

Opportunità di Salute sul luogo di lavoro

Strategie, competenze e strumenti per la
promozione di stili di vita salutari

Prima parte

Introduzione al percorso formativo	2
1. Le malattie croniche non trasmissibili.....	7
2.a. La promozione della salute nei luoghi di lavoro (Workplace Health Promotion, WHP)	12
2.b. Il ruolo del medico competente per la promozione della salute	17
2.c. Normativa su sicurezza e salute sul luogo di lavoro	20
3.a. Epidemiologia – Le sorveglianze	22
3.b. Epidemiologia – Dati di sorveglianza sui principali fattori di rischio per la salute	24
3.c. Epidemiologia – Dati di sorveglianza sul benessere personale e sociale	28
3.d. Epidemiologia – Dati di sorveglianza sulla sicurezza stradale.....	31
3.e. Epidemiologia – Dati di sorveglianza sulla sicurezza sul lavoro	33
4. Determinanti di salute negli ambienti di lavoro e di vita	35
4.a. Alimentazione	38
4.b. Attività fisica	42
4.c. Consumo di alcol	48
4.d. Abitudine al fumo	51
4.e. Sicurezza stradale.....	55
4.f. I programmi di screening oncologici.....	59
4.g. I programmi vaccinali	62
4.h. Benessere personale e sociale nell’ambiente lavorativo	67

Introduzione al percorso formativo

Il progetto Opportunità di Salute

Il progetto “Opportunità di Salute - Strategie, competenze e strumenti per la prevenzione delle malattie a base metabolica e la promozione di stili di vita salutari in contesti opportunistici”, finanziato dal Ministero della Salute (Azioni Centrali – Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie) è coordinato dal Reparto Sorveglianza dei fattori di rischio e Strategie di Promozione della Salute del Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS). Il progetto si colloca in un’ottica di continuità con precedenti progetti e attività di comunicazione e di promozione del cambiamento comportamentale in favore dell’adozione di stili di vita salutari¹⁻³.

In particolare tra il 2008 e il 2012, il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell’ISS, oggi Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS) ha coordinato il “Programma nazionale di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute”⁴, con il coinvolgimento attivo e la collaborazione di Regioni, Aziende Sanitarie Locali (ASL), associazioni scientifiche, federazioni e organizzazioni.

Il progetto “Opportunità di salute” vede la partecipazione di tre Regioni (Piemonte, Lazio e Campania), associazioni scientifiche, federazioni e organizzazioni con lo scopo di definire e sperimentare le strategie comunicative, le competenze comunicativo-relazionali e di base del *counselling* che possono essere utilizzate dai professionisti impegnati nella conduzione di interventi brevi di prevenzione e promozione di stili di vita salutari in contesti sanitari e non “*ogniquale volta se ne presenti l’opportunità*”.

La finalità principale è quella di condividere le diverse tipologie di intervento, che possono avere livelli variabili di intensità e durata e diverse finalità proprio in base “*all’opportunità*”, cioè alla specificità del contesto, al ruolo e alle competenze dell’operatore, al tempo a disposizione e alla disponibilità della persona.

Per lo svolgimento delle attività del progetto risulta fondamentale l’inclusione del territorio e l’adesione volontaria di almeno una Regione numericamente rilevante per ogni macroarea del Paese (Nord, Centro e Sud-Isole) ciò è funzionale a un’ottica più ampia di variabilità geografica e alla possibilità di proporre interventi concreti e sostenibili.

L’obiettivo generale del progetto è promuovere stili di vita salutari in contesti opportunistici ([vedi seconda parte](#), capitolo 2) attraverso l’implementazione di strategie comunicative e lo sviluppo di competenze di base del *counselling* degli operatori impegnati sul territorio, funzionali al cambiamento comportamentale con riferimento a un approccio *multistakeholder* e intersettoriale.

Gli obiettivi specifici sono:

- pianificare strategie comunicative per *target* differenziati e sviluppare prodotti di comunicazione da utilizzare in contesti opportunistici;
- realizzare percorsi formativi *blended*, ossia percorsi che prevedano una modalità didattica mista, con attività formative realizzate in presenza integrate da attività a distanza (FAD). È inoltre prevista una valutazione dell’intero percorso formativo a distanza e in presenza:
 - **i percorsi formativi a distanza (FAD)** intendono proporre linee unificanti, in termini di conoscenze e linguaggio, che possano fornire una base comune agli operatori impegnati nella promozione degli stili di vita salutari sul territorio. Sono finalizzati a promuovere corrette informazioni su dati epidemiologici aggiornati, sui fattori di rischio per la salute e sui concetti fondamentali della promozione della salute e all’apprendimento e/o approfondimento delle competenze comunicativo-relazionali e di base del *counselling* per interventi brevi di prevenzione e di promozione di stili di vita salutari in contesti opportunistici. Sono previsti **4 percorsi di formazione a distanza accreditati a livello nazionale**:
 1. per operatori impegnati nel contesto sanitario
 2. per operatori impegnati nel contesto del lavoro
 3. per operatori impegnati nel contesto di comunità
 4. per farmacisti

-
- **i percorsi di formazione in presenza** svolti nelle 3 Regioni partecipanti intendono favorire il consolidamento delle competenze di base del *counselling* per interventi brevi di promozione di stili di vita salutari in contesti opportunistici e sono declinati in base alla tipologia dei professionisti partecipanti ai corsi, al *target* di popolazione da raggiungere e al *setting* di intervento. Per la Regione Campania i corsi in presenza sono rivolti agli operatori sanitari e non sanitari coinvolti nella rete dell'Attività Fisica Adattata (AFA), per la Regione Lazio agli operatori impegnati nel contesto del lavoro in particolare ai medici competenti e per la Regione Piemonte agli operatori sanitari impegnati nella prevenzione e promozione della salute e nella gestione della cronicità. Tali percorsi sono organizzati in 3 moduli, il primo di base, il secondo di follow up a distanza e il terzo di follow up in presenza.
 - implementare interventi brevi di prevenzione e promozione di stili di vita salutari nei contesti opportunistici identificati a livello regionale attraverso l'utilizzo di prodotti di comunicazione e l'applicazione di competenze comunicativo-relazionali e di base del *counselling*.

In linea con il macro-obiettivo 1 del PNP 2014-2018 prorogato nel 2019 e dei relativi Piani Regionali per la Prevenzione (PRP) "ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili"⁵, il coinvolgimento dei diversi *partner* di progetto è finalizzato a sperimentare sul territorio l'implementazione di obiettivi e attività facendo leva su tre variabili principali:

- **strategie** - costruzione di nuove alleanze e consolidamento di quelle già esistenti con reti territoriali di operatori e di differenti *stakeholder* (decisori locali, autorità sanitarie, associazioni scientifiche, federazioni, associazioni sportive, istituzioni scolastiche, esercizi privati quali farmacie) per promuovere il cambiamento di atteggiamenti e comportamenti a favore di stili di vita salutari in diversi *target* di popolazione;
- **competenze** - sviluppo di conoscenze e competenze comunicativo-relazionali e di base del *counselling* ([vedi seconda parte](#), capitolo 2)⁶ che possono essere utilizzate dai professionisti impegnati in interventi brevi di prevenzione e promozione di stili di vita salutari in vari contesti (sanitari e non) attraverso percorsi di formazione a distanza e in presenza per favorire iniziative di prevenzione e promozione della salute, integrate e coordinate;
- **strumenti** - realizzazione di materiali di comunicazione e valorizzazione di quelli già esistenti per migliorare le conoscenze e promuovere la scelta consapevole di stili di vita salutari in *target* diversificati⁷. Per valorizzare quanto già realizzato si prevede la ricognizione di prodotti di comunicazione già utilizzati sul territorio e la progettazione di nuovi materiali integrati da impiegare nei diversi *setting* opportunistici.

Il filo conduttore del Progetto Opportunità di Salute è il cambiamento a **2 livelli, culturale e operativo**:

- **culturale**: contribuire a rafforzare la cultura dell'intersectorialità e della rete per realizzare alleanze, una progettazione condivisa e lavorare per obiettivi comuni. Infatti i processi e i sistemi che caratterizzano gli interventi di prevenzione e promozione della salute per essere efficaci devono prevedere strategie integrate e intersectoriali finalizzate a cambiamenti complessi nelle cognizioni e nei comportamenti individuali, nella comunità e nei *setting* di vita.
Contribuire a rafforzare negli operatori la cultura della relazione professionale mirata sulla centralità della persona e sulla valorizzazione del processo relazionale;
- **operativo**: sviluppare competenze comunicativo-relazionali per un intervento breve di prevenzione e promozione della salute in «figure chiave» in rapporto con i cittadini al fine di condurre la relazione con consapevolezza e competenza e di favorire scambi bidirezionali all'interno della «rete» (comunicazione interna).
Realizzare nuovi materiali di comunicazione e valorizzare quelli già esistenti per supportare gli interventi brevi di promozione di stili di vita salutari in *target* diversificati di popolazione.

Contesti opportunistici

Si definiscono contesti opportunistici quelli in cui tecnicamente si può realizzare un intervento "ogniquale volta se ne presenti l'opportunità"⁸. I *setting* in cui condurre interventi opportunistici di comunicazione e prevenzione/promozione della salute, come previsti dal progetto, possono essere identificati in ambito sia sanitario sia non sanitario ([Tabella 1](#))².

Tabella 1. Classificazione di contesti per *setting* sanitario e non sanitario

Setting	Categoria di contesti
Sanitario	Ambulatori: medicina di base (MMG, PLS); certificazioni medico-legali; specialistici (dentisti, dietologi, cardiologi/pneumologi, ecc.); vaccinali Farmacie/parafarmacie Consultori familiari Nuclei di Cure Primarie e Case della Salute Centri e/o servizi: antidiabetici, trattamento del tabagismo, salute mentale adulti
Non sanitario	Luoghi di lavoro Associazioni sportive, palestre Circoli anziani Parrocchie Carceri

Setting sanitari

In ambito sanitario (servizi territoriali e ospedalieri) i *setting* opportunistici possono essere diversi e, in base alla tipologia di accesso “singolo” o “ripetuto”, si può ipotizzare un diverso livello di intensità dell'intervento. A partire dalle risorse disponibili, è importante che sul territorio possa essere attiva una rete capillare di servizi che sostenga la popolazione nella scelta consapevole di stili di vita salutari⁹.

Nella [Tabella 2](#) si fornisce una breve descrizione dei principali *setting* sanitari distinti per *target* interessati e operatori coinvolti. Gli interventi “opportunistici” nei servizi sanitari o che comunque promuovono salute possono inserirsi in molte reti e contesti, quali la medicina di gruppo, le case della salute, i distretti e i consultori familiari, i servizi vaccinali.

La popolazione generale o gruppi specifici diventano i *target* degli interventi “opportunistici” in occasione di eventi di contatto con le strutture sanitarie: per esempio le visite in ambulatori, gli accessi ai consultori familiari e pediatrici, la partecipazione ai programmi di prevenzione nei centri screening.

Tabella 2. Caratterizzazione di contesti per *setting* sanitari

	Razionale	Target	Operatori
Ambulatori di medicina di base	MMG e PLS costituiscono una rete di professionisti sul territorio, spesso organizzati in forme associative nel cui ambito opera anche altro personale sanitario di supporto. Intercettano per primi i bisogni di salute, anche non espressi, della popolazione assistita. L'accesso agli ambulatori della medicina territoriale rappresenta una delle principali opportunità per la promozione delle scelte salutari	Popolazione generale assistita	Medici, infermieri e altri collaboratori
Ambulatori per le certificazioni medico-legali	Gli ambulatori per le certificazioni medico-legali delle ASL (es. idoneità alla guida, al porto e utilizzo di armi, alla pratica sportiva agonistica) rappresentano una opportunità relativamente alla promozione di scelte salutari in fasce della popolazione generale che difficilmente accedono ai servizi	Popolazione generale	Medici e personale di supporto
Ambulatori di medicina specialistica	Le prestazioni ambulatoriali rappresentano altrettanti momenti di contatto degli assistiti con operatori sanitari, in un contesto favorente, che rende gli utenti più ricettivi e disponibili verso la propria salute	Popolazione generale affetta da patologie	Medici, infermieri, personale sanitario in ambito ambulatoriale
Ambulatori vaccinali	Gli ambulatori vaccinali rappresentano una opportunità per introdurre/affrontare il tema delle scelte salutari sia per i bambini che vi accedono almeno tre volte nel primo anno di vita sia per le famiglie, considerando anche le altre offerte vaccinali	Bambini e famiglie	Infermieri, assistenti sanitari, medici
Farmacie/parafarmacie	In virtù della capillare diffusione sul territorio, la rete di farmacie e parafarmacie rappresenta un rilevante punto di riferimento per la popolazione, spesso il primo in caso di problemi di salute. Costituiscono dei punti di convergenza importanti in quanto intercettano fasce di popolazione che difficilmente hanno contatti con operatori sanitari e sono infatti attivamente coinvolte in alcuni programmi di prevenzione	Popolazione generale che accede alle farmacie e parafarmacie	Farmacisti e personale di farmacia

Consultori familiari	Le attività di prevenzione e promozione della salute in ambito consultoriale (percorso nascita, prevenzione oncologica, spazio giovani, ecc.) rappresentano un'ottima opportunità per affrontare il tema delle scelte salutari prevalentemente con gruppi di popolazione femminile e di giovane età	Donne e famiglie che accedono al consultorio, in particolare per percorsi nascita e prevenzione del carcinoma della cervice uterina	Ostetriche, infermiere, medici, altri operatori che operano in ambito consultoriale
-----------------------------	---	---	---

Setting non sanitari

Nella [Tabella 3](#) si fornisce una descrizione dei principali *setting* non sanitari, con riferimento anche ai target interessati e agli operatori coinvolti. Diversamente da quelli sanitari, questi *setting* sono eterogenei tra loro ma ciascuno è omogeneo per caratterizzazione e/o fascia di età del *target* di riferimento (luoghi di lavoro, associazioni sportive, circoli anziani, parrocchie, istituti carcerari).

Tabella 3. Caratterizzazione di contesti per *setting* non sanitari

	Razionale	Target	Operatori
Ambulatori medici competenti	MMG e PLS costituiscono una rete di professionisti sul territorio, spesso organizzati in forme associative, nel cui ambito opera anche altro personale sanitario di supporto. Intercettano per primi i bisogni di salute, anche non espressi, della popolazione assistita. L'accesso agli ambulatori della medicina territoriale rappresenta una delle principali opportunità per la promozione delle scelte salutari. La sorveglianza sanitaria in ambito lavorativo (visite preventive, periodiche o di altro genere previste dal D. Lgs. 81/08) rappresenta una interessante opportunità per intercettare gruppi di popolazione che non entrano frequentemente in contatto con personale sanitario. Il ruolo del medico competente è fondamentale in quanto nel corso della visita può valutare e fornire informazioni sui principali determinanti di salute/patologie anche in relazione alle eventuali o prescritte limitazioni lavorative	Lavoratori	Infermieri, assistenti sanitari, medici (personale sanitario che a vario titolo svolge attività di sorveglianza sanitaria, visite, vaccinazioni, formazione, ecc.)
Associazioni sportive	Lo sport è inteso come la terza agenzia educativa dopo la famiglia e la scuola; rappresenta uno strumento che esalta la centralità del soggetto. È un contesto quindi molto appropriato per promuovere comportamenti corretti in gruppi di popolazione "selezionati" in quanto già inclini a mantenere un buono stato di salute e sani stili di vita	Iscritti	Istruttori, allenatori
Circoli anziani	A fronte di fenomeni demografici quali un progressivo invecchiamento della popolazione e un incremento dell'attesa di vita, contesti ricreativi per l'età anziana rappresentano luoghi validi per promuovere stili di vita salutari	Anziani iscritti	
Parrocchie	L'ambito parrocchiale quale contesto opportunistico risulta essere strategico in virtù della trasversalità dei gruppi di popolazione che vi afferiscono (bambini per la catechesi, ragazzi per oratorio, adulti e anziani per funzioni pastorali)	Popolazione generale	
Carceri	Gli istituti detentivi rappresentano un mondo sconosciuto e poco esplorato anzitutto perché separato dal resto della società e quindi per la difficoltà ad accedervi, caratterizzato da regole ferree e vincoli imposti per "ragioni di sicurezza". Rappresentano invece rilevanti ambiti in cui è importante accrescere la consapevolezza e l'adesione a stili di vita salutari	Detenuti	Personale e dirigenti carcerari

Bibliografia

1. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari.
<http://www.epicentro.iss.it/guadagnaresalute/>
2. Regione Lombardia. Il "counselling motivazionale breve" nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute: lo strumento e i *setting* "opportunistic". Milano: Regione Lombardia; 2013. [http://www2.ats-bg.it/portale/libreria_medici.nsf/\(\\$all\)/8179BF188694CA75C1257C4B00493D93/\\$file/counselling%20motivazionale%20breve.pdf](http://www2.ats-bg.it/portale/libreria_medici.nsf/($all)/8179BF188694CA75C1257C4B00493D93/$file/counselling%20motivazionale%20breve.pdf)
3. Regione Emilia-Romagna. Vademecum per la conduzione dell'intervento motivazionale sugli stili di vita a rischio in un contesto di rete. Realizzato nell'ambito del Progetto CCM 2015 "Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counselling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistic di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologico". https://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/dipartimenti-territoriali-1/dipartimento-di-sanita-pubblica/PRPRER/s1/strumenti-per-medico-competente/Vadem.pdf/attachment_download/file
4. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Programma nazionale di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute. Comunicare per Guadagnare Salute: il progetto PinC.
<http://www.epicentro.iss.it/GuadagnareSalute/comunicazione/PinC.asp>
5. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
6. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La formazione per Guadagnare Salute. I percorsi di formazione a distanza.
<http://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/fad>
7. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare salute. Materiale per la comunicazione.
<http://www.epicentro.iss.it/GuadagnareSalute/comunicazione/MaterialeInformativo.asp>
8. Shepherd M. Every Contact Counts: Encouraging public service workers to provide health advice during day to day contact with members of the public. Welsh Government - Public Health Wales, marzo 2012.
[http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/HealthServiceQDDocs.nsf/\(\\$All\)/0B82F6CFABF653BC80257A0E00384032/\\$File/Every%20Contact%20Counts%20final2.doc?OpenElement](http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/HealthServiceQDDocs.nsf/($All)/0B82F6CFABF653BC80257A0E00384032/$File/Every%20Contact%20Counts%20final2.doc?OpenElement)
9. Pelicelli A. PRP 2016-2018 – Piano Attuativo Locale, Progetto 6 *setting* ambito sanitario. "Interventi opportunistic con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari", Parma.
http://www.omceopr.it/wp-content/uploads/2018/11/imd5GSr21A_365.pdf

1. Le malattie croniche non trasmissibili

I fattori di rischio modificabili

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) o *non communicable diseases* (NCD) costituiscono la principale causa di morte in quasi tutto il mondo¹. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ogni anno circa 41 milioni di persone muoiono a causa di queste patologie e in circa il 37% dei casi (15 milioni) si tratta di morti premature, di persone sotto i 70 anni di età. Oltre l'80% delle morti premature si verifica nei paesi a basso e medio reddito che sono i più colpiti. Il numero maggiore di decessi è dovuto alle malattie cardiovascolari, seguite dalle malattie oncologiche, dalle malattie respiratorie e dal diabete². In Italia, nel 2016 le MCNT sono state ritenute responsabili del 91% dei decessi totali registrati³ e hanno assorbito l'80% della spesa sanitaria. Tali malattie, infatti, hanno origine in età giovanile, si sviluppano per l'intero corso della vita e richiedono quindi un'assistenza a lungo termine in quanto possono essere anche particolarmente invalidanti⁴.

Alcuni fattori di rischio associati allo stile di vita sono tra le cause delle principali MCNT: consumo di tabacco, consumo rischioso e dannoso di alcol, alimentazione non corretta e mancanza di attività fisica. Tali fattori, rappresentano i determinanti di salute modificabili⁵, ai quali può essere ricondotto il 60% del carico di malattia (*burden of disease*), in Europa e in Italia, che, come indicato dall'OMS, corrisponde alla misura dello scarto tra lo stato di salute osservato di una popolazione e lo stato di salute ottimale, corrispondente a quello in cui tutta la popolazione raggiunge l'aspettativa di vita prevista⁶. Per esempio l'aumento del sovrappeso e dell'obesità, legato a determinanti di salute individuali e di contesto, ha preoccupanti implicazioni per la salute individuale e collettiva sia nell'infanzia sia nell'età adulta: nei bambini, oltre a conseguenze fisiologiche, come diabete mellito di tipo 2, disordini endocrinologici, anormale sviluppo osteoarticolare, comporta effetti sia psicologici sia sociali non trascurabili e rappresenta un fattore predittivo di obesità nell'età adulta; negli adulti, si associa a numerose complicanze quali il diabete mellito di tipo 2, l'ipertensione arteriosa e altre malattie cardiovascolari, dismetabolismi, tumori (mammella e colon-retto), osteoartrosi, calcolosi, disturbi respiratori.

L'azione sui principali fattori di rischio modificabili di grande rilevanza epidemiologica e la promozione di stili di vita salutari rappresentano, pertanto, importanti strumenti di prevenzione delle MCNT e presupposti essenziali per migliorare la qualità della vita e il benessere degli individui e della società. I fattori di rischio modificabili, trasversali rispetto all'insorgenza delle MCNT, risultano ampiamente diffusi nella popolazione residente in Italia ([vedi Capitolo 3. Epidemiologia](#)) e si distribuiscono in maniera non omogenea nella popolazione e solo in parte dipendono da scelte e comportamenti individuali, in quanto i determinanti sociali (condizioni socio-economiche e culturali, globalizzazione, urbanizzazione, politiche ambientali e povertà) esercitano spesso una forte pressione verso l'adozione di stili di vita nocivi per la salute, favorendo l'emergere di ulteriori disuguaglianze. La crisi economica che ha investito il nostro Paese e l'attuale invecchiamento della popolazione hanno senza dubbio acuito le problematiche esistenti ed evidenziato, nello stesso tempo, quanto sia importante investire sulla prevenzione e la promozione della salute.

È importante, quindi, promuovere politiche che agendo su diversi fronti e integrando azioni che non solo competono alla collettività e ai singoli cittadini, siano anche in grado di raggiungere i gruppi più a rischio, di ridurre le disparità di salute, di favorire l'accesso ai servizi e all'informazione e di promuovere la salute come bene pubblico, secondo una prospettiva "*life course*". Si conferma, pertanto, la necessità di adottare strategie intersettoriali e *multi-stakeholder* che attraverso accordi e alleanze tra il sistema salute e gli altri ambiti istituzionali e sociali (istruzione, trasporti, ambiente, agricoltura, urbanistica) e con la partecipazione dei cittadini, possano favorire l'adozione di politiche integrate e condivise di promozione della salute e del benessere, secondo il principio della "Salute in tutte le politiche"⁷.

La strategia italiana per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute

Nella strategia italiana di prevenzione e promozione della salute, l'attuale Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (PNP), prorogato nel 2019, delinea un sistema di azioni che accompagnano il cittadino per tutto il corso della vita (*life course*), nei diversi luoghi di vita⁸ e che mirano all'*empowerment* e alla resilienza delle persone e delle comunità.

Il PNP ha definito dieci macrobiettivi individuati in base a priorità di salute perseguibili da tutte le Regioni attraverso programmi che partono da contesti specifici a livello locale e puntano su un approccio il più possibile intersettoriale, *multistakeholder* e sistematico. Nel macrobiettivo “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT” le strategie di intervento previste dal piano sono finalizzate a combattere i quattro fattori di rischio modificabili: fumo, consumo dannoso di alcol, alimentazione non corretta e sedentarietà in tutte le fasce di età e nei diversi *setting* di vita (scuola, lavoro, comunità e contesto sanitario). Il Piano pone le popolazioni e gli individui al centro degli interventi di prevenzione e promozione della salute con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute e intende basare gli interventi sulle migliori prove di efficacia (*evidence*), riconoscendo un ruolo essenziale alla formazione degli operatori, al monitoraggio e alla valutazione degli interventi, nonché alla standardizzazione e riproducibilità degli interventi stessi. Si sviluppa, inoltre, nell’ottica della “costruzione sociale della salute” e dell’intersectorialità, e promuove, infatti, la salute come un valore da cui non si può prescindere, anche in settori diversi da quello sanitario che, nonostante ciò, risultano coprotagonisti e corresponsabili nel raggiungimento dell’obiettivo comune di promozione del benessere.

I professionisti della salute possono rivestire un ruolo trainante e strategico di *advocacy*, come “catalizzatori” di interventi di prevenzione e promozione della salute in diversi ambiti della comunità, intercettando le attività di settori differenti da quello sanitario e costruendo una rete di azioni che in diversi contesti contribuiscono alla costruzione della salute. In quest’ottica, la partecipazione e il coinvolgimento sia degli individui sia della comunità sono un prerequisito per intraprendere azioni sostenibili volte a ridurre le disuguaglianze.

Il PNP è inoltre coerente con il programma “Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari” approvato con il DPCM del 4 maggio 2007⁹, con il quale l’Italia accoglie la strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (*Gaining Health*)¹⁰, ed è in linea con la strategia internazionale di prevenzione e promozione della salute (*Health 2020*)¹¹.

È importante sottolineare che la strategia europea per la prevenzione e il controllo delle MCNT si fonda su un approccio *community-based*, cioè su interventi che abbiano come obiettivo principale la prevenzione delle malattie e delle loro complicanze, attraverso azioni mirate, rivolte in modo capillare all’intera popolazione e non solo alle persone malate o a quelle ad alto rischio. Sei messaggi chiave guidano l’azione:

1. la prevenzione è tanto più efficace quanto più è duratura e va considerata un vero e proprio investimento in salute e sviluppo;
2. la società dovrebbe offrire un contesto ambientale che faciliti le scelte più salutari;
3. i servizi sanitari dovrebbero adattarsi a questo obiettivo, affrontando l’attuale carico di malattia e aumentando le opportunità di promozione della salute;
4. le persone dovrebbero essere messe nelle condizioni di promuovere la propria salute, di interagire con i servizi sanitari ed essere parte attiva della gestione delle malattie;
5. per garantire il diritto alla salute è fondamentale che tutti abbiano accesso alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e ai servizi sanitari;
6. a qualsiasi livello, i governi hanno la responsabilità di proporre politiche di intervento all’insegna della salute e di assicurare un’azione integrata in tutti i settori.

In tale ottica il programma italiano Guadagnare Salute ha promosso la sinergia con Regioni, Province autonome e Comuni e con ben 9 Ministeri al fine di consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni e assicurare un’informazione univoca, completa e credibile. Nel 2007 è stata istituita, presso il Ministero della Salute, la Piattaforma nazionale sull’alimentazione, l’attività fisica e il tabagismo, presieduta dal Ministro della Salute, con il compito di formulare proposte e attuare iniziative, come l’attivazione di accordi trasversali e alleanze con aziende alimentari, con il mondo della scuola e del lavoro e interventi in accordo con produttori e distributori. La Piattaforma, ricostituita nel dicembre 2017, prevede la partecipazione di rappresentanti delle amministrazioni centrali interessate, delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano e delle associazioni firmatarie dei protocolli di intesa.

L’intersectorialità: un presupposto fondamentale per la prevenzione e la promozione della salute

La Carta di Ottawa, presentata nel 1986 in occasione della I Conferenza internazionale sulla promozione della salute, ha definito il concetto di “promozione della salute” come il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla (*empowerment*). La salute viene

assunta come una risorsa nella vita quotidiana dell'individuo, non tanto come uno "stato" finale da raggiungere. Il documento, inoltre, ha posto l'accento sulla centralità della persona e sul legame inestricabile tra l'uomo e i sottosistemi che compongono l'ecosistema nel quale vive (famiglia, comunità, ambiente fisico e socio-culturale), introducendo una teoria socio-ecologica della salute e collegando la promozione della salute al concetto di Salutogenesi (*Salus, salutis* = salute, *Genesis, genesis* = origine, inizio, derivazione), cioè ai fattori che favoriscono il mantenimento della salute, nonostante la presenza di rischi: *"La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama"*¹².

È pertanto necessario comprendere quali siano i determinanti nella vita delle persone e delle comunità che possono generare salute, migliorare la qualità della vita e il benessere e sapere quali, tra questi, le persone siano in grado di utilizzare efficacemente e quindi siano da considerare più importanti per definire le strategie di prevenzione e promozione della salute¹³.

La Carta a tale scopo suggeriva una strategia articolata su cinque azioni per promuovere la salute:

- costruire una politica pubblica rivolta alla tutela della salute, capace di mediare fra differenti interessi e di dare vita a una programmazione;
- rafforzare l'azione delle comunità locali per permettere ai cittadini di poter effettuare scelte di salute autonome (partecipazione);
- sviluppare le capacità personali non solo attraverso interventi informativi sui rischi e indicazioni sugli stili di vita salutari, ma piuttosto attraverso l'attivazione di processi comunicativi bidirezionali (dialogo) che possano favorire l'alfabetizzazione sulla salute e potenziare le risorse personali per esercitare un maggiore controllo, attuare cambiamenti, potenziare le capacità di resistere a stimoli negativi, a malattie ed effettuare scelte sane (capacità di *coping*, resilienza);
- creare ambienti favorevoli, capaci di offrire un adeguato supporto alle persone per il perseguimento della salute;
- riorientare i servizi sanitari nella logica di renderli più adeguati a interagire con gli altri settori, in modo tale da svolgere un'azione comune per la salute della comunità di riferimento.

Tale approccio è stato poi confermato nelle conferenze mondiali sulla promozione della salute che si sono susseguite nel corso del tempo e in documenti programmatici.

L'OMS definisce la collaborazione intersettoriale "una relazione riconosciuta tra due o più soggetti appartenenti a diversi settori della società, costituita allo scopo di intraprendere azioni finalizzate a raggiungere risultati di salute o risultati intermedi di salute, rispetto a una problematica specifica, secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario"¹⁴.

Intersettorialità è quindi la parola chiave per esprimere la condivisione tra settori diversi sui determinanti della salute e, pertanto, la promozione della salute deve essere un processo complesso fondato su un largo coinvolgimento e una corresponsabilità di attori diversi.

In Italia, le Regioni sono ormai da anni impegnate in interventi svolti in ambienti che possono favorire lo sviluppo della salute, in modo particolare nei luoghi di lavoro, nelle scuole, nelle città e nelle comunità locali, oltre che nel contesto sanitario. È tuttavia necessario che tali iniziative coinvolgano sempre di più *target* differenziati di popolazione, siano impostate in modo sistematico e coordinato, siano basate su evidenze scientifiche, prendano in considerazione buone pratiche, già sperimentate e siano in linea con il contesto europeo, cioè si inseriscano in network europei come la Rete europea per la promozione della salute nei luoghi di lavoro (Workplace Health promotion - WHP)¹⁵ o la Rete Città Sane riconosciuta dall'OMS¹⁶. Tale processo può essere rinforzato solo investendo nello sviluppo continuo delle conoscenze e competenze di quanti si occupano di promozione della salute a tutti i livelli, per la condivisione di un approccio culturale orientato alla salutogenesi e al benessere della persona, vista nel suo contesto di vita, familiare e collettivo.

Prevenzione e promozione della salute: interventi a diversi livelli

La prevenzione e la promozione della salute rappresentano un processo globale, sociale, politico e culturale, che disegna un "modello sociale di salute" finalizzato a:

- rafforzare le abilità e le competenze personali (*empowerment*), sia per mantenere il benessere in coloro che hanno un buono stato di salute, sia per migliorare la qualità della vita di coloro che si trovano in condizioni di salute peggiori o che soffrono di specifiche patologie;
- adottare politiche utili non solo al superamento della deprivazione che crea iniquità di salute, ma anche allo sviluppo di strategie multicomponenti e intersettoriali che favoriscano la partecipazione sociale e facilitino i cittadini a compiere scelte salutari consapevoli, responsabili e autonome¹⁷.

Per favorire lo sviluppo di tale modello di salute è necessario far riferimento a un approccio comunicativo direttivo, centrato sul “*target* di riferimento”, teso a valorizzare le potenziali competenze delle persone e delle comunità, basato sul rispetto, l’ascolto, l’empatia e la bidirezionalità¹⁸.

Lo sviluppo delle competenze personali può essere favorito da iniziative di comunicazione partecipate e pianificate che coinvolgano figure chiave nel rapporto con i cittadini, in grado di gestire la relazione con consapevolezza e competenza, favorendo lo scambio bidirezionale e la centralità della persona. In quest’ottica la comunicazione gioca un ruolo cruciale, perché diventa componente integrante degli interventi di prevenzione e strumento proattivo per la promozione della salute. Infatti, non solo contribuisce ad aumentare le conoscenze e ad attivare processi di consapevolezza e di *empowerment* tra i cittadini e nella comunità, ma facilita anche la creazione di reti interistituzionali e collaborazioni tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie, rendendo più efficaci gli interventi e le iniziative per la popolazione.

Questo approccio affianca o sostituisce strategie di comunicazione caratterizzate da un passaggio unidirezionale, dall’alto verso il basso, di conoscenze e decisioni, che si ritiene possano essere accettate indipendentemente dalle specifiche esigenze individuali e dalle implicazioni personali.

Non basta informare le persone sui rischi perché queste cambino il proprio atteggiamento e migliorino la propria salute, non basta dare solo informazioni, seppur corrette e precise, bisogna anche sapere quando e come darle, spiegare e verificare che siano comprese.

L’accesso alle informazioni e il sostegno da parte degli operatori della rete territoriale di riferimento, il potenziamento delle competenze individuali, la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute, un saldo radicamento in un ambiente accogliente, rappresentano le opportunità e le risorse che gli interventi di promozione della salute devono mirare a garantire ai cittadini per ridurre le differenze e raggiungere l’uguaglianza nella salute.

In questo contesto è opportuno inquadrare le iniziative di comunicazione per la promozione di stili di vita salutari, condotte in modo capillare sul territorio attraverso il coinvolgimento di numerosi attori: i singoli individui, gli operatori impegnati in istituzioni sanitarie e non sanitarie, la società civile, le amministrazioni, l’intera comunità¹⁹.

Tali iniziative, finalizzate a migliorare le conoscenze e attivare cambiamenti di atteggiamenti e comportamenti attraverso il potenziamento delle competenze individuali (*empowerment*) può essere favorito dalla presenza diffusa sul territorio di operatori con competenze comunicativo-relazionali e di base del *counselling*, formati alle diverse tipologie dell’intervento breve fino all’attivazione dei processi motivazionali^{20,21}.

