

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN
Assistenza Sanitaria

(abilitante alla professione sanitaria di Assistente sanitaria Classe SNT/4)

**Modifica degli stili di vita in una comunità lavorativa:
efficacia degli interventi di prevenzione.**

Relatore:
dott.ssa Elisabetta Chellini

Correlatore:
dott. Alberto Baldasseroni

Tesi di Laurea
Libuše Němcová

Anno Accademico 2007-2008

Nel ricordo di mia mamma

Indice	Pag.
1. Riassunto e Scopo della tesi	5
Parte A – Revisione della letteratura scientifica e stato dell'arte in tema di promozione della salute nei luoghi di lavoro	6
2. Introduzione	7
2.1 Importanza della Promozione della Salute nella Prevenzione	7
2.2 Determinanti di salute nei comportamenti individuali	11
2.3 Gli studi sulla Promozione della Salute nei luoghi di lavoro .	13
2.4 Ruolo delle Prove di Efficacia nella Prevenzione con particolare attenzione alla Promozione associata alla Protezione della salute nei luoghi di lavoro	16
2.5 Una breve panoramica sull'efficacia degli interventi per la promozione della salute nei luoghi di lavoro	17
2.5.1 Interventi efficaci per una corretta alimentazione nei luoghi di lavoro	18
2.5.2 Interventi efficaci per la cessazione dell'abitudine al fumo di sigaretta nei luoghi di lavoro	20
2.5.3 Interventi efficaci in ambienti di lavoro per l'incremento dell'attività fisica	21
2.5.4 Interventi efficaci nei luoghi di lavoro per moderare il consumo di alcol	23
2.6 Fonti essenziali d'informazioni sull'efficacia degli interventi di promozione della salute	24
2.7 Trial randomizzati sull'efficacia degli interventi di promozione e protezione della salute nei luoghi di lavoro	26
Parte B - Studio pilota di intervento di prevenzione primaria nella popolazione lavorativa	28

3. Studio Pilota: l'intervento in una ditta metalmeccanica di Massa 2007-2008	29
3.1 Premessa	29
3.2 Obiettivo	29
3.3 Fase preliminare: la predisposizione degli strumenti d'indagine	30
3.4 La realizzazione dell'intervento	32
3.5 Analisi dei questionari pre-intervento	35
3.5.1 Caratteristiche del questionario sugli stili di vita	35
3.5.2 Risultati	37
3.5.2.1 Caratteristiche generali del campione raccolto	37
3.5.2.2 Abitudine al fumo	41
3.5.2.3 Fumo passivo	43
3.5.2.4 Consumo di bevande alcoliche	44
3.6 Corso di gruppo per tabagisti	
3.6.1 Organizzazione del corso	46
3.6.2 Risultati	46
3.7 Corsi di counseling nutrizionale	
3.7.1 Organizzazione del corso	49
3.7.2 Risultati	50
3.7.3 Criticità	50
4. Conclusioni	52
5. Contributo dell'assistente sanitario alla realizzazione dello studio	54
6. Ringraziamenti	56
7. Bibliografia	57
8. Sitografia	61
Appendice: Questionario "Stili di vita"	63

1. Riassunto e Scopo della tesi

Duplici è lo scopo di questa tesi: da una parte quello di documentare lo stato delle conoscenze sull'efficacia degli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro relativamente a quattro fattori di rischio comportamentali quali il fumo di sigaretta, l'alimentazione scorretta, la scarsa attività fisica e l'abuso di alcol; dall'altra quello di descrivere il contributo dell'Assistente Sanitaria (AS) nello sviluppo di un intervento su questi fattori comportamentali in uno studio di intervento in corso di svolgimento in alcune aziende situate nell'Area Vasta Nord-Ovest della Regione Toscana, coordinato dall'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze (ISPO, ex CSPO).

Per quanto riguarda il primo obiettivo, si è proceduto ad un'analisi della letteratura scientifica più aggiornata, con particolare attenzione a reperire le revisioni sistematiche che rappresentano, al giorno d'oggi, le fonti migliori e più autorevoli di sintesi delle conoscenze a disposizione della comunità scientifica.

Per quanto riguarda invece lo studio in fase di svolgimento, oltre a descrivere le azioni condotte e il ruolo assunto dalle Assistenti Sanitarie nell'ambito del Gruppo di Lavoro interdisciplinare formato per l'occasione, vengono discusse le potenzialità ed i limiti di tali azioni alla luce di alcuni preliminari risultati relativi ai lavoratori finora coinvolti nello studio.

Parte A – Revisione della letteratura scientifica e stato dell'arte in tema di promozione della salute nei luoghi di lavoro

2. Introduzione

2.1 Importanza della Promozione della Salute nella Prevenzione

In questi ultimi anni la società ha subito una serie di importanti quanto profonde modificazioni di tipo strutturale anche per quanto riguarda la salute della popolazione e l'evoluzione del sistema sanitario, registrando un ulteriore allungamento della vita media, una vera e propria rivoluzione delle telecomunicazioni, evoluzioni nella tecnologia biomedica, quindi nuove prospettive in medicina.

La diffusione di nuove conoscenze ha portato ad un'ampia riflessione sul significato e sul ruolo della sanità, che in una nuova concezione viene vista come sistema orientato alla promozione, alla protezione e al mantenimento della salute delle persone. Se la salute viene definita, secondo quanto proposto nella costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1949, come *“stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o infermità”*, tali sviluppi assumono un significato ancora più profondo. Questo concetto è stato confermato e ampliato nella Dichiarazione di Alma Ata (1978). La conferenza riaffermò con forza che tale definizione di salute *“... è un diritto fondamentale dell'uomo”*.

Partendo da questo presupposto, il dibattito in sanità si è sviluppato attorno alle modalità ed alle azioni per raggiungere la salute.

E' in questo contesto che nasce il movimento della *“Salute per Tutti”* (Health for All) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che si evolve contestualmente al rilancio del concetto di promozione della salute, definita come *“processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla”* (Carta di Ottawa, 1986).

La sintesi della Salute per Tutti e della promozione della salute porta ad una nuova visione della sanità orientata a un'assistenza di primo livello diffusa sul territorio, alla corresponsabilizzazione delle persone e delle comunità nel farsi carico del problema della salute, al coinvolgimento di tutti

gli “attori” la cui azione può avere un impatto sulla salute e alla disseminazione di informazioni attendibili ed utili per aumentare il benessere e prevenire le malattie.

Questi principi vengono ribaditi in alcuni importanti documenti che trattano le tematiche dell'evoluzione dei sistemi sanitari e, più in generale, della società, nella direzione del perseguimento della Strategia della Salute per Tutti e delle caratteristiche che devono assumere i sistemi sanitari europei, anche attraverso lo sviluppo dell'assistenza sanitaria di primo livello e la promozione della salute (Dichiarazione di Alma-Ata, Carta di Ottawa, Carta di Vienna sugli Investimenti nella Salute delle Donne, Dichiarazione di Vienna, Carta di Lubiana, Health21). Altri documenti fanno riferimento più specifico ai comportamenti e agli stili di vita (Carta contro il Tabacco e Carta Europea contro l'Alcol). Altri ancora all'azione da intraprendere congiuntamente con altri settori e a livello sovranazionale per affrontare le tematiche inerenti il rapporto salute e ambiente (Dichiarazione di Helsinki e Dichiarazione di Copenaghen). Altri documenti, infine, sviluppano i concetti della promozione della salute a livello municipale attraverso la rete delle Città Sane (Dichiarazione di Milano e Dichiarazione di Atene).

Non è superfluo in questo contesto richiamare alcuni passaggi dei documenti più importanti. Per esempio nella Dichiarazione di Alma Ata (1978) rivolta ai governi, alla comunità internazionale e a tutti gli operatori della sanità, si ribadisce

„ con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale“ e che „l'enorme disparità esistente nello stato di salute delle persone, in modo particolare tra i paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo, ma anche all'interno delle singole nazioni, è inaccettabile dal punto di vista politico, economico, sociale“. Inoltre „ la promozione e la tutela della salute delle persone è indispensabile per un intenso sviluppo economico e sociale e contribuisce a una miglior qualità della vita e alla pace mondiale ... Le persone hanno il

diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno“ ed infine „i Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini: essa può essere raggiunta solo mettendo a disposizione adeguate misure sanitarie e sociali“ [11].

Alcuni anni dopo, nel 1986 ad Ottawa in Canada, l'OMS tornò sull'argomento con una „Carta per la Promozione della Salute“ che prese poi il nome dalla città dove si svolse l'assemblea (Carta di Ottawa). Vi si definivano in maniera durevole le caratteristiche di ciò che si voleva intendere con Promozione della Salute.

„ Per promozione della salute si intende il processo che consente alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi. La salute vista, dunque, come risorsa di vita quotidiana, non come obiettivo di vita: un concetto positivo, che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani, per aspirare al benessere.“

e più oltre

„La promozione della salute mira soprattutto all'equità nella salute. Il suo intervento si prefigge di ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, offrendo a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute.“

Nella Carta di Ottawa si ribadisce la necessità di rafforzare l'azione della comunità nello stabilire priorità, prendere decisioni e progettare e realizzare strategie tese al miglioramento della salute e si sottolinea l'importanza di sviluppare le capacità personali:

„La promozione della salute favorisce lo sviluppo personale e sociale fornendo informazione, istruzione sul problema della salute e preparazione generale. Aumenteranno così per tutti le possibilità di esercitare maggiore controllo, e di operare scelte precise, riguardo alla propria salute e all'ambiente.

È essenziale fare in modo che tutti possano continuare ad apprendere per tutto il corso della vita, preparandosi ad affrontarne le diverse fasi e l'eventualità di malattie o invalidità croniche, apprendimento che dovrà essere favorito dalla scuola, dall'ambiente di lavoro e dalle associazioni comunitarie. Occorre intervenire sugli organismi scolastici, professionali e commerciali, e su quelli del volontariato, nonché sulle istituzioni stesse.“[12]

La piattaforma fornita dalla Carta di Ottawa è stata progressivamente verificata nella sua attuazione con le conferenze internazionali di Adelaide (Australia) (1988), di Sundsvall (Svezia) (1991) e Jakarta (Indonesia) (1997).

E' importante riconoscere la promozione della salute come un processo. Questa non è solo una definizione accademica, in pratica è il suo modo di essere. Se qualcuno smette di fumare, per esempio, lo fa perchè ha visto un annuncio, ha parlato col medico, ha subito la pressione da parte di amici come risultato di iniziative specifiche o perchè ha avuto un parente morto di cancro del polmone ? Il fatto è che è difficile da dire. Il punto tuttavia è che la persona ha smesso di fumare. La promozione della salute è perciò diretta a ottenere un risultato. Risultati specifici sono differenti nel modo con cui vengono raggiunti, ma quasi sempre comportano un miglioramento della qualità di vita che può essere anche durevole. La promozione della salute non ha quasi mai un risultato immediato.

La promozione della salute “efficace” rafforza l'abilità e le capacità degli individui di adottare comportamenti e la capacità di gruppi o comunità di agire collettivamente per esercitare un controllo sui determinanti della salute (“Empowerment”).

Empowerment: il termine “Empowerment”, nato negli anni sessanta nell’ambito degli studi legati alla psicologia di comunità, e rapidamente accolto e utilizzato da altre discipline ed in altri ambiti (politico, clinico, aziendale ed educativo), definisce il processo attraverso il quale le persone acquisiscono controllo sulla propria vita e sul proprio contesto ambientale. E’ un processo che permette agli individui di acquisire maggior autonomia e padronanza rispetto alle decisioni riguardanti la propria vita.

La parola *empowerment* non è stata tradotta dagli studiosi italiani nella nostra lingua poiché questa mancherebbe di quel significato specifico e ricco di sfumature che tale termine ha realmente.

Esistono vari *empowerment* come quello psicologico, che riguarda le capacità personali dell’individuo, quello delle organizzazioni che riguarda la capacità degli attori presenti in queste nel responsabilizzarsi e nel coinvolgersi e quello delle comunità che riguarda la capacità della comunità stessa nel raggiungere una migliore qualità.

Un problema legato al concetto di *empowerment* è la sua misurazione, essendo elemento soggettivo e quindi diverso nei vari contesti.

Una promozione della salute “efficace” porta a cambiamenti nei determinanti della salute, sia quelli individuali (quali i comportamenti salubri e l’uso dei servizi sanitari), sia quelli al di fuori del controllo individuale come le condizioni sociali, economiche e ambientali.

2.2 Determinanti di salute nei comportamenti individuali

In generale i determinanti della salute possono essere classificati in almeno 5 livelli di stratificazione (figura 1). Nello strato più “esterno” si collocano quelli a carattere generale, che riguardano categorie di fattori a carattere sociale (Situazione socio-economica-culturale). Segue un livello che riguarda le condizioni collettive di vita e di lavoro di gruppi di popolazione specifici (istruzione, casa, lavoro, alimentazione, ambiente, servizi sanitari, ecc.). Avvicinandoci progressivamente all’individuo, troviamo poi lo “strato” delle relazioni socio-affettive, sorta d’involucro protettivo nei confronti di una vita sociale spesso difficile. Ancora più prossimi al *core* vitale possiamo collocare lo strato dei determinanti di salute legati agli stili di vita adottati, per concludere, infine, il nostro schema con i fattori biologici [2].

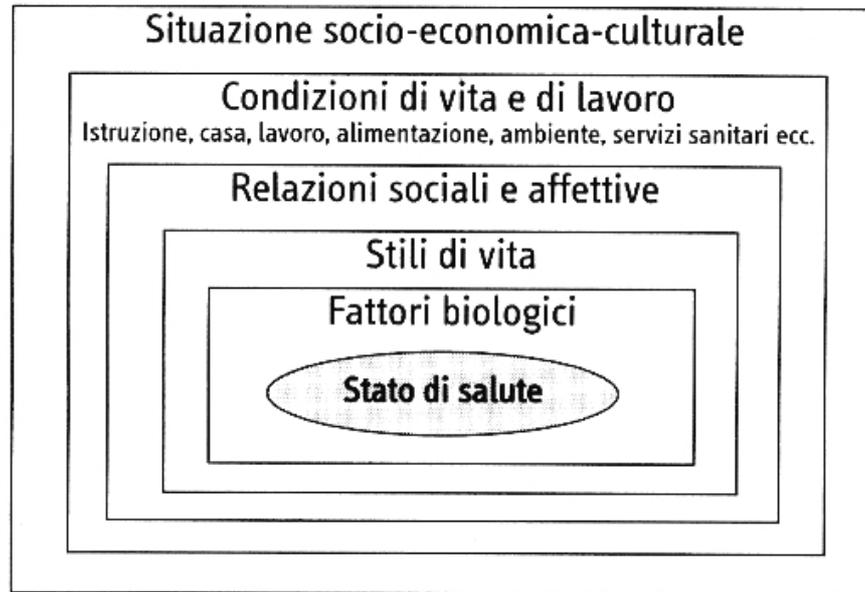


Figura 1: I determinanti della salute [2]

E' dall'insieme di questi fattori che viene influenzato lo stato di salute dell'individuo. Uno dei punti migliori di attacco di strategie di prevenzione è quello rappresentato dai comportamenti individuali che determinano i cosiddetti "stili di vita". Quelli che incidono maggiormente sul carico di malattie e disabilità collettivo, (burden of disease) sono senz'altro il fumo di sigaretta, il sovrappeso/obesità e altre cattive abitudini alimentari, l'abuso di alcol e l'inattività fisica che nei paesi economicamente sviluppati causano rispettivamente il 9,0% (fumo di sigarette), l'3,7% (sovrappeso/obesità) cui si deve aggiungere il 3,5% per diete povere di frutta e vegetali e l'1,1% per l'eccesso nella dieta di grassi saturi, il 8,4% (abuso di alcol) e il 1,4% (inattività fisica) dei DALY¹ perduti (tabella I).

