

Luoghi di lavoro che Promuovono Salute Rete WHP Lombardia

DOCUMENTO DI PROGETTO



Tutti per la salute



**Regione
Lombardia**

Rete WHP LOMBARDIA

1. PREMESSA: IL MODELLO LOMBARDO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	2
1.1 Il sistema socio-sanitario Lombardo	3
1.2 La descrizione delle buone pratiche in Lombardia	3
2. INTRODUZIONE	3
3. ANALISI DI CONTESTO	4
3.1 Stato di salute degli adulti in Lombardia	4
3.2 Cause malattie croniche e fattori di prevenzione	6
3.3 La situazione lavoro in Lombardia	6
4. LA PROMOZIONE DELLA SALUTE AL LAVORO: OPPORTUNITÀ E METODI	7
4.1 La promozione della salute nel contesto lavorativo	7
4.2 Sintesi delle principali evidenze di efficacia dei programmi WHP	7
4.3 Modello teorico di cambiamento e modello di progettazione	8
5. OBIETTIVO GENERALE E OBIETTIVI SPECIFICI	9
5.1 Obiettivo Generale	9
5.2 Obiettivi specifici e relative azioni	9
6. IL MODELLO WHP IN LOMBARDIA	11
6.1 Il ruolo delle ATS	11
6.2 Metodi e strumenti	12
6.3 Lo sviluppo della Rete WHP in Lombardia	12
- <i>Articolazione del programma – Fasi, tempi, scadenze</i>	14
- <i>Manuale operativo (on line)</i>	15
- <i>Buone pratiche e tematiche specifiche</i>	15
- <i>Allegati esempi buone pratiche: materiale pratico di lavoro</i>	17
- <i>Profilo di salute delle aziende</i>	17
- <i>Format pianificazione</i>	17
- <i>Format rendicontazione</i>	17
- <i>Certificazione luogo di lavoro che promuove salute</i>	17
7. EQUITÀ	18
8. TRASFERIBILITÀ DEL PROGETTO	19
9. COMUNICAZIONE	20
10. IMPIANTO DI VALUTAZIONE	20
11. BIBLIOGRAFIA PRINCIPALE	21

1. PREMESSA: IL MODELLO LOMBARDO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

La Lombardia, con i suoi 10.019.166¹ abitanti è la regione più popolosa d'Italia. Agire su un territorio così vasto e con un così alto numero di cittadini, ha richiesto l'individuazione e la messa in atto di strategie che fossero sostenibili in base alle risorse disponibili, in grado di garantire la qualità degli interventi e la loro diffusione. È una condizione sine qua non, infatti, che, in termini di equità, ogni cittadino lombardo possa godere delle stesse opportunità di promuovere la propria salute a prescindere dal luogo di residenza. I concetti di equità, qualità e sostenibilità guidano quindi tutte le azioni di programmazione delle attività di promozione della salute previste in Lombardia.

La promozione di stili di vita salutari in Lombardia ha previsto già da oltre 10 anni, un percorso per riorientare gli interventi basandoli sulle migliori evidenze di efficacia e guidandoli attraverso azioni di *governance* intersettoriali, grazie ad alleanze con il mondo della scuola, dell'impresa, dello sport, ecc. con l'ottica di diffondere, su scala regionale, indirizzi e linee operative del Programma Nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari".

La strategia regionale sostiene un forte sviluppo verso quelle che sono definite "strategie di comunità", cioè verso programmi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute finalizzati a creare le condizioni per rendere facile l'adozione di comportamenti salutari. Ciò richiede l'attivazione di un complesso di azioni dirette ad aumentare le capacità degli individui e ad avviare cambiamenti sociali, ambientali ed economici in un processo che aumenta le reali possibilità di controllo, da parte dei singoli e della comunità.

Tutte queste iniziative adottano un approccio multicomponente (che agisce contestualmente sui diversi fattori di rischio/determinanti di salute), per ciclo di vita (detto *life course* in quanto riguarda le comunità e quindi intercetta tutte le fasce di età), per setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.) che vedono il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici alle comunità locali (*empowerment* di comunità).

Inoltre, per conseguire gli obiettivi di prevenzione - complessi da affrontare e influenzati da tanti fattori - le azioni, le risorse e le attività definite dalle politiche regionali non possono essere basate sulle sole strutture del Servizio Sanitario Regionale, ma devono coinvolgere tutti i soggetti che, per finalità, ruolo e/o competenze istituzionali, possono concorrere alla positiva riuscita degli interventi a tutela della salute, garantendo un approccio multidisciplinare. Ciò rende la promozione della salute un processo sostenibile e permette un radicamento più ampio e duraturo degli stili di vita sani nel territorio regionale.

La Regione assume quindi un ruolo di *governance*, indirizzato a definire sempre più obiettivi di risultato e sempre meno percorsi operativi per il loro raggiungimento, lasciando all'autonomia, anche in campo organizzativo, delle strutture territoriali la scelta delle soluzioni più adeguate ma, obbligatoriamente, nel rispetto del vincolo della destinazione delle risorse che il sistema assegna alle attività di prevenzione (5% FSR). L'assegnazione di obiettivi specifici ai Direttori Generali ha rappresentato, inoltre, un passaggio essenziale nella rilevanza assunta dagli obiettivi di prevenzione a livello regionale e locale.

È in questo ambito, grazie al ruolo di *governance* regionale e nella logica di garantire qualità ed efficienza che si sono attivati e diffusi a livello regionale i Programmi:

- Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS Lombardia

¹ Dato al 1.01.2017, ultimo aggiornamento Istat aprile 2018.

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/scopri-la-lombardia/territorio-e-popolazione/territorio+e+popolazione>

- Luoghi di lavoro che Promuovono Salute
- Pedibus
- Gruppi di Cammino

Successivamente, nella stessa logica, sono stati implementati a livello regionale anche i programmi LifeSkills Training Lombardia e Unplugged Lombardia.

DG Welfare per tramite della U.O. Prevenzione Specifica, con specifici atti programmatori, indica, per ogni programma, gli elementi core immutabili, la cui cura e presenza rappresentano condizioni imprescindibili per garantirne l'uniformità a livello territoriale nonché l'efficacia finale. Il processo di realizzazione e il dettaglio organizzativo sono definiti a livello territoriale.

Ogni ATS, annualmente, predispose il Piano Integrato Locale (PIL) di promozione della salute dove dichiara la propria strategia di intervento e programma le attività, declinando a livello locale le indicazioni regionali, in base alle caratteristiche del proprio territorio, alle risorse disponibili (interne ed esterne al Sistema) e ai principali bisogni dei cittadini.

Il PIL ricomponde al suo interno le varie linee di attività realizzate localmente, restituendo una visione organica della Promozione della salute che va oltre la mera realizzazione dei singoli interventi. Tutti insieme, congiuntamente al coinvolgimento delle istituzioni, degli attori locali e della popolazione concorrono al raggiungimento dell'obiettivo unico della prevenzione della cronicità

1.1 Il sistema socio-sanitario Lombardo

La recente riforma del sistema socio-sanitario (Lr. 23/2015) ha ridefinito e rinforzato il ruolo di *governance* della Regione con la separazione delle attività programmatiche da quelle erogative, con l'obiettivo di unificare le attività specialistiche e territoriali all'interno di un unico soggetto. Sono state infatti abolite le ASL e le AO sostituite da due organismi con nuovi mandati: le Agenzie per la Tutela della Salute (ATS) che rappresentano il braccio territoriale della Regione e hanno una funzione di programmazione e governo del sistema e le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali che invece gestiscono tutte le funzioni erogative. In tutto sono state costituite 8 ATS e 27 ASST.

Tra i vari compiti assegnati alle ATS c'è quello di assicurare, in coerenza con i livelli essenziali di assistenza e con il piano regionale della prevenzione, la *governance* e l'orientamento dell'offerta di prestazioni di prevenzione (e promozione della salute) erogate dalle ASST e da altri soggetti accreditati. L'organismo che se ne occupa è il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS).

1.2 La descrizione delle buone pratiche in Lombardia

Il presente documento si sviluppa a due livelli. Da un lato sono descritte le caratteristiche del Gruppo di Cammino, gli elementi che li rendono efficaci nel produrre salute, le fasi da implementare per garantirne la qualità e la sostenibilità a livello territoriale, gli attori da coinvolgere e le alleanze locali da costruire, i singoli piani di comunicazione ecc.

Contemporaneamente si intende illustrare il processo seguito per disseminare un programma a livello regionale, il ruolo di *governance* centrale per garantire la realizzazione locale in tutto il territorio nel rispetto dei principali criteri stabiliti, gli strumenti di monitoraggio per accompagnare l'implementazione e per verificarne l'impatto.