Gli operatori del territorio (per esempio medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, operatori dei servizi territoriali, di associazioni sportive, farmacisti, insegnanti, ecc.) hanno, infatti, l’opportunità di interagire direttamente con i singoli o con piccoli gruppi di persone utilizzando la relazione interpersonale quale principale strumento della strategia comunicativa per comprendere pensieri ed emozioni e la personale disponibilità al cambiamento.

In queste occasioni è possibile attuare interventi personalizzati, centrati sulle specifiche esigenze informative della persona, sui suoi vissuti e sulla sua percezione del rischio, ponendo attenzione alle implicazioni personali rispetto al tema di salute affrontato, con l’intento di facilitare scelte consapevoli e autonome. Questi interventi di comunicazione bidirezionale, finalizzati al raggiungimento di obiettivi informativi e comportamentali, affiancano e integrano interventi informativi generalizzati, orientati al miglioramento delle sole conoscenze e realizzati con strumenti di comunicazione prevalentemente unidirezionali, quali per esempio campagne di sensibilizzazione e di educazione con produzione di materiali scritti (opuscoli, poster, lettere), spot, siti web, campagne stampa.

Va sottolineato che ogni intervento comunicativo acquista significato e aumenta la sua efficacia se è concepito e realizzato nell’ambito di una pianificazione strategica delle attività e se è integrato con altre iniziative comunicative condotte con mezzi di comunicazione differenziati ma integrabili. La pianificazione delle attività di comunicazione che permette di definire il tema di salute sul quale si vuole intervenire,

identificare i diversi interlocutori (*target*), definire gli obiettivi comunicativi, individuare i mezzi e le attività più adeguate, stabilire i criteri per il monitoraggio e la valutazione dell'intero processo, rappresenta un presupposto fondamentale per evitare interventi improvvisati o isolati e garantire piuttosto iniziative consapevoli, concordate tra i soggetti e le istituzioni coinvolte, orientate al raggiungimento di obiettivi comuni^{20,21}.

Pertanto, perché si possano realizzare interventi finalizzati a fornire informazioni personalizzate e a sostenere a diversi livelli cambiamenti negli atteggiamenti e nei comportamenti rispetto agli stili di vita, è necessario che si verifichino una serie di cambiamenti nel contesto di vita, nell'organizzazione dei servizi e negli interventi degli operatori, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti comunicativo-relazionali.

Bibliografia

1. World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=52198FB44CB3BD8DF4B0CDDDBCE1A434?sequence=1
2. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases. Fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
3. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases (NCD) country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. p. 112. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>
4. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Italy: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies; 2017. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_it_english.pdf
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies. 1991. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
6. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Promot Int 2006; 21(4):340-5. doi:10.1093/heapro/dal033.
7. 8a Conferenza mondiale sulla promozione della salute Helsinki 2013 "Salute in tutte le politiche"
<http://www.dors.it/page.php?idarticolo=470>
8. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
9. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare Salute". Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 117, 22 maggio 2007.
10. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen: World Health Organization; 2006.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf?ua=1
11. World Health Organization (WHO). Health 2020: the European policy for health and well-being.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>
12. World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986. https://www.dors.it/alleg/0400/1986_Carta_Ottawa_OMS_ita.pdf
13. Antonovsky A. (1996), A salutogenic model as a theory to guide health promotion, Health Promotion International, 11 (1), 11-18.
14. WHO, Health Promotion Glossary, Geneva, 1998 (Traduzione italiana a cura del DORS Regione Piemonte, 2012
https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf
15. World Health Organization (WHO). Workplace Health promotion.
http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en
16. Rete Città Sane. <https://www.retecittasane.it/>
17. Marmot M. "La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto" Pensiero Scientifico editore 2016
18. De Mei B., Spinelli A. La promozione della salute a trenta anni dalla Carta di Ottawa. In: Ardis S, Bicchi C, Carraro T (Ed.). Trent'anni di Carta di Ottawa: Atti del meeting nazionale SIPS. Volume 1 - Abstract. Genova, 17-18 Novembre 2016. Aonia Edizioni. pp. 45-58.
19. WHO Regional Office for Europe. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st Century. Geneva: WHO, 2013. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1.
20. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari.
http://www.guadagnaresalute.it/promozione/pdf/FAD_GS_Cambiamento_2015_def.pdf
21. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale.
http://www.epicentro.iss.it/GuadagnareSalute/formazione/materiali/GS_valore_aggiunto_competenze_counselling.pdf

2.a. La promozione della salute nei luoghi di lavoro (Workplace Health Promotion, WHP)¹⁻⁹

La promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) è un tema prioritario sia per il sistema salute sia per le aziende e le imprese di ogni settore e dimensione, non solo per la crescente consapevolezza dell'importanza della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, ma anche a causa dell'emergere di nuovi rischi e di nuovi bisogni legati alla salute e al benessere sul luogo di lavoro, non da ultima la diffusione delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) nella popolazione attiva.

Il luogo di lavoro rappresenta un contesto privilegiato per raggiungere in maniera efficiente una parte rilevante della popolazione allo scopo di migliorarne gli stili di vita, in un'ottica di promozione della salute, influenzando il benessere psico-fisico dei lavoratori, nonché la salute delle loro famiglie e delle comunità. Il contesto di lavoro può essere infatti occasione e stimolo per assumere comportamenti corretti per la propria salute, non solo rispetto ai rischi connessi all'attività lavorativa.

I programmi di promozione della salute possono essere realizzati sia attraverso l'adozione di buone pratiche aziendali, secondo un approccio multicomponente, sostenibile e partecipato, sia attraverso interventi rivolti ai singoli lavoratori, con il coinvolgimento attivo di tutte le parti interessate.

Tali interventi sono in linea con gli obiettivi della *Workplace Health Promotion* dell'OMS, che mirano a favorire cambiamenti organizzativi dei luoghi di lavoro al fine di renderli ambienti favorevoli alla diffusione e all'adozione consapevole di stili di vita salutari, concorrendo alla prevenzione delle MCNT. Dette patologie, infatti, rappresentano una sfida anche per il mondo del lavoro in relazione agli aspetti di valorizzazione del capitale umano, di impatto economico e sociale. Inoltre, il miglioramento sia dell'ambiente sia dell'organizzazione del lavoro può incidere efficacemente sui processi di invecchiamento attivo e in buona salute, creando condizioni di supporto e inclusione dei lavoratori più anziani e di quelli con malattie croniche o disabilità.

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

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

WHP - Programmi internazionali/europei

Fin dalla Carta di Ottawa, in cui si identificano gli elementi chiave per la promozione della salute, i luoghi di lavoro sono ugualmente delineati quali contesti prioritari di intervento⁷.

Nella dichiarazione di Lussemburgo per la Promozione della salute sul lavoro nell'Unione Europea⁸, il *Network* Europeo (European Network for Workplace Health Promotion - ENWHP), indica i fattori che contribuiscono alla promozione della salute sul lavoro:

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

Il luogo di lavoro influenza lo stato di salute in diversi modi. Da un lato il lavoro può essere una risorsa per la crescita individuale e il potenziamento delle capacità personali, dall'altro può causare problemi di salute in particolare quando:

- i lavoratori sono costretti a lavorare in condizioni pericolose/di scarsa sicurezza/poco salutari;
- le capacità individuali sono inadeguate rispetto alle mansioni svolte;
- manca il reciproco sostegno dei colleghi.

La WHP rappresenta quindi una “filosofia” di promozione della salute che vede il luogo di lavoro come *setting* privilegiato per poter raggiungere in maniera efficiente una parte rilevante della popolazione per il miglioramento degli stili di vita, sia perché frequentato dall’adulto sano (che può “sfuggire” al medico di medicina generale), sia perché le persone vi trascorrono la maggior parte della propria giornata⁴.

La promozione della salute sul luogo di lavoro può essere raggiunta attraverso la combinazione di più azioni quali: migliorare l’organizzazione e l’ambiente di lavoro; promuovere la partecipazione attiva e incoraggiare lo sviluppo personale.

La WHP comporta:

- assumere un impegno organizzativo per migliorare la salute dei lavoratori;
- fornire ai dipendenti informazioni adeguate e definire strategie di comunicazione integrata;
- coinvolgere i lavoratori nei processi decisionali;
- sviluppare una cultura del lavoro basata sulla collaborazione;
- organizzare ruoli e processi lavorativi in modo che concorrano alla salute piuttosto che danneggiarla;
- mettere in atto politiche e pratiche che migliorino la salute dei lavoratori, facilitandone le scelte salutari;
- riconoscere che le organizzazioni hanno un impatto sulle persone e che ciò non sempre favorisce la loro salute e il loro benessere.

Le aree di attività della WHP includono: stili di vita, invecchiamento, cultura aziendale (compresa la gestione del personale), sviluppo del personale, equilibrio vita-lavoro, salute mentale e stress, benessere, responsabilità sociale delle imprese (*Corporate Social Responsibility*, CSR), nutrizione e salute. La promozione della salute nei luoghi di lavoro tocca quindi più aspetti (politici, sociali, economici e ambientali), si basa sulla cooperazione multisettoriale e multidisciplinare, e prevede il coinvolgimento e l’impegno di tutti i soggetti direttamente coinvolti (datori di lavoro, lavoratori, rappresentanti dei lavoratori, società)⁴⁻⁶.

La promozione di stili di vita salutari sul luogo di lavoro si attua sia diffondendo informazioni sulla loro importanza, sia offrendo delle opportunità per metterli in atto ([vedi Capitolo 4. Determinanti di salute negli ambienti di lavoro e di vita](#)). In queste realtà si sperimentano e si attuano interventi di prevenzione e promozione della salute secondo un approccio partecipativo e attivo da parte del lavoratore.

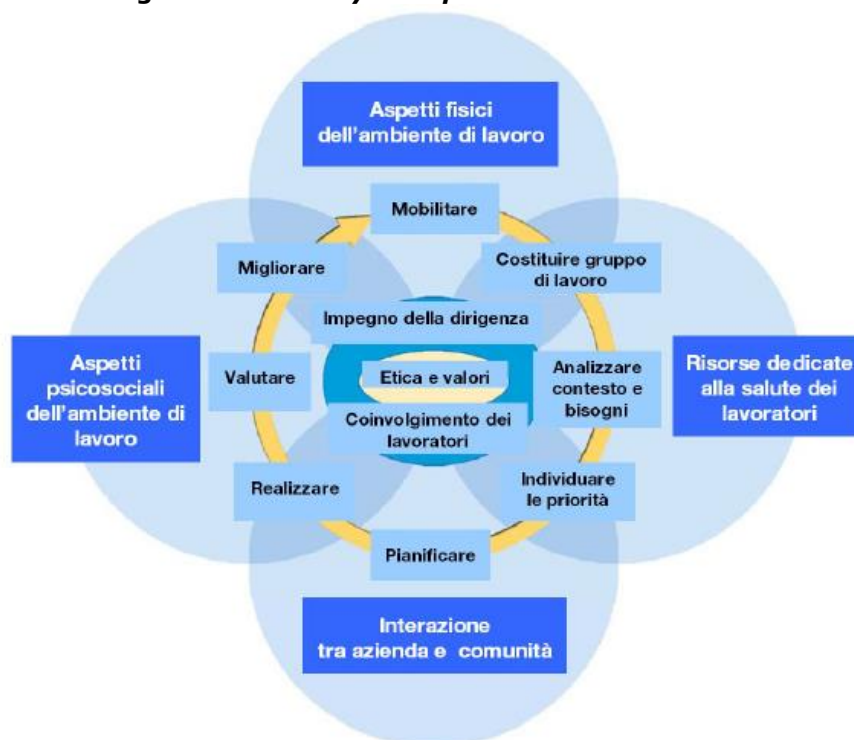
Partendo dal presupposto che un ambiente di lavoro sicuro e salutare è quello in cui i datori di lavoro, i lavoratori e i soggetti a vario titolo coinvolti collaborano, attraverso un processo di miglioramento continuo, per tutelare e promuovere la sicurezza, la salute e il benessere di tutti i lavoratori e sulla base delle prove di efficacia e delle buone pratiche disponibili, l’OMS ha sviluppato l’*Healthy workplace model* cui si ispira la rete internazionale WHP (Workplace Health promoting, WHO Five Keys, WHO Healthy workplaces, [Figura 1](#))⁹⁻¹¹.

Per l’*Healthy workplace model* il luogo di lavoro deve promuovere, favorire e proteggere il completo benessere fisico, mentale e sociale dei lavoratori, tenendo conto di quattro aspetti tra di loro interconnessi, che influiscono sulla sicurezza e sulla salute dei lavoratori:

- **gli aspetti fisici dell’ambiente di lavoro**, che comprendono mezzi, risorse e prodotti del lavoro (ambiente e struttura del luogo di lavoro, macchinari, arredi, materiali, processi, ecc.);
- **le risorse** (informazioni, servizi, ecc.) dedicate alla salute dei lavoratori, che contribuiscono a monitorare e a mantenere uno stato di salute fisica e mentale ottimale e a favorire il mantenimento o l’adozione di stili di vita salutari;
- **l’interazione tra azienda e comunità**, che riguarda la modalità con cui l’azienda interagisce con la comunità per migliorare la salute dei lavoratori e delle loro famiglie e degli altri membri della comunità stessa;
- **gli aspetti psicosociali dell’ambiente di lavoro**, che includono l’organizzazione e la gestione del lavoro (norme e procedimenti, stile e modalità di conduzione e di controllo), il clima e la cultura organizzativa, i valori, gli atteggiamenti, le credenze e le pratiche quotidiane in azienda.

Tale modello si basa sull’idea che un’azienda che promuove la salute, attraverso un processo partecipato che vede il coinvolgimento di tutte le parti interessate, si impegna a costruire un contesto che favorisce l’adozione di comportamenti e scelte positive per la salute, nel proprio interesse e nell’interesse dei lavoratori e della collettività.

Figura 1. L'Healthy workplace model dell'OMS^{10,11}



Il modello OMS delinea un processo ciclico che continuamente pianifica, attua, monitora e perfeziona le attività di un programma o di un progetto attraverso otto fasi:

1. **mobilitare, attivare i portatori di interesse** (datori di lavoro, dirigenza, rappresentanti dei lavoratori) per ottenere appoggio e risorse e per arrivare, attraverso l'adozione di una *policy* globale, a includere negli obiettivi e nei valori del piano strategico aziendale la cultura dei luoghi di lavoro sani;
2. **costituire un gruppo di lavoro** rappresentativo delle parti interessate (azienda, lavoratori) che devono essere coinvolte attivamente in ogni fase di realizzazione e di valutazione del programma/progetto;
3. **analizzare contesto e bisogni** attraverso una raccolta di dati quantitativi (epidemiologici, statistici, sociali) e qualitativi (opinioni, percezioni) per individuare i problemi di salute, i comportamenti a rischio e le situazioni ambientali su cui agire;
4. **individuare le priorità** sulle quali intervenire;
5. **pianificare** un programma di interventi o un progetto;
6. **realizzare le attività previste** dal programma o dal progetto;
7. **valutare ciò che si sta realizzando** in termini di processo, prodotti e cambiamenti (organizzativi, comportamentali), costi e benefici per i lavoratori e per l'azienda;
8. **migliorare il programma** o il progetto sulla base dei risultati ottenuti e rimodularlo se necessario.

Gli studi concordano nel sostenere che gli interventi di prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro portano a buoni risultati anche dal punto di vista economico in termini di vantaggio dal punto di vista aziendale (per esempio calo dell'assenteismo) e di riduzione dei costi sanitari a carico della collettività^{5,9,12-14}.

Tabella 4. I benefici e i vantaggi della promozione della salute sul luogo di lavoro

	Per i lavoratori	Per l'ente
Per migliorare	<ul style="list-style-type: none"> - La salute e la qualità della vita anche sul posto di lavoro - La soddisfazione lavorativa (motivazione, concentrazione, memoria, interesse, rapporto con i colleghi, ...) - La gestione dello stress 	<ul style="list-style-type: none"> - La qualità della vita sul luogo di lavoro - L'immagine dell'ente - Le relazioni lavorative - La produttività - La soddisfazione dei clienti
Per aumentare	<ul style="list-style-type: none"> - Il benessere psicosociale 	<ul style="list-style-type: none"> - Il senso di appartenenza

Per ridurre	<ul style="list-style-type: none"> - Il rischio di mortalità prematura - Il rischio di soffrire di alcune malattie (malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione, ipercolesterolemia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Le assenze per malattia - Gli infortuni sul lavoro - L'assenteismo - I costi sociali (indennizzi, assicurazioni, ecc.)
--------------------	--	---

Sconti INAIL per le aziende che investono in sicurezza¹⁻³

L'INAIL premia con uno sconto denominato "oscillazione del tasso per prevenzione" (OT/24) le aziende operative da almeno un biennio, che mettono in atto interventi per il miglioramento delle condizioni di sicurezza e di igiene nei luoghi di lavoro, in aggiunta a quelli minimi previsti dalla normativa in materia (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.). L'oscillazione per prevenzione riduce il tasso di premio applicabile all'azienda, determinando un risparmio sul premio dovuto all'INAIL.

La riduzione opera solo per l'anno nel quale è stata presentata la domanda ed è applicata dall'azienda stessa, in sede di regolazione del premio assicurativo dovuto per lo stesso anno.

Nel primo biennio di attività della posizione assicurativa territoriale (PAT), la riduzione è applicata nella misura fissa dell'8%. Trascorso il primo biennio, la riduzione è riconosciuta in misura fissa, in relazione al numero dei lavoratori-anno del periodo, come segue:

- 28% fino a 10 lavoratori-anno
- 18% da 11 a 50 lavoratori-anno
- 10% da 51 a 200 lavoratori-anno
- 5% oltre 200 lavoratori-anno.

Possono presentare domanda le aziende che al 31 dicembre dell'anno che precede quello cui si riferisce la domanda:

- sono in possesso dei requisiti per il rilascio della regolarità contributiva e assicurativa;
- sono in regola con le disposizioni obbligatorie in materia di prevenzione infortuni e di igiene del lavoro;
- hanno effettuato interventi di miglioramento nel campo della prevenzione degli infortuni e igiene del lavoro fra quelli individuati dall'INAIL e riportati in un modulo disponibile insieme alle istruzioni per la compilazione sul sito istituzionale www.inail.it nella sezione Assicurazione.

1. Italia. Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro. Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 - Suppl. Ordinario n. 108 (Decreto integrativo e correttivo: Gazzetta Ufficiale n. 180 del 05 agosto 2009 - Suppl. Ordinario n. 142/L). <http://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Testo%20Unico%20sulla%20Salute%20e%20Sicurezza%20sul%20Lavoro/Testo-Unico-81-08-Edizione-Giugno%202016.pdf>
2. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Decreto del 3 marzo 2015. Determinazione dell'oscillazione del tasso medio per la prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 111, 15 maggio 2015. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/05/15/15A03533/sq>
3. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL). Oscillazione del tasso per prevenzione. <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/assicurazione/premio-assicurativo/oscillazione-del-tasso/oscillazione-del-tasso-per-prevenzione.html>

Bibliografia

1. European Union information agency for occupational safety and health (EU-OSHA). Workplace Health Promotion for Employers. Promozione della salute nei luoghi di lavoro — Per i datori di lavoro. 2010. <https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/factsheets/93>
2. European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). "The Edinburgh Declaration on the Promotion of Workplace Mental Health and Wellbeing". 2010. http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Publications/Edinburgh_Declaration.pdf
3. European Union information agency for occupational safety and health (EU-OSHA). Workplace Health Promotion for Employees. Promozione della salute nei luoghi di lavoro — Per i lavoratori. 2010. <https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/factsheets/94/>
4. European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.workplace-health-promotion>; sezione sulle buone pratiche <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.good-practices>
5. Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Regione Piemonte (DORS). Promuovere salute nel luogo di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti. Dicembre 2016. https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf
6. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Motivation for employers to carry out workplace health promotion. Literature review. Luxembourg: EU-OSHA; 2012. https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/literature_reviews/motivation-for-employers-to-carry-out-workplace-health-promotion
7. World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
8. European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). La Dichiarazione di Lussemburgo sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro nell'Unione Europea. Luxembourg: ENWHP; 2007.

https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/luxembourg_declaration.pdf; traduzione italiana https://appsricercascientifica.inail.it/whp/documenti/manifesti/Dichiarazione%20di%20Lussemburgo_2007_IT.pdf

9. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ. The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annu Rev Public Health* 2008;29:303-323.
<https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090930>
10. World Health Organization (WHO). Healthy workplaces: a model for action. For employers, workers, policy-makers and practitioners. Geneva: World Health Organization; 2010.
https://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf
11. World Health Organization (WHO). WHO Healthy Workplace Framework and Model: background and supporting literature and practice. Geneva: World Health Organization; 2010.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113144/9789241500241_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century (2013). <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>
13. Vaughan-Jones H, Barham L. Healthy work: Challenges and opportunities to 2030. London: Bupa; 2009.
<https://www.nursingtimes.net/Journals/1/Files/2009/4/6/Healthy%20Work.pdf>
14. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, et al. Employer integration of health promotion and health protection programs. *International Journal of Workplace Health Management* 2008;1(Issue 2):109-122.
<https://doi.org/10.1108/17538350810893900>

2.b. Il ruolo del medico competente per la promozione della salute

Interventi opportunistici nel contesto lavorativo

Si definiscono contesti opportunistici quelli in cui tecnicamente si può realizzare un intervento “ogniquale volta se ne presenti l’opportunità”¹⁻³. Gli interventi “opportunistici” possono pertanto inserirsi in molte reti, compresa la medicina del lavoro e il contesto aziendale e lavorativo. La popolazione dei lavoratori diventa il *target* di intervento “opportunistico” in occasione di eventi di contatto con le azioni programmate dalla ASL o dal medico competente. In queste occasioni di incontro, gli operatori sanitari, a seconda del ruolo e del servizio di appartenenza, hanno l’opportunità di realizzare un intervento anche breve per l’adozione di stili di vita salutari.

In accordo con la definizione di salute indicata dall’OMS come “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza dello stato di malattia o disturbi organico-funzionali”¹, i professionisti che operano nell’ambito della medicina del lavoro possono tutelare la salute del lavoratore in rapporto ai rischi lavorativi e promuoverla negli ambienti di lavoro e di vita quotidiana, così come indicato anche nella Direttiva della Comunità Europea CEE n. 89/391².

Per molto tempo la medicina del lavoro è stata identificata come quella specializzazione medica che si occupava della diagnostica, della terapia e della prevenzione delle malattie da lavoro; oggi si occupa anche della protezione e promozione della salute nella popolazione che lavora. Si tratta di una disciplina vasta, che comprende una serie di specializzazioni operative, ciascuna delle quali è contraddistinta da tecniche peculiari che si sono sviluppate e consolidate nel tempo:

- medicina aziendale;
- ergonomia;
- igiene del lavoro;
- epidemiologia occupazionale;
- radioprotezione medica (medico autorizzato);
- tossicologia occupazionale.

La medicina aziendale, in particolare, è la specializzazione operativa del medico competente che opera direttamente sui luoghi di lavoro. La salvaguardia della salute dei lavoratori e di promozione della sicurezza sul posto di lavoro va ben oltre ciò che accade sul luogo di lavoro e deve tenere presente numerosi e diversi aspetti, come per esempio quelli sociali, etici, sanitari, assicurativi, civili e penali, tecnici e preventivi.

Gli “attori” della prevenzione e della sicurezza previsti dal decreto legislativo n. 81/2008 e s.m.i.¹⁻⁴ sono:

- Datore di Lavoro (DL) (o suo delegato);
- il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) che coordina il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP);
- Medico Competente (MC);
- Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza (RLS);
- Organizzazioni Sindacali (OO.SS.);
- i Lavoratori.

Il medico competente

La figura del medico competente è definita dall’articolo 2, comma h, del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.:³ “*medico competente*: medico in possesso di uno dei titoli e dei requisiti formativi e professionali di cui all’articolo 38, che collabora, secondo quanto previsto all’articolo 29, comma 1, con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti di cui al presente decreto”. Compito essenziale del medico competente è la sorveglianza sanitaria, che trova anch’essa definizione nell’articolo 2, comma m, dello stesso decreto: “*sorveglianza sanitaria*: insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all’ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell’attività lavorativa”.

La sorveglianza sanitaria ha il carattere di pratica “tassativa” per tutti i soggetti coinvolti e ha le seguenti finalità:

- prevenire l'insorgenza di malattie professionali, monitorando anche gli ipersuscettibili;
- prevenire, in caso di preesistenti patologie, l'aggravamento delle condizioni del lavoratore in relazione ai rischi lavorativi;
- monitorare nel tempo gli effetti dell'esposizione ai fattori di rischio individuati;
- esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

I programmi di WHP hanno il fine di accrescere la capacità dei lavoratori di controllare e migliorare il proprio stato di salute, la loro realizzazione non costituisce un obbligo di legge per i DL; tuttavia, l'art. 25 del D.Lgs. 81/2008³ ne riconosce la validità dei fini e pone tra gli obblighi del medico competente quello di collaborare, con il DL e l'RSPP, "alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute". A tale riguardo giova ricordare che l'articolo 39 del D. Lgs 81/2008, impone al medico competente di svolgere la sua attività secondo i principi del codice etico della Commissione Internazionale di Salute Occupazionale (ICOH)⁴, il quale sancisce che obiettivo primario della medicina del lavoro è non solo la protezione, ma anche la promozione della salute dei lavoratori e della loro capacità lavorativa.

Tabella 5. Possibili interventi di WHP sul luogo di lavoro

	Interventi
Neoplasie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informazione sulle interazioni tra fumo, alcol e cancerogeni professionali ▪ <i>Counselling</i> per la cessazione del tabagismo per esposti a cancerogeni professionali ▪ Educazione alimentare e distribuzione di cibi sani nelle mense aziendali ▪ Protezione contro l'eccessiva esposizione a radiazioni UV ▪ Screening di provata efficacia
Malattie cardiovascolari	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abolizione del fumo di tabacco ▪ Correzione del regime alimentare ▪ Controllo della pressione arteriosa e del peso corporeo ▪ Aumento dell'attività fisica
Malattie respiratorie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informazione sulle interazioni tra fumo di tabacco ed esposizione a polveri, fumi e gas
Malattie infettive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campagne di vaccinazione raccomandate dal SSN
Salute e benessere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abolizione del fumo di tabacco ▪ Riduzione del consumo di alcol ▪ Riduzione del sovrappeso corporeo ▪ Adeguamento della dieta ▪ Aumento dell'attività fisica ▪ Controllo dello stress ▪ Igiene del sonno e strategie di compenso per i turnisti

Il medico competente può pertanto svolgere un importante e insostituibile ruolo nella promozione della salute nei luoghi di lavoro. Il suo compito è infatti essenziale, in quanto si relaziona direttamente con i lavoratori durante le visite mediche, conoscendone lo stato di salute psico-fisica, il tipo di attività svolta e il contesto lavorativo. Ogni persona trascorre circa un terzo della propria giornata sul posto di lavoro, o comunque svolgendo un'attività lavorativa. Questo tempo, dunque, non può essere trascurato in relazione alle abitudini che incidono sullo stato di salute. Il medico competente interagisce con una persona sana o che ha una percezione positiva del suo stato di salute, ma abitudini scorrette portano sul lungo periodo a manifestare conseguenze negative sullo stato di salute. Fumo, consumo eccessivo di alcol, alimentazione scorretta e vita sedentaria sono i fattori su cui si possono concentrare gli interventi del medico competente, portando alla luce, durante colloqui ed esami diagnostici mirati, la situazione di rischio del singolo lavoratore. Il medico competente può quindi attivare risposte e proposte personalizzate per il singolo lavoratore e, grazie a un'approfondita anamnesi, può individuare eventuali predisposizioni, abitudini scorrette radicate negli anni, familiarità rispetto a certe malattie.

Può, inoltre, raccogliere dati utili per la programmazione degli interventi e contribuire a monitorare l'attuazione di programmi di promozione di salute attraverso la rilevazione periodica dei fattori di rischio nel corso della sorveglianza sanitaria. Sul medio-lungo periodo l'analisi dell'evoluzione dei fattori comportamentali dei lavoratori è utile per valutare l'efficacia degli interventi a favore della promozione della salute in ambito lavorativo compresa l'attività svolta dal medico competente. In tale azione, va ribadito che il medico competente non è attore unico, ma lavora in rete con le ASL, le altre professionalità

sanitarie, compreso il medico di medicina generale, e il mondo dell'imprenditoria per favorire politiche attente al benessere.

A tal proposito, è importante sottolineare che i DL hanno specifici obblighi di informazione e formazione nei confronti dei lavoratori, sanciti dall'art. 239 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. ("Il datore di lavoro fornisce ai lavoratori, sulla base delle conoscenze disponibili, informazioni e istruzioni, in particolare per quanto riguarda: a) gli agenti cancerogeni o mutageni presenti nei cicli lavorativi, la loro dislocazione, i rischi per la salute connessi al loro impiego, ivi compresi i rischi supplementari dovuti al fumare. Il datore di lavoro assicura ai lavoratori una formazione adeguata...") e dagli artt. 257 e 258 del D.lgs. 81/2008 e s.m.i. (obbligo per i datori di lavoro di informare i lavoratori esposti ad amianto sulle "specifiche norme igieniche da osservare, ivi compresa la necessità di non fumare" e di provvedere alla loro "formazione sufficiente e adeguata, a intervalli regolari" in merito alle "proprietà dell'amianto" e ai "suoi effetti sulla salute, incluso l'effetto sinergico del tabagismo").

L'efficacia dei programmi di WHP è incrementata dalla loro integrazione con le politiche di salute e sicurezza occupazionali^{5,6} e possono riguardare la promozione della salute e la prevenzione di diverse condizioni (vedi [Tabella 5](#)).

Bibliografia

1. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. Principles. <http://www.who.int/about/mission/en/> e <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
2. Italia. Direttiva 89/391/CEE del Consiglio, del 12 giugno 1989, concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:31989L0391>
3. Italia. Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro. Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Gazzetta Ufficiale n. 101, 30 aprile 2008 - Suppl. Ordinario n. 108 (Decreto integrativo e correttivo: Gazzetta Ufficiale n. 180, 5 agosto 2009 - Suppl. Ordinario n. 142/L). <http://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Testo%20Unico%20sulla%20Salute%20e%20Sicurezza%20sul%20Lavoro/Testo-Unico-81-08-Edizione-Giugno%202016.pdf>
4. International Commission on Occupational Health (ICOH). Il codice internazionale di etica per gli operatori di medicina del lavoro, 3 edizione, 2016, versione italiana a cura dell'Inail. <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-codice-internazionale-operatori-medicina-lavoro.pdf>
5. Sorensen G, Barbeau EM. Integrating occupational health, safety and worksite health promotion: opportunities for research and practice. Med Lav 2006;97:240-57. <http://europepmc.org/abstract/med/17017356>
6. Italia. Legge 16 gennaio 2003, n. 3. Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 15, 20 gennaio 2003. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_366_allegato.pdf

2.c. Normativa su sicurezza e salute sul luogo di lavoro

La promozione della salute nei luoghi di lavoro non solo ha un valore strategico per l'azienda, ma è citata espressamente nel testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)¹. Considerando alcuni fenomeni come l'invecchiamento della popolazione lavoratrice, la promozione della salute dovrebbe diventare sempre più una strategia complementare a quella della tutela della salute.

Normativa

La tutela della sicurezza della salute del lavoratore trova fondamento in alcuni articoli della Costituzione della Repubblica Italiana; inoltre, nel Codice civile e penale e nella legislazione speciale.

Legislazione generale

Nella Costituzione della Repubblica Italiana sono tre gli articoli che vanno tenuti presenti nell'esercizio della medicina del lavoro:

- n. 32, "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività [...]";
- n. 35, "La Repubblica tutela il lavoro in tutte le sue forme ed applicazioni. Cura la formazione e l'elevazione professionale dei lavoratori [...]";
- n. 41, "L'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. [...]".

Nel Codice civile va ricordato l'articolo n. 2087: "L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio della impresa le misure che secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro".

Infine, nel Codice penale bisogna considerare quattro articoli:

- n. 437, che prevede la reclusione per "Chiunque omette di collocare impianti, apparecchi o segnali destinati a prevenire disastri o infortuni sul lavoro [...]";
- n. 451, che prevede la reclusione o la multa per "Chiunque, per colpa, omette di collocare, ovvero rimuove o rende inservibili apparecchi o altri mezzi destinati alla estinzione di un incendio o al salvataggio o al soccorso contro disastri o infortuni sul lavoro [...]";
- n. 589, sull'omicidio colposo, e n. 590, sulle lesioni personali colpose. Sono previste pene più severe nel caso di fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale.

Legislazione speciale

La legislazione speciale sulla tutela della sicurezza e della salute del lavoratore è quasi tutta contenuta nel decreto legislativo n. 81/2008 e s.m.i. e nelle norme relative alla assicurazione dei danni da lavoro che rappresenta il corpo legislativo per la prevenzione di tutti i rischi lavorativi e la protezione dei lavoratori. Tale decreto si è sostituito alla precedente legislazione degli anni '50/'60 e ha rappresentato il passaggio fondamentale dal concetto di presunzione del rischio (decreto del Presidente della Repubblica n. 303/56)² a quello di valutazione del rischio (decreti legislativi n. 277/91, 626/94, 81/08)^{1,3,4}.

L'articolo 15 del decreto 81/2008 indica le misure generali di tutela:

- a) valutazione di tutti i rischi per la salute e la sicurezza;
- b) programmazione della prevenzione e dei processi lavorativi, mirata a un complesso che integri in modo coerente nella prevenzione le condizioni tecniche produttive dell'azienda nonché l'influenza dei fattori dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro;
- c) eliminazione dei rischi e, ove ciò non sia possibile, la loro riduzione al minimo in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico;
- d) rispetto dei principi ergonomici nell'organizzazione del lavoro, nella concezione dei posti di lavoro, nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro e produzione, in particolare al fine di ridurre gli effetti sulla salute del lavoro monotono e di quello ripetitivo;
- e) riduzione dei rischi alla fonte;
- f) sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non lo è o è meno pericoloso;
- g) limitazione al minimo del numero dei lavoratori che sono, o che possono essere, esposti al rischio;
- h) utilizzo limitato degli agenti chimici, fisici e biologici sui luoghi di lavoro;

-
- i) priorità delle misure di protezione collettive rispetto alle misure di protezione individuale;
 - l) controllo sanitario dei lavoratori;
 - m) allontanamento del lavoratore dall'esposizione al rischio per motivi sanitari inerenti alla sua persona e l'adibizione, ove possibile, ad altra mansione;
 - n), o), p) informazione e formazione adeguate per i lavoratori, per i dirigenti e preposti, per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
 - q) istruzioni adeguate ai lavoratori;
 - r) partecipazione e consultazione dei lavoratori;
 - s) partecipazione e consultazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, anche attraverso l'adozione di codici di condotta e di buone prassi;
 - t) programmazione delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza, anche attraverso l'adozione di codici di condotta e di buone prassi;
 - u) misure di emergenza da attuare in caso di primo soccorso, di lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori e di pericolo grave e immediato;
 - v) uso di segnali di avvertimento e di sicurezza;
 - z) regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, impianti, con particolare riguardo ai dispositivi di sicurezza in conformità alla indicazione dei fabbricanti.

