

**Contrastare le diseguaglianze
e promuovere equità nei
programmi di prevenzione:
strumenti, pratiche e alleanze
dell'esperienza lombarda**

Progetto Ccm
«Equity Audit nei piani regionali
di prevenzione in Italia»

GUERINI
E ASSOCIATI

Pubblicazione realizzata nell'ambito del progetto «Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia», finanziato dal Ministero della Salute-Ccm. Anno 2014.

© 2018 Edizioni Angelo Guerini e Associati srl
via Comelico, 3 – 20135 Milano
www.guerini.it
e-mail: info@guerini.it

Prima edizione: aprile 2018

Publisher Antonello De Simone

Ristampa: v iv iii ii i 2018 2019 2020 2021 2022

Copertina di Donatella D'Angelo

Printed in Italy

ISBN 978-88-9807-725-7

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

Indice

- 5 **PREMESSA.**
 **IL CONTRASTO ALLE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE
 E SANITÀ, UNA PRIORITÀ PER LA PREVENZIONE**
 di Daniela Galeone, Stefania Vasselli
- 11 **EQUITÀ PER IL CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE
 NEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018**
 di Liliana Coppola
- 13 **LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA E AMBIENTI
 FAVOREVOLI ALLA SALUTE NEI SETTING DI COMUNITÀ**
 *di Liliana Coppola, Corrado Celata, Manuela Franchetti,
 Margherita Marella, Lucia Pirrone, Claudia Lobascio*
- 19 **GLI SCREENING ONCOLOGICI**
 *di Danilo Cereda, Silvia De Andrea, Maria Rosa Schivardi,
 Laura Zerbi*
- 25 **LA PREVENZIONE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO**
 di Nicoletta Cornaggia, Claudia Toso, Battista Magna
- 35 **LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI NELLA SALUTE
 E IL RUOLO DEL LAVORO**
 di Giuseppe Costa, Angelo d'Errico

- 79 L'HEALTH EQUITY AUDIT
E L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO
di Roberto Di Monaco, Silvia Pilutti
- 109 ISTRUZIONI ALL'USO DI GRIGLIE
DI HEALTH EQUITY AUDIT (HEA)
di Giulia Silvestrini, Morena Stroschia, Michele Marra
- 135 EQUITÀ E RESPONSABILITÀ SOCIALE DI IMPRESA:
POLICY E BUONE PRATICHE AZIENDALI
di Ruggero Bodo, Elisa Rotta
- 151 EQUITÀ E CONCILIAZIONE VITA-LAVORO
di Claudia Moneta
- 179 IL PERCORSO FORMATIVO «HEALTH EQUITY AUDIT
DEI PROGRAMMI REGIONALI DI PROMOZIONE DELLA
SALUTE (PRP 2014-18): FOCUS SUL PROGRAMMA
AZIENDE CHE PROMUOVONO SALUTE – RETE WHP
LOMBARDIA»
*di Ennio Ripamonti, Liliana Coppola, Simona Olivadoti,
Erika Rosa Cappelletti*
- 209 ALLEGATI
- 211 REGIONE LOMBARDIA:
INDIRIZZI PER LA PIANIFICAZIONE INTEGRATA
DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
- 225 PROGRAMMA «AZIENDE CHE PROMUOVONO SALUTE
– RETE WHP LOMBARDIA»:
PROFILO DI SALUTE AZIENDE ADERENTI
- 235 GLOSSARIO

PREMESSA

Il contrasto alle disuguaglianze in salute e sanità, una priorità per la prevenzione

*di Daniela Galeone, Stefania Vasselli**

Il contrasto alle disuguaglianze in salute e sanità rappresenta, anche nel nostro Paese, una priorità di tutti i Governi e un impegno che sempre più espressamente compare nella cornice istituzionale e programmatica delle politiche sanitarie, specie in quella della strategia intersettoriale di prevenzione e contrasto alle malattie croniche non trasmissibili adottata, coerentemente con l'approccio «Health in all Policies», con il programma «Guadagnare salute» e con il Piano Nazionale della Prevenzione (Pnp), nonché, più di recente, all'interno dei nuovi Livelli essenziali di assistenza e dei relativi sistemi di monitoraggio e valutazione.

Lo scenario italiano si intreccia con quello internazionale, tenendo conto del «posizionamento» dell'Italia in relazione agli impegni sottoscritti sulla salute e sul contrasto delle disuguaglianze con l'Unione Europea e l'Organizzazione Mondiale della Sanità e sugli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, programmi che utilizzano l'equità come denominatore comune. In particolare il nostro Paese è al momento coinvolto nel coordinamento della nuova Joint Action dell'Unione Europea sulle disuguaglianze di salute.