2. INTRODUZIONE

La promozione della responsabilità sociale per la salute e l'ampliamento dei rapporti di partenariato per accrescere empowerment, collettivo e individuale, di salute sono gli elementi generali di contesto nel quale si colloca il programma "Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia". Tale programma

si fonda sui principi della "Promozione della Salute negli ambienti di lavoro" (WHO) e ha l'obiettivo generale di promuovere cambiamenti organizzativi dei luoghi di lavoro al fine di renderli ambienti favorevoli all'adozione e alla diffusione di stili di vita salutari, concorrendo così alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili. Le malattie croniche infatti rappresentano sia una priorità di salute sia una sfida per il mondo del lavoro nella gestione e nel reinserimento dei lavoratori, anche in relazione ai risvolti di valorizzazione del capitale umano, di impatto economico e sociale. Inoltre il miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro possono incidere efficacemente sui "processi di invecchiamento attivo e in buona salute" (AHA) creando condizioni di supporto e inclusione dei lavoratori più anziani e di quelli con malattie croniche o disabilità.

Le chiavi strategiche raccomandate per lo sviluppo del programma "Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia" sono cinque²:

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

Le aziende aderenti nel 2018 su tutto il territorio regionale sono circa 600.

Nel 2017 il programma è stato riconosciuto tra le migliori buone pratiche europee dalla Joint Action "Chrodis" (Programma Salute 2014 – 2020 UE che valuta e diffonde Buone Pratiche in tema di promozione della salute e prevenzione primaria)

Inoltre, nell'ambito della Joint Action Chrodis (TASK 2: –ADAPTATION AND IMPLEMENTATION OF INTERSECTORAL GOOD PRACTICES IN HEALTH PROMOTION) è stata avviata una collaborazione per l'implementazione del programma lombardo in Andalusia attraverso il supporto e lo scambio di conoscenze e pratiche con l'Andalusian Regional Ministry of Equality, Health and Social Policies (CSJA Spain).

Il Programma è riconosciuto dal Ministero della Salute - "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari" e in Lombardia è realizzato anche grazie al partenariato con Fondazione Sodalitas³ e Confindustria Lombardia⁴.

3. ANALISI DI CONTESTO

3.1 Stato di salute degli adulti in Lombardia

In generale, in Lombardia, le condizioni di salute sono rassicuranti e si vive di più. Secondo i più recenti dati Istat (2017) la speranza di vita alla nascita in Lombardia è 81,2 anni per gli uomini e 85,5 per le donne, valori più alti rispetto a quelli nazionali (80,6 per gli uomini e 84,9 per le donne). Anche la speranza di vita in buona salute alla nascita è superiore rispetto al dato nazionale: 60,5 anni contro i 58,8 italiani per la prima.

² World Health Organization (2010), Health Impact of psychological Hazards at work: an overview

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44428/9789241500272_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

³ Protocollo di intesa Sodalitas https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/8dfaa20e-b276-46c3-863b-c362379966f9/Protocollo_intesa_sodalitas_firmato.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-8dfaa20e-b276-46c3-863b-c362379966f9-mV0.zaP

⁴ Protocollo di Intesa Confindustria https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/bf24d541-0ad9-4c96-bc70-2ac5dd3efa31/ProtocolloConfindustria_Galleria.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-bf24d541-0ad9-4c96-bc70-2ac5dd3efa31-mV0.zy9

I dati Istat aggiornati al 2017 rispetto all'indice "Stili di vita e fattori di rischio" mostrano come la prevalenza (valori per 100) di persone oltre i 18 anni in sovrappeso è più bassa della media nazionale, oltre che in leggera diminuzione rispetto al 2016 (nel 2017 è pari al 32,7% contro il 35,4% nazionale; nel 2016 il dato lombardo era di 33,1%), mentre il dato relativo all'obesità è il medesimo: 10,5% sia in Lombardia che in Italia. Anche la sedentarietà è minore: il 30,6% dei lombardi dichiara di non praticare alcuno sport rispetto al dato nazionale pari a 39,2% degli italiani (Osservasalute, 2017).

Peggiori sono i dati rispetto all'abitudine al consumo di tabacco e alcol. La percentuale di fumatori lombardi è di poco superiore rispetto alla media nazionale (20,6% in Lombardia, 19,7% in Italia). Relativamente al consumo di alcol (per persone di 11 anni e più), i dati riportano per la Lombardia valori maggiori della media italiana: il consumo di alcol fuori pasto è al 32,7%, contro una media nazionale del 29,2%; è interessante notare che il dato lombardo risulta inferiore rispetto a quello del 2016, che era pari al 34,6%.

Nonostante le condizioni generalmente favorevoli di salute si rileva che iniziano a diminuire alcuni sistemi di supporto tra cui le dimensioni relazionali che sono fondamentali per la sostenibilità di un sistema di benessere. In Lombardia dal 2011 i nuclei familiari composti da una sola persona sono andati aumentando (Istat, 2016). In particolare, nel 2016 il numero di over 65 che vive da solo è pari a 663.085; di questi, 171.434 non hanno nessuno su cui contare (considerati parenti, amici, vicini).

Da tenere sotto controllo è la situazione cronicità sia rispetto al benessere dei singoli sia rispetto al peso economico e alla distribuzione delle risorse nella comunità. Nel 2017 la Lombardia presentava un numero di cronici in linea con la media nazionale (39,7% rispetto a 39,9%), ma un'incidenza lievemente minore delle patologie croniche multiple (19,2% vs 20,9%). Nell'arco degli ultimi cinque anni (2013-2017) l'incidenza dei cittadini con almeno una patologia cronica rispetto all'intera popolazione ha registrato un andamento altalenante. In Lombardia la tendenza riflette quella nazionale, con una percentuale dell'ultimo anno inferiore rispetto a quella dell'anno precedente (39,7% vs 40,5%) (Istat, 2017b).

L'aumento della speranza di vita e l'invecchiamento della popolazione ha come effetto la crescita della domanda di prestazioni sanitarie da parte dei cittadini. I dati amministrativi mostrano, infatti, che il costo per la gestione delle patologie croniche rappresenta il 70% della spesa sanitaria (ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale e consumi di farmaci). In alcuni presidi ospedalieri i pazienti cronici arrivano a coprire più del 90% della casistica trattata (Merlino, 2018)⁵.

Ne consegue la necessità di intercettare la popolazione in una fase della vita in cui non ha ancora sviluppato patologie croniche per favorire la loro permanenza nel corso degli anni nella fase "in salute" attraverso l'adozione di stili di vita sani.

Investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie cronico – degenerative (malattie croniche non trasmissibili – MCNT), infatti, permette di ridurre le morti premature, morbilità e disabilità prevenibili, e migliorare la qualità della vita e il benessere delle persone e delle società. Non meno del 86% dei decessi e il 77% del carico di malattia nella regione europea dell'OMS sono causati da questo ampio gruppo di patologie, che hanno in comune: determinanti (sociali, economici, ecc.), fattori di rischio modificabili e strategie di prevenzione (Figure 1 e 2).

Evidenze scientifiche e indirizzi programmatici internazionali (WHO Regione Europea) indicano la necessità di interventi di prevenzione, tra loro integrati, finalizzati a facilitare la adozione di stili di vita salutari, fondati su strategie di promozione della salute rivolte alla popolazione

⁵ Alessandro Colombo, Erika Rosa Cappelletti, Lorenzo Minetti, Feerica Nicotra, Giulia Parisi, Aurora Torr, 2018, Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età, Rapporto Lombardia 2018, Polis, <https://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/c7744028-3776-4a9d-a650-04df220cd26c/Agenda-2030-Rapporto-Lombardia-2018.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-c7744028-3776-4a9d-a650-04df220cd26c-mMqpVsN>

3.2 Cause malattie croniche e fattori di prevenzione

In questo scenario, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, sia nei Paesi più ricchi sia in quelli più poveri. Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere "le cause delle cause".

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità⁶.

Favorire stili di vita sani (mangiare correttamente, fare attività fisica, non fumare e non abusare di alcolici) rappresenta quindi la strategia principale per favorire la salute e prevenire le malattie croniche.

3.3 La situazione lavoro in Lombardia

La letteratura sostiene che il contesto lavorativo rappresenti un ottimo setting in cui intercettare una popolazione sostanzialmente sana che spesso, proprio perché sana e attiva, sfugge alle maglie del servizio sanitario. Questo ambito appare particolarmente appropriato in Lombardia dove gli occupati sono oltre 4 milioni. Di questi oltre il 70% ha un contratto di lavoro dipendente.

In generale la situazione lavorativa in Lombardia è più rosea se confrontata con quella nazionale.

Gli indicatori normalmente utilizzati per monitorare la situazione sul mercato del lavoro sono tre:

- il *tasso di occupazione*, dato dal rapporto tra gli occupati e la popolazione in età lavorativa (fascia 15-64 anni);
- il *tasso di attività* (detto anche tasso di partecipazione), che misura l'incidenza delle forze di lavoro sulla popolazione in età lavorativa. Fanno parte delle forze di lavoro non solo gli occupati, ma anche gli individui in cerca di lavoro;
- il *tasso di disoccupazione*, calcolato come rapporto tra le persone che cercano lavoro e le forze di lavoro.