Bibliografia

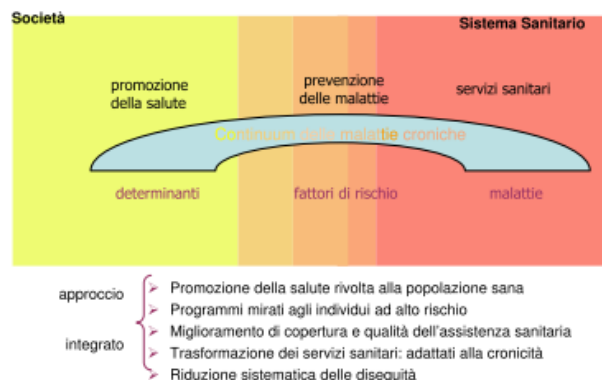
1. Italia Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro. Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. *Gazzetta Ufficiale* n. 101 del 30 aprile 2008 - Suppl. Ordinario n. 108 (Decreto integrativo e correttivo: *Gazzetta Ufficiale* n. 180, 5 agosto 2009 - Suppl. Ordinario n. 142/L). <http://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Testo%20Unico%20sulla%20Salute%20e%20Sicurezza%20sul%20Lavoro/Testo-Unico-81-08-Edizione-Giugno%202016.pdf>
2. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica del 19 marzo 1956, n. 303. Norme generali per l'igiene del lavoro. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale - Serie Generale* n. 105, 30 aprile 1956 - Suppl. Ordinario. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1956/04/30/056U0303/sq>
3. Italia. Decreto Legislativo 15 agosto 1991, n. 277. Attuazione delle direttive n. 80/1107/CEE, n. 82/605/CEE, n. 83/477/CEE, n. 86/188/CEE e n. 88/642/CEE, in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro, a norma dell'art. 7 della legge 30 luglio 1990, n. 212. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 200, 27 agosto 1991. <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=45760&articolo=2>
4. Italia. Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 626. (Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE, 99/92/CE, 2001/45/CE, 2003/10/CE, 2003/18/CE e 2004/40/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro). *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 265, 12 novembre 1994 - Suppl. Ordinario n. 141. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1994-11-12&atto.codiceRedazionale=094G0610&elenco30giorni=false

3.a. Epidemiologia – Le sorveglianze

La conoscenza dei profili di salute e dei fattori di rischio comportamentali nella popolazione è un requisito fondamentale per realizzare attività di prevenzione e di promozione della salute rivolte a gruppi specifici, individuati per esempio rispetto al genere o alla classe di età. L'attività di sorveglianza in continuo è inoltre necessaria per il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia degli interventi attuati e, di conseguenza, per la definizione e l'aggiornamento delle *policy*.

Tradizionalmente, la definizione di sistema di sorveglianza in sanità pubblica fa riferimento alle malattie infettive la cui circolazione può essere interrotta da efficaci azioni di prevenzione e per questo è necessario individuare agenti patogeni, modalità trasmissive e meccanismi di contagio. Come nella gran parte dei Paesi occidentali, anche in Italia attualmente le malattie infettive non rappresentano le principali priorità sanitarie che a fronte dei fenomeni di invecchiamento della popolazione e dell'aumento della speranza di vita sono costituite invece dalle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) che sono diventate la principale causa di decessi prematuri, morbidità e di perdita di anni di vita in buona. Poiché le MCNT sono prevalentemente determinate da fattori di rischio modificabili (quali ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, assunzione di alcol, ipercolesterolemia, eccesso ponderale, basso consumo di frutta e verdura, inattività fisica), agire su tali determinanti risulta efficace in termini di contenimento delle patologie stesse e di miglioramento degli esiti di salute più in generale. Uno schema della successione dei diversi fattori e dei possibili interventi è riportato nella [Figura 2](#).

Figura 2. Successione dei fattori di rischio e dei possibili interventi per il contrasto delle malattie croniche degenerative



La sorveglianza mirata alla prevenzione e alla promozione della salute è definita “di popolazione” in quanto monitora stili di vita e comportamenti che espongono gli individui a rischi rilevando attivamente le informazioni in campioni rappresentativi della popolazione posta sotto sorveglianza. I dati raccolti sono riferiti e si basano sulla percezione degli individui attraverso la somministrazione di questionari validati.

In Italia, gli obiettivi di “Salute in tutte le politiche” si ritrovano fin dal programma “Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari” (DPCM 4/5/2007 Gazzetta Ufficiale 117/2007)¹ e sono reiterati nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 (prorogato al 2019)². Dal 2004, il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, e sotto il coordinamento centrale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha promosso l'attivazione di sistemi di sorveglianza correlati alle diverse fasce di età della popolazione³⁻¹¹:

- **Zero-due anni:** rileva gli stili di vita delle donne in gravidanza e in allattamento correlati alla prima infanzia (0-2 anni);
- **OKkio alla SALUTE:** monitora lo stato nutrizionale e gli stili di vita dei bambini della scuola primaria (8-9 anni);
- **Health Behaviours in School-aged Children (HBSC):** indaga i comportamenti a rischio nella pre-adolescenza e nell'adolescenza (11, 13 e 15 anni);
- **Global Youth Tobacco Survey (GYTS):** indaga l'abitudine al fumo in ragazzi dai 13 ai 15 anni;
- **Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI):** effettua un'attività di sorveglianza su salute, qualità della vita e fattori di rischio comportamentali nell'età adulta (18-69 anni);

- **PASSI d'Argento:** effettua un'attività di sorveglianza su salute, qualità della vita e bisogni delle persone anziane (65 anni e oltre).

Queste sorveglianze sono basate su indagini campionarie di popolazione condotte localmente e coordinate dalle Regioni. A livello di coordinamento centrale, l'ISS fornisce il supporto tecnico-scientifico e metodologico per lo sviluppo e il disegno dell'indagine, la formazione degli operatori coinvolti, l'analisi dei dati e la comunicazione e diffusione dei risultati.

Sorveglianza PASSI³⁻⁵

Dal 2007, lo stato di salute della popolazione adulta di 18-69 anni residente in Italia è monitorato dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)³.

In PASSI, agli individui selezionati con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età dalle liste degli iscritti alle anagrafi sanitarie e intervistati telefonicamente da operatori delle ASL specificamente formati vengono chieste informazioni relative agli stili di vita, al rischio cardiovascolare, all'adesione all'offerta di programmi di prevenzione (screening oncologici e vaccinazioni), all'adozione di misure di sicurezza per la prevenzione di incidenti stradali, domestici e sui luoghi di lavoro, e più in generale in merito allo stato di benessere fisico e psicologico. Nel quadriennio 2015-2018 sono state intervistate oltre 132.000 persone.

Bibliografia

1. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare Salute". Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 117, 22 maggio 2007.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf
2. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
3. PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). <http://www.epicentro.iss.it/passi/>
4. PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) - Materiali per la formazione degli operatori PASSI. "Sistemi di sorveglianza degli stili di vita per la sanità pubblica. Il contrasto alle malattie cronico-degenerative" 2012.
5. PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) - Materiali per la formazione degli operatori PASSI. "Sistemi di sorveglianza degli stili di vita per la sanità pubblica. L'evidence applicata alla prevenzione", 2012.
6. Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia (Sorveglianza 0-2 anni).
<http://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/>
7. OKkio alla Salute. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
8. Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>
9. Health Behaviour School-Aged Children (HBSC) www.hbsc.unito.it/it e www.hbsc.org
10. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) <https://www.epicentro.iss.it/gyts/>
11. PASSI d'Argento. <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>

3.b. Epidemiologia – Dati di sorveglianza sui principali fattori di rischio per la salute¹

I dati della sorveglianza PASSI 2018 evidenziano prevalenze elevate per tutti e quattro i principali fattori di rischio legati agli stili di vita negli adulti di età compresa tra i 18 e i 69 anni: quasi un terzo (32%) è in sovrappeso e più di una persona su dieci è obesa (11%), più del 34% è da considerare sedentario, il 26% risulta fumatore e, sebbene meno della metà dichiara di non consumare bevande alcoliche, una persona su sei ne fa un consumo definito a “maggior rischio” per la salute per quantità o modalità di assunzione (*binge drinking*, consumo abituale elevato e fuori pasto)¹.

Alimentazione

Analizzando i dati PASSI 2015-2018 riferiti da 132.158 intervistati, emerge che il 43% risulta in eccesso ponderale, di cui il 32% in sovrappeso e l'11% obeso e che il sovrappeso (IMC compreso fra 25 e 29,9) cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini e nelle persone con un livello culturale, sociale ed economico più basso. La distribuzione geografica dell'eccesso ponderale mostra quote crescenti dal Nord al Sud Italia. La Campania continua a detenere il primato per la prevalenza più alta (52%); seguono, con valori non molto distanti, Calabria (49%), Molise (48%) e Sicilia (47%).

Rispetto al *trend* temporale 2008-2018, la situazione è sostanzialmente stabile per i soggetti in sovrappeso; l'obesità aumenta in particolare nel Sud Italia (quasi il 13% nel 2018), mentre si registra una riduzione di quasi un punto percentuale nelle regioni del Centro (9% nel 2018).

La percezione del proprio stato ponderale è coerente nei sotto/normopeso (87%), ma solo in meno della metà dei soggetti sovrappeso (45%); non è trascurabile che il 13% delle persone obese ritenga il proprio peso non troppo alto.

Quasi la totalità degli intervistati nel 2018 (97% di 132.645) dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 48% ne consuma fino a 2 porzioni al giorno, il 39% da 3 a 4 porzioni, e solo 1 su 10 rispetta la raccomandazione di consumarne 5 porzioni al giorno (*five a day*), cui aderiscono più frequentemente le donne, i 50-69enni, le persone senza difficoltà economiche e con un alto livello di istruzione, i residenti al Nord). Dal 2008 l'adesione al *five a day* è rimasta sostanzialmente stabile; si osserva un lieve aumento dal 2013, ma non ancora sufficiente ad avere una significatività statistica tale da compensare la riduzione che si era vista nei primi 5 anni di rilevazione.

Attività fisica e sedentarietà

PASSI ha adattato le domande sull'attività fisica dal *Physical activity module* utilizzato dal *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS)² dei *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) di Atlanta, che include: frequenza, durata, intensità, attività fisica al lavoro, autopercezione, consigli da parte di medici e altri operatori sanitari. I dati raccolti permettono la classificazione della popolazione in tre gruppi (attivo, parzialmente attivo, sedentario) sulla base delle definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Considerando i dati PASSI aggregati 2015-2018³, il 31% della popolazione adulta in età compresa tra i 18 e i 69 anni residenti in Italia può essere classificato come fisicamente attivo, il 34% parzialmente attivo e il restante 35% sedentario. Dalla stratificazione per classi di età emerge che la sedentarietà è associata all'avanzare dell'età (29% nei 18-34enni, 33% nei 35-49enni, 38% nei 50-69enni), al genere femminile (36%) e a uno *status* socio-economico più svantaggiato, per difficoltà economiche (46% di chi percepisce di avere molte difficoltà economiche) o basso livello di istruzione (50% di chi possiede un titolo di studio inferiore o uguale alla licenza elementare). La sedentarietà è meno frequente fra i cittadini italiani rispetto a quelli stranieri (34% rispetto a 37%), nelle regioni del Centro-Sud (dove tendenzialmente supera il 34%, dato relativo al valore nazionale), ed è associata a un cattivo stato di salute mentale^{4,5}.

Nell'intervallo 2008-2018 si osserva un aumento progressivo della prevalenza di sedentari in tutto il Paese; permane comunque uno sfavore per le regioni meridionali (Tabella 6).

Tabella 6. Quota di soggetti sedentari in Italia secondo i dati PASSI 2008-2018

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
23%	24%	26%	25%	26%	26%	27%	29%	27%	29%	35%

La percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta in quasi la metà dei parzialmente attivi (49%) e nella maggior parte dei sedentari (78%).

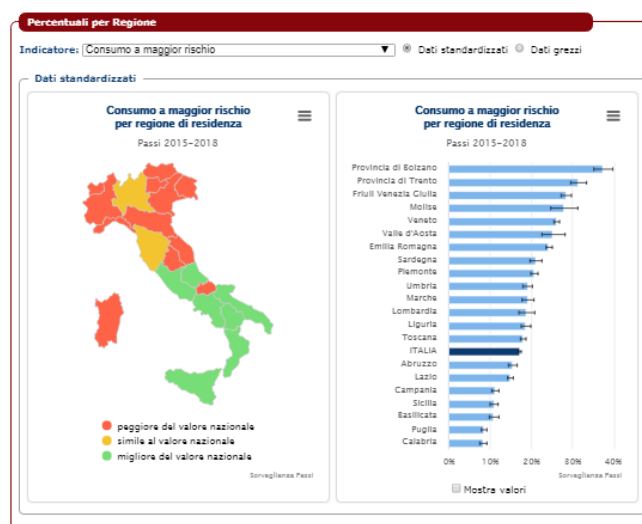
Alcol

Secondo i dati PASSI del periodo 2015-2018, il 56% degli adulti (129.174 residenti in tutte le Regioni/Province Autonome) consuma abitualmente bevande alcoliche: di questi, il 17% è classificabile come consumatore di alcol a “maggiore rischio” per la salute. Il *binge drinking* (secondo i criteri adottati dalla sorveglianza PASSI: assunzione di 4 o più unità di bevande alcoliche in un’unica occasione almeno una volta al mese) riguarda il 9% del campione ed è maggiore nei più giovani (18-24 anni, 15%), negli uomini (13%) e nelle persone con alto livello di istruzione (11%).

Nel confronto tra le Regioni, si confermano significativi i valori percentuali più elevati sia di bevitori *binge* sia di consumatori di alcol a maggior rischio al Nord, in particolare nelle Province Autonome di Bolzano e Trento, del Friuli Venezia Giulia e, per il Sud, in Molise e in Sardegna (Figura 3).

Per entrambe le categorie di consumo di alcol (a maggior rischio e *binge*), le analisi temporali nelle tre ripartizioni geografiche mostrano un aumento al Nord e al Centro Italia, mentre si registra una riduzione al Sud.

Figura 3. Consumo a maggior rischio



Fumo

PASSI adotta le definizioni condivise dalla comunità internazionale di fumatore (“persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che ancora fuma”), ex fumatore (“persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita, ha smesso di fumare e non fuma da più di 6 mesi”), fumatore in astensione (“persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita, ha smesso di fumare e non fuma da meno di 6 mesi”).

Secondo i dati PASSI 2015-2018, su un campione di 132.511 adulti, un intervistato su 4 (26%) si dichiara fumatore, il 17% ex fumatore e il 57% non fumatore. Il numero dichiarato di sigarette fumate in media al giorno è circa 12. Tra le donne la prevalenza è più bassa (22% rispetto a 30%) e il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche). Le stime di fumatori su base regionale evidenziano differenze significative: il *range* va dal 22% della Basilicata al 30% dell’Umbria, i valori più alti a seguire si registrano nel Lazio (29%), in Abruzzo e in Sicilia, Campania ed Emilia-Romagna (28%).

Dal 2008, la percentuale di fumatori va riducendosi significativamente su tutto il territorio nazionale (29% rispetto a 26%, valore 2018) e interessa in particolar modo le classi sociali più agiate.

La quota di ex fumatori cresce all’avanzare dell’età (50-69 anni, 25%), è maggiore negli uomini (22% rispetto a 13%), fra le persone senza difficoltà economiche (19%), fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri (18% rispetto a 12%) e fra i residenti nelle Regioni settentrionali anche se la Regione con la quota più alta di ex fumatori è la Sardegna (27%).

La percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista (ossia restare almeno un giorno senza fumare) è del 36%, un dato non trascurabile ma nell'81% dei casi il tentativo fallisce in quanto solo il 9% raggiunge l'obiettivo riferendo di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

Circa 9 adulti su 10 dichiarano che il divieto di fumo nei locali pubblici e sul luogo di lavoro frequentati nei 30 giorni precedenti l'intervista è sempre/quasi sempre rispettato (rispettivamente 91% e 93%); si fuma invece nel 17% delle case italiane (e nell'11% di quelle in cui vive un minore di 15 anni).

Emergono differenze regionali a sfavore del Meridione soprattutto per il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici mentre le sole Regioni virtuose sul rispetto del divieto sui luoghi di lavoro sono la Provincia di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia, il Veneto, la Sardegna e il Piemonte. Tale variabilità regionale va comunque riducendosi nel tempo in funzione di un'osservanza dei termini di divieto di fumo che aumenta in tutto il Paese, e in modo più evidente al Sud.

I suggerimenti forniti dagli operatori sanitari per l'adozione di stili di vita salutari⁶

I dati raccolti dalla sorveglianza PASSI rendono disponibili informazioni su quanto gli operatori sanitari forniscano suggerimenti riguardo all'adozione di stili di vita salutari: praticare attività fisica regolarmente e perdere peso e/o mantenere costante il proprio peso, o astenersi dal fumo per fumatori ed ex fumatori o ridurre il consumo di alcol in chi dichiara di averne bevuto nei 30 giorni precedenti l'intervista. Nello specifico, viene richiesto se: *"Negli ultimi 12 mesi, un medico o un operatore sanitario, le ha suggerito di"*:

- smettere di fumare (a fumatori ed ex fumatori)
- bere meno (a tutti coloro che hanno consumato alcol negli ultimi 30 giorni)
- fare regolare attività fisica (a tutti)
- perdere peso/mantenere costante il peso (a tutti).

A parità di tutte le caratteristiche socio-demografiche, ricevere il consiglio di smettere di fumare, bere meno, fare attività fisica o perdere peso è fortemente associato al cattivo stato di salute dell'assistito (avere almeno una patologia cronica) e alla "gravità" dell'esposizione al fattore di rischio (essere un forte fumatore piuttosto che un fumatore moderato, essere consumatore di alcol a maggior rischio rispetto a un consumatore moderato, e così via).

Approfondendo ulteriormente le analisi, emerge con forza che l'attuare comportamenti di contrasto alle cattive abitudini, come tentare di smettere di fumare o fare una dieta per perdere peso, sono significativamente associati al consiglio ricevuto, a parità di genere, età, caratteristiche socio-economiche, stato di salute e gravità di esposizione al fattore di rischio (es. numero di sigarette fumate nel caso del tentativo di smettere di fumare e IMC nell'iniziare una dieta) del rispondente.³

Alimentazione I dati 2015-2018 indicano che meno della metà degli intervistati in eccesso ponderale (48%) riferisce di aver ricevuto il consiglio di perdere peso dal proprio medico. La quota di obesi che dichiara di aver ricevuto un consiglio dal medico o un operatore sanitario di perdere peso o fare attività fisica è, rispettivamente, del 73% e 52%, e quindi più alta di quella di persone in sovrappeso che hanno ricevuto gli stessi consigli (38% e 34%). Ulteriore criticità è rappresentata da una più scarsa attenzione al problema nelle Regioni meridionali, dove l'eccesso ponderale è presente in misura maggiore. Stando alla rilevazione 2017, il 38% delle persone in sovrappeso e il 74% di quelle obese hanno ricevuto il suggerimento di perdere peso, ma il suggerimento è indirizzato in misura minore ai gruppi di popolazione maggiormente esposti (ossia con basso titolo di istruzione e residenti al Sud).

Attività fisica Nel periodo 2015-2018, l'attenzione degli operatori sanitari all'attività fisica praticata dagli individui in età adulta, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche, è troppo bassa: solo 3 intervistati su 10 riferiscono di aver ricevuto il consiglio dal medico o da un operatore sanitario di fare regolare attività fisica; fra le persone in eccesso ponderale questa quota è del 39% ed è del 44% tra i malati cronici. Nel 2017, solo il 30% degli intervistati ha ricevuto l'indicazione di praticare attività fisica, questa quota sale al 39% fra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso o obese). Le persone meno istruite o con difficoltà economiche, i cittadini stranieri e quelli residenti nel Sud Italia sembrano ricevere meno di altri il consiglio medico di praticare regolare attività fisica, sebbene siano proprio loro i gruppi più sedentari.

Alcol Nel periodo 2015-2018, solo il 6% dei bevitori a maggior rischio ha ricevuto il consiglio di bere meno dal proprio medico, con il valore massimo in Abruzzo e in Molise (8%). I dati 2017 suggeriscono che l'attenzione del medico al consumo alcolico dei propri assistiti è molto bassa e meno indirizzata verso le categorie a maggior rischio: infatti, solo il 6% di consumatori di alcol a maggior rischio riceve il consiglio di bere meno, e per lo più persone meno giovani e socialmente svantaggiate.

Fumo Ancora troppo bassa è l'attenzione degli operatori sanitari all'abitudine tabagica: nel periodo 2015-2018, la metà dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario (51%) e solo al 38% è stato chiesto se fuma. Anche nel 2017, il suggerimento di smettere di fumare è stato dato al 51% dei fumatori, più frequentemente ai meno giovani e ai forti fumatori.

Se si considera anche la cittadinanza degli intervistati emerge con chiarezza che il suggerimento del medico o dell'operatore sanitario di smettere di fumare, bere meno, fare attività fisica, o perdere peso è significativamente meno frequente fra i cittadini stranieri anche se hanno stili di vita analoghi e talvolta meno salutari dei cittadini italiani.

L'approfondimento per Paese di provenienza (Paesi a sviluppo avanzato-PSA, Paesi a forte pressione migratoria-PFPM americani, PFPM asiatici, PFPM nord-africani e PFPM sub-sahariani) mette in luce anche differenze significative e commisurate alla "distanza" dall'Italia; per cui cittadini provenienti da Paesi a sviluppo avanzato-PSA riferiscono di ricevere questi consigli meno frequentemente o in misura analoga ai cittadini italiani ma fra i cittadini provenienti da PFPM questa quota scende riducendosi progressivamente fra coloro che provengono da Paesi via via più lontani, come PFPM asiatici o PFPM sub-sahariani, a parità di condizioni socio-demografiche.

Se si considera il suggerimento di praticare attività fisica, questo è riferito dal 31% dei cittadini italiani, dal 27% dei cittadini provenienti da PSA, dal 20% degli stranieri da PFPM. Fra le persone in eccesso ponderale l'indicazione di perdere peso è riferita dal 52% degli italiani, dal 47% dei cittadini da PSA e dal 39% dei cittadini da PFPM. Questi risultati sembrano poi attenuarsi con la permanenza in Italia, pur non scomparendo le differenze per cittadinanza, al crescere degli anni di permanenza in Italia aumenta la probabilità di ricevere suggerimenti di adottare stili di vita salutari: tra i provenienti da PFPM, l'indicazione di praticare attività fisica passa dal 16% se residenti in Italia da meno di 5 anni al 22% se residenti da almeno 10 anni, mentre il suggerimento di smettere di fumare passa dal 36% al 44%.

Pertanto, sebbene il suggerimento/consiglio del medico o di altri operatori sanitari di adottare stili di vita salutari per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e per la promozione della salute costituisca una tipologia di intervento di provata efficacia, sembra strumento ancora poco utilizzato, in significativo calo nel tempo, non correttamente indirizzato ai gruppi più esposti e principalmente finalizzato al contenimento del danno piuttosto che alla prevenzione primaria, perché offerto principalmente a persone con patologie croniche o più esposte al fattore di rischio. Nello specifico, risulta molto bassa la considerazione data dai medici e operatori sanitari ai danni provocati dal consumo di alcol e da inattività fisica.

I dati, inoltre, evidenziano una possibile difficoltà di relazione/comunicazione con i cittadini stranieri tanto più evidente quanto più culturalmente lontani dal contesto italiano. Difficoltà che sembra ridursi con il tempo di permanenza in Italia, senza però annullarsi del tutto. I dati di sorveglianza sottolineano quindi la necessità di interventi rivolti ai medici e più in generale agli operatori sanitari al fine di superare tali ostacoli e garantire a tutti i cittadini, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche, la possibilità di ricevere indicazioni e suggerimenti per contrastare i principali fattori di rischio per la salute.

Bibliografia

1. PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). <http://www.epicentro.iss.it/passi/>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). <https://www.cdc.gov/brfss/>; BRFSS 2017. Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire https://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/2017_BRFSS_Pub_Ques_508_tagged.pdf
3. Gallo R, Pettinicchio V, et al. La promozione di stili di vita salutari attraverso il consiglio medico: i dati PASSI. In: 42° Congresso dell'Associazione italiana di epidemiologia (AIE). Abstract book. Lecce, 24-26 ottobre 2018. p. 59. http://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2018/10/Abstract18_004.pdf
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-92.
5. Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005;58(2):163-71).
6. Santoro V, Pettinicchio V, et al. La promozione di stili di vita salutari nella popolazione straniera attraverso il consiglio del medico: i dati PASSI 2008-2016. In: 42. Congresso dell'Associazione italiana di epidemiologia (AIE). Abstract book. Lecce, 24-26 ottobre 2018. p. 62. http://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2018/10/Abstract18_004.pdf

3.c. Epidemiologia – Dati di sorveglianza sul benessere personale e sociale¹⁻³

La “qualità della vita relativa alla salute” è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale e diversi fattori a esso correlati tra cui: le condizioni e i comportamenti associati alla salute (come ipertensione, fumo, sedentarietà), lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale³. La qualità della vita dipende anche da aspetti difficili da rilevare oggettivamente, come per esempio le risorse psicologiche e fisiologiche di una persona o la sua capacità di reagire all'eventuale presenza di malattie. Dal punto di vista cognitivo, è stato messo in evidenza che gli individui giudicano il proprio stato di salute in modo relativo, in base alle circostanze e alle aspettative proprie e dei pari.

Gli indicatori che misurano la qualità della vita sono risultati associati con la mortalità, la morbidità (diabete, cancro del seno, artrite), al declino funzionale e al ricorso ai servizi sanitari, ma anche al lavoro, la casa, il quartiere, le scuole. A livello della comunità, le misure della qualità della vita forniscono indicazioni relative alle disuguaglianze sociali nella salute, perché tali misure non dipendono solo dalla presenza e dal tipo di malattia, ma anche dalle risorse economiche, sociali e altre condizioni pratiche.

Nel sistema di sorveglianza PASSI¹, la qualità della vita viene misurata col metodo dei “giorni in salute” (*Healthy Days*), che si basa su quattro domande: lo stato di salute riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Il 70% dei partecipanti alle interviste di PASSI (periodo 2014-2017) riferisce uno stato di salute buono (dichiara di sentirsi “bene” o “molto bene”). Il 3% invece dà un giudizio negativo sulla propria salute, la restante quota dichiara di sentirsi “discretamente”. La percentuale di persone che riferiscono buona salute si riduce significativamente quando si prendono in esame determinati gruppi di popolazione come le donne, le persone più anziane, le persone con un livello di istruzione basso, le persone che dichiarano molte difficoltà economiche, le persone con malattie croniche.

Vi è un gradiente geografico a sfavore dei residenti nelle Regioni meridionali, fra i quali è mediamente minore la quota di coloro che dichiarano di essere in buona salute con qualche eccezione (Abruzzo e Puglia).

In Passi d'Argento le domande relative alla salute percepita o alla qualità della vita vengono raccolte solo fra le persone che sostengono l'intervista in modo autonomo senza ricorrere all'aiuto di un familiare o persona di fiducia (*proxy*).

Nel biennio 2016-2017, l'87% della popolazione con più di 65 anni di età giudica complessivamente positivo il proprio stato di salute (“discreto” il 50%, “bene” o “molto bene” il 37%)². Il restante 13% invece ne dà un giudizio negativo, riferendo che la propria salute “va male” o “molto male”.

Sono maggiormente soddisfatte della propria salute le persone più giovani, gli uomini rispetto alle donne, le persone senza difficoltà economiche, le persone più istruite.

Il gradiente geografico è molto chiaro e mostra una maggiore prevalenza di persone soddisfatte del proprio stato di salute fra i residenti nel Nord Italia rispetto al Sud. La Regione Piemonte e le Province Autonome di Trento e Bolzano si distinguono per la maggiore presenza di anziani soddisfatti della propria salute.

La percezione della propria salute rispetto all'anno precedente disegna la progressiva perdita di soddisfazione per la propria salute legata evidentemente all'età e presumibilmente all'insorgenza o all'aggravamento di patologie croniche già esistenti ma mette anche in evidenza come questa progressione sia diversa anche per determinanti sociali: poco più del 30% degli intervistati riferisce di sentirsi peggio rispetto all'anno precedente, ma fra le persone con molte difficoltà economiche questa quota sale quasi al 50%.

I sintomi depressivi

In Italia, una piccola quota di adulti (circa il 6%) riferisce sintomi depressivi e percepisce compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 14 giorni nel mese precedente l'intervista. Fra queste persone, oltre alla salute psicologica, anche la salute fisica risulta decisamente pregiudicata: nel mese precedente l'intervista chi soffre di sintomi depressivi dichiara mediamente 8 giorni vissuti in cattive

condizioni fisiche (rispetto a 1 giorno riferito dalle persone libere da sintomi depressivi) e circa 6 vissuti con limitazione delle abituali attività quotidiane.

I sintomi depressivi sono più frequenti all'avanzare dell'età (sfiora l'8% fra i 50-69enni), fra le donne (poco meno dell'8%), fra le classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (14% fra chi riferisce molte difficoltà economiche) o per istruzione, fra chi non possiede un lavoro regolare (8%), fra chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica (13%) e fra chi vive da solo (8%).

Solo il 60% di chi riferisce sintomi depressivi ricorre all'aiuto di qualcuno, rivolgendosi soprattutto a medici/operatori sanitari.

La variabilità regionale non descrive un chiaro gradiente, ma in alcune Regioni meridionali e in Sardegna si registrano prevalenze più alte di persone con sintomi depressivi. Nel tempo si è ridotta la prevalenza di persone con sintomi depressivi ovunque nel Paese, ma meno nelle Regioni meridionali.

Conciliazione vita-lavoro

Le caratteristiche del lavoro contribuiscono al benessere personale sotto due aspetti: il primo discende da un insieme di caratteristiche e riconoscimenti delle attività svolte (remunerazione, sicurezza, coerenza tra mansioni e competenze, il secondo dalla possibilità di conciliare gli impegni lavorativi con la vita familiare e sociale e gli interessi extralavorativi personali).

Il tema della conciliazione dei tempi di lavoro e di vita è particolarmente rilevante per le lavoratrici, soprattutto nel momento in cui diventano madri. Tuttavia i dati disponibili indicano che il bisogno di una più efficace e serena gestione della relazione famiglia-lavoro non è una prerogativa unicamente femminile, ma interessa anche gli uomini.^{4,5}

Nell'ultimo rapporto BES dell'Istat (dati 2016)⁴ tale tema è stato inserito tra le cinque dimensioni utili a valutare la qualità dell'occupazione di un Paese. Le altre dimensioni sono la partecipazione e l'inclusione sociale, la qualità del lavoro (stabilità, retribuzione, competenze e sicurezza nel lavoro), la vita di impresa e l'insicurezza dell'occupazione/la soddisfazione del lavoro.

Il rapporto ha adottato due indicatori particolarmente significativi:

- il rapporto tra tasso di occupazione delle donne di 25-49 anni con figli in età prescolare e delle donne senza figli (calcolato come quoziente del tasso di occupazione delle due categorie di lavoratrici) che esprime la possibilità che una donna con figli piccoli riesca a conciliare il lavoro retribuito con i lavori di cura familiare grazie, per esempio, alla disponibilità di servizi di *welfare* adeguati o all'offerta di orari di lavoro sufficientemente elastici, in assenza dei quali può dover scegliere di lasciare il lavoro in caso della nascita di un figlio;
- l'indice di asimmetria del lavoro familiare (la percentuale di tempo dedicato al lavoro domestico dalla donna rispetto al tempo dedicato al lavoro domestico da entrambi i partner) che esprime il grado di condivisione dei carichi del lavoro familiare (domestico e di cura) tra uomini e donne che vivono in coppia e ha l'obiettivo di rilevare le disuguaglianze di genere nel conciliare il lavoro retribuito con quello domestico. L'indicatore considera solo le coppie in cui lavorano entrambi i partner e l'età della donna è compresa tra i 25 e i 44 anni.

I dati del rapporto BES non sono confortanti, specie se si considera che si riferiscono a uno scenario di miglioramento complessivo del mercato del lavoro italiano (con tasso di occupazione in crescita per il terzo anno consecutivo).

Per quanto riguarda il rapporto tra il tasso di occupazione delle donne con figli piccoli rispetto a quello delle donne senza figli, si osserva una diminuzione dell'1,8%, con una inversione di tendenza rispetto ai 5 anni precedenti. Più in dettaglio, su 100 occupate senza figli, le madri lavoratrici con bambini piccoli sono circa 76 (erano 78 nel 2015).

L'indice di asimmetria è del 67% su base nazionale e mostra un netto gradiente passando da Nord (64,8%), al centro (66,5%) al Sud (74,4%).

A confermare la maggiore esposizione delle donne a condizioni lavorative meno favorevoli, emerge un divario (*gap*) di genere. Nel 2016 il *gap* di genere del tasso di occupazione si colloca al 20%. Peraltro, il tasso di mancata partecipazione al lavoro, che rappresenta meglio l'effettiva disoccupazione in quanto tiene conto sia dei disoccupati (persone che cercano attivamente lavoro) in età lavorativa sia della forza lavoro potenziale (persone che non cercano attivamente lavoro, ma sarebbero disponibili a lavorare) in età lavorativa, mostra un divario di genere del 7,7%, 5 volte maggiore di quello europeo. Infatti, il 25,9% delle donne che vogliono lavorare non trova un'occupazione contro il 18,2% degli uomini.

Alcune differenze di genere mostrano indicatori in miglioramento: è in riduzione il *gap* a sfavore delle donne per quanto riguarda l'occupazione a termine da almeno cinque anni (dal 3% nel 2015 all'1,9% nel 2016), la bassa retribuzione (dal 3,5% al 3,1%), che tuttavia continua a riguardare l'11,9% delle dipendenti (rispetto all'8,8% dei dipendenti). Purtroppo permane una situazione di forte disuguaglianza per la quota di occupati in *part time* involontario (19,1% nelle donne rispetto a 6,5% negli uomini).