Pertanto, anche in Italia i sistemi informativi e di sorveglianza

* Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione.

za si stanno adeguando all'esigenza di azione per l'*equity*, offrendo una ricchezza di dati che consente di analizzare le disuguaglianze sociali nella salute e nella prevenzione e di contribuire quindi all'emersione, all'analisi e alla ricerca di soluzioni per i sempre più preoccupanti fenomeni di povertà e vulnerabilità sociale presenti su tutto il territorio.

Per ottenere risultati tangibili e sostenibili in questa complessa sfida, è necessario un coinvolgimento ampio e sinergico dei diversi stakeholder e una più efficace governance sanitaria. Ciò si ottiene anche sostenendo adeguatamente, per esempio attraverso attività di formazione e comunicazione, e quindi alimentando empowerment e advocacy, i «titolari» della pianificazione, della realizzazione e della valutazione dei programmi di promozione della salute, affinché possano assecondare, anzi contribuire attivamente, a realizzare nel concreto l'approccio dell'equità nella salute in tutte le politiche.

Questo, in estrema sintesi, lo spirito che, nell'ambito del programma Ccm 2014 (azioni centrali), ha animato il progetto di supporto al Pnp «Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia», il quale è però frutto di un'antecedente scelta di fondo, ovvero quella di introdurre, nel Pnp 2014-18 (Intesa Stato-Regioni 13 novembre 2014), e per la prima volta nella storia dei Piani della prevenzione, il contrasto alle disuguaglianze di salute e l'attenzione ai gruppi fragili all'interno di Vision, Principi e Priorità di un atto di programmazione nazionale, a garanzia dell'equità in salute.

Non si è trattato di una semplice dichiarazione di intenti, bensì di un obiettivo strategico tradotto in uno dei criteri di valutazione dei Prp (cosiddetta valutazione *ex ante*, ovvero della pianificazione degli interventi) stabiliti dal Documento di valutazione del Pnp (Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2015), nonché sostenuto dalla suddetta azione Ccm, finalizzata proprio alla messa a punto, sperimentazione sul campo in sei regioni pilota (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Puglia e Piemonte come regione capofila del progetto) e diffusione in tutte le altre, di strumenti specializzati di «Health

Equity Audit» (Hea), mirati a calibrare verso l'equità le azioni di prevenzione e promozione della salute realizzate all'interno di specifici setting di intervento (scuola, lavoro, comunità, percorso nascita, medicina di iniziativa e ambiente) e in relazione agli obiettivi centrali del Pnp più «sensibili» al fenomeno delle disuguaglianze.

In sostanza, l'intento è stato quello di coinvolgere i professionisti che in ogni regione avevano la responsabilità e la funzione di istruire la redazione o l'implementazione del Prp affinché orientassero o ricalibrassero all'equità, anche intercettandoli in corso d'opera, gli interventi previsti nei programmi.

Nei fatti, il progetto ha avuto due sviluppi interessanti e cruciali nel percorso di accompagnamento all'attuazione del Pnp, condotto dal livello centrale ma fortemente partecipato dalle Regioni.

Il primo è stato quello di contribuire, in fase di valutazione *ex ante* dei Documenti di Piano regionali, a indagare, qualitativamente e quantitativamente (attraverso specifiche griglie), fino a che punto la Regione mostrava di aver recepito il mandato nazionale di orientamento all'equity (in termini di: definizione di priorità a livello di quadro strategico o disponibilità e utilizzo, a tal fine, di informazioni per misurare e monitorare le disuguaglianze nel proprio territorio; applicazione di strumenti di Hea; previsione o avvio di azioni specifiche o di sistema per il contrasto delle disuguaglianze; presenza di un vero e proprio approccio strutturato al problema, con accenni di policy). I risultati di tale analisi descrittiva, sintetizzati in «score» regionali, hanno permesso di classificare le Regioni sulla base della capacità, documentata all'interno dei Prp, di «prendersi in carico» e tradurre operativamente l'obiettivo di contrasto alle disuguaglianze, nonché, potenzialmente, di utilizzare i risultati di questa stessa analisi per una valutazione *pre-post* intervento di Hea.

Il secondo sviluppo, tuttora in corso e particolarmente promettente nel prosieguo del Pnp vigente e nella prospettiva del Pnp futuro, è stato proprio quello di impostare o reimpostare gli interventi già in atto secondo il ciclo dell'Hea, fornendo un

«background» adeguato a informare e supportare la scelta di riorientare all'equità i programmi di prevenzione, insomma di introdurre o rinforzare, con metodo, la lente di equità all'interno dei Prp, in modo da assicurare l'effettiva attuazione delle azioni più efficaci per la promozione dell'equità in salute.