¹ DALY: anni di vita in buona salute perduti completamente per morte precoce o parzialmente per disabilità'.

Tabella I: Contributo di alcuni fattori di rischio all'insieme del Burden of Disease nell'Unione Europea

Fattore causale	Contributo all'insieme del "burden of disease" %
Fumo di tabacco	9,0
Consumo di alcool	8,4
Soprappeso	3,7
Rischi occupazionali	3,6
Basso consumo di frutta e verdura	3,5
Povertà relativa	3,1
Disoccupazione	2,9
Droga	2,4
Inattività fisica	1,4
Dieta con contenuto elevato di grassi saturi	1,1
Inquinamento ambientale	0,2

Fonte: [9].

Attuando la prevenzione primaria di questi fattori, in teoria, si potrebbe quindi alleviare di almeno il 27,1% gli anni di vita in buona salute persi dalla collettività. E' quanto si ripromette di fare il programma "Guadagnare salute – Rendere facili le scelte salutari" [7] intrapreso dal Ministero della Salute nel corso del 2007 e che pone al centro dei suoi obiettivi proprio la lotta al tabagismo, all'abuso di alcool, alla sedentarietà e all'alimentazione scorretta.

2.3 Gli studi sulla Promozione della Salute nei luoghi di lavoro

La promozione della salute nei luoghi di lavoro rappresenta oggi una strategia di avanguardia che tiene conto degli effetti sinergici, sulla salute umana, dei rischi legati agli stili di vita e dei rischi professionali. Le comunità di lavoratori rappresentano popolazioni ideali sulle quali intervenire per promuovere iniziative di miglioramento degli stili di vita individuali, in quanto si tratta di aggregati umani „naturali“, relativamente facili da raccogliere e da seguire nel follow-up dell'intervento [15].

Gli interventi suggeriti dalla letteratura sono molteplici (vedi cap. 2.5) Per esempio cambiamenti minimi nella disponibilità e nella scelta di alimenti nutrienti - da consumare durante le riunioni di lavoro, in mensa, nei punti di ristoro - possono essere associati, con costi molto contenuti, alla promozione dell'attività fisica affiggendo materiali informativi (poster, locandine..) che incoraggino, ad esempio, l'uso delle scale da parte dei dipendenti. Azioni più articolate associano interventi di educazione alimentare alla prescrizione di esercizi di aerobica e di stretching.

Possono essere previsti, inoltre, momenti di counselling individuale o di gruppo per incoraggiare i lavoratori nel perseguire stili di vita salutari.

Negli ultimi anni si è già intervenuti nella prevenzione delle patologie cardiovascolari e del cancro, principalmente attraverso azioni finalizzate all'abolizione del fumo. La prevenzione e il controllo del sovrappeso e dell'obesità potrebbero giovare di percorsi simili coinvolgendo anche i Medici Competenti come promotori della conoscenza e dell'adozione di comportamenti alimentari corretti.

La promozione della salute in ambiente di lavoro è una strategia fortemente raccomandata nel fronteggiare problematiche della sfera individuale e collettiva, quali fumo di tabacco, insufficiente attività motoria, scorretta alimentazione, incongruenze organizzative, stress correlato al lavoro. Esiste in materia un Network Europeo (ENWHP), istituito dalla Commissione Europea Salute e Tutela dei Consumatori (SANCO) a cui l'Italia partecipa sotto l'egida dell'ISPESL, che promuove e coordina la comunicazione e lo scambio di esperienze e informazioni sul lavoro e la salute.

ENWHP European Network for Workplace Health Promotion

"Lavoratori sani in organizzazioni sane" è la visione della Rete Europea per la Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (ENWHP) sin da quando è stata stabilita nel 1996. La rete è stata avviata quando l'Unione europea ha adottato il programma d'azione sulla "Promozione della salute, l'istruzione, informazione e formazione" per migliorare il livello di protezione della salute in Europa, programma nel quale al luogo di lavoro è stato dato un ruolo importante. Promuovere la salute dei dipendenti porta innanzitutto dimostrabili benefici e serve l'interesse generale nel portare avanti sviluppo sociale e prosperità economica. Da quando è stata stabilita, la rete è in costante espansione. La ENWHP ha ora 31 membri nazionali rappresentati soprattutto da organizzazioni degli Stati membri dell'UE, Svizzera e paesi dello Spazio economico europeo. Nel corso di questi ultimi anni la rete è anche riuscita a fare alcuni progressi sostanziali. Ha formulato con successo una definizione generale di promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) in Europa, per la prima volta ha sviluppato criteri standard per una buona qualità WHP, pubblicato relazioni su modelli di buone prassi da un'ampia varietà di settori industriali. L'ENWHP ha messo a punto una "Cassetta degli attrezzi Europea" (European Toolbox) contenente pratiche di successo e ha identificato strategie mediante le quali allungare la vita lavorativa attiva dei dipendenti. Nella diffusione di "buone pratiche" il network ha già fornito un notevole contributo a una migliore prevenzione sanitaria e i forum nazionali, che la rete ha contribuito a costruire negli ultimi anni, consentono una sempre più ampia diffusione della WHP nei singoli paesi. Il tema della WHP è gradualmente salita in cima all'agenda politica. Per la prima volta la Commissione Europea ha elencato nel suo piano d'azione 2005 la promozione della salute sul luogo di lavoro come un importante obiettivo della politica europea nel campo della salute pubblica. Il Commissario alla Salute dell'UE, Kyprianou, ora ritiene il luogo di lavoro come uno "strumento importante per migliorare la salute all'interno dell'Unione europea". Tuttavia, rimane ancora molto da fare. Un gran numero di aziende e organizzazioni deve ancora convincersi che vale la pena investire in WHP. Tra i partner del network va segnalata la presenza di varie nazioni come Germania, Francia, Gran Bretagna, ma anche della Repubblica Ceca, tramite il Centro di Medicina del Lavoro di Praga del SZU (Statni Zdravotni Ustav - Istituto Nazionale per la Salute). La promozione della salute negli ambienti di lavoro nella Repubblica Ceca è una strategia che promuove la sicurezza e la salute dei lavoratori. L'introduzione del sistema di promozione e l'effettuazione di queste attività non sono rese obbligatorie da norme di legge, ma una buona parte dei datori di lavoro la sostiene. In accordo con il documento Salute 21 (parte 13.6) questi compiti che riguardano i luoghi di lavoro sono trattati dai locali Centri di medicina del lavoro. Il Centro opera dal 1.1.2006 come Centro nazionale di contatto (National Contact Office) della rete europea (ENWHP) e organizza la rete nella Repubblica Ceca.

In Italia è ancora in fase embrionale la costruzione di una rete nazionale per la promozione della salute nei luoghi di lavoro anche se si possono segnalare diverse iniziative in materia promosse a vari livelli.

2.4 Ruolo delle Prove di Efficacia nella Prevenzione con particolare attenzione alla Promozione associata alla Protezione della salute nei luoghi di lavoro.

In questi ultimi anni, l'esigenza di lavorare in maniera *evidence-based* è stata una sfida costante per la promozione della salute. Questa infatti utilizza processi complessi agendo su fenomeni sociali complessi, che non sono facilmente valutabili dai tradizionali metodi di ricerca sperimentale. Esistono rigorose metodologie di revisione sistematica che fanno riferimento a metodi quantitativi e qualitativi e che sono appropriate per esprimere un giudizio sull'efficacia pratica di semplici interventi in ambito sanitario. D'altra parte, la promozione della salute è riuscita con successo ad influenzare l'industria delle prove di efficacia nell'ambito dell'assistenza sanitaria, portandola a riconoscere l'importanza della valutazione di processo degli interventi e della valutazione di qualità, anche se permangono in merito lacune conoscitive significative.

Esiste attualmente un corpus consistente di conoscenze sugli interventi efficaci di promozione della salute che risponde a criteri riconosciuti a livello internazionale, ma che non viene ancora utilizzato, almeno nel nostro paese, in modo sistematico.

Le prove di efficacia e le analisi di costo-efficacia delle azioni di promozione della salute si sono in alcuni casi tradotte in linee guida e raccomandazioni per l'elaborazione delle politiche e per la pratica (es. linee-guida sul fumo).

I decisori politici e gli operatori di promozione della salute devono sapere come accedere alle informazioni e alle prove disponibili, e come utilizzarle.

I promotori di salute devono accrescere le proprie competenze in termini di valutazione degli interventi e condividere gli apprendimenti ricavati da ciò che si è dimostrato funzionare. Questo estenderà la base delle conoscenze in promozione della salute pur rispettando le diverse prospettive di ricerca e le diverse tradizioni culturali, garantendo il rigore dei metodi di ricerca ed il controllo di qualità degli interventi.

E' quindi necessario ampliare i meccanismi nazionali e transnazionali di raccolta, sintesi e trasferimento delle conoscenze sull'efficacia della promozione della salute, in modo da migliorare la pratica corrente.

La definizione di obiettivi generali e specifici di miglioramento della salute dipende dall'esistenza di solidi sistemi informativi in grado di monitorare i progressi fatti; in realtà l'accesso a dati di buona qualità sulla salute e sui suoi determinanti varia enormemente da un paese all'altro. Laddove le informazioni sono disponibili, esse dovrebbero essere utilizzate in modo routinario nella progettazione e nella valutazione dei programmi di promozione della salute. E' comunque necessario sviluppare ulteriormente, e rendere utilizzabili, indicatori che rendano visibili i processi di promozione della salute e che riescano a monitorare i progressi fatti nella promozione della salute, oltre a documentare la riduzione della mortalità e della morbosità.

Le competenze e le capacità necessarie per lavorare nel campo della promozione della salute sono ben sviluppate solo in alcuni paesi; insufficienti o inesistenti nella maggior parte degli altri .

Ovunque nel mondo è emersa la necessità di investire maggiormente nella formazione e nell'aggiornamento degli specialisti, degli operatori e di quanti si occupano di promozione della salute. La formazione deve comprendere prioritariamente: lo sviluppo di conoscenze e di competenze per favorire la mediazione presso i responsabili politici e con il settore privato; la valutazione di impatto delle politiche sulla salute e sui suoi determinanti; l'accesso alle informazioni e alle prove disponibili e il loro utilizzo; la valutazione degli interventi.

2.5 Una breve panoramica sull'efficacia degli interventi per la promozione della salute nei luoghi di lavoro

In generale gli studi svolti negli ambienti di lavoro mostrano buoni risultati (Sorensen, Barbeau, 2004) Una buona sintesi delle conoscenze relative ad alcuni fattori di rischio comportamentale ci viene fornita dal „Knowledge

Exchange Network Information“ (KEN) ², organizzazione canadese della Canadian Cancer Society, che si occupa esplicitamente di finalizzare le informazioni per gli interventi di prevenzione dei tumori. Il KEN ha prodotto almeno tre „Information Package“ che possono essere utili, uno dedicato all’attività fisica nei luoghi di lavoro, uno agli interventi per una corretta alimentazione nei luoghi di lavoro e infine uno per gli interventi di cessazione dell’abitudine al fumo di sigaretta tra i lavoratori.

Oltre all’iniziativa KEN anche altre organizzazioni e gruppi di ricerca si sono dedicati a raccogliere le evidenze di efficacia sugli interventi per la modifica dei comportamenti individuali tra i lavoratori. Possiamo così far conto, per esempio, su di un’ampia revisione sistematica dedicata all’efficacia degli interventi per la diminuzione del consumo di alcol nei luoghi di lavoro, svolta dal gruppo di Hamilton, Ontario, Canada, che opera nell’ambito dell’iniziativa denominata „EHP Project“ (Effective Public Health Practice Project).

2.5.1 Interventi efficaci per una corretta alimentazione nei luoghi di lavoro

Sono state consultate tre banche dati di revisioni sistematiche accreditate, condotte negli ultimi cinque anni e che includono studi effettuati in Nord America e in Europa. L’aggiornamento più recente di queste banche-dati è del maggio 2007.

Revisioni sistematiche considerate:

1. Health Evidence: (www.health-evidence.ca)

Bowen, D.J., Beresford, S.A. (2002). Dietary interventions to prevent disease. *Annual Review of Public Health*, 23, 255-286. [1]

2. Centre for Reviews and Dissemination (Database of Abstracts of Reviews of Effects [DARE]): (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/darehp.htm>)

Seymour, J.D., Lazarus Yaroch, A., Serdula, M., Michels Blanck, H., Kettel Khan, L. (2004). Impact of nutrition environmental interventions

² http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3331_407538771_langld-en,00.html

on point-of-purchase behaviour in adults: A review. *Preventive Medicine*, 39, S108-S136. [19]

3. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE):

(<http://www.nice.org.uk>)

Peersman, G., Harden, A., Oliver, S. (1998). Effectiveness of health promotion interventions in the workplace: a review. London: Health Education Authority. [14]

Roe, L., Hunt, P., Bradshaw, H., Rayner, M. (1997). Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population: a review. London: Health Education Authority. [18]

Livello delle Prove:

In sintesi da esse emerge quanto segue:

Vi è forte (*strong*) evidenza che gli interventi svolti nei luoghi di lavoro siano efficaci nell'incrementare il consumo di frutta, verdura e alimenti ricchi di fibre e nel diminuire l'entità dell'apporto di grassi tra gli adulti. Le prove raccolte nelle tre revisioni sistematiche evidenziano le seguenti strategie come efficaci nell'ottenere il successo degli interventi:

- Focalizzare l'intervento sulla dieta o su dieta ed esercizi fisici.
- Basare l'intervento su di una base teorica chiaramente definita
 - o Usando modelli efficaci di comunicazione e modifica comportamentale
- Indirizzare l'intervento verso i singoli individui o piccoli gruppi
 - o Tenendo nel debito conto le necessità, le motivazioni e le conoscenze degli individui o del gruppo
 - o Evidenziando che le modifiche all'ambiente di lavoro siano utili
- Avere più incontri lungo un periodo di tempo sufficientemente lungo
- Disporre di una robusta organizzazione nel luogo di lavoro e di risorse

Gli interventi efficaci nei luoghi di lavoro nel campo nutrizionale sono composti di "pacchetti" di programmi che contengono uno o più dei seguenti elementi:

- Educazione (per es. Incontri volti a creare le conoscenze e a mostrare „come si fa“)
- Modifiche nell'offerta di articoli di caffetteria e nella composizione dei pasti
- Coinvolgimento delle famiglie
- Campagne sui media
- Counselling individuale

Gli interventi efficaci hanno comportato un incremento nel consumo di frutta, verdura e alimenti ricchi di fibre e/o una diminuzione nell'assunzione di cibi ricchi di grassi.

2.5.2 Interventi efficaci per la cessazione dell'abitudine al fumo di sigaretta nei luoghi di lavoro.

Sono state individuate due revisioni sistematiche dalla consultazione di due banche dati accreditate, condotte nei due anni precedenti la stesura dell'Evidence Based Information Package relativo, che includevano studi provenienti dal Nord America e dall'Europa. L'aggiornamento più recente di queste banche-dati è dell'Ottobre 2005.

