

La Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro: sguardo storico, bilancio di esperienze, proposte e prospettive¹

Di **Donatella Talini*** e **Alberto Baldasseroni[§]**

* CeRIMP-Centro Regionale Infortuni e Malattie Professionali, Regione Toscana-Sede di Pisa

§ Già Responsabile del CeRIMP-Centro Regionale Infortuni e Malattie Professionali, Regione Toscana-Sede di Firenze

Introduzione

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

Parte Prima

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

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

Una precisazione semantica

Prima di addentrarci nella storia, dedichiamo qualche riga a chiarire il contesto linguistico nel quale ci collochiamo. Si parla molto nel nostro Paese in questi ultimi tempi di *Welfare* per significare appunto il “sostegno sociale”. Da alcuni anni stiamo assistendo alle difficoltà che sta fronteggiando il *Welfare* “sociale”, garantito dallo Stato, mentre appare in ripresa quello “aziendale”, spesso inserito negli accordi tra lavoro e proprietà almeno a partire dai primi anni del nuovo millennio. *Welfare* è parola difficile da tradurre in italiano. In generale nella nostra lingua ha assunto il significato di “Sistema sociale che vuole garantire a tutti i cittadini la fruizione dei servizi sociali

¹ Il presente testo riprende, ampliandolo, un intervento svolto durante il Workshop “La Workplace Health Promotion in Toscana: potenzialità e limiti di un nuovo approccio alla salute dei lavoratori”, svoltosi a Pisa a cura e organizzazione dell’Unione Industriali di Pisa e dell’USL Toscana Nord-Ovest il 6 Dicembre 2018, presso l’Auditorium dell’Unione Industriali. Il testo esprime opinioni e idee degli autori e non delle istituzioni di appartenenza.

ritenuti indispensabili” (Sabatini Colletti), divenendo sinonimo di “Stato Sociale”, al punto da dare il nome a un nostro Ministero. Ma nell’originale inglese la parola ha un significato più generale: *“The health, happiness, and fortunes of a person or group”* (English Oxford Living dictionaries) applicabile anche alla singola persona o al singolo gruppo di persone. La notazione americana sottolinea invece l’uso strumentale e pratico del termine: *“In the United States welfare is money that is paid by the government to people who are unemployed, poor, or sick”* (Collins). Questa dicotomia, individuo-società, azienda-Stato sarà al centro delle considerazioni a carattere storico che seguono.

Alle origini del Welfare aziendale

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

Un esordio meno conosciuto

Ma prima di parlare di Rossi e degli altri imprenditori, dobbiamo ricordare un episodio importantissimo che precede di molti decenni quelle esperienze. Si tratta della fondazione della città-fabbrica di Ferdinandopoli, nel Casertano, ad opera di un sovrano “illuminato” come Ferdinando IV di Borbone (1751-1825) Oltre che per la fabbrica di sete, impiantata ex-novo, questa esperienza assume grande importanza per lo Statuto di Ferdinandopoli e dell’opificio di San Leucio. Vi si possono trovare molti dei principi innovativi di matrice illuminista, tanto da fare di questa esperienza quasi un manifesto dell’Assolutismo illuminato, caro alla Casa regnante d’Austria. E non è affatto un caso che

moglie e ispiratrice dell'esperimento di San Leucio fosse Maria Carolina d'Asburgo Lorena (1752-1814), figlia di Maria Teresa d'Austria, sovrana illuminata per eccellenza nel secolo stesso dei Lumi. In quello statuto e nella sua pratica attuazione si possono scorgere salvaguardie in tutti campi del welfare, fino a scoprire affermazioni straordinarie per l'epoca come quella che sosteneva il principio di Parità uomo-donna !¹

Paternalismo industriale

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

Ma l'esempio più eclatante e consapevole di Paternalismo industriale è quello di Schio e del Lanificio Rossi. La fabbrica è fondata dal padre di Alessandro nel 1817. Oltre alle assidue cure per l'aggiornamento tecnologico del ciclo produttivo Alessandro, una volta prese le redini dell'azienda, opera una vasta azione di integrazione della manodopera in seno all'impresa. Lo scopo è quello di avere la dedizione e anche la devozione della propria manodopera. In cambio l'industriale garantisce la cura di tutti gli aspetti materiali dell'esistenza sia del lavoratore che della sua famiglia, preoccupandosi di dar loro adeguato alloggio, fornire alimentazione sufficiente a costi sopportabili, educarne la prole al futuro lavoro nella fabbrica con scuole professionali. Per Schio, per la prima volta in Italia si parla di "Fabbrica Totale" con ciò intendendo le premure del padre-padrone dalla culla alla tomba. Il quartiere operaio di Schio risale al 1872 e rappresenta un vero e proprio incipit in questo genere di soluzioni abitative³

La proposta lucidamente ideologica di Rossi a Schio viene ripresa, raggiungendo vertici insuperati, in un'altra sede produttiva, a Crespi d'Adda, al confine tra la Bergamasca e il Milanese. Il villaggio operaio, annesso al cotonificio, viene fondato da Cristoforo Benigno Crespi (1833-1920) e sviluppato nelle forme tuttora esistenti dal figlio Silvio (1868-1944). Qui la soluzione adottata accentua la diversità della fabbrica totale dal resto del mondo che la circonda. L'opificio tessile sorge lungo il corso dell'Adda da cui trae energia e coagula intorno a sé un villaggio operaio delimitato da una corona di basse colline. L'isolamento è completo. Nel villaggio la stratificazione sociale delle abitazioni è rigidamente impostata. Sulle collinette, in area sopraelevata si trovano le ville dei dirigenti. Da basso, più vicine all'ingresso del cotonificio, sono invece le villette degli impiegati e gli alloggi degli operai. Su tutto domina il castello dei proprietari, vero maniero in stile neo-rinascimentale. Il concetto di fabbrica totale è qui esemplificato con il massimo di evidenza. Anche il cimitero riproduce le stratificazioni sociali determinate dalla gerarchia di fabbrica. Domina la scena funebre il Mausoleo della Famiglia Crespi. Sotto di esso si allineano le semplici tombe degli operai. Non si sfugge

all'impressione di un cimitero di guerra con le croci dei soldati caduti allineate sovrastate dal sacello monumentale dei generali e delle insegne dei loro reggimenti⁴.

Un altro esempio di tale approccio al problema del benessere dei lavoratori può essere riscontrato nel setificio di Desio, appartenuto ai fratelli Egidio (1846-1910) e Pio (1848-1927) Gavazzi. Anche qui la fabbrica che sorge nel 1869 è dominante, ma la comunità operaia non è isolata da un contesto circostante fatto di altri insediamenti produttivi e ampie aree agricole nella Brianza sospesa tra Monza e l'area pedemontana. L'esperienza di Desio si caratterizza per gli aspetti tecnologici e per il rilievo sociale che questo insediamento ebbe nello scorcio del secolo XIX°. La ditta Gavazzi divenne un esempio di capitalismo illuminato: vi erano implementate alcune pratiche innovative per l'epoca tra cui l'istituzione di asili nido aziendali, la concessione di permessi speciali alle lavoratrici divenute madri, l'istituzione di una mensa e di una mutua, che curava anche la distribuzione di viveri per migliorare le condizioni dei lavoratori. È anche interessante ricordare che la fabbrica di Desio fu diretta per un certo periodo durante i primi anni del secolo da un Gavazzi, Luigi, sposatosi con Andreina Costa, figlia dei due rivoluzionari socialisti Andrea Costa e Anna Kuliscioff a conferma degli intrecci inusitati tra dinastie industriali e dinastie rivoluzionarie sorprendenti quanto significative nella Lombardia e ancor più nella Brianza della Prima Rivoluzione Industriale del nostro paese.

Dal Welfare aziendale al Welfare sociale

Il primo *take-off* dell'economia industriale del nostro paese si colloca geograficamente nel cosiddetto Triangolo Industriale i cui vertici erano Milano, Torino e Genova, e nel tempo a cavallo dei due secoli, grosso modo tra gli anni '80 dell'800 e il primo decennio del nuovo secolo. L'aumentata ricchezza prodotta spinge i lavoratori a rivendicare migliori condizioni di vita, chiedendo di partecipare in maggior misura al diffondersi di questo primo benessere. Le lotte dei lavoratori pongono domande anche allo Stato liberale, sorto dopo l'Unità d'Italia e che fino a quel momento aveva sostanzialmente evitato qualsiasi coinvolgimento nelle dinamiche sociali della nascente industria manifatturiera. Giuseppe Zanardelli (1826-1903) e Giovanni Giolitti (1842-1928), coadiuvati dall'opera di Guido Baccelli (1830-1916) Ministro dell'Industria, Agricoltura e Commercio, avviano una stagione di leggi sociali che trasformano le sporadiche iniziative industriali di protezione e previdenza in un disegno più ampio di copertura previdenziale delle masse lavoratrici. Il percorso però è accidentato. L'ambiguità di Giolitti, attento a stemperare le crescenti tensioni sociali più che ad avviare un vero percorso riformista, finisce per frustrare molte delle iniziative intraprese anche in sede parlamentare per l'introduzione di norme di tutela sociale. Esempio è la vicenda dell'istituzione dell'Ispettorato del lavoro, trascinatasi per anni nell'irrisolutezza, fino ad approdare a una vera legge istitutiva solo nel 1912. Altrettanto significativa di questo atteggiamento è l'altra vicenda dell'abolizione del fosforo bianco dalla produzione di fiammiferi, ostacolata da gruppi di pressione in parlamento e ritardata di decenni⁵. Acquista evidenza e peso la previdenza di tipo mutualistico, che, poco alla volta, si libera da vincoli eccessivi nei confronti degli stessi datori di lavoro, spesso promotori in prima persona di queste forme assicurative, per accentuare forme di cogestione da parte degli stessi lavoratori⁶.

Il Welfare sociale durante il Fascismo come strumento del Regime

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

“giolittiano”, reinterpretandole in chiave totalitaria. Il Regime finisce per sostituirsi alla figura dell’industriale paternalista che si preoccupa dei propri dipendenti e delle loro famiglie “dalla culla alla tomba”, proponendosi come Stato paternalista e autoritario col fine di imporre una disciplina al proprio “popolo”, promulgando norme e istituendo enti che controllino il cittadino e ne determinino la vita “dalla culla alla tomba”. Se l’industriale aveva come obiettivo il profitto e la prosperità della propria impresa, realizzato anche attraverso una manodopera “felice e devota”, lo Stato Fascista e il suo Duce hanno come obiettivo di forgiare un “popolo” che possa imporsi con la propria Potenza nel consesso delle Nazioni. In questa cornice vanno interpretati gli sforzi del Regime, che, tra le altre iniziative, moltiplica i propri interventi previdenziali. Gli esiti tragici di una simile impostazione sono noti a tutti. Riportiamo a suggello di questo periodo storico e relativamente al tema qui trattato l’acuta descrizione che ne fa uno dei massimi storici del lavoro italiani, Stefano Musso: «Il corporativismo fascista spingeva le imprese a creare servizi che cementassero tra operai e datori di lavoro uno spirito di collaborazione capace di superare quelli che venivano chiamati gli “egoismi di classe”, i quali dovevano essere subordinati ai “superiori interessi della nazione”; tra questi ultimi andava annoverato il buon andamento della produzione. Con la riduzione dell’orario di lavoro alle otto ore giornaliere, conquistate dal movimento operaio nell’immediato primo dopoguerra in tutto il mondo industrializzato, si poneva la questione del tempo libero. Il fascismo diede vita nel 1925 all’Opera nazionale dopolavoro (OND), un organismo di coordinamento delle iniziative avviate nelle singole imprese. Nel 1929 un accordo tra Partito nazionale fascista e Confindustria creò una scuola per assistenti sociali di fabbrica. All’interno delle strutture dopolavoristiche, oltre alle attività ricreative, sportive, culturali, veniva diffusa l’informazione e gestita l’erogazione delle prestazioni dei vari servizi assistenziali. La penetrazione del partito fascista prima e del sindacato fascista poi nella gestione dei dopolavoro aziendali faceva dell’OND una delle numerose organizzazioni di massa del fascismo utilizzate come strumento della propaganda del regime. Ogni opera assistenziale attuata dalle imprese veniva presentata come una realizzazione del fascismo.»⁷

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

Due casi esemplari di welfare aziendale a cavallo dei conflitti mondiali: le *Company towns* di Bat’a e la “Fabbrica comunità” di Olivetti

Il periodo tra le due guerre è particolarmente interessante per il diffondersi anche in Europa dei principi e dei metodi dell’Organizzazione Scientifica del Lavoro, di matrice nord-americana. A quel modello, ma con peculiarità ben evidenti, si ispira l’esperienza di Tomáš Bat’a, industriale innovatore ceco, attivo proprio in quegli anni. Trascorso un periodo di lavoro negli Stati Uniti addetto alla produzione di scarpe in una fabbrica organizzata con catena di montaggio, una volta tornato in Europa applica quanto appreso alle sue fabbriche di scarpe, organizzando la produzione in maniera tayloristica a Zlin in Moravia⁸. Tomáš Bat’a applica però un approccio che pone massima enfasi sul supporto sociale per i propri dipendenti. Le istituzioni sociali si moltiplicano ed estendono ad ogni nuovo insediamento produttivo creato in giro per l’Europa. Non è più la fabbrica totale dei villaggi operai ottocenteschi, ma molto di più. La Città Sociale amplia e diversifica l’approccio dell’industriale. Grande importanza viene data all’urbanistica e al decoro architettonico, visti come motivo di fidelizzazione e di benessere per le comunità dei lavoratori aggregate intorno al polo produttivo⁹. Il “caso” Bat’a suscita interesse nell’opinione pubblica internazionale e viene analizzato attentamente anche dall’ILO in una sua pubblicazione del 1930¹⁰ a riprova della notorietà e dell’esemplarità insita nella visione dell’imprenditore ceco.

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

Anche Adriano Olivetti intraprende un viaggio di studio negli Stati Uniti, dopo la laurea in ingegneria al Politecnico di Torino, nel periodo 1924-1926. Al suo ritorno collabora fin dal primo numero con la rivista L'Organizzazione Scientifica del Lavoro, fondamentale strumento di penetrazione del «credo» tayloristico nel nostro paese, scrivendo un articolo che rappresenta una sorta di diario del suo viaggio negli Stati Uniti. Entra poi nel Comitato di Redazione della rivista e mantiene una collaborazione per molti anni. È ipotizzabile che anche per Adriano Olivetti l'introduzione del lavoro a ritmo vincolato nelle sue fabbriche coincida con la consapevolezza della disumanità di tale metodo di lavoro e quindi con la necessità di intervenire con un adeguato supporto sociale per attenuarne le conseguenze. Di sicuro l'attenzione al fattore umano della produzione rappresenta un punto fermo nella filosofia aziendale di Adriano Olivetti, come ampiamente testimoniato dagli sforzi per introdurre in azienda la psicologia e gli psicologi¹². Ma è un supporto sociale che non deriva da un atto di benevolenza dell'industriale, bensì «... i servizi offerti sono un dovere che deriva dalla responsabilità sociale dell'azienda»

Psicologia, ergonomia, sociologia, urbanistica, architettura sono tutte culture che Adriano Olivetti introduce nei gangli stessi dell'organizzazione aziendale. Quindi non «abbellimenti» estranei alla cultura aziendale, ma proprio elementi fondanti del fare impresa. Francesco Novara (1923-2009), responsabile per molti anni del Centro di Psicologia dell'Olivetti, raccontava, a metà degli anni '80, durante una lezione alla scuola di specializzazione di Medicina del Lavoro in Clinica del Lavoro a Milano, alla quale uno di noi ebbe modo di assistere, che la filosofia aziendale che Adriano Olivetti predicava con i suoi dipendenti poneva al centro della missione aziendale non il «profitto», la valorizzazione cioè del capitale, bensì la «soddisfazione del cliente» per il prodotto che l'azienda gli aveva fornito e vedeva nel «profitto» solamente un indicatore del raggiungimento di tale obiettivo. Il «profitto» quindi andava completamente reintrodotta nello sviluppo e nel miglioramento dell'azienda e della comunità nella quale l'azienda si collocava, comunità intesa come gruppo sociale più ampio della semplice manodopera di fabbrica.

Le testimonianze più interessanti del clima che si viveva in quell'azienda durante gli anni del dopoguerra, quando l'esperienza «Olivetti» raggiunse l'apice, vengono da opere letterarie memorabili scritte da intellettuali chiamati a Ivrea da Adriano Olivetti, dedicate all'ambiente della fabbrica, vissuta dagli scrittori in prima persona, svolgendo ruoli di primaria importanza nei suoi ranghi. «Tempi stretti» (1957) di Ottiero Ottieri (1924-2002) narra la vita di alcuni immigrati al nord addetti alle presse in una catena di montaggio. Ecco un passaggio illuminante del libro proprio dedicato al welfare aziendale: *«Essa [la Zanini, nome della fabbrica] si vantava di tenere bene i suoi dipendenti. L'assistenza sanitaria era un modello del genere. Concedevano ogni tanto un premio di bilancio, un premio di produzione. Quando superarono l'Oceano le teorie psicologiche per il benessere dei lavoratori, la Presidenza della Zanini disse: 'Ma non è quello che abbiamo sempre fatto?' Quelle teorie, non le ignorava, ma ci mescolava il sale del buon senso italiano, lombardo non usandole pure. L'Italia è l'Italia. La Presidenza in persona aveva detto: «Questi psicologi saranno anche bravi. Ma di una buona visita medica mi fido di più. Se l'operaio è sano di corpo, è sano anche di mente».*¹³ In «Donnarumma all'assalto» (1959) Ottieri descrive le operazioni di selezione dei nuovi assunti nello stabilimento di Pozzuoli¹⁴. «Memoriale» (1962), opera di Paolo Volponi (1924-1994) narra invece la vicenda dell'operaio Albino Saluggia e della spietata, impersonale efficienza della fabbrica moderna¹⁵.

La malattia (TBC, ma anche alienazione) vi è come protagonista. Volponi tornerà più tardi nel 1989 a parlare dell'impresa con il libro "Le mosche del capitale"¹⁶

Parte Seconda

Avvicinandoci all'attualità

Questo rapido excursus storico ci permette di capire che la WHP (Workplace Health Promotion) si inserisce in un contesto di "lunga durata" che può essere descritto come il processo per realizzare la "compatibilità" fra produzione industriale e comunità sociale. Il binomio che abbiamo cercato di delineare nel suo sviluppo storico tra "Welfare aziendale" e "Welfare sociale" è destinato a persistere nel tempo e a oscillare nella sua polarizzazione, senza che l'una o l'altra delle interpretazioni possa mai esaurire l'insieme di quel supporto sociale dovuto a chi lavorando produce ricchezza e benessere per l'insieme della società. Rimane inoltre sullo sfondo, ma nient'affatto in secondo piano, il possibile conflitto tra welfare e garanzie richieste da norme e leggi di protezione della salute al lavoro, ma anche tra iniziative di promozione del benessere individuale e condizioni di lavoro imposte da cicli di produzione eccessivamente usuranti, come ben evidenziato anche nel caso di studio dell'Olivetti¹⁷.

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha identificato la WHP come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute; ne ha infatti descritto i modelli di attivazione¹⁸ e l'ha inserita tra le strategie per il 2020^{19,20}.

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

Nell'ambito dell'ENWHP il ruolo di NCO (National Contact Office – NCO) per l'Italia fino al 2013 è stato svolto dall'ISPESL, poi confluito nell'INAIL²¹. Nell'ottobre 2016 l'ENWHP si è costituito come associazione non politica e come organizzazione non governativa senza fini di lucro; l'adesione al network è aperta a organizzazioni e individui provenienti dall'Unione Europea e dal SEE (Spazio economico europeo) e oltre, rappresentanti di ministeri del lavoro e della salute, istituti di salute e sicurezza sul lavoro e istituzioni accademiche e di ricerca. Sul sito del network <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.home> è riportato che la Fondazione ENWHP si impegna a portare avanti e sviluppare l'intero patrimonio della precedente ENWHP - Dichiarazioni, Linee guida, Modelli di buone pratiche, Toolkit e molto altro-, e a contribuire allo sviluppo e all'attuazione degli Standard di Qualità Europei per la Salute sul Luogo di Lavoro (EQSWH), avendo peraltro il diritto di adattare l'EQSWH ai propri schemi nazionali o locali essendo struttura accreditata a supportare organizzazioni/datori di lavoro per il perseguimento dell'accREDITAMENTO EQSWH.

Data la lunga esperienza del ENWHP e il suo radicamento e accREDITAMENTO a livello delle istituzioni comunitarie europee, sorprende come a tutt'oggi non siano state sviluppate chiare connessioni tra

l'iniziativa del ENWHP e l'EUOSHA, l'agenzia europea con sede a Bilbao che si occupa della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Esplorando il sito dell'EUOSHA non si trovano infatti riferimenti strutturati rivolti alla tematica della WHP²². Per il futuro sarebbe auspicabile una maggiore convergenza di intenti fra queste due entità e una maggior definizione dei ruoli e delle competenze delle due istituzioni in tema di WHP.

Per quanto riguarda i risvolti a livello dei singoli stati europei dell'azione del NEWHP, diversi paesi hanno già istituito network nazionali satelliti dell'ENWHP con lo scopo di coordinare interventi di tal genere sul proprio territorio. In Italia, dove i programmi di WHP solo recentemente sono entrati a pieno titolo nei piani di prevenzione nazionali, un network nazionale istituzionalmente incardinato²³ non è stato ancora formalizzato.

La WHP nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018/19

Entrando nello specifico del PNP 2014-2018/19, il primo dei macro-obiettivi del Piano è quello di "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili" nei setting di lavoro, scuola e comunità. La complessità di questo macro-obiettivo richiede un approccio concettualmente articolato in cui le strategie di promozione della salute, per definizione orientata all'empowerment di comunità e ad azioni svolte in setting definiti (scuola, lavoro, ecc), hanno un ruolo determinante. Nel PNP 2014-2018/19 viene chiaramente evidenziato che la Promozione della Salute nei contesti occupazionali può offrire ai lavoratori l'opportunità per migliorare la propria salute, riducendo i fattori di rischio generali e in particolare quelli maggiormente implicati nella genesi delle malattie croniche (Macroobiettivo 1); allo stesso tempo viene tuttavia rimarcato che in tali contesti devono essere primariamente attuate tutte le misure per prevenire infortuni e malattie professionali (come declinato del resto nel macro obiettivo 7 dello stesso PNP).

La garanzia di efficacia e sostenibilità degli interventi di WHP è comunque la loro inter/multi-settorialità, che può permettere di stringere alleanze e collaborazioni con attori diversi e raggiungere e tutelare il maggior numero di lavoratori, oltre al fatto che i programmi devono essere strutturati e multicomponente, di medio lunga-durata, capaci di introdurre significative modifiche nel contesto e integrarsi con i programmi di promozione della sicurezza.

I datori di lavoro che investono in programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro possono ottenere potenziali benefici sia in termini di salute della propria manodopera, sia di diminuzione delle assenze dal lavoro^{24,25,26,27}, ma anche benefici fiscali ai fini IRES ed IRAP e sconti sui premi assicurativi da parte dell'INAIL (OT24)²⁸. Gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute, come più volte è riportato nel PNP (e di conseguenza anche nei PRP), devono essere basati sulle migliori evidenze di efficacia e devono porre le popolazioni e gli individui al centro degli interventi stessi, con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile^{29,30,31}. A questo proposito è senz'altro utile far riferimento alle esperienze e agli strumenti presenti nella Banca Dati di Progetti e Interventi di Prevenzione e Promozione della Salute (PRO.SA)³² della Regione Piemonte e a tutto quanto è stato prodotto da DORS³³. Riguardo i programmi di WHP strutturati, condotti a valenza regionale, il modello lombardo è quello che più si avvicina ai principi di evidenza ed efficacia a cui si fa riferimento, e per questo sarebbe auspicabile (come del resto riportato nel PNP) che rappresentasse a tutti gli effetti il riferimento ed il modello a livello nazionale.

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

Sul luogo di lavoro le persone trascorrono la maggior parte della loro giornata e si possono, così, più facilmente raggiungere e coinvolgere in attività di Promozione della Salute, sia diffondendo

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

È necessario quindi cogliere tutte le opportunità per migliorare l'integrazione tra salute, igiene e sicurezza sul posto di lavoro e gli aspetti della promozione della salute per garantire che le iniziative di WHP non siano attività isolate, ma parte di un intervento molto più ampio per migliorare la salute in un'ottica di Total Worker Health^{34,35,36}. Raggiungere questo obiettivo richiede l'introduzione di un coordinamento migliore e appropriato fra le diverse azioni.

Gli esperti concordano sul fatto che i principali ostacoli agli interventi di successo di WHP sono generalmente individuati nella scarsa consapevolezza della relazione fra i fattori che influenzano la capacità lavorativa (ad es. condizioni, stile di vita, ecc.) e l'età. Ed in Europa è ormai diffuso, un nuovo approccio in cui la qualità della vita degli anziani deve tenere conto degli effetti, tra loro sovrapposti, dovuti all'invecchiamento, all'attività lavorativa e alle condizioni di salute.

In tema di invecchiamento alcuni esempi di buone prassi dimostrano che i costi degli investimenti nella promozione della capacità lavorativa sono compensati dai benefici, le persone possono continuare a lavorare in modo produttivo, l'ambiente di lavoro migliora, la produttività aumenta e i problemi legati all'età diminuiscono. Studi di analisi costi-benefici svolti prevalentemente negli USA indicano che il ritorno di utili rispetto al capitale investito (Return of Investment - ROI) possono essere molto buoni: l'utile su 1 EUR investito è pari anche a 3-5 EUR dopo alcuni anni. Il ROI positivo si basa sui bassi tassi di assenza per malattia, sulla riduzione dei costi dovuti a disabilità al lavoro e una migliore produttività³⁷.

Buone condizioni di lavoro sono tollerate per più tempo e possono contribuire nel mantenere lo stato di salute (modalità di invecchiamento "*usuale*" o "*di successo*") soprattutto se sono instaurate fin dalle età più giovani;³⁸³⁹⁴⁰

La Commissione Europea che già da diversi anni si occupa di Responsabilità Sociale di Impresa, ha sottolineato l'importanza per le aziende di investire sul capitale umano, sull'ambiente, sul rapporto con il territorio in cui è inserita e con tutte le parti interessate, considerando queste attività un investimento per migliorare sia l'ambiente di lavoro sia l'immagine dell'azienda e dei prodotti in termini di marketing⁴¹.

La Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro nei LEA

Con il DPCM del 12 gennaio 2017 si è finalmente provveduto all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, i LEA appunto, in cui si percepisce una maggiore consapevolezza dell'importanza delle malattie croniche e dei fattori di rischio ambientali per i servizi della sanità pubblica italiana, attraversati da una esigenza di rinnovamento per realizzare una prevenzione sempre più basata su prove di efficacia e per semplificare e sburocratizzare la pratica e dotarsi di modelli organizzativi che privilegino la cooperazione tra discipline e tra strutture diverse, tra amministrazioni e tra vari settori della società.

Nei nuovi "LEA" il livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", che include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita, si articola in 7 aree di intervento che includono

programmi/attività volti a perseguire specifici obiettivi di salute. L'Area C: "Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" e l'Area F: "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale", presentano programmi e prestazioni capaci di creare un' "osmosi" tra i setting, ed in particolare capaci di far dialogare e compartecipare (senza quindi delegare o al contrario accentrare) il setting sanitario con gli altri contesti. La leva per questo passaggio consiste nell'innescare un processo culturale che riconosca che non tutto è sotto il controllo del sistema sanitario, ma al tempo stesso sia in grado di "liberare" il potenziale della prevenzione e della promozione della salute perché questo permei tutte le politiche; - metta insieme e utilizzi trasversalmente conoscenze, expertise, risorse, all'interno delle regole del sistema; permetta di far emergere il fine ed il "vantaggio" (anche economico) che da questa reciproca interazione ogni ambito o settore coinvolto può derivare, nonché le relative implicazioni anche in termini di monitoraggio dei processi e valutazione degli esiti.

Ad oggi tuttavia, i programmi sanitari riferiti al setting lavoro sono ancora prevalentemente focalizzati sulle attività di prevenzione e sicurezza sul lavoro (intesa come vigilanza) e solo marginalmente sulla promozione della salute; l'introduzione dei programmi di WHP può rispondere perfettamente al nuovo spirito dei LEA, che in ogni caso sanciscono anche che i principi della prevenzione e della sicurezza nei luoghi di lavoro devono essere comunque garantiti e rispettati.

Se la WHP può essere considerata all'interno dei LEA, è necessario sottolineare anche la necessità che gli interventi di questo tipo non alimentino la creazione di disuguaglianze; per questo è necessario che la WHP sia diffusa in tutte le realtà produttive e non solo in quelle già orientate (per management, struttura produttiva, risorse economiche ecc) ad investire in termini di promozione della salute. Perché questo sia possibile sarà necessario modulare gli interventi e l'adozione delle buone pratiche a seconda delle dimensioni e delle tipologie delle realtà produttive. Il ruolo degli operatori delle ASL, con le loro esperienze e le loro competenze, sarà essenziale.

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

Circa il rapporto tra "promozione della salute" e "prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro" è necessario che sia mantenuta un'estrema chiarezza.

Il NEWHP nella Dichiarazione di Lussemburgo⁴² stabilisce che la promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) è lo sforzo congiunto dei datori di lavoro, lavoratori e società per migliorare la salute e il benessere dei lavoratori, e che questo può essere raggiunto attraverso la combinazione dei seguenti elementi: miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro, promozione della partecipazione attiva, incoraggiamento dello sviluppo personale.

Tutto questo deve tuttavia tener conto di una reale integrazione fra politiche settoriali, e a questo proposito la Ontario Workplace Coalition⁴³ sintetizza, per esempio, la "Comprehensive Workplace Health" (o Total Worker Health che dir si voglia) in quattro elementi:

- Occupational Health and Safety: ridurre infortuni sul lavoro, malattie professionali e disabilità da lavoro controllando l'ambiente fisico e i processi di lavoro. Include la prevenzione di fattori come qualità dell'aria, rischi fisici, chimici e biologici, e violenza

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

Le figure aziendali della Promozione della salute nei luoghi di lavoro

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

Il Medico Competente aziendale deve essere ovviamente coinvolto in queste dinamiche ed ha un ruolo fondamentale. L'Art. 25 del DLgs 81/2008 riguardo gli Obblighi del medico competente, recita, fra le altre cose, che il MC "Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", assegnando quindi al MC un ruolo di rilievo nell'ambito della promozione della salute nei luoghi di lavoro. Il Medico Competente identifica e può monitorare nel tempo fattori di rischio extra professionali a carattere individuale quali l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol, l'alimentazione non corretta o la sedentarietà e può contribuire a far comprendere al datore di lavoro la convenienza ad intraprendere iniziative di Promozione della Salute, puntando l'attenzione su aspetti quali il contenimento delle malattie croniche non trasmissibili, delle assenze per malattia e delle limitazioni all'idoneità alla mansione specifica, tutti fattori in grado di portare ad un incremento della produttività ed un miglioramento del clima aziendale. Il Medico Competente può intervenire direttamente anche su ambiti specifici come la quantificazione del rischio e il counselling per la modifica dei comportamenti (*minimal advice* antitabagico, intervento breve per i consumatori di alcol a rischio, counselling alimentare, promozione dell'attività fisica). Infine, grazie proprio ai dati sistematicamente raccolti durante le visite periodiche, il Medico Competente può fornire un contributo prezioso per il monitoraggio nel tempo e la valutazione dell'efficacia degli interventi di promozione della salute^{44,45}. In futuro sarà necessario a tal fine raggiungere una standardizzazione del formato dei dati sanitari raccolti, per far sì che i record della Sorveglianza Sanitaria effettuata dai Medici Competenti e i risultati dei questionari che permettono di rilevare le modifiche degli stili di vita indotte da interventi di Promozione della Salute, siano facilmente integrabili e permettano di ricostituire un database generale analizzabile anche a livello nazionale. In quest'ottica, i Medici Competenti, che acquisiscono quindi sempre di più il ruolo di Medico "pubblico", dovranno sicuramente sviluppare ulteriormente le proprie competenze nel campo della promozione della salute, del *counselling* per la modifica dei comportamenti sui temi prioritari, con l'orizzonte di una

possibile, volontaria presa in carico dei lavoratori da parte del Medico Competente anche dal punto di vista della promozione della salute e dei rischi per malattie croniche.

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

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

Esperienze a livello Regionale

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

L'avvio di esperienze strutturate di questo tipo può essere collocato nel 2011 quando l'Azienda Sanitaria di Bergamo, insieme all'articolazione locale di Confindustria con il patrocinio delle parti sindacali e di diversi partner istituzionali e scientifici, ha ideato e sperimentato un modello operativo del WHP in merito al quale in quell'anno ha ottenuto il certificato di partner di eccellenza della Rete Europea ENWHP e nel 2012 il logo della campagna del Ministero della Salute "Guadagnare Salute". La strategia della promozione della salute nei luoghi di lavoro messa in atto è stata orientata a dare a tutti i lavoratori le stesse opportunità di salute: l'azienda e i lavoratori diventano responsabili dell'attivazione (*empowerment*) di processi di salute ed il programma prevede una flessibilità di attivazione per garantire la massima adesione al setting locale di applicazione, anche in considerazione delle disuguaglianze di salute che sappiamo essere presenti nel mondo lavorativo (blu collars/white collars; livello di istruzione, condizione di immigrato, ecc).

Successivamente il modello è stato diffuso su tutto il territorio della Regione Lombardia, e prevede per le aziende un accreditamento annuale con il conferimento di uno specifico logo "Luogo di lavoro che promuove la salute", assegnato a nome della Rete Europea ENWHP (European Network for Health Promoting Workplace). I luoghi di lavoro che aderiscono alla Rete iniziano un percorso che prevede la realizzazione di buone pratiche efficaci nel campo della promozione della salute per sviluppare l'attività fisica, offrire opportunità per smettere di fumare, promuovere un'alimentazione sana, ridurre l'assunzione di alcool e attuare misure per migliorare il benessere sul lavoro e oltre il lavoro. Il PNP 2014-2018/19, facendo tesoro di questa pionieristica esperienza, ha valorizzato a livello nazionale la WHP in generale ed il modello lombardo in particolare, sia per i risultati di efficacia che cominciano ad accumularsi sulla base di questa esperienza^{46,47,48}, sia per i riconoscimenti, anche a livello europeo, assegnati alle azioni specifiche messe in atto, dalla prevenzione dei rischi occupazionali, al miglioramento dell'organizzazione aziendale, all'adozione di stili di vita salutari,

tutte iniziative che si influenzano reciprocamente in maniera positiva, allargando e completando l'attività del medico competente, al centro di un approccio multicomponente e partecipativo tra lavoratore, datore di lavoro, parti sociali, istituzioni.

Il ruolo delle Aziende USL nei Programmi regionali di WHP

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

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

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

In ogni caso è necessario che ci sia la massima chiarezza e trasparenza da parte degli operatori della sanità che si avvicinano con l'Azienda e con i lavoratori nel ruolo di "promotori della salute".

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

Al momento, in tema di WHP, le regioni hanno risposto in maniera differente riguardo il ruolo degli operatori delle Aziende USL, le professionalità coinvolte, e il tipo di azioni messe in atto. Alcune Regioni, per esempio la Lombardia, hanno assegnato il coordinamento della materia alle strutture di promozione della salute, prevedendo, al bisogno, interazioni con altre strutture e figure professionali (PISLL, medicina sportiva, nutrizione, SERD, ecc), altre regioni, come le Marche, hanno invece preferito dare il coordinamento Regionale all'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) e al settore PISLL regionale. Il "tavolo" è comunque interdisciplinare, composto da varie professionalità (PISLL, medicina sportiva, nutrizione, SERD, ecc). Altre regioni, come la Toscana, hanno invece affidato il coordinamento al settore regionale della Promozione della Salute che si avvale sul territorio dei

medici PISLL che, con la collaborazione dei promotori della salute aziendali e di tutte le altre professionalità ritenute utili, assistono e monitorano le aziende aderenti al programma di WHP.

Oltre all'organizzazione di chi si occupa di WHP nelle aziende USL, anche i programmi regionali di WHP si differenziano tra loro. In alcune regioni è stato ripreso in toto il modello lombardo, in altre regioni sono stati sviluppati programmi diversi, che interessano differenti aree tematiche e buone pratiche. Questo ha fatto sì che anche gli indicatori dei diversi PRP in tema di WHP siano vari e non ben confrontabili tra di loro.

Tra le regioni che hanno preso a modello quello lombardo troviamo Toscana, Puglia, Marche, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, mentre altre, pur inserendo la WHP nel proprio PRP, hanno sviluppato un impianto diverso, ispirato alla programmazione di "Guadagnare Salute", cercando in tal modo di coniugare il Macroobiettivo 1 e 7 del Piano⁴⁹.

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

Anche dal punto di vista legislativo le regioni offrono un panorama vario. Come detto, la prima regione che ha dato avvio al Programma WHP in Italia è stata la Lombardia inserendo tale iniziativa già nel Piano Regionale della Prevenzione 2010 - 2012/14. La Lombardia ha successivamente provveduto con una serie di provvedimenti legislativi del 2012 a mettere a sistema il modello. Il PRP lombardo 2014-2018/19 ha mantenuto il programma WHP precedente, implementandolo anno dopo anno con elementi di miglioramento, oggetto di successive decretazioni della Giunta Regionale (regole di sistema e obiettivi di interesse regionale assegnati ai Direttori Generali) e con precise linee di indirizzo, anche ai fini del mantenimento dei LEA previsti.

La stessa regione, a proposito del "Macroobiettivo 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT", sottolinea e valorizza l'importanza del setting lavoro e del WHP.

Al di là di "a chi assegnare il ruolo di coordinamento", che dipenderà molto dalle singole realtà ed organizzazioni regionali, è auspicabile che le due discipline, la Promozione ed Educazione alla Salute e la Medicina del Lavoro, collaborino strettamente. Se da una parte infatti è opportuno conoscere la metodologia ed i contenuti che caratterizzano gli interventi di promozione della salute e la loro buona riuscita, dall'altra è necessario conoscere le caratteristiche intrinseche del setting lavoro, le sue dinamiche, le figure della prevenzione, il ruolo dei Medici Competenti e le loro potenzialità.

In ogni caso qualunque sia il modello organizzativo scelto e il programma di WHP specifico attuato, dovrà sempre essere chiaro che il coinvolgimento attivo e partecipe di tutti gli Stakeholder aziendali e in primis quello del management, sarà condizione necessaria per qualsiasi intervento volto a favorire un processo di promozione della salute ed un cambiamento interno all'azienda, per il quale gli operatori dell'USL territorialmente competente impegnati nel campo della Promozione della salute nei luoghi di lavoro non potranno che avere un ruolo di indirizzo, di collaborazione e di assistenza.

A questo proposito va notato quanto possa essere diverso l'atteggiamento del management aziendale sui due fronti, rispettivamente della WHP e della protezione dai rischi lavorativi. Nel primo caso non si da WHP senza un atteggiamento "proactive" dei massimi vertici aziendali, ovvero anche nella nostra concreta esperienza sono sempre falliti i tentativi di proporre interventi di WHP agendo dall'esterno del gruppo dirigente aziendale, senza cioè che quest'ultimo avesse autonomamente abbracciato le finalità e le azioni conseguenti da intraprendere. Paradossalmente questa renitenza è molto più facile incontrarla nel management di aziende pubbliche, soprattutto nel campo dei servizi, che in quelle private. In realtà nelle aziende "pubbliche" il benessere della forza-lavoro per coloro i quali siedono ai vertici aziendali ha una bassa priorità, presi come sono ormai da decenni da assillanti problemi di bilancio e, quindi, coinvolti dalla crisi del Welfare sociale, quando non preoccupati solamente del proprio ritorno carrieristico, legato a filo doppio al proprio sponsor politico.

Viceversa nel campo della prevenzione dai rischi lavorativi molto spesso l'atteggiamento dei responsabili aziendali è di tipo meramente "reactive", pronto cioè, nella migliore delle ipotesi, ad agire dopo il rilevamento di carenze o addirittura di violazioni di norme di legge da parte degli organi preposti, ma scarsamente attento a prendere iniziative autonome, magari su suggerimento dei propri consulenti aziendali in tema di sicurezza e salute al lavoro (RSPP, MC, ma anche RLS)

La contraddizione fra questi due atteggiamenti è uno dei nodi irrisolti della proposta di WHP. Non basta la burocratica verifica dell'assenza di provvedimenti sanzionatori da parte dell'organo di vigilanza nei confronti dell'azienda che voglia far parte del progetto di WHP per garantire che l'ambiente di lavoro sia quanto di meglio realizzabile dal punto di vista della sicurezza e salubrità per chi vi lavora. D'altra parte è difficile immaginare una qualche misura oggettiva di tale adeguatezza, al di fuori di quanto testimoniato da provvedimenti di vigilanza.

In assenza di una ricetta facilmente adottabile, non resta che sollecitare su questo cruciale aspetto la sensibilità e l'attenzione degli operatori coinvolti, sia quelli interni all'azienda (RSPP, MC, ma anche RLS e dirigenti aziendali) che quelli appartenenti a enti e servizi pubblici a vario titolo coinvolti (organi di vigilanza, servizi di educazione e promozione della salute delle USL, ecc.). Senso dell'equilibrio e etica della professione sono condizioni necessarie per svolgere il proprio ruolo in queste circostanze.

Il follow-up di un intervento di WHP

Dedichiamo un breve paragrafo a questo tema perché lo riteniamo essenziale. Uno dei rischi che si corrono nel condurre esperienze di WHP, almeno dal punto di vista di chi, come l'USL, propone programmi territoriali diffusi, è quello di un'adesione anche convinta da parte aziendale, ma vista come semplice "fringe-benefit" per la propria manodopera. In altri termini il management aziendale può, in perfetta buona fede, essere soprattutto interessato a "far qualcosa" per i propri dipendenti al fine, generico, di migliorarne l'attaccamento all'azienda e, indirettamente, il benessere al lavoro. Un lavoratore che si senta seguito dalla propria azienda in tanti aspetti della propria esistenza certamente gode di un benessere maggiore di quel lavoratore che non abbia tali attenzioni. Per i cultori della medicina del lavoro è facile riscontrare l'analogia con il cosiddetto "effetto Hawthorne" o, in termini medici più generali, con una sorta di effetto "placebo".

E' bene chiarire che non è questo l'obiettivo di un intervento di WHP proposto dall'USL. Viceversa a noi, come operatori pubblici, interessa il vero *end-point* dell'azione intrapresa, cioè il guadagno di salute dei lavoratori coinvolti per effetto specifico dell'azione promossa. Per garantire il raggiungimento di tale obiettivo il follow-up diventa elemento indispensabile di qualsiasi proposta.

Non sempre sarà possibile riscontrare a livello di singola azienda il raggiungimento dell'obiettivo, ma, almeno a livello di territorio, di insieme di aziende coinvolte, ciò dovrà certamente essere perseguito. E' quanto si ricava dall'esperienza pilota in Italia, quella di Bergamo, che proprio attraverso tale strumento, la verifica del raggiungimento degli obiettivi del programma attraverso strumenti di misura al follow-up, ha potuto guadagnare credibilità e esemplarità^{50,51}. Riteniamo quindi, come *condicio-sine-qua-non*, che un programma di WHP proposto a un insieme di aziende del proprio territorio debba prevedere fin dall'inizio adeguati strumenti di verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute previsti nella scelta dei pacchetti di azioni da intraprendere.

WHP: gratuito o a pagamento ?

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

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

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

Concludiamo con le parole di una persona che di welfare se ne intendeva certamente, William Beveridge (1879-1963), il quale concludeva il famoso Piano che da lui prende il nome, nel 1942, in piena guerra mondiale, ma con lo sguardo rivolto a quanto sarebbe accaduto dopo la sua vittoriosa

conclusione, in questa maniera: "La libertà dal bisogno non può essere imposta o elargita a una società democratica; deve essere conquistata. Questa conquista richiede coraggio, fiducia e senso dell'unità nazionale: coraggio per affrontare le difficoltà concrete e superarle; fiducia nel futuro e negli ideali di uguaglianza e di libertà per i quali, nel corso dei secoli, i nostri padri furono pronti a morire; e un senso dell'unità nazionale che tenga a freno gli interessi di singoli ceti o settori"⁵².

Donatella Talini e Alberto Baldasseroni

Bibliografia e sitologia

¹ https://it.wikipedia.org/wiki/Statuto_di_San_Leucio

² BALDASSERONI Alberto, CARNEVALE Francesco, Malati di lavoro. Artigiani e lavoratori, medicina e medici Da Bernardino Ramazzini a Luigi Devoto (1700-1900), Edizioni Polistampa, Firenze 2015

³ AA.VV., Villaggi operai in Italia, Einaudi, Torino 1981

⁴ Ibidem, 1981.

⁵ CARNEVALE, Francesco; BALDASSERONI, Alberto. Mal da lavoro: storia della salute dei lavoratori. Laterza, 1999.

⁶ L. Tomassini, Il mutualismo nell'Italia liberale (1861-1922), relazione introduttiva al seminario di studi, Spoleto 8-10 novembre 1995, pubblicata in Ministero per i beni e le attività culturali. Ufficio centrale per i beni archivistici, Le società di mutuo soccorso italiane e i loro archivi, Roma, Pubblicazioni degli Archivi di Stato, 1998, pp. 15-53

http://www.archivi.beniculturali.it/dga/uploads/documents/Saggi/Saggi_49.pdf accesso il 4/02/2019

⁷ http://www.storiaindustria.it/repository/fonti_documenti/biblioteca/testi/Testo_Servizi_sociali_aziendali.pdf

⁸ Prager Presse, Sonderbeilage T. & A. Bat'a Zlin, CSR, Prag 11 September 1927, n.37

<http://www.digitalniknihovna.cz/nm/periodical/uuid:2f3d6801-946b-415b-9aa3-912706d19fd8> Accesso il 23/12/2018

⁹ DENTI, Giovanni. Bat'a. Architettura e industria. A cura di Leonina Roversi, Alinea editrice, Firenze, 2010.

¹⁰ ILO-International Labour Office. Studies on Industrial Relations n.33. ILO, Geneve, 1930

https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/ILO-SR/ILO-SR_A33_engl_vol.1.pdf accesso il 04/02/2019

¹¹ <http://www.storiaolivetti.it/default.asp> Accesso il 04/02/2019

¹² MUSATTI, Cesare, BAUSSANO, Giancarlo, NOVARA, Francesco, & ROZZI, Renato. (1980). Psicologi in fabbrica. *La psicologia del lavoro negli stabilimenti Olivetti*, Torino, Einaudi.

¹³ OTTIERI, Ottiero. *Tempi stretti*. Einaudi, Torino 1957.

¹⁴ OTTIERI, Ottiero. *Donnarumma all'assalto*. Bompiani, Milano 1959.

¹⁵ VOLPONI, Paolo. *Memoriale: romanzo*. Garzanti, Milano, 1962.

¹⁶ VOLPONI, Paolo. *Le mosche del capitale*. Einaudi, Torino 1989.

¹⁷ MAFFIOLETTI, Marco. La salute dei lavoratori nella Olivetti degli anni Sessanta e Settanta. *Giornale di Storia Contemporanea*, XIX, n.s., 2, 2016, pp. 263-284

¹⁸ WHO European Office. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.

¹⁹ WHO. Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. 2010 Ginevra

²⁰ http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/ (sito WHO accesso al 05 Aprile 2019)

²¹ <https://appsricercascientifica.inail.it/whp/>, accesso del 25 Marzo 2019

²² https://oshwiki.eu/wiki/Workplace_Health_Promotion (sito OSHA, accesso al 05 Aprile 2019)

²³ Si intende con questa definizione riferirsi a un riconoscimento di livello centrale, ministeriale, condiviso con le Regioni e Province autonome nelle sedi opportune di tipo istituzionale, come per esempio la Conferenza Stato-Regioni.

²⁴ Sockoll I, Kramer I, Bodeker W (2009). Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000-2006. IGA Report 13e, Available from: www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projectberichte/iga-Report_13e_effectiveness_workplace_prevention.pdf

²⁵ Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion: A meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med* 2013 Apr;44(4):406-15

²⁶ Feltner C et al. The effectiveness of Total Worker Health interventions: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to prevention workshop. *Ann Int Med*, 165, 4, 2016

²⁷ Soler RE et al. A systematic review of selected interventions for Worksite Health Promotion. The Assessment of Health Risks with feedback. *Am J Prev Med*, 2010; 38 (2S): S237-S262

-
- ²⁸ <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/assicurazione/premio-assicurativo/oscillazione-del-tasso/oscillazione-del-tasso-per-prevenzione.html>
- ²⁹ https://www.retepromozionesalute.it/bd2_riclib.php (PRO.SA., accesso al 05 Aprile 2019)
- ³⁰ <https://www.dors.it/dl.php?idalleg=3070> (accesso al 05 Aprile 2019)
- ³¹ https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/WHP_biblio_ott13.pdf (accesso al 05 Aprile 2019)
- ³² <https://www.retepromozionesalute.it/>
- ³³ <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=2954>
- ³⁴ NIOSH. What Is Total Worker Health? 2018. Available online: <https://www.cdc.gov/niosh/twh/default.html> (accesso al 25 Marzo 2019)
- ³⁵ Sorensen G., McLellan D., Sabbath E., Dennerlein J., Nagler E., Hurtado D., Pronk N., Wagner G. Integrating worksite health protection and health promotion: A conceptual model for intervention and research. *Prev. Med.* 2016;91:188–196.
- ³⁶ Feltner C, Peterson K, Weber Palmieri R, Cluff L, Coker Schwimmer E, Viswanatan M, Lohr KN. The effectiveness of Total Worker Health interventions: A systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med* 2016; 165: 262-269
- ³⁷ Una cautela nel considerare queste cifre va adottata in Europa dove il sistema di welfare sociale prevede che la copertura dei costi sanitari affrontati dai lavoratori sia sempre a carico di sistemi di assicurazione sociale obbligatori spesso a carattere pubblico dove l'assicurazione sanitaria viene pagata nella medesima misura a prescindere dalle proprie condizioni di salute. Questo meccanismo rende meno tangibile per le aziende l'incentivo a migliorare le condizioni di salute per diminuire il consumo di risorse sanitarie e spiega anche la scarsità di letteratura scientifica europea dedicata a questo specifico ambito di ricerca di economia sanitaria.
- ³⁸ Poscia A, Moscato U, La Milia DI, Milovanovic S, Stojanovic J, Borghini A, Collamati A, Ricciardi W, Magnavita N. Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2016 Sep 5;16 Suppl 5:329.
- ³⁹ Wallin M., Hussi T. 'Best practices in Age Management – evaluation of organisation cases' (Migliori prassi nella gestione dell'età – valutazione dei casi nelle organizzazioni), Final report of research project (2011), Pdf-version downloadable at: <http://www.tsr.fi/database>.
- ⁴⁰ Magnavita N, Capitanelli I, Garbarino S, La Milia DI, Moscato U, Pira E, Poscia A, Ricciardi W. Workplace health promotion programs for older workers in Italy. *Med Lav* 2017; 108, 5: 396-405.
- ⁴¹ Commissione delle Comunità Europee (2011). Libro verde sulla tutela dei consumatori nell'Unione Europea. Enterprise Publications, Bruxelles
- ⁴² https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/luxembourg_declaration.pdf (accesso al 25 Marzo 2019)
- ⁴³ <https://owhc.ca/>
- ⁴⁴ Cremaschini M, Moretti R, Brembilla G, Valoti M, Sarnataro F, Spada P, Mologni G, Franchin D, Antonioli L, Parodi D, Barbaglio G, Masanotti G, Fiandri R. Stima dell'effeto ad un anno di un programma di promozione della salute nei luoghi di lavoro in provincia di Bergamo. *Med Lav* 2015; 106, 3: 159-171
- ⁴⁵ Marco Cremaschini, Roberto Moretti, Marinella Valoti, Giorgio Barbaglio, Members of Bergamo WHP M&E working group, Members of Delphi Panel. Ricerca di consenso Delphi sugli strumenti per il monitoraggio da parte del medico competente dei principali fattori di rischio individuali per malattie croniche. *Med Lav* 2017; 108, 1: 24-32
- ⁴⁶ Cremaschini M, Moretti R, Brembilla G, Valoti M, Sarnataro F, Spada P, Mologni G, Franchin D, Antonioli L, Parodi D, Barbaglio G, Masanotti G, Fiandri R. Stima dell'effeto ad un anno di un programma di promozione della salute nei luoghi di lavoro in provincia di Bergamo. *Med Lav* 2015; 106, 3: 159-171
- ⁴⁷ Marco Cremaschini, Roberto Moretti, Marinella Valoti, Giorgio Barbaglio, Members of Bergamo WHP M&E working group, Members of Delphi Panel. Ricerca di consenso Delphi sugli strumenti per il monitoraggio da parte del medico competente dei principali fattori di rischio individuali per malattie croniche. *Med Lav* 2017; 108, 1: 24-32
- ⁴⁸ <https://retewhpbergamo.org/> (accesso al 25 Marzo 2019)
- ⁴⁹ <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/>
- ⁵⁰ Cremaschini M, Moretti R, Brembilla G, Valoti M, Sarnataro F, Spada P, Mologni G, Franchin D, Antonioli L, Parodi D, Barbaglio G, Masanotti G, Fiandri R. Stima dell'effeto ad un anno di un programma di promozione della salute nei luoghi di lavoro in provincia di Bergamo. *Med Lav* 2015; 106, 3: 159-171
- ⁵¹ Marco Cremaschini, Roberto Moretti, Marinella Valoti, Giorgio Barbaglio, Members of Bergamo WHP M&E working group, Members of Delphi Panel. Ricerca di consenso Delphi sugli strumenti per il monitoraggio da parte del medico competente dei principali fattori di rischio individuali per malattie croniche. *Med Lav* 2017; 108, 1: 24-32.
- ⁵² Testo originale: "Freedom from want cannot be forced on a democracy or given to a democracy. It must be won by them. Winning it needs courage and faith and a sense of national unity: courage to face facts and difficulties and overcome them ; faith in our future and in the ideals of fair-play and freedom for which century after century our forefathers were prepared to die ; a sense of national unity overriding the interests of any class or section." In:

Beveridge W. Social Insurance and Allied Services. Presented to Parliament by Command of His Majesty November 1942, HMSO Cmd 6404 <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/beveridge-report/> accesso il 23/12/2018