Il tasso di occupazione in Lombardia nel 2018 risulta pari al 67,7% (più elevato rispetto al quello italiano che è pari al 58,5) ed è cresciuto rispetto al 67,3% registrato nel 2017, con il quale si era riportata, per la prima volta, al di sopra dei livelli del 2008 (66,9%). Per quanto riguarda in particolare l'occupazione femminile, la Lombardia si avvicina, ma ancora non raggiunge, l'asticella del 60%. L'industria con il 18,3% risulta il settore a più forte dinamica del mercato, anche se sono i servizi, con il 72,7% a guidare la classifica degli avviamenti. Il tasso di disoccupazione si attesta al 6% (in Italia è pari al 10%)⁷.

La vivacità del settore lavoro in Lombardia è evidente anche dai dati di Unioncamere Lombardia⁸. In generale il numero di imprese iscritte nei registri camerali lombardi nel corso del 2018 risulta pari a 961.301. Se si considerano solo le imprese attive, escludendo quelle che non hanno ancora iniziato l'attività e quelle sottoposte a procedure concorsuali o in liquidazione, lo stock scende a 816.088 posizioni, stabile su base annua. Nel 2018 si conferma la maggior dinamicità della provincia di Milano, che registra per il quinto anno consecutivo un incremento delle imprese attive. Gli altri territori mostrano invece o una sostanziale stabilità (Como: +0,1%; Monza-Brianza: +0%) oppure, nella maggior parte dei casi, una diminuzione del numero di imprese; tra questi Bergamo (-0,5%), Cremona (-0,5%), Lodi (-0,5%), Brescia (-0,7%) e Lecco (-0,8%) contengono la perdita entro il punto percentuale, mentre contrazioni più pesanti riguardano Mantova (-1,4%), Sondrio (-1,4%), Varese (-1,2%) e Pavia (-1%)

⁶ <https://www.epicentro.iss.it/croniche/>

⁷ Assolombarda, 2019, Il lavoro a Milano - <https://www.assolombarda.it/centro-studi/il-lavoro-a-milano-n-13-2018>

⁸ Unioncamere, 2018, Demografia delle Imprese lombarde,

http://www.unioncamerelombardia.it/images/file/OE%20Imprese/DEMO_TOT_anno_2018.pdf

4. LA PROMOZIONE DELLA SALUTE AL LAVORO: OPPORTUNITÀ E METODI

4.1 La promozione della salute nel contesto lavorativo

La promozione della salute nei luoghi di lavoro è stata identificata dal WHO come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute. Sono stati descritti i modelli di attivazione ed è stata inserita tra le strategie per il 2020 del WHO². Numerose evidenze sostengono l'implementazione delle attività di promozione della salute nei luoghi di lavoro e i datori di lavoro che investono in programmi di promozione della salute nelle loro aziende possono ottenere benefici sia in termini di aumento della salute sia di diminuzione delle assenze dal lavoro³⁻⁴.

L'ambiente di lavoro rappresenta un setting privilegiato per l'attuazione di interventi volti a favorire la salute nella popolazione adulta perché consente di raggiungere, contemporaneamente, una grossa fetta di popolazione adulta "sana" che raramente si rivolge al medico di medicina generale o ad altri servizi sanitari. Il contesto lavorativo rappresenta inoltre una sorta di comunità: oltre a trascorrervi una parte rilevante della propria vita, i lavoratori vivono quotidianamente a stretto contatto, condividendo una cultura fatta di abitudini e regole "non scritte" che ne condizionano i comportamenti. L'influenza reciproca può quindi diventare uno strumento per favorire la diffusione e il rinforzo di abitudini salutari. Il contesto lavorativo permette, inoltre, sia interventi sul singolo in termini di rinforzo di atteggiamenti e conoscenze ma anche un intervento strutturale e organizzativo che rappresentano elementi fondamentali per accompagnare e sostenere nel tempo la modifica dei comportamenti e il loro mantenimento.

Last but not least, agire sul contesto lavorativo permette di offrire a tutti i lavoratori (a prescindere dal genere, etnia, livello socio-culturale) le stesse opportunità di adottare stili di vita più salutari.

4.2 Sintesi delle principali evidenze di efficacia dei programmi WHP

I programmi per la promozione della salute nei contesti lavorativi sono iniziati già a partire dagli anni '70. Da allora si sono susseguite 4 "generazioni"^{9 10} di programmi nei: i primi si concentravano prevalentemente sulla prevenzione dei rischi e poco avevano a che fare con la promozione della salute. Successivamente l'attenzione si è focalizzata sul comportamento dei singoli lavoratori. Piano piano la prospettiva di intervento si è ampliata verso modelli interdisciplinari fino a raggiungere un approccio globale alla promozione della salute. Dagli anni '90 si è iniziato a parlare esplicitamente di "*health promoting workplaces*" come di un approccio finalizzato a favorire l'empowerment di lavoratori e datori di lavoro per migliorare tutti gli aspetti della loro salute e "*healthy workplaces*" dove tutti collaborano per raggiungere una visione condivisa di salute e benessere a favore dei lavoratori e della comunità allargata in cui è ubicata l'azienda¹¹.

In generale i dati disponibili indicano che l'efficacia dei programmi WHP dipende dalla tipologia d'intervento e dalle caratteristiche della popolazione. Più solidi in letteratura, sono gli interventi realizzati sul luogo di lavoro per il contrasto del fumo di tabacco e, in particolare, i programmi di gruppo, il counseling individuale le terapie farmacologiche¹². Per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze d'abuso, la letteratura evidenzia l'importanza dello sviluppo, nei diversi contesti, di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi¹³, con particolare riferimento alla

⁹ Wenzel E. (1994) Conceptual issues in worksite health promotion. In Chu C., Simpson R. (eds), *Ecological Public Health: From Vision to Practice*. Centre for Health Promotion, University of Toronto, and Brisbane: Institute of Applied Environmental Research, Griffith University, Toronto.

¹⁰ Chu C., Driscoll T., National Library of Medicine (1997) The health-promoting workplace: an integrative perspective. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21, 377–385

¹¹ Burton J. (2010) WHO Healthy Workplace. Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices. World Health Organization, Geneva.

¹² Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 26;2:CD003440. doi: 10.1002/14651858.CD003440.pub4. Review

¹³ ILO, International Labour Office (1996), *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace*. An ILO code of practice Geneva, http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/orderonline/books/WCMS_PUBL_9221094553_EN/lang--en/index.htm

riduzione della cosiddetta “tolleranza disfunzionale”¹⁴⁻¹⁵. Inoltre i lavoratori che partecipano a programmi drug-free di provata efficacia riportano un più alto grado di produttività riducendo infortuni, *turnover*, assenteismo¹⁶. Gli interventi per la prevenzione del consumo di alcool e droghe appaiono più efficaci (e più accettati) quando inseriti all’interno di più ampi programmi di promozione del benessere della salute¹⁶.

Nonostante la letteratura evidenzi ancora la necessità di indagare ulteriormente il tema dell’efficacia dei programmi WHP, ci sono prove che definiscono questi interventi promettenti, prevalentemente rispetto ad alcune aree come l’aumento dell’attività fisica¹⁷. Una recentissima meta analisi¹⁸ ha trovato evidenze di efficacia rispetto alla gestione del peso, alla salute mentale e ai disturbi muscoloscheletrici, tutti elementi correlati alle malattie coniche come, per esempio, le malattie cardiovascolari.

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

Di particolare interesse sono le raccomandazioni stilate dalla rete europea ENWHP¹⁹. La Commissione Europea già da diversi anni si occupa di Responsabilità Sociale di Impresa e ha sottolineato l’importanza per le aziende di investire sul capitale umano, sull’ambiente, sul rapporto con il territorio in cui è inserita e con tutte le parti interessate, considerando queste attività un investimento per migliorare sia l’ambiente di lavoro sia l’immagine dell’azienda e dei prodotti in termini di marketing²⁰.

4.3 Modello teorico di cambiamento e modello di progettazione

L’approccio ecologico (Bronfenbrenner 1979, 2005)^{21 22} vede la salute e il benessere come il prodotto dell’interdipendenza fra l’individuo e il contesto in cui vive.