Di fatto, pur nella diversità degli ambiti applicativi, dei contesti e delle situazioni di partenza delle Regioni partecipanti, il progetto ha raggiunto l'obiettivo trasversale di creare *capacity building*, ovvero di offrire l'opportunità concreta, a chi sta lavorando e decidendo per obiettivi di equità in prevenzione, di disporre di un pacchetto di conoscenze, prove, strumenti, dati aggiornati, metodologie a sostegno di tale attività, stimolando in questa direzione la comunità di pratica già attiva sui Prp.

Sono stati così agevolati l'ulteriore mobilitazione e focalizzazione di energie, il trasferimento e la sistematizzazione di esperienze di successo e buone pratiche, la disamina ragionata e condivisa delle criticità e delle possibili soluzioni, e, non ultima, la riflessione riguardo alle potenziali ricadute, a conclusione del progetto, sugli sviluppi del Pnp nel medio e lungo termine.

In particolare l'esperienza lombarda si è caratterizzata per aver integrato l'azione Ccm all'interno dei programmi del Prp riferiti al macro obiettivo 1 («Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili»), più precisamente del programma «Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia», finalizzato, sulla scia del modello Oms, ad attivare processi e interventi tesi a sostenere i principali fattori che contribuiscono a rendere il luogo di lavoro un ambiente «favorevole alla salute». In questo setting infatti, dove gli interlocutori sono soprattutto le imprese e i loro protagonisti fino ai Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (Rls), l'attenzione all'equità è duplice: per orientare l'intera organizzazione del lavoro a misurarsi sui differenti bisogni dei lavoratori nella promozione del benessere e della *workability*; e per imparare a promuovere quegli interventi sull'ambiente di lavoro che possono migliorare la sicurezza e rendere più facile l'adozione di stili di vita sani.

Con questa lente, la conduzione dell'Hea è andata però oltre, ovvero è stata valorizzata in termini di ideazione e realizzazione di un percorso di formazione multistakeholder, avente per oggetto la tematica dell'equity declinata nello specifico setting lavoro ma nell'ottica di un impatto su tutti gli altri programmi regionali, con l'intento di definire e condividere senso e modalità operative di Hea nei processi di governance regionale e locale.

Un intento che racchiude la sfida futura prospetta dal progetto, ovvero passare, auspicabilmente nel futuro Pnp, ancor di più e meglio dalla teoria alla pratica, e in questo passaggio migliorare proprio i meccanismi di governance, di coordinamento (anche in relazione alla necessaria, e spesso carente, osmosi tra setting) e soprattutto di valutazione, per esempio introducendo sistematicamente la misura dell'equità tra gli indicatori di monitoraggio della copertura degli interventi di prevenzione, e, più in generale, di valutazione delle performance dei sistemi sanitari.

In conclusione, i risultati del progetto rappresentano un ulteriore strumento a disposizione del decisore tecnico e politico per il raggiungimento degli obiettivi di salute: realizzazione di programmi di prevenzione, decisioni in merito alla qualità dell'assistenza erogata, misurazione dei risultati di salute, individuazione delle fasce fragili della popolazione sulle quali bisogna agire con interventi specifici atti a colmare il gap di disuguaglianze.

La partecipazione di Regione Lombardia al progetto Ccm 2014 «Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia»

Equity audit è una locuzione introdotta nel Regno Unito per definire un'attività di scrutinio del funzionamento di un'iniziativa, soprattutto nel campo dell'organizzazione e del percorso dell'offerta, al fine di riconoscerne meccanismi di generazione di disuguaglianze di processo e risultato che possono essere monitorati e corretti in caso di malfunzionamento selettivo.

Il progetto Ccm 2014 «Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia», che ha l'obiettivo generale di «Accompagnare la stesura dei Prp affinché realizzino progetti di prevenzione attenti all'equità per gli obiettivi del Pnp più sensibili alle disuguaglianze di salute», afferma, sulla base delle evidenze disponibili, che un investimento in *equity audit* sui progetti dei Prp possa avere un impatto significativo in termini di riduzione delle disuguaglianze di salute, ricalibrando verso l'equità di processo e risultato le politiche e gli interventi che sono mirati a quei fattori di rischio. Da quelli di regolazione dell'offerta (per esempio prezzo delle sigarette o dell'alcol), a quelli sui contesti che possono distribuire in modo più o meno equo i fattori del contesto che promuovono salute (offerta di piste ciclabili o lontananza da distributori di alimenti insalubri), fino a quelli che offrono interventi diretti di prevenzione in modo più o meno sensibile alla vulnerabilità sociale (linee guida professionali e organizzative e nuove tecnologie).

