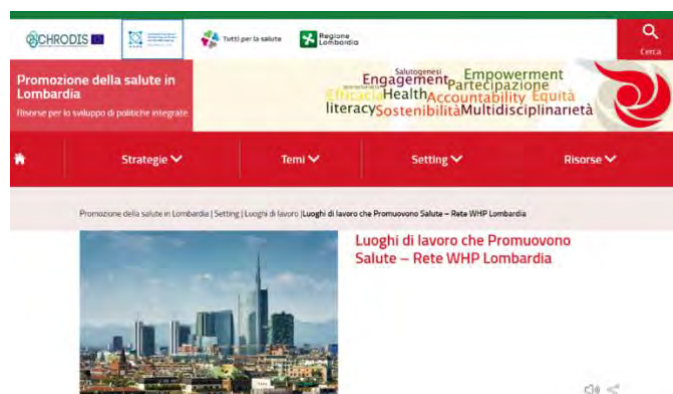
La verifica del rispetto dei criteri enunciati all’interno del Manuale avviene attraverso i dati ottenuti dalla rendicontazione da parte delle aziende stesse. Le aziende sono monitorate periodicamente dagli operatori ATS che accompagnano il processo di pianificazione e di realizzazione delle singole azioni.

Partendo dal presupposto che le azioni sono efficaci perché provate in letteratura e applicate secondo le indicazioni previste, l’ulteriore elemento di valutazione è la diffusione di queste pratiche. Più numerose sono le aziende che aderiscono alla rete, maggiore è l’impatto di salute di cui possono godere lavoratori e cittadini (intesi come familiari dei lavoratori e abitanti della comunità in cui l’azienda è inserita).

Elementi di diffusione e comunicazione del Programma

L’aumento dell’adesione delle aziende nel corso del tempo è dovuto, anche, alla messa in campo di strategie comunicative volte a diffondere la conoscenza del Programma stesso nel tessuto produttivo regionale. Tra i principali strumenti di comunicazione messi in campo all’interno del Programma si annovera il sito regionale (<https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it>) attraverso il quale è possibile reperire tutte le informazioni utili all’iscrizione, scaricare il manuale operativo, gli allegati con esempi di buone pratiche e tutti i materiali che chiariscono i vantaggi della rete. Ogni ATS ha inoltre una pagina dedicata all’interno del proprio sito, in stretto collegamento con quello regionale in modo che la circolazione delle informazioni sia coerente.

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 ambito dalle aziende sia per una questione di visibilità sia per la possibilità di incontrarsi e confrontarsi tra realtà simili.



Equità nei luoghi di lavoro che promuovono salute

Il Programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute - Rete WHP Lombardia” prevede, per acquisire risultati efficaci in coerenza con i modelli teorici e le politiche di riferimento, di orientare in senso salutare gli ambienti di lavoro cambiando i contesti organizzativi, migliorando l’ambiente sociale, e rafforzando le competenze individuali. L’azione del Programma WHP è orientata a dare a tutti i lavoratori le stesse opportunità di salute attraverso il cambiamento del luogo di lavoro: l’azienda e i lavoratori diventano responsabili dell’attivazione (empowerment) di processi di salute. Il programma prevede una flessibilità di attivazione per garantire la massima adesione al setting locale di applicazione, in tal senso sono prese in considerazione le disuguaglianze di salute che sappiamo essere presenti nel modo lavorativo (blu collars/white collars; livello di istruzione).

Le condizioni occupazionali contribuiscono a generare disuguaglianze di salute nei cittadini, ed è proprio nel tentativo di ridurle che gli interventi di prevenzione sono indirizzati prioritariamente verso le situazioni a maggiore rischio. I lavoratori con mansioni poco qualificate e che svolgono essenzialmente compiti di tipo manuale sono i più esposti a rischi professionali e di conseguenza hanno una maggiore probabilità di subire danni alla salute. Questo svantaggio è ancora più evidente in alcuni settori quali l’edilizia, l’agricoltura, i trasporti e altri comparti del settore manifatturiero

La letteratura ci dice che i lavoratori meno istruiti che, generalmente, appartengono a una classe sociale a basso reddito e gli stranieri tendono a essere impiegati in lavori manuali o in professioni a bassa qualifica in cui sono presenti maggiori rischi fisici, chimici, biologici e/o ergonomici e che presentano un tasso più elevato di infortuni. Ne consegue che le disuguaglianze negli infortuni e nelle malattie correlate al lavoro sono quasi esclusivamente a carico delle posizioni sociali più basse. Un esempio concreto di quanto le caratteristiche del contesto di appartenenza possano rendere vulnerabili è relativo all’incidenza di infortuni sul lavoro tra gli stranieri immigrati: a parità di età e attività professionale, i lavoratori immigrati hanno più infortuni perché, a causa di difficoltà linguistiche o culturali, non riescono a trarre pieno beneficio dagli interventi di formazione e controllo della sicurezza sul luogo di lavoro, quando questi non siano specificamente orientati. In aggiunta, molti degli stili di vita a rischio sono in genere più frequenti tra la popolazione con livelli di istruzione inferiori²².

Ne consegue che anche la programmazione di interventi e programmi di promozione della salute negli ambienti di lavoro, a livello regionale e a livello locale, si deve basare sull’individuazione dei settori e delle situazioni a maggior rischio per i lavoratori così come prevedere una specifica modulazione quando rivolti alle piccole e micro imprese che costituiscono una grande parte anche del tessuto produttivo lombardo.

²² Dors | Equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in Sanità

Bibliografia

- Bennett, J. B., Lehman, W. E. K., & Reynolds, G. S. (2000). *Team awareness for workplace substance abuse prevention: The empirical and conceptual development of a training program*. *Prevention Science*, 1(3), 157-172.
- Bennett, J., Bartholomew, N., Reynolds, G., & Lehman, W. (2002). *Team Awareness facilitator manual*. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research. *Making your workplace drug-free a kit for employers*, Division of Workplace Programs, Center for substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, DHHS Publication n. SMA07-4230
- Bennett, J. E., & Tetrick, L. E. (2013). *The “We” in wellness: Workplace health promotion as a positive force for health in society*. In Olson-Buchanan, J. B., Bryan, L. L. K., & Thompson, L. F. (Eds.). *Using industrial-organizational psychology for the greater good: Helping those who help others*. Routledge. 205-36
- Bronfenbrenner U. (1979). *Ecology of human development*. Harvard University Press, Cambridge, MA
- Bronfenbrenner U. (2005). *Making human beings human: Bioecological Perspectives on human development*. Sage, Thousand Oaks, CA
- Burton J. (2010) *WHO Healthy Workplace. Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices*. World Health Organization, Geneva.
- Cahill K, Lancaster T. *Workplace interventions for smoking cessation*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 26;2:CD003440. doi: 10.1002/14651858.CD003440.pub4. Review
- Chu C., Driscoll T., National Library of Medicine (1997) *The health-promoting workplace: an integrative perspective*. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21, 377–385
- Commissione delle Comunità Europee (2011). *Libro verde sulla tutela dei consumatori nell'Unione Europea*. Enterprise Publications, Bruxelles.
- Dors | *Equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle diseguaglianze sociali in Sanità*
- ENWHP. *“Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche”*. 2014. Traduzione italiana a cura di Regione Lombardia e Dors.
- Health Promotion Glossary World Health Organization 1998, Traduzione a cura di DoRS*
- ILO, International Labour Office (1996), *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice* Geneva.
- Manuale per l'implementazione del Programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP, 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)”*
- Ministero della Salute, *Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2020-2025*.
- Päivi Peltomäki et al. (2003), *Social context for workplace health promotion: feasibility considerations in Costa Rica, Finland, Germany, Spain and Sweden*. *Health Promotion International*. Oxford. Vol. 18 (2), pp 115–126
- Proper KI, van Oostrom SH., 2019, *The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes - a systematic review of reviews*, *Scand J Work Environ Health*. pii: 3833. doi: 10.5271/sjweh.3833.
- Regione Lombardia, *Piano regionale Prevenzione (PRP) 2021-2025*.
- Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. *Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness*. *Am J Prev Med*. 2013 Apr;44(4):406-15. doi: 10.1016/j.amepre.2012.12.007.
- Samsa. *factsheet - Why you should care about having a drug-free workplace*, 10–11.

Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. (2009). Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000–2006. IGA Report 13e.

Sumaira H. Malik, Holly Blake, L. Suzanne Suggs, 2014, A systematic review of workplace health promotion interventions for increasing physical activity, Health Psychology, Vol. 19 (1), pp 149-180)

Wenzel E. (1994) Conceptual issues in worksite health promotion. In Chu C., Simpson R. (eds), Ecological Public Health: From Vision to Practice. Centre for Health Promotion, University of Toronto, and Brisbane: Institute of Applied Environmental Research, Griffith University, Toronto.

WHO, 2020, Healthy workplaces: a model for action For employers, workers, policy-makers and practitioners, Ginevra; Vézina M, Bourbonnais R, Brisson C, Trudel L Workplace prevention and promotion strategies, (2004), Healthcare Papers; Vol. 5(2) pp. 32-44.

Zani B., Cicognani E, 2000, Psicologia della salute, Il Mulino, Bologna.

Promozione della Salute in azienda: raccolta di materiali utili

a cura di Maria Frassine

Maria Frassine - Giurista, perfezionata in materie giuslavoristiche, esperta di salute e sicurezza sul lavoro. Responsabile delle Relazioni Esterne e dell'Ufficio Studi e Legislativo di AiFOS, Associazione Italiana Formatori e Operatori della Salute e Sicurezza sul lavoro.

Referente per AiFOS del programma WHP - Luoghi di lavoro che promuovono salute e componente del Tavolo provinciale di coordinamento WHP dell'ATS di Brescia.

Autrice di diversi articoli e relatrice in convegni e seminari dedicati ai temi della salute, sicurezza sul lavoro, benessere e sostenibilità.

Questo capitolo ha l'obiettivo di fornire a chi voglia approfondire la tematica della promozione della salute negli ambienti e luoghi di lavoro una raccolta ragionata di documenti e riferimenti da visionare e studiare, per orientarsi tra tutti i materiali reperibili sul web.

1. Riferimenti normativi

D. Lgs. n. 81/08, art. 25

Obblighi del medico competente

1. Il medico competente:

a) collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. **Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale;**

D. Lgs. n. 29/2024, art. 5

Misure per la promozione della salute e dell'invecchiamento attivo delle persone anziane da attuare nei luoghi di lavoro

1. Nei luoghi di lavoro, la promozione della salute, la cultura della prevenzione e l'invecchiamento sano e attivo della popolazione anziana sono garantiti dal datore di lavoro attraverso gli obblighi di valutazione dei fattori di rischio e di sorveglianza sanitaria previsti dal [decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81](#), **tenendo conto del modello sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro - Workplace Health Promotion (WHP)** raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità e delle indicazioni contenute nel PNP, che prevedono l'attivazione di processi e interventi tesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente adatto anche alle persone anziane attraverso idonei cambiamenti organizzativi.

2. Il datore di lavoro adotta ogni iniziativa diretta a favorire le persone anziane nello svolgimento, anche parziale, della prestazione lavorativa in modalità agile, nel rispetto della disciplina prevista dai contratti collettivi nazionali di settore vigenti.