Creare le condizioni per favorire l’adozione di stili di vita più sani significa fornire informazioni, offrire occasioni per acquisire abilità, permettere alle persone di scegliere tra beni e servizi in grado di favorire salute. Tale approccio parte dal presupposto che ci sia una forte interazione comportamento-ambiente. Ciò avviene in entrambe le direzioni: da un lato il contesto modifica il comportamento per cui il cambiamento di eventuali caratteristiche ambientali determina la modifica del comportamento (Zani, Cicognani, 2000)²³. Arricchire l’offerta alimentare nelle mense aziendali di frutta e verdura o sostituire i tipici prodotti confezionati all’interno dei distributori automatici con generi più salutari, induce i lavoratori a modificare le proprie abitudini alimentari. Viceversa, anche il comportamento delle persone influenza le organizzazioni e l’ambiente in cui sono inserite. Gruppo di individui persuasi dell’importanza di utilizzare mezzi alternativi all’automobile per raggiungere il posto di lavoro possono portare l’azienda ad attrezzare gli interni per parcheggiare le biciclette e a mettere in sicurezza la viabilità circostante, favorendo così la pratica dell’esercizio fisico propria, dei colleghi e della comunità limitrofa. Questo è il motivo per cui viene data così ampia enfasi al concetto di empowerment e al potenziale che cittadini, lavoratori, studenti hanno, quando assumono il controllo sui determinanti della propria salute.

¹⁴ Bennett, J. B., Lehman, W. E. K., & Reynolds, G. S. (2000). Team awareness for workplace substance abuse prevention: The empirical and conceptual development of a training program. *Prevention Science*, 1(3), 157-172.

¹⁵ Bennett, J., Bartholomew, N., Reynolds, G., & Lehman, W. (2002). Team Awareness facilitator manual. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research. Making your workplace drug-free a kit for employers, Division of Workplace Programs, Center for substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, DHHS Publication n. SMA07-4230, <http://workplace.samhsa.gov/pdf/workplacekit.pdf>

¹⁶ Samsha. factsheet - Why you should care about having a drug-free workplace, 10–11. b. [http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs\[1\].pdf](http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs[1].pdf)

¹⁷ Sumaira H. Malik, Holly Blake, L. Suzanne Suggs, 2014, A systematic review of workplace health promotion interventions for increasing physical activity, *Health Psychology*, Vol. 19 (1), pp 149-180)

¹⁸ Proper KI, van Oostrom SH., 2019, The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes - a systematic review of reviews, *Scand J Work Environ Health*. pii: 3833. doi: 10.5271/sjweh.3833. [Epub ahead of print]

¹⁹ ENWHP. “Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche”. 2014. Traduzione italiana a cura di Regione Lombardia e Dors. Disponibile da: http://www.enwhp.org/uploads/media/ENWHP_Guide_PH_Work_IT.pdf

²⁰ Commissione delle Comunità Europee (2011). Libro verde sulla tutela dei consumatori nell’Unione Europea. Enterprise Publications, Bruxelles

²¹ Bronfenbrenner U. (1979). *Ecology of human development*. Harvard University Press, Cambridge, MA

²² Bronfenbrenner U. (2005). *Making human beings human: Bioecological Perspectives on human development*. Sage, Thousand Oaks, CA

²³ Zani B., Cicognani E, 2000, *Psicologia della salute*, Il Mulino, Bologna.

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

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

L'intenzione di favorire l'empowerment e la necessità di adattare il programma alle diverse caratteristiche dei contesti lavorativi hanno portato naturalmente alla scelta di un modello di progettazione in grado di partire dal punto di vista degli attori principali: le singole aziende, i lavoratori, i datori di lavoro. Si assume quindi una prospettiva di ricerca-azione che parte dalla valutazione dei bisogni di salute in termini di priorità e delle sue determinanti (il profilo di salute dell'azienda), si procede con lo sviluppo di un intervento e infine con la sua valutazione. Il modello che meglio risponde a questa logica è il modello PRECEDE-PROCEED che riconosce la molteplicità dei fattori che possono intervenire sulla salute e che devono essere valutati prima della progettazione.

Il modello prevede 9 fasi. Parte con un'ampia analisi valutativa (sociale, epidemiologica, comportamentale e ambientale, educativa ed ecologica, amministrativa). Nella fase valutativa sono messi in evidenza:

- i fattori predisponenti: che possono facilitare oppure ostacolare un certo comportamento. Sono in genere processi psicologici come gli atteggiamenti, le credenze, le dimensioni cognitive ecc.
- i fattori abilitanti: tutto ciò che può facilitare l'azione da parte dei singoli o dell'ambiente
- i fattori rinforzanti: le conseguenze delle azioni che fungono da feedback positivo e permettono il mantenimento del nuovo comportamento.

Seguono poi l'implementazione e la valutazione (di processo, di impatto e di risultato)

5. OBIETTIVO GENERALE E OBIETTIVI SPECIFICI

5.1 Obiettivo Generale

Il Programma "Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia" si fonda sui principi della Promozione della Salute negli ambienti di lavoro" (WHO) e ha quale obiettivo generale promuovere cambiamenti organizzativi dei luoghi di lavoro al fine di renderli ambienti favorevoli alla adozione consapevole ed alla diffusione di stili di vita salutari, concorrendo alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili. Le malattie croniche infatti rappresentano al contempo una priorità di salute e una sfida per il mondo del lavoro nella gestione e nel reinserimento dei lavoratori anche in relazione ai risvolti di valorizzazione del capitale umano, di impatto economico e sociale. Inoltre il miglioramento e dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro possono incidere efficacemente sui "processi di invecchiamento attivo e in buona salute" (AHA) creando condizioni di supporto ed inclusione dei lavoratori più anziani e di quelli con malattie croniche o disabilità.

5.2 Obiettivi specifici e relative azioni

Di seguito sono elencati gli obiettivi specifici che, insieme, concorrono alla realizzazione dell'obiettivo generale. Come anticipato nella premessa, il modello lombardo prevede che ogni territorio e ogni azienda

declini le indicazioni regionali in base ai propri bisogni e alle proprie caratteristiche. Lo sforzo di Regione Lombardia è quello di mettere a disposizione di tutti i territori delle indicazioni *core* in modo che, pur nella flessibilità, le azioni realizzate rispettino una rigosità che possa garantire efficacia nel raggiungimento degli obiettivi di salute e omogeneità di offerta a livello regionale. Obiettivi e azioni si riferiscono sia alla costituzione e al consolidamento della rete sia alla realizzazione di un contesto più salutare in ogni singola azione aderente.

Obiettivi e azioni a livello della rete

1. Sostenere l'adesione alla rete, la sua diffusione e il rinforzo dei legami tra le aziende aderenti alla rete:
 - Organizzazione evento di premiazione finale
 - Promozione processi di comunicazione e di rete per diffondere e dare sostenibilità alle pratiche
 - Organizzazione di seminari e workshop aperti ai referenti di diverse aziende
 - Organizzazione di incontri tra diverse aziende
 - Utilizzo del sito web dedicato

Obiettivi e azioni a livello della singola azienda e della comunità in cui è inserita l'azienda

2. Rendere il contesto aziendale più attento al tema della salute e favorevole all'adozione e alla diffusione di stili di vita salutari
 - analisi del contesto aziendale per permettere l'emersione di criticità e la definizione di priorità (profilo di salute). È in questa fase che si ricercano i fattori predisponenti, abilitanti e rinforzanti
 - costituzione del gruppo di lavoro interno alle Aziende (datore di lavoro o delegato, RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, Settore Risorse Umane e altri soggetti individuati)
 - realizzazione di un raccordo tra Medico competente/Azienda e strutture/offerte SSR (CTT, Screening, SERT, Centri IST/MTS, Consulteri, Ambulatori dietologici, ecc.) del territorio
 - Realizzazione di Buone Pratiche (si veda il cap. 6 – sezione dedicata al manuale operativo) volte a modificare il contesto ambientale e la cultura aziendale
 - Consulenza nell'identificazione, pianificazione, attuazione e rendicontazione delle buone pratiche
3. Modificare atteggiamenti, comportamenti e abitudini del singolo, del team di lavoro, dei loro familiari
 - Realizzazione di Buone Pratiche volte ad aumentare le conoscenze in merito ai fattori che favoriscono stili di vita sani
 - Realizzazione di Buone Pratiche volte a favorire una cultura aziendale favorevole a stili di vita più sani
 - Attivazione di processi per la disseminazione di atteggiamenti e comportamenti sani dal contesto aziendale alle famiglie dei lavoratori e alla comunità (per es. modifica di abitudini alimentari al lavoro che influenzano le abitudini familiari)
4. Favorire l'adozione di stili di vita salutari nella comunità
 - Attivazione di processi per la disseminazione di atteggiamenti e comportamenti sani dal contesto aziendale alla comunità
 - Coinvolgimento dell'amministrazione comunale (o territoriale) e delle associazioni del territorio
5. Favorire l'adozione di abitudini alimentari salutari, incrementare l'attività fisica, ridurre l'uso di tabacco, contrastare comportamenti additivi (alcol, droghe, GAP)
 - Per le azioni specifiche si veda il capitolo successivo in cui sono spiegate le specifiche buone pratiche da adottare

6. IL MODELLO WHP IN LOMBARDIA

Il Programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia” è inserito nel Piano Regionale 2014-2019 all’interno del programma 1 “Reti per la Promozione della Salute negli Ambienti di Lavoro”, insieme alle reti di Conciliazione locale.