Nell'ambito degli obiettivi del progetto, Regione Lombardia si è impegnata a sviluppare e sperimentare sul campo strumenti specializzati di *equity audit* mirati al setting «ambienti di lavoro» (a partire dall'esperienza del programma regionale «Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia» che presidia i fattori di rischio/determinanti di salute comportamentali per la prevenzione delle malattie croniche).

Il percorso realizzato in Lombardia ha supportato complessivamente il processo di miglioramento continuo dei programmi del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, particolarmente significativa però l'azione di literacy in tema di equità con i diversi soggetti (operatori, parti sociali, terzo settore, Eell ecc.) coinvolti nella programmazione integrata locale e regionale dei programmi di promozione della salute e di riorientamento di indirizzi e strumenti di programmazione generale e specifica del programma «Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia».

Di seguito i principali elementi di contesto.

Equità per il contrasto delle disuguaglianze nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018

*di Liliana Coppola**

Il Piano Regionale della Prevenzione (Prp) lombardo 2014-2018 ha introdotto alcuni elementi di attenzione al tema delle disuguaglianze attraverso un'analisi di contesto delle condizioni epidemiologiche e dei servizi offerti, effettuata partendo dai dati resi disponibili dal Progetto Ccm 2012 «Equità nella Prevenzione e per la Salute in tutte le Politiche», rappresentati in sintesi in Figura 1, integrati con dati locali. Le azioni individuate hanno identificato le aree dove il settore socio-sanitario, nell'ambito delle proprie competenze, può agire per diminuire le disuguaglianze. È stata cioè valutata l'opportunità di realizzare o promuovere azioni per diminuire gli effetti negativi della stratificazione sociale (per esempio aumentando l'accessibilità ai servizi da parte delle fasce di popolazione tradizionalmente meno dotate di strumenti di conoscenza), dell'esposizione a fattori di rischio (per esempio adeguando gli ambienti di vita e lavoro a condizioni più favorevoli) o per diminuire gli effetti della vulnerabilità dovuta alle disuguaglianze (per esempio attraverso un aumento delle competenze sulla salute).

L'approccio alle disuguaglianze emerse dall'analisi di cui sopra è stato declinato nel piano con gradi diversi di approfondimento.

* Direzione Generale Welfare Regione Lombardia.

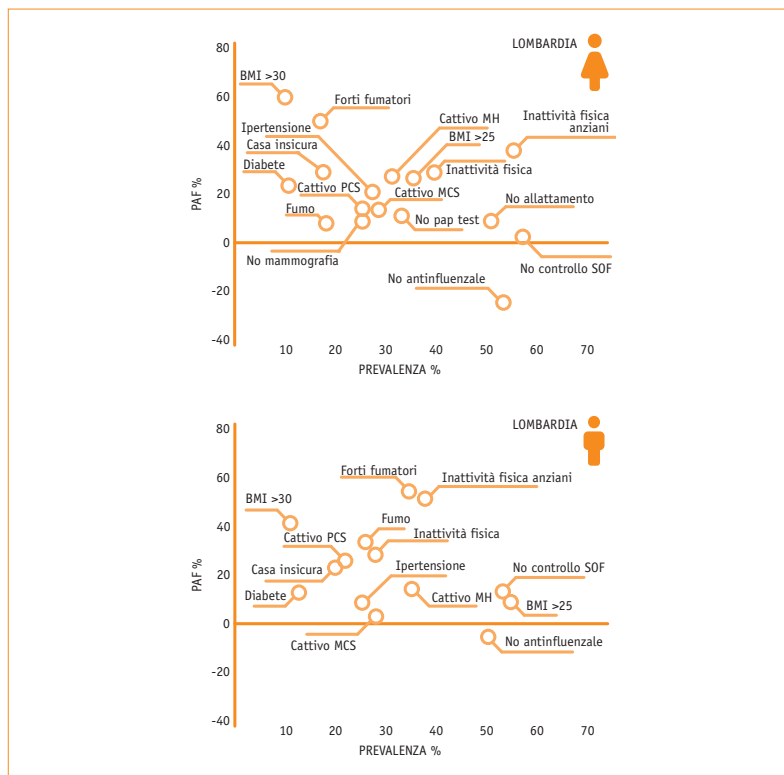


Figura 1 – Indicatori di salute a supporto dei Piani Regionali di Prevenzione – Grafico riassuntivo delle prevalenze e delle Paf – 2013 Lombardia* (fonte: <http://www.disuguaglianzedisalute.it>: «Indicatori di salute a supporto dei Piani Regionali di Prevenzione»).

* Il termine Paf è l'acronimo dell'espressione epidemiologica inglese *population attributable fraction* (in italiano, frazione attribuibile % nella popolazione), che esprime la riduzione di casi che si potrebbe ottenere dall'eliminazione di una determinata esposizione che ha un'associazione, teoricamente causale, con l'esito considerato. Applicata alle disuguaglianze sociali e all'esposizione a un fattore di rischio, il Paf % esprime la percentuale di esposti in una popolazione a quel fattore di rischio che si potrebbe evitare eliminando le disuguaglianze sociali nell'esposizione al medesimo.

La promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute nei setting di comunità

*di Liliana Coppola, Corrado Celata, Manuela Franchetti,
Margherita Marella, Lucia Pirrone, Claudia Lobascio**

Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 ha declinato quattro programmi di comunità setting-specifici dedicati alla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute. Come rappresentato in Figura 1 i programmi sono relativi a «Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita», «Promozione di stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità», «Scuole che Promuovono salute – Rete Sps Lombardia», «Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro». A quest'ultimo afferiscono contestualmente il

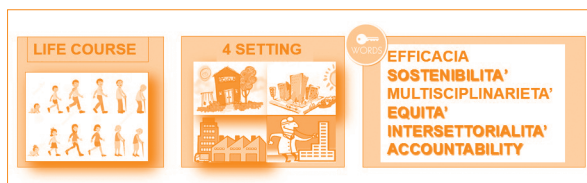


Figura 1 – I quattro programmi di comunità setting-specifici dedicati alla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute: P1 «Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro»; P2 «Scuole che Promuovono salute»; P3 «Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita»; P4 «Promozione di stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità».

* Direzione Generale Welfare Regione Lombardia.

programma «Luoghi di lavoro che promuovono salute – Rete Whp Lombardia» e le reti locali di Conciliazione Vita Lavoro. Questi quattro programmi sviluppano misure universali per le popolazioni generali in modo mirato a target e/o contesti specifici di fragilità, prevedendo costantemente azioni per orientare in termini di equità la capacità di programmazione nel suo insieme quale misura di sistema per contrastare le disuguaglianze di salute.

Il programma «Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro» (al quale afferiscono il programma «Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia» e le reti di conciliazione locali) ha promosso, per acquisire risultati efficaci in coerenza con i modelli teorici¹ e le politiche di riferimento, il riorientamento in senso salutare degli ambienti di lavoro cambiando i contesti organizzativi, migliorando l'ambiente sociale e rafforzando le competenze individuali, attraverso lo sviluppo e il consolidamento di collaborazioni inter-settoriali e interventi in grado di modificare stabilmente le condizioni di contesto.

Programma «Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia»

La promozione della responsabilità sociale per la salute e l'ampliamento dei rapporti di partenariato per accrescere empowerment, collettivo e individuale, di salute sono gli elementi generali di contesto nel quale si colloca il programma «Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia»: strutturato sul modello «Healthy workplaces: a model for action» codificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms). L'idea centrale di tale modello è che un'azienda che promuove la salute

¹ Ovvero l'analisi dei fattori predisponenti, rinforzanti e abilitanti i comportamenti di salute.

deve impegnarsi a costruire, attraverso un processo partecipato che vede il coinvolgimento di tutte le parti coinvolte, un contesto che favorisca l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute, nel proprio interesse e nell'interesse dei lavoratori e della collettività. Cinque sono le chiavi strategiche raccomandate per il suo sviluppo: impegno e coinvolgimento della leadership; coinvolgimento dei lavoratori e dei loro rappresentanti; etica del lavoro e legalità; sostenibilità e integrazione; utilizzo di un processo sistematico e globale che assicuri efficacia e continuo miglioramento.

Il programma lombardo ha in particolare l'obiettivo prioritario di promuovere cambiamenti organizzativi negli ambienti di lavoro (imprese private, aziende pubbliche, enti ecc.) al fine di renderli ambienti favorevoli all'adozione competente e consapevole di stili di vita salutari per la prevenzione delle malattie croniche. La prevenzione delle malattie croniche, come noto, rappresenta una priorità per il sistema sanitario, ma contestualmente una sfida per il mondo del lavoro a livello di gestione e reinserimento dei lavoratori anche in relazione ai risvolti di valorizzazione del capitale umano e di impatto economico e sociale. È infatti dimostrato che il miