

Cap. V Il Progetto di Promozione della Salute: promozione dell'attività fisica e prevenzione dell'obesità per i dipendenti dell'ASLTO1.

Filone tematico.

Promozione della salute nei luoghi di lavoro.

Promozione dell'attività fisica.

Prevenzione obesità.

Guadagnare salute: alimentazione, attività fisica, fumo, alcool.

Abstract - Descrizione sintetica del progetto.

Il programma ministeriale *“Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari”* invita a promuovere politiche per contrastare i comportamenti nocivi e attivare interventi efficaci che possano agire globalmente sui diversi fattori di rischio, sulle condizioni socio-ambientali, individuando anche i luoghi di lavoro come ambiti in cui sviluppare le quattro linee programmatiche: l'alimentazione, l'attività fisica, il fumo e l'alcol.

L'attenzione verso il benessere del lavoratore nasce dall'esigenza di proteggerlo dai rischi per la sua salute che possono derivare dallo svolgimento dei compiti lavorativi (D.Lgs. n°626/1994), ma anche dalla necessità di rendere il posto di lavoro un ambiente salubre, che sostenga il benessere sia fisico sia psico-sociale della persona, in un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento.

Il presente progetto è dedicato alla promozione della salute nei luoghi di lavoro e si rivolge ai dipendenti della Pubblica Amministrazione, in particolare a quelli dell'ASL TO1.

Il programma ministeriale *“Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari”* invita a promuovere politiche per contrastare i comportamenti nocivi e attivare interventi efficaci che possano agire globalmente sui diversi fattori di rischio, sulle condizioni socio-ambientali, individuando anche i luoghi di lavoro come ambiti in cui sviluppare le quattro linee programmatiche: l'alimentazione, l'attività fisica, il fumo e l'alcool. L'attenzione verso il benessere del lavoratore nasce dall'esigenza di proteggerlo dai rischi per la sua salute ma anche dalla necessità di rendere il posto di lavoro un ambiente salubre, che sostenga il benessere sia fisico che psico-sociale della persona, in un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento. Il progetto si rivolge ai dipendenti e si prefigge di avviare un percorso, partecipato e condiviso da tutti gli interessati, volto a migliorare le abitudini alimentari, a contrastare

l'inattività fisica ed inoltre a produrre, come valore aggiunto, un aumento del benessere organizzativo. I dipendenti della pubblica amministrazione, fungendo poi da moltiplicatori dell'azione preventiva, possono influenzare e trasmettere i comportamenti positivi nell'ambiente di vita: familiari, colleghi, amici. I temi per le quali ci si è proposto di agire sono stati i seguenti: ALIMENTAZIONE/ALCOOL, ATTIVITA' FISICA e ORGANIZZAZIONE della 4 GIORNATA DELLA SALUTE.

ALIMENTAZIONE/ALCOOL: orientando al consumo di cibi sani in mensa, distribuendo, materiale illustrativo, adottando per i diversi piatti e abbinamenti un codice colore in base alle calorie e alla composizione, riducendo il consumo di cibi ad alta concentrazione di sale, zucchero, grassi in particolare di tipo animale, conservanti; organizzando un corso teorico-pratico di cucina sana, in collaborazione con l'Istituto Alberghiero Colombatto e le risorse professionali aziendali.

ATTIVITA' FISICA: promuovendo l'attività fisica attraverso l'avviamento al cammino sportivo (fitwalking) e la costituendo gruppi di cammino composti da dipendenti di ogni macro-presidio aziendale. Sono stati individuati e addestrati di 1 – 2 walking-leader per ogni macro presidio dell'Azienda allo scopo di costituire e guidare i gruppi di cammino (si è proposto un corso di formazione in orario di servizio, accreditato ECM; i dipendenti addestrati come walking leader potranno rendersi disponibili per guidare costituendo gruppi di cammino a favore di altri dipendenti dell'ASL, delle Circoscrizioni, di altri progetti aziendali (fumo, incidenti domestici, anziani etc.).

ORGANIZZAZIONE della 4 GIORNATA DELLA SALUTE: “Guadagnare salute lavorando”.

Esperienze di riferimento “Movimenti Bancari o bancari in movimento” e “Promuovere chi previene”.

Revisione bibliografica a sostegno del progetto.

L'individuazione dei quattro argomenti di Promozione della Salute, oltre che poggiare sulle inoppugnabili indicazioni ministeriali, è supportata da una vasta letteratura che, a livello internazionale – nazionale – regionale, accompagna le direttive d'azione scelte per il progetto.

In proposito, a titolo esemplificativo, vengono citati alcuni dati.

Alimentazione

Rapporto “**Stato di Salute della popolazione in Piemonte**” (dicembre 2005): prevalenza di sovrappeso ed obesità, rispettivamente del 39% e 8% negli uomini e del 23% e 7% nelle donne. Sono dati riferiti al 2004, nettamente più elevati di quelli rilevati nel 1994, pur mantenendosi su valori inferiori rispetto a quelli italiani.

Ultima indagine Multiscopo ISTAT ‘97 e ‘98 (riportato da “Salute in Piemonte 2000”): solo il 41% degli uomini ed il 46% delle donne piemontesi dichiara abitudini alimentari corrette, mentre il 40% della popolazione ha almeno un comportamento scorretto ed oltre il 15% ha almeno due comportamenti alimentari scorretti (risposte relative alla frequenza settimanale dichiarata di consumo di salumi, carne bianca e rossa, latticini, pesce, frutta e verdura).

Studio EPIC PIEMONTE: in una coorte di 10.000 soggetti adulti intervistati dal 1993 al 1998, ha evidenziato consumi alimentari più scorretti nei soggetti nati al centro-nord dell’Italia rispetto a quelli nati nel sud dell’Italia.

A livello mondiale, l’OMS stima che circa il 58% del diabete mellito, il 21% della malattia coronarica e quote tra l’8 ed il 42% di certi tipi di cancro sono attribuibili ad un indice di massa corporea superiore a 21.

In Europa al sovrappeso vengono attribuiti negli uomini il 9,6% della mortalità ed il 6,9% dei DALY.

In particolare, un basso consumo di frutta e verdura è la causa del 19% del tumore gastro-intestinale, del 31% della malattia ischemica e dell’11% dell’infarto. Globalmente il 4,9% delle morti (2,7 milioni) e l’1,8% del DALY (26,7 milioni) vengono attribuiti ad un basso consumo di frutta e verdura, ed in EUROPA il basso consumo è associato al 7,6% dei decessi ed al 4,3% del DALY negli uomini, nonché al 7,4% dei decessi ed al 3,4% del DALY² nelle donne.

Fumo

Nell’Unione Europea il fumo provoca circa il 90% dei tumori del polmone, l’80% delle bronco pneumopatie croniche ostruttive, il 25% delle morti per malattie di cuore e il 15% della mortalità complessiva. Il fumo dei genitori e dei conviventi costituisce la maggiore fonte di esposizione dei bambini a rischi per la salute.

² Tra gli indicatori statistico-sanitari maggiormente utilizzati nel Rapporto sulla salute mondiale 2002 OMS il DALY (Disability-Adjusted Life Years) è un indicatore utilizzato per valutare l’impatto dei diversi fattori di rischio in termini di “perdita di anni di vita in buono stato di salute”. Tale indicatore prende in considerazione l’impatto dei vari rischi per la salute sulla mortalità, sulla morbosità e sulla disabilità $1 \text{ DALY} = \text{“perdita di un anno di vita in buone condizioni di salute”}$. Fonte: Ufficio II – Direzione generale dei rapporti internazionale e delle politiche comunitarie -Redazione Ministerosalute.it – novembre 2002).

Il fumo influenza la fertilità di donne e uomini, ed è inoltre correlato a talune patologie del feto. La normativa sulla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro prevede altri divieti di fumo per pericolo d'incendio, rischio di esposizione ad agenti cancerogeni, rischio di esposizione ad agenti biologici, rischio di esposizione ad amianto. Questi divieti sono stati in passato solo parzialmente rispettati, sia per una non corretta percezione del rischio da fumo di tabacco da parte di molti lavoratori, sia per il limitato interesse di molte aziende a intervenire su quello che considerano un "rischio elettivo". Il fumo di tabacco può potenziare l'effetto di esposizioni lavorative, favorendo malattie croniche e neoplasie.

La cessazione dell'abitudine al fumo comporta effetti benefici sulla salute ed è vantaggiosa per i lavoratori e per le aziende, negli esposti o ex esposti a cancerogeni professionali, la cessazione del tabagismo è prioritaria, sia in termini di efficacia preventiva che di rapporto costi-benefici.

Alcune malattie professionali sono concausate e/o aggravate dal tabagismo: BPCO, asma bronchiale, ipoacusia da rumore, cancro del polmone, cancro della vescica, cancro seni nasali e paranasali. La diffusione del tabagismo tra il personale medico e paramedico nel nostro Paese è allarmante: l'Italia è, infatti, tra i tre paesi europei (insieme a Grecia e Spagna) con la più alta incidenza di medici fumatori (circa il 40%)¹. Nell'Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini³, è stato avviato un progetto di prevenzione iniziata con un'inchiesta epidemiologica tra gli operatori sanitari: I risultati dell'indagine hanno posto in evidenza il notevole numero di fumatori tra il personale sanitario, che si comportano in ospedale più da fumatori che non da operatori causando ai pazienti un duplice danno: fisico, a causa dell'esposizione al fumo passivo, ed educativo.

	Personale sanitario n° 9843	
	n	%
Maschi	3905	39.7
Femmine	5938	60.3
Medico	2169	22.0
Infermiere	5033	51.3
Ausiliario	1081	11.5
Tecnico/amministrativo	1523	15.2
Età media anni	40.2	/

³ (Il fumo nelle strutture sanitarie" Rosastella Principe- III UO di Pneumologia ASO S.Camillo – Forlanini Roma)

Alcol

Sebbene sia accertato che un consumo moderato di alcol, tra 10 e 30 grammi al giorno, riduca la mortalità per malattie del sistema circolatorio, specialmente la malattia coronarica e gli accidenti cerebrovascolari di origine ischemica, l'OMS stima che l'alcol causi il 3,2% (1,8 milioni) dei decessi nel mondo ed il 4,0% dei DALY. Il consumo eccessivo e inappropriato di alcol è pericoloso non soltanto per il singolo individuo ma anche per chi lo circonda, e circa l'8-9% delle malattie nell'Unione Europea può essere attribuito al consumo di alcol, con frazioni che variano dall'11,7% della Francia al 3,5% della Svezia.

Nella provincia di Genova [7] è stata avviata un'indagine epidemiologica tesa a raccogliere dati relativi al consumo di alcolici in soggetti destinati alla professione sanitaria. Gli obiettivi erano descrivere il pattern e la quantità di consumo assunta, valutare il livello conoscitivo in merito all'alcolismo, la nocività, i mezzi di supporto disponibili. Altro obiettivo era far emergere negli operatori la consapevolezza di essere, nella loro professionalità, anche degli educatori e quanto il loro comportamento potesse influire sul ruolo ricoperto. Il campione è risultato omogeneo per età (25 anni), e in prevalenza femminile (56,7%). Dall'analisi è emerso che 83% del campione assumeva bevande alcoliche, di questi il 54,4% saltuariamente, il 7,2% quotidianamente e il 34,4% soltanto durante il fine settimana. Le dosi abituali ingerite: il 58,4% ne assumeva meno di 200 ml, il 26,4% tra 200 e 400 ml e il 15,2% più di 400 ml. La maggioranza degli intervistati beve superalcolici (64%): il 2% quotidianamente, il 28% solo nel fine settimana e il 70% occasionalmente. Le quantità assunte erano modeste ≤ 50 ml nel 55,2% del campione, elevate (≥ 200 ml) nell'11,5% e medio alte nel 33,3% ($>50 < 200$ ml). Si è rilevata una relazione inversa tra frequenza ed entità di assunzione, i soggetti che superavano i 200 ml al giorno erano per lo più bevitori del fine settimana. Alla domanda relativa agli ausili farmacologici e psicologici finalizzati alla cessazione dell'abitudine solo il 35% ne conosceva l'esistenza. In riferimento al valore attribuito all'educazione sanitaria, nonché alla percezione di essere educatori alla salute istituzionali, anche se involontari, il 94% ne riconosceva l'importanza e circa la metà era favorevole a essere coinvolta in interventi.

Il risultato dell'indagine per i ricercatori ha evidenziato come i futuri operatori sanitari avessero eccessive abitudini alcoliche aggravate da un livello conoscitivo molto scarso.

**PREVALENZE (%) PER TARGET DI POPOLAZIONE
E BEVANDA ALCOLICA CONSUMATA
ITALIA, ANNO 2002**

ANNO 2001 **Prevalenza consumatori di bevande alcoliche**

	VINO		BIRRA		APERITIVI ALC.		AMARI		SUPERALCOLICI	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
14-17 adolescenti	22,7	11,9	37,9	22,4	20,3	16,0	10,8	5,6	12,6	7,4
18-24 giovani	48,5	27,7	72,8	41,3	50,5	30,8	43,1	16,0	38,7	20,3
25-44 giovani adulti	72,1	44,1	74,7	44,2	51,7	23,6	53,3	21,5	45,3	16,0
45-64 adulti	82,6	52,7	63,4	32,2	38,9	14,8	46,0	19,0	40,6	12,2
65-74 giovani anziani	81,9	49,7	40,3	14,0	22,2	6,1	31,8	9,3	24,0	5,4
75+ anziani	75,1	42,1	25,3	7,5	10,8	2,6	19,9	5,2	14,0	3,1
Tutte le età	71,6	44,2	62,0	31,7	40,0	16,8	43,2	16,2	37	12,1

IL CONSUMO A RISCHIO

World Health Organization, National Institute of Health - NIH, Società Italiana Alcolologia
ISS, Ministero Salute, Ministero Politiche Agricole - INRAN

Se il numero di unità o bicchieri è zero non si corre alcun rischio

Se il numero di unità o bicchieri è superiore a:
2 - 3 unità o bicchieri al giorno per gli uomini
1 - 2 unità o bicchieri al giorno per le donne
Salute e benessere sono esposti ad un maggior rischio.

E da considerare a **basso rischio** una quantità di alcol giornaliera da assumersi durante i pasti principali (non fuori pasto) che non deve superare i 20-40 grammi per gli uomini e i 10-20 grammi per le donne.
 Queste quantità devono essere ultraricicamate (soltanto negli anziani e nei giovani). Per quanto riguarda questi ultimi, bisogna ricordare che al di sotto dei 16 anni la legge vieta la somministrazione di bevande alcoliche.

Ricorda che un bicchiere di vino (da 125 ml), una birra (da 330 ml) oppure un bicchiere di superalcolico (da 40ml) contiene la stessa quantità di alcol pari a circa 12 gr.

birra (bicchiere 330 ml) vino (bicchiere 125 ml) aperitivo (bicchiere 40 ml) cocktail alcolico (bicchiere 40 ml)

La regola dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a tale proposito è:
Alcol? Meno è meglio!

L'alcol rappresenta un importante fattore di rischio, sia generico sia specifico.

L'Organizzazione Internazionale per il Lavoro (ILO) afferma che il 10-12% di tutti i lavoratori con età maggiore di 16 anni ha problemi legati all'abuso o alla dipendenza da alcol. Una recente ricerca dell'Associazione Dirigenti Risorse Umane (GIDP-HRD) stima che il 45% dei manager presenta un abuso occasionale o continuativo di alcol. Per quanto riguarda il rischio di incidenti stradali a seguito dell'assunzione di alcolici, questa tipologia di incidente rappresenta più dell'11% dei circa 940.000 infortuni sul lavoro all'anno in Italia. Questi possono essere legati sia al percorso casa lavoro (infortunio "in itinere"), che a spostamenti nell'ambito dell'orario di lavoro.

Notizie Flash

Torino 17 aprile 2009

L'Asl To1 e la Circostrizione 10 impegnate nella prevenzione dei problemi legati al consumo dannoso di alcol. Si celebra venerdì 17 aprile nei locali del presidio "Valletta" di via Farinelli dell'Asl To1, "l'Alcohol prevention day 2009", una giornata dedicata ai problemi derivati dal consumo dannoso e rischioso degli alcolici.

Il servizio di alcologia - dipartimento dipendenze patologiche dell'Asl To1, responsabile dr. Pierluigi Allosio - e i volontari dell'Acas Torino Sud presenteranno e distribuiranno un opuscolo informativo ai cittadini per descrivere i problemi e i danni provocati dall'uso improprio di alcol e un pieghevole sulle attività del servizio di alcologia dell'Asl To1. Inoltre le persone interessate potranno ritirare un etilotest presso lo stand informativo che verrà allestito al "Valletta" dalle 9 alle 13.

Da anni l'Asl To1 collabora con la Circostrizione 10 per affrontare i principali problemi che affliggono il territorio e la sua cittadinanza. Purtroppo i danni legati al consumo di alcol sono sempre più gravi in Italia, in particolare tra gli adolescenti, tenuto conto che è sempre più giovane l'età di coloro che si avvicinano in discoteca al 'primo' bicchiere.

Sedentarietà

L'OMS stima che l'inattività fisica causi 1,9 milioni di decessi e 19 milioni di DALY nel mondo. Essa causa in particolare il 10-16% dei casi di tumore del seno, del colon-retto e del diabete mellito di tipo II, e circa il 22% della malattia ischemica.

In Europa, all'inattività fisica si può attribuire negli uomini il 6% dei decessi ed il 3,3% dei DALY, nelle donne il 6,7% dei decessi ed il 3,2% dei DALY.

La sedentarietà raddoppia il rischio di malattie cardiache, di diabete mellito di tipo II, di obesità e mortalità per cause cardiovascolari e ictus, facendo aumentare del 30% il rischio di ipertensione e di cancro. Secondo l'OMS, le patologie legate allo stile di vita sedentario rientrano tra le prime dieci cause di morte e di inabilità nel mondo.

La promozione dell'AF viene condotta da circa 10 anni con iniziative regolari nell'ambito aziendale, soprattutto attraverso una collaborazione costante tra servizio di Medicina dello Sport e servizio di Promozione della Salute.

Queste iniziative hanno quasi sempre riguardato la popolazione giovanile (scuole elementari, scuole medie inferiori); con questo progetto si intende estendere un'azione di promozione dell'attività fisica anche nei confronti della popolazione adulta con sviluppi e coinvolgimenti progressivi in vari ambiti.

Alimentazione e nutrizione hanno una grande rilevanza nella prevenzione delle malattie e nella promozione della salute, una dieta mal bilanciata può avere seri effetti sulla salute.

Va sottolineato che l'obesità ha raggiunto le proporzioni di un'epidemia nell'Unione Europea, con quasi metà della popolazione adulta in sovrappeso o obesa.

Tra le prime dieci cause di morte e di inabilità nel mondo troviamo patologie sia legate all'alimentazione che allo stile di vita sedentario.

Dal momento che molti determinanti sono implicati nella genesi di diversi problemi di salute, spesso attraverso correlazioni multiple e "a cascata", un approccio multi-componente che agisca sia sui determinanti individuali legati ai comportamenti, sia sulle condizioni sociali ed ambientali può risultare utile alla definizione di interventi efficaci su più problemi di salute.

Poiché la maggior parte della popolazione adulta in Europa lavora regolarmente e trascorre almeno un quarto della vita nel proprio luogo di lavoro, questo può diventare setting privilegiato per l'applicabilità e la buona riuscita degli interventi di promozione della salute e per la realizzazione di iniziative volte al miglioramento del benessere e della salute dei lavoratori.

Il luogo di lavoro permette di raggiungere con facilità un ampio numero di persone, consente di contare sulla coesione propria di una comunità lavorativa, offre vantaggi notevoli (esempio supporto dei pari) per la buona riuscita degli interventi, dispone di propri canali di comunicazione per pubblicizzare i programmi, promuovere e sostenere la partecipazione dei dipendenti.

In letteratura si raccomanda la promozione della salute in ambiente di lavoro rispetto a diverse problematiche della sfera individuale e collettiva, quali fumo, attività motoria, corretta alimentazione, benessere organizzativo, stress correlato al lavoro.

Vengono descritti efficaci gli interventi che comportino l'informazione e la sensibilizzazione delle persone nell'intraprendere comportamenti più salutari e il miglioramento del contesto ambientale in cui praticare i suddetti comportamenti.

Risulta efficace altresì utilizzare il sistema della misurazione diretta di determinati parametri di valutazione pre- e post-intervento per rendere ancora più consapevoli e convinte le persone circa i nuovi comportamenti adottati.

Prove di efficacia ed esempi di buona pratica disponibili:

Per quanto riguarda le iniziative di promozione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione **nella Regione Piemonte**, in particolare si cita:

- *il documento “Alimentazione e attività motoria – Prove di efficacia e buone pratiche”* prodotto dal Gruppo di lavoro regionale n. 6 e messo a disposizione nell'ambito del Laboratorio DoRS “Promozione della Salute nei luoghi di lavoro”. Tramite esso sono state avvalorate determinate iniziative previste in questo progetto: interventi combinati, percorsi educativi, counselling individuali, uso delle scale, utilizzo di contapassi (o di altre strumentazioni, anche più articolate), “check up” di salute iniziali, seminari o incontri di informazione-formazione, convenzioni con centri sportivi.
- *l'esperienza condotta dall'ex-ASL 17 (SpreSAL – responsabile dott. Santo Alfonso) con il progetto “Movimenti bancari o bancari in movimento?”*, volto ad incrementare la pratica di esercizio fisico tra i lavoratori del comparto bancario promuovendo l'introduzione del fitwalking durante la pausa pranzo;
- l'interesse per il fitwalking, oltre che per i particolari aspetti fisiologici dell'attività, è sorto anche per la conoscenza del “*progetto fitwalking*”, nato in Italia nel 2001 da un'idea di Maurizio e Giorgio Damilano con il coinvolgimento di diversi ricercatori del campo medico-sportivo impegnati nel sensibilizzare all'idea e alla pratica di un'attività di cammino sportivo, un'attività motoria-sportiva aggregante e libera,

integrata alla perfezione con la sua radice iniziale: il cammino umano quotidiano. Tra le attività del progetto ci hanno interessato: la formazione - realizzazione di corsi per istruttori operanti oggi in diverse località italiane; la consulenza per la realizzazione di percorsi, proposte organizzative, apertura di centri dedicati, attività per il mondo della salute.

- *Promuovere chi previene:* È un progetto interaziendale, finanziato dal Bando Regionale 2004-2005 Progetti di Promozione della Salute Regione Piemonte, che ha come soggetto capofila l'ASL 7 di Chivasso. Il progetto ha lo scopo di incrementare il benessere degli operatori dei dipartimenti di prevenzione, mettendo in atto iniziative ad adesione volontaria, quali azioni sul piano dell'organizzazione del lavoro ed iniziative relative alla sicurezza del lavoro (prevenzione incidenti stradali). Si intende esplorare, come concausa di malattie del sistema cardiovascolare l'abitudine al fumo, la scorretta alimentazione e l'insufficiente attività motoria. Sono proposti, ad esempio, incontri con esperti di alimentazione, medicina dello sport e di problematiche di dipendenza (fumo e alcool), percorsi agevolati di accesso agli ambulatori di dietologia e disassuefazione al fumo e all'alcool. Si prevede l'avvio di iniziative quali corsi di attività motoria, corretta alimentazione di base, comunicazione e gestione dei conflitti

- *L'appetito vien lavorando:* anche questo è un progetto aziendale, finanziato dal Bando Regionale 2005-2006 Progetti di Promozione della Salute Regione Piemonte, che ha come soggetto capofila l'ASO CTO – CRF – M. ADELAIDE di Torino. L'obiettivo del progetto è quello di promuovere nei dipendenti della struttura, afferenti alla mensa aziendale, una corretta cultura alimentare, con la ripercussione in ambito familiare delle nuove conoscenze acquisite. In questo modo il dipendente entra a far parte di un percorso di formazione ed educazione alimentare per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità e conseguentemente di miglioramento del benessere psicofisico. A tal fine ogni lavoratore potrà valutare la correttezza dei piatti scelti in mensa interrogando un software appositamente realizzato. Questo strumento fornirà inoltre all'utente consigli personalizzati per migliorare le proprie scelte alimentari e per aumentare i livelli di attività fisica;

In altre Regioni Italiane esperienze interessanti sono le seguenti:

- il programma di educazione motoria per la *popolazione anziana a Rovereto* - vedi <http://www.trentinosalute.net>
- il protocollo d'intesa "*Progetto Nutrivending – distribuzione automatica e promozione della salute*", approvato con delibera 241/07 dalla Regione Veneto; il progetto ha l'obiettivo di sostenere corretti stili di vita, comportamenti alimentari consapevoli ed equilibrati e valorizzare la qualità e la freschezza dei prodotti del territorio (filiera corta):
 - http://prevenzione.ulss20.verona.it/com/file/upload/72Dgr_241_6Feb_2007.pdf;
 - http://prevenzione.ulss20.verona.it/att_motoria.html;
 - <http://prevenzione.ulss20.verona.it/cammino.html>)
 - il *progetto Albiate in forma – progetto per la promozione della salute*”:
 - http://www.epicentro.iss.it/regioni/lombardia/Albiate_InForma.pdf

Esempi di buona pratica internazionali:

- In <http://www.ispesl.it/whp/Modelli/ModelliBuonaPratica.pdf> vengono elencati numerosi esempi di buone pratiche di WHP nei paesi europei. Si evidenzia in particolare la costituzione in molte aziende medio-piccole di un apposito ufficio “salute sul posto di lavoro”, in genere collegato con il settore risorse umane, che dispone di un budget separato. In tutte le aziende viene rilevato a seguito dell’attivazione delle iniziative il miglioramento del clima aziendale, un minor turnover e assenteismo e un aumento della produttività;

Interessanti anche:

- “Svizzera in movimento”, per le indicazioni fornite dal progetto: <http://www.lasuissebouge.ch/index.cfm?id=1>
- e “*Canada on the move*”, per le esperienze (non del tutto incoraggianti per le difficoltà evidenziate) inerenti l’uso di questionari e del contapassi :
- http://www.dors.it/cmfocus/alleg/canada_sintesi_defdue.pdf

Il modello di progettazione utilizzato.

(materiale didattico sulla progettazione in PDS Master Perugia G. Pocetta).

Per la stesura del progetto si è tenuto conto come riferimento il Modello “**Precede/Procede**” di **Green e Kreuter** (1999), che sottende i seguenti due principi teorici: la salute e i relativi fattori di rischio dipendono da molteplici variabili; poiché vi sono molteplici cause ed effetti comportamentali, ambientali e sociali, vi deve essere un’analisi multidimensionale e multisettoriale.

Il modello di Green prevede nove fasi, delle quali le prime cinque costituiscono il gruppo definito “Precede”, che attraverso l’analisi sociale, epidemiologica e situazionale porta all’identificazione delle priorità del contesto in cui si opera, e di conseguenza della stesura degli obiettivi; mentre le altre quattro fasi, organizzate nel “Procede”, consentono la concretizzazione dei risultati delle diverse diagnosi in azioni e valutazioni. [8]

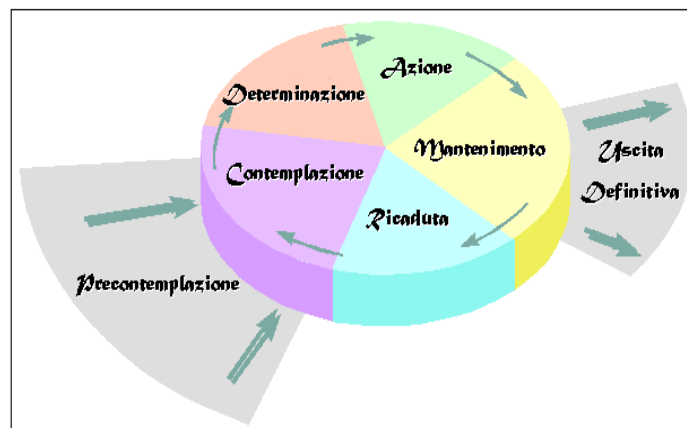
Il modello per la valutazione del cambiamento.

(materiale didattico sulla valutazione del cambiamento in PDS Master Perugia P.Garista).

Per la valutazione delle ipotesi delle variabili di cambiamento dei comportamenti il Modello di riferimento è quello a tre fattori: la presenza di un evento che determina la **frattura critica** del soggetto in uno specifico momento della sua vita, lo stato di predisposizione al cambiamento letto seconda la teoria **degli stadi di cambiamento dei comportamenti di Di Clemente e Prochaska 1982** e il **senso di auto efficacia del soggetto secondo il concetto espresso da Bandura.**

Il modello degli stadi di cambiamento dei comportamenti di Di Clemente e Prochaska descrive sei stadi in base alla consapevolezza della persona rispetto al rischio comportamentale, suggerendo per ogni fase l’approccio più efficace per l’operatore. [9]

STADIO	PAZIENTE	COMPITI OPERATORE
PRECONTEMPLAZIONE	La persona non ritiene di avere un problema e non prende in considerazione l'idea di cambiare il proprio comportamento	Rafforzare la relazione ed accrescere nel paziente la percezione dei rischi e dei problemi legati al proprio comportamento
CONTEMPLAZIONE	Ambivalenza di fronte al cambiamento, senza disponibilità a cambiare nell'immediato	Aiutare nell'esaminare vantaggi/svantaggi
DETERMINAZIONE	Viene ricercata attivamente una soluzione al problema	Esaminare una soluzione possibile
AZIONE	La persona si impegna ad azioni concrete volte a cambiare il comportamento	Identificare le strategie per cambiare; analizzare e rinforzare i cambiamenti
MANTENIMENTO	Consolidamento del nuovo comportamento, prevenzione delle ricadute	Valutare la motivazione iniziale, le situazioni a rischio e le alternative al mantenimento del comportamento a rischio
TERMINE O RICADUTA	Scompare la tentazione e prevale l'auto-efficacia; convinzione di non voler tornare alle vecchie abitudini. Nel caso di ricaduta indica che è ancora in corso il processo di cambiamento:	Sostenere il mantenimento; normalizzare la ricaduta come parte del processo. Aiutare a riprendere il percorso dalle fasi precedenti



Gli stadi del cambiamento applicati all'attività fisica secondo il modello di Di Clemente e Prochaska [10]

Stadi del cambiamento di comportamento	Caratteristiche	Bisogni	Iniziative appropriate
precontemplazione	Essere consapevole che la sedentarietà e le sue conseguenze sono un problema di salute	Informazioni riguardo al problema	Media nazionali e locali, opuscoli, poster, consigli dal medico
contemplazione	Personalizzare il problema. (Ho bisogno di fare più esercizio fisico)	Possibilità di personalizzazione	Lezioni di prova, eventi e campagne promozionali, test sulla salute
determinazione	Confrontare i potenziali benefici relativi allo svolgimento di attività motoria con i costi (tempo, denaro, ricadute sugli altri)	Possibilità di discussione	Confronto con un esperto di salute o di sport, esercizi di counselling
azione	Prepararsi all'azione ed agire	Conoscenza delle attrezzature o delle opportunità e suggerimenti per l'azione	Una varietà di opportunità ed eventi
mantenimento	Continuare ad essere regolarmente attivi o svolgere esercizio fisico (o entrambi)	Sostegno per proseguire in nuove azioni	Club, gruppi di supporto

Il concetto dell'autoefficacia descritto da Bandura considera la fiducia nelle proprie capacità di organizzare e realizzare le azioni necessarie a gestire adeguatamente le situazioni che si incontrano, in modo da raggiungere i risultati prefissati; sostiene che l'autoefficacia mette un individuo in grado di prendere in esame la possibilità di modificare il proprio comportamento e mantenere alta la motivazione al cambiamento eventualmente avviato e al suo mantenimento.

Destinatari finali

lavoratori dipendenti ASL TO 1 e collaboratori nell'ambito aziendale (volontari, convenzionati, etc)

Destinatari intermedi

Direttori, Dirigenti, partecipanti ai gruppi di lavoro, addetti mensa aziendale, gestori punti di ristoro, Decisori delle Circoscrizioni, cittadini, etc.

Obiettivo generale

1. promozione della salute dei lavoratori dell'ASLTO1 attraverso la promozione dell'attività fisica e la prevenzione dell'obesità
2. sensibilizzare la dirigenza aziendale e gli operatori sui temi del WHP stimolando la partecipazione collettiva
3. creare dei gruppi di lavoro multidisciplinari sulle tematiche del WHP
4. allocare risorse specifiche per sostenere azioni mirate ad accelerare l'inizio di un cambiamento nell'ambiente di lavoro ed indirettamente in quello di vita più in generale.
5. promuovere il benessere organizzativo nella fase di riorganizzazione aziendale prodotta dall'unificazione delle ex AASSLL 1 e 2.

Obiettivi specifici

Aumentare la consapevolezza della necessità di migliorare le abitudini alimentari e l'attività fisica, attivando strategie intersettoriali per adeguare l'ambiente di lavoro

Educativo comportamentali

✚ fornire a tutti i soggetti interessati alla salute e alla sicurezza sul lavoro la possibilità di accedere direttamente a un'ampia gamma di informazioni, atte a promuovere le modifiche comportamentali.

✚ Prendere coscienza:

- dell'effettivo livello di pratica dell'attività fisica nel proprio stile di vita e della necessità di programmare un adeguato livello di AF: almeno "30 minuti al giorno" o "1 ora ogni 3 giorni" - possibilità di **monitoraggio tramite contapassi del cammino quotidiano e valutazione nel tempo (T0 – 1- 3- 6-12 mesi)**
- delle proprie abitudini alimentari e della possibilità, anche durante il lavoro, di perseguire corretti comportamenti nutrizionali – **possibilità di compilazione di un diario alimentare** (5 colori della vita e rapporto con porzioni dei diversi alimenti)

- delle proprie abitudini circa fumo e alcool, etc. - **possibilità di uso del test fargestron rivalutabile nel tempo (T0 – 1- 3- 6-12 mesi)**

- dell'importanza di acquisire conoscenze utili a migliorare gli acquisti di derrate alimentari e la loro conservazione e preparazione - **possibilità di uso narrazione o analisi degli scontrini di un mese.**

- ✚ compiere scelte corrette in mensa, al bar, ai distributori automatici, al supermercato, a casa propria - **possibilità di uso della narrazione – diario alimentare**

- ✚ Aumentare il livello di autocoscienza e di capacità critica, promuovere i benefici dell'attività fisica e dell'adozione di corretti stili alimentari e di vita in generale per la salute nei confronti di operatori e decisori **attraverso l'attività dei walking leader, la partecipazione ad iniziative pubbliche, ...**

- ✚ Sperimentare **attività di ascolto attivo** all'interno di un percorso ad hoc (medico competente, dietista, medico dello sport, psicologo ...) e partecipare a gruppi di cammino condividendo con altri colleghi problematiche e soluzioni; in particolare su specifici casi a rischio elevato.

- ✚ Potenziare gli skill collegati alla salute attraverso una maggior capacità di lettura degli stati emotivi e la consapevolezza della causalità tra stato emotivo e scorretti stili di vita - **possibile narrazione, uso di un diario.**

- ✚ Facilitare l'accesso al Centro antifumo e anti alcool aziendale, moltiplicare i messaggi e gli inviti anche attraverso la Sorveglianza Sanitaria e i Medici Competenti - **possibile valutazione ad hoc casi rischio.**

- ✚ Organizzare corso teorico/pratico di cucina sana, per acquisire le competenze utili ad una corretta e salutare nutrizione (acquisto, conservazione, preparazione di cibi e bevande); possibili collaborazioni con Ist Alberghiero **Colombatto.**

- ✚ Diffondere nei modelli familiari le modifiche comportamentali perseguite durante le ore lavorative, con effetto moltiplicatore.

- ✚ Estendere ai familiari le facilitazioni e i percorsi predisposti per i dipendenti; **creare iniziative pubbliche che coinvolgano le famiglie.**

Organizzativo ambientali

Creare condizioni che consentano alla gente di lavorare con piacere

- ✚ sensibilizzare group leader e dirigenti sul benessere organizzativo e sulla RSI: proporre formalizzazione di **una piattaforma WHP che individui per le diverse linee del guadagnare salute responsabili che lavorino in staff delineando campi specifici di attività ed iniziative rivolte ai dipendenti (impegno sostanziale e non solo formale)**

✚ Creare momenti di riflessione in ambito lavorativo sulle problematiche in oggetto con il contributo di tutti gli attori interessati:tavoli di lavoro, gruppi di cammino, etc; **prevedere momenti di restituzione dei risultati del progetto, comunicare lo stato di avanzamento del progetto.**

✚ Presenza nelle mense di menù con codice colore (bollini colorati indicanti il valore calorico degli alimenti, facilitanti le scelte di integrazione tra pietanze): **avviamento di tavoli di lavoro per la definizione dei codici colore.** Possibilità di accedere a cibi sani in particolare a frutta e verdura in mensa, durante le riunioni e attraverso distributori ad hoc: **possibili Circolari della direzione generale**

✚ Ridurre il consumo di cibi ad alta concentrazione di sale, zucchero, grassi in particolare di tipo animale

✚ Ridurre il consumo di alimenti altamente calorici

✚ Promuovere il consumo di frutta e verdura

✚ scoraggiare l'abitudine al fumo e il consumo di alcool: **percorsi mirati presso i servizi antifumo e di alcologia aziendale.**

✚ Favorire l'uso delle scale

✚ Organizzazione di corsi per la formazione di "fitwalking leaders"; studiare ed utilizzare percorsi per la pratica del cammino sportivo;

✚ Avviare alla pratica del cammino sportivo ed attivare gruppi di cammino nei macro-presidi aziendali e nelle Circoscrizioni

✚ Identificare tramite la costruzione di una mappa del proprio territorio i luoghi dove è possibile praticare l'attività fisica e sportiva (piste ciclabili, parchi ...) compreso i percorsi per gruppi di cammino;

✚ predisporre protocolli di collaborazione con le circoscrizioni, - sottoscrivere convenzioni con palestre e negozi slow food per ottenere sconti e facilitazioni per i dipendenti

✚ predisporre forme di collaborazione formalizzata con le Circoscrizioni per reperire e divulgare informazioni sulle opportunità fornite dal territorio ed allestire percorsi di interesse storico, culturale naturalistico etc.

✚ adottare nei locali dei presidi dell'ASL idonei strumenti atti a veicolare le corrette informazioni educative e preventive (poster, volantini, opuscoli in mensa, locali ristoro, ascensori ...)

Ricadute del progetto.

La realizzazione del progetto potrà migliorare lo stato di salute del lavoratore, aumentarne la qualità della vita, creargli condizioni di maggiore gratificazione e diminuire infortuni e malattie.

Gli interventi potranno inoltre avere ricadute positive sull'organizzazione aziendale, facendo diminuire i costi relativi ad assenteismo, infortuni e malattie.

Potranno inoltre migliorare l'immagine aziendale, far registrare un minore turnover ed una maggiore produttività.

I fruitori diretti del progetto, cioè i lavoratori, potranno influire sulle abitudini alimentari e dell'attività fisica sia in ambito familiare che professionale, innescando una spirale virtuosa fungendo da moltiplicatori dell'azione preventiva.

Le iniziative di promozione dell'AF hanno quasi sempre riguardato la popolazione giovanile (scuole elementari, scuole medie inferiori).

In questo caso si estende l'attività di promozione dell'AF alla popolazione adulta: dapprima nel luogo di lavoro, con prospettiva di ampliamento al territorio attraverso le circoscrizioni ed anche tramite i riflessi auspicati negli ambiti familiari dei dipendenti aziendali. Sono in fase di definizione protocolli di intesa con due circoscrizioni del territorio dell'ASL per l'avvio di gruppi di cammino per la popolazione.

La scelta del cammino sportivo (fitwalking) non è occasionale, ma rispetta bene l'esigenza di promuovere un'Attività Fisica Generica, di facile applicazione, ma anche sportiva, con possibilità di modulazione dell'intensità peculiari: da una modalità di cammino tecnicamente valida con intensità tali da determinare effetti cardio-circolatori e metabolici significativi a modalità invece più misurate ed adattabili ad una popolazione più sedentaria, fisiologicamente meno preparata, anziana, che può comunque trarre vantaggi anche da una modica AF.

L'organizzazione stabile di una simile attività nell'ambito aziendale e sul territorio permette di predisporre l'effettiva possibilità di avviamento di attività di esercizio-terapia per le persone nelle prime fasi di patologie esercizio-sensibili, un'attività sempre più evidenziata dalla letteratura scientifica, richiesta da diversi ambiti specialistici, di grande interesse medico-sportivo.

Gli effetti positivi sulla promozione dell'AF determinati da questo progetto sono quindi vari, articolati e collegabili in una sorta di auspicabile "reazione a catena".

Implementazione del progetto:

Programma delle attività future					
Descrizione delle attività	Chi fa	Che cosa	Data prevista inizio attività	Data prevista fine attività	Risultati attesi o Note
Attivazione gruppo lavoro mense	Gruppo coordinamento	Attivazione gruppo mense	Gennaio 2009		Progettazione interventi codice colore Lavoro capitolati appalti mensa Filiera corta
Adesione RSU e RLS	Gruppo coordinamento	Contattare operatori	Febbraio 09		Integrazione al gruppo di progetto
Attuazione corso fitwalking avanzato	POSR Scuola del Cammino di Saluzzo Med. Sport	Organizzazione corso in agg. obbligo ECM. Attuazione del corso	Marzo Aprile 09	28 Maggio 09	Formazione di 60- fitwalking leaders aziendali
Attuazione corso fitwalking base per i colleghi	POSR Istruttori fitwalking leaders	Organizzazione corso in agg. obbligo ECM. Attuazione del corso	Marzo Aprile 09	28 Maggio 09	Formazione di 10-15 gruppi di circa 10-15 discenti accompagnati da 4 istruttori 2 titolari e due sostituti
Rilevamento dati su dipendenti: peso, statura, BMI, PAOS, circonferenza addominale, f.c., etc.	Sorveglianza sanitaria	Rilevamento dei dati	Febbraio Maggio 09	Primavera 2009	Misurazioni da confrontare a 1 anno
Macroprogettazione corso cucina sana	Repes ASV Ist.Alberghiero dietiste	Macroprogettazione e proposta POSR	Gennaio 09	Primavera 2009	
Attivazione di collaborazione con le circoscrizioni per avviamento al cammino sportivo sul territorio	Medico dello Sport RePES ASV CAPS Fitwalking leaders Circoscrizioni	Contatti con i referenti di Circoscrizione Divulgazione Organizzazione	Giugno/Luglio 2009	Settembre/ Ottobre 2009	Realizzazione di accordi con le Circoscrizioni
Attuazione di Gruppi di cammino sul territorio	ASL TO 1 Circoscrizioni comunali	Organizzazione di attività di cammino sportivo e Gruppi di cammino	Primavera 2010		Promozione dell'AF sul territorio: n.ro gruppi non < 3

Sistema di valutazione.

PIANO PER LA VALUTAZIONE DI PROCESSO

Descrizione delle attività	Chi fa	Che cosa	Data prevista inizio attività	Data prevista fine attività	Risultati attesi	Indicatore di processo	Strumento
Attivazione gruppo lavoro mense	Repes	Formalizzazione gruppo	Febbraio 2009		Costituzione formale gruppo	invito 1° riunione	Verbale 1° riunione
Corso avanzato fit walking leaders	RePES, ASV, CAPS, Medico Sport, POSR Istruttori Fit walking	Organizzazione e validazione ECM	Marzo 2009	Giugno 2009	Effettuazione del corso	Sì / no	Documenti aziendali
Attivazione gruppi di cammino	Istruttori Fit walking	Attiva gruppi	Primavera 2009		Attivazione di gruppi di cammino	Sì / no Almeno 10 gruppi	
Progettazione di codifica con codice colore per mense	Gruppo mense	Proposta strutturata	Gennaio 2009	Maggio 2009	Presentazione relazione		relazione

PIANO PER LA VALUTAZIONE DI RISULTATO

Obiettivo (atteso di cambiamento)	Indicatore quali e/o quantitativo	Standard	Strumento
Miglioramento consapevolezza su alimentazione sana	Adozione codice colore	Almeno in 1 mensa	Relazione/ documento distribuito
Attivazione indagine sorveglianza sanitaria	Presentazione risultati	Almeno 100 dipendenti misurati	Report finale
Azioni mirate ad accelerare l'inizio di un cambiamento nell'ambiente di lavoro: fornire strumenti e occasioni pratiche per aumentare il livello di pratica dell'AF	N.ro partecipanti al corso avanzato per fitwalking leaders = >30 N.ro gruppi di cammino per dipendenti coinvolti nelle attività di cammino sportivo: 10	Non < 30 Non < 10	Documenti aziendali
Coinvolgimento dell'Azienda nella promozione del progetto	Validazione ECM del corso per fitwalking leaders Sostegno del progetto : allocazione di risorse, auto-cofinanziamento	Validazione sì Delibera di recepimento progetto	Atti aziendali
Coinvolgimento delle Circoscrizioni nella proposta del cammino sportivo sul territorio	Accordo ASL - Circoscrizioni	Realizzazione di collaborazioni tra ASL e Circoscrizioni Sottoscrizione almeno 1 Convenzione	Atti aziendali e delle Circoscrizioni