Si fonda sul modello promosso dall’OMS e ha l’obiettivo prioritario di promuovere cambiamenti organizzativi dei luoghi di lavoro al fine di renderli ambienti favorevoli alla adozione e alla diffusione di stili di vita salutari, concorrendo alla prevenzione delle malattie croniche.

Il programma WHP rappresenta una sorta di “cornice” che riunisce al suo interno interventi per promuovere la salute che agiscono tanto sulla modifica strutturale/organizzativa, quanto sulla modifica dei comportamenti. I due approcci operano in modo sinergico sull’adozione di stili di vita più salutari e il modello è ulteriormente rinforzato perché prende in considerazione, contemporaneamente, più tematiche di salute (dall’attività fisica alla riduzione del consumo di alcol, dall’assunzione di una dieta salutare alla cessazione tabagica). Le evidenze di efficacia possono essere ritrovate tanto a livello dell’approccio generale, quanto delle singole azioni messe in campo per cambiare i singoli comportamenti.

Ulteriore valore aggiunto deriva dalla multidisciplinarietà delle figure che lavorano a questi programmi (Medici, assistenti sanitari, Psicologi, Dietisti, educatori professionali ecc.) quanto dalla collaborazione tra Servizi socio-sanitari e mondo produttivo. La scelta delle attività da implementare e la loro realizzazione è infatti frutto tanto delle indicazioni degli operatori socio-sanitari quanto delle aziende e del gruppo di lavoro integrato che, all’interno di ogni azienda, si occupa di questo programma. Generalmente questi gruppi di lavoro interni sono composti dal datore di lavoro (o dall’amministratore delegato), da referenti del settore risorse umane e formazione, dall’RSPP²⁴, da rappresentanti sindacali e rappresentanti dei lavoratori, dal medico competente ecc.

La sostenibilità del programma è garantita proprio dall’ingaggio delle aziende, dei datori di lavoro, dai lavoratori stessi che mettono in gioco le proprie risorse (economiche, strategiche ecc.) per raggiungere gli obiettivi previsti mentre i Servizio socio sanitari assumono un ruolo consulenziale e di governance della rete.

6.1 Il ruolo delle ATS

Il programma WHP Lombardia è attivato e coordinato localmente dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS).

Gli operatori forniscono alle Aziende orientamento metodologico e organizzativo. In particolare:

- supporto metodologico alla costituzione del gruppo di lavoro interno alle Aziende aderenti, composto dal datore di lavoro o delegato con poteri decisionali, RSPP, Medico Competente, RLS²⁵, Rappresentanze Sindacali, Settore Risorse Umane (e altri soggetti eventualmente individuati)
- supporto alle aziende nella analisi di contesto/profilo di salute interno e nella valutazione delle priorità in relazione alle “Pratiche Raccomandate” dal Programma - Supporto informativo finalizzato al raccordo tra Medico competente/Azienda e strutture/offerte SSR (CTT, Screening, SERT, Centri IST/MTS, Consultori, Ambulatori dietologici, ecc.) del territorio
- promozione di processi di comunicazione e di rete per diffondere e dare sostenibilità alle pratiche
- attività di monitoraggio e di valutazione

L’ATS rilascia un attestato di “Luogo di lavoro che promuove salute” - Rete WHP Lombardia alle aziende che hanno messo in atto una o più “pratiche raccomandate” come indicato nel manuale.

²⁴ Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione

²⁵ Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza

6.2 Metodi e strumenti

Le aziende che aderiscono al programma si impegnano a costruire, attraverso un processo partecipato, un contesto in grado di favorire l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute. A tal fine attivano un percorso di miglioramento, fondato su una specifica analisi di contesto che permetta l'emersione di criticità e la definizione di priorità, che prevede la messa in atto di interventi efficaci (raccomandati per tale setting) e sostenibili (cioè strutturali) finalizzati a sostenere scelte salutari (abitudini alimentari, stile di vita attivo) e contrastare fattori di rischio (tabagismo, lo scorretto consumo di alcool), oltre a promuovere azioni inerenti il contrasto alla dipendenza patologica, promuovere la conciliazione casa – lavoro.

Il processo di diffusione e sviluppo del programma è sostenuto dalla attività di orientamento metodologico e organizzativo da parte degli operatori ATS.

La flessibilità di attivazione rende possibile l'adesione da parte di tutte le tipologie di aziende, superando quindi potenziali disuguaglianze di salute e presenti nel modo lavorativo (blu collars/white collars; livello di istruzione).

6.3 Lo sviluppo della Rete WHP in Lombardia

Il programma nasce in una ATS della Lombardia nel 2011. La letteratura consultata (vedi paragrafo evidenze di efficacia) in termini di guadagno di salute per i lavoratori e la comunità e anche in termini di ricaduta positiva sulle aziende ha sostenuto il percorso di costruzione del modello, tanto in termini di obiettivi da raggiungere, quanto nelle azioni da implementare e nelle collaborazioni da avviare. Elementi chiave per lo sviluppo e la sperimentazione locale sono stati l'attivazione di una rete tra Servizio sociosanitario, Associazioni di categoria e Aziende private. La collaborazione con l'associazione di categoria è stata formalizzata attraverso un protocollo di intesa.

La scelta dei temi da affrontare è derivata prevalentemente dai dati di letteratura che indicano quali sono le principali cause dell'insorgenza delle malattie croniche e, soprattutto, che sottolineano quali sono gli stili di vita da adottare per evitarle. Per questo motivo (in linea anche con quanto indicato nel Piano Nazionale Prevenzione) sono diventate aree prioritarie l'alimentazione, l'attività fisica, la cessazione del consumo di tabacco, il contrasto ai comportamenti additivi (alcol, droghe, gioco d'azzardo). Il tema della sicurezza stradale è stato inserito in seguito alla valutazione dell'elevato numero di decessi e invalidità conseguenti agli incidenti stradali. Il tema del benessere e della conciliazione vita-lavoro seguono le indicazioni della Rete Europea ENWHP.

Una volta verificata la fattibilità del programma sul territorio e la risposta positiva delle aziende, Regione Lombardia ha ritenuto il programma adeguato a essere esteso sul tutto il territorio, facendolo diventare lo strumento principe di intervento nel mondo del lavoro.

L'azione regionale di prevenzione sostiene un forte sviluppo verso quelle che vengono definite "strategie di comunità", cioè verso programmi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute finalizzati a creare le condizioni per rendere più facile l'adozione di comportamenti salutari. Queste iniziative adottano un approccio multi componente (che agisce contestualmente sui diversi fattori di rischio/determinanti di salute) e vedono il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici alle comunità locali (empowerment di comunità). Tenendo conto di quanto appena affermato, gli elementi che hanno guidato Regione Lombardia a scegliere questo programma a programma come programma regionale sono stati:

- l'approccio multicomponente che incarna la politica di intervento dei programmi regionali. L'intervento non mira, infatti, a contrastare un singolo fattore di rischio o un comportamento specifico ma affronta, coralmemente, i principali fattori di rischio delle malattie croniche.
- l'intervento sul contesto organizzativo e strutturale. Le azioni non mirano a modificare il comportamento dei singoli agendo solo su conoscenze e atteggiamenti ma coinvolge un organismo più grande che deve determinare dei cambiamenti strutturali che impattano su un numero elevato di persone, costruendo un contesto che accompagna e sostiene nel tempo un cambiamento degli stili di vita. L'impatto può inoltre

passare in modo “contagioso” dai lavoratori alle famiglie e alla comunità circostante, ottimizzando e capitalizzando le risorse investite

- la contemporanea presenza di un modello standard che facilita la trasmissione e il rispetto di procedure rigorose fatte di fasi, tempi, procedure e la flessibilità del programma che permette alle singole aziende di costruire un percorso “individualizzato” in termini di priorità di tematiche da affrontare, tipologie di azioni da realizzare in azienda, composizione del gruppo di lavoro ecc.
- il ruolo assegnato alle ATS che assumono le funzioni di governance e di monitoraggio della rete e della strategia globale mentre, in un processo di empowerment, il ruolo di protagonista è nelle mani delle aziende, dei datori di lavoro e dei lavoratori, dei loro rappresentanti ecc.

Trasferire un programma da un contesto a un altro non è una semplice “adozione”. Il passaggio richiede la messa in atto di un processo rigoroso che permetta di adattare alcuni aspetti alle caratteristiche e alla cultura locale ma che, contemporaneamente, sia in grado di garantire il rispetto degli elementi portanti (*core*), in modo tale da assicurare efficienza ed efficacia.