Infine, si amplia a svantaggio delle donne la mancata valorizzazione del capitale umano espresso dall'incidenza della sovraistruzione (percentuale di occupati che possiedono un titolo di studio superiore

a quello prevalentemente posseduto per svolgere quella professione): il 25,7% delle donne è sovraistruita contro il 22,4% degli uomini e il divario è in aumento (dal 2,8 % al 3,3%). Si veda anche [Capitolo 4, Conciliazione vita-lavoro](#).

Bibliografia

1. PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), Qualità della vita e salute. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/PercezioneSalute#impatto>
2. PASSI d'Argento, Percezione dello stato di salute <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/percezione#impatto> e Soddisfazione per la propria vita <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/soddisfazione#impatto>)
3. Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? J Gerontology: Social Science 1995;50(6):S344-53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7583813>
4. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Rapporto Bes 2017: il benessere equo e sostenibile in Italia. https://www.istat.it/it/files//2017/12/Bes_2017.pdf
5. La conciliazione famiglia-lavoro. Un'opportunità per imprese e pubbliche amministrazioni. Guida operativa. Todisco A (a cura di). Milano, EDUCatt, 2010.

3.d. Epidemiologia – Dati di sorveglianza sulla sicurezza stradale

Il sistema di sorveglianza PASSI¹ misura la guida sotto l'effetto dell'alcol con due indicatori derivati dalle dichiarazioni degli intervistati basati su una valutazione soggettiva:

- la guida sotto l'effetto dell'alcol riferita dai conducenti (percentuale di persone che negli ultimi 30 giorni, almeno una volta, si sono messe alla guida dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche, nell'ultima ora);
- la guida sotto l'effetto dell'alcol riferita da passeggeri (percentuale di persone che, negli ultimi 30 giorni, hanno viaggiato in un veicolo guidato da un conducente che, nell'ultima ora, aveva bevuto almeno 2 unità alcoliche).

Questi indicatori sono soggettivi e non validati in termini di relazione tra guida sotto effetto dell'alcol auto-dichiarata e il livello effettivo di alcolemia. È dunque assai probabile che i partecipanti all'indagine possano sottostimare la frequenza di questo comportamento soggetto a riprovazione sociale, specie quando siano comportamenti di *binge drinking*.

PASSI misura anche la frequenza dei controlli delle forze dell'ordine, attraverso l'indicatore del controllo con etilotest (percentuale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno guidato auto o moto e riferiscono di essere state fermate dalle forze dell'ordine per un controllo che includeva l'etilotest), uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali.

Secondo i dati Passi, nel quadriennio 2014-2017, 7 conducenti di autovetture su 100 hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol nei 30 giorni precedenti l'intervista, avendo assunto 2 o più unità alcoliche un'ora prima di essersi messi alla guida, mentre 5 persone su 100 dichiarano di essere state trasportate da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

La quota di giovanissimi alla guida sotto l'effetto dell'alcol è leggermente più bassa che nel resto della popolazione ma comunque preoccupante poiché il rischio di incidenti stradali associato a questo comportamento è decisamente più alto quando legato alla giovane età: tra i 18 e 21 anni, quasi il 6% dichiara di aver guidato dopo aver bevuto.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è in ogni caso più elevata nella fascia d'età 25-34 anni, tra gli uomini e tra i cittadini italiani.

Rispetto al 2008, è significativa la riduzione della quota di persone che si sono messe alla guida sotto l'effetto dell'alcol ma risulta significativa anche la riduzione dei controlli delle forze dell'ordine. I controlli sistematici con etilotest sono ancora poco diffusi, neppure il 10% tra coloro che sono stati fermati.

PASSI misura l'abitudine di usare i dispositivi di sicurezza, in auto e moto, in base alle dichiarazioni degli intervistati¹. Durante l'intervista si chiede a coloro che hanno viaggiato in auto, in città e fuori, il comportamento abituale per quanto riguarda l'uso della cintura di sicurezza anteriore e posteriore e, a coloro che sono stati in moto negli ultimi 12 mesi, se hanno usato il casco. Infine, a coloro che convivono con minori di 7 anni, si chiede se hanno difficoltà a farli stare nel seggiolino, quando li trasportano in auto. Coloro che rispondono "sempre" sono classificati come persone con un comportamento abituale sicuro, nonché aderente al codice della strada.

I dati riferiti relativi all'abitudine a indossare le cinture, quando interpretati per valutare il rispetto dell'obbligo di usare i dispositivi, forniscono in genere un quadro più favorevole di quello registrato con dati derivati dall'osservazione diretta, anche se è stato mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure.

L'uso della cintura di sicurezza anteriore è abbastanza diffuso anche se lontano da una copertura totale dettata dall'obbligo di legge: nel quadriennio 2014-2017, l'85% degli intervistati che hanno viaggiato in auto, come guidatori o passeggeri sul sedile anteriore, dichiarano di indossare sempre la cintura di sicurezza. L'uso della cintura posteriore è molto meno frequente e appena il 20% degli intervistati dichiara di indossarla sempre.

L'uso del casco in moto sembra invece una pratica consolidata: circa il 96% degli intervistati che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno viaggiato su una moto come guidatori o passeggeri dichiara di avere indossato sempre il casco. Le differenze geografiche sono ampie e significative, e disegnano un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali sia per l'uso delle cinture in auto sia del casco in moto.

Il *trend* temporale mostra miglioramenti significativi nell'uso della cintura anteriore e posteriore e nell'uso del casco a livello nazionale; tuttavia è da segnalare che nelle Regioni meridionali si registra solo un miglioramento dell'uso del casco, mentre non si osserva alcun miglioramento nell'uso della cintura anteriore e si registra una riduzione nell'uso delle cinture posteriori.

Generalmente l'uso dei dispositivi di sicurezza è meno frequente fra le persone più svantaggiate, per istruzione e/o per reddito o tra i più giovani di età; differenze di genere significative, a sfavore degli uomini, si notano solo per l'uso della cintura anteriore; i cittadini stranieri sembrano usare più degli italiani le cinture in auto, sia anteriori sia posteriori, ma meno il casco in moto.

A partire dal 2011, PASSI rileva anche l'utilizzo di seggiolini e/o adattatori per il trasporto in auto di bambini chiedendo agli adulti 18-69enni che dichiarano di vivere in famiglia con bambini fino a 6 anni di età se quando viaggiano in auto con il bambino hanno difficoltà a farlo stare sul seggiolino o sull'adattatore, come *proxy* del "non utilizzo" o di un "utilizzo inadeguato" di questi sistemi. Dai dati Passi relativi al quadriennio 2014-2017 emerge che, tra coloro che viaggiano in auto con bimbi di 0-6 anni di età, 2 persone su 10 dichiarano di avere difficoltà a far uso di questi dispositivi, di non utilizzarli affatto o perfino di non avere alcun dispositivo di sicurezza per il bambino; fra i residenti in alcune Regioni meridionali questa quota sale a 1/3 degli intervistati.

Il non utilizzo, o l'utilizzo "inadeguato" dei seggiolini/adattatori per il trasporto dei bambini in auto, è più frequente tra le persone socialmente più svantaggiate, per difficoltà economiche o istruzione, fra coloro che viaggiano con bimbi più grandi (2-6 anni), fra chi dichiara di non aver mai visto o sentito una campagna informativa, ma soprattutto fra coloro che, alla guida o come passeggeri, violano l'obbligo dell'uso delle cinture di sicurezza per se stessi.

Bibliografia

1. PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).
<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SicurezzaStradale>

3.e. Epidemiologia – Dati di sorveglianza sulla sicurezza sul lavoro

Nel 2013, nell'ambito della sorveglianza PASSI, in 18 Regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sardegna) e nella Provincia Autonoma di Trento, agli intervistati che hanno riferito di lavorare (62% del campione totale; 89% lavoro continuativo, 11% non continuativo) è stato somministrato il modulo "Sicurezza sul lavoro"¹, di cui si riporta di seguito una sintesi dei dati più rilevanti.

Per quanto riguarda la **percezione del rischio di subire infortunio sul lavoro**, il 15% dei lavoratori intervistati considera la possibilità di subire un infortunio nulla, il 59% bassa, il 22% alta e il 4% molto alta. La percezione del rischio di subire un infortunio è più alta tra i lavoratori occupati nell'edilizia (57%), nei trasporti (46%) e nell'agricoltura (44%) e tra i conducenti (68%), le forze dell'ordine o i militari (58%), gli infermieri o i tecnici sanitari (48%) e gli operatori socio-sanitari (43%).

Tendono a ritenere alta o molto alta la probabilità di un infortunio i lavoratori di 35-49 anni, di sesso maschile, con basso livello di istruzione, con molte difficoltà economiche e dediti a mansioni manuali (in particolare impiegati nei seguenti settori: edilizia, metalmeccanica, lavorazione del legno, agricoltura, trasporti) o impiegati nella sanità. Da notare che la percezione del rischio è alta in coloro che dichiarano di aver avuto informazioni su come prevenire gli infortuni o di essere stati assenti dal lavoro per infortunio negli ultimi 12 mesi. La percezione del rischio di infortunio in ambito lavorativo è significativamente maggiore nelle Regioni del Sud (30%) rispetto a quelle del Nord (24%) e del Centro (25%).

Circa la **percezione del rischio di contrarre una malattia legata al lavoro**, il 24% dei lavoratori intervistati considera assente la possibilità di contrarre una malattia legata al lavoro, il 57% bassa, il 17% alta e il 2% molto alta. La percentuale di lavoratori che hanno riferito alto o molto alto il rischio di contrarre una malattia legata al lavoro è significativamente maggiore tra chi ha un lavoro continuativo (20%) rispetto a chi ha un lavoro non continuativo (17%).

In particolare, la percezione di contrarre una malattia legata al lavoro è più alta tra i lavoratori occupati nella sanità (39%), nello specifico tra le figure sanitarie o socio-sanitarie, come infermiere/tecnico sanitario (56%), medico (49%) e operatore socio-sanitario (45%), nell'edilizia (30%) e nei trasporti (27%).

La percezione del rischio è più elevata in lavoratori della fascia di età 35-49 anni, con livello d'istruzione medio-alto, con molte difficoltà economiche, dediti a mansioni manuali. Anche in questo caso, acuisce la percezione l'aver ricevuto informazioni sulle malattie professionali e l'essersi assentati dal lavoro nell'ultimo anno per una malattia legata al lavoro.

La percezione è significativamente maggiore nelle Regioni del Sud (21%) e del Centro (20%) rispetto a quelle del Nord (18%).

Poco più della metà (56%) dei lavoratori intervistati ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi **informazioni su come prevenire gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali** (53% sugli infortuni e 41% sulle malattie professionali). Le informazioni sono state fornite soprattutto mediante corsi di formazione (64%) e materiali informativi o opuscoli specifici (33%).

Le informazioni sono state riportate in percentuale statisticamente maggiore dalle persone con un lavoro continuativo (58%) rispetto a quelle con lavoro non continuativo (41%).

Hanno ricevuto più spesso queste informazioni i lavoratori di 35-49 anni, di genere maschile, di cittadinanza italiana, con livello d'istruzione medio-alto, senza difficoltà economiche, dediti a una mansione manuale o impiegati nei settori di interesse, o con storia recente di assenza per infortunio sul lavoro o per malattia legata al lavoro.

La percentuale di coloro che hanno ricevuto informazioni appare significativamente più alta nelle Regioni del Nord (59%) e del Centro (56%) rispetto a quelle del Sud (52%). Le differenze territoriali si mantengono anche restringendo l'analisi ai soli settori di interesse (69% al Nord, 67% al Centro e 62% al Sud).

Infine, indagando sull'**uso dei dispositivi di protezione individuale (Dpi)**, è risultato che li usa sempre quando necessario il 72% dei lavoratori le cui mansioni lo richiedono, quasi sempre il 14%, a volte l'8%. Il 5% degli intervistati ha dichiarato di non usarli mai: il 3% perché non gli sono stati forniti e il restante 2% per altri motivi.

A dichiarare di aver ricevuto informazioni sono soprattutto i lavoratori del settore metalmeccanico (79%) e della sanità (79%); nello specifico: l'operatore socio-sanitario (81%), l'infermiere/tecnico sanitario (80%) e il medico (79%).

L'uso dei dispositivi è significativamente maggiore tra i lavoratori di genere maschile, con un livello d'istruzione medio-alto, senza difficoltà economiche, con cittadinanza italiana, tra quelli che hanno riferito un infortunio o una malattia legata al lavoro e tra chi ha ricevuto informazioni.

La percentuale dichiarata sull'utilizzo costante dei dispositivi di protezione mostra un significativo gradiente territoriale (75% Nord, 72% Centro e 67% Sud).

Bibliografia

1. PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). <http://www.epicentro.iss.it/passi/>
<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SicurezzaLavoro>

4. Determinanti di salute negli ambienti di lavoro e di vita¹⁻³

I fattori di rischio modificabili legati agli stili di vita, sebbene presenti in tutte le fasce di popolazione, si distribuiscono in maniera non omogenea e solo in parte dipendono da scelte e comportamenti individuali, in quanto i determinanti sociali (condizioni socio-economiche e culturali, come globalizzazione, urbanizzazione, politiche ambientali e povertà) esercitano spesso una forte pressione verso l'adozione di stili di vita nocivi per la salute, favorendo l'emergere di ulteriori disuguaglianze. Il contrasto ai fattori di rischio modificabili può quindi passare solo attraverso azioni complessive e integrate, che intervengano sui comportamenti individuali e sui determinanti sociali, economici e ambientali degli stili di vita. Le azioni di promozione dovrebbero preferibilmente essere multicomponente, ovvero rivolte a diversi fattori di rischio, ed essere comprese in un programma che preveda il monitoraggio e la valutazione degli esiti. È necessario prevedere interventi su diversi livelli:

- informativo/comunicativo: aumentare le conoscenze dei lavoratori sui benefici degli stili di vita salutari e sulle iniziative realizzate in merito in azienda e offerte dal territorio; motivare e sostenere il cambiamento dei comportamenti non salutari;
- educativo/formativo: offrire sessioni di *counselling* individuale e di gruppo per acquisire conoscenze, competenze e strategie di modifica dei comportamenti;
- strutturale/organizzativo: assicurare risorse, spazi e infrastrutture adeguati che possano favorire la partecipazione dei cittadini e della comunità e la realizzazione di ambienti più salutari, consentendo la messa in pratica delle raccomandazioni.

Questa sezione offre una sintesi delle prove di efficacia e delle raccomandazioni relative agli interventi di promozione della salute basate sugli stili di vita. Per informazioni più dettagliate si rimanda alle pagine del Programma Guadagnare Salute del portale EpiCentro dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e in particolare ai materiali dei percorsi formativi messi a punto dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNaPPs) dell'ISS^{4,5}.

La percezione del rischio

Nel processo di comunicazione per la promozione di stili di vita salutari l'operatore deve confrontarsi con il significato che il rischio assume per ogni singolo individuo nei diversi periodi della vita, e tenere presente che, nonostante l'importanza dei dati epidemiologici ([vedi Capitolo 3, Epidemiologia](#)), tra le persone si riscontra una bassa percezione del rischio. La salute e la malattia non hanno un valore oggettivo comune a tutti gli individui, ma un valore relativo sia al "significato" che la singola persona gli attribuisce sia alla "rappresentazione immaginaria" degli effetti dell'evento nel proprio contesto di appartenenza. Altro elemento cruciale è rappresentato dai fattori legati alla personalità, che forniscono un contributo notevole nel determinare la percezione del rischio e in particolare dai fattori legati alla propensione che gli individui hanno a considerare gli eventi e le situazioni di vita sotto il proprio controllo (*locus of focus control* interno) o sotto il controllo della fortuna, del fato o di forze esterne (*locus of focus control* esterno).

La comunicazione tra operatore e utente non può tener conto semplicemente del rischio in termini quantitativi e probabilistici e della componente biologica, ma deve prendere in considerazione anche le difficoltà individuali e sociali e le eventuali risorse dell'individuo, ponendo attenzione al contesto di riferimento. Non basta dire a una persona in sovrappeso che è opportuno fare più movimento, occorre concordare il tipo di attività fisica che maggiormente si addice alle caratteristiche psicologiche e allo stile di vita della persona.

Tra l'altro, il rischio associato ai comportamenti e agli stili di vita, una volta controllato dalla volontà e dall'iniziativa del singolo, non produce effetti immediati sulla salute. Questa caratteristica contribuisce in modo determinante ad abbassare il livello della percezione: il rischio è lontano e quindi può essere sottovalutato, non produce attivazione emotiva (ansia, preoccupazione, paura).

Un cambiamento nello stile di vita del momento per ridurre un eventuale rischio futuro, può comportare rinunce, mancanze, insofferenza e il singolo individuo potrebbe scegliere di volere rischiare. A volte si preferisce correre un rischio statistico per ottenere in cambio un piacere immediato (l'accettabilità del rischio è proporzionale ai benefici).

Messaggi per la promozione di corretti stili di vita

Stili di vita per la prevenzione delle malattie croniche:

1. Mantenere un peso salutare

Obiettivi per un peso corporeo ottimale:

- Mantenere un peso salutare, definito da un indice di massa corporea (BMI) tra i 18,5 e i 25 Kg/m².
- Cercare di non aumentare di peso durante tutta la vita.
- Evitare l'aumento della circonferenza vita.

2. Essere fisicamente attivi tutti i giorni: camminare di più e stare meno tempo seduti

Obiettivi per essere fisicamente attivi:

- Essere moderatamente attivi, partire da un minimo di 150 minuti di attività aerobica di intensità moderata alla settimana cercando di aumentarla seguendo le linee guida nazionali.
- Praticare almeno 75 minuti alla settimana di attività fisica intensa.
- Limitare le abitudini sedentarie (televisione, computer, telefono). Evitare di stare seduti senza alzarsi per lungo tempo.

3. Seguire una dieta ricca di cereali integrali, verdure (non amidacee), frutta e legumi

Obiettivi nutrizionali:

- Consumare alimenti che forniscano almeno 30 grammi di fibra alimentare al giorno.
- Includere nella maggior parte dei pasti cereali integrali (riso, frumento, avena, orzo e segale ecc.) e legumi (fagioli, ceci, lenticchie ecc.).
- Consumare almeno cinque porzioni (circa 400 grammi) di verdura e frutta ogni giorno.
- Le persone che hanno una dieta tradizionale a base di patate e altri tuberi amidacei dovranno integrarla e completarla con un consumo regolare di vegetali non amidacei, di legumi e frutta.

4. Limitare i cibi "fast food" e i cibi pronti con un'importante trasformazione industriale e ricchi di grassi, zuccheri e amidi

Obiettivo nutrizionale: Limitare il consumo di alimenti trasformati ricchi di grassi, amidi o zuccheri, compresi gli alimenti da "fast food", piatti pronti, snack, patatine, merendine, biscotti, dolci, barrette e caramelle.

5. Limitare il consumo di carni rosse (bovine, suine, ovine ecc.). Evitare (se possibile) o assumere in minima quantità i salumi e le carni conservate

Obiettivi nutrizionali:

- Se si consumano carni rosse, limitare a un massimo di tre porzioni la settimana (350-500 grammi di peso cotto).
- Evitare o consumare solo in minime quantità i salumi e le carni conservate.

6. Limitare il consumo di bevande zuccherate. Bere principalmente acqua e bevande non zuccherate

7. Limitare il consumo di sale (non più di 5 g al giorno)

8. Per le madri: se si ha la possibilità di allattare al seno, questo comporta benefici per il bambino e per la madre

Obiettivo nutrizionale:

- Questa raccomandazione si allinea alle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che raccomanda che il bambino sia nutrito esclusivamente col latte materno per i primi sei mesi di vita. Dopo i primi sei mesi di vita l'allattamento al seno dovrà essere integrato con appropriati alimenti complementari sino ai due anni di vita o successivamente.

9. Non fare uso di integratori. Cercare di soddisfare i bisogni nutrizionali attraverso la sola dieta

Obiettivo nutrizionale:

- Gli integratori alimentari ad alte dosi non sono raccomandati per la prevenzione del cancro.

10. Non fumare

11. Limitare il consumo di alcol

Obiettivo sul consumo di alcolici:

- È bene non bere alcolici.

12. Potenziare l'acquisizione di strategie efficaci e positive per contrastare lo stress

13. Partecipare alle campagne di screening previste per la propria fascia di età

14. Rispettare il proprio benessere psicofisico facendo attenzione alla qualità del riposo, al tono dell'umore e della vitalità complessiva (emozionale, affettiva, cognitiva, relazionale).

Bibliografia

- De Mei B, Cadeddu C, Luzi P, Spinelli A (Ed.). Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/9). http://old.iss.it/binary/publ/cont/18_9_web_rev.pdf

-
2. WHO Regional Office for Europe. Physical activity strategy for the Who European Region 2016-2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/311360/Physical-activity-strategy-2016-2025.pdf?ua=1
 3. Soler RE, Leeks KD, et al. A systematic review of selected interventions for worksite health promotion. The assessment of health risks with feedbacks. Am J Prev Med 2010;38(Suppl 2): S237-62.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20117610>
 4. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari.
<https://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/>
 5. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La formazione per Guadagnare Salute. I percorsi di formazione a distanza.
<http://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/fad>
 6. World Cancer Research Fund (WCRF) – American Institute of Cancer Research (AICR). Recommendations and public health and policy implications, 2018
<https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-prevention-recommendations>

4.a. Alimentazione¹⁻³

Effetti sulla salute

Una alimentazione corretta e bilanciata, combinata a uno stile di vita attivo, che preveda la pratica quotidiana di attività fisica, aiuta a mantenere un peso corporeo adeguato, ed è determinante per un miglior benessere fisico e psichico.

Un regime alimentare adeguato ed equilibrato, non solo garantisce un apporto di nutrienti ottimale in grado di soddisfare il fabbisogno dell'organismo, ma aiuta a prevenire e a trattare molte malattie croniche come l'obesità e il sovrappeso, l'ipertensione arteriosa, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le malattie metaboliche, il diabete di tipo 2 e alcune forme di tumore. Inoltre, una sana alimentazione fortifica il sistema immunitario contribuendo a proteggere l'organismo da alcune malattie non direttamente legate alla nutrizione.

Una alimentazione non bilanciata, ricca di grassi animali e di sale, aumenta il rischio cardio e cerebrovascolare (favorendo lo sviluppo dell'aterosclerosi e l'insorgenza dell'ipertensione arteriosa) e il rischio oncologico.

Raccomandazioni

Mangiare sano è questione di equilibrio, che non deve implicare rinunce e digiuno, ma piuttosto rappresentare l'occasione per apprezzare il piacere del cibo e gli aspetti conviviali. Oggi non si parla più di diete, ma di linee di corretta alimentazione e di stili di vita salutari.

I nutrizionisti raccomandano di fare 3 pasti al giorno (colazione, pranzo, cena) e di non saltare i pasti. A questi si può aggiungere uno spuntino. Anche il tempo necessario per consumare il pasto è importante. Da una parte, i meccanismi di sazietà richiedono una ventina di minuti per attivarsi, dall'altra è importante una pausa rispetto alle attività della giornata, meglio se in compagnia di familiari o amici. Il pasto è un momento chiave per assimilare sane abitudini alimentari, norme igieniche e regole di vita sociale.

**Tabella 7. Corretto apporto calorico
nei cinque pasti giornalieri**

- | | |
|---|------------------------|
| ▪ | prima colazione 20% |
| ▪ | spuntino mattina 5% |
| ▪ | pranzo 40% |
| ▪ | spuntino pomeriggio 5% |
| ▪ | cena 30% |

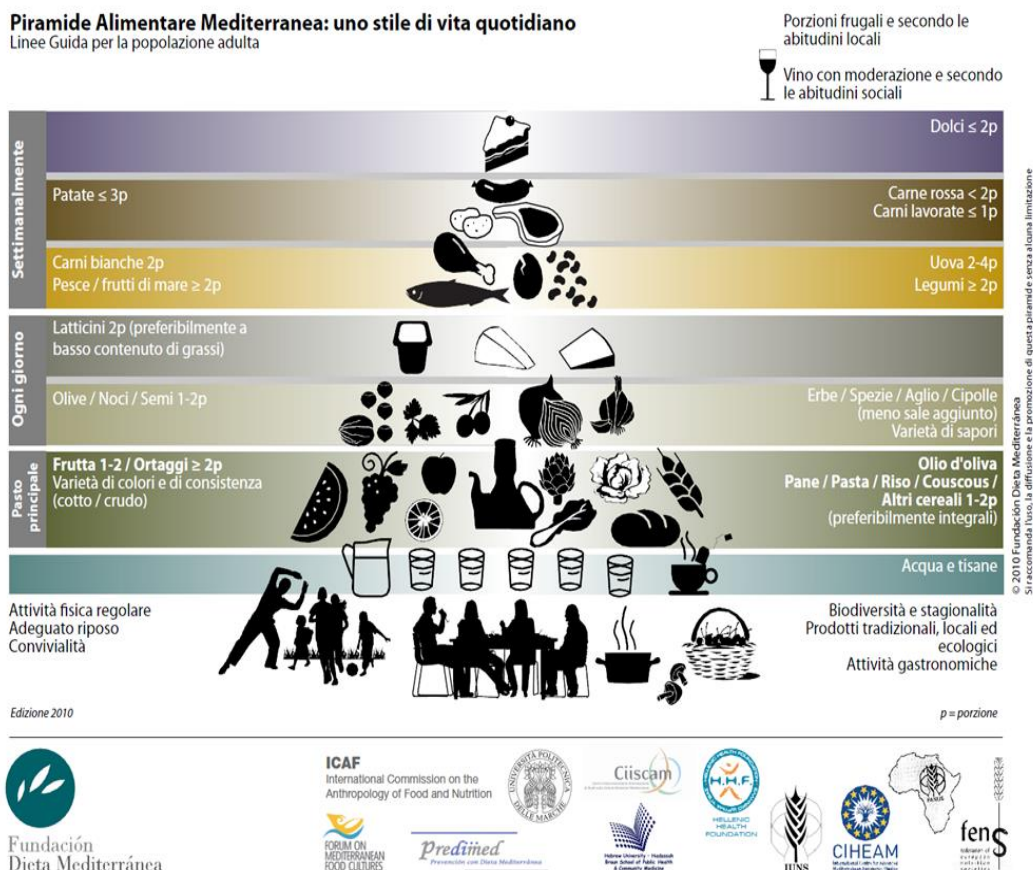
Il modo più efficace per garantire un apporto adeguato di energia e nutrienti è quello di variare il più possibile e di combinare, opportunamente, i diversi cibi. La dieta di tipo mediterraneo è un modello efficace e protettivo per la salute (si rimanda alle “Linee guida per una sana alimentazione italiana” a cura dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, INRAN⁴).

I principali gruppi di alimenti che devono essere presenti nell'alimentazione quotidiana per garantire una dieta equilibrata sono:

- **frutta e verdura:** una dieta sana prevede almeno 5 porzioni di frutta e verdura ogni giorno. Per “porzione” si intende l'equivalente di 80 grammi circa o, per avere un'idea più semplice, la quantità di frutta o verdura cruda che può essere contenuta sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta;
- **alimenti ricchi di amido:** come cereali, pane, pasta, patate, polenta sono alimenti che in una dieta equilibrata devono essere consumati quotidianamente;
- **latte e derivati:** sono alimenti ricchi di calcio, elemento fondamentale per la struttura del tessuto osseo. Alcuni formaggi, la panna e il burro sono però ricchi di grassi animali e bisogna limitarne il consumo;
- **pesce e carne:** sono fonte di proteine e di ferro. Vanno consumati 1 o 2 volte al giorno. Va limitato il consumo di carni rosse (ricche di grassi) e di insaccati (ricchi di sale). È importante la modalità di preparazione: preferire cottura alla griglia, alla piastra o al vapore, limitando salse ricche di grassi;

- **condimenti:** hanno tutti un alto valore energetico; preferire l'olio extravergine di oliva e in generale gli oli vegetali, limitando l'uso di grassi di origine animale come burro, lardo, strutto e panna, che contengono elevate quantità di grassi saturi;
- **sale:** ridurre il sale aggiunto agli alimenti sia durante la cottura sia prima del consumo. La maggior parte degli alimenti, soprattutto quelli confezionati, contengono già il sale. Per approfondire l'importanza di una dieta a basso contenuto di sale, consultare il [sito del Progetto Cuore](#)⁵;
- **alimenti e bevande dolci:** limitare il consumo di questi gruppi di alimenti, calorici e ricchi di grassi e zuccheri;
- **acqua:** per mantenere l'equilibrio, l'organismo necessita di 2-2,5 litri al giorno, anche di più nella stagione calda. Non bisogna aspettare di avere sete per bere.

Figura 4. La piramide alimentare della dieta Mediterranea



Alimentazione sul luogo di lavoro

Alcune condizioni lavorative quali impieghi sedentari, condizioni stressanti di lavoro, disponibilità di alimenti ad alta densità energetica, con porzioni scorrette e con scarso potere saziante, tempi non sufficienti per consumare i pasti possono influenzare le abitudini alimentari favorendo lo sviluppo dell'obesità. Il pasto fuori casa rappresenta un momento delicato dal punto di vista delle scelte alimentari che possono indirizzarsi verso alimenti di rapido consumo, ricchi in energia, sale e zuccheri e poveri in micronutrienti che, a lungo termine, possono rendere il lavoratore vulnerabile nei confronti di patologie cronico-degenerative come cancro, diabete di tipo 2 e aterosclerosi. Interventi individuali (educazione alimentare) e aziendali (cibi sani nelle mense, poster con informazioni sull'alimentazione sana) possono invece determinare importanti cambiamenti nel consumo di frutta, verdura, grassi e fibre e contribuire a sviluppare un'alimentazione che promuove la salute, seguendo i dettami della piramide alimentare e della dieta mediterranea. Questo regime alimentare ha effetti positivi, oltre che dal punto di vista sanitario, anche da quello economico.

Il peso corporeo

L'indice più comunemente utilizzato per misurare le caratteristiche ponderali di un individuo è l'indice di massa corporea (IMC, o Body Mass Index, BMI) che si ottiene dividendo il peso (in kg) per la statura

(in metri) elevata al quadrato (kg/m^2). L'IMC è un indice caratterizzato da una buona correlazione con la quantità di grasso corporeo, anche se non misura direttamente la massa grassa del soggetto, né come questa è distribuita nel corpo. Secondo la definizione dell'OMS⁷, si è in sovrappeso se il valore dell'IMC è $>25 \text{ kg/m}^2$ e obesi se l'IMC è $>30 \text{ kg/m}^2$.

Sovrappeso e obesità costituiscono fattori di rischio per le principali malattie croniche quali: ipertensione arteriosa, ictus cerebrale, diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, alcuni tumori e artropatie.

Interventi di WHP per la promozione di una corretta alimentazione

C'è una notevole esperienza di buone pratiche di WHP con impatto favorevole sui fattori di rischio delle malattie cronic-degenerative^{8,9}. Le buone pratiche vengono in genere classificate secondo diversi criteri, per esempio in azioni destinate ai lavoratori o destinate al contesto lavorativo, ovvero azioni con impatto sulla salute individuale o collettiva o sull'ambiente di lavoro o ancora azioni che devono essere intraprese dal lavoratore o dall'azienda o dal medico competente. I documenti indicano anche il livello di complessità, la facilità e la rapidità di implementazione e/o i costi, in modo da guidarne la scelta sulla base delle dimensioni e delle possibilità di investimento dell'azienda, sulla esperienza maturata nella WHP, sulla disponibilità di risorse, economiche, umane e organizzative. Di seguito viene proposta una sintesi di quelle utili alla promozione di una corretta alimentazione sul luogo di lavoro.

Che cosa può fare	Per promuovere una cultura alimentare sana	Per la ristorazione intramoenia	Per la ristorazione extramoenia
l'azienda	Affiggere (meglio se in mensa o in prossimità dei distributori automatici) poster sull'alimentazione salutare (per es. la piramide alimentare) e sull'importanza di un'adeguata idratazione	Organizzare una formazione per il personale addetto alla mensa sulle porzioni corrette e sui menù bilanciati	Per il personale in trasferta, dare indicazioni sui luoghi di ristoro con offerta di alimenti salutarì
	Organizzare corsi di formazione, seminari o incontri con esperti sul tema dell'alimentazione (medici dietologi o nutrizionisti) aperti ai lavoratori	Concordare con il gestore della mensa menu salutarì e bilanciati, con la consulenza di un medico dietologo	Seguire una politica di alimentazione salutare anche in occasione di eventi aziendali extramoenia
	Adottare una policy aziendale sull'alimentazione corretta	Offrire pane a basso contenuto di sodio oppure pane integrale	Fare convenzioni con negozi di alimentari, bar e punti d'asporto limitrofi al posto di lavoro per offrire cibi e bevande salutarì a costi ragionevoli
	Organizzare iniziative aziendali relative all'alimentazione sana (per es. pranzi di gruppo, laboratori di cucina e degustazione, giornate/settimane su temi attinenti)	Sostituire prodotti dolciari con frutta fresca e renderla sempre disponibile	
		Tenere conto di particolari esigenze (per esempio menu per celiaci)	
	Prevedere un locale-mensa adeguatamente attrezzato (frigorifero e forno a microonde) e confortevole e incoraggiare il personale a fare la pausa pranzo	Vendere nei distributori automatici anche snack, frutta e bevande salutarì (si raccomanda che gli alimenti salutarì rappresentino almeno un terzo dell'offerta)	
		Rendere disponibile gratuitamente acqua da consumare durante l'orario di lavoro	
il medico competente	Dare informazioni sui cibi salutarì proposti a mensa e/o nei punti di ristoro disponibili e sulle combinazioni di alimenti più appropriate nei singoli pasti		
	Durante le visite periodiche, comprendere la valutazione del peso corporeo, della circonferenza addominale, dell'indice di massa corporea. La valutazione del peso corporeo (meglio se associata a impedenziometria per la valutazione del rapporto massa grassa/massa magra) deve essere almeno annuale. I dati devono essere registrati nella documentazione clinica e consegnati al		

	lavoratore
	Realizzare interventi di informazione e di <i>counselling</i> breve rivolto ai lavoratori con obesità, da svolgere nel corso delle visite mediche periodiche in azienda (vedi seconda parte , <i>Counselling</i>)
	Offrire o indicare interventi di supporto per il personale che decide di intraprendere misure correttive del proprio comportamento alimentare (dietiste, <i>counselling</i> individuale o di gruppo)

Bibliografia

1. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari. <https://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/>
2. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La formazione per Guadagnare Salute. I percorsi di formazione a distanza. <http://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/fad>
3. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare salute, Dossier alimentazione. https://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_alimentazione.pdf
4. Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (INRAN)- Centro Ricerca Alimenti e Nutrizione (CRA-NUT). Linee guida per una sana alimentazione italiana. 2003. http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html e http://nut.entecra.it/files/download/linee_guida/lineeguida_intro.pdf
5. Istituto Superiore di Sanità. Progetto Cuore. <http://www.cuore.iss.it/altro/cuore.asp>
6. Regione Lazio. Direzione Regionale "Salute e Politiche Sociali". Manuale WHP Regione LAZIO. Modalità di adesione al Progetto "In Salute in Azienda" della Regione Lazio per far parte della rete regionale WHP dei luoghi di lavoro che promuovono salute. Roma: Regione Lazio; 2016. http://www.regione.lazio.it/binary/rl_main/tbl_documenti/Comitato_Sicurezza_Lavoro_Manuale_WHP_Lazio16_12_2015.pdf
7. World Health Organization (WHO). BMI classification. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
8. Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Regione Piemonte (DORS). Promuovere salute nel luogo di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti. Dicembre 2016. https://www.dors.it/cosenostre/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf
9. WHP Bergamo. Come aderire al programma Workplace Health Promotion e creare un luogo di lavoro che promuova salute. https://whpaslbg.files.wordpress.com/2019/03/agg03_2019_whp_istruzioni.pdf

4.b. Attività fisica¹⁻³

Effetti sulla salute

La pratica dell'attività fisica è influenzata da diversi fattori di tipo personale (motivazione, consapevolezza dei benefici, disposizione psicologica alla pratica, percezione spesso fallace della disponibilità di tempo) e socio-economico (stile di vita sedentario, attività domestiche durante la giornata, modalità lavorative, reddito). In particolare, una difficile situazione socio-economica si traduce generalmente in uno svantaggio in cui entrano in gioco la minore disponibilità di tempo libero e il minor accesso alle strutture dedicate, la vita in ambienti con poche opportunità di attività fisica, la percezione dello sport come un lusso e non come una necessità.