Revisioni sistematiche considerate:

1. Cochrane Reviews: 85 studi originali rivisti (<http://www.cochrane.org>)
Moher, M., Hey, K., Lancaster, T. (2005). Workplace interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 3*. [8]
2. Centre for Reviews and Dissemination (Database of Abstracts of Reviews of Effects [DARE]): 19 studi originali rivisti.
(<http://www.york.ac.uk/inst/crd/darehp.htm>)

Smedslund, G., Fisher, K.J., Boles, S.M., Lichtenstein, E. (2004). The effectiveness of workplace smoking cessation programmes: A meta-analysis of recent studies. *Tobacco Control*, 13, 197-204. [20]

Accompagnano questo report le brevi descrizioni degli interventi che all'interno delle revisioni sistematiche, hanno mostrato efficacia nella modifica dei comportamenti:

1. Presenza di incentivi vs. assenza di incentivi nel luogo di lavoro per favorire la cessazione dal fumo
2. Programmi dedicati alla cessazione dall'abitudine di fumo (QSP)

Prove di Efficacia:

Vi è forte (strong) evidenza che gli interventi nei luoghi di lavoro siano efficaci nel far cessare l'uso del tabacco negli adulti. Gli interventi efficaci per gli adulti hanno pacchetti di programmi che includono uno o più dei seguenti elementi:

- Distribuzione di materiali di self-help
- Counselling di gruppo
 - o Uso di „Pari“ come facilitatori
- Counselling individuale
 - o Training di apprendimento
- Counselling telefonico
- “Buddy” system (Supporto sociale)
 - o Apprendimento del metodo „Buddy“
- Sessioni di rinforzo

Gli interventi efficaci ebbero come risultato la riduzione nell'uso di tabacco tra gli adulti.

2.5.3 Interventi efficaci in ambienti di lavoro per l'incremento dell'attività fisica.

Sono state identificate quattro revisioni sistematiche, trovate in tre banche dati bibliografiche accreditate. Le revisioni sono state condotte negli ultimi

sette anni e includono studi dal Nord America e dall'Europa. L'aggiornamento più recente di queste banche-dati è del Marzo 2008.

Revisioni sistematiche considerate:

1. Cochrane Review: 17 studi originali rivisti

Hillsdon, M., Foster, C., Thorogood, M. (2005). Interventions for promoting physical activity (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. [5]

2. Centre FOR Reviews and Dissemination (Database of Abstracts of Reviews of Effects [DARE]): 26 studi originali rivisti

Ogilvie, D., Foster, C.E., Rothnie, H., Cavill, N., Hamilton, V., et al. (2007). Interventions to promote walking: Systematic review. *British Medical Journal*, 334, 1204-. [10]

Proper, K.I., Koning, M., van der Beek, A.J., Hildebrandt, V.H., van Mechelen, W. (2003). The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 13(2), 106-117. [17]

3. Peer Reviewed Journal (*American Journal of Preventive Medicine*): 28 studi originali rivisti

Marcus, B.H., Owen, N., Forsyth, L.H., Cavill, N.A., Fridinger, F. (1998). Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), 362-378. [6]

Accompagna questo report una breve descrizione di tre interventi che emergono dalle revisioni sistematiche come efficaci nel modificare i comportamenti.

1. Live for Life
2. Working Healthy Project
3. Walk in to Work Out

Prove di efficacia:

C'è evidenza che gli interventi nei luoghi di lavoro siano efficaci nell'incrementare l'attività fisica nei luoghi di lavoro. Le prove derivanti dalle tre revisioni sistematiche evidenziano le seguenti strategie come efficaci nell'ottenere il successo degli interventi:

- Fornire ai lavoratori una guida professionale per iniziare un programma di esercizi fisici e un supporto continuo
- Usare materiale a stampa volto a spiegare le attività relative agli stili di vita piuttosto che offrire esercizi strutturati
- Includere materiale a stampa che si basa sulla teoria del cambiamento

Gli interventi efficaci per l'incremento dell'attività fisica nei luoghi di lavoro hanno pacchetti di programmi che includono uno o più dei seguenti elementi:

- Apprendimento
 - o Materiali volti a informare/educare/motivare
 - o Incontri per l'apprendimento e l'addestramento
- Modifiche nell'offerta di caffetteria e nella composizione dei pasti
- Classi di esercizio fisico presso i luoghi di lavoro
- Screening per l'accertamento dello stato di salute
- Campagne sui media
- Cessazione dal fumo

Gli interventi efficaci hanno provocato un incremento nell'attività fisica da „moderato“ a „intenso“ tra i lavoratori coinvolti.

2.5.4 Interventi efficaci nei luoghi di lavoro per moderare il consumo di alcol:

Vi è una recentissima revisione sistematica degli studi volti a controllare e diminuire l'uso di sostanze che provocano dipendenza tra i lavoratori (Maggio 2008); (<http://old.hamilton.ca/phcs/ephpp/Research/Full-Reviews/2008/WISM.pdf>) la revisione e' stata condotta nell'ambito del progetto "Effective Public Health Practice Project" basato ad Hamilton, Ontario, Canada e fa parte di un ampio gruppo di revisioni sistematiche dedicate ai più diversi argomenti della Sanità

Pubblica [3]. Gli autori hanno selezionato 16 studi primari, dei quali 15 avevano tra gli obiettivi, quello di limitare l'uso di bevande alcoliche da parte dei lavoratori. La qualità di questi studi è stata classificata come modesta (8 studi) o scarsa (i rimanenti 8), condizionando in tale maniera l'esito finale del giudizio sulle evidenze di efficacia.

Risultati

Le misure dei risultati per il consumo di alcol tendono ad essere modeste in termini di modifiche dei comportamenti. Modifiche significative sembrano avvenire nell'area delle motivazioni al cambiamento o nell'attitudine ad adottare comportamenti. Dal momento che queste modifiche motivazionali/attitudinali precedono la modifica effettiva del comportamento questi studi indicano la direzione nella quale dovrebbero essere realizzati ulteriori e più decisivi interventi. Cambiamenti modesti nei comportamenti registrati immediatamente dopo la conclusione degli interventi non hanno poi mostrato di persistere nei periodi di follow-up seguiti.

Due degli otto studi di qualità moderata esaminati in dettaglio, hanno mostrato una differenza di genere nei risultati ottenuti, con le femmine che mostravano una modifica significativa nel comportamento a rischio nell'assunzione di alcol, rispetto ai partecipanti maschi agli studi.

2.6 Fonti essenziali d'informazioni sull'efficacia degli interventi di promozione della salute

Sono oggi disponibili siti web nei quali è possibile ottenere informazioni necessarie per operatori di sanità pubblica che vogliono valutare quanto il loro programma d'intervento sia supportato da evidenze scientifiche. La visita di queste banche dati è fortemente suggerita a chi intenda cimentarsi in interventi innovativi, prima di decidere sulle strategie da adottare:

1. <http://www.nice.org.uk/Guidance/PHIG> sono pagine dedicate alle LG (Linee/Guida) di Salute Pubblica. Nel sito del NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) si trovano almeno due LG utili: sulla cessazione dell'abitudine al fumo di sigaretta nei Luoghi di Lavoro e sull'incremento dell'attività fisica tra i lavoratori. IL NICE rappresenta il repository ufficiale di tutte le LG adottate nel NHS britannico.

2. <http://www.york.ac.uk/inst/crd/> è il sito del *Centre for Review and Dissemination* dell'Università di York, UK. In questo sito si trova il DARE, Database of Abstracts of Reviews of Effects ed anche il NHS-EED, National Health Service-Economic Evaluation Database. Nel DARE si possono trovare, oltre che i riassunti strutturati dei rispettivi articoli, tutte revisioni sistematiche, anche le valutazioni sulla qualità degli articoli scientifici segnalati, secondo una griglia di parametri ben definita. Nel NHS-EED si trovano invece gli articoli dedicati alla valutazione economica dei programmi considerati.

3. <http://health-evidence.ca/home> è il sito del *Canadian Institute for Health Research* dedicato ai decisori delle politiche nel campo della sanità pubblica. Vengono inserite in un database interrogabile gli articoli di letteratura secondaria (revisioni sistematiche) nella forma disponibile per l'utente pubblico (Abstract, full-text), accompagnati da una scheda di valutazione qualitativa molto dettagliata.

4. <http://www.cochrane.org/reviews/> è il sito della Cochrane Collaboration nel quale, negli ultimi anni, si possono trovare un numero crescente di revisioni sistematiche di ottima qualità dedicate ad argomenti di Sanità Pubblica. In effetti, a partire dall'inizio degli anni duemila, sono stati avviati due gruppi nel campo della Sanità Pubblica e della Promozione della Salute <http://www.ph.cochrane.org/en/index.html> e, rispettivamente, nel campo della medicina del lavoro <http://www.ttl.fi/Internet/partner/Cochrane/> che si occupano di realizzare revisioni sistematiche degli studi primari volti a valutare l'efficacia degli interventi in questi specifici campi, ma anche a

coordinare l'ampio numero di revisioni condotte da altri gruppi Cochrane che possono trovare interesse nella sanità pubblica.

5. <http://www.thecommunityguide.org/> : si tratta dell'indirizzo dell'iniziativa statunitense più nota nel campo della valutazione di efficacia degli interventi di sanità pubblica. Vi si possono trovare molte valutazioni realizzate nel campo della promozione della salute anche nei luoghi di lavoro. Il metodo di lavoro della Community Guide è stato alla base dello sviluppo anche nel nostro paese delle iniziative per una Prevenzione Basata su Prove di Efficacia (EBP dall'acronimo inglese di Evidence Based Prevention).

6. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/> : sito dell'OMS dedicato alla dieta e all'attività fisica. In un settore del sito non facilmente raggiungibile, ma collocato all'indirizzo <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace/en/index.html> si possono reperire importanti documenti relativi alle strategie efficaci per gli interventi di promozione dell'attività fisica e di una dieta corretta da adottare nei luoghi di lavoro, così come scaturiti da un meeting svoltosi nel settembre del 2007 a Dalian, in Cina.

2.7 Trial randomizzati sull'efficacia degli interventi di promozione e protezione della salute nei luoghi di lavoro.

A conclusione di questa breve descrizione dello stato dell'arte nel campo delle evidenze di efficacia degli interventi di prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro si può affermare che in generale gli studi sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro soffrono di una qualità ancora insoddisfacente. Pochi e non sempre ben condotti sono i trial randomizzati, gli studi cioè più adatti a stabilire prove scientifiche sull'efficacia degli interventi. E' per questo che vale la pena di menzionare a parte e con particolare sottolineatura il lavoro svolto in questi anni dalla professoressa Gloria Sorensen del Dana-Farber Cancer Institute di Boston MA, USA. Essi infatti rappresentano senz'altro i migliori studi di efficacia in questo campo

[21]. Il disegno dello studio adottato da questa ricercatrice e' stato in molti casi quello del RCT³, adattato alle circostanze pratiche offerte dal setting della sanità pubblica, che talvolta non consentono di rispettare tutte le condizioni previste dai trial di tipo sperimentale in ambiente clinico. L'obiettivo principale di tali studi è sempre stato rivolto alla prevenzione primaria dei tumori tra i lavoratori, mediante interventi che modificassero le abitudini a rischio quali il fumo di sigaretta, la sedentarietà, l'alimentazione scorretta. Uno dei principali risultati di tali studi è stato quello di dimostrare l'importanza di affiancare a interventi volti a modificare abitudini e comportamenti relativi alla sfera individuale, anche interventi che migliorassero le condizioni in cui si svolge il lavoro, ciò per raggiungere i migliori risultati nella modifica degli stili di vita. [22]. Nello studio WellWorks-2 la Sorensen ha realizzato un trial d'intervento focalizzato a diminuire l'abitudine al fumo di sigaretta tra i lavoratori manuali di alcune industrie di medie e grandi dimensioni. Lo studio ha mostrato l'efficacia dell'intervento ed ha soprattutto indicato che tale efficacia era amplificata dal contemporaneo intervento anche nei confronti delle concrete condizioni di lavoro vissute dagli operai coinvolti. Alla base di un tale approccio c'è la conoscenza del fatto che la fascia di lavoratori che adotta stili di vita meno salubri, corrisponde in larga misura alla fascia di coloro i quali sono esposti a maggiori rischi professionali [23].

³ RCT: Randomized Clinical Trial, studio clinico sperimentale randomizzato.

PARTE B - STUDIO PILOTA DI INTERVENTO DI PREVENZIONE PRIMARIA NELLA POPOLAZIONE LAVORATIVA⁴

⁴ Elenco dei partecipanti allo studio e delle relative responsabilità:

Responsabile del progetto Massa Viareggio:

Adele Seniori Costantini UO Epidemiologia ambientale occupazionale, CSPO

responsabile per le Aziende USL

Fabrizio Franco, Direttore Dipartimento Prevenzione, ASL 1 Massa Carrara;

responsabile per lo studio pilota:

Giuseppe Gorini, UO Epidemiologia ambientale occupazionale, CSPO

Partecipano per il CSPO

Anna Maria Badiali, Valentina Cacciarini, Alessandra Benvenuti, Simona Alberghini Maltoni, UO Epidemiologia ambientale occupazionale

Partecipano per l'ASL 1 Massa Carrara

Maurizio Varese, Centro Antifumo Lunigiana, Servizio tossicodipendenze

Maria Giuseppina Galli, Patrizia Carignani, Mauro Vannucci, Manuela Terreni, Unità Funzionale Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Pietro Teneggi, Medicina dello Sport

Gianluca Festa, UF Prevenzione Igiene Sicurezza Luoghi di Lavoro (PISLL)

3 Studio Pilota: l'intervento in una ditta metalmeccanica di Massa 2007-2008

3.1 Premessa

E' da almeno dieci anni che le aziende USL di Massa Carrara e Viareggio presentano tassi di mortalità generale, per tutti tumori (in particolare tumore del polmone), e per patologie a carico dell'apparato respiratorio (BPCO), dell'apparato cardiovascolare (cardiopatía ischemica, infarto miocardico acuto) e dell'apparato digerente (cirrosi epatica) superiori alla media regionale. I fattori che possono determinare questo andamento sono molteplici: fattori legati agli stili di vita (abitudine al fumo, dieta, consumo di alcol), a esposizioni di tipo professionale (cancerogeni occupazionali), a caratteristiche genetiche della popolazione.

3.2 Obiettivo

Obiettivo di questo progetto è quello di indagare sulle cause dell'elevata mortalità per tumori che si registra in questa parte della Toscana. Dato che gli aumenti significativi della mortalità si registrano in particolare per patologie fumo-correlate (tumore del polmone, patologie a carico dell'apparato respiratorio e dell'apparato cardiovascolare) e alcol-correlate (malattie dell'apparato digerente, cirrosi epatica), un ulteriore obiettivo di questo progetto è quello di operare sul versante della prevenzione, potenziando e sperimentando interventi di prevenzione e di promozione di stili di vita più sani (cessazione di abitudine al fumo, promozione di una dieta sana, di esercizio fisico e di moderato consumo di alcol), sia nella popolazione adulta che giovanile.

Il disegno dello studio d'intervento che si intende svolgere è quello di un trial, le cui fasi di attuazione consistono in (i) inchiesta di reclutamento - per l'individuazione delle aziende disponibili che dovranno essere randomizzate in due gruppi, sperimentale e di controllo; (ii) randomizzazione; (iii) inchiesta

preintervento; (iv) somministrazione dell'intervento di promozione alla salute + intervento minimo nel gruppo sperimentale e solo intervento minimo nel gruppo di controllo; (v) inchiesta postintervento; (vi) analisi dei dati (figura 2).

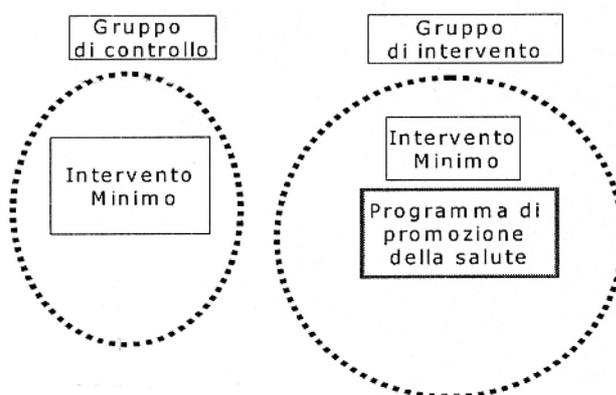


Figura 2: Schema del trial

La studio è in fase di realizzazione. La prima fase ha riguardato l'effettuazione di uno studio-pilota in una grande azienda metalmeccanica, volto a mettere a punto tutti gli strumenti di indagine e a verificare la fattibilità del disegno di studio previsto nel protocollo (Trial randomizzato).

3.3 Fase preliminare: la predisposizione degli strumenti d'indagine.

Per lo studio pilota di promozione alla salute nei luoghi di lavoro è stato selezionato uno stabilimento metalmeccanico appartenente al comparto della componentistica per auto sito nel comune di Massa.

Nel mese di Luglio 2007 è stato organizzato un incontro iniziale con le rappresentanze sindacali e aziendali per ottenere il preliminare assenso al progetto.

E' seguito nel corso del mese di Settembre un primo incontro organizzativo con l'acquisizione di informazioni dettagliate sulla struttura della ditta (unità organizzative, ruoli, base numerica, turnistica) utili alla pianificazione del progetto.

Il successivo incontro si è tenuto nel mese di ottobre alla presenza del direttore del personale, direttore di produzione, della training, e del responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale. In tale occasione sono stati effettuati:

- un sopralluogo dei locali mensa
- la pubblicizzazione dell'intervento attraverso la consegna in busta paga di una brochure illustrativa, l'allestimento dello stand di promozione con il materiale informativo e di auto-aiuto, l'organizzazione di incontri divulgativi con il personale
- i dettagli tecnici per la distribuzione dei questionari (anonimi) con l'approntamento di un elenco dei dipendenti che permettesse una riconducibilità individuale finalizzata esclusivamente alla seconda fase dell'inchiesta
- l'organizzazione dei corsi tematici di gruppo (raccolta adesioni, tempistica, definizione del numero dipendenti aventi accesso ai corsi tematici e relative sessioni, materiale d'impiego, ubicazione nei locali aziendali)

Nell'intervallo fra le due riunioni si è provveduto a:

- archiviare il materiale informativo nel frattempo richiesto ovvero:
 - 600 opuscoli "Linee guida per una sana alimentazione Italiana" dell'INRAN (Istituto Nazionale per gli Alimenti e la Nutrizione)
 - 1056 libretti "Basta Sigaretta !" predisposti dalla LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori),
 - 1000 libretti screening "Un esame può salvarti la vita", dell'ITT (Istituto Toscano Tumori),
- richiedere la stampa di:
 - 1000 libretti "Alcol e lavoro" (previo contatto con i referenti dell'ASL10 Firenze e AOU Careggi);
 - 1000 copie del pieghevole, copie della cartolina, copie della scheda per l'esercizio fisico (previo contatto con i referenti dell'ASL 2 di Cesena).

- predisporre l'adozione dei distributori automatici "salutari" in azienda e delle tovaglette per la mensa attraverso i referenti individuati.

A fine ottobre si sono svolti gli incontri informativi programmati, all'interno del "all employee meeting" mensile aziendale per favorire la massima partecipazione e la diffusione più capillare dell'iniziativa con un'attenzione particolare a che il messaggio educativo contenesse uno stimolo per la persona al proprio senso di responsabilità nelle decisioni che riguardano la propria salute attraverso la prevenzione e il mantenimento della salute stessa. Contenuti e modalità di presentazione erano stati precedentemente oggetto di auto valutazione e valutazione "fra pari" con ascolto e valutazione dei colleghi durante una simulata.

Sono state realizzate tre riunioni in coincidenza dell'inizio e fine dei tre turni lavorativi compreso il turno notturno, durante le quali è stata illustrata l'articolazione del progetto con la spiegazione dettagliata della sezione del questionario autosomministrato dedicato agli stili di vita.

3.4 La realizzazione dell'intervento

Sempre in accordo con i referenti aziendali è stato allestito un punto distribuzione-raccolta questionari in posizione strategica e funzionale ai fini organizzativi, individuata nell'area di ingresso dove obbligatoriamente transitano tutti i dipendenti in entrata e in uscita.

E' stata inoltre messa a disposizione la sala riunioni, esterna ai reparti produttivi, utilizzata oltre che per l'effettuazione dei corsi di gruppo, come deposito del materiale informativo, trasferito da Firenze.

L'Assistente Sanitaria che conduceva lo studio ha garantito una presenza fissa negli orari coincidenti con il cambio del turno nel modo seguente:

- tre giornate consecutive nel novembre 2007 per la distribuzione dei questionari primo e secondo turno
- due giorni consecutivi nella settimana successiva per la distribuzione dei questionari del terzo turno e ritiro questionari di cui sopra, e per l'apertura delle liste pre-iscrizione ai corsi di "attività fisica", "educazione nutrizionale", "smettere di fumare"
- altri tre giorni consecutivi nella settimana dopo per la distribuzione dei questionari del terzo turno e ed eventuali recuperi

Analogamente alle iscrizioni ai corsi, lo stand con il materiale informativo è stato attivato con una consegna individuale al momento della restituzione dei questionari completi. L'approccio personale, per quanto condizionato dal tempo a disposizione ha incoraggiato richieste di approfondimenti e verbalizzato curiosità sui temi proposti, in modo particolare su quello nutrizionale.

Ad ogni contatto individuale, ciascun movimento (attribuzione del numero progressivo, consegna sezioni questionario, consegna materiale informativo) è stato registrato sul listato fornito dall'azienda, contenente esclusivamente nome e cognome del dipendente (come precedentemente concordato), e informatizzato nel mese di dicembre, in un programma MS-Access.

Al ritiro dei questionari stile vita ed EPIC si è proceduto ad un controllo generale della completezza delle voci compilate.

Nel mese di Dicembre 2007 si è tenuta una riunione per valutare lo stato di avanzamento del progetto e l'organizzazione dei corsi tematici. In questa sede l'azienda ha informato che entro il 31 Dicembre sarebbe stata avviata la "procedura di mobilità" (licenziamento) per alcuni dipendenti. E' stato quindi necessario richiedere un aggiornamento dell'elenco del personale. Contemporaneamente sono state anche cercate delle alternative per raggiungere quella parte di dipendenti che aveva ritirato il questionario senza riconsegnarlo; tuttavia, poichè circa il 70% del personale è addetto agli impianti produttivi resta estremamente difficile raggiungerlo individualmente.

La riorganizzazione in atto ha comportato inoltre uno slittamento delle date d'inizio dei corsi da gennaio a febbraio 2008.

In sede di riunione ciascun medico titolare del corso ha esplicitato la propria organizzazione e fornito la tempistica in modo tale da programmare l'ultimazione dei corsi "L'educazione nutrizionale" e "Smettere di fumare" nel primo semestre 2008. Parallelamente la mensa aziendale è stata dotata di brochure, cartellonistica, tovaglette, che riassumono le caratteristiche di una dieta equilibrata.

Per quanto attiene "l'attività fisica" il programma di attuazione è stato concordato per il mese di settembre 2008.

Sempre nel mese di dicembre è stato trasmesso all'azienda l'elenco delle iscrizioni raccolte per la partecipazione ai corsi.

La Direzione aziendale, tuttavia, ha ritenuto necessario formalizzare la partecipazione con un'ulteriore registrazione, di propria iniziativa, che ha comportato un'emorragia di iscritti soprattutto nell'educazione nutrizionale, da 68 a 20, mentre le iscrizioni sul fumo sono passate da 23 a 15.

Per ovviare almeno parzialmente a questo problema, è stato proposto di somministrare un semplice questionario ai dipendenti che non avevano confermato l'iscrizione ai corsi di educazione nutrizionale. Il questionario è stato distribuito in allegato alla busta paga unitamente ad una lettera di invito a partecipare a corsi organizzati presso la sede ASL 1 di Massa. Inoltre, per favorire la riconsegna dei questionari, nel mese di marzo è stata predisposta una scatola chiusa sigillata con i loghi dell'ASL e del CSPO, presso la portineria della ditta, in modo che i dipendenti potessero lasciare il questionario compilato. L'annuncio di tale iniziativa è stato affisso presso la bacheca aziendale.

Lo scorso Giugno si è tenuta infine una ulteriore riunione presso l'ASL 1 di Massa per programmare gli aspetti tecnico organizzativi relativi allo svolgimento, nel mese di settembre, dei corsi sull'esercizio fisico.

3.5 Analisi dei questionari pre-intervento

Dei 355 dipendenti dichiarati negli elenchi consegnati dall'azienda, 13 risultavano già in pensione al momento della consegna del questionario. Si sono così potuti consegnare 242 questionari sulle abitudini di vita e 215 questionari EPIC, avendo avuto la restituzione di 175 e 159 questionari rispettivamente.

3.5.1 Caratteristiche del questionario sugli stili di vita

Il questionario, dedicato alla raccolta di informazioni sugli "stili di vita" individuali, consisteva di 9 sezioni ed aveva domande a risposta "chiusa". Le sezioni erano le seguenti:

1. *Dati generali*: data di nascita, peso, altezza, titolo di studio, stato civile, composizione del nucleo familiare, caratteristiche dell'alloggio e numero di abitanti di cui minori. Per le donne una domanda sul storia riproduttiva.
2. *Disturbi*: diagnosi riferita di ipertensione; ipercolesterolemia; dislipidemia; diabete; altri problemi. Giudizio soggettivo sul proprio stato di salute.
3. *Percezione del rischio lavorativo*: giudizio su presenza e intensità di fattori di rischio fisico-chimici e psico-sociali.
4. *Abitudini al fumo*: età d'inizio, durata, quantità giornaliera, eventuale età di cessazione, tentativi di cessazione, intenzione di cessare; indice di attaccamento alla sigaretta (test di Fagestrom) [4].
5. *Fumo passivo*: regolamentazione aziendale; durata dell'esposizione in azienda e in locali chiusi in generale (tempo libero e a casa);
6. *Attività fisica*: durata dei lavori domestici; sul lavoro; piani di scale saliti a piedi; attività fisica ludica;
7. *Bevande alcoliche*: opinioni e conoscenze sulle conseguenze dell'uso e abuso di alcol;

8. *Comportamenti alimentari e attitudini* a modificare il proprio peso anche attraverso l'esercizio fisico
9. *Programmi di prevenzione* in cui sia stato già coinvolto: offerte di partecipazione ricevute; effettiva partecipazione a programmi.

Per quanto riguarda invece il questionario EPIC, dedicato espressamente alle abitudini alimentari, per la descrizione della sua struttura si rimanda a voce bibliografica specifica [16]. Vale qui la pena di sottolineare comunque che tale questionario altamente standardizzato, è frutto di un gruppo di ricerca internazionale e che si basa sulla rappresentazione iconografica delle porzioni come criterio quantitativo principale [13]. Nelle figure 3 e 4 sono mostrate la prima pagina e una pagina interna del questionario nella quale è presente una rappresentazione iconografica di un piatto di spaghetti.



Figura 3: Prima pagina del questionario EPIC.

PRIMI PIATTI ASCIUTTI

Pensi sia al pranzo che alla cena

COME COMPILARE
COSÌ NON COSÌ

12 ► Normalmente quante volte mangia un PRIMO PIATTO DI PASTA o RISO (escluso le minestre in brodo)?
 N. volte alla settimana _____ oppure N. volte al mese _____ oppure N. volte all'anno _____ oppure Mai

Normalmente che tipo di PRIMO PIATTO ASCIUTTO mangia?
(risponda in ogni riga annerendo un cerchietto):

	mai o quasi	qualche volta	circa metà delle volte	il più delle volte	tutte le volte
13 ► PASTASCIUTTA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 ► PASTA ALL'UOVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 ► PASTA RIPIENA o AL FORNO (Tortellini, Cannelloni, Ravioli, Lasagne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 ► RISO e RISOTTI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quando mangia un PRIMO PIATTO DI PASTASCIUTTA lo condisce
(risponda in ogni riga annerendo un cerchietto):

	mai o quasi	qualche volta	circa metà delle volte	il più delle volte	tutte le volte
17 ► IN BIANCO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 ► AL SUGO DI POMODORO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 ► AL RAGÙ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 ► ALTRI SUGHI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21 ► Normalmente mangia un piatto di PASTASCIUTTA:
 più piccolo come questo tra i due come questo tra i due come questo più grande



M. TROIANO

4

Figura 4: Pagina interna del questionario EPIC che mostra differenti porzioni di spaghetti

3.5.2 Risultati

La descrizione che segue riguarda i risultati del solo questionario sugli stili di vita, mentre il questionario EPIC è ancora in fase di analisi. I 175 soggetti che hanno restituito il questionario compilato erano 166 uomini e 9 donne, con età media complessiva di circa 40 anni. Per quanto riguarda il titolo di studio il 72% dei soggetti ha conseguito il diploma di scuola superiore e, in relazione allo stato civile, il 70,9% dichiara di essere coniugato o convivente.

3.5.2.1 Caratteristiche generali del campione raccolto

Nelle tabelle 2 e 3 sono riportate le principali caratteristiche dei soggetti intervistati.

Tabella 2: Distribuzione dei lavoratori intervistati per sesso, titolo di studio e stato civile

		N	%
Sesso	Uomini	166	94.9
	Donne	9	5.1
Titolo di studio	Licenza elementare	1	0.6
	Diploma media inferiore	38	21.7
	Diploma media superiore	126	72
	Laurea	7	4
	Altro	3	1.7
Stato civile	Nubile/celibe	40	22.9
	Coniugato/Convivente	124	70.9
	Separato/Divorziato	9	5.1
	Vedovo/a	2	1.1

Tabella 3: Età e caratteristiche antropometriche per sesso dei lavoratori intervistati

	Uomini		Donne	
	Media	DS	Media	DS
Età	41.2	7.0	40.9	9.6
Peso	81.2	10.4	60.8	11.3
Altezza	176.7	6.2	163.8	6.1

Ai soggetti intervistati è stato chiesto di dare alcune informazioni circa il proprio stato di salute. Emerge che il 25.7% soffre di colesterolo alto, il 14.3% di pressione alta ed il 2.9% di diabete (figura 5).

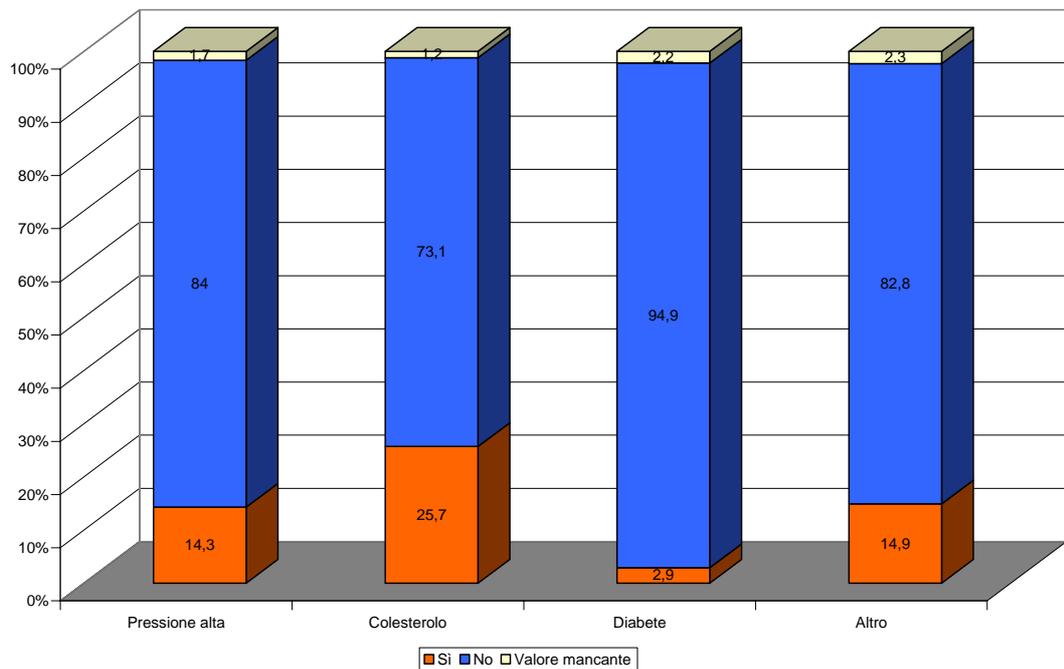


Figura 5 - Frequenza di malattie tra gli intervistati

E' stato anche chiesto di dare un giudizio sulla percezione che le persone hanno del proprio stato di salute nel complesso (figura 6) da cui si osserva una percentuale del 1,2% di soggetti che reputano cattiva la propria salute contro un 74,3% che la definiscono buona o molto buona.

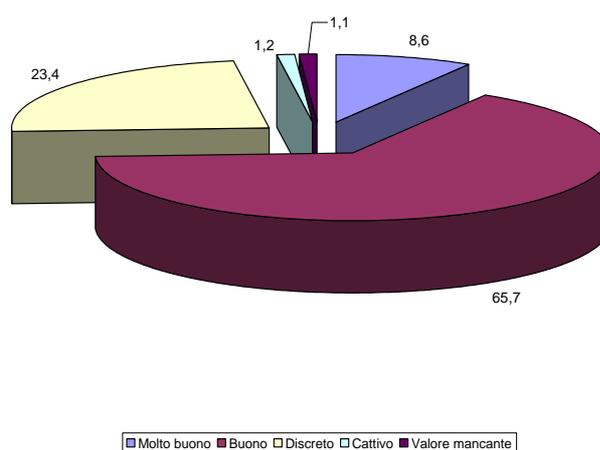


Figura 6 - Valutazione del proprio stato di salute

Una parte del questionario è rivolta alla percezione del rischio lavorativo. Nello specifico è stato chiesto ai soggetti di valutare l'organizzazione del lavoro nella propria azienda in termini di ritmi, turni ed autonomia nel lavoro, e di valutare il livello di protezione e sicurezza sul luogo di lavoro e la presenza di eventuali fattori di rischio. Nella figura 7 sono riportate le risposte a queste domande da cui si osserva che il 17.7% definisce non buona l'organizzazione aziendale contro un 32% che la definisce buona.

Più del 70% giudica il proprio ambiente di lavoro almeno sufficientemente sicuro anche se vi è un 16% di soggetti che dichiara assenza di protezioni.

Per quanto riguarda il livello di informazione del lavoratore circa i possibili fattori di rischio sul lavoro emerge circa un 27% di soggetti non informati.

All'intervistato è stato anche chiesto di definire i fattori di rischio presenti nel proprio ambiente lavorativo e di attribuire a ciascuno un punteggio da 1 a 10 per definirne il livello di presenza nel proprio ambiente lavorativo.

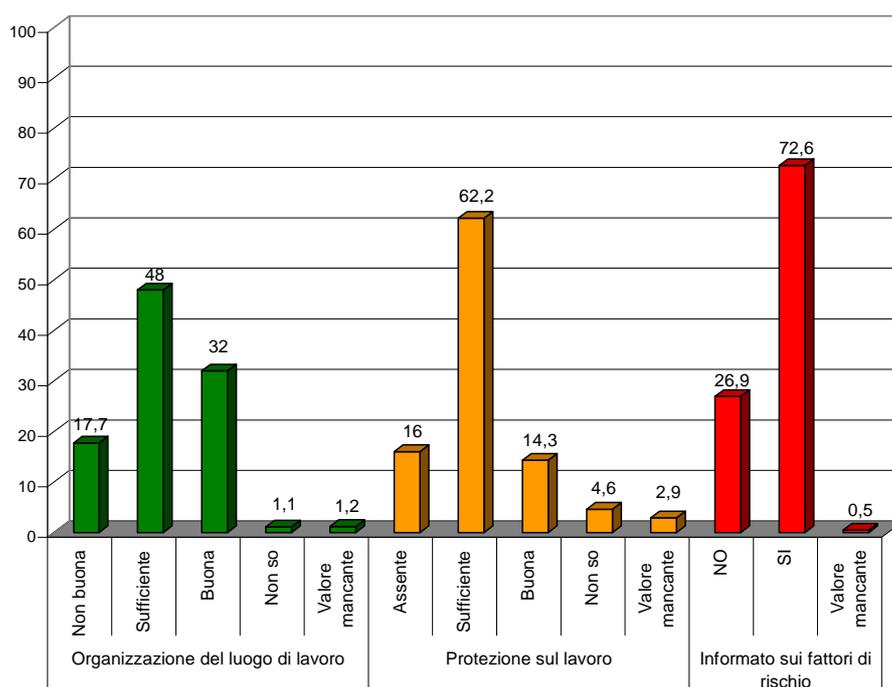


Figura 7 - Percezione del rischio lavorativo (percentuale)

In tabella 4 sono riportate la media aritmetica ed i percentili dei punteggi attribuiti al singolo fattore inquinante. Tra i fattori elencati emerge il rumore a cui sono state attribuite le valutazioni più alte, seguito dall'eccesso di caldo e da agenti chimici nocivi.

Tabella 4 - Percezione del tipo di rischio lavorativo

Fattore inquinante	Media	Mediana	25°perc	75°perc
Rumore	6.5	7	5	10
Caldo	4.9	5	2	8
Agenti chimici nocivi	4.2	4	1	7
Polveri	3.8	3	1	5
Campi elettromagnetici	3.4	2.5	1	5
Freddo	3.1	2	1	5
Agenti biologici	2.5	1	1	1
Radiazioni ionizzanti	1.3	1	1	1

3.5.2.2 Abitudine al fumo

Dei 175 soggetti intervistati 50, pari al 28.6%, dichiarano di essere fumatori, 88 (50.3%) dichiarano di non essere fumatori e 37 (21.1%) sono ex fumatori. Il 96% dei fumatori dichiara di fumare sigarette con il filtro e l'età media di inizio al fumo risulta di 19 anni. Mediamente vengono fumate circa 14 sigarette al giorno.

Dei 50 soggetti fumatori ve ne sono 34 (68%) che hanno desiderio di smettere, di questi 26 hanno già provato a farlo. Dei 18 soggetti che non hanno mai provato a smettere ve ne sono 8 che desiderano provarci.

Nella figura 8 sono riportate le principali abitudini dei fumatori volte a valutare il livello di dipendenza dalle sigarette secondo il test di Fagerstrom.

Test di Fagerstrom: Il Test di Fagerstrom è costituito da semplici domande, cui è stato attribuito un punteggio che permette di stabilire la dipendenza dalla nicotina. E' quindi indicativo del grado di dipendenza fisica indotto dalla sostanza contenuta nelle sigarette, ma non consente di definire quella psicologica, legata ai comportamenti che condizionano l'abitudine al fumo. La risposta al Test di Fagerstrom deve essere perciò discussa con il personale sanitario che, raccogliendo altre informazioni sul fumo di sigaretta, consiglierà il metodo più adeguato per smettere di fumare. Il test è stato ampiamente validato [4]

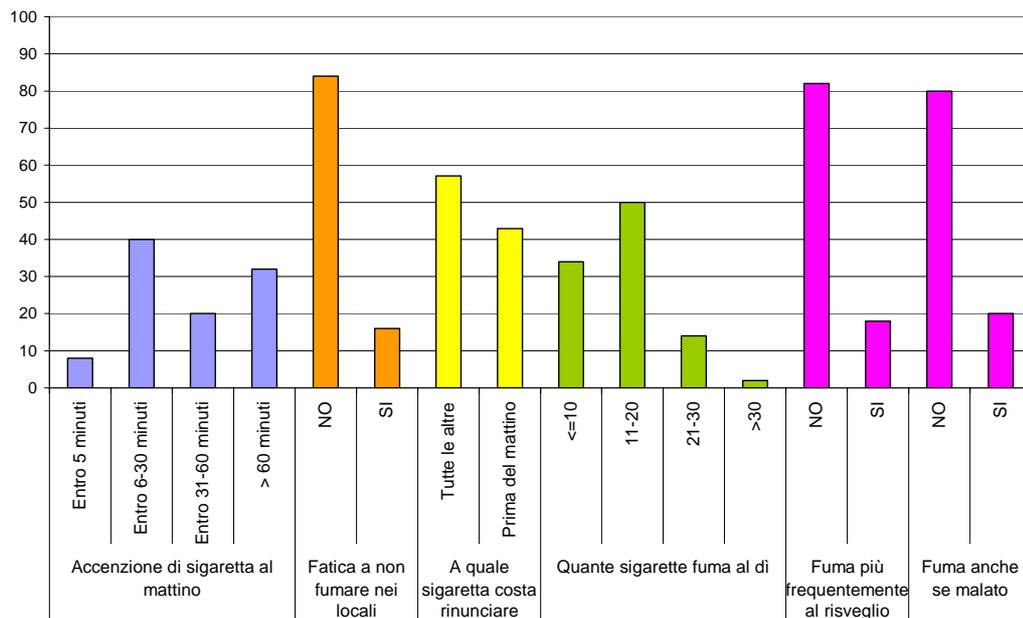


Figura 8 - Abitudini dei fumatori (test di Fagerstrom; percentuale)

Dal grafico si osserva che il 32% dei fumatori accende la prima sigaretta al mattino dopo un'ora dal risveglio contro un 68% di fumatori che accende la prima sigaretta entro un'ora dal risveglio. Oltre il 40% dichiara che la prima sigaretta al mattino risulta la più difficile a cui rinunciare, anche se solo il 18% afferma di fumare più frequentemente al risveglio.

Il 16% degli intervistati dichiara di fare fatica a non fumare nei luoghi in cui è proibito e vi è un 20% che afferma di fumare anche se malato.

Nella figura 9 è indicato il livello di dipendenza del fumatore ottenuto attribuendo un punteggio alle singole risposte ai quesiti precedentemente descritti. Il punteggio complessivo è stato suddiviso in quattro categorie.

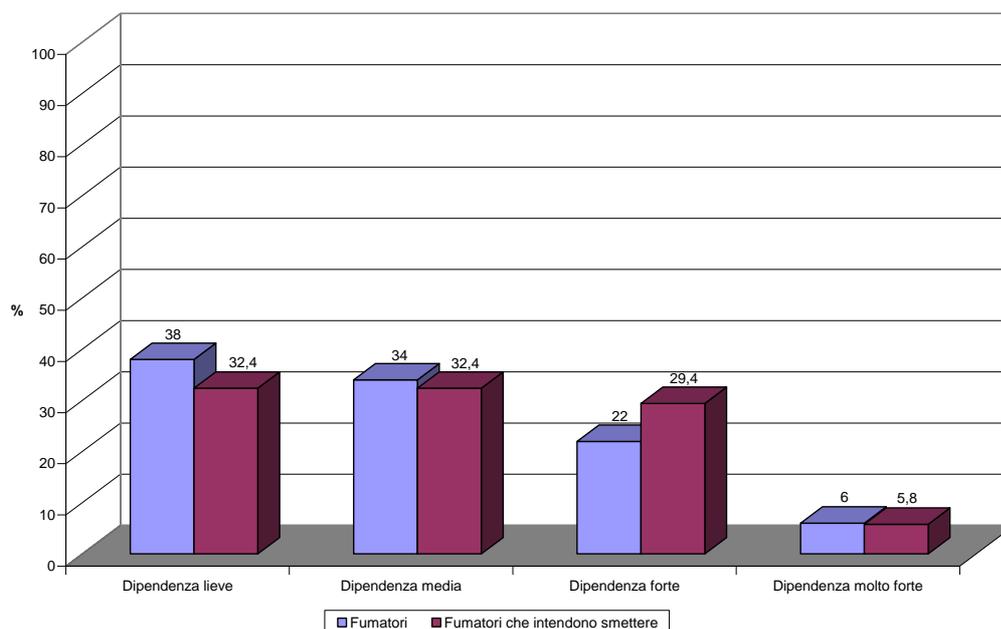


Figura 9 - Livello di dipendenza dei fumatori

Dal grafico si osserva che il 38% degli intervistati risulta avere una dipendenza lieve contro un 6% di dipendenza definita molto forte.

Se si considerano unicamente i fumatori che hanno dichiarato di voler smettere, si osserva una proporzione leggermente più bassa nei lievi fumatori ed una maggiore frequenza nei forti fumatori.

3.5.2.3 Fumo passivo

Per la valutazione di una possibile esposizione a fumo passivo sono state inserite nel questionario domande per valutare l'esposizione nel luogo di lavoro, nell'abitazione e nei locali pubblici. L'atteggiamento degli intervistati circa il fumo è, per l'81,7%, che è permesso fumare solo nelle aree per fumatori, per il 4,6% il fumo non è permesso in alcun luogo. E' stato chiesto agli intervistati di valutare la durata di una possibile esposizione giornaliera a fumo passivo nel proprio luogo di lavoro. Il 73,9% dei soggetti dichiara di non avere alcun tipo di esposizione, il 23% di avere un'esposizione di meno di un'ora al giorno e cinque soggetti hanno dichiarato un'esposizione da un

minimo di un'ora ad un massimo di 8 ore al giorno. Circa il 95% degli intervistati dichiara che nell'ultimo anno ha notato dei cambiamenti circa il regolamento aziendale sul fumo ed il 75% dei soggetti si dichiara d'accordo con l'affermazione che fumare nel proprio posto di lavoro è sempre meno accettato dai colleghi.

Per quanto riguarda l'esposizione a fumo passivo in casa, risulta che l'83.4% degli intervistati non è esposto ed un 10.3% è esposto per meno di un'ora al giorno, 4 soggetti hanno dichiarato esposizioni di alcune ore. Le regole in casa circa il fumo evidenziano che nella maggior parte dei casi il fumo non è permesso all'interno dell'abitazione o è consentito solo in alcune stanze.

Per quanto riguarda il fumo passivo nei locali pubblici, il 73.4% dichiara di non avere alcuna esposizione, mentre il 23.4% dichiara un'esposizione per una durata inferiore ad un'ora, 5 soggetti dichiarano esposizioni per più ore.

3.5.2.4 Consumo di bevande alcoliche

Per quanto riguarda il consumo di bevande alcoliche il 59.4% dichiara di bere vino, il 60.6% beve birra ed il 29.1% dichiara di bere liquori (figura 10).

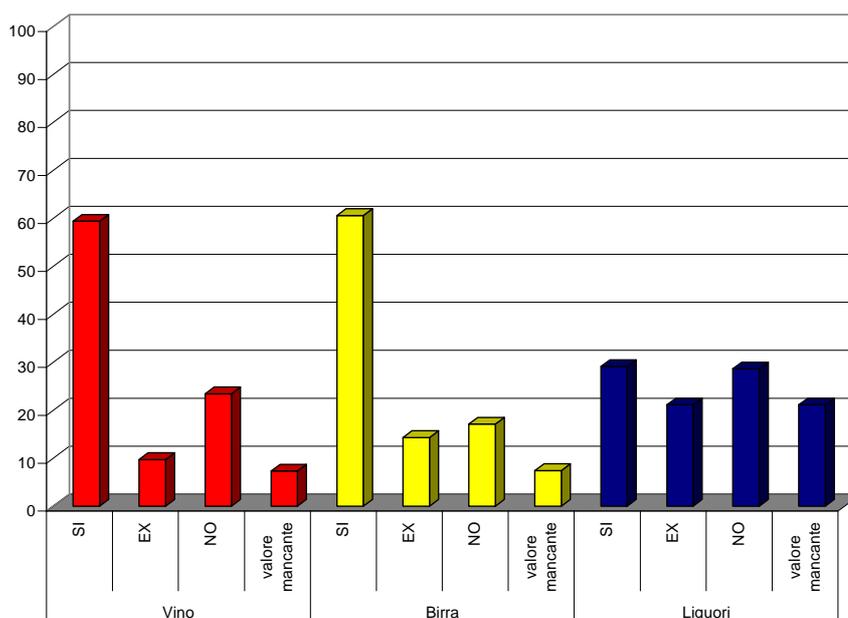


Figura 10 - Frequenza di consumo di bevande alcoliche (%)

Agli intervistati sono state chieste alcune opinioni circa gli effetti del consumo dell'alcool da cui è emerso che la maggior parte delle persone considera che l'alcool renda disinvolti, che abbia l'effetto di riscaldare e favorire la digestione (figura 11).