Il programma WHP sperimentato localmente, già contemplava una sorta di flessibilità per venire incontro alle esigenze delle aziende (per esempio rispetto alle dimensioni). Spostare la committenza da un’ATS alla Regione ha richiesto di prendere in considerazione anche i vincoli che quest’ultima è tenuta a rispettare in termini di mandato, di documenti di indirizzo (per esempio il Piano Nazionale prevenzione, i LEA ecc.), di risorse, di esigenze di accountability, di equità d’offerta su tutto il territorio regionale ecc.

La questione chiave a cui si deve rispondere in caso di diffusione di un programma sperimentato con successo localmente è quindi il bilanciamento tra fedeltà e adattamento. Uno dei modelli che accompagna questi processi è l’*Interactive System Framework (ISF)*, sviluppato da Wandersman ed altri (2008) a partire dalla teoria sulla diffusione di modelli di sapere innovativi (Rogers, 1995). Il riferimento a questo modello è utile per sistematizzare le azioni da attuare nella fase di estensione di progetti locali, seguendo la successione di tre fasi:

- attività di ricerca di letteratura e di operazionalizzazione delle evidenze scientifiche identificate (*Prevention Synthesis and Translation System*)
- attività di formazione ed informazione rivolte agli attori sociali coinvolti nell’implementazione dello stesso (*Prevention Support System*)
- attività realizzate dagli attori sociali coinvolti nel progetto e volte all’implementazione effettiva dello stesso in relazione ai contesti di riferimento (*Prevention Delivery System*).

1. *Attività di ricerca di letteratura e di operazionalizzazione delle evidenze scientifiche identificate*

La fase di ricerca di letteratura e analisi di esperienze pregresse realizzate a livello nazionale e internazionale era già stata realizzata esaurientemente durante la prima costruzione del programma locale. Una successiva ulteriore analisi della letteratura a livello centrale ha, di fatto, confermato le valutazioni che hanno supportato lo sviluppo a livello locale. L’analisi delle caratteristiche del contesto (intesa in termini di tipologie di aziende presenti a livello locale, collaborazioni con le associazioni di categoria ecc.) hanno confermato anche l’impianto generale del modello e l’articolazione delle azioni previste.

In seguito a queste considerazioni il programma è stato ritenuto promettente per essere esteso a livello regionale. Prima di estenderlo a livello regionale è stato però necessario fare una valutazione della fattibilità, dell’impatto e delle risorse disponibili. A questo proposito si è ritenuto essenziale:

- semplificare l’articolazione per rendere più facile l’applicabilità da parte di tutti i territori, potenziando ulteriormente l’appropriatezza e l’efficacia. Le aree di intervento sono state ridotte da 6 a 4 mantenendo come prioritarie quelle direttamente legate agli stili di vita (alimentazione, attività fisica, tabacco, comportamenti additivi) e lasciando le 2 rimanenti come azioni opzionali
- ridurre le buone pratiche attivabili sul territorio limitandole a quelle di comprovata efficacia

- introdurre il vincolo di mantenere attive le buone pratiche avviate nelle annualità precedenti, man mano che si introducono nuove tematiche
- in un'ottica di empowerment e sostenibilità, ribadire che il ruolo della ATS è di consulenza e non di intervento. È infatti l'azienda che, sotto la guida degli operatori ATS deve attivare le proprie risorse, per individuare e attivare gli strumenti più idonei a raggiungere gli obiettivi previsti dal modello
- coinvolgere il servizio PSAL (Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) al fine di assicurare che un'azienda che si candida per essere "un luogo che promuove salute" sia in regola con tutti i requisiti di sicurezza previsti dalla legge.

2. *attività di formazione e informazione rivolte agli attori sociali coinvolti nell'implementazione dello stesso (Prevention Support System)*

L'estensione del programma a livello regionale è avvenuta attraverso il coinvolgimento e la collaborazione dei rappresentanti di tutte le componenti coinvolte (associazioni di categoria e ATS).

Dal punto di vista del mondo imprenditoriale sono stati avviati dei processi di confronto che hanno portato alla stipula di un protocollo di intesa tra Confindustria Lombardia e Regione per definire gli impegni reciproci e chiarire il quadro di lavoro comune finalizzato a creare, in tutti i territori ATS, canali formali di contatto e rendere omogenea la partecipazione e la collaborazione reciproca.

Dal punto di vista delle ATS sono state organizzati tavoli e incontri di lavoro inter-aziendali (con anche la presenza degli operatori che hanno sviluppato il modello originale) volti alla redazione degli strumenti regionali (manuale, questionario per la stesura de profilo di salute, materiali per il monitoraggio ecc.) e alla loro diffusione. Formalmente il programma è stato inserito nel Piano Regionale Prevenzione, gli indicatori di impatto (numero di aziende coinvolte) concorrono al raggiungimento degli obiettivi dei Direttori Generali, tra i cosiddetti "programmi predefiniti".

3. *attività realizzate dagli attori sociali coinvolti nel progetto e volte all'implementazione effettiva dello stesso in relazione ai contesti di riferimento (Prevention Delivery System).*

La rigosità dell'applicazione del modello a livello regionale è stata possibile e garantita grazie alla predisposizione di un modello a disposizione di operatori ATS e delle aziende aderenti. Il modello è composto da fasi, materiali e strumenti di lavoro ed è curato da un coordinamento regionale che gestisce e monitora le azioni realizzate a livello locale. Nella fase iniziale il coordinamento è stato affidato alla ATS in cui era stato avviato il programma e che ha curato la transizione. Man mano il coordinamento è poi passato a livello centrale, garantendo il reale passaggio a programma regionale e l'applicazione delle modifiche apportate. Nel dettaglio gli strumenti di lavoro sono:

- **Articolazione del programma – Fasi, tempi, scadenze**

L'adesione al programma da parte delle aziende richiede il rispetto di una tempistica predefinita e standardizzata per tutti i partecipanti e uguale in tutto il territorio regionale.

- In primis l'azienda si deve iscrivere attraverso un format on line "Scheda iscrizione"²⁶ che raccoglie alcuni dati di contesto e l'autocertificazione relativa alla presenza dei pre-requisiti²⁷.
- Pianificazione delle attività

²⁶ <http://www.previmpresa.servizirl.it/lime/index.php/629657/lang-it>

²⁷ - Essere in regola con gli oneri contributivi e assicurativi;

- Essere in regola con le disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro previste dal D.lgs. 81/08;

- Essere in regola con le norme ambientali (D.lgs. 152/06 e s.m.i.);

- Non avere riportato nei 5 anni precedenti condanne definitive relative all'applicazione del D.lgs. 231-/2001 (Art 25 - septies - omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro o art 25- undecies - reati ambientali).

- c. Le pratiche devono realizzate e mantenute con la seguente tempistica (standard minimo²⁸)
- 1° anno: una Buona Pratica su due delle Aree Tematiche Prioritarie;
 - 2° anno: una Buona Pratica sulle altre due Aree Tematiche Prioritarie, mantenendo attive le Buone Pratiche del 1° anno;
 - 3° anno: una ulteriore Buona Pratica su una delle Aree Tematiche Prioritarie, mantenendo attive le Buone Pratiche degli anni precedenti;
 - Oltre allo standard minimo, ciascuna azienda potrà valutare sin dal 1° anno anche la realizzazione di Buone Pratiche nelle Aree Tematiche non prioritarie.
 - Dal 4° anno per poter ottenere il riconoscimento annuale, dovrà essere rendicontato il mantenimento delle Buone Pratiche (salvo quelle a valenza “strutturale”) almeno nelle 4 Aree Tematiche Prioritarie.
- d. La rendicontazione delle pratiche realizzate deve essere autocertificata entro il mese di novembre di ciascun anno solare mediante la compilazione del format on line “Rendicontazione”.
- e. Premiazione Luoghi di lavoro accreditati WHP (una volta l’anno)

- **Manuale operativo (on line)**

È stato predisposto un manuale on line²⁹, a disposizione di tutte le aziende, che sintetizza la filosofia di lavoro del programma WHP e fornisce informazioni su come aderire alla Rete, sui prerequisiti e su quali sono gli impegni minimi di chi partecipa. Il manuale è diviso in sezioni, ognuna specifica per lo stile di vita sano che si intende favorire. Ogni sezione elenca una serie di buone pratiche tra cui le aziende possono scegliere. Le aree tematiche prioritarie sono: alimentazione, attività fisica, fumo di tabacco, contrasto comportamenti additivi (alcool, droghe, gioco d’azzardo). Seguono due ulteriori aree: conciliazione vita-lavoro, welfare, responsabilità sociale e sicurezza stradale.