Secondo la definizione dell'OMS⁴, l'attività fisica va intesa come “qualsiasi movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che richiede un dispendio energetico”. In questa definizione rientrano quindi non solo le attività sportive ma soprattutto i semplici movimenti quotidiani come camminare, andare in bicicletta, ballare, giocare, fare giardinaggio e svolgere i lavori domestici.

Una vita attiva consente di prevenire e curare molte patologie:

- potenzia il funzionamento di cuore e polmoni;
- migliora l'agilità e l'equilibrio aiutando a sviluppare (nel caso dei bambini) o a rafforzare (nel caso di adulti e anziani) l'apparato osteoarticolare e muscolare;
- concorre al benessere psicologico, riducendo ansia, depressione e senso di solitudine;
- aiuta a prevenire e a trattare il sovrappeso perché regola l'appetito e aumenta il numero di calorie bruciate ogni giorno;
- contribuisce a prevenire malattie cardiovascolari, abbassando i valori della pressione arteriosa e quelli dell'ipercolesterolemia;
- riduce il rischio di malattie croniche come il diabete e l'osteoporosi;
- diminuisce il rischio di alcuni tipi di cancro, come per esempio quello della mammella o del colon.

Inoltre, una vita attiva aiuta a sentirsi meglio, riducendo lo stress e aiutando il sonno notturno. La vita attiva migliora anche il rendimento lavorativo e contribuisce a diminuire le malattie e gli infortuni sul lavoro.

Sedentarietà¹⁻¹¹

Sedentarietà e scarsa attività fisica possono avere significativi riflessi sulla qualità della vita e sul benessere psico-fisico generale influenzando su ansia, depressione e senso di solitudine. La sedentarietà, oltre a essere un'abitudine individuale, è una condizione che può essere favorita dal tipo di lavoro svolto. Infatti, rischi aggiuntivi di salute sono correlati con lo “stare a lungo seduti”, abitudine spesso dovuta a un'attività lavorativa di tipo sedentario. A confronto con altri fattori di rischio per cattiva salute, l'incremento del 58% del rischio di mortalità riscontrato in coloro che restano seduti per più di 8 ore al giorno e che non praticano attività fisica è simile a quello associato al fumo di sigaretta e all'obesità.

È dimostrato che un'attività fisica quotidiana di moderata intensità (60 minuti al giorno) contribuisce ad azzerare l'aumentato rischio di mortalità associato alla prolungata sedentarietà e ad attenuare (ma non a eliminare) l'aumentato rischio associato alla persistente sedentarietà legata alla visione dei dispositivi a schermo per 5 o più ore al giorno^{6,7}. Ciò supporta il suggerimento che, se per motivi di lavoro si è costretti a restare a lungo seduti, è importante trovare il tempo sufficiente per praticare una regolare attività fisica nella misura consigliata; tale attività può essere espletata nello svolgimento delle attività quotidiane, durante gli spostamenti da casa al luogo di lavoro e viceversa, facendo le scale, cogliendo ogni occasione per muoversi anche nel tempo libero.

Numerose evidenze pongono infine attenzione agli alti costi sanitari legati alle conseguenze dell'inattività fisica, e diversi studi sottolineano il peso dei costi indiretti della sedentarietà causati da: perdita di produttività per malattia, disabilità lavorativa e morte prematura. Al contrario, in merito agli effetti dell'attività fisica sulla produttività lavorativa, gli studi scientifici al momento disponibili evidenziano una sicura relazione tra fitness e produttività.

1. De Mei B, Cadeddu C, Luzi P, Spinelli A (Ed.). Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/9). http://old.iss.it/binary/publ/cont/18_9_web_rev.pdf

2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284-92.
3. Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005;58:163-71
4. Frydenlund G, Jørgensen T, et al. Sedentary leisure time behavior, snacking habits and cardiovascular biomarkers: the Inter99 Study. *Eur J Prev Cardiol* 2012;19:1111-9.
5. Harris JL, Bargh JA, Brownell KD. Priming effects of television food advertising on eating behavior. *Health Psychol* 2009;28:404-13.
6. Ekelund U, Steene-Johannessen, J, et al, for the Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee, and the Lancet Sedentary Behaviour Working Group. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet* 2016;388:1302-10.
7. Schumacher M, Rücker G, Schwarzer G. Meta-analysis and the Surgeon General's report on smoking and health. *N Engl J Med* 2014;370:186-8.
8. Whitlock G, Lewington S, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009;373:1083-96.
9. Ding D, Lawson KD, et al; Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet* 2016;388:1311-24.
10. Candari CJ, Cylus J, Nolte E, for the European Observatory on Health Systems and Policies, a partnership hosted by WHO Regional Office for Europe. Assessing the economic costs of unhealthy diets and low physical activity. An evidence review and proposed framework. London: WHO Regional Office for Europe; 2017
11. Sharifzadeh M. Does fitness and exercises increase productivity? assessing health, fitness and productivity relationship. *Am J Manage* 2013;13:32-52.

Raccomandazioni

Nel 2010 l'OMS ha pubblicato il documento⁵ che definisce i livelli raccomandati di attività fisica che vanno intesi come limite minimo per tutelare la propria salute. Nello specifico, l'attività fisica negli adulti (18-64 anni e ultra64enni) dovrebbe includere attività svolte nel tempo libero, esercizio strutturato, sport e dovrebbe essere di tipo prevalentemente aerobico, cioè di resistenza (per esempio: camminare a ritmo sostenuto, correre, andare in bicicletta, saltare la corda, nuotare).

Per rafforzare gli apparati cardiorespiratorio e osteomuscolare e ridurre il rischio di MCNT e di depressione in questa fascia di età, l'OMS raccomanda di:

- praticare attività fisica aerobica con intensità moderata per almeno 150 minuti complessivamente nell'arco della settimana, oppure almeno 75 minuti di attività aerobica intensa o ancora con una combinazione equivalente di attività di intensità moderata ed elevata⁵;
- praticare 2 o più giorni alla settimana un'attività di rafforzamento dei gruppi muscolari maggiori.

Inoltre, raddoppiando il tempo settimanale raccomandato (300 minuti di attività fisica aerobica moderata ovvero 150 minuti di attività fisica aerobica intensa o ancora una combinazione equivalente) si raggiungono benefici aggiuntivi.

I livelli consigliati possono essere cumulati durante la giornata, esercitandosi per intervalli relativamente brevi di tempo. Per esempio, gli adulti possono soddisfare l'obiettivo settimanale di 150 minuti facendo 30 minuti di attività fisica cinque volte per settimana.

Praticare attività fisica sotto i livelli raccomandati produce comunque benefici, infatti fare qualche attività fisica è meglio di non farne nessuna. Le persone inattive dovrebbero iniziare con piccole quantità di attività fisica e aumentare gradualmente la durata, frequenza e intensità nel tempo.

Per quanto riguarda le persone con 65 anni e più, le indicazioni sono le stesse degli adulti, con l'avvertenza di svolgere anche attività orientate all'equilibrio per prevenire le cadute. Chi fosse impossibilitato a seguire in pieno le raccomandazioni, dovrebbe fare attività fisica almeno 3 volte alla settimana e adottare uno stile di vita attivo adeguato alle proprie condizioni.

L'intensità dell'esercizio fisico è definita dall'entità dello sforzo richiesto per svolgerla rispetto a uno stato di riposo, entità che varia su base individuale³. La [Tabella 8](#) fornisce alcuni esempi indicativi ed evidenzia che nella quotidianità ci sono diverse occasioni, al di là del tempo dedicato all'esercizio fisico o allo sport vero e proprio, per fare movimento.

Tabella 8. Intensità di alcune attività della vita quotidiana

Intensità	Esempio di attività
Bassa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ camminare lentamente ▪ lavare i piatti, stirare, spolverare ▪ fare bricolage, fare la spesa, dedicarsi ai lavori manuali ▪ innaffiare il giardino ▪ giocare a bocce, biliardo, bowling, ping pong, ballare

Moderata	<ul style="list-style-type: none"> ▪ camminare rapidamente (a passo svelto) ▪ lavare la macchina o i vetri ▪ passare l'aspirapolvere ▪ fare giardinaggio, ramazzare le foglie ▪ fare aerobica ▪ andare in bicicletta o nuotare, fare acquagym, sciare, andare in barca a vela, giocare a golf
Vigorosa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ camminare, fare una passeggiata in montagna ▪ vangare, spostare i mobili ▪ fare <i>jogging</i>, nuotare velocemente, saltare alla corda, giocare a calcio, giocare a pallavolo (e la maggior parte dei giochi di squadra con la palla), fare sport di combattimento, giocare a tennis, <i>squash</i>, fare scalate

È importante che il movimento venga praticato regolarmente e tutte le volte che se ne ha l'opportunità: camminare, andare in bicicletta, salire le scale sono alcuni modi spontanei per aumentare i livelli di attività fisica e contrastare la sedentarietà. In generale vengono riconosciuti benefici per la salute, in particolare quella cardiorespiratoria, per movimenti di durata pari ad almeno 10 minuti consecutivi in tutte le età⁶.

Attività fisica sul luogo di lavoro⁶

Data la quota rilevante di tempo individuale trascorso sul luogo di lavoro, la promozione dell'attività fisica in questo contesto è di fondamentale importanza. Si stima che in Europa più del 35% della popolazione generale adulta resti seduta per più di 7 ore al giorno, e anche in Italia la sedentarietà è un comportamento diffuso tra la popolazione adulta in età lavorativa ([vedi anche Capitolo 3](#), Dati di sorveglianza, Attività fisica)^{7,8}.

I risultati disponibili indicano che i programmi di promozione dell'attività fisica messi in atto sul luogo di lavoro sono efficaci se multi-componente, cioè si compongono di più interventi portati avanti sullo stesso piano, per esempio interventi sulla *policy* aziendale, sulla riorganizzazione dell'ambiente lavorativo in modo da facilitare la pratica dell'attività fisica, sul cambiamento dei comportamenti non salutari individuali e collettivi ([Tabella 9](#))^{6,9-11}.

Tabella 9. Benefici della promozione dell'attività fisica sul luogo di lavoro^{3,12}

	Per i lavoratori	Per l'impresa
Miglioramento di	<ul style="list-style-type: none"> ▪ salute e qualità della vita anche sul posto di lavoro ▪ soddisfazione lavorativa (motivazione, concentrazione, memoria, interesse, rapporto con i colleghi) ▪ gestione dello stress 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ qualità della vita sul luogo di lavoro ▪ immagine dell'impresa ▪ relazioni lavorative ▪ produttività
Aumento di	<ul style="list-style-type: none"> ▪ benessere psicosociale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ senso di appartenenza
Riduzione di	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rischio di mortalità prematura ▪ rischio di soffrire di alcune malattie (malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione, ipercolesterolemia) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ assenze per malattia ▪ infortuni sul lavoro ▪ <i>turn over</i> ▪ costi sociali (indennizzi, assicurazioni)

Interventi di WHP per la promozione dell'attività fisica

C'è ormai esperienza di buone pratiche di WHP con impatto favorevole sui fattori di rischio delle malattie cronic-degenerative¹⁻³. Le buone pratiche vengono in genere classificate secondo diversi criteri, per esempio in azioni destinate ai lavoratori o destinate al contesto lavorativo, ovvero azioni con impatto sulla salute individuale o collettiva o sull'ambiente di lavoro o ancora azioni che devono essere intraprese dal lavoratore o dall'azienda o dal medico competente. I documenti indicano anche il livello di complessità, la facilità e la rapidità di implementazione e/o i costi, in modo da guidarne la scelta sulla base delle dimensioni e delle possibilità di investimento dell'azienda, sulla esperienza maturata nella WHP, sulla disponibilità di risorse, economiche, umane e organizzative. Di seguito viene

proposta una sintesi di quelle utili alla promozione dell'attività fisica e il contrasto alla sedentarietà sul luogo di lavoro.

Che cosa può fare	Per sensibilizzare a una cultura dell'attività fisica	Per integrare l'attività fisica nella vita lavorativa	Per incentivare la mobilità attiva
l'azienda	Diffondere materiale informativo (riviste, manifesti, cartelli, messaggi) relativo all'importanza dell'attività fisica	Ricordare ai lavoratori di alzarsi dalla propria sedia, a intervalli stabiliti, per svolgere alcuni semplici esercizi di allungamento (<i>stretching</i>)	Allestire un punto informativo dove i lavoratori possano informarsi su orari delle linee di trasporto pubblico, disponibilità di piste ciclabili, opportunità di trasporto attivo sul territorio
	Organizzare una campagna informativa interna sulla promozione dell'attività fisica (affissione, in corrispondenza degli ascensori di cartelli che incentivino l'uso delle scale, utilizzo di messaggi di promozione dell'attività fisica via e-mail, sulle tovaglette della mensa, in busta paga)	Avviare iniziative sportive interne (tornei, marce non competitive, biciclettate) e momenti di attività fisica di gruppo in azienda (lezioni di yoga, pilates, gratuite, sovvenzionate in parte o pagate dagli iscritti)	Sviluppare un piano di spostamento per raggiungere il posto di lavoro che offra ai lavoratori percorsi agili nel tragitto abitazione-lavoro-abitazione e non richieda l'uso del proprio autoveicolo
	Organizzare discussioni e seminari su idee e modi per diventare più attivi	Approvare un tempo di lavoro retribuito (un intervallo di 15 minuti) da dedicare all'attività fisica	Stabilire convenzioni o incentivi per la pratica dell'attività fisica (abbonamenti per palestre, piscine o centri sportivi, acquisto di abbigliamento o attrezzature sportive)
	Adottare una <i>policy</i> aziendale di contrasto della sedentarietà e di promozione dell'attività fisica dei lavoratori	Organizzare iniziative mirate ai bisogni di gruppi specifici (per esempio, lavoratori più sedentari, donne, anziani)	Promuovere l'uso della bicicletta nei viaggi casa-lavoro, per es. creando un parcheggio coperto dedicato, affiggendo indicazioni sui percorsi ciclabili più sicuri per giungere sul posto di lavoro e informazioni e consigli per la sicurezza
	Distribuzione contapassi, bracciali o altri dispositivi per misurare l'attività fisica	Creare strutture per la pratica dell'attività fisica all'interno dell'azienda accessibili a tutti i dipendenti, attrezzandole di spogliatoi, docce, servizi	Rendere disponibili rastrelliere per biciclette, docce e adibire spazi e armadietti per chi si muove a piedi, in bicicletta o corre
il medico competente	Misurare sistematicamente i livelli di attività fisica con questionario, registrare i dati individuali e consegnarli al lavoratore		
	Dare indicazioni su un eventuale aumento dell'attività fisica e offrire interventi di <i>counselling</i> motivazionale breve ai lavoratori a rischio		

1. Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Regione Piemonte (DORS). Promuovere salute nel luogo di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti. Dicembre 2016.
https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf
2. Regione Lazio. Direzione Regionale "Salute e Politiche Sociali". Manuale WHP Regione LAZIO. Modalità di adesione al Progetto "In Salute in Azienda" della Regione Lazio per far parte della rete regionale WHP dei luoghi di lavoro che promuovono salute. Roma: Regione Lazio; 2016.
http://www.regione.lazio.it/binary/rl_main/tbl_documenti/Comitato_Sicurezza_Lavoro_Manuale_WHP_Lazio16_12_2015.pdf
3. Rete WHP Bergamo. Come aderire al programma Workplace Health Promotion e creare un luogo di lavoro che promuova salute. https://whpaslbg.files.wordpress.com/2019/03/agg03_2019_whp_istruzioni.pdf

Mobilità attiva e sostenibile

La mobilità attiva, la pratica abituale e diffusa di spostamenti a piedi e/o in bicicletta nella vita di tutti i giorni, limitando l'uso dell'automobile, è una soluzione ottimale per raggiungere i livelli raccomandati di attività fisica e, quindi, per migliorare il proprio stato di salute. È, inoltre, un modo di muoversi rispettoso dell'ambiente che incide in modo reale e sostanziale sulle spese del singolo e sui costi sanitari, diretti e indiretti, sostenuti dalla società¹.

La mobilità attiva appare infatti un'opzione possibile se si tiene conto che più di un terzo degli spostamenti in Europa copre distanze inferiori ai 3 chilometri e nel 50% inferiori ai 5 chilometri (percorribili quindi in 15-20 minuti in bicicletta e in 30-50 minuti a passo veloce)².

I dati del sistema PASSI rilevati nel 2017³ indicano che solo il 21% della popolazione di 18-69 anni pratica pienamente la mobilità attiva (>150 minuti alla settimana fra cammino e bici per gli spostamenti abituali), il 22% pratica parzialmente la mobilità attiva (tra 10 e 150 minuti alla settimana) mentre il restante 57% non la pratica affatto (<10 minuti alla settimana).

Facendo riferimento ai dati del sistema PASSI e applicando il programma HEATH (*Health economic assessment tool for cycling and walking*)⁴, messo a punto dall'OMS, che permette di stimare la mortalità evitabile grazie alla mobilità attiva, si considera che nel 2017 l'utilizzo della bicicletta per gli spostamenti quotidiani abbia permesso una riduzione media della mortalità attorno al 15% (circa 1.800 decessi annui), muoversi abitualmente a piedi dell'11% (quasi 4.900 decessi).

Considerando esempi locali concreti, è stato calcolato che a Modena per ogni euro speso per potenziare la ciclabilità se ne risparmiano all'incirca 1.000, mentre a Verona se tutti i residenti percorressero ogni giorno 3 chilometri in bicicletta il risparmio in un anno per i costi sanitari diretti e indiretti potrebbe essere di oltre 17 milioni di euro. Stime analoghe possono essere effettuate per gli interventi volti ad aumentare il numero di persone che camminano anziché usare l'automobile.

Uno studio del 2012⁵ ha analizzato l'effetto degli spostamenti attivi su 7 malattie associate con la sedentarietà (diabete, cancro della mammella e del colon, demenza, malattie cerebrovascolari, depressione e cardiopatia ischemica). Ha calcolato che se le persone percorressero ogni giorno 3,4 km in bicicletta o 1,6 km di cammino al giorno, dopo 20 anni la riduzione di tali patologie nei contesti urbani consentirebbe al Sistema sanitario nazionale britannico di risparmiare circa 17 miliardi di sterline l'anno (all'incirca l'1% del budget della sanità) e di liberare fondi consistenti da destinare ad altri interventi sanitari.

Secondo il rapporto OMS *Unlocking new opportunities: jobs in green and healthy transport*⁶, la riduzione dell'aspettativa di vita della popolazione dovuta all'inquinamento e agli incidenti (circa 120.000 morti all'anno in Europa) e l'impatto di questi ultimi sulla salute si traduce in costi che possono arrivare a incidere fino al 3% del PIL. Se tutta l'Europa prendesse esempio da Copenaghen, dove il 26% dei tragitti in città avvengono in bicicletta, si potrebbero creare oltre 76 mila posti di lavoro. Gli esperti europei hanno anche calcolato i vantaggi per la salute, riconducibili all'uso delle biciclette stimabili in 9.401 decessi in meno ogni anno, e per il mercato del lavoro pari a 76.658 nuovi posti di lavoro se le maggiori città europee arrivassero a utilizzarle con la stessa intensità della capitale danese.

Queste cifre sono state ottenute considerando una sola città in ciascuno stato. Per l'Italia è stata presa in considerazione la città di Roma, dove ogni anno si potrebbero evitare 154 morti e si potrebbero creare oltre 3.000 nuovi impieghi. Le stime sui potenziali risparmi devono tenere conto sia dei costi diretti (sanitari) sia di quelli indiretti (perdita di produttività al lavoro per motivi di salute, morbidità e disabilità, mortalità prematura, mancati incentivi economici come quello già citato di carenti incentivi al turismo su due ruote, ecc.).

Lo sviluppo di ambienti urbani che spingano all'attività fisica, inclusa la disponibilità di piste ciclabili e percorsi pedonali su itinerari anche di interesse paesaggistico e storico-artistico, si inserisce su temi più ampi come la progettazione urbanistica, la programmazione dei trasporti e del traffico.

Le condizioni urbanistiche dovrebbero essere modificate in modo tale da facilitare l'integrazione del movimento nella vita di tutti i giorni (privilegiare la presenza di aree verdi attrezzate e non, piste ciclabili, percorsi e aree pedonali, zone a traffico limitato, strutture sportive al chiuso e all'aperto)⁷⁻¹⁰.

Anche il sistema dei trasporti può contribuire alla promozione dell'attività fisica, sia facilitando gli spostamenti percorribili a piedi o in bicicletta, sia migliorando l'accessibilità e la funzionalità dei mezzi pubblici e aumentandone la sicurezza. La sicurezza è un'esigenza particolarmente sentita dalle donne, dalle famiglie con bambini (per i quali il percorso abituale casa-scuola è una delle più semplici e costanti occasioni di attività fisica), dagli anziani. Per esempio la mancanza di marciapiedi o aree protette può contribuire ad aumentare gli incidenti che coinvolgono prevalentemente i bambini^{7,10}.

Sul luogo di lavoro, per favorire una mobilità attiva sarebbe, per esempio, opportuno fornire informazioni sulle piste ciclabili e i tragitti percorribili a piedi nei dintorni dell'ufficio, incoraggiare i lavoratori a fare brevi passeggiate durante le pause, fissare (e monitorare) obiettivi aziendali da raggiungere in termini di distanze da percorrere a piedi o in bici. Infine, i datori di lavoro dovrebbero assicurare ai dipendenti l'accesso a palestre o strutture sportive (stipulando convenzioni con gli impianti vicini o addirittura ospitando le attrezzature nei propri edifici), garantendo la presenza di docce e rastrelliere per le biciclette per coloro che vogliono che l'attività fisica entri a far parte realmente della loro vita lavorativa quotidiana.

1. De Mei B, Cadeddu C, Luzi P, Spinelli A (Ed.). Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività. (Rapporti ISTISAN 18/9). http://old.iss.it/binary/publ/cont/18_9_web_rev.pdf
2. Racioppi F, Dora C, et al. A physically active life through everyday transport. With a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002. <http://www.euro.who.int/document/e75662.pdf>
3. PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). La mobilità attiva in Italia, dati 2017, attività fisica. https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/pdf/MobilitaAttiva2018PASSI.pdf
4. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Health Economic Assessment Tool (HEAT) for cycling and walking. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/guidance-and-tools/healtheconomic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking>
5. Jarrett, J, Woodcock, J, et al. Effect of increasing active travel in urban England and Wales on costs to the National Health Service. Lancet 2012;379(9832):2198-2205. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22682466>
6. World Health Organization (WHO). Unlocking new opportunities: jobs in green and healthy transport. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/unlocking-new-opportunities-jobs-in-green-and-healthy-transport>
7. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. <http://www.euro.who.int/document/e89490.pdf> anche nella versione italiana: OMS Europa. Attività fisica e salute in Europa: conoscere per agire. Milano: Armando editore; 2007.
8. Frank L, Kavage S, Liman T. Promoting public health through smart growth. Vancouver: SmartGrowthBC; 2006. http://www.vtppi.org/sqbc_health.pdf
9. Barp A, Bolla D. Spazi per camminare. Camminare fa bene alla salute. ULSS 20 Verona, Università IUAV Venezia: Marsilio editore; 2009. http://www.muoversidipiù.it/files/Ricerca_Stili_Vita_Attivi.pdf
10. World Health Organization (WHO). Interventions on diet and physical activity: what works. Summary report. Geneva: World Health Organization; 2009. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf>

Bibliografia

1. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari. <https://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/>
2. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La formazione per Guadagnare Salute. I percorsi di formazione a distanza. <http://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/fad>
3. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare salute, Dossier attività fisica. https://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_attivita_fisica.pdf
4. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports 1985;100(2):126-31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>
5. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf> e <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>
6. Regione Piemonte. Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DORS). Esperienze e strumenti per la promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro. Torino: Regione Piemonte; 2013. <https://www.dors.it/dl.php?idalleg=610>
7. World Health Organization (WHO). Ministers approve declaration: day 2 of nutrition and NCD conference, 2013. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/07/vienna-conference-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases/sections/news/2013/07/ministers-approve-declaration-day-2-of-nutrition-and-ncd-conference>
8. PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). <http://www.epicentro.iss.it/passi/>
9. Verweij LM, Coffeng J, et al. Meta-analyses of workplace physical activity and dietary behaviour interventions on weight outcomes. Obesity Review 2011;12:406-29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20546142>
10. Zaza S, Briss PA, Harris KW. Task Force on Community Preventive Services. The guide to community preventive services: what works to promote health? Physical activity. 2005:480. <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195151091.001.0001/acprof-9780195151091>
11. Soler RE, Leeks KD, et al. A systematic review of selected interventions for worksite health promotion. The assessment of health risks with feedbacks. Am J Prev Med 2010;38(Suppl 2): S237-62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20117610>
12. Kino-Quebec. Dumont E. Augmentez vos "actifs". Quebec; Gouvernement du Québec; 2000. <http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/augmentezvosactifs.pdf>
13. Regione Lazio. Direzione Regionale "Salute e Politiche Sociali". Manuale WHP Regione LAZIO. Modalità di adesione al Progetto "In Salute in Azienda" della Regione Lazio per far parte della rete regionale WHP dei luoghi di lavoro che promuovono salute. Roma: Regione Lazio; 2016. http://www.regione.lazio.it/binary/rl_main/tbl_documenti/Comitato_Sicurezza_Lavoro_Manuale_WHP_Lazio16_12_2015.pdf

4.c. Consumo di alcol¹⁻³

Effetti sulla salute

Per quanto il consumo moderato e responsabile di alcol sia socialmente accettato nella nostra cultura, l'alcol è una sostanza tossica psicoattiva potenzialmente dannosa per la salute, il cui consumo può produrre conseguenze per l'individuo bevitore (effetti acuti e cronici sull'organismo, aumento del rischio di incidenti) e per il contesto familiare e sociale (comportamenti violenti o criminali, abbandoni, incapacità di costruire legami affettivi stabili, invalidità, incidenti sul lavoro e sulla strada).

I danni correlati all'uso di bevande alcoliche comprendono una lunga lista di patologie acute e croniche totalmente o parzialmente attribuibili all'alcol. Dati recenti hanno evidenziato che nel 2016 l'alcol era, a livello globale, la settima causa di morte e di anni di vita persi in buona salute, che esiste una correlazione diretta e inequivocabile tra consumo di alcol e morte prematura, insorgenza di tumori e di malattie cardiovascolari, tanto che non è possibile identificare una soglia di consumo sotto la quale il danno si annulla. In altri termini, solo l'astensione totale dall'alcol azzerava i rischi per la salute⁴.

Una frazione considerevole della mortalità e morbilità alcol-correlata deriva da comportamenti associati a stati di intossicazione acuta, come l'impatto funzionale neurologico e di danno neuronale nei giovani *binge drinker* (il consumo *binge* si riferisce all'assunzione in un'unica occasione di oltre 6 unità alcoliche di una qualsiasi bevanda) e l'alterazione della capacità di rispondere prontamente agli stimoli, che è causa degli incidenti stradali provocati dalla guida sotto l'effetto dell'alcol, degli infortuni domestici e di quelli sul lavoro.

Condizioni croniche come cirrosi epatica, malattie cardiovascolari, malattie tumorali, polineuropatia e disturbi neuropsichiatrici sono tra le più importanti cause di morte e disabilità. Alcune di queste condizioni sono totalmente attribuibili all'alcol, altre vengono favorite dal consumo di alcol per quanto possono svilupparsi anche in assenza.

L'alcol induce inoltre dipendenza, la cui diagnosi non si basa unicamente sui livelli o sulla frequenza dei consumi alcolici, ma implica la presenza di un insieme di manifestazioni fisiche, cognitive e comportamentali associate al consumo di alcol.

L'alcol influisce negativamente sulla funzione riproduttiva. L'esposizione prenatale all'alcol comporta un aumento del rischio di aborto spontaneo, parto prematuro e basso peso alla nascita e di deficit intellettivi che si manifesteranno successivamente nell'infanzia. Le conseguenze possono variare anche in base alle quantità di alcol assunte dalla futura madre.

Ridurre il consumo alcolico, o smettere di bere, produce benefici sullo stato di salute a qualunque età. I rischi acuti sono completamente reversibili, mentre per le patologie croniche permane una quota di rischio, ma si osserva un miglioramento delle condizioni fisiche e una riduzione della mortalità complessiva. Limitare l'assunzione di alcol è una strategia per il controllo del peso corporeo: un grammo di alcol apporta circa 7 chilocalorie per grammo e quindi per smaltire l'apporto energetico di un bicchiere di vino sarebbe per esempio necessario camminare per circa mezz'ora.

Raccomandazioni

Per mantenere un buono stato di salute è importante essere consapevoli delle modalità con cui si consumano le bevande alcoliche e che bere alcol è comunque rischioso per la salute. L'assenza di una soglia di consumo sotto la quale il rischio si annulla suggerisce pertanto di orientare tutte le politiche sanitarie orientate al controllo del consumo di alcol nella direzione della "tolleranza zero"⁴⁻⁵.

Le quantità considerate a basso rischio per la salute sono:

- 2 unità alcoliche al giorno per gli uomini
- 1 unità alcolica al giorno per le donne
- 1 unità alcolica al giorno sopra i 65 anni
- 1 unità alcolica al giorno tra i 18 e i 20 anni
- zero unità di alcol sotto i 18 anni.

L'unità alcolica corrisponde a circa 10-12 grammi di alcol puro, corrispondenti a:

- un bicchiere standard di vino (12°, 125 ml)
- una lattina di birra (4,5°, 330 ml)
- un aperitivo (18°, 80 ml)
- un bicchierino di superalcolico (36°, 40 ml).

Bisogna tenere sempre presente che la capacità di metabolizzare l'alcol varia da persona a persona in base al sesso, all'età, al peso corporeo e alle condizioni di salute.

Alcuni accorgimenti possono limitare l'impatto negativo del consumo di alcol:

- bere solo durante i pasti principali e mai a digiuno, senza eccedere rispetto alle quantità considerate a basso rischio;
- scegliere bevande a bassa gradazione alcolica, come vino o birra, ed evitare i superalcolici;
- evitare il consumo eccessivo in singole occasioni (*binge drinking*);
- non bere in alcune situazioni: se si ha meno di 18 anni, durante la gravidanza e l'allattamento, mentre si lavora, quando ci si deve mettere alla guida;
- fare attenzione all'interazione tra farmaci e alcol e consultare il proprio medico sull'opportunità di bere alcolici durante una terapia farmacologica.

Prima di mettersi alla guida, bisogna ricordare che, per metabolizzare completamente un'unità alcolica, l'organismo impiega almeno un'ora, tempo che varia in funzione del peso corporeo e della sua assunzione o meno a digiuno. Donne e anziani hanno bisogno di un tempo maggiore per smaltire una singola unità alcolica. Secondo il codice della strada il limite legale di alcolemia alla guida non deve superare 0,5 grammi per litro (zero grammi per litro per i neopatentati e gli autisti professionali).

Durante la gravidanza è necessario astenersi dalle bevande alcoliche.

Alcol sul luogo di lavoro⁶

L'OMS ha stimato che si possa attribuire all'alcol il 10-30% della quota di infortuni sul lavoro (in particolare di quelli gravi), un incremento del numero di assenze dal lavoro (3-4 volte superiore rispetto agli altri lavoratori) e una maggiore precarietà (l'alcolismo è causa del 40% dei cambiamenti dei posti di lavoro) con una aumentata possibilità di licenziamento.

La presenza di alcol nel sangue può determinare minore attenzione e accuratezza nello svolgimento delle proprie funzioni e conseguenti comportamenti a rischio per lo stesso lavoratore e terze persone.

Il consumo di alcol espone inoltre il lavoratore alla possibile interazione e/o potenziamento degli effetti di altre sostanze tossiche presenti nel ciclo produttivo.

Ridurre i rischi legati all'assunzione di alcolici da parte dei lavoratori, ai fini della loro salute, della sicurezza sul lavoro e della sicurezza di terzi, rappresenta un obiettivo decisivo per le aziende nelle quali si svolgono attività lavorative a elevato rischio. Le strategie di prevenzione dell'OMS sull'alcol⁵ raccomandano di promuovere politiche per i luoghi di lavoro basate sull'educazione, la prevenzione, l'identificazione precoce dell'abuso di alcol e il trattamento, da integrarsi nei programmi di sorveglianza sanitaria. Per l'intervento breve si rimanda alla seconda parte del corso.

Interventi di WHP per la prevenzione di un consumo rischioso/dannoso di alcol e del consumo di alcol sul lavoro

C'è ormai esperienza di buone pratiche di WHP con impatto favorevole sui fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative.¹⁻³ Le buone pratiche vengono in genere classificate secondo diversi criteri, per esempio in azioni destinate ai lavoratori o destinate al contesto lavorativo, ovvero azioni con impatto sulla salute individuale o collettiva o sull'ambiente di lavoro o ancora azioni che devono essere intraprese dal lavoratore o dall'azienda o dal medico competente. I documenti indicano anche il livello di complessità, la facilità e la rapidità di implementazione e/o i costi, in modo da guidarne la scelta sulla base delle dimensioni e delle possibilità di investimento dell'azienda, sulla esperienza maturata nella WHP, sulla disponibilità di risorse, economiche, umane e organizzative. Di seguito viene proposta una sintesi di quelle utili per la prevenzione di un consumo rischioso/dannoso di alcol e del consumo di alcol sul lavoro.

Che cosa può fare	A livello normativo/culturale	A livello informativo/preventivo	A livello procedurale/di sostegno
l'azienda	Inserire nelle normative aziendali una definizione chiara di uso/abuso di alcol, delle procedure per la gestione di casi di alterazione franca o sospetta di assunzione di alcol, delle conseguenze per la violazione della policy e per l'individuazione formale e formazione delle figure preposte alle procedure	Informare i lavoratori sul consumo responsabile di bevande alcoliche	Promuovere servizi e programmi di consulenza (informazioni, consigli, counseling) per i lavoratori preoccupati per il loro consumo di alcolici, o per il consumo di familiari o amici, ricordando ai lavoratori che possono cercare consiglio, supporto o essere indirizzati alla struttura più

			idonea, dal proprio medico di base, dal medico competente o da altri professionisti sanitari
	Adottare una <i>policy</i> aziendale di prevenzione del consumo di alcol sul lavoro, con il coinvolgimento attivo dei diversi ruoli aziendali. Devono essere contemplati: normative, regolamenti, divieti, obiettivi aziendali	Organizzare una campagna informativa interna su alcol/dipendenze e/o incidenti correlati	Attuare il divieto di somministrazione e vendita di alcol all'interno dell'azienda (sul posto di lavoro e nella mensa aziendale; in caso di utilizzo di buoni pasto esplicitare l'esclusione degli alcolici)
	Estendere la policy aziendale alle situazioni di abuso o di dipendenza (droghe, gioco d'azzardo)	Offrire ai dipendenti interventi informativi sulla prevenzione del consumo di alcol (riviste, internet, manifesti, incontri, eventi) e corsi di formazione specifici sul consumo di alcol (anche su sostanze d'abuso e gioco d'azzardo)	Organizzare attività sociali e di gruppo che promuovano comportamenti salutari
il medico competente	Utilizzare il questionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)-C, CAGE ("Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener") o altro questionario scientificamente validato per la rilevazione di problemi alcol correlati (vedi seconda parte , Counseling, Interventi brevi per la promozione della salute) e registrazione del punteggio nella documentazione sanitaria		
	Offrire servizi di counseling breve, durante le visite periodiche in azienda, per problemi alcol correlati (vedi seconda parte , Counseling, Interventi brevi per la promozione della salute) ⁴⁻⁵		
	Seguire e mettere in atto le raccomandazioni contenute nelle linee guida evidence-based		

1. Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Regione Piemonte (DORS). Promuovere salute nel luogo di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti. Dicembre 2016.
https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf
2. Regione Lazio. Direzione Regionale "Salute e Politiche Sociali". Manuale WHP Regione LAZIO. Modalità di adesione al Progetto "In Salute in Azienda" della Regione Lazio per far parte della rete regionale WHP dei luoghi di lavoro che promuovono salute. Roma: Regione Lazio; 2016.
http://www.regione.lazio.it/binary/rl_main/tbl_documenti/Comitato_Sicurezza_Lavoro_Manuale_WHP_Lazio16_12_2015.pdf
3. Rete WHP Bergamo. Come aderire al programma Workplace Health Promotion e creare un luogo di lavoro che promuova salute. https://whpaslbg.files.wordpress.com/2019/03/agg03_2019_whp_istruzioni.pdf
4. Shepherd M. Every Contact Counts: Encouraging public service workers to provide health advice during day to day contact with members of the public. Welsh Government – Public Health Wales; 26th March 2012.
5. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale https://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_valore_aggiunto_competenze_counselling.pdf

Bibliografia

1. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari.
<https://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/>
2. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La formazione per Guadagnare Salute. I percorsi di formazione a distanza.
<http://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/fad>
3. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare salute, Dossier alcol. https://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_alcol.pdf
4. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2018;392:1015-35.
[https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(18)31310-2/fulltext)
5. Ministero della Salute. Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati";2017.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2724_allegato.pdf
6. World Health Organization (WHO). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010. https://www.who.int/substance_abuse/msbalcstragegy.pdf

4.d. Abitudine al fumo¹⁻³

Effetti sulla salute

L'abitudine al fumo di tabacco (tabagismo) costituisce uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello mondiale. Il fumo di tabacco è un rilevante fattore eziologico e di rischio per numerose malattie che concorrono maggiormente alla mortalità e alla perdita di anni vita in buona salute: neoplasie, cardiopatia ischemica, malattie cerebrovascolari, infezioni delle vie respiratorie, broncopneumopatia cronica ostruttiva, tubercolosi ([Tabella 10](#)). Il fumo inoltre ha effetti negativi sul sistema riproduttivo sia dell'uomo sia della donna, riducendo la fertilità, e sul feto in gravidanza, essendo causa di basso peso alla nascita, aborti spontanei, complicazioni durante la gestazione.

I danni fisici dovuti all'esposizione al fumo di tabacco sono legati a diversi fattori:

- età di inizio;
- numero di sigarette giornaliere;
- numero di anni di fumo;
- inalazione più o meno profonda del fumo.

Quando si fuma una sigaretta, nei polmoni si sprigionano più di 4.000 sostanze chimiche. Tra le più pericolose c'è il catrame, le cui sostanze cancerogene si depositano nel polmone e nelle vie respiratorie, oltre a sostanze irritanti che favoriscono infezioni, bronchite cronica ed enfisemi. Tra le sostanze tossiche e cancerogene c'è poi la nicotina, principio attivo responsabile del quadro di dipendenza.

Tra i fattori di rischio per la salute, il fumo è sicuramente quello che viene percepito maggiormente come tale anche dagli stessi fumatori, tuttavia il numero dei fumatori in Italia è ancora elevato (vedi [Capitolo 3. Epidemiologia](#)).

Il fumo passivo è la più importante fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati ed è classificato come agente cancerogeno, accresce in particolare il rischio di cancro del polmone e di malattia coronarica. L'esposizione al fumo passivo è inoltre associata a un aumento del rischio di malattie respiratorie, soprattutto nei bambini.

Tabella 10. Principali patologie associate al fumo attivo e al fumo passivo

Fumo attivo	Fumo passivo
Neoplasie <ul style="list-style-type: none">▪ Cavità nasali e seni paranasali▪ Cavità orale, naso- oro- e ipofaringe▪ Laringe▪ Polmone▪ Esofago, stomaco, pancreas, fegato, colon-retto▪ Rene e vie urinarie, vescica▪ Cervice uterina, ovaio (tumori mucinosi)▪ Midollo osseo (leucemia mieloide)	Adulti <ul style="list-style-type: none">▪ Malattie cardiovascolari acute▪ Tumore del polmone▪ Ictus▪ Riduzione della capacità ventilatoria ed esacerbazione di malattie respiratorie (es. asma)▪ Alterazioni della salute riproduttiva
Malattie non neoplastiche <ul style="list-style-type: none">▪ Broncopneumopatia cronica ostruttiva▪ Cardiopatia ischemica e infarto del miocardio▪ Ictus ischemico/emorragico▪ Arteriopatia ostruttiva periferica▪ Aneurisma dell'aorta▪ Disfunzione erettile (impotenza) e alterazioni della salute riproduttiva▪ Frattura dell'anca▪ Diabete mellito non insulino-dipendente▪ Degenerazione maculare senile▪ Cataratta▪ Gengiviti ed edentulia	Bambini <ul style="list-style-type: none">▪ Infezioni respiratorie▪ Infezioni dell'orecchio medio▪ Asma (induzione ed esacerbazioni)▪ Riduzione della capacità ventilatoria▪ Sindrome della morte improvvisa in culla

Smettere di fumare permette di recuperare anni in buona salute e aspettativa di vita. In particolare consente il recupero della forma fisica generale, la diminuzione del rischio di sviluppare patologie (come il cancro, le malattie cardiovascolari e quelle respiratorie), benefici di natura funzionale (maggiore resistenza

fisica, migliore qualità del sonno, miglioramento della respirazione, riduzione e poi scomparsa di tosse, faringiti, laringiti), estetica (alito più fresco, miglioramento del colorito e dell'elasticità della cute).

I benefici derivanti dalla cessazione dell'abitudine al fumo sono noti e cadenzati nella loro sequenza temporale:

- dopo poche ore l'ossigeno contenuto nel sangue torna alla normalità, il monossido di carbonio viene eliminato dal corpo e migliorano la respirazione, i sensi del gusto e del tatto;
- dopo alcune settimane aumenta la luminosità della pelle e si hanno vantaggi sulla circolazione;
- dopo 3-12 mesi migliora la funzione polmonare e si riduce il rischio di mortalità per malattie cardiovascolari;
- dopo 10 anni i rischi sono paragonabili a quelli di chi non ha mai fumato.

La cessazione del fumo si associa anche a un importante risparmio economico.

Raccomandazioni

Smettere di fumare è la scelta migliore per recuperare anni di vita in salute.

Ancora meglio, ovviamente, sarebbe non iniziare affatto: l'adolescenza è il periodo in cui buona parte dei fumatori accende la prima sigaretta per poi passare dal consumo occasionale alla dipendenza. La fase iniziale dell'abitudine al fumo è la fase in cui è più facile smettere, in quanto si è influenzati più da fattori sociali che da quelli fisici legati alla dipendenza da nicotina. Sono quindi fondamentali gli interventi educativi che coinvolgano scuola e famiglia, luoghi privilegiati e più competenti per iniziare a educare alla salute e, nello specifico, a prevenire l'abitudine al fumo.

La dipendenza dovuta alla nicotina contenuta nelle sigarette costituisce l'ostacolo principale per chi intende smettere di fumare, ma giocano un ruolo importante anche fattori di natura psicologica e sociale. All'interno della popolazione dei fumatori si possono individuare alcune categorie di soggetti che richiedono un'attenzione particolare come gli adolescenti, le donne in età fertile e i soggetti esposti al fumo passivo.

Non esiste un unico metodo per smettere che sia valido per tutti. Smettere di fumare da soli è possibile, in tanti ci riescono con un adeguato sforzo di volontà, ma chi intende abbandonare la dipendenza dal tabacco può contare anche sul sostegno di professionisti ed esperti che forniscono tutta l'assistenza necessaria per compiere questo passo decisivo verso la salute e il benessere. Sul territorio nazionale sono presenti oltre 200 ambulatori per la cessazione dal fumo di tabacco.

Circa i tentativi di cessazione è importante tenere conto che:

- il desiderio impellente della sigaretta dura solo pochi minuti e si può cercare di distrarsi con piccoli accorgimenti come masticare una gomma o una caramella, bere un bicchiere d'acqua, chiacchierare con qualcuno, fare una passeggiata;
- i sintomi dell'astinenza si attenuano già nella prima settimana;
- già dopo 20 minuti dalla cessazione del fumo si ottengono i primi effetti benefici per l'organismo;
- non è detto che smettere di fumare faccia per forza ingrassare. Un aumento di peso di circa 2-3 chilogrammi è possibile ma per limitare il problema è sufficiente cambiare gradualmente le proprie abitudini, riducendo per esempio la quantità di cibo per pasto o muovendosi di più;
- anche se fumare è considerato da molti un "piacere", chi smette recupera piaceri perduti come assaporare il vero gusto degli alimenti, sentire gli odori e respirare meglio;
- la sensazione di rilassamento che provoca il fumare, aspetto fondamentale per i fumatori nel decidere di continuare, è solamente dovuta all'effetto della nicotina sul cervello. Smettendo, già dopo una settimana dalla cessazione, si ha una "reale" sensazione di calma non accompagnata da un senso di mancanza e frustrazione;
- anche dopo la cessazione può capitare di ricominciare a fumare. La ricaduta non deve scoraggiare ma può essere vista come un momento utile per conoscere e affrontare meglio i momenti critici.

Fumo sul luogo di lavoro

L'abitudine al fumo:

- è un fattore concausale di numerose patologie correlate con specifiche esposizioni lavorative (fumo ed esposizione a fattori di rischio lavorativi possono interagire, in modo additivo e sinergico);
- può favorire il verificarsi di infortuni lavorativi, incendi ed esplosioni⁴⁻⁶;

- le esposizioni acute e croniche a fumo di tabacco ambientale (*environmental tobacco smoke*, ETS) aumentano il rischio di tumore del polmone, di malattie coronariche fatali e non fatali in non fumatori esposti nel luogo di lavoro⁷⁻⁹;
- è un fattore di confondimento nel monitoraggio biologico dell'esposizione professionale ad alcuni tossici industriali (per esempio benzene, cadmio, monossido di carbonio, idrocarburi policiclici aromatici).

Dal punto di vista aziendale, il fumo determina una minore produttività, particolari necessità organizzative e costi aggiuntivi per le aziende (per esempio per il tempo che i lavoratori impegnano a fumare durante il turno di lavoro, per il *turn-over* dei fumatori che si ammalano, per adempiere gli obblighi di legge riguardanti il divieto di fumo).

Ogni lavoratore ha il diritto di respirare aria pulita nei luoghi di lavoro e ha il dovere di non inquinare con il fumo. L'obiettivo principale di una politica per ambienti di lavoro liberi dal fumo è di proteggere i dipendenti, specialmente i non fumatori, dall'esposizione al fumo di tabacco e favorirne la cessazione tra i fumatori. Le azioni normative degli ultimi anni, come il divieto di fumo nei locali pubblici¹⁰, dimostrano che si può intervenire su fattori sociali, culturali ed economici per mettere il singolo nelle condizioni di rinunciare al fumo e di scegliere la salute.

I luoghi di lavoro costituiscono spesso un ambiente privilegiato per attuare interventi di promozione della salute, perché è possibile:

- a) raggiungere un elevato numero di fumatori, inclusi i tanti che, presentando buone condizioni di salute, non consultano frequentemente il proprio medico di medicina generale o altri sanitari;
- b) rivolgersi simultaneamente sia ai singoli lavoratori sia a gruppi di lavoratori;
- c) ripetere le iniziative nel tempo, in popolazioni lavorative relativamente stabili;
- d) avvalersi del sostegno, anche finanziario, delle aziende;
- e) integrarli con le attività di tutela della salute e della sicurezza nei confronti dei rischi lavorativi.

Interventi di WHP per il contrasto al fumo

C'è ormai esperienza di buone pratiche di WHP con impatto favorevole sui fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative¹¹⁻¹³. Le buone pratiche vengono in genere classificate secondo diversi criteri, per esempio in azioni destinate ai lavoratori o destinate al contesto lavorativo, ovvero azioni con impatto sulla salute individuale o collettiva o sull'ambiente di lavoro o ancora azioni che devono essere intraprese dal lavoratore o dall'azienda o dal medico competente. I documenti indicano anche il livello di complessità, la facilità e la rapidità di implementazione e/o i costi, in modo da guidarne la scelta sulla base delle dimensioni e delle possibilità di investimento dell'azienda, sulla esperienza maturata nella WHP, sulla disponibilità di risorse, economiche, umane e organizzative. Di seguito viene proposta una sintesi di quelle utili per il contrasto al fumo.

Che cosa può fare	A livello normativo/culturale	Livello informativo/preventivo	Livello procedurale/di sostegno
l'azienda	Scrivere, diffondere e mettere in atto, dopo un adeguato percorso di condivisione e preparazione, una <i>policy</i> interna di "azienda libera dal fumo"; la <i>policy</i> deve prevedere un regolamento scritto che prevede il divieto di fumare in tutti gli ambienti di lavoro chiusi	Realizzare campagne di comunicazione e informazione con manifesti sul consumo di tabacco, incontri aziendali di sensibilizzazione, distribuzione di materiale informativo (rischi associati al fumo e benefici del ridurre o smettere di fumare) e spiegazione delle strategie efficaci per smettere di fumare e della metodologia dei trattamenti	Promuovere e rendere accessibili sul posto di lavoro servizi cui il personale può rivolgersi per ricevere informazioni e supporto per ridurre o smettere di fumare
	Implementare politiche globali per un luogo di lavoro libero dal fumo, creando un ambiente fisico e una cultura a tutela dei non fumatori e a supporto dei lavoratori che desiderano smettere di fumare	Attivare servizi di messaggistica di supporto e di misurazione volontaria del monossido di carbonio nell'espirato	Offrire ai lavoratori che fumano percorsi di disassuefazione (consulenti, terapie farmacologiche, <i>counselling</i> individuale o di gruppo) e, se fattibile, estendere alle famiglie dei lavoratori la partecipazione a programmi per smettere di fumare

	Favorire l'accesso alla terapia sostitutiva della nicotina, come per esempio cerotti e gomme da masticare, con incentivi e sussidi economici	Offrire ai dipendenti interventi informativi sulla prevenzione del tabagismo (riviste, internet, manifesti, incontri, eventi, informazioni sui centri antifumo) e corsi di formazione, ricordando ai lavoratori che possono richiedere <i>counselling</i> , supporto, o essere indirizzati alla struttura più idonea, dal medico competente e dal proprio medico di base	Organizzare gruppi di sostegno tra pari per i lavoratori che stanno cercando di ridurre o smettere di fumare
	Utilizzare servizi specialistici per la realizzazione del programma sul tabagismo		
il medico competente	Somministrare il test di valutazione della dipendenza da fumo e della motivazione a smettere di fumare mediante (test di Fagerstrom) e inserire il risultato dei test nelle cartelle sanitarie e comunicazione al lavoratore		
	Realizzare l'intervento di <i>minimal advice</i> e offrire il <i>counselling</i> breve ai fumatori durante le visite periodiche in azienda, per la cessazione dell'abitudine al fumo (vedi seconda parte , capitoli 2 e 3)		

Bibliografia

1. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari. <https://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/>
2. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La formazione per Guadagnare Salute. I percorsi di formazione a distanza. <http://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/fad>
3. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare salute, Dossier fumo. https://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_fumo.pdf
4. Mastrangelo G, Mattioli S, et al. Infortuni sul lavoro per malattia: associazioni con carico lavorativo, autonomia decisionale e stili di vita in 2174 lavoratori del Veneto. Med Lav 2008;99(Suppl. 1):31-41.
5. Sacks JJ, Nelson DE. Smoking and injuries: an overview. Prev Med 1994;23:515-20. https://www.researchgate.net/publication/15227120_Smoking_and_Injuries_An_Overview
6. Saha A, Kumar S, Vasudevan DM. Factors of occupational injury: a survey in a chemical company. Ind Health 2008;46:152-7. <https://pdfs.semanticscholar.org/6be0/c6cce4e4c1cab25f3e22ba7376ddeb4c4dddb.pdf>
7. World Health Organization (WHO). International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol. 83. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. International Agency for research on Cancer. Lyon: IARC Press; 2004. <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono83.pdf>
8. Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. BMJ 1997;315:973-80. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9365294>
9. Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplaces. J Am Coll Cardiol 1998;31:1-9. <https://core.ac.uk/download/pdf/82445172.pdf>
10. Italia. Legge 16 gennaio 2003, n. 3. Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 15, 20 gennaio 2003. <http://www.salute.gov.it/resources/static/primopiano/247/art51.pdf>
11. Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Regione Piemonte (DORS). Promuovere salute nel luogo di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti. Dicembre 2016. https://www.dors.it/cosenostre/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf
12. Regione Lazio. Direzione Regionale "Salute e Politiche Sociali". Manuale WHP Regione LAZIO. Modalità di adesione al Progetto "In Salute in Azienda" della Regione Lazio per far parte della rete regionale WHP dei luoghi di lavoro che promuovono salute. Roma: Regione Lazio; 2016. http://www.regione.lazio.it/binary/rl_main/tbl_documenti/Comitato_Sicurezza_Lavoro_Manuale_WHP_Lazio16_12_2015.pdf
13. Rete WHP Bergamo. Come aderire al programma Workplace Health Promotion e creare un luogo di lavoro che promuova salute. https://whpaslbq.files.wordpress.com/2019/03/aqg03_2019_whp_istruzioni.pdf

4.e. Sicurezza stradale

La *European Agency for Safety and health at Work* (EU-OSHA) ribadisce l'importanza che i conducenti e i loro datori di lavoro conoscano i pericoli associati al trasporto stradale e abbiano un'adeguata comprensione di che cosa si possa fare per migliorare la sicurezza. Nello stesso tempo sottolinea la difficoltà nell'ottenere questo obiettivo in un settore problematico come quello del trasporto stradale in cui la maggior parte delle aziende è di piccole dimensioni, con meno di 10 dipendenti, e in cui molti conducenti sono autonomi¹.

La comunicazione, che ha un ruolo rilevante per promuovere la sicurezza stradale, incontra difficoltà nel raggiungere i *target*, per diverse ragioni: la tipologia di attività esterna alla sede lavorativa, l'abitudine a fare riferimento all'esperienza personale, la resistenza all'innovazione e ai cambiamenti, la tendenza a recepire solo informazioni sintetiche e rapide (pratiche e visive).

In tale scenario, i fattori di successo nella comunicazione sulla sicurezza stradale sembrano essere: l'approccio pratico, basato sulle prove e sulla gestione del rischio; azioni di impegno e partenariato; l'adattamento delle azioni al pubblico; l'uso di una vasta gamma di misure e di mezzi di comunicazione.

Vengono inoltre suggerite alcune soluzioni sulle modalità di comunicazione: servirsi dei luoghi che i lavoratori frequentano (aree di sosta per camion sulle autostrade); garantire che gli approcci siano pratici e non paternalistici; garantire che i consigli e le soluzioni si basino sulle esperienze pratiche dei conducenti; far diventare sostenitori i conducenti; coinvolgere strettamente i conducenti nelle soluzioni (usando metodi partecipativi).

Le azioni devono comprendere non solo i conducenti, ma includere i datori di lavoro, i dirigenti, il personale addetto ai carichi e coloro che ricevono e consegnano le merci, ecc. Anche l'approccio deve essere intersettoriale e la costruzione di reti deve considerare le organizzazioni attive nella sicurezza sul lavoro, le parti interessate del settore del trasporto stradale, comprese le parti sociali e le organizzazioni per la sicurezza stradale. Alcune attività possono essere mirate inoltre alle famiglie dei conducenti e ai cittadini in generale.

È inoltre utile sviluppare canali di contatto tra le imprese, l'industria e le parti sociali, al fine di sostenere la diffusione di informazioni, risorse e buone pratiche.

Le raccomandazioni per i lavoratori su strada

Il settore del trasporto stradale comprende diverse categorie di lavoratori (conducenti di mezzi pesanti, di mezzi di trasporto pubblici, tassisti, rappresentanti di commercio) che fronteggiano quotidianamente i rischi del traffico e percorrono orientativamente, più di 40.000-50.000 chilometri ogni anno (una distanza circa 4-5 volte maggiore rispetto a chi guida per ragioni personali). Nonostante si tratti di guidatori più esperti della media, le occasioni di incidente sono maggiori, per la quantità di ore trascorse al volante, per l'affaticamento che un'attività di guida così intensa comporta e per le distrazioni dalla guida².

INAIL Direzione Generale Lombardia, Regione Lombardia, ACI Milano² hanno pubblicato alcune raccomandazioni per i lavoratori su strada basate su un principio di precauzione:

1. rispetto della distanza di sicurezza: a 30 km/h circa 12 metri (come la lunghezza di un autobus); a 50 km/h circa 30 metri; a 90 km/h circa 70 metri; a 130 km/h circa 120 metri. Queste distanze aumentano del 20-30% se il manto stradale è bagnato;
2. manutenzione periodica del veicolo (obbligo di legge);
3. utilizzo del giubbotto catarifrangente quando si scende dal veicolo in caso di incidente, di guasto o di sosta sulle strade urbane a scorrimento veloce e in autostrada, specie in condizioni di scarsa visibilità. Utilizzo non obbligatorio ma consigliabile anche in città;
4. evitare l'uso di cellulare, computer portatile alla guida;
5. evitare la guida dopo assunzione di alcol (per i guidatori professionali il livello di alcol consentito per legge è pari a zero);
6. utilizzo di farmaci in base alle indicazioni del proprio medico curante (alcuni come sedativi, antidepressivi, tranquillanti, antistaminici, hanno effetti collaterali incompatibili con la sicurezza di guida);
7. attenzione all'alimentazione: evitare pasti abbondanti e consumare pasti senza fretta;
8. non sottovalutare segnali di stanchezza e riposare prima di guidare per molte ore consecutive o di notte;

9. alla guida, leggere le indicazioni e la segnaletica, controllare spesso gli specchietti retrovisori;
10. fare controlli oculistici periodici e, se si ha l'obbligo delle lenti alla guida, avere sempre a disposizione un paio di occhiali nel veicolo.

Sono inoltre state pubblicate raccomandazioni per i conducenti stranieri (in 4 lingue)³ molti dei quali sono anche lavoratori. Oltre a riprendere le precedenti raccomandazioni destinate a tutto il settore del trasporto su strada, queste raccomandazioni ricordano il rispetto del Codice della strada vigente in Italia e in particolare dei limiti di velocità (50 km/h nei centri abitati, 90 km/h sulle strade extraurbane, 130 km/h in autostrada) e l'uso dei dispositivi di sicurezza. Raccomandano inoltre il rispetto del Codice della strada anche per veicoli non a motore (per esempio bicicletta in buono stato di manutenzione, con luci e catadiottri omologati, evitando di transitare sul marciapiede e percorrendo le piste ciclabili quando presenti).

Guida e alcol

Il rischio connesso alla guida sotto l'effetto dell'alcol aumenta sia con la quantità di alcol assunta sia con la frequenza delle occasioni di consumo eccessivo episodico. Con un'alcolemia di 0,5 grammi per litro il rischio di incidente fatale aumenta del 38%, con 1 grammo per litro è quasi cinque volte maggiore. Crescono anche la probabilità di collisioni gravi e fatali, così come di incidenti in cui è coinvolto un solo veicolo, nonché di rischio oggettivo per i più giovani⁴.

Per maggiori dettagli, si rimanda a dati PASSI (vedi capitolo 3 Epidemiologia, [Dati di sorveglianza sulla sicurezza stradale](#)).

Le regole per la sicurezza in auto

L'attenzione alla sicurezza stradale nell'ambito del WHP diventa un'occasione per approfondire le implicazioni in termini di responsabilità delle aziende, con riguardo in particolare alla prevenzione dei rischi dei lavoratori nel tragitto casa-lavoro, oltre che all'attività di trasporto richiesta dalla specifica mansione.

Particolare attenzione viene quindi posta all'utilizzo dei dispositivi di protezione per il trasporto del bambino (seggiolini, navicelle e adattatori) che, in caso di incidente, rappresentano l'unica modalità di prevenzione possibile per evitare i traumi e per ridurre la mortalità.

Il trasporto in auto dei bambini

Le raccomandazioni prevedono che tutti i genitori vengano informati sulla normativa per il trasporto di minori, nello specifico dovrebbero sapere che:

- per il trasporto dei bambini in auto è indicato l'utilizzo degli appositi dispositivi di ritenuta (seggiolini, navicelle o adattatori) fissati al sedile del mezzo di trasporto con le normali cinture di sicurezza. La scelta del dispositivo di ritenuta da utilizzare deve essere fatta in base al peso e all'altezza del bambino. È importante verificare che il dispositivo utilizzato sia omologato;
- è necessario che siano rispettate le indicazioni per il montaggio riportate sul manuale di istruzione;
- i dispositivi di ritenuta vanno utilizzati sin dai primi giorni di vita e anche per brevi tragitti;
- la sistemazione del dispositivo sul sedile posteriore (e in senso contrario alla marcia nei bambini con meno di un anno di vita) offre la massima protezione in caso di incidente. Il seggiolino non va sistemato sul sedile anteriore in caso di presenza di airbag dal lato passeggero, a meno che questo non sia disattivato;
- non deve essere utilizzata nemmeno per brevi tragitti la normale culla del bambino, anche se sistemata sul sedile posteriore e fissata con le cinture di sicurezza;
- il trasporto in braccio a un adulto è assolutamente vietato, sia sul sedile anteriore sia sul sedile posteriore, perché è vietato dal Codice della strada e perché, in caso di incidente, aggrava le conseguenze sul bambino.

Merita qualche precisazione in più la sistemazione tramite dispositivi di protezione sul sedile anteriore o posteriore. Quella sul sedile anteriore, a fianco del conducente, è possibile, sebbene da non prediligere, perché in caso di tamponamento, indipendentemente dal verso in cui si trova sistemato, il bambino verrebbe sospinto in avanti con rischio di lesioni. Il posto più adatto è il sedile posteriore, meglio se al centro a protezione di eventuali urti laterali.

Secondo le normative ECE R44-03 ed ECE R44-04 esistono 5 gruppi di sistemi di ritenuta per bambini a seconda del peso dell'occupante:

- Gruppo 0 (fino a 10 kg, 12 mesi circa di età) [navicella o seggiolino]
- Gruppo 0+ (fino a 13 kg, 24 mesi circa di età) [seggiolino]
- Gruppo 1 (da 9 a 18 kg, 9 mesi-4 anni di età circa) [seggiolino]

- Gruppo 2 (da 15 a 25 kg, 3-6 anni di età circa) [seggolino]
- Gruppo 3 (da 22 a 36 kg, 5-12 anni di età circa) [rialzo con schienale fino ai 125 cm di altezza].

Inoltre, dal 1° gennaio 2017 i rialzi senza schienale con l'uso della cintura di sicurezza sono permessi solo dai 125 cm di altezza in su fino ai 150 cm. Quando il bambino raggiunge la statura di 1,50 metri si può comunque utilizzare semplicemente la cintura di sicurezza dell'automobile senza seggiolino ma fino ai 12 anni deve comunque viaggiare sul sedile posteriore.

Va precisato inoltre che tutti i seggiolini attualmente in circolazione (esclusi quelli conformi alle norme più datate come la UN ECE R44 01 e la UN ECE R44 02, attualmente fuori legge) potranno ancora essere utilizzati. Tuttavia, dato che quelli prodotti con le norme più aggiornate (UN ECE R44 04 e UN ECE R129) garantiscono una maggiore sicurezza, occorre sempre fare riferimento a questa norma comunitaria.

Interventi WHP per la promozione della sicurezza stradale

La rete WHP Bergamo⁶ prevede una serie di misure e procedure per migliorare la sicurezza dei lavoratori su strada, concentrandosi in particolare sull'affidabilità dei veicoli aziendali.

Tali procedure coprono ogni momento della vita del veicolo, dall'acquisto all'impiego su strada, e considerano anche la modalità di utilizzo da parte del conducente.

Che cosa può fare	Per promuovere il benessere individuale del lavoratore	Per promuovere il benessere sociale e il senso di partecipazione aziendale	Per migliorare la conciliazione vita-lavoro
l'azienda	Acquisto di autoveicoli con elevate dotazioni di sicurezza per la fascia del veicolo (5 stelle nei crash test, airbag anche laterali, ABS, ESP, bluetooth, controllo automatico della velocità, sistemi di rilevazione della stanchezza del conducente, sistemi di avviso di involontario cambio corsia), interventi tecnologici per la sicurezza ("scatola nera" per la registrazione dei comportamenti alla guida, alcolimetro su tutti i mezzi, sistemi di geolocalizzazione)		
	Presenza di almeno il 20% del parco veicoli di tipo "ecologico" (a gas, elettrici o ibridi) oppure programma che preveda per i successivi 3 anni l'acquisto di almeno il 70% di autoveicoli di questo tipo		
	Controllo e manutenzione periodica (oltre gli obblighi di legge, almeno trimestrale, in officine interne o esterne autorizzate ai sensi della L. 122/1992) con la compilazione di una check list che verifichi in allegato le condizioni generali e l'alternanza stagionale degli pneumatici		
	Normative per gli spostamenti all'interno dell'azienda (limite di velocità uguale o inferiore a 20 km orari per gli spostamenti all'interno dell'azienda), disponibilità di biciclette aziendali per percorsi brevi o interni, presenza di un <i>mobility manager</i>		
	Servizio di trasporto collettivo casa-lavoro, convenzioni o incentivi per l'uso di mezzi pubblici nel percorso casa-lavoro e di <i>car pooling</i> o <i>car sharing</i>		
	Informazione e formazione periodica dei conducenti di veicoli aziendali oltre gli obblighi di legge; corso di guida sicura o guida difensiva (con componente pratica) per gli autisti/autotrasportatori		
	In accordo con gli Enti locali, realizzazione di interventi per migliorare la sicurezza delle infrastrutture stradali in prossimità del luogo di lavoro (semafori, illuminazione, attraversamenti pedonali, roatorie, piste ciclabili)		
	Convenzioni per l'acquisto o incentivi per dispositivi di sicurezza (caschi per moto, seggiolini per auto per bambini, paraschiena per moto o tute con protezioni); campagne informative sulla sicurezza stradale (incontro di sensibilizzazione con istituzioni del settore, regalo di seggiolino per auto a ogni nascita di un figlio di un lavoratore, accompagnato dalla consegna di un volantino di informazione sul trasporto dei bambini in auto).		

Bibliografia

1. European Agency for Safety and health at Work (EU-OSHA). Delivering the message — Programmes, initiatives and opportunities to reach drivers and SMEs in the road transport sector https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/en/publications/reports/campaigning-transport_TWE10005ENN/delivering-message-road-transport.pdf Sintesi in italiano: Comunicare il messaggio.

Promuovere attraverso campagne informative la SSL nel settore del trasporto stradale. Facts 97. <https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/factsheets/97/view>

2. INAIL Direzione Generale Lombardia, Regione Lombardia, ACI Milano. Guidare in sicurezza per i lavoratori su strada. https://whpaslbg.files.wordpress.com/2016/02/lavoratori_strada.pdf
3. INAIL Direzione Generale Lombardia, Regione Lombardia, ACI Milano. Guidare in sicurezza per i cittadini stranieri. https://whpaslbg.files.wordpress.com/2016/02/cittadini_stranieri.pdf
4. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare salute, Dossier alcol. https://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_alcol.pdf
5. PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). <http://www.epicentro.iss.it/passi/>
6. Rete WHP Bergamo. Sicurezza stradale. https://retewhpbergamo.org/allegati_sicurezzastradale/

4.f. I programmi di screening oncologici

La promozione della salute e la prevenzione delle malattie costituiscono precisa responsabilità sociale ed etica di ogni medico; in tale ambito rientra la promozione dell'adesione ai programmi organizzati di screening oncologici (mammella, cervice uterina e colon-retto) che sono Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), interventi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale.

Tali programmi si rivolgono a fasce di popolazione asintomatica, a rischio generico per età, invitate attivamente a effettuare il test di screening e, qualora necessario, indirizzate verso un percorso integrato di diagnosi e cura che coinvolge diverse discipline e professioni. I programmi di screening infatti garantiscono la presa in carico complessiva della persona dal momento del riscontro di positività al test di primo livello per tutto il percorso diagnostico-terapeutico e il follow-up. Oltre a garantire l'equità di accesso e di cure, i programmi di screening devono garantire: un'adeguata informazione alla popolazione interessata sui benefici e sui possibili rischi generali e individuali, il miglioramento della qualità di vita e il costante monitoraggio della qualità in ogni fase del processo attraverso indicatori specifici organizzativi, di performance e precoci di impatto.

Qualsiasi persona che rientri nelle fasce di età stabilite, anche se cittadino straniero sprovvisto del permesso di soggiorno, può prenotare un esame di screening telefonando ai numeri verdi dedicati.

Tutto il percorso diagnostico-terapeutico di screening oncologico è gratuito.

I luoghi di lavoro possono rappresentare ambienti particolarmente idonei a sostenere campagne di sensibilizzazione per promuovere i programmi di screening messi in atto dalle aziende sanitarie presenti sul territorio, valorizzandone il significato e l'importanza, attraverso:

- organizzazione di eventi informativi in raccordo con l'Azienda sanitaria del territorio;
- diffusione di materiale divulgativo cartaceo (*brochure*, locandine, *depliant*) predisposto in collaborazione con l'Azienda sanitaria;
- diffusione di materiale informativo attraverso l'utilizzo di siti web e social network;
- diffusione di servizi di pubblica utilità attraverso la messa a disposizione di numeri verdi;
- geolocalizzazione dei centri di riferimento.

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

Lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto

L'obiettivo è la riduzione nella popolazione della mortalità per tumore del colon-retto attraverso la diagnosi precoce di neoplasia e la diagnosi di lesioni precancerose, nell'ambito di un percorso diagnostico-terapeutico che rispetti gli standard di qualità stabiliti dalle linee guida regionali e nazionali.

Con circa 53.000 nuovi casi l'anno, attualmente il tumore del colon-retto è il tumore che insorge più frequentemente nella popolazione italiana ed è causa di circa 18.600 decessi l'anno.

È un tumore che si sviluppa in quasi la totalità dei casi a partire da piccole formazioni benigne. Solo una piccola percentuale di questi adenomi può trasformarsi in tumore. Il processo di trasformazione è comunque molto lento (10-15 anni).

Le donne e gli uomini dai 50 ai 74 anni vengono invitati ogni 2 anni a effettuare il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FIT - Test Immunochimico Fecale) presso le strutture di riferimento delle ASL.

Lo screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero

Il tumore della cervice uterina è al secondo posto nel mondo, dopo quello della mammella, tra i tumori che colpiscono la donna. In Italia è ormai un tumore non frequente, ma le donne straniere presentano un rischio molto più elevato di contrarlo.

È stato dimostrato da recenti studi scientifici che, per le donne dai 30 ai 64 anni, il test HPV effettuato ogni 5 anni è il più efficace per la prevenzione del tumore del collo dell'utero; nelle donne fra i 25 e i 29 anni il Pap test rimane l'esame più sicuro.

Il carcinoma cervicale è stato riconosciuto dall'OMS come totalmente riconducibile a un'infezione da papilloma virus umano (HPV) aprendo così nuovi scenari sia in termini di prevenzione primaria, con la vaccinazione, sia di prevenzione secondaria, con l'implementazione di nuove metodologie di screening.

Il test per la ricerca dell'HPV è però poco utile, o addirittura dannoso, prima dei 30 anni, quando l'infezione da papillomavirus, trasmessa per via sessuale, è estremamente frequente e nella maggior parte dei casi regredisce da sola.

Il test HPV identifica con molto anticipo lo stato di rischio di una donna di avere una lesione rispetto a quanto avveniva con il Pap test e quindi è possibile fare il test meno frequentemente, cioè allungare i tempi tra un test HPV e il successivo. L'allungamento dell'intervallo di screening non è dovuto quindi a motivi di risparmio o tagli alla sanità di cui tanto si sente parlare in questo periodo, ma è dovuto al fatto che il test HPV è un test più protettivo, sensibile e sicuro rispetto al precedente.

Lo screening per la prevenzione del tumore della mammella

Consiste nell'offerta attiva e gratuita di una mammografia ogni due anni, di eventuali esami di approfondimento e, se occorre, della terapia medica e chirurgica.

L'obiettivo è la riduzione della mortalità per tumore della mammella, attraverso la diagnosi precoce e l'offerta di un percorso diagnostico-terapeutico, che rispetti gli standard di qualità stabiliti da linee guida regionali e nazionali.

Secondo le stime basate sui dati raccolti dai Registri tumori, non considerando i tumori cutanei, il tumore della mammella è la neoplasia più frequente nelle donne; circa un tumore maligno su tre (28%) è un tumore mammario. In Italia, ogni anno, si registrano circa 50.000 nuovi casi e oltre 12.000 donne muoiono per questo tumore (dati Istat 2014). Ma la sopravvivenza aumenta: oggi in Italia vivono oltre 700.000 donne che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella.

Negli ultimi 10-20 anni, in molti Paesi occidentali, Italia compresa, il tasso di mortalità è diminuito di circa il 20%.

Rilevante, nel ridurre la mortalità e migliorare la sopravvivenza per questa patologia, è stata l'introduzione di interventi per la diagnosi precoce, come lo screening mammografico. È dimostrato che la variabilità territoriale nella sopravvivenza al tumore della mammella rispecchia gli investimenti sostenuti per questo tipo di interventi di prevenzione.

Secondo la IARC (International Agency for Research on Cancer) partecipare allo screening organizzato su invito attivo riduce del 35% la probabilità di morire per cancro della mammella.

Come è organizzato lo screening mammografico: le donne dai 50 ai 69 anni, in alcune Regioni dai 45 anni, in altre fino ai 74 anni, vengono invitate ogni 2 anni con una lettera personalizzata e un appuntamento prefissato, a effettuare la mammografia presso le strutture di riferimento della ASL.

La familiarità nella prevenzione del tumore della mammella e del colon-retto

Mammella

Il 5-10% dei casi di cancro della mammella è considerato di natura "ereditaria" per questo è importante individuare la popolazione che, in virtù della propria storia familiare, è potenzialmente esposta a maggior rischio di tumore della mammella.

Colon Retto

Una familiarità per il carcinoma colo-rettale (parenti di 1° grado: fratelli, sorelle, genitori, figli) si riscontra nel 30-40% dei casi. In particolare, rispetto a soggetti senza alcuna familiarità, il rischio aumenta di:

- 2-3 volte, per chi abbia 1 familiare di 1° grado già affetto;
- 3-4 volte, per chi abbia 2 familiari di 1° grado affetti o 1 familiare di 1° grado con la malattia diagnosticata in età inferiore ai 60 anni.

Il 4-6% dei casi di carcinoma colo-rettale è ereditario.

Per poter individuare la popolazione con questo tipo di rischi ogni Regione ha emanato o è in procinto di farlo, percorsi specifici.

Bibliografia

- Linee Guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia, contenute nell'accordo tra Ministero della Salute e le Regioni e Province Autonome; Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.102 del 2 maggio 2001. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2001/05/02/100/so/102/sg/pdf>
- Legge 26 maggio 2004, n. 138 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 125 del 29 maggio 2004. Art. 2 bis. <http://www.lspo.toscana.it/sites/default/files/Documenti/normativa/crrpo/138%20art%202%20bis.pdf>
- Ministero della Salute – Screening oncologici: screening del carcinoma, della mammella, della cervice uterina e del colon-retto – Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon-retto. 2006 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_774_allegato.pdf
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 (Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005). http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1207_allegato.pdf
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 29 Aprile 2010). http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1383_allegato.pdf
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
- D.P.C.M 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-03-18&atto.codiceRedazionale=17A02015&elenco30giorni=false

4.g. I programmi vaccinali

Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019¹ sottolinea che la Costituzione Italiana (art. 32) sancisce il dovere dello Stato di garantire la tutela della salute di tutti i cittadini sia salvaguardando l'individuo malato che necessita di cure sia tutelando l'individuo sano. In quest'ottica le vaccinazioni vanno considerate uno degli interventi più efficaci e sicuri di prevenzione primaria in sanità pubblica, giudicato secondo solo alla potabilizzazione dell'acqua, per la capacità di proteggere da alcune malattie infettive².

La pratica vaccinale ha, dunque, come intervento collettivo un "valore sociale", riconducibile alla protezione comunitaria (immunità di comunità o *herd immunity*) ottenibile per molti vaccini a seguito della riduzione del numero di individui suscettibili, in altre parole a seguito del raggiungimento di un'elevata copertura immunitaria nella popolazione. In aggiunta, i vaccini contribuiranno sempre di più in futuro a risolvere patologie neoplastiche, come già avviene per il carcinoma della cervice uterina grazie al vaccino anti papilloma virus.

I rischi associati alle malattie prevenibili con le vaccinazioni sono di gran lunga superiori a quelli derivanti dal ricevere i vaccini. Proprio per i risultati ottenuti, le malattie prevenibili con le vaccinazioni sono paradossalmente sempre meno percepite come un pericolo e, di conseguenza, l'attenzione riposta verso l'importanza dei vaccini è diminuita o è cresciuto lo scetticismo o il rifiuto.

Migliorare la conoscenza da parte di operatori e cittadini sul tema dei vaccini e promuovere un'adesione "consapevole e volontaria" alla vaccinazione è fondamentale per il successo delle strategie vaccinali e il raggiungimento di buone coperture. Il persistere di un diffuso scetticismo sulla pratica dei vaccini rende necessario, parallelamente all'offerta vaccinale, continuare a investire in formazione degli operatori sanitari e informazione della popolazione.

I luoghi di lavoro possono rappresentare ambienti particolarmente idonei a sostenere campagne di sensibilizzazione per promuovere i programmi di vaccinazione e sottolineare ai lavoratori l'importanza delle vaccinazioni attraverso:

- interventi di sensibilizzazione coordinati con l'Azienda sanitaria e programmati nel tempo in modo che l'informazione e la cultura vaccinale acquisite possano favorire l'adesione individuale e familiare;
- diffusione di materiale divulgativo (*brochure*, locandine, *depliant*) predisposto in collaborazione con l'Azienda sanitaria o fornito dalla stessa, anche attraverso l'accesso a siti web affidabili e *social network* come veicolo di corretta informazione e di contrasto alle informazioni non corrette o alla disinformazione;
- offerta attiva di vaccinazioni sui posti di lavoro, laddove sia praticabile, in collaborazione con le ASL competenti.

Il PNPV 2017-2019¹ è in linea con il Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020 (European Vaccine Action Plan 2015-2020, EVAP)³ che rappresenta la contestualizzazione del Piano Globale (Global Vaccine Action Plan 2011-2020, GVAP)⁴ nella Regione Europea dell'OMS.

Il PNPV è incluso nei LEA (Livelli Essenziali d'Assistenza)⁵ e definisce anche il processo decisionale e i criteri per l'introduzione di nuovi vaccini nel calendario nazionale, nel rispetto di una serie di obiettivi tra i quali figurano la promozione nella popolazione generale e nei professionisti sanitari di una cultura delle vaccinazioni e il sostegno, a tutti i livelli, del senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il SSN, e della piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva.

Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019¹ sottolinea che nell'età adulta tutte le visite mediche, dunque anche quelle effettuate in contesto lavorativo, rappresentano un'occasione per ribadire l'importanza delle vaccinazioni e verificare lo stato vaccinale del soggetto. Elenca inoltre le vaccinazioni raccomandate o obbligatorie per le diverse attività professionali.

Le vaccinazioni nei soggetti in età lavorativa

Età adulta (19-64 anni)

È opportuna la somministrazione periodica (ogni 10 anni) della vaccinazione difterite-tetano-pertosse con dosaggio per adulto, che deve essere offerta in modo attivo, trovando anche le occasioni opportune per tale offerta (es. visite per il rinnovo della patente di guida, visite per certificazioni effettuate presso il medico di medicina generale, ecc.). Le stesse occasioni devono essere sfruttate per la verifica dello stato di suscettibilità per morbillo, rosolia, parotite e varicella (non avere contratto anche una sola tra le malattie elencate e non

avere effettuato le relative vaccinazioni).

Anche in questa fascia di età è importante ribadire la raccomandazione di immunizzare contro l'influenza a ogni stagione autunnale i soggetti a rischio tra i 19 e i 64 anni. A partire dai 65 anni, la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata a tutti i soggetti indipendentemente dalla sussistenza di particolari situazioni di rischio.

Deve essere rammentata la vaccinazione contro epatite A e pneumococco per le situazioni di rischio. Inoltre, è indicata la vaccinazione contro herpes zoster nei soggetti a rischio a partire dai 50 anni di età. Nel caso permangano situazioni epidemiologiche di rischio anche per l'età adulta, deve essere somministrata una dose di vaccino quadrivalente meningococcico ACYW135.

Le donne in età fertile

In previsione di una possibile gravidanza, le donne in età fertile devono assolutamente essere protette nei confronti di morbillo-parotite-rosolia e varicella. Le vaccinazioni con vaccini vivi attenuati non sono indicate se la donna è in gravidanza, ma è importante sottolineare che esistono molti casi di donne vaccinate durante gravidanze misconosciute, e il tasso di effetti avversi sul feto non è stato diverso da quello riscontrato nei neonati da madri non vaccinate. Nel caso una donna non risulti immune contro la rosolia o la varicella (o entrambe) durante la gravidanza, è importante che sia immunizzata prima della dimissione dal reparto maternità, nell'immediato *post partum*.

Anche nei confronti dell'influenza è importante l'offerta della vaccinazione sia alla donna in età fertile sia alla donna durante il 2° o 3° trimestre di gravidanza.

Di grande rilievo è anche la vaccinazione durante la gravidanza contro difterite-tetano-pertosse.

È raccomandata la vaccinazione con offerta attiva e gratuita delle donne di 25 anni di età con vaccino anti HPV, anche utilizzando l'occasione opportuna della chiamata al primo screening per la citologia cervicale (Pap test).

Le vaccinazioni per soggetti a rischio per esposizione professionale

Alcune categorie professionali che lavorano a contatto con soggetti e/o con materiali potenzialmente infetti sono a rischio di esposizione a malattie infettive prevenibili con vaccinazione. Per tali categorie professionali i programmi di vaccinazione ben impostati possono ridurre in modo sostanziale i rischi sia di acquisire pericolose infezioni occupazionali, sia di trasmettere patogeni ad altri lavoratori e soggetti con cui i lavoratori possono entrare in contatto (per esempio bambini nelle scuole o pazienti nelle strutture sanitarie).

La base legislativa delle vaccinazioni nei lavoratori a rischio è il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81,⁶ che all'articolo 279 recita:

“1. I lavoratori addetti alle attività per le quali la valutazione dei rischi ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria.

2. Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali: - la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente [...]”.

Il medico competente dell'azienda dalla quale l'operatore è dipendente è, pertanto, responsabile dell'identificazione dei lavoratori a rischio, delle informazioni sul controllo sanitario e sui vantaggi e inconvenienti della vaccinazione e della non vaccinazione, dell'esecuzione delle vaccinazioni stesse. Le categorie di lavoratori per cui sono indicate specifiche vaccinazioni sono:

Operatori sanitari Per gli operatori sanitari un adeguato intervento di immunizzazione è fondamentale per la prevenzione e il controllo delle infezioni (anti epatite B, antinfluenzale, anti morbillo, parotite, rosolia (MPR), anti varicella, anti pertosse). Nella maggior parte dei casi, l'immunizzazione attiva riveste un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore, ma soprattutto di garanzia nei confronti dei pazienti, ai quali l'operatore potrebbe trasmettere l'infezione determinando gravi danni e persino casi mortali. Anche per gli studenti dei corsi di laurea dell'area sanitaria sono fortemente raccomandate le medesime vaccinazioni indicate per gli operatori sanitari.

Personale di laboratorio Il personale di laboratorio, sia esso di ricerca o industriale, così come il personale addetto alla lavorazione degli emoderivati, spesso lavora a stretto contatto con patogeni che causano malattie prevenibili da vaccini. Una corretta immunizzazione di questi operatori (che non deve in alcun modo sostituire l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale) può prevenire la trasmissione accidentale di questi patogeni. In generale, il personale di laboratorio che lavora a contatto o a possibile esposizione con un determinato patogeno per cui esista un vaccino efficace deve essere immunizzato.

Operatori scolastici Personale che lavora a contatto con neonati, bambini o adolescenti può beneficiare di determinate vaccinazioni. In particolare, chi è a contatto con bambini nelle prime fasi di vita è a rischio sia di contrarre patologie infettive tipiche dell'infanzia, sia di essere esso stesso veicolo di infezione. Pertanto sono consigliate tutte le vaccinazioni a copertura delle patologie tipiche dell'età infantile.

Lavoratori a contatto con animali o materiale di origine animale Lavoratori che sono a stretto contatto con animali o materiale derivato da animali (allevatori, addetti all'attività di allevamento, addetti al trasporto di animali vivi, macellatori e vaccinatori, veterinari pubblici e libero professionisti) sono a rischio di esposizione a malattie prevenibili da vaccini che possono essere trasmesse dall'animale all'uomo.

Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo Per gli impiegati in forze di polizia, vigili del fuoco, personale militare, determinate vaccinazioni sono indicate sia per proteggere i lavoratori stessi, sia per evitare, a causa dell'infezione, l'interruzione di servizi essenziali per la collettività.

Altre categorie di lavoratori a rischio Particolari categorie di lavoratori, quali personale di assistenza in centri di recupero per tossicodipendenti, personale di istituti che ospitano persone con disabilità fisiche e mentali, addetti alla raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti, tatuatori e *body piercer*, in quanto potenzialmente a rischio di contrarre alcune patologie infettive, possono beneficiare di campagne vaccinali mirate. Anche soggetti che si recano spesso all'estero per lavoro sono a rischio di contrarre determinate malattie infettive (vedi indicazioni alle vaccinazioni per i viaggiatori internazionali del PNPV, Ndr).

Elenco delle vaccinazioni indicate per soggetti a rischio di esposizione professionale

Vaccinazione anti epatite A

Il vaccino contro l'epatite A è indicato per i soggetti che:

- lavorano a contatto con primati infettati dal virus dell'epatite A (HAV)
- lavorano con HAV in strutture laboratoristiche

Vaccinazione anti epatite B

L'epatite B è un'infezione con elevato rischio professionale per determinate categorie, in particolare per gli operatori sanitari. Sono somministrate 3 dosi di vaccino ai tempi 0, 1 e 6-12 mesi. Qualora si sia immediatamente esposti al rischio di infezione, è possibile effettuare la vaccinazione con una schedula rapida a 4 dosi (0, 1, 2, 12 mesi), che garantisce elevate probabilità di risposta protettiva già dopo le prime 3 dosi.

Si rammenta inoltre la necessità di verificare l'avvenuta sierconversione (presenza di anticorpi anti HBs) un mese dopo l'esecuzione dell'ultima dose.

Ai lavoratori a rischio nati dal 1980 in poi, che si presume siano stati sottoposti a vaccinazione anti epatite B al dodicesimo anno di età, così come ai lavoratori a rischio nati dopo il 1991, che si presume siano stati vaccinati nel primo anno d'età, si raccomanda l'esecuzione del test per verificare il livello di anti HBs prima di iniziare le attività a rischio. Un risultato positivo testimonia la presenza della memoria immunologica e non necessita di ulteriori interventi. Al contrario, ai soggetti che risultano negativi al test si raccomanda l'effettuazione di una sola dose di vaccino e un nuovo controllo anticorpale a distanza di un mese.

Si raccomanda l'offerta gratuita ai seguenti soggetti mai vaccinati:

- personale sanitario di nuova assunzione nel Servizio Sanitario Nazionale e personale del Servizio Sanitario Nazionale già impegnato in attività a maggior rischio di contagio e segnatamente che lavori in reparti di emodialisi, rianimazione, oncologia, chirurgia generale e specialistica, ostetricia e ginecologia, malattie infettive, ematologia, laboratori di analisi, centri trasfusionali, sale operatorie, studi dentistici, medicina legale e sale autoptiche, pronto soccorso, assistenza sanitaria nelle carceri;
- soggetti che svolgono attività di lavoro, studio e volontariato nel settore della sanità;
- persone che si rechino per motivi di lavoro in aree geografiche ad alta endemia di HBV;
- addetti al soccorso e al trasporto di infortunati e infermi;
- personale di assistenza in centri di recupero per tossicodipendenti;
- personale di istituti che ospitano persone con disabilità fisiche e mentali;
- personale addetto alla lavorazione degli emoderivati;
- personale religioso che svolge attività nell'ambito dell'assistenza sanitaria;
- personale della Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Corpo degli agenti di custodia, Comandi Provinciali dei Vigili del Fuoco, Comandi Municipali dei Vigili Urbani, appartenenti al Corpo forestale dello Stato;
- addetti alla raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti;
- tatuatori e *body piercer*;
- addetti al lavaggio di materiali potenzialmente infetti;
- addetti ai servizi cimiteriali e funebri;
- lavoratori incaricati della gestione dell'emergenza e del pronto soccorso aziendale.

Vaccinazione antinfluenzale

Ogni anno il Ministero predispone una circolare, contenente indicazioni per la prevenzione e il controllo dell'influenza stagionale. Il documento, oltre a fornire informazioni sulla sorveglianza epidemiologica durante la stagione in corso, individua le categorie di persone cui è raccomandata la vaccinazione. Le categorie di lavoratori indicate nella Circolare "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2014-2015"⁸ sono:

- medici e personale sanitario di assistenza;
- soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori (forze di polizia, vigili del fuoco, altre categorie socialmente utili, lavoratori particolarmente esposti per attività svolta e al fine di contenere ricadute negative sulla produttività)
- personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani (allevatori, addetti al trasporto di animali vivi, macellatori e vaccinatori, veterinari pubblici e libero professionisti).

Vaccinazione anti meningoencefalite da zecca (TBE)

La vaccinazione è raccomandata per soggetti professionalmente esposti, in particolare lavoratori in aree endemiche e in zone rurali e boschive (es. contadini, militari).

Vaccinazione anti morbillo, parotite e rosolia (MPR)

In accordo con il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita⁷, si raccomanda che la vaccinazione sia attiva e gratuita per tutti gli adulti non immuni anche per una sola delle tre malattie oggetto della vaccinazione.

Al fine di ridurre il rischio di casi di rosolia in gravidanza e di rosolia congenita, deve essere proposta la vaccinazione a tutte le donne in età fertile che non hanno una documentazione di vaccinazione o di sierologia positiva per rosolia (procrastinando la possibilità di intraprendere una gravidanza per 1 mese).

La vaccinazione con MPR degli operatori sanitari suscettibili è indispensabile sia per evitare il contagio dell'operatore stesso, sia la possibile trasmissione di agenti infettivi ai pazienti, con possibili conseguenti epidemie nosocomiali.

In particolare, devono essere approntati specifici programmi per vaccinare:

- tutte le donne suscettibili esposte a elevato rischio professionale, in particolare le lavoratrici in asili nido, scuole dell'infanzia, scuole primarie e scuole secondarie di primo grado;
- tutti gli operatori sanitari suscettibili.

Vaccinazione anti pertosse (dTaP)

I soggetti a stretto contatto con neonati e bambini sono a rischio di contrarre la pertosse, ma anche soprattutto di trasmettere questa infezione a bambini nella prima fase di vita (quindi non ancora immunizzati). Per la protezione del neonato è consigliabile un richiamo con dTaP per:

- gli operatori dei reparti coinvolti nell'assistenza al neonato;
- gli operatori degli asili nido;
- tutte le altre figure che accudiscono il neonato.

Vaccinazione antirabbica

La profilassi pre-esposizione è consigliata a tutti i lavoratori a continuo rischio di esposizione al virus della rabbia (per esempio, personale di laboratorio che lavora a contatto con tale virus, veterinari, biologi, stabulari, operatori di canili, altri lavoratori a contatto con animali potenzialmente infetti).

Vaccinazione antitubercolare (BCG)

Il DPR 465/2001⁹ ha drasticamente limitato le indicazioni di uso di questa vaccinazione ai soli operatori sanitari ad alto rischio di esposizione a ceppi di bacilli tubercolari multifarmaco-resistenti, oppure che operino in ambienti ad alto rischio e non possano, in caso di cuticonversione, essere sottoposti a terapia preventiva, perché presentano controindicazioni cliniche all'uso di farmaci specifici. Inoltre, gli articoli 2, 17, 279e 304 del D.lgs. 81/2008⁶ abrogano implicitamente la previgente normativa in materia riportando come sia necessario un piano di valutazione del rischio per stabilire la necessità della profilassi vaccinale. Si fanno rientrare nella categoria dei soggetti da essere sottoposti a un piano di valutazione del rischio gli studenti di medicina e delle lauree sanitarie, specializzandi di area medico-chirurgica, lasciando al documento di valutazione del rischio l'individuazione di altri soggetti, quali coloro che prestano assistenza ai soggetti fragili anche al di fuori delle strutture sanitarie.

Vaccinazione anti varicella

La vaccinazione deve essere attivamente proposta a:

- persone suscettibili che lavorano in ambiente sanitario (prioritariamente al personale sanitario che è a contatto con neonati, bambini, donne gravide o con persone immunodepresse);
- operatori scolastici suscettibili (il ricordo anamnestico ha, per quanto riguarda la varicella, valori predittivi molto elevati) che sono a contatto con neonati e bambini e operano nei seguenti ambienti: asili nido, scuole dell'infanzia, scuole primarie, scuole secondarie.

Bibliografia

1. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019. Gazzetta Ufficiale n. 41 del 18 febbraio 2017.
http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-02-18&atto.codiceRedazionale=17A01195&elenco30giorni=true
2. Andre FE, Booy R, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bulletin of the World Health Organization 2008;86(2). <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089.pdf>
3. World Health Organization Regional Office for Europe. European Vaccine Action Plan 2015-2020, Copenhagen 2014. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/253730/64wd15e_EVAP_140459.pdf
4. World Health Organization. Global Vaccine Action Plan 2011-2020, Ginevra 2013. http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/
5. D.P.C.M 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017.
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-03-18&atto.codiceRedazionale=17A02015&elenco30giorni=false
6. Italia. Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro. Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 - Suppl. Ordinario n. 108 (Decreto integrativo e correttivo: Gazzetta Ufficiale n. 180 del 05 agosto 2009 - Suppl. Ordinario n. 142/L).
<http://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Testo%20Unico%20sulla%20Salute%20e%20Sicurezza%20sul%20Lavoro/Testo-Unico-81-08-Edizione-Giugno%202016.pdf>
7. Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1519_allegato.pdf
8. Ministero della Salute. Circolare del 30 maggio 2018 "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2018-2019".
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2018&codLeg=64381&parte=1%20&serie=null>
9. Decreto del Presidente della Repubblica n. 465 del 7 novembre 2001. Regolamento che stabilisce le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione antitubercolare, a norma dell'articolo 93, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n. 388. Gazzetta Ufficiale n. 7 del 9 gennaio 2002.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1519_allegato.pdf

4.h. Benessere personale e sociale nell'ambiente lavorativo

I fattori di rischio da lavoro possono essere di vario tipo: chimico, fisico, biologico, derivante da fattori relazionali e/o da fattori biodinamici.

Va tenuto presente che i rischi si sono evoluti nel tempo e di pari passo con il cambiamento dei sistemi tecnologici di produzione (forte e rapida innovazione, automazione, eccetera), dei rapporti di lavoro (nuovi contratti di lavoro, lavoratori atipici, interinali, eccetera) e della realtà socioeconomica (aumento del lavoro femminile, invecchiamento della popolazione, immigrazione, parcellizzazione, appalto, esternalizzazione, globalizzazione, eccetera).

In questo senso si può parlare di una evoluzione storica di rischi e patologie lavoro correlati: si è passati dalle malattie professionali "classiche", monofattoriali (da cause chimiche e fisiche - per esempio malattie infettive, pneumoconiosi, intossicazione da agenti chimici, eccetera), alle malattie multifattoriali correlate al lavoro, come da definizione dell'OMS del 1985¹.

Tra i rischi lavoro correlati, assumono sempre più rilevanza i rischi psicosociali, che derivano da inadeguate modalità di progettazione, organizzazione e gestione del lavoro e da un contesto lavorativo socialmente deprivato e possono avere conseguenze psicologiche, fisiche e sociali negative.

Alcuni esempi di condizioni di lavoro che comportano rischi psicosociali sono²:

- carichi di lavoro eccessivi;
- richieste contrastanti e mancanza di chiarezza sui ruoli;
- scarso coinvolgimento nei processi decisionali che riguardano i lavoratori e mancanza di influenza sul modo in cui il lavoro viene svolto;
- gestione inadeguata dei cambiamenti organizzativi, precarietà del lavoro;
- comunicazione inefficace, mancanza di sostegno da parte dei colleghi o dei superiori;
- molestie psicologiche e sessuali, violenza da parte di terzi.

Per prevenire i rischi psicosociali è necessario esaminare come viene organizzato e gestito il lavoro e come le persone interagiscono tra loro nel contesto lavorativo. È importante ricordare che, a seconda di come viene gestito, l'ambiente di lavoro può aumentare il benessere dei lavoratori - e, di conseguenza, dell'intera azienda - o portare a stress, ostacolando le buone prestazioni e danneggiando le possibilità di successo dell'azienda.

Stress lavoro-correlato²⁻⁶

Gestire lo stress non è solo un imperativo morale e un buon investimento per i datori di lavoro, ma anche un dovere giuridico stabilito dalla direttiva quadro 89/391/CEE⁷ e ribadito dagli accordi quadro tra le parti sociali sullo stress lavoro-correlato e sulle molestie e la violenza sul luogo di lavoro. Anche l'accordo Europeo sullo stress lavoro-correlato del 2004⁴, ricorda che: "Tutti i datori di lavoro hanno obbligo legale di proteggere la sicurezza e la salute dei lavoratori". Quest'obbligo è applicabile anche al problema dello stress da lavoro nella misura in cui comportano un rischio per la salute e la sicurezza. Dato il mutamento delle esigenze e le crescenti pressioni nei luoghi di lavoro, incoraggia i datori di lavoro ad applicare anche misure volontarie per promuovere il benessere mentale.

In Italia, il vigente quadro normativo, costituito dal D.lgs. 81/2008 e s.m.i.⁸, obbliga i datori di lavoro a valutare e gestire il rischio stress lavoro-correlato al pari di tutti gli altri rischi, in recepimento dei contenuti dell'Accordo europeo. A tal proposito nel novembre del 2010 la Commissione consultiva permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro ha elaborato le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio stress lavoro-correlato individuando un percorso metodologico che rappresenta il livello minimo di attuazione dell'obbligo⁹.

Lo stress si definisce come "la sindrome di adattamento relativamente aspecifica alle sollecitazioni (dette anche *stressor* o stimoli) dell'ambiente esterno e/o interno". Questa situazione viene anche descritta come una "pressione" che ogni persona sperimenta o subisce nel suo contesto di vita. Nella norma, lo stress è utile e ha una funzione positiva (*eustress*), può rappresentare infatti una componente fisiologica che consente all'individuo di rispondere alle richieste dell'ambiente di vita. Al contrario, quando la pressione è eccessiva e viene percepita l'insufficienza delle risorse fisiche e mentali e la mancanza di supporto per far fronte alle richieste che vengono poste dal contesto, lo stress diventa un'esperienza negativa (*distress*)^{2,3}.

La risposta di stress può divenire disfunzionale per una inadeguata intensità degli stimoli (sovra o sottostimolazione), per eccessiva durata degli stessi o per alcune loro caratteristiche.

Secondo l'Accordo Europeo sullo stress lavoro-correlato del 2004, lo stress è “una condizione che può essere accompagnata da disturbi di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro”⁴. In altri termini, i lavoratori soffrono di stress quando le richieste della loro attività vengono percepite come eccessive e maggiori rispetto alla capacità di farvi fronte. Quando la percezione di questo squilibrio permane nel tempo e il lavoratore non è in grado di adattarsi e di affrontare l'esposizione a richieste elevate nel breve termine, l'efficienza lavorativa si riduce e tale condizione diviene un rischio per la salute. Non tutte le manifestazioni di stress sul lavoro possono essere considerate come stress lavoro-correlato ma possono essere indotte da fattori esterni al lavoro. Infatti lo stress lavoro-correlato è quello causato da fattori propri del contesto e del contenuto del lavoro. Secondo l'Agenzia Europea per la Salute e Sicurezza sul lavoro (European Agency for Safety and Health at Work 2002) lo stress lavoro-correlato viene esperito nel momento in cui le richieste provenienti dall'ambiente lavorativo eccedono le capacità dell'individuo nel fronteggiare tali richieste. In Europa, secondo quanto pubblicato dall'Agenzia Europea per la Salute e Sicurezza sul lavoro (European Agency for Safety and Health at Work) nel rapporto “European risk observatory report No.9. OSH in figures: stress at work - facts and figures”, circa un quinto dei lavoratori riferisce di sperimentare condizioni lavorative stressanti e lo stress lavorativo è al secondo posto tra i problemi di salute da causa lavorativa, con un costo annuale stimato in 20.000 milioni di euro. Inoltre, lavorare sotto pressione aumenta il tasso degli incidenti sul lavoro di circa il 15% e questo dato fa riflettere sul fatto che all'interno di una organizzazione i rischi in effetti “dialogano tra loro”¹⁰.

Le linee guida della Commissione Europea sullo stress correlato al lavoro definiscono lo stress come “un insieme di reazioni emotive, cognitive, comportamentali e fisiologiche ad aspetti avversi e dannosi del contenuto della mansione, dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro”⁵.

Cause

Le maggiori cause di stress comprendono:

- condizioni lavorative fisiche difficili o pericolose;
- sovraccarico e sottocarico di lavoro;
- mancato riconoscimento;
- nessuna opportunità di utilizzare le capacità personali;
- troppe responsabilità, ma poca autorità;
- mancanza di una chiara descrizione del lavoro;
- mancanza di cooperazione o di supporto da parte dei superiori, colleghi di lavoro o subordinati;
- mancanza di controllo;
- insicurezza del lavoro;
- esposizione a pregiudizi riguardanti età, genere, ecc.;
- esposizione a violenza, minacce o *mobbing*;
- nessuna opportunità di presentare denuncia.

Lo stress lavoro-correlato può interessare potenzialmente ogni luogo di lavoro e ogni lavoratore, in quanto è causato da aspetti diversi strettamente connessi con l'organizzazione e l'ambiente di lavoro.

Sonno e lavoro

Nella “società delle 24 ore” vengono progressivamente meno i condizionamenti temporali in grado di limitare le attività umane: sia virtualmente sia nell'operatività quotidiana le persone possono fare qualsiasi cosa a ogni ora del giorno e della notte, sia a livello lavorativo sia sociale.

Gli orari di lavoro costituiscono quindi un fattore cruciale dell'organizzazione del lavoro, con importanti implicazioni economiche e sociali per l'impresa, l'individuo e la collettività.

Studi epidemiologici dimostrano una correlazione fra la durata del sonno e la mortalità, in generale con incremento del rischio di circa il 15% nei soggetti che dormono abitualmente 6 o meno ore a notte.

La privazione cronica di sonno influisce negativamente sulla salute fisica e psichica, in particolare:

- favorisce l'obesità per aumentata assunzione di cibo;
- favorisce il diabete per ridotta tolleranza al glucosio e all'insulina;
- aumenta il rischio di aterogenicità per incremento dei mediatori dell'infiammazione e del tono simpatico;
- aumenta l'instabilità emotiva (ansia, aggressività, manie, paranoie, allucinazioni, depressione con un incremento anche di condotte suicidarie);

- amplifica la sensibilità e la percezione del dolore;
- provoca danno alle cellule cerebrali con maggior rischio di deterioramento cognitivo e morbo di Alzheimer;
- aumenta la stanchezza, riduce le capacità di concentrazione, di memoria (*working memory* e memoria a lungo termine) di pianificazione e di ideazione;
- provoca frequentemente eccessiva sonnolenza diurna (ESD) che riduce le capacità attentive e di coordinazione e favorisce i microsonni con conseguente incremento di incidenti stradali e di infortuni sul lavoro;
- riduce la funzione del sistema immunitario con maggiore esposizione a rischi infettivi (polmonari, renali) e allo sviluppo di cancro.

Particolare attenzione bisogna porre al lavoro su turni e al disturbo del sonno definito "Shift Work Sleep Disorder" (SWSD) caratteristico di questi lavoratori che presenta:

- sonnolenza diurna e insonnia, anche nei giorni di riposo;
- alterazione delle secrezioni ormonali e dei neurotrasmettitori cerebrali;
- difficoltà digestive e maggiore incidenza di gastrite o reflusso gastroesofageo;
- difficoltà nel mantenere rapporti affettivi soddisfacenti con partner e figli;
- per le donne, alterazioni dei cicli mestruali e ovulatori.

Di seguito viene proposta una sintesi di attività utili alla promozione della qualità del sonno e della conciliazione vita-lavoro.

Che cosa può fare	Per promuovere il benessere individuale del lavoratore	Per migliorare la conciliazione vita-lavoro
l'azienda	Ridurre il più possibile il lavoro notturno e adottare schemi di rotazione rapida, al fine di limitare il numero di turni di notte consecutivi (2-3 max), in modo da interferire il meno possibile sui ritmi circadiani e sul sonno	Consentire il maggior numero possibile di fine settimana liberi (ciò permette anche di evitare un prolungato estraniamento dal contesto familiare e sociale)
	Preferire la rotazione dei turni in "ritardo di fase" (mattino/pomeriggio/notte), in quanto consente un più lungo riposo intermedio	Tutelare l'equilibrio tra lavoro e vita privata (flessibilità degli orari di lavoro per esigenze familiari, contratti part-time, telelavoro, banca delle ore, ferie a ore)
	Interporre almeno 11 ore di intervallo tra un turno e l'altro onde consentire un maggior recupero del deficit di sonno e della fatica	Promozione dello "smart working", filosofia manageriale basata sulla restituzione alle persone di flessibilità e autonomia nella scelta degli spazi, degli orari e degli strumenti lavorativi. Questa modalità aiuta il lavoratore a conciliare le esigenze personali con il lavoro e, nel contempo, favorisce la crescita della produttività; è stato inoltre constatato che il numero di giorni di malattia del personale con modalità di lavoro "smart" è notevolmente ridotto, a indicare la situazione di benessere fisico e mentale del quale beneficiano i lavoratori
	Non iniziare troppo presto il turno del mattino, in modo da limitare la perdita dell'ultima parte del sonno (ricca di fase REM)	
	Programmare il giorno o i giorni di riposo preferibilmente dopo il turno di notte, in modo da consentire un immediato recupero della fatica e del deficit di sonno	
Inserire pause nel corso del turno, in modo da permettere tempi adeguati per i pasti ed eventuali brevi pisolini, rivelatisi molto utili per compensare il deficit di sonno		
il medico competente	Dare informazioni su una corretta igiene del sonno, comprendente dieta, attività fisica e microclima ambientale	

- Alhola P, Polo-Kantola P. Sleep deprivation: Impact on cognitive performance. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2007;3:553-67.
- Åkerstedt T, Wright KP. Sleep medicine clinics, 2009 Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorders. *Sleep Med Clin* 2009;4:257-71.
- Costa G. Sonno e orari di lavoro. *G Ital Med Lav Erg* 2008;30:280-2.
- Lastrucci D, Righi L, Spatola CF. Sonno, turno notturno e ricadute: analisi della letteratura. *L'Infermiere* 2011; n°5.
- Legge n. 81 del 22 maggio 2017. Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale*, n. 135 del 13 giugno 2017. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/06/13/17G00096/sq>

Effetti sulla salute

La sindrome da stress negativo (*distress*) è caratterizzata da disturbi a livello:

- cognitivo (perdita di concentrazione, difficoltà ad assumere decisioni, persistenti pensieri negativi, diminuita abilità gestionale, ecc.);
- emozionale (perdita di entusiasmo, irritabilità, preoccupazione diffusa, depressione, ecc.);
- fisico (palpitazioni, mal di schiena, mal di testa, disturbi gastrici, ecc.);

- comportamentale (decremento della performance, disturbi dell'alimentazione, aumento di errori e infortuni, abuso di alcol e tabacco, stato di sovra o sotto eccitazione, ecc.

Oltre ai problemi di salute mentale, i lavoratori sottoposti a stress prolungato possono sviluppare gravi problemi di salute fisica come le malattie cardiovascolari o i disturbi muscoloscheletrici¹¹.

Gli studi suggeriscono che:^{2,3,12}

- circa la metà delle assenze sul posto di lavoro può essere collegata allo stress che rappresenta, quindi, la causa di malattia più comunemente riferita dal lavoratore;
- la riduzione delle prestazioni sul lavoro a causa dello stress può costare il doppio dell'assenza;
- lo stress sul lavoro può portare a un maggior numero di incidenti;
- l'elevato *turnover* del personale può essere legato allo stress sul lavoro;
- le assenze causate dallo stress durano molto più a lungo di quelle causate da altri fattori.

Valutazione dello stress lavoro-correlato

In Italia, il vigente quadro normativo, costituito dal D.lgs. 81/2008 e s.m.i. obbliga i datori di lavoro a valutare e gestire il rischio stress lavoro-correlato al pari di tutti gli altri rischi, in recepimento dei contenuti dell'Accordo Quadro Europeo dell'8 ottobre 2004, richiamato dal decreto stesso e recepito dall'accordo interconfederale del 9 giugno 2008¹⁻².

A tal proposito il Testo Unico del 2008, con le integrazioni successivamente apportate dal D.Lgs 106/09, ha demandato alla Commissione Consultiva permanente per la salute e la sicurezza del lavoro il compito di elaborare le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio stress lavoro-correlato, successivamente emanate il 17/11/2010 e diffuse dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Il documento di valutazione elaborato dalla Commissione Consultiva ha indicato un percorso metodologico articolato in fasi che rappresenta il livello minimo di attuazione dell'obbligo di valutazione del rischio da stress lavoro-correlato per tutti i datori di lavoro, non precludendo la possibilità di un percorso più articolato e basato sulle specifiche necessità e complessità delle aziende stesse.

Con le indicazioni introdotte dalla Commissione, il rischio stress lavoro-correlato non è più classificato come un generico rischio di natura psicosociale, ma piuttosto riconosciuto e valutato sulla base di specifici indicatori di rischio oggettivi e verificabili relativi a eventi sentinella (indici infortunistici, assenze per malattia, frequenti lamentele, segnalazioni del medico competente) e a fattori di contenuto e di contesto del lavoro, considerati fondamentali anche ai fini dell'identificazione di misure di prevenzione e di riduzione ed eliminazione del rischio stesso.

Tra le indicazioni elaborate dalla Commissione Consultiva viene ribadito che la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato è parte integrante della valutazione dei rischi ed è effettuata dal Datore di Lavoro (DL) (obbligo non delegabile ai sensi dell'art. 17, comma 1, lett. a), in collaborazione con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e il Medico Competente (MC) (art. 29, comma 1), previa consultazione dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) (art. 29, comma 2). In particolare si fa riferimento al coinvolgimento degli RLS in relazione all'identificazione e valutazione dei fattori di contesto e di contenuto del lavoro e nelle aziende di maggiori dimensioni è possibile consultare anche un campione rappresentativo di lavoratori con modalità scelte dal datore di lavoro. L'informazione e il coinvolgimento dei lavoratori e/o dei loro rappresentanti caratterizza e rende peculiare la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato rispetto a quella degli altri rischi e la normativa sottolinea in modo particolare questo aspetto, valorizzando l'importanza della partecipazione attiva di tutti i soggetti presenti nel contesto del lavoro.

Contesto del lavoro	Condizioni di definizione del rischio	Contenuto del lavoro	Condizioni di definizione del rischio
Cultura e funzione organizzativa	Scarsa comunicazione, scarsi livelli di sostegno per la soluzione dei problemi e lo sviluppo personale, mancanza di definizione degli obiettivi organizzativi	Ambiente di lavoro e attrezzature	Condizioni fisiche di lavoro (illuminazione, rumore, clima, ecc.), problemi inerenti all'affidabilità, la disponibilità, l'idoneità, la manutenzione, l'obsolescenza o la riparazione di strutture e attrezzature di lavoro, condizioni di sicurezza rispetto ai vari rischi esistenti

Ruolo nell'organizzazione	Ambiguità nella definizione del ruolo e conflitti di ruolo	Pianificazione dei compiti	Lavoro ripetitivo, frammentato, mancata definizione di competenze e conoscenze necessarie a svolgere il lavoro, sottoutilizzo delle competenze individuali, mancata conoscenza di scopi e processi, incertezza
Sviluppo di carriera	Incertezza o fase di stasi per la carriera, promozione insufficiente o eccessiva, bassa retribuzione, insicurezza dell'impiego, scarso valore sociale attribuito al lavoro	Carico e ritmo di lavoro	Sovraccarico o sottocarico di lavoro, mancanza di controllo sul ritmo, tempo insufficiente per eseguire il compito, scadenze pressanti
Autonomia decisionale/controllo	Mancanza di autonomia relativamente alle responsabilità assegnate, partecipazione ridotta al processo decisionale, carenza di controllo sul lavoro	Orario di Lavoro	Lavoro a turni, orari di lavoro rigidi, imprevedibili, eccessivamente lunghi o che alterano i ritmi sociali, assenza di pause
Relazioni interpersonali sul luogo di lavoro	Difficoltà nel gestire rapporti interpersonali sul luogo di lavoro, isolamento fisico e sociale, rapporti limitati con i superiori, conflitto interpersonale, mancanza di supporto		
Interfaccia famiglia/lavoro	Richieste contrastanti tra esigenze familiari e lavorative, problemi di doppia carriera		

Il percorso metodologico indicato dalla Commissione Consultiva è articolato in 2 fasi:

1. **valutazione preliminare:** basata sull'utilizzo di liste di controllo applicabili dai soggetti aziendali della prevenzione: analisi di eventi sentinella, dei fattori di contenuto del lavoro e di contesto. In questa fase è prevista una consultazione dei RLS e di un campione di lavoratori. Se la valutazione preliminare non rileva elementi di rischio da stress lavoro-correlato e, quindi, si conclude con un "esito negativo", il datore di lavoro è tenuto a darne conto nel documento di valutazione del rischio (DVR) e a prevedere un piano di monitoraggio. Invece, nel caso in cui la valutazione preliminare abbia un "esito positivo", cioè se emergono elementi di rischio tali da richiedere il ricorso ad azioni correttive, è necessario procedere alla pianificazione e all'adozione di opportuni interventi correttivi (organizzativi, procedurali, comunicativi, formativi). Se questi ultimi si rilevano "inefficaci", si passa alla valutazione successiva, cosiddetta valutazione approfondita;

2. **valutazione approfondita:** va intrapresa, come approfondimento, nel caso in cui nella fase precedente, a seguito dell'attività di monitoraggio, si rilevi l'inefficacia delle misure adottate relativamente "ai gruppi omogenei di lavoratori rispetto ai quali sono state rilevate le problematiche". A tal fine, le indicazioni della Commissione Consultiva prevedono la "valutazione della percezione soggettiva dei lavoratori sulle famiglie di fattori/indicatori" già oggetto di valutazione nella fase preliminare con la possibilità, per le aziende di maggiori dimensioni, del coinvolgimento di un campione rappresentativo di lavoratori. Gli strumenti indicati per la suddetta valutazione della percezione soggettiva sono individuati a titolo esemplificativo, tra "questionari, focus group, interviste semistrutturate", per le imprese fino a 5 lavoratori, in sostituzione, il datore di lavoro può scegliere di utilizzare modalità di valutazione (es. riunioni) che garantiscano il coinvolgimento diretto dei lavoratori nella ricerca delle soluzioni e nella verifica della loro efficacia.

In generale, l'iter di individuazione e valutazione del rischio stress lavoro-correlato, anche se fondamentalmente rispettato dal datore di lavoro nella fase preliminare, dovrebbe essere maggiormente applicato in tutte le sue parti, dando maggiore spazio, quando necessario, alla fase di valutazione approfondita e quindi all'ascolto della percezione dei lavoratori e alle strategie di comunicazione del rischio. Questo processo potrebbe favorire un miglioramento del clima lavorativo, una maggiore collaborazione e integrazione nell'organizzazione, nonché la promozione della salute dei singoli lavoratori e del contesto. La "collaborazione" del MC e del RSPP dettata dall'art. 29 c. 1 del D.Lgs 81/08, nella valutazione del rischio qui trattato, non può che, naturalmente, trasformarsi in una "partecipazione attiva e fondamentale".

1. Gazzetta Ufficiale n. 101, 30 aprile 2008 - Suppl. Ordinario n. 108 (Decreto integrativo e correttivo D. Lgs. 3 agosto 2009, n. 106: Gazzetta Ufficiale n. 180, 5 agosto 2009 - Suppl. Ordinario n. 142/L). <https://www.ego-gw.it/public/about/VIR-0558A-09.pdf>

2. Accordo interconfederale per il recepimento dell'Accordo quadro europeo sullo stress lavoro-correlato (8 ottobre 2004 tra Unice-Ueapme, Ceep e Ces) 9 giugno 2008. <https://www.inail.it/cs/internet/docs/stress-lavoro-accordo-interconfederale.pdf?section=attivita>
3. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della tutela delle condizioni di lavoro. Circolare 18 novembre 2010. Indicazioni della Commissione consultiva per la valutazione dello stress lavoro-correlato (articoli 6, comma 8, lettera m-quater, e 28, comma 1-bis, del Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modifiche e integrazioni). <http://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2010/LC-18novembre2010.pdf>

Raccomandazioni

Investire sulla salute e sul benessere dei propri dipendenti comporta numerosi vantaggi per le organizzazioni, in primo luogo attraverso la diminuzione degli effetti negativi dei rischi psicosociali, quali: riduzione della redditività complessiva, maggiore assenteismo, presenteismo (la situazione in cui le persone continuano ad andare al lavoro quando sono malate e non possono essere efficienti) oltre che un aumento dei tassi di incidenti e infortuni. Come conseguenza dello stress lavoro-correlato, le assenze tendono a essere più lunghe di quelle dovute ad altre cause e i tassi di prepensionamento ad aumentare. I costi di tali effetti per le imprese e la società sono considerevoli e vengono valutati in miliardi di euro¹.

L'indagine europea dell'EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work)¹³ sui rischi nuovi ed emergenti tra le imprese (ESENER, European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks) è di ampio respiro: ha esaminato la gestione pratica dei rischi per la sicurezza e la salute negli ambienti di lavoro europei, offrendo informazioni su dati recenti e prove fornite dalla ricerca scientifica relativamente alla prevalenza e all'impatto del lavoro correlato allo stress e dei rischi psicosociali sulla sicurezza e la salute. Migliaia di imprese e organizzazioni di tutta Europa sono state invitate a rispondere a un questionario incentrato sulle seguenti tematiche:

- rischi generali per la sicurezza e la salute sul lavoro e loro gestione;
- rischi psicosociali quali stress, bullismo e violenza;
- incentivi e ostacoli alla gestione della sicurezza e salute sul lavoro;
- partecipazione dei lavoratori alle prassi in materia di sicurezza e salute.

I risultati di queste interviste sono integrati da analisi secondarie basate su una serie di studi che hanno approfondito argomenti specifici. Attualmente, è in corso di svolgimento la terza indagine (ESENER-3), con l'inclusione di oltre 40.000 stabilimenti che coprono tutte le classi di dimensione economica e i settori di attività in 33 paesi europei.

Dai sondaggi effettuati dall'EU-OSHA emerge che circa la metà dei lavoratori ritiene che il problema dello stress correlato al lavoro sia comune e che i rischi psicosociali sono ritenuti più ostici e più difficili da gestire rispetto ai rischi "tradizionali" della sicurezza e della salute sul lavoro.

Prevenire lo stress significa creare un ambiente in cui i lavoratori hanno le risorse giuste per affrontare le loro attività quotidiane. Naturalmente, non tutto lo stress o la mancanza di benessere del lavoratore sono riconducibili all'ambiente di lavoro^{2,3}.

Adottando il giusto approccio, è possibile prevenire e gestire con efficacia i rischi psicosociali e lo stress lavoro-correlato, a prescindere dalle caratteristiche o dalle dimensioni dell'impresa, e affrontarli con la stessa logica e sistematicità riservate ad altre questioni di salute e sicurezza sul lavoro. Sebbene spetti ai datori di lavoro la responsabilità giuridica di garantire la corretta valutazione e il controllo dei rischi sul lavoro, è indispensabile coinvolgere anche i lavoratori, che insieme ai loro rappresentanti conoscono meglio di chiunque altro i problemi che possono verificarsi. La loro partecipazione può assicurare l'adequatezza e l'efficacia delle misure adottate.

Tra le misure preventive dello stress va considerato il miglioramento dell'organizzazione, in particolare nelle seguenti aree: orario di lavoro (per evitare il conflitto vita privata-lavoro), partecipazione/controllo, carico di lavoro (per assicurare la compatibilità con le capacità e le risorse del lavoratore), contenuto della mansione (per fornire significati, stimoli e opportunità di impiego delle competenze), ruoli (chiarezza), ambiente sociale (per fornire supporto sociale), prospettive future (per diminuire l'insicurezza lavorativa).

L'accordo europeo⁴ fornisce esempi di misure anti stress:

- misure di gestione e comunicazione (come: chiarezza degli obiettivi aziendali e del ruolo di ciascun lavoratore, garanzia di un adeguato supporto agli individui e al gruppo, armonizzazione tra responsabilità e controllo del lavoro, miglioramento dell'organizzazione e dei processi lavorativi, delle condizioni e dell'ambiente di lavoro);
- formazione di manager e lavoratori per migliorare la loro consapevolezza e comprensione dello stress;

- informazione dei lavoratori e loro consultazione.

Le linee guida della Commissione Europea sullo stress correlato al lavoro⁵ individuano 3 fasi della prevenzione:

- identificazione dei fattori di stress da lavoro, le loro cause e le conseguenze sulla salute;
- analisi delle caratteristiche di esposizione in relazione agli effetti trovati;
- progettazione e implementazione di un pacchetto di interventi da parte degli *stakeholder*.

Dalla letteratura scientifica sono stati identificati tre principali tipi di interventi per la gestione dello stress lavoro-correlato e sono generalmente definiti prevenzione primaria, secondaria e terziaria¹³. Gli approcci per la prevenzione primaria mirano a combattere lo stress da lavoro cambiando elementi che riguardano il modo in cui il lavoro è organizzato e gestito. Gli approcci per la prevenzione secondaria mirano a combattere lo stress da lavoro sviluppando le capacità individuali di gestione dello stress mediante formazione specifica. Gli approcci per la prevenzione terziaria mirano a ridurre l'impatto dello stress da lavoro sulla salute dei lavoratori sviluppando appropriati sistemi di riabilitazione e di "rientro al lavoro" e aumentando i provvedimenti in materia di salute occupazionale.

La metodologia INAIL e il progetto CCM 2013

Nel maggio 2011 il Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale dell'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) ha messo a punto una Metodologia di valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato e pubblicato una specifica piattaforma online utilizzabile dalle aziende per effettuare la valutazione del rischio ai sensi del d.lgs. 81/2008 e s.m.i.^{1,2} Il metodo proposto offre alle aziende strumenti validati e risorse specifiche, utilizzabili seguendo un approccio sostenibile e integrato, articolato per fasi, che prevede il coinvolgimento delle figure della prevenzione e dei lavoratori.

Il progetto "Piano di monitoraggio e d'intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato" (approvato e finanziato nell'ambito del programma CCM 2013 del Ministero della Salute) ha avuto come obiettivo generale quello di contribuire all'accrescimento e al miglioramento complessivo del sistema di gestione del rischio stress lavoro-correlato in Italia, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione dell'obbligo di valutazione, lo sviluppo di soluzioni pratiche, interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate e modelli di intervento su misura per alcune specificità aziendali e di comparto. Tale progetto è stato coordinato dal Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale dell'INAIL, con il coinvolgimento di 14 Regioni, le Province Autonome e due università.

I dati, raccolti in oltre 2.100 aziende di tutte le dimensioni tramite oltre 66.000 questionari, indicano che circa l'80% delle aziende è a rischio non rilevante, circa il 20% a rischio medio-alto. I settori più a rischio sono quello della sanità e dell'assistenza sociale. Il rischio cresce con le dimensioni dell'azienda ed è massimo nelle realtà con oltre 1.000 dipendenti³.

1. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL). Rischio stress lavoro-correlato.

<https://www.inail.it/cs/internet/attivita/ricerca-e-tecnologia/area-salute-sul-lavoro/rischi-psicosociali-e-tutela-dei-lavoratori-vulnerabili/rischio-stress-lavoro-correlato.html>

2. Regione Lazio. Centro regionale di riferimento per lo stress lavoro-correlato. <http://centrostresslavoro-lazio.it/il-progetto-ccm-stress-lavoro-correlato/>

3. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL). Piano di monitoraggio e di intervento allo stress lavoro-correlato, 2016. <https://www.inail.it/cs/internet/docs/pamphlet-ccm.pdf?section=attivita>

Conciliazione vita-lavoro

Come evidenziato, le grandi trasformazioni socio-economiche, demografiche e politiche, compreso l'attuale fenomeno della globalizzazione, presentano nuovi rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori. Il fenomeno dell'assenteismo e le richieste di indennità di disoccupazione e di invalidità a lungo termine a causa dello stress da lavoro e di problemi di natura psicosociale sono in continuo aumento in numerosi Stati membri dell'UE. In particolare, è stato stimato che la depressione sarà ben presto la principale causa di congedo per malattia in Europa¹⁴.

Nello specifico, i rischi psicosociali emergenti possono essere raggruppati nei seguenti cinque gruppi:

- nuove forme di contratti di lavoro e insicurezza del posto di lavoro;
- invecchiamento della forza lavoro;
- intensificazione del lavoro con compiti e richieste elevate;
- orari variabili e imprevedibili
- elevato coinvolgimento emotivo sul lavoro;
- scarso equilibrio fra vita e lavoro².

Raccomandazioni

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

In pratica si parla di tutte quelle azioni che vengono messe in atto dal datore di lavoro a favore dei lavoratori e delle lavoratrici per facilitare l’armonizzazione delle attività quotidiane lavorative e personali/familiari.

In ambito aziendale le misure di conciliazione vita-lavoro possono essere classificate in quattro principali aree di intervento tra loro complementari:

- l’organizzazione del lavoro, attraverso una gestione sia dei luoghi sia dei tempi, comprensiva di interventi per una riorganizzazione degli orari di lavoro più elastica (part-time o riduzione dell’orario lavorativo, *job sharing*, flessibilità dell’orario lavorativo, meccanismi di compensazione dell’orario lavorativo e di gestione autonoma dell’orario di lavoro, compressione dell’orario lavorativo settimanale, permessi e congedi);
- per quanto riguarda l’ambito dell’organizzazione oraria, e del part-time in particolare, è necessario porre attenzione a che le politiche di conciliazione non si trasformino in misure di ri-segregazione e marginalizzazione del lavoro femminile. In altri termini, il part-time non dovrebbe diventare la modalità tipica del lavoro delle donne, in quanto in tal caso non si tratterebbe di conciliazione al fine delle pari opportunità di genere ma di una riproposizione della suddivisione dei ruoli tra uomini e donne;
- la cultura aziendale, attraverso formazione specifica del management aziendale, comunicazioni ai dipendenti sul tema e introduzione di momenti di discussione e confronto sul tema;
- il sistema di retribuzione, ovvero gli interventi volti alla creazione di un vero e proprio *welfare* aziendale;
- i servizi aziendali volti a supportare il dipendente nell’adempimento di alcune incombenze legate alla vita familiare (supporto alla ricerca di servizi di cura dei figli o degli anziani, supporto alla gestione delle emergenze e delle malattie di figli e anziani, supporto alla cura dei figli e degli anziani presso il luogo di lavoro, servizi informativi, servizi di *conciierge*)¹⁵.

Interventi di WHP per la promozione del benessere personale e sociale

C’è ormai esperienza di buone pratiche di WHP con impatto favorevole sui fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative.^{1,3} Le buone pratiche vengono in genere classificate secondo diversi criteri, per esempio in azioni destinate ai lavoratori o destinate al contesto lavorativo, ovvero azioni con impatto sulla salute individuale o collettiva o sull’ambiente di lavoro o ancora azioni che devono essere intraprese dal lavoratore o dall’azienda o dal medico competente. I documenti indicano anche il livello di complessità, la facilità e la rapidità di implementazione e/o i costi, in modo da guidarne la scelta sulla base delle dimensioni e delle possibilità di investimento dell’azienda, sulla esperienza maturata nella WHP, sulla disponibilità di risorse, economiche, umane e organizzative. Di seguito viene proposta una sintesi di quelle utili alla promozione del benessere personale e sociale sul luogo di lavoro.^{1,3}

Che cosa può fare	Per promuovere il benessere individuale del lavoratore	Per promuovere il benessere sociale e il senso di partecipazione aziendale	Per migliorare la conciliazione vita-lavoro
l’azienda	Informare il personale sui temi del benessere e della salute mentale attraverso materiali cartacei e in rete	Esprimere stima e apprezzamento ai lavoratori per lo svolgimento delle loro funzioni (per esempio inviando a tutta l’azienda e-mail che rendano noti i risultati raggiunti), garantendo la leadership e l’affiatamento del gruppo di lavoro	Programmare iniziative destinate alle lavoratrici al rientro della maternità e per il reinserimento aziendale (aggiornamento professionale, <i>counselling</i> , convenzioni con centri di baby-sitting)
	Organizzare presentazioni, seminari, incontri con esperti su temi specifici (gestione dello stress, del conflitto, la resilienza, la leadership, i segnali e gli	Raccogliere suggerimenti dai dipendenti (adottarne almeno uno ogni anno) e favorirne la partecipazione	Tutelare l’equilibrio tra lavoro e vita privata (flessibilità degli orari di lavoro per esigenze familiari, contratti part-time, telelavoro, banca delle ore, ferie a ore)

effetti dello stress, le strategie di autocura, la gestione del tempo)		
Proporre attività di formazione per sviluppare una cultura aziendale attorno ai temi della conciliazione vita-lavoro, del benessere organizzativo, della motivazione dei lavoratori, della responsabilità sociale, della prevenzione dello stress o della promozione della salute mentale		Prevedere integrazioni all'indennità per maternità e congedo parentale, incentivare l'utilizzo del congedo da parte dei padri; garantire permessi e congedi parentali anche oltre gli obblighi di legge
Formare i dirigenti sull'importanza dell'impatto che ha l'ambiente di lavoro sul benessere sociale ed emotivo		Favorire l'allattamento materno (distribuzione di opuscoli informativi, concedere alla madre di assentarsi per allattare il proprio bambino o portare il latte materno spremuto, creare in azienda uno spazio per estrarre il latte)
In caso di incidente critico fornire supporto a dirigenti e personale		Organizzare sul luogo di lavoro attività sociali per i lavoratori e le loro famiglie, con l'obiettivo di costruire reti sociali
Definire programmi di assistenza e supporto, compresa la possibilità di accedere a programmi di <i>counselling</i>	Osservare le norme a tutela dell'etica del lavoro, delle diversità e contemplarle nel codice di comportamento	Prevedere benefit aziendali (Kit nascita per i figli dei/delle dipendenti, voucher/buoni sconto per la spesa o per servizi socio assistenziali o sanitari, convenzioni con negozi, supermarket)
Promuovere servizi di consulenza telefonica durante l'orario di lavoro	Verificare il livello di soddisfazione del personale e raccogliere dei <i>feedback</i> su aspetti problematici e suggerimenti per creare un luogo di lavoro orientato al benessere e alla salute mentale	Attuare iniziative di sostegno allo studio per i figli dei dipendenti (contributo per l'acquisto di libri scolastici, borse di studio, rimborso spese universitarie), di offerta di attività sportiva nel corso dell'anno o ricreativa nei periodi non scolastici (ludoteche, centri ricreativi estivi, campus tematici, sportivi, per l'apprendimento di lingue straniere)
Rivedere politiche e pratiche per la promozione della salute mentale e dare supporto ai lavoratori che hanno problemi di salute mentale (tutela della <i>privacy</i> e reinserimento lavorativo)	Prevedere iniziative per l'integrazione per lavoratori stranieri (corsi di alfabetizzazione per lavoratori e familiari, nomina di un tutor aziendale con funzioni di interfaccia tra la direzione e i lavoratori stranieri, individuazione di facilitatori per favorire la comprensione degli aspetti complessi della convivenza civile)	Offrire aiuti assistenziali e supporti finanziari per la cura di familiari anziani o diversamente abili, rimborsi per spese sanitarie private non coperte dal Servizio Sanitario Regionale
Creare un luogo per i momenti di pausa in cui i lavoratori possano trovare documentazione sugli stili di vita salutari	Affrontare comportamenti di mobbing	Rendere disponibile un asilo nido aziendale, interaziendale o convenzione con asilo nido nelle immediate vicinanze del luogo di lavoro

1. Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Regione Piemonte (DORS). Promuovere salute nel luogo di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti. Dicembre 2016.
https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf
2. Regione Lazio. Direzione Regionale "Salute e Politiche Sociali". Manuale WHP Regione LAZIO. Modalità di adesione al Progetto "In Salute in Azienda" della Regione Lazio per far parte della rete regionale WHP dei luoghi di lavoro che promuovono salute. Roma: Regione Lazio; 2016.
http://www.regione.lazio.it/binary/rl_main/tbl_documenti/Comitato_Sicurezza_Lavoro_Manuale_WHP_Lazio16_12_2015.pdf
3. Rete WHP Bergamo. Come aderire al programma Workplace Health Promotion e creare un luogo di lavoro che promuova salute. https://whpaslbg.files.wordpress.com/2019/03/agq03_2019_whp_istruzioni.pdf
4. La conciliazione famiglia-lavoro. Un'opportunità per imprese e pubbliche amministrazioni. Guida operativa. Todisco A (a cura di). Milano 2010.
http://www.provincia.so.it/download.asp?file=/pari%20opportunita/Conciliazione_famiglia_lavoro.pdf

Bibliografia

1. World Health Organization (WHO). Identification and control of work-related diseases: report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 714. Geneva: World Health Organization; 1985. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40176/WHO_TRS_714.pdf;jsessionid=99E9D02143D3DBC170C1664B301ACDD?sequence=1
2. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Rischi psicosociali e stress nei luoghi di lavoro. <https://osha.europa.eu/it/themes/psychosocial-risks-and-stress>
3. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work. Tackling psychosocial risks and musculoskeletal disorders in small business. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work; 2018. https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/EC_GUIDE_STRESS_MSD_WEB.pdf
4. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Framework agreement on work-related stress, 2004. <https://osha.europa.eu/es/legislation/guidelines/framework-agreement-on-work-related-stress>; versione italiana <https://www.inail.it/cs/internet/docs/stress-lavoro-accordo-interconfederale.pdf?section=attivita>
5. European Commission. Directorate-General for Employment and Social Affairs. Guidance on work-related stress. Spice of life, or kiss of death? Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000. <https://www.stress.org/wp-content/uploads/2011/11/Guidance2520on2520work-related2520stress.pdf>
6. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Ricerca sullo stress correlato al lavoro. Roma, ISPESL; 2000. <https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/reports/203>
7. Italia. Direttiva 89/391/CEE del Consiglio, del 12 giugno 1989, concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro. Gazzetta Ufficiale n. L 183, 29 giugno 1989. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:31989L0391>
8. Italia Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro. Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Gazzetta Ufficiale n. 101, 30 aprile 2008 - Suppl. Ordinario n. 108 (Decreto integrativo e correttivo: Gazzetta Ufficiale n. 180, 5 agosto 2009 - Suppl. Ordinario n. 142/L). <http://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Testo%20Unico%20sulla%20Salute%20e%20Sicurezza%20sul%20Lavoro/Testo-Unico-81-08-Edizione-Giugno%202016.pdf>
9. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della tutela delle condizioni di lavoro. Circolare 18 novembre 2010. Indicazioni della Commissione consultiva per la valutazione dello stress lavoro-correlato (articoli 6, comma 8, lettera m-quater, e 28, comma 1-bis, del Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modifiche e integrazioni). <http://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2010/LC-18novembre2010.pdf>
10. European Agency for Safety and Health at Work 2009 https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work.
11. Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work. Tackling psychosocial risks and musculoskeletal disorders in small businesses. European Agency for Safety and Health at Work, 2018. <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/healthy-workers-thriving-companies-practical-guide-wellbeing/view>
12. Institute of Work, Health & Organisations. Buone pratiche negli interventi di gestione dello stress correlato al lavoro. Nottingham: Institute of Work, Health & Organisations; 2008. <https://www.inail.it/cs/internet/docs/buone-pratiche-gestione-stress-lavoro.pdf?section=attivita>
13. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Indagine europea tra le imprese sui rischi nuovi ed emergenti (ESENER). <https://osha.europa.eu/it/surveys-and-statistics-osh/esener>
14. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Promozione della salute mentale nei luoghi di lavoro. Sintesi di un rapporto sulle buone pratiche. <https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/factsheets/102>
15. La conciliazione famiglia-lavoro. Un'opportunità per imprese e pubbliche amministrazioni. Guida operativa. Todisco A (a cura di). Milano 2010. http://www.provincia.so.it/download.asp?file=/pari%20opportunita/Conciliazione_famiglia_lavoro.pdf