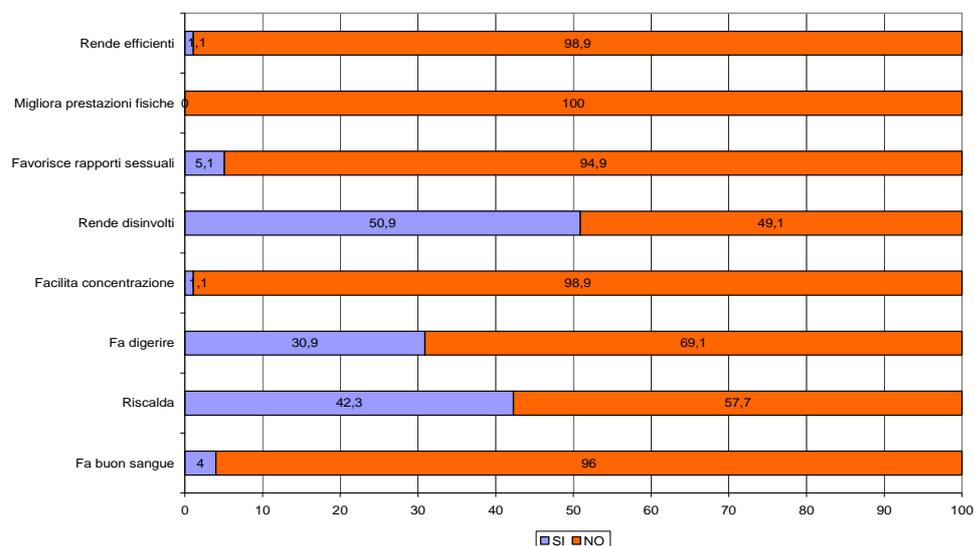


Figura 11 - Opinioni circa gli effetti del consumo di bevande alcoliche

Le più frequenti opinioni circa gli effetti del consumo di bevande alcoliche durante lo svolgimento del lavoro sono riferite alla ridotta capacità lavorativa e ad un aumento degli infortuni sul lavoro per coloro che bevono e per coloro che lavorano con i bevitori (figura 12).

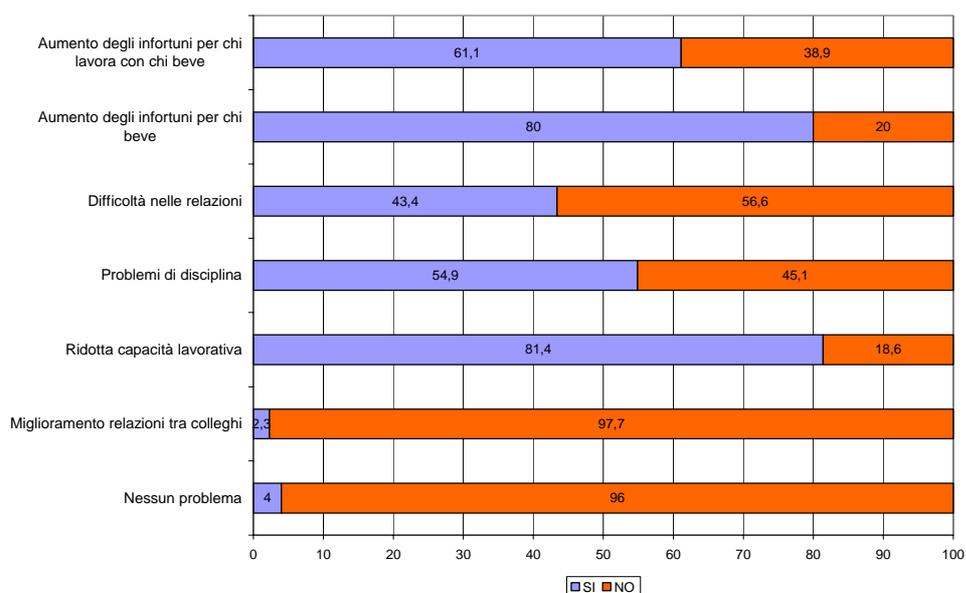


Figura 12 - Opinioni circa il consumo di bevande alcoliche sul luogo di lavoro

3.6 CORSO DI GRUPPO PER TABAGISTI

3.6.1 Organizzazione del corso

Nell'ambito dell'intervento più generale di promozione della salute è stato individuato un corso per la disassuefazione al fumo.

Il corso per tabagisti ha seguito il metodo cognitivo-comportamentale di gruppo, già utilizzato dal Centro Antifumo, che ha dato una percentuale di successo di astinenza da fumo di sigaretta ad un anno del 40%.

Il metodo utilizzato presso lo stabilimento non prevedeva l'utilizzo di farmaci per la cessazione da fumo.

Il corso di terapia di gruppo tenuto dal medico responsabile del Centro antifumo della Asl, è stato ripartito in otto incontri di due ore ciascuno, svolti durante l'orario di lavoro.

3.6.2 Risultati

Numero iscritti al corso : 15

- Età media dei partecipanti : 40 anni (dai 32 ai 53 anni)
- Sesso : tutti maschi
- Organizzazione del lavoro in turni settimanali (mattino-pomeriggio-notte)

Degli iscritti al corso:

- 2 non hanno mai partecipato al corso
- 1 ha partecipato ad un solo incontro
- 2 hanno partecipato solo a 4 incontri
- 10 hanno terminato il programma

Pertanto i risultati sono calcolati tenendo conto di 12 persone

- ⇒ 8 (60%) hanno fatto le “24h senza fumo”⁵
- ⇒ 2 (20%) non hanno fatto le “24 h senza fumo”
- ⇒ 2 (20%) hanno interrotto prima del termine previsto per l’effettuazione delle “24h senza fumo

Fra i 12 partecipanti ,al termine del corso,

- ⇒ 6 (50%) non fumano
- ⇒ 2 (16%) pur avendo fatto le 24h hanno ricominciato a fumare, ma hanno ridotto
- ⇒ 2 (16%) non hanno fatto le 24h
- ⇒ 2 (16%) hanno interrotto prima del termine previsto per le 24h

Al tempo zero:

- è stato somministrato il test di Fagestrom che valuta la dipendenza da nicotina. I risultati hanno rilevato un grado di dipendenza medio-forte. (5/6 punti)
- è stata effettuata la misurazione del monossido di carbonio (CO). I risultati hanno evidenziato alti livelli di CO ppm⁶ (valore medio 22 CO ppm/ Valore min. 18- Valore max. 28)

Elementi critici:

Le difficoltà aggiuntive emerse da questo corso sono:

- Un solo incontro alla settimana invece dei 2 previsti dal metodo
- Solo 8 incontri invece dei 12 previsti dal metodo
- Il fatto che i partecipanti sono tutti di sesso maschile (in quanto gli aspetti emotivo-cognitivi sono meglio indagati in gruppi misti)
- Il fatto che i partecipanti sono tutti turnisti (il lavoro organizzato con turni di notte crea maggiore difficoltà nella cessazione dal fumo di tabacco in quanto la sigaretta aiuta a mantenere uno stato di veglia).

⁵ Si intende per “24h senza fumo” un periodo di astinenza che doveva essere fatto alla vigilia del quarto incontro per poi proseguire sino all’astinenza

⁶ ppm: parti per milione.

- Il fatto che i partecipanti, tranne 1, sono persone giovani che non hanno patologie legate al fumo
- 2 interruzioni impreviste.

Gli argomenti trattati durante le sedute hanno riguardato tutti gli aspetti del fumo, dall'azione bivalente della nicotina ai danni provocati dal fumo di tabacco con conseguenti costi sociali e sanitari, dalle problematiche derivate dalla dipendenza a livello generale fino ai sintomi di astinenza diversi da individuo a individuo.

E' stata data particolare importanza e attenzione agli aspetti positivi che comporta lo smettere di fumare.

In questo senso è risultato importante fare la misurazione del CO perchè ha dimostrato la stretta connessione tra la diminuzione di sigarette fumate e la diminuzione del CO, gratificando e stimolando i partecipanti ad impegnarsi a smettere di fumare.

Sono state affrontati temi legati all'aumento ponderale, all'insonnia, all'irritabilità, alla depressione, alla difficoltà di concentrazione, insorgenti alla cessazione del fumo ma anche aspetti positivi come la soddisfazione per essere riusciti a raggiungere un obiettivo così importante e per molti dei partecipanti impensabile e i benefici che si fanno sentire in breve tempo per poi aumentare fino ad una scomparsa quasi totale dei danni causati dal tabagismo.

Altro argomento molto significativo e connesso alla buona riuscita del programma è il lavoro dei partecipanti, ma soprattutto il fatto che la maggior parte fa i turni di notte durante i quali la sigaretta è una compagnia, ma anche un modo per rimanere svegli.

Si è dedicato uno spazio particolare all'evidenziazione degli stimoli condizionati sia esterni-ambientali (che erano collegati alla consumazione, esempio: dopo il caffè, dopo il lavoro, durante una pausa ecc..) sia agli stati emotivi (ansia, irritabilità, insonnia o al contrario ipersonnia, depressione).

Costitutivi di quello stato emotivo, cognitivo comportamentale, che è denominato *craving* e alle strategie di fronteggiamento delle situazioni a rischio.

Il ***craving*** è definito, in generale, come desiderio irresistibile e irrefrenabile di ricerca e consumazione di una sostanza d'abuso. Si compone di diversi elementi (esterni ed interni all'individuo) ed è altamente predittivo della ricaduta. Quando gli stimoli condizionati si presentano, se l'individuo non ricade nel consumo della sostanza, si struttura il fenomeno dell'estinzione che fa sì che gli stimoli perdano di efficacia, quindi si è dato particolare rilievo a questi fenomeni e alle tecniche di fronteggiamento delle situazioni a rischio.

Poichè il *craving*, i sintomi astinenziali, le ricadute, sono sempre possibili a distanza di mesi o anni dalla cessazione di utilizzo di una sostanza, appare evidente che per una più completa valutazione dell'efficacia dell'individuo occorrerà aspettare almeno un anno.

Alla fine del corso è stato somministrato il questionario di gradimento del metodo:

I partecipanti hanno espresso soddisfazione per il metodo utilizzato che ritengono sia stato utile nell'invito alla riflessione, come rinforzo della motivazione, come rinforzo della fiducia in sé e nell'evidenziazione dei danni da fumo.

E' stata ripetuta la misurazione del CO che ha dato i seguenti risultati:

- Non fumatori: Valore medio 2 CO ppm
- Fumatori: Valore medio 8-10 CO ppm (il valore è diminuito perchè, pur non avendo smesso di fumare, hanno ridotto)

3.7 CORSI DI COUNSELING NUTRIZIONALE

3.7.1 Organizzazione del corso

Come previsto, si stanno svolgendo 2 corsi di counseling nutrizionale presso lo stabilimento di Massa. I corsi si stanno svolgendo in piena coerenza con il programma presentato all'inizio nella fase di progettazione. Non vi è stato abbandono da parte di alcun partecipante. Durante gli interventi si sono

create relazioni positive tra conduttori e partecipanti e tra partecipanti e partecipanti. E' stato distribuito a ciascuno materiale informativo (libretto), sono state inoltre consegnate le tovagliette da posizionare sui vassoi e la relativa cartellonistica esplicativa. Alcuni partecipanti hanno avuto difficoltà interpretative sul numero di porzioni da consumare dei vari alimenti rappresentati nelle tovagliette e questo perchè non hanno correlato le tovagliette alla cartellonistica: abbiamo pertanto deciso che, durante il prossimo incontro, si riprenderà l'argomento e più precisamente si specificherà meglio l'importanza della variabilità della dieta e delle scelte degli alimenti da consumarsi giornalmente all'interno dei singoli gruppi. Al termine dei due corsi verrà somministrato un test al fine di verificare se le aspettative sono state soddisfatte.

3.7.2 Risultati

CARATTERISTICHE DEI GRUPPI

Gruppo A:

- n° 8 persone di cui sei maschi e due femmine;
- ruolo: 5 impiegati e 1 operaio;
- peso: 2 normopeso; 5 sovrappeso ; 1 obeso;

Gruppo B:

- n° 10 persone tutti uomini ;
- ruolo: 10 operai;
- peso: 1 normopeso; 6 sovrappeso ; 3 obesi;

3.7.3 Criticità

Solo dopo ripetuti solleciti verbali, sono stati installati i distributori di alimenti particolari (frutta, yogurt, mousse di frutta) (figura 13); sulla base di quanto appreso relativamente ai principi di una corretta alimentazione, è stata

espressa la necessità di una revisione del menù relativa soprattutto alle modalità di preparazione e cottura degli alimenti.



Figura 13: Distributore di alimenti



Fig. 14: Tovaglietta coprivassoio

4. Conclusioni

Dato lo sviluppo della ricerca, in pieno svolgimento, non è possibile trarre conclusioni circa i risultati dell'intervento realizzato. Possono invece essere svolte alcune considerazioni sui problemi e le difficoltà che si incontrano nel costruire interventi di promozione della salute, in particolare nei luoghi di lavoro.

L'intervento di promozione della salute, per sua natura, non è reso obbligatorio per legge e quindi deve per forza prevedere un pieno accordo tra le parti che intervengono per realizzarlo. Nel caso specifico si tratta di ottenere il coinvolgimento convinto sia dei lavoratori, oggetto dell'intervento, sia della direzione aziendale che deve creare le condizioni pratiche per lo svolgimento dell'intervento. Ciò può avvenire quando l'iniziativa di promozione della salute è accettata e fatta propria dai protagonisti aziendali. Se l'azione viene accettata, ma vista come esterna alla propria funzione organizzativa, da parte del management aziendale o anche dagli stessi lavoratori, questo diventa un punto critico notevole. Questo potrebbe spiegare al momento la notevole diminuzione di iscritti ai corsi per la disassuefazione al fumo di sigaretta e per l'alimentazione sana, registrata dopo che la direzione aziendale aveva richiesto una conferma esplicita e individuale all'adesione formulata in prima istanza dai lavoratori.

Altro punto critico è stato quello legato alla complessità organizzativa di un intervento di questa natura. Raccogliere il materiale informativo validato, distribuirlo nei momenti giusti per raggiungere gli interessati, raccogliere l'adesione alla partecipazione ai corsi, organizzare i corsi in modo compatibile con l'organizzazione aziendale e con le modalità più favorevoli alla partecipazione dei lavoratori interessati, scegliere le caratteristiche dei contenuti dei corsi e concordare con i medici incaricati di svolgerli l'insieme dell'intervento, tutto questo ha creato un notevole impegno di lavoro e ha portato inevitabilmente a qualche disallineamento rispetto ai tempi e ai modi progettuali.