- **Buone pratiche e tematiche specifiche**

Le buone pratiche riportate sul manuale sono organizzate in aree tematiche. In ogni area è possibile trovare azioni che prevedono cambiamenti a livello strutturale, altre che si rivolgono alle figure di sistema e, infine, pratiche destinate direttamente ai lavoratori. Nei successivi box è riporto l’elenco delle aree le relative buone pratiche:

ALIMENTAZIONE: Favorire l’adozione di abitudini alimentari salutari

Buona pratica Mensa aziendale

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

Buona pratica Distributori automatici di alimenti

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

Buona pratica Area di Refezione

- Disponibilità di frutta e/o verdura fresca di stagione gratuita almeno a cadenza settimanale

- Presenza di distributori di acqua gratuita, forno a microonde, frigorifero

Buona pratica Attività Medico Competente

- Formazione del MC su minimal advice e/o counselling motivazionale (corso accreditato ECM)
- Sensibilizzazione e attività di minimal advice ai lavoratori in sovrappeso/obesi

Buona pratica Altro

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

²⁸ Lo standard minimo rappresenta l’elemento di garanzia dell’impatto del Programma sul processo di promozione della salute e prevenzione della cronicità, così come il mantenimento nel tempo delle azioni intraprese ne presidia la sostenibilità.

²⁹ https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/7f8c7e96-091b-4bd8-b7dc-f20d952e61c7/MANUALE+WHP_2018_def.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=URL&CACHEID=7f8c7e96-091b-4bd8-b7dc-f20d952e61c7

7f8c7e96-091b-4bd8-b7dc-f20d952e61c7

ATTIVITÀ FISICA

Buona pratica Uso delle scale

- Incentivazione dell'uso delle scale – dove presenti - mediante l'attivazione dell'iniziativa "Scale per la salute"

○

Buona pratica Uso bicicletta per il percorso casa – lavoro

- Promozione/partecipazione alla realizzazione di interventi strutturali volti alla promozione di percorsi pedonali – ciclabili in prossimità dell'azienda ed al miglioramento della sicurezza delle infrastrutture stradali
- Realizzazione parcheggio/rastrelliere coperti
- Fornitura biciclette in comodato d'uso ai dipendenti
- Attivazione convenzioni per sconti su acquisto e/o offerta di materiale utile correlato all'utilizzo della bicicletta;

- Promozione e/o adesione a iniziative incentivanti (esempio "bike to work" promosso da FIAB)

Buona pratica Attività del Medico Competente

- Formazione del MC su minimal advice e/o counselling motivazionale (corso accreditato ECM)
- Sensibilizzazione e attività di minimal advice ai lavoratori sedentari

Buona pratica Altro

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

CONTRASTO AL FUMO DI TABACCO

Buona pratica Policy di Ambiente libero dal fumo

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

Buona pratica Supporti alla cessazione

- Promuovere l'adesione dei dipendenti fumatori a strumenti gratuiti quale l'app "Quanto fumi" del Ministero della Salute

- Attivare collaborazioni con Lega Italiana Lotta al Tabagismo

Buona pratica Attività del Medico Competente

- Formazione del MC su minimal advice e/o counselling motivazionale (corso accreditato ECM)
- Sensibilizzazione e attività di minimal advice ai lavoratori fumatori

Buona pratica Altro

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

CONTRASTO SOSTANZE E COMPORAMENTI ADDITIVI (alcol, droghe, GAP)

Buona pratica Policy aziendale

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

Buona pratica Formazione generale

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

Buona pratica Formazione dirigenti e figure di sistema

- Iniziative di formazione per dirigenti, figure di sistema (datore di lavoro, RSPP, preposti, RLS, incaricati di primo soccorso), figure professionali che ricoprono un ruolo intermedio (ad es. quadri, capi-squadra, capi-turno, project leader, coordinatori di team)

Buona pratica Attività medico competente

- Formazione del MC su minimal advice e/o counselling motivazionale (corso accreditato ECM)
- Sensibilizzazione e attività di minimal advice ai lavoratori che ne hanno esigenza

- **Allegati esempi buone pratiche: materiale pratico di lavoro**

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

- **Profilo di salute delle aziende**

Per pianificare le azioni più coerenti al contesto aziendale nonché per valutare i miglioramenti raggiunti, è importante rilevare "alla partenza" la situazione esistente. A tal fine si utilizza il format on line "Profilo di salute³⁰", che raccoglie un set di informazioni che permettono alla azienda di osservare e descrivere il proprio contesto al fine di pianificare coerentemente il processo di miglioramento. Può essere inoltre proposta dalle ATS, ma non vincolante ai fini dell'adesione al Programma, la compilazione di un "questionario anonimo" da parte dei lavoratori, relativo ad aspetti di auto percezione di fattori di rischio/cambiamenti, utile soprattutto al coinvolgimento degli stessi nel percorso.

- **Format pianificazione**

Il percorso "Pianificazione" è lo strumento operativo utilizzato per programmare annualmente le pratiche raccomandate da realizzare nell'anno solare. Ogni ATS cura il rapporto con le aziende ubicate sul proprio territorio, per questo motivo la pianificazione è concordata con l'ATS di riferimento. Ne deriva che è stato creato un link del format Pianificazione³¹ specifico per ogni ATS. La tempistica è definita direttamente con ogni ATS di riferimento.

- **Format rendicontazione**

Entro novembre di ciascun anno solare l'Azienda autocertifica le Buone Pratiche attivate mediante la compilazione del format on line "Rendicontazione" che rimane attivo per un arco di tempo limitato, deciso annualmente a livello regionale. Ogni ATS cura il rapporto con le aziende ubicate sul proprio territorio, per questo motivo anche la rendicontazione è indirizzata dalle aziende all'ATS di riferimento. Ne deriva che è stato creato un link del format rendicontazione specifico per ogni ATS³².

Operatori della ATS, non coinvolti in funzioni di vigilanza, potranno effettuare verifiche a campione presso le Aziende in relazione alla veridicità dei dati autocertificati nella "rendicontazione". La verifica non potrà dare origine in alcun caso a sanzioni, essendo la partecipazione al Programma su base volontaria.

- **Certificazione luogo di lavoro che promuove salute**

L'attestato di riconoscimento di "Luogo di lavoro che Promuove Salute" è rilasciato annualmente dalla ATS territorialmente competente, alle aziende che, attivando il processo partecipato interno, realizzano le azioni previste, secondo lo standard minimo.

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

Obiettivo Generale e Obiettivi specifici

³⁰ <http://www.previmpresa.servizirl.it/lime/index.php/851762?lang=it>

³¹ A titolo esemplificativo si riporta il link PIANIFICAZIONE di una AST. Il format è il medesimo per ogni ATS: <http://www.previmpresa.servizirl.it/lime/index.php/341362/lang-it>

³² A titolo esemplificativo si riporta il link RENDICONTAZIONE di una AST. Il format è il medesimo per ogni ATS: <http://www.previmpresa.servizirl.it/lime/index.php/961386/lang-it>

7. EQUITÀ

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

Le condizioni occupazionali contribuiscono a generare disuguaglianze di salute nei cittadini, ed è proprio nel tentativo di ridurle che gli interventi di prevenzione sono indirizzati prioritariamente verso le situazioni a maggior rischio. I lavoratori con mansioni poco qualificate e che svolgono essenzialmente compiti di tipo manuale sono i più esposti a rischi professionali e di conseguenza hanno una maggiore probabilità di subire danni alla salute. Questo svantaggio è ancora più evidente in alcuni settori quali l’edilizia, l’agricoltura, i trasporti e altri comparti del settore manifatturiero. La programmazione degli interventi di prevenzione negli ambienti di lavoro, a livello regionale e a livello locale, si basa sull’individuazione dei settori e delle situazioni a maggior rischio per i lavoratori (graduazione del rischio) basandosi essenzialmente sulla probabilità che i lavoratori hanno di subire danni alla salute da esposizione professionale.

Il dibattito nazionale e internazionale ha reso evidente che, per conseguire miglioramenti tangibili delle condizioni di lavoro, nonché per contrastare gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, agli strumenti ordinari di vigilanza e ispezione vanno affiancati altri dispositivi quali:

- il dialogo sociale per avviare iniziative di Responsabilità Sociale di Impresa (RSI) e di incentivazione economica;
- la promozione di buone prassi per la corretta valutazione e gestione dei rischi, e per la promozione della salute (Working Health Promotion - WHP);
- le iniziative di sensibilizzazione per la diffusione della cultura della sicurezza sul lavoro; - la valorizzazione della differenza di genere.

Detti strumenti richiedono una specifica modulazione quando rivolti alle piccole e micro imprese che costituiscono la gran parte del tessuto produttivo lombardo, nei confronti delle quali le linee strategiche devono essere specificatamente strutturate affinché la loro applicazione si traduca in un reale sostegno all’attività.

La Lombardia, nell’ambito del progetto nazionale CCM Health Equity Audit, ha sperimentato strumenti specializzati di equity audit mirati al setting “ambienti di lavoro”. La base di partenza è stata la volontà di individuare e sperimentare sul campo strumenti che potessero guidare le organizzazioni e i gruppi di lavoro nella costruzione di programmi di promozione della salute equi, efficaci e sostenibili.