2. Siti e materiali a carattere internazionale in tema di Promozione della Salute (sul lavoro e non)

Glossario OMS Promozione della salute

Il Glossario, tradotto in italiano da DoRS Regione Piemonte in collaborazione con la Regione Lombardia tramite la ATS Città Metropolitana di Milano – SC Servizio Regionale Supporto Piani e Programmi di Promozione della Salute e Attività di Documentazione alla Salute – UO a valenza regionale “Promozione della Salute” è uno strumento utile per inquadrare il tema della promozione della salute ed orientarsi nelle definizioni e nei concetti chiave del programma WHP:

https://www.dors.it/wp-content/uploads/2024/01/Glossario-OMS-POST- -BOOK_231120.pdf

World Health Organization

Area del sito dedicata alla promozione della salute in generale

https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1

European Network for Workplace Health Promotion, Europa

Sito europeo in tema di WHP <https://www.enwhp.org/>

EU OSHA, European Agency for Safety and Health at Work

Sito dell’Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro

<https://osha.europa.eu/it>

Pubblicazioni specifiche dedicate al tema promozione della salute (2010)

Materiali per Datori di lavoro

<https://spisal.aulss9.veneto.it/index.cfm?method=mys.apridoc&iddoc=1683>

Materiale per i lavoratori

<https://spisal.aulss9.veneto.it/index.cfm?method=mys.apridoc&iddoc=1682>

CDC (Centers for Disease Control and Prevention), USA

Area del sito dedicata al WHP

[https://www.cdc.gov/workplace-health-](https://www.cdc.gov/workplace-health-promotion/php/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/index.html)

[promotion/php/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/index.html](https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/index.html)

The Health Communication Unit (THCU) of Centre for Health Promotion University of Toronto, Canada

Area del sito dedicata alla promozione della salute in generale

<http://www.publichealthontario.ca/en/Health-Topics/Health-Promotion>



3. Siti e documenti a carattere nazionale in tema di Promozione della Salute (non sul lavoro)

Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025

Nel Piano Nazionale di Prevenzione si può trovare la descrizione dettagliata del PROGRAMMA PREDEFINITO PP3 “LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE”, partendo dagli obiettivi strategici e dalla sintesi delle principali evidenze e/o buone pratiche di riferimento, arrivando agli indicatori di monitoraggio degli obiettivi

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf

Istituto Superiore sanità – Guadagnare salute

L’ISS ha creato un programma specifico denominato “Guadagnare salute” che *non* riguarda direttamente i luoghi di lavoro, ma gli ambiti prioritari di intervento coincidono con quelli del programma WHP (attività fisica, alimentazione, alcol e fumo). Si trovano descrizioni e spunti per l’organizzazione di attività e progetti, testi chiari da cui partire per poter rielaborare materiali informativi utili anche nei luoghi di lavoro.

Per ogni area di intervento vengono forniti ulteriori link a siti e documenti di approfondimento.

<https://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/>

Ministero della Salute - Stili di vita Guadagnare salute

Pagina dedicata sul sito del Ministero della Salute, che presenta approfondimenti in alcune sottoaree (attività fisica, fumo e sigarette elettroniche, alcol, nutrizione, screening)

Non è declinato nell’ambito “luogo di lavoro”, ma si possono trovare spunti interessanti

<https://www.salute.gov.it/portale/stiliVita/homeStiliVita.jsp>

Si segnalano, ad esempio e senza voler essere in alcun modo esaustivi, alcuni materiali messi a disposizione del Ministero della Salute sul tema della sana alimentazione:

<https://www.salute.gov.it/portale/dietaMediterranea/archivioOpuscoliDietaMediterranea.jsp>

Pro.Sa.

Banca dati on line nazionale di progetti, interventi e politiche di prevenzione e promozione della Salute. È uno strumento gratuito di raccolta, analisi e diffusione di progetti, interventi, politiche e buone pratiche che ha l’obiettivo di documentare, condividere e mettere in rete i progetti e i loro risultati per supportare le attività di operatori, decisori e stakeholders nell’ambito della prevenzione e promozione della salute. Gestito da Regione Piemonte, raccoglie iniziative di diverse regioni italiane. Anche in questo caso, non riguarda solo l’ambito lavorativo.

<https://www.retepromozionesalute.it/coseprosa.php>

DoRS – Sito del Centro Regionale del Piemonte di documentazione per la promozione della salute

Anche questo sito fa riferimento alla Regione Piemonte e riguarda i diversi contesti in cui può essere promossa la salute. Un’area dedicata fa riferimento ai luoghi di lavoro e vengono fatti anche riferimenti al tema generali della “salute e sicurezza sul lavoro”. È possibile orientarsi tra i diversi “TEMI” di interesse del programma WHP per scaricare approfondimenti e materiali utili.

<https://www.dors.it/>

Siti e documenti a carattere nazionale in tema di Promozione della Salute nei luoghi di lavoro

CCM, Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie.

Progetto di supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro

Pagina dedicata al progetto presentato da Regione Lombardia che, in virtù della propria esperienza, intende incentivare in altre Regioni lo sviluppo del programma WHP:

<https://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/2004&idP=740>

L'output del progetto è stata la realizzazione del **MANUALE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA "LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE - RETE WHP"**. Si tratta di un manuale destinato alle Regioni e alle ASL che guida all'implementazione del programma WHP nel proprio territorio:

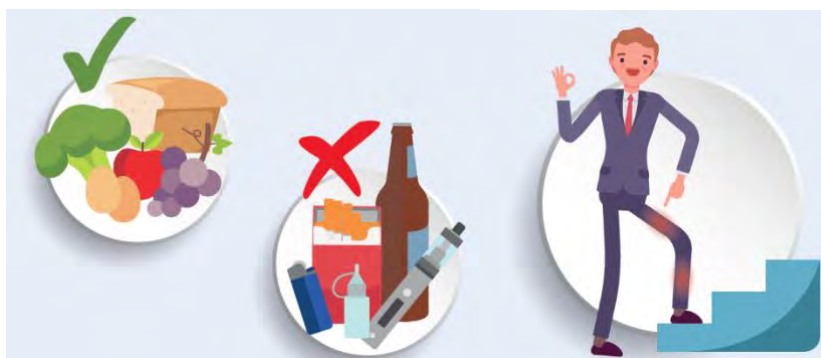
Manuale CCM Implementazione WHP – 2018 (*link di accesso diretto*)

https://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_progetto_582_1_file.pdf

Manuale Ministero della Salute – Promozione salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione

Si tratta di un importante documento di indirizzo in materia di promozione della salute nei luoghi di lavoro, finalizzato a favorire la trasferibilità e replicabilità presso le Pubbliche Amministrazioni (PA) e altri Enti di un modello di intervento che miri promuovere, nel contesto organizzativo della PA e di altri Enti, azioni e iniziative atte a perseguire obiettivi di tutela della salute e condizioni ambientali che favoriscano la salute, coinvolgere i dipendenti e le loro famiglie in iniziative e promuovere ambienti di lavoro favorevoli alla salute

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1675244512.pdf>



Documenti storici

1997, Dichiarazione di Lussemburgo

<https://spisal.aulss9.veneto.it/index.cfm?method=mys.apridoc&iddoc=1680>

2001, Decalogo della Sicilia

<https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/e9f3ff7a-6925-4ed6-a21f-01127d836348/WHP+Decalogo+Sicilia.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-e9f3ff7a-6925-4ed6-a21f-01127d836348-m7.RyVF>

Siti/pagine dedicate al WHP regione per regione

Il programma WHP è di competenza nazionale del Ministero del Salute, ma ciascuna regione nel proprio Piano Regionale di Prevenzione ha inserito l'ambito PP3 dedicato alla promozione della salute nei luoghi di lavoro.

Le singole regioni in alcuni casi hanno sviluppato le reti territoriali delle aziende aderenti al progetto, in altri casi, invece, la previsione è solo sulla carta.

Di seguito vengono riportati regione per regione i link alle pagine di riferimento principali dove approfondire; pagine che contengono informazioni per aderire al programma, materiali di approfondimento e divulgazione. L'elenco vuole unicamente restituire la fotografia di quanto gli utenti possono ad oggi ritrovare sulla rete, senza avere presunzione di assoluta completezza.

REGIONE VALLE D'AOSTA

Non ci sono pagine dedicate, ma nel Piano di prevenzione 2021-2025 vengono definite le azioni da compiere:

https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/DELIBERE_PRP_2020-2025/ValleAosta/1654_approvazione_PRP_testoVDA.pdf

REGIONE PIEMONTE

Pagina regionale che descrive il programma WHP, fornisce indicazioni alle aziende per prendere parte al programma (perché, chi e come può aderire):

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/luoghi-lavoro-che-promuovono-salute-whp>

Si segnalano in particolare:

Modello organizzativo: è un documento regionale per l'avvio sperimentale del programma

<https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2023-08/modelloretewhpregiopiemonte.pdf>

Link diretto per adesione delle aziende

(cliccare sulla scritta e poi accedere con "login come ospite")

<https://www.medmood.it/course/index.php?categoryid=1064>

REGIONE LIGURIA

Non è presente una pagina dedicata a livello regionale, si segnala il sito dell'**ASL1**. A fondo pagina si possono scaricare direttamente sul proprio PC una serie di documenti, tra cui il **manuale operativo per le aziende**, ricalcando quello di Regione Lombardia, la scheda di adesione e alcune locandine e materiali utili:

<https://www.asl1.liguria.it/prevenzione-e-screening/whp-luoghi-di-lavoro-che-promuovono-salute.html>

REGIONE LOMBARDIA

È stata in Italia la regione capofila del progetto e anche prima del PNP 2020-2025 ha portato avanti il programma. Il sito è certamente completo, strutturato in sezioni in cui è possibile trovare numerosi documenti e allegati.

In particolare, la sezione "**Strumenti**" raccoglie poster, brochure, locandine, schede informative, ecc.. che operatori e aziende possono utilizzare a supporto della realizzazione del programma. Il materiale è stato suddiviso per le aree di sviluppo del programma (

Nella sezione "**Risorse**" sono disponibili i documenti e la letteratura di approfondimento.

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

MANUALE PER LE AZIENDE DELLA REGIONE LOMBARDIA

La Regione Lombardia ha anche sviluppato un manuale di dettaglio dedicato alle singole aziende aderenti, che descrive in modo puntuale il processo di adesione al programma, le buone prassi validate e riconosciute, i criteri da seguire per sviluppare le attività. All'interno del manuale sono presenti una sezione di "**bibliografia**" e un "**appendice**" dove vengono descritti e spiegati i materiali reperibili sul sito della regione

[https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/537eea5c-bbc2-438f-92a1-](https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/537eea5c-bbc2-438f-92a1-ff541efd1d81/manuale_WHP_03_2023.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=URL&CACHEID=ROOT)

[ff541efd1d81/manuale_WHP_03_2023.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=URL&CACHEID=ROOT](https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/537eea5c-bbc2-438f-92a1-ff541efd1d81-manuale_WHP_03_2023.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=URL&CACHEID=ROOT)
[WORKSPACE-537eea5c-bbc2-438f-92a1-ff541efd1d81-os3dYpT](https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/537eea5c-bbc2-438f-92a1-ff541efd1d81-manuale_WHP_03_2023.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=URL&CACHEID=ROOT)

REGIONE VENETO

Non esiste una pagina unica a livello regionale, ma le singole USSL del territorio hanno presente sul loro sito una pagina dedicata al programma.

Si segnala ad esempio il sito dell'**USLL 9 Scaligera**. La pagina è organizzata per sezioni e presenta diversi link esterni, schede e materiali da scaricare in formato PDF, organizzati in modo ragionato:

<https://prevenzione.aulss9.veneto.it/PP03-luoghi-di-lavoro-che-promuovono-salute>

REGIONE TRENINO ALTO ADIGE

Non è presente una sezione dedicata al WHP sul sito regionale, né sui siti delle 2 provincie autonome.

Nella pagina "Trentino Salute" è presente una pagina dedicata al tema Stili di vita, non declinata sui luoghi di lavoro ma dove si possono comunque trovare alcuni spunti e materiali interessanti:

<https://www.trentinosalute.net/Aree-tematiche/Osservatorio-per-la-salute/Stili-di-vita>

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Pagina regionale generale, è presente un video promozionale per incentivare le aziende all'adesione e i contatti regionali a cui rivolgersi per aderire:

<https://retewhp.sanita.fvg.it/it/>

Si segnalano in particolare:

una pagina dedicata tutti gli strumenti per aderire al programma (***scheda iscrizione, scheda di pianificazione e di rendicontazione, questionario per i lavoratori...***):

<https://retewhp.sanita.fvg.it/it/schede/strumenti-per-aderire.html>

Manuale per le aziende: https://retewhp.sanita.fvg.it/export/sites/rete-whp/it/.allegati/2274-Manuale-WHP-SQ_web_1.pdf

Sono presenti anche delle **sottosezioni** dedicate alle singole aree di intervento, in cui vengono – area per area – dettagliate le buone prassi realizzabili e forniti materiali, documenti, opuscoli di approfondimento già organizzati in modo ragionato:

Alimentazione <https://retewhp.sanita.fvg.it/it/buone-pratiche/alimentazione.html>

Alcool e dipendenze: <https://retewhp.sanita.fvg.it/it/buone-pratiche/alcol-dipendenze.html>

Fumo <https://retewhp.sanita.fvg.it/it/buone-pratiche/fumo.html>

Attività fisica <https://retewhp.sanita.fvg.it/it/buone-pratiche/vita-attiva.html>

Pratiche trasversali <https://retewhp.sanita.fvg.it/it/buone-pratiche/pratiche-trasversali.html>

Altre pratiche <https://retewhp.sanita.fvg.it/it/buone-pratiche/altre-pratiche.html>

REGIONE EMILIA ROMAGNA

Pagina completa di indicazioni per aderire, la scelta regionale è di affidare l'attuazione del programma alle singole UO PSAL.

Nella pagina si possono ritrovare i singoli link ai form provinciali di adesione e anche i singoli referenti territoriali in caso di necessità:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/aree-tematiche/sicurezza-e-salute-in-ambiente-di-vita-e-di-lavoro/luoghi-di-lavoro-che-promuovono-salute>

REGIONE TOSCANA

Pagina completa di indicazioni per aderire, si possono ritrovare anche i singoli referenti territoriali da contattare per approfondimenti:

<https://www.regione.toscana.it/-/workplace-health-promotion>

All'interno della pagina si trova il link al documento di indirizzo regionale per lo sviluppo del programma WHP

https://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5354055&nomeFile=Delibera_n.1420_del_12-12-2022-Allegato-1

Nel dettaglio, si possono trovare ai seguenti link le indicazioni per la presentazione delle domande da parte delle aziende <https://www.regione.toscana.it/-/presentazione-domande>

e la modulistica relativa al programma

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiD.xml?codprat=2022AD00000028915>

REGIONE UMBRIA

Pagina regionale che descrive il programma WHP, fornisce indicazioni sui contatti dei referenti locali e le informazioni per le adesioni:

<https://www.regione.umbria.it/programma-luoghi-di-lavoro-che-promuovono-salute-rete-whp-regione-umbria>

Vengono presentate anche le aziende aderenti e i riconoscimenti conferiti negli anni precedenti. Tramite dei link inseriti nella sezione **“Risorse”** della pagina si possono scaricare sul proprio PC delle cartelle zippate contenenti i materiali utili (opuscoli, locandine, poster...)

Si segnalano in particolare le indicazioni per aderire e gli allegati (**scheda iscrizione, scheda di pianificazione e di rendicontazione, questionario per i lavoratori...**):

<https://www.regione.umbria.it/aderire-alla-rete-whp-umbria>

REGIONE LAZIO

Non si trova una pagina regionale complessiva dedicata al programma WHP, ma è disponibile il Vademecum “Indicazioni per la gestione della promozione della salute nei luoghi di lavoro” realizzato dalla Regione:

https://www.inapp.gov.it/wp-content/uploads/Normativa-Arlex/Regionale-2024/20240112_DeterminazioneDirettoriale_nG00224_LA.pdf

In rete è scaricabile anche un documento regionale datato 2016, che pertanto si ritiene superato. Si riporta ugualmente per eventuali spunti utili che si possano trovare all’interno:

Manuale regionale versione 2016

https://www.aslroma2.it/attachments/article/500/prp_1_6_Manuale%20WHP%20Lazio.pdf

REGIONE MARCHE

Pagina generale dedicata al programma, con link a materiali, manuale e contatti e moduli delle diverse AST territoriali

https://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Area-Prevenzione#21662_PP03---Luoghi-di-lavoro-che-promuovono-salute

è stato realizzato **un manuale operativo per le aziende 2023**

<https://www.regione.marche.it/portals/3/SitoArs/Prevenzione/PP03/14-12-23-DEFINITIVO%20MANUALE%20WHP.pdf>

Interessante è lo strumento del **questionario** anonimo per i dipendenti che viene proposto direttamente dal sito:

https://forms.zohopublic.eu/aziendareqsanitariamarche/form/ProgrammaPP2WHPAziendaQuestionarioLavoratori/formperma/72ODhXm1Vik83qfvmLxRWSLptEtxQmcF4cwHYZ_K3k0

Altri materiali e relazioni utili che spiegano il contesto del programma nell’ambito del piano regionale di prevenzione si trovano nei link presenti a fondo pagina del comunicato stampa dedicato all’evento di presentazione della proposta regionale:

<https://www.regione.marche.it/ars/News-ed-eventi/Post/101027>

REGIONE ABRUZZO

Avviato a dicembre 2023, si ritrova sul sito solo una breve pagina che cita il programma ma senza indicazioni operative:

<https://insieme-insalute.regione.abruzzo.it/luoghi-lavoro-promuovono-salute#promuovere-la-salute>

REGIONE CAMPANIA

Non esiste una pagina unica a livello regionale, ma le singole ASL del territorio hanno presente sul loro sito una pagina dedicata al programma.

Si segnala ad esempio il sito dell'ASL Salerno:

https://www.aslsalerno.it/pagina2548_luoghi-di-lavoro-che-promuovono-salute.html

Viene citata anche una ricerca rivolta a lavoratrici e lavoratori, con questionari da sottoporre pre e post intervento. Dettagli nei file word scaricabili direttamente su PC dai link a questo indirizzo:

https://www.aslsalerno.it/pagina2550_ricerca-rivolta-alle-lavoratrici-ed-ai-lavoratori.html

Nel Piano di prevenzione 2021-2025 vengono definite le azioni da compiere:

<https://www.regione.campania.it/assets/documents/piano-regionale-prevenzione-pp03.pdf>

REGIONE PUGLIA

È presente una pagina regionale dedicata al programma WHP:

<https://www.sanita.puglia.it/aziende>

Si può scaricare dalla stessa pagina una presentazione del progetto, che riporta le aree prioritarie secondo la versione precedente al progetto CCM. Da verificare quindi la sua attuale validità:

<https://www.sanita.puglia.it/documents/20182/26611920/Manuale+WHP/f685a9bf-b9b8-46b1-85df-1b06a293b059>

Si segnala anche la pagina dell'**ASL Foggia**, per prima nella regione ha introdotto il programma WHP tra le proprie attività:

https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/comunicati-stampa_det/-/journal_content/56/36044/whp-il-programma-per-il-2023

REGIONE MOLISE

Unici riferimenti nel Piano nazionale di prevenzione

<https://www.regione.molise.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/13769>

REGIONE CALABRIA

Non ci sono pagine dedicate, ma nel Piano di prevenzione 2021-2025 vengono definite le azioni da compiere:

https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/DELIBERE_PRP_2020-2025/Calabria/PRP_2020-2025.pdf



Schema riepilogativo aree tematiche WHP

1



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

Sono previsti, ad esempio, interventi nell'ambito della mensa aziendale, nel bar interno all'azienda e nell'offerta presente nei distributori automatici di alimenti, orientati ad offrire alimenti salutarie e bilanciati, in termini di composizione del piatto e di porzioni corrette. Per le realtà che hanno a disposizione solo un'area di refezione, si possono attrezzare gli spazi in modo che possano essere consumati pasti caldi, prevedere acqua gratuita, frutta e verdura a disposizione del personale.

È possibile, inoltre, promuovere dei percorsi di collaborazione con ristoratori convenzionati per l'offerta di pietanze sane in pausa pranzo. Sono da sviluppare attività info-formative sui temi della corretta e sana alimentazione.

2



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

Sono previste, ad esempio, iniziative per promuovere l'uso delle scale, iniziative di mobilità attiva per il percorso casa-lavoro (uso bicicletta, incentivo del mezzo pubblico, informative sulla sicurezza stradale), iniziative ed opportunità per svolgere attività fisica (gruppi di cammino aziendali, iniziative sportive aziendali, convenzioni e abbonamenti presso centri sportivi, spazi aziendali disponibili per svolgere sul luogo di lavoro durante le pause l'attività fisica), oltre che a rendere disponibile materiale informativo.

3



PRATICHE PER CREARE UN AMBIENTE DI LAVORO "LIBERO DAL FUMO" E INCENTIVARE LA CESSAZIONE

Sono previste, ad esempio, l'adozione di una policy aziendale antifumo e l'organizzazione di iniziative a supporto della cessazione tabagica, per aiutare i fumatori ad acquisire consapevolezza della propria dipendenza dal fumo e stimolare il miglioramento della propria salute, nonché attività di informazione e di formazione.

4



PRATICHE PER IL CONTRASTO A COMPORTAMENTI ADDITIVI (alcool, droghe, gioco d'azzardo)

Sono previsti, ad esempio, l'adozione di una policy aziendale, lo svolgimento di formazione generale rivolta a tutti i lavoratori per aumentare conoscenza e consapevolezza dei rischi legati ai comportamenti additivi, nonché formazione per i dirigenti e per le altre figure del sistema aziendale.

5



PRATICHE TRASVERSALI A TUTTE LE ALTRE AREE

Sono considerate azioni trasversali a tutte le prime 4 aree prioritarie quelle attinenti alla figura del 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

Ai fini del programma WHP sono considerate, inoltre, alcune buone prassi relative alla sfera del benessere psico-fisico e di responsabilità sociale come, ad esempio, l'adesione alla rete di conciliazione vita-lavoro locale, azioni per l'inclusione, il reinserimento e il supporto ai dipendenti con disabilità fisiche e patologie croniche, azioni per la riduzione dello spreco alimentare, interventi per la riduzione dello stress lavoro-correlato, azioni per promuovere l'adesione a screening oncologici e campagne vaccinali.

Tobacco Endgame, una risorsa per la sanità pubblica

a cura di Paolo D'Argenio e Laura Bodini

Paolo D'Argenio - Medico di sanità pubblica

Laura Bodini - Medico del lavoro e di sanità pubblica

Con questo articolo vogliamo comunicare l'esperienza di un gruppo di lavoro che si confronta con un grande problema di salute, quello del tabagismo, e che vuole rendere pubblica anche la faccia nascosta del problema.

Tabacco, salute e altri disastri

Come noto, il fumo uccide un fumatore su due, causando in Italia più di 90.000 vittime ogni anno, enormi sofferenze e gravando in modo insostenibile sul sistema sanitario. Si tratta del maggiore fattore di rischio per la salute cui, in Italia, sono [attribuibili 50.000 decessi per cancro, 17.000 decessi per malattie cardiovascolari e 20.000 decessi per malattie respiratorie](#).

Oltre ai danni alla salute provocati dal suo consumo, il tabacco provoca anche [danni all'ambiente in ogni fase della sua lavorazione](#) e, anche dopo il consumo, i suoi rifiuti tossici, i mozziconi, liberano nell'ambiente le sostanze tossiche mentre i filtri, che non sono biodegradabili, vanno a finire in mare dove si decompongono in circa 10 anni, producendo una gran parte delle microplastiche che lo inquinano.

Inoltre il tabacco acuisce le disuguaglianze sociali nell'ambito della salute. Nella popolazione italiana tra i 18 e i 69 anni, la frequenza di fumatori è più elevata: (a) tra i disoccupati rispetto agli occupati; (b) tra gli operai (35%) rispetto agli impiegati (23%) o rispetto alle professioni che richiedono un elevato grado di specializzazione (17%); (c) tra coloro che hanno molte difficoltà economiche (36%) rispetto a quello che non hanno difficoltà economiche (21%).



Infine il tabacco danneggia gravemente il benessere economico delle famiglie e delle nazioni. [Le famiglie dei fumatori meno abbienti possono dover destinare al tabacco oltre il 10% del magro bilancio familiare](#), sottraendo questi soldi a bisogni primari come il cibo, il vestiario e l'abitazione. Per quanto riguarda il benessere delle nazioni, [queste sopportano i costi](#) dell'assistenza sanitaria per trattare le malattie causate dall'uso del tabacco e quelli ancora maggiori dovuti alla perdita di produttività derivante dalla morbosità e mortalità attribuibili al tabacco.

A fronte di questi fatti, noi professionisti della sanità pubblica, pur essendo convintamente anti-tabagisti, non sempre sappiamo bene cosa possiamo fare per prevenire la diffusione dei prodotti del tabacco a livello della popolazione.

Tobacco Endgame

Per contrastare questa piaga, dieci anni fa, le società scientifiche della sanità pubblica e la Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione hanno dato vita a un gruppo di lavoro che opera come un osservatorio sui danni prodotti dal tabacco, sul mercato e sulle politiche di controllo.

Il gruppo ha messo a punto un [manifesto](#) per l'endgame del tabacco in Italia, che è stato sottoscritto da numerose organizzazioni e singoli professionisti e ha lanciato una serie di iniziative di advocacy

tra cui quelle per sostenere l'aumento delle tasse sui tabacchi, per stimolare l'applicazione di leggi efficaci come la Direttiva Europea tabacchi n. 40/2014, quella volta a smascherare le vere finalità dei produttori di tabacco quando realizzano iniziative di responsabilità sociale, di [sponsorizzazione di convegni medici](#), di interferenza nelle politiche riguardanti il tabacco e di marketing occulto in manifestazioni pubbliche.

Il mercato dei prodotti del tabacco in evoluzione

Negli ultimi 10 –15 anni c'è stata una grande trasformazione del mercato del tabacco con diverse innovazioni come l'introduzione di sigarette elettroniche, prodotti a tabacco riscaldato e, più di recente, sacchetti di nicotina.

E' il modo in cui l'industria del tabacco ha reagito alla crisi cui era andata incontro da quando, dopo [decenni di bugie, era stata costretta ad ammettere](#) che le sigarette sono un prodotto mortale.



Assieme ai nuovi prodotti, l'industria ha innovato anche la retorica, sostenendo che, essendo tali prodotti a minor rischio per la salute, avrebbero sostituito le sigarette. La tecnologia avrebbe permesso di continuare ad assumere nicotina senza divieti e sforzi per smettere di fumare. Questa retorica che va sotto il nome di *“strategia di riduzione del danno”* si è rivelata insidiosa, al punto da aver fatto proseliti anche nel mondo sanitario, con la conseguenza di divisioni dolorose anche nel nostro campo. La ragione del suo successo è che sembra basata su un certo buon senso e che è sostenuta

da [un imponente apparato propaqaandistico](#) che poggia in parte su riccamente finanziati centri di ricerca sulla riduzione del danno, tra cui spicca quello italiano creato presso l'Università di Catania, e in parte sulla benevolenza di giornali e agenzie di stampa.

Ci siamo impegnati nella ricerca sull'[impatto dei nuovi prodotti del tabacco](#) che nel mondo reale non sono consumati da fumatori al posto delle sigarette ma in aggiunta ad esse e, in particolare, sono utilizzati dai ragazzini che diventano così dipendenti e dagli ex-fumatori che in tal modo, riprendono a fumare. Abbiamo cercato di smascherare l'azione della lobby del tabacco che interferisce sistematicamente nelle decisioni riguardanti le politiche del settore del tabacco e il marketing occulto.

Il website Tabacco Endgame – Alleanza per un'Italia senza Tabacco

Nell'autunno del 2018, per dare continuità all'azione di informazione e alle iniziative di advocacy, abbiamo dato vita al website www.tobaccoendgame.it – Alleanza per un'Italia senza Tabacco. Il termine *endgame*, fine corsa, indica la radicalità della nostra visione, evocando la posizione dell'OMS: esiste un conflitto insanabile tra salute e industria del tabacco. Il secondo termine, *alleanza*, richiama alla cooperazione del mondo della salute per pesare sulle decisioni dei Governi e dei Parlamenti.

Il website è strutturato in sezioni, tra cui quella dei dati, quella delle azioni di advocacy, una ricca sezione di documentazione che include, oltre ai danni del tabacco, le politiche efficaci per il controllo, gli aspetti economici, la fondamentale Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco dell'OMS. Infine, c'è una sezione dedicata alla narrazione del tabacco.

Il web site viene aggiornato con cadenza all'incirca settimanale con articoli, a oggi circa 400, che

forniscono informazioni su cosa fanno governo e parlamento, cosa fa l'industria, risultati degli studi sul tabacco, sul mercato ed altre notizie sull'attualità.

Ad oggi, il website è stato raggiunto da 540.000 visitatori unici, il che indica che nella società italiana, esiste il bisogno di un osservatorio indipendente sull'uso dei prodotti del tabacco e sulla industria del tabacco.

L'altra faccia della luna

Ci sono diversi aspetti del ciclo del tabacco che sono misconosciuti ai più, anche perché i produttori li nascondono accuratamente. Il tabacco è un determinante commerciale della salute la cui diffusione dipende dalle condizioni del mercato. In altri termini, l'epidemia di consumo di tabacco è sostenuta dalla spinta costante dell'industria del tabacco. Questa cerca di far passare l'idea che l'esperienza del tabacco sia una cosa normale: un rito di passaggio all'età adulta, un modo per socializzare, per superare gli imbarazzi, fare l'amore, darsi coraggio, fare la guerra, stemperare la tensione, tenersi svegli e così via. Per il produttore i prodotti del tabacco dovrebbero essere:



- facilmente accessibili, con prezzi convenienti e punti vendita diffusi,
- attraenti, grazie a ben progettati confezioni, logo, pubblicità, merchandising, sponsorizzazione di eventi, social media, insegne, vetrine.
- da potersi consumare dappertutto.

Per questi scopi, l'industria lavora nell'ombra per influenzare i Governi ed il Parlamento, direttamente oppure con l'intermediazione di centri di consulenza cui affida incarichi per ricerche o progetti i cui risultati rimbalzano sui mass media e vengono presentati ai politici.

Ma lo scambio tra industria del tabacco e politica poggia su piani più solidi.

Negli ultimi dieci anni, in Italia, l'industria del tabacco ha realizzato grandi investimenti per costruire impianti produttivi ed anche per l'acquisto di tabacco. In Emilia la Philip Morris ha costruito ovviamente senza alcun contrasto la fabbrica dei prodotti a tabacco risaldata iQOS,.

In cambio, la [Philip Morris ha ottenuto un forte sconto fiscale](#) oltre a un iter autorizzativo facilitato. Successivamente, adottando lo stesso schema, la [British American Tobacco ha costruito a Trieste la fabbrica dei sacchetti di nicotina](#) ed altri nuovi prodotti, ottenendo lo stesso appoggio istituzionale e politico. A questi investimenti bisogna aggiungere gli accordi tra l'industria del tabacco e le associazioni agricole per l'acquisto di tabacco coltivato in Italia.

A seguito di queste realizzazioni, l'Italia si è di nuovo legata a doppio filo alla produzione di tabacchi lavorati, un filo da cui ci eravamo liberati nel [2003 con la vendita di tutte le strutture produttive](#). Un periodo d'oro quello dei primi anni 2000, considerato che nel 2005 entrò in vigore la legge Sirchia che vieta di fumare nei locali pubblici.

Questi fatti contribuiscono a spiegare perché e come, venendo meno all'impegno di proteggere le politiche riguardanti il tabacco dall'ingerenza dell'industria, derivante dall'articolo art. 5.3 della [Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco](#) dell'OMS, il nostro Paese si colloca agli ultimi posti nella speciale classifica dell'[Interferenza dell'industria del tabacco nelle politiche che riguardano il settore](#).

Ci sarebbero altre cose da dire, ma concludiamo raccomandando di visitare www.tobaccoendgame.it che rappresenta un'importante risorsa per i professionisti della salute e tutti coloro che sono impegnati nella promozione della salute.

Consultate il sito, aggiornatevi sulle ultime novità e unitevi a noi nella lotta per un futuro libero dal tabacco. Insieme possiamo fare la differenza!

Il Gruppo di lavoro del tabacco endgame in Italia è composto da: Maria Sofia Cattaruzza (Università La Sapienza Roma), Fabrizio Faggiano (Università del Piemonte Orientale ed AIE), Silvano Gallus (Istituto Mario Negri), Giuseppe Gorini (Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica), .Paolo D'Argenio (AIE), Laura Bodini (CIIP), Vincenzo Zagà (SITAB)

Decalogo dell'azienda che promuove salute

1 **Privilegia** il benessere delle persone. Le lavoratrici e i lavoratori sono la risorsa principale di qualsiasi azienda.

2 **Garantisce** condizioni e ambienti di lavoro sicuri e salutaris attraverso la corretta gestione della prevenzione dei rischi lavorativi.



3 **Conta** sul supporto e l'impegno, chiaro ed esplicito, della direzione aziendale, per realizzare politiche di promozione della salute che siano frutto del dialogo tra i diversi portatori d'interesse, integrate nel piano strategico dell'azienda, sostenibili nel tempo e valutabili.

4 **Lavora** in squadra coinvolgendo tutta l'organizzazione (direzione, manager con posizioni intermedie, personale tecnico e amministrativo, rappresentanti sindacali, figure della prevenzione aziendale, ...) per rilevare i bisogni, individuare gli obiettivi e le priorità e per pianificare, realizzare e valutare gli interventi.

5 **Comincia** da ciò che è più facilmente realizzabile e cura ambienti che rendono facili le scelte salutari.



6 **Comunica**, in modo trasparente ed efficace, le politiche e gli interventi di promozione della salute che realizza in modo che tutto il personale sia informato e possa parteciparvi.

7 **Considera**, in tutti gli interventi, la prospettiva di genere e l'età per garantire equità e favorire un invecchiamento attivo e salutare.



8 **Agisce** come azienda socialmente responsabile, coniugando la promozione di stili di vita salutari con l'impegno per la sostenibilità e la comunità.

9 **Raggiunge** il massimo sviluppo aziendale con il minor impatto ambientale: cultura di prossimità, responsabilità sociale e ambientale per un impiego efficiente delle risorse e un risparmio sui costi.



10 **Collabora** con la comunità di cui fa parte promuovendo canali di comunicazione e azioni per migliorarne opportunità e benessere.





*Consulta Interassociativa
Italiana per la Prevenzione*

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN AZIENDA

1° edizione

Dicembre 2024



978-88-943772-6-2

Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione

Sede presso: Clinica del Lavoro "Luigi Devoto"

Via San Barnaba, 8 - 20122 Milano info@ciip-consulta.it - www.ciip-consulta.it