Detto questo dei limiti e dei problemi incontrati, è bene tuttavia sottolineare i meriti di questo studio. Per la prima volta nel nostro paese è in corso di svolgimento uno studio di promozione della salute nei luoghi di lavoro che, nelle premesse, consentirà una valutazione seria dei suoi risultati. La letteratura internazionale, esaminata nella prima parte di questa tesi, sottolinea l'utilità di effettuare interventi di promozione della salute e di stili di vita più sani proprio nei luoghi di lavoro, tuttavia questi interventi debbono essere sempre calibrati sulla realtà socioculturale del paese nel quale si svolgono, data l'essenziale importanza che è rivestita dal background locale (grado di divulgazione delle conoscenze relative, atteggiamenti nei confronti del „rischio“, attitudini al cambiamento, ecc.) nel suo svolgimento. E' quindi essenziale che vengano effettuati studi sull'efficacia pratica, applicativa di programmi che hanno mostrato risultati positivi in altri contesti. E' ciò che questo studio sta realizzando.

La capacità operativa di condurre esperienze così complesse si sviluppa solamente sul piano dell'esperienza pratica, facendo. Quanto realizzato da altri, soprattutto se in realtà molto differenti dalla nostra, può essere d'aiuto, ma non sostituirà mai l'esperienza propria. Questo primo intervento di valutazione di efficacia nel campo della promozione della salute tra i lavoratori rappresenta quindi un prezioso patrimonio di conoscenze sul “come-fare” (know-how), indispensabile per chiunque voglia proseguire in questo essenziale campo di studi.

Complessivamente si può dire che il corpus di conoscenze sull'efficacia degli interventi per la promozione della salute nei luoghi di lavoro e' tale da giustificare anche nel nostro paese l'adozione di strategie per interventi in questo campo. Tuttavia occorre sottolineare la necessità di procedere a misurare l'efficacia *hic et nunc* (qui ed ora) di strategie che pure abbiano avuto successo in altri contesti socio-culturali. E' per questo che dovrebbero svilupparsi maggiormente anche in Italia studi di valutazione.

5. Contributo dell'assistente sanitario alla realizzazione dello studio

Nella realizzazione di questo studio che si è avvalso di un'equipe multidisciplinare, la figura professionale dell'assistente sanitario ha rivestito un ruolo significativo. In particolare ha contribuito alla preparazione del progetto e alla sua realizzazione pratica.

La prima fase è stata quella di raccolta dati e informazioni sulla struttura produttiva della ditta. In seguito le assistenti sanitarie intervenute hanno condotto incontri con il personale dirigente della ditta e con i lavoratori per la raccolta dell'adesione allo studio. Hanno poi contribuito alla predisposizione degli strumenti d'indagine (questionari, brochure che illustravano l'intervento, pieghevoli di propaganda, ecc.) garantendo la corretta organizzazione dello studio. Poi hanno effettuato la distribuzione e la raccolta degli strumenti d'indagine, preoccupandosi di favorire l'adesione (*compliance*) dei soggetti coinvolti e hanno raccolto l'adesione ai corsi di educazione sanitaria, spiegando, anche a livello individuale, il significato di tali corsi. Compito delle assistenti sanitarie in questo studio è stato anche quello di alimentare il data base delle informazioni raccolte, sia sul versante dei dati di gestione dello studio (elenchi degli eligibili e dei partecipanti; scadenziario; ecc.), sia per quanto riguarda l'archiviazione dei dati dello studio (registrazione dei risultati dei questionari; controllo di qualità sui dati, ecc.). Infine hanno proceduto ad alcune analisi preliminari, a carattere descrittivo dei dati così archiviati.

In sintesi si può dire che l'assistente sanitario in questo genere di situazione abbia contribuito col proprio lavoro a:

1. Raccogliere l'adesione "informata", indispensabile da un punto di vista etico in questo genere di studi a carattere sperimentale;
2. Predisporre gli strumenti d'indagine, su indicazione del responsabile scientifico;
3. Organizzare praticamente, sul campo, l'intervento sia per gli aspetti di raccolta della base-line pre-intervento, sia per l'effettuazione dell'intervento vero e proprio (corsi di educazione sanitaria), sia infine per la rilevazione del post-intervento;

4. Effettuare un primo *counselling*⁷ “breve” al fine di motivare i lavoratori a partecipare allo studio;
5. Contribuire all’effettuazione del Data management, usando software ad hoc predisposto da esperti informatici.
6. Realizzare un’analisi epidemiologica elementare dei dati raccolti soprattutto a fini di *debugging*⁸ degli errori.

⁷ Counselling: nell’accezione che qui si richiama può essere definito come “Informazione/educazione rivolta a singoli o a piccoli gruppi, promossa e attuata da operatori sanitari”. [2]

⁸ Debugging degli errori: **Debugging** (o semplicemente **debug**) è un’attività che consiste nella individuazione della porzione di software affetta da errore ([bug](#)) rilevati nei software a seguito dell’utilizzo del programma. Per estensione serve a significare ogni attività di rilevazione ed eliminazione di errori in dati elettronici.

6. Ringraziamenti

Queste parole sono dedicate alle persone che mi hanno aiutato, partecipando con la loro professionalità a raggiungere questo obiettivo. In particolare ringrazio la d.ssa Elisabetta Chellini che mi ha permesso di collaborare allo studio oggetto di questa tesi e mi ha seguito e consigliato con attenzione. Ringrazio anche il dott. Giuseppe Gorini, coordinatore operativo dello studio pilota, che ha fornito tutti i ragguagli necessari alla stesura del testo. Un affettuoso ringraziamento alle colleghe Assistenti Sanitarie Valentina Cacciarini e Annamaria Badiali che mi hanno resa pienamente partecipe del lavoro svolto.

Un pensiero di riconoscenza anche alle due coordinatrici del corso di laurea in Assistenza Sanitaria, d.ssa Simona Belli e d.ssa Maria del Carmen Martinez per l'assidua presenza e il continuo supporto fornito durante questo corso di studi.

Ma soprattutto queste parole sono dedicate ai miei familiari Alberto, Jana ed Eva, per la pazienza mostrata in questi intensi mesi ed anche in occasione della stesura di questa tesi.

7. Bibliografia

1. Bowen, D.J., Beresford, S.A. (2002). Dietary interventions to prevent disease. *Annual Review of Public Health*, 23, 255-286.
2. Comodo N, Maciocco G. (a cura di) Igiene e Sanità Pubblica – Manuale per le Professioni Sanitarie. Carocci Editore, Roma, 2002
3. Fitzpatrick-Lewis, D.J.; Thomas, H.; Washik, K. (2008) The effectiveness of interventions in the workplace to reduce substance misuse (alcohol and drugs). Effective Public Health Practice Project, McMaster University, Hamilton, Ontario.
4. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker R, Fagerstrom KO. (1991) The Fagerstrom Test for nicotine dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 86:1119-27.
5. Hillsdon, M., Foster, C., Thorogood, M. (2005). Interventions for promoting physical activity (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
6. Marcus, B.H., Owen, N., Forsyth, L.H., Cavill, N.A., Fridinger, F. (1998). Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), 362-378.
7. Ministero della Salute, *Guadagnare salute – Rendere facili le scelte salutari*. Documento approvato dal Consiglio dei Ministri del 17 Febbraio 2007, reperibile all'indirizzo http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf

8. Moher, M., Hey, K., Lancaster, T. (2005). Workplace interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 3*.
9. *National Institute of Public Health (NIPH)*. (1997) Determinants of the Burden of Disease in the EU. Stockholm: NIPH,.
10. Ogilvie, D., Foster, C.E., Rothnie, H., Cavill, N., Hamilton, V., et al. (2007). Interventions to promote walking: Systematic review. *British Medical Journal*, 334(7605):1204. E-pub 2007 May 31.
11. OMS Organizzazione Mondiale della Sanità (1978) *Dichiarazione di Alma Ata Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria* Alma-Ata, URSS, 6-12 settembre 1978 (Trad.It. in: *Punto Omega* n.2/3, Provincia Autonoma di Trento - Assessorato alle Politiche sociali e alla salute, 2000)
http://www.trentinosalute.net/context_biblioteca.jsp?ID_LINK=100&area=44
12. OMS Organizzazione Mondiale della Sanità (1986) *Carta di Ottawa* Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute. Ottawa, Canada, 7-21 novembre 1986 (Trad.It. in: *Punto Omega* n.2/3, Provincia Autonoma di Trento - Assessorato alle Politiche sociali e alla salute, 2000)
http://www.trentinosalute.net/context_biblioteca.jsp?ID_LINK=100&area=44 .
13. Pala V, Sieri S, Palli D, Salvini S, Berrino F, Bellegotti M, Frasca G, Tumino R, Sacerdote C, Fiorini L, Celentano E, Galasso R, Krogh V (2003): Diet in the Italian EPIC cohorts: presentation of data and methodological issues. *Tumori*, 89: 594-607.

14. Peersman, G., Harden, A., Oliver, S. (1998). Effectiveness of health promotion interventions in the workplace: a review. London: Health Education Authority.
15. Penasso M, Suglia A. (a cura di) (2007) Promozione della salute nei luoghi di lavoro – Alimentazione ed attività motoria: prove di efficacia e buone pratiche. DoRS Regione Piemonte, Settembre 2007.
16. Pisani P, Faggiano F, Krogh V, Palli D, Vineis P, Berrino F (1997) Relative validity and reproducibility of a food-frequency dietary questionnaire for use in the Italian EPIC centres. *Int J Epidemiol*, (Suppl 1): S152-S160,
17. Proper, K.I., Koning, M., van der Beek, A.J., Hildebrandt, V.H., van Mechelen, W. (2003). The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 13(2), 106-117.
18. Roe, L., Hunt, P., Bradshaw, H., Rayner, M. (1997). Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population: a review. London: Health Education Authority.
19. Seymour, J.D., Lazarus Yaroch, A., Serdula, M., Michels Blanck, H., Kettel Khan, L. (2004). Impact of nutrition environmental interventions on point-of-purchase behaviour in adults: A review. *Preventive Medicine*, 39, S108-S136.
20. Smedslund, G., Fisher, K.J., Boles, S.M., Lichtenstein, E. (2004). The effectiveness of workplace smoking cessation programmes: A meta-analysis of recent studies. *Tobacco Control*, 13, 197-204.

21. Sorensen G, Barbeau E M. (2004) Steps to a Healthier US Workforce: Integrating Occupational Health and Safety and Worksite Health Promotion: State of the Science Commissioned paper for The National Institute of Occupational Safety and Health *Steps to a Healthier US Workforce* Symposium October 26-28, 2004, Washington, D.C.
http://www.cdc.gov/niosh/worklife/steps/pdfs/NIOSH%20integration%20oms_post-symp%20revision_trckd%20done.pdf
22. Sorensen G, Barbeau E M. (2006) Integrating Occupational Health, safety and worksite health promotion: opportunities for research and practice – *Med Lav*. Mar-Apr;97(2):240-57.
23. Sorensen G, Stoddard AM, LaMontagne AD, Emmons K, Hunt MK, Youngstrom R, McLellan D, Christiani DC. (2002) A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behavior change results from a randomized controlled trial (United States). *Cancer Causes Control*. Aug;13(6):493-502.

7. Sitografia

Cochrane Collaboration <http://www.cochrane.org/reviews/>

Cochrane Public Health Group <http://www.ph.cochrane.org/en/index.html>

Cochrane Occupational Health Field
<http://www.ttl.fi/Internet/partner/Cochrane/>

DARE, Database of Abstracts of Reviews of Effects
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/> si trova all'interno del sito del *Centre for Review and Dissemination* dell'Università di York, UK.

ENWHP European Network for Workplace Health Promotion
<http://www.enwhp.org/index.php?id=4>

Health-Evidence.ca <http://health-evidence.ca/home> sito del Canadian Institute for Health Research

IUHPE International Union for Health Promotion and Education
<http://www.iuhpe.org/>

KEN – Knowledge Exchange Network of the Canadian Cancer Society
Manitoba Division
http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3331_407538771_langId-en,00.html

NICE - *National Institute for Health and Clinical Excellence*
<http://www.nice.org.uk/Guidance/PHIG> pagine dedicate alle Linee-Guida di Public Health.

Task Force on Community Preventive Services

<http://www.thecommunityguide.org/> Guide to Community Preventive Services

WHO - Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through
Diet and Physical Activity

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace/en/index.html>

Appendice: questionario “Stili di vita”



Questionario Stili di Vita

Studio Pilota Eaton Massa / Studio Pilota Ospedale Versilia

N.ID _____ Data compilazione _____ g _____ m _____ a _____

Le seguenti domande riguardano soprattutto le sue abitudini di vita. Le informazioni raccolte sono contraddistinte da un codice univoco personale e saranno utilizzate in programmi di ricerca scientifica, in forma anonima sempre priva di riferimenti che possano permettere l'identificazione personale, e con l'obiettivo di studiare alcuni fattori di rischio per le malattie più frequenti nella popolazione e cercare di capire come riuscire a prevenire queste malattie. Gli operatori che hanno accesso all'informazione sono tenuti all'obbligo della riservatezza. Le sue risposte non saranno viste da nessuno nel suo posto di lavoro.

Consenso informato

Accetto all'utilizzo delle informazioni che fornisco con questo questionario, sapendo che il loro trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nel rispetto della mia riservatezza e dei miei diritti, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n° 196 in materia di protezione dei dati personali (Codice Privacy).

Firma _____ Data _____/_____/____

Responsabile dello studio e del trattamento dati
 Dr.ssa Adele Seniori Costantini
 Direttore U.O. Epidemiologia Ambientale-Occupazionale
 Centro Studio e Prevenzione Oncologica
 Istituto Scientifico della Regione Toscana
 Sede legale: via di S. Silvi 12, 50135 Firenze
 Tel 055-6268349/45
[e-mail: a.seniori@cspto.it](mailto:a.seniori@cspto.it)

1. DATI GENERALI

Mi può dire la sua data di nascita? _____

Qual è il suo peso? _____ Kg e la sua altezza? _____ cm

Sesso maschile femminile

Qual'è il suo titolo di studio?

- Licenza elementare
 Diploma di scuola med. inferiore o avviamento professionale
 Diploma di scuola media superiore
 Laurea
 Altro _____ specificare

Lei è

- ubile/Celibe
coniugato/convivente
separato/divorziato/a
vedovo/a

Composizione nucleo familiare

- vivo da solo
vivo in famiglia (coninge/compagno, con figli/senza figli)
vivo con altre persone (parenti, amici)
 Ill altro, specificare _____

Quanti locali ha la casa in cui abita? (escluso bagno, cucina, garage) _____

In totale, in quante persone vi abitate? _____

Attualmente ci sono minori in casa? sì -> quanti? _____ no

RISERVATO ALLE DONNE.

Ha avuto bambini? sì -> quanti? _____ no

Attualmente ha ancora i suoi cicli mestruali?

- sì -> quante volte ha avuto le mestruazioni negli ultimi 12 mesi? _____
 no

2. DISTURBI

Un medico le ha mai diagnosticato le seguenti malattie?

Pressione alta
 Sta prendendo medicine per la pressione alta? SI NO
 SI NO

Colesterolo o trigliceridi alti
 Sta prendendo medicine per il colesterolo? SI NO
 SI NO

Diabete
 Sta prendendo medicine per il diabete? SI NO
 SI NO

Ha altri problemi di salute che ci vuole segnalare? SI NO
 specificare

Come giudica il suo stato di salute?
 Molto buono Buono Discreto Cattivo Pessimo

3. PERCEZIONE DEL RISCHIO LAVORATIVO

Come giudica l'organizzazione del lavoro nella sua azienda (ritmi, orario di lavoro, turni, grado di autonomia nel lavoro)?
 Buona Sufficiente Non buona Non so

Come giudica il suo specifico ambiente di lavoro dal punto di vista della noività e la sicurezza?
 Ben protetto Sufficientemente protetto Non protetto Non so

Nel reparto/ settore in cui ha lavora, secondo lei, in quale misura (da 1 a 10) sono presenti i seguenti fattori di rischio (indicare con 1 se poco o per nulla presenti, con 10 se molto presenti)?

Rumore	_____
Freddo	_____
Caldo	_____
Fumi, esalazioni	_____
Polveri	_____
Campi elettromagnetici	_____
Radiazioni ionizzanti (es. RX)	_____
Agenti chimici nocivi	_____
Agenti biologici	_____

E' stato informato sui fattori di rischio relativi al suo lavoro al momento dell'ingresso in azienda?
 SI NO

Dia una valutazione complessiva del suo luogo di lavoro (con un voto da 1 a 10) _____

4. ABITUDINE AL FUMO

Fuma? SI NO

Ha mai fumato in passato? SI NO (VADA A PAG.6)

A che età ha iniziato a fumare? _____
 A che età ha smesso di fumare? _____ (VADA A PAG.5)

Abituamente fuma: sigarette con filtro sigarette senza filtro sigari
 sigarette con e senza filtro

Se fuma sigarette:
 in media, quante sigarette fuma al giorno? _____

A quale età ha iniziato a fumare? _____

Quando accende la prima sigaretta?
 Appena sveglia
 Dopo colazione
 Più tardi

Ha desiderio di smettere?
 SI NO

Ha provato a smettere?
 SI NO

Vuole provare? SI NO (VADA A PAG.5)

Vuole provarci entro il prossimo mese? (VADA A PAG.5)
 SI NO, NON SO

Quante volte? _____ Per quanto tempo totale? _____

Ha provato a smettere nell'ultimo anno?
 SI NO

Per quanto tempo non ha fumato in quest'ultimo tentativo?
 meno di 1 mese 3 mesi 6 mesi 7-12 mesi

Che metodo ha usato in quest'ultimo tentativo?
 ho smesso da solo gruppi per smettere di fumare cerotto/altri prodotti con nicotina
 altri farmaci altro

Durante l'ultimo anno, è stato incoraggiato a smettere di fumare da amici, parenti, colleghi di lavoro? SI, molto SI, un poco No

Vuole provarci ancora? SI NO, NON SO (VADA A PAG.5)

Vuole provarci entro il prossimo mese? SI NO, NON SO
 (VADA A PAG.5)

RISERVATO A FUMATORI/EX-FUMATORI

Quante sigarette al giorno fumava di solito nelle età indicate?

- quando aveva circa 20 anni: con filtro senza filtro
- quando aveva circa 30 anni: con filtro senza filtro
- quando aveva circa 40 anni: con filtro senza filtro
- quando aveva circa 50 anni: con filtro senza filtro

RISERVATO AI FUMATORI

Test: scopri il suo grado di dipendenza alle sigarette

Facendo questo semplice test, calcolerà da solo qual è il suo livello di attaccamento alle sigarette.

Domande	Risposte	Punti
Dopo quanto tempo dal risveglio accende la sigaretta?	<input type="checkbox"/> Entro 5 minuti <input type="checkbox"/> Entro 6-30 minuti <input type="checkbox"/> Entro 31-60 minuti <input type="checkbox"/> Dopo 60 minuti	3 2 1 0
Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, mezzi pubblici, ristoranti, ecc)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	1 0
A quale sigaretta le costa di più rinunciare?	<input type="checkbox"/> La prima del mattino <input type="checkbox"/> Tutte le altre	0 0
Quante sigarette fuma al giorno?	<input type="checkbox"/> 10 o meno <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31 o più	0 1 2 3
Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	1 0
Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	1 0
Totale		
Punteggio totale 0-2 = livello di dipendenza lieve		
Punteggio totale 3-4 = livello di dipendenza media		
Punteggio totale 5-6 = livello di dipendenza forte		
Punteggio totale 7-10 = livello di dipendenza molto forte		

5. FUMO PASSIVO

Quale affermazione meglio descrive il regolamento della sua azienda sul fumo?

Fumare non è permesso in nessun luogo

Fumare è permesso solo in alcune aree per fumatori

Fumare non è permesso, però alcuni fumano in aree non per fumatori (esempio: bagno)

Non so

Quante ore al giorno trascorre attualmente esposto a fumo passivo nel posto di lavoro?

Mai meno di 1 ora al giorno _____ ore al giorno

In quest'ultimo anno ha notato un cambiamento rispetto al regolamento aziendale sul fumo?

- Sì, è stata definita l'area per fumatori _____
- Sì, specificare _____
- No, è come prima _____
- Non so _____

E' d'accordo con la seguente affermazione: fumare nel proprio posto di lavoro è sempre meno accettato dai compagni di lavoro:

- Sono d'accordo
- Non so
- Non sono d'accordo

C'è qualche fumatore in casa sua?

- Sì No

Quale affermazione meglio descrive le regole sul fumo a casa sua?

- Non è permesso fumare in alcuna stanza
- E' permesso fumare in alcune stanze o in alcuni orari o situazioni
- E' permesso di fumare ovunque
- Non so

Quante ore al giorno trascorre esposto a fumo passivo a casa?

- Mai meno di 1 ora al giorno _____ ore al giorno

Quante ore al giorno trascorre esposto a fumo passivo in locali chiusi nel tempo libero?

- Mai meno di 1 ora al giorno _____ ore al giorno

6. ATTIVITA' FISICA

ATTIVITA' FISICA IN CASA
In genere quante ore al giorno impiega nei lavori domestici? (faccia riferimento a specifici lavori domestici, come apparecchiare, sporcicare la tavola, pulire la casa..., ma non ai lavori "fai da te" tipo bricolage, per i quali è prevista una domanda specifica)

nessuna meno di 1 ora 1-2 ore 3-4 ore 5-6 ore più di 7 ore

ATTIVITA' FISICA SUL LAVORO
Qual tipo di attività fisica comporta il suo lavoro?
 LAVORO SEDENTARIO: passa la maggior parte del tempo seduto/a (come in ufficio)
 LAVORO IN PIEDI: passa la maggior parte del tempo in piedi o camminando. Non è però richiesto uno sforzo fisico intenso (come: commesso/a, barbiere, barista, parrucchiere, vigile)
 LAVORO MANUALE: Viene richiesto un certo sforzo fisico come maneggiare oggetti pesanti o attrezzi (esempio: stiniche, falegname, collibratrice domestica, idraulico, elettricista)
 LAVORO MANUALE PESANTE: Viene richiesto un certo sforzo fisico vigoroso nel maneggiare oggetti molto pesanti (esempio: agricoltore; operato/a di impresa di pulizie, minatore, fischione)

QUANTI PIANI DI SCALE SALE IN TOTALE AL GIORNO (consideri a casa e al lavoro)
 Nessuna 1-2 3-4 5-6 7-9 10-12 III 13-15 16-20 21 o più

ATTIVITA' FISICA SETTIMANALE NEL TEMPO LIBERO (o comunque fuori dal lavoro)
In una tipica settimana durante l'ultimo anno quante ore ha impiegato in ciascuna di queste attività:

CAMMINARE A PIEDI (incluso per recarsi al lavoro, fare la spesa, passeggiare)
 IN ESTATE: mai meno di 1 ora 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11 ore o più
 IN INVERNO: mai meno di 1 ora 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11 ore o più

ANDARE IN BICICLETTA (incluso per recarsi al lavoro e nel tempo libero)
 IN ESTATE: mai meno di 1 ora 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11 ore o più
 IN INVERNO: mai meno di 1 ora 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11 ore o più

GIARDINAGGIO/ORTO
 IN ESTATE: mai meno di 1 ora 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11 ore o più
 IN INVERNO: mai meno di 1 ora 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11 ore o più

PICCOLI LAVORI "FAI DA TE"
 IN ESTATE: mai meno di 1 ora 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11 ore o più
 IN INVERNO: mai meno di 1 ora 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11 ore o più

ESERCIZIO FISICO (incluso palestra, piscina, tennis, corsa, etc.)
 IN ESTATE: mai meno di 1 ora 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11 ore o più
 IN INVERNO: mai meno di 1 ora 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11 ore o più

Pratica alcune delle attività sopra elencate così intensamente da sudare?
 sì SI NO

Se sì, per quante ore la settimana? mai meno di 1 ora 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11 ore o più

7. CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE

Alle bevande alcoliche sono comunemente attribuite delle caratteristiche. Di seguito, ne trova alcune. Le chiediamo di dare la Sua opinione. Risponda a tutte le domande:

L'alcol fa buon sangue SI NO
 L'alcol riscalda SI NO
 L'alcol fa digerire SI NO
 L'alcol facilita la concentrazione SI NO
 L'alcol rende più disinvolto SI NO
 L'alcol facilita i rapporti sessuali SI NO
 L'alcol migliora le prestazioni fisiche SI NO
 L'alcol rende più efficienti SI NO

Che cosa può determinare il consumo di bevande alcoliche nel luogo di lavoro? (e' possibile dare più di una risposta)

Nessun problema
 Miglioramento delle relazioni tra lavoratori
 Ridotta capacità lavorativa
 Problemi di disciplina
 Difficoltà nelle relazioni tra lavoratori
 Aumento degli infortuni sul lavoro per chi beve
 Aumento degli infortuni sul lavoro per coloro che lavorano assieme a chi beve

Secondo la legge, per guidare bisogna avere una concentrazione di alcol nel sangue inferiore a 0,5 gr/l. Secondo Lei, per non superare questo limite quanti bicchieri di vino, o lattine di birra, o bicchierini di superalcolici si possono bere?

___ bicchieri di vino
 ___ lattine di birra
 ___ bicchierini di superalcolici

Si ritiene che molti infortuni sul lavoro siano legati al consumo di alcolici. Secondo Lei, per non incorrere in infortuni sul lavoro quanti bicchieri di vino, o lattine di birra, o bicchierini di superalcolici si possono bere?

___ bicchieri di vino
 ___ lattine di birra
 ___ bicchierini di superalcolici

Nel Suo posto di lavoro ci sono regole formali che limitano il consumo di bevande alcoliche?

E' permesso bere in alcune ore definite per il consumo (es. pausa mensa)
 E' permesso bere durante l'intero orario lavorativo
 E' proibito bere durante l'intero orario lavorativo
 E' proibito bere solo per alcune categorie professionali
 E' proibito bere, ma non è rispettato il divieto
 Non so

Attualmente beve:
 Vino SI NO, ma in passato lo bevevo NO, mai bevuto
 Birra SI NO, ma in passato la bevevo NO, mai bevuto
 Liquori/superalcolici SI NO, ma in passato il bevevo NO, mai bevuto

8. COMPORTEMENTI

Nell'ultimo anno, ha deciso di fare più esercizio fisico?
 Sì, negli ultimi 6 mesi ho fatto più esercizio fisico di quanto ne facessi prima
 Sì, e da più di 6 mesi che faccio più esercizio fisico
 No

Pensa seriamente di dover iniziare a fare più esercizio fisico?
 Sì, entro i prossimi 30 giorni
 Sì, entro i prossimi 6 mesi
 Francamente no

Nell'ultimo anno, ha deciso di perdere peso?
 Sì, negli ultimi 6 mesi ho perso un po' di peso
 Sì, e da più di 6 mesi che sto perdendo peso
 No

Pensa seriamente di perdere peso?
 Sì, entro i prossimi 30 giorni
 Sì, entro i prossimi 6 mesi
 Francamente no

Quante porzioni di frutta e verdura mangia al giorno? (non consideri le patate e i legumi come fagioli, ceci, ecc)
 Non ne mangio Meno di 1 porzione 1 porzione 2 porzioni al giorno

Nell'ultimo anno, ha deciso di mangiare più frutta e verdura?
 Sì, negli ultimi 6 mesi ho mangiato più frutta e verdura
 Sì, e da più di 6 mesi che mangio più frutta e verdura
 No

Pensa seriamente di dover mangiare più frutta e verdura?
 Sì, entro i prossimi 30 giorni
 Sì, entro i prossimi 6 mesi
 Francamente no

Quante porzioni di carne rossa mangia in una settimana? (consideri sia carne fresca (bovini, ovini, suini) sia conservata (insaccati))
 Non ne mangio Meno di 1 porzione 1 porzione 2 porzioni alla settimana

Nell'ultimo anno, ha deciso di mangiare meno carne rossa? (compreso maiale e insaccati)
 Sì, negli ultimi 6 mesi ho mangiato meno carne rossa di quanto ne mangiassi prima
 Sì, e da più di 6 mesi che mangio meno carne rossa
 No

Pensa seriamente di dover mangiare meno carne rossa?
 Sì, entro i prossimi 30 giorni
 Sì, entro i prossimi 6 mesi
 Francamente no

Ha già fatto un tentativo di perdere peso nell'ultimo anno?
 Sì No

Ha già fatto un tentativo di mangiare più frutta e verdura nell'ultimo anno?
 Sì No

Ha già fatto un tentativo di mangiare meno carne rossa nell'ultimo anno?
 Sì No

9. PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Le è stato offerto di partecipare a un programma di screening? Se sì, quale?
 Sì
 Mammografia (screening per tumore al seno)
 Pap-Test (screening per tumore al collo dell'utero)
 Sangue occulto nelle feci (screening per tumore al colon-retto)
 No

Ha partecipato a un programma di screening? Se sì, quale?
 Sì No

Al di fuori dei programmi di screening di popolazione ha effettuato con qualche regolarità esami di diagnosi precoce dei tumori? Se sì, quali?
 Sì, _____ No
 Mammografia (screening per tumore al seno)
 Pap-Test (screening per tumore al collo dell'utero)
 Sangue occulto nelle feci (screening per tumore al colon-retto)

Nel suo posto di lavoro, che lei sappia, sono offerti o sono stati offerti nell'ultimo anno programmi di prevenzione su:
 Smettere di fumare Promuovere l'esercizio fisico
 Regime alimentare sano Controllo del peso corporeo
 Non è stato offerto nessun programma di prevenzione Non so

Ha usato qualche manuale, libretto sulla prevenzione preso sul posto di lavoro nell'ultimo anno:
 Per smettere di fumare Per un regime alimentare equilibrato
 Per promuovere l'esercizio fisico Ho avuto i libretti, ma non li ho usati
 Non mi è stato fornito nessun piccolo manuale

Ha partecipato ad attività organizzate nel suo posto di lavoro nell'ultimo anno su:
 Smettere di fumare
 Esercizio fisico
 Nutrizione e controllo del peso
 No

Quale affermazione meglio descrive il menu proposto dalla mensa al lavoro?
 La mensa propone un pasto troppo pesante
 La mensa propone una lista dei cibi adeguata per un regime alimentare equilibrato
 La mensa offre pochi piatti con frutta e verdura
 La mensa propone un pasto troppo leggero
 Non ne usufruisco
 Non so

CONTINUA

In quest'ultimo anno i seguenti cibi sono disponibili nel suo posto di lavoro? (mensa e distributori automatici)

Frutta, snacks e mousse a base di frutta, succhi di frutta

Verdura

Yogurt

Snack dolci e salati a basso contenuto calorico

Prodotti senza glutine

Nessuno dei cibi sopra elencati

Non so

E' possibile seguire un regime alimentare sano con cibo offerto nel suo posto di lavoro?

Sì No

Non so

Pensa che il programma di prevenzione organizzato nel suo posto di lavoro nell'ultimo anno sia stato seguito dai suoi colleghi?

Nell'ultimo anno non è stato effettuato nessun programma

Sì, è stato seguito da molti

Abbastanza seguito

Poco seguito

Poco conosciuto

Poco pubblicizzato

Non seguito