Il percorso ha previsto tre fasi³³:

1. ricerca azione sul territorio

³³ AA.VV., (2018), Contrastare le disuguaglianze e promuovere equità nei programmi di prevenzione: strumenti, pratiche e alleanza dell’esperienza lombarda. Progetto CCM “Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia”, Edizioni Guerini e Associati, Milano.

2. attività di formazione in aula
3. restituzione e confronto plenario, documentazione e divulgazione

La prima fase (ricerca azione sul territorio) ha fatto emergere alcuni nodi tematici della realizzazione del programma WHP in merito al tema dell'equità, che sono risuonati come campanelli dall'arme e rappresentano delle sfide per migliorare e la capacità del programma di ridurre le disuguaglianze di salute:

- l'adesione volontaria al programma da parte delle aziende risulta premiante per i contesti già sensibili ma ingaggia meno le aziende meno informate e meno predisposte a un impegno nella promozione della salute. Questo potrebbe di fatto rappresentare un ulteriore fattore di disuguaglianza
- il secondo punto riguarda la dimensione delle aziende. Il programma è adottato prevalentemente dalle aziende di medie-grandi dimensioni (e ciò è altamente positivo perché permette di coinvolgere un elevato numero di persone) ma, in termini di equity, ci si interroga su come raggiungere le piccole aziende che, tra l'altro, spesso hanno minori standard di qualità in termini di agevolazioni, servizi, welfare aziendale
- un programma basato sul presupposto del luogo di lavoro fatica a individuare strategie di promozione della salute presso i lavoratori itineranti (come il settore della logistica e dei trasporti). Queste valutazioni hanno aperto spazi di riflessione rispetto al personale stagionale e ai recenti cambiamenti del mercato del lavoro, soprattutto nei contesti più colpiti dalla crisi che sono spesso quelli in cui sono impiegati lavoratori con basso livello di istruzione, contratti precari, migranti ecc.
- le stesse azioni di promozione della salute possono avere impatti differenti in base alle caratteristiche del lavoratore. Può infatti succedere che all'interno della stessa azienda beneficino maggiormente di una certa azione (per esempio la palestra) quadri e dirigenti piuttosto che addetti alla produzione, aumentando le disuguaglianze invece che riducendole.

La seconda fase (attività di formazione in aula), costruita sulla base delle informazioni raccolte nei focus, è stata mirata a:

- produrre maggiore chiarezza concettuale e terminologica in merito al tema dell'equità e delle disuguaglianze
- approfondire il metodo dell'HEA
- sperimentare i diversi modelli di HEA

Il prodotto finale è stata la revisione dello strumento "profilo di salute". La nuova versione appare più capace di indagare eventuali situazioni di disuguaglianza

Di sensibilizzare culturale

La terza fase ha previsto una restituzione pubblica che ha rappresentato una preziosa occasione di sintesi e condivisione del processo di elaborazione e un'importante opportunità di sensibilizzazione culturale rispetto al tema del contrasto della disuguaglianza.

8. TRASFERIBILITÀ DEL PROGETTO

Il manuale operativo e gli altri strumenti standardizzati (per es. profilo di salute delle aziende) garantiscono un'applicazione del modello da parte di differenti attori, rispettosa dei criteri core sulla base dei quali è stato costruito in origine il programma "Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia".

La standardizzazione diviene, in questo modo, piuttosto che un elemento di rigidità, un'opportunità per disseminare il programma assicurando che siano applicate tutte le procedure più adeguate a permettere il raggiungimento degli obiettivi previsti (e verificati) in origine.

Il programma prevede inoltre un'ampia flessibilità per potersi adeguare alle caratteristiche dei diversi contesti di implementazione. Per esempio è raccomandata la costituzione di un gruppo di lavoro dedicato, all'interno delle aziende aderenti. A questo proposito si suggerisce quali figure coinvolgere. Viene però lasciata ad ogni azienda la libertà di scegliere chi includere in base alle risorse disponibili, purché sia garantita la multidisciplinarietà.

Un altro esempio riguarda le buone pratiche. Nel manuale sono indicate quali aree tematiche devono essere affrontate e attraverso quali strumenti. Ogni azienda, però, rispettando questi criteri di massima, può personalizzare gli interventi in base alle proprie valutazioni, contribuendo, inoltre, ad arricchire il ventaglio delle possibili buone pratiche a cui altre aziende, possono ispirarsi.

9. COMUNICAZIONE

L'aumento dell'adesione delle aziende nel corso del tempo è dovuta, anche, alla messa in campo di strategie comunicative volte a diffondere la conoscenza del programma stesso nel tessuto produttivo regionale. Tra i principali strumenti di comunicazione messi in campo all'interno del programma si annovera il sito regionale <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it> attraverso il quale è possibile reperire tutte le informazioni utili all'iscrizione, scaricare il manuale operativo, gli allegati con esempi di buone pratiche e tutti i materiali che chiariscono i vantaggi della rete. Ogni ATS ha inoltre una pagina dedicata all'interno del proprio sito, in stretto collegamento con quello regionale in modo che la circolazione delle informazioni sia coerente. Un ulteriore ambito in cui viene giocata la comunicazione è legata alla realizzazione della cerimonia di premiazione delle aziende aderenti che hanno realizzato tutte le azioni previste per una certa annualità. La premiazione rappresenta un momento molto ambito dalle aziende sia per una questione di visibilità sia per la possibilità di incontrarsi e confrontarsi tra realtà simili. Anche le ATS dedicano molta cura alla realizzazione di questo momento, a partire dalla scelta della sede (interna, appartenente a una delle aziende aderenti o a un partner locale che collabora a vario titolo al programma, per esempio l'ente locale o un'associazione di categoria), alla definizione del programma, all'individuazione di ospiti, alla scelta dei premi (spesso simbolici come targhe o pergamene). In tale occasione le ATS producono locandine e comunicati stampa che informano dell'iniziativa tutti gli attori interessati (vedi allegati).

10. IMPIANTO DI VALUTAZIONE

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

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

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

I tre indicatori monitorati sono i seguenti:

VALUTAZIONE DI IMPATTO i cui indicatori sono l'incremento e la copertura delle aziende del territorio. I dati sono raccolti a livello di ogni singola ATS e inviati in Regione annualmente.

VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA il cui indicatore "diffusione di pratiche raccomandate" è raccolto tramite il format di rendicontazione compilato dalle aziende stesse.

VALUTAZIONE DELLA SOSTENIBILITÀ il cui indicatore è la diffusione di cambiamenti "strutturali" che possono garantire il cambiamento del comportamento nel tempo.

I dettagli sono descritti nel documento di valutazione.

11. BIBLIOGRAFIA PRINCIPALE

1. WHO European Office. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.
2. WHO. Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. 2010 Ginevra
3. Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. (2009). Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000–2006. IGA Report 13e. Available from: www.igainfo.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_13e_effectiveness_workplace_prevention.pdf
4. Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med.* 2013 Apr;44(4):406-15. doi: 10.1016/j.amepre.2012.12.007. Review
5. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Feb 17;(2):CD008009. doi: 10.1002/14651858.CD008009.pub2. Review.
6. Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health.* 2011 May 26;11:395. doi: 10.1186/1471-2458-11-395. Review.
7. Vézina M, Bourbonnais R, Brisson C, Trudel L Workplace prevention and promotion strategies, (2004), *Healthcare Papers*; Vol. 5(2) pp. 32-44
8. Palmer KT, Harris EC, Linaker C, Barker M, Lawrence W, Cooper C, Coggon D. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology (Oxford).* 2012 Feb;51(2):230-42. doi: 10.1093/rheumatology/ker086. Epub 2011 Mar 16. Review.
9. Freak-Poli RL, Cumpston M, Peeters A, Clemes SA. Workplace pedometer interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Apr 30;4:CD009209. doi: 10.1002/14651858.CD009209.pub2. Review.
10. Shrestha N, Ijaz S, Kukkonen-Harjula KT, Kumar S, Nwankwo CP. Workplace interventions for reducing sitting at work. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jan 26;1:CD010912. doi: 10.1002/14651858.CD010912.pub2.

11. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 26;2:CD003440. doi: 10.1002/14651858.CD003440.pub4. Review.
12. ILO, International Labour Office (1996), Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice Geneva, http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/orderonline/books/WCMS_PUBL_9221094553_EN/lang--en/index.htm
13. Bennett, J. B., Lehman, W. E. K., & Reynolds, G. S. (2000). Team awareness for workplace substance abuse prevention: The empirical and conceptual development of a training program. *Prevention Science*, 1(3), 157-172.
14. Bennett, J., Bartholomew, N., Reynolds, G., & Lehman, W. (2002). Team Awareness facilitator manual. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research. Making your workplace drug-free a kit for employers, Division of Workplace Programs, Center for substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, DHHS Publication n. SMA07-4230, <http://workplace.samhsa.gov/pdf/workplacekit.pdf>
15. Samhsa. factsheet - Why you should care about having a drug-free workplace, 10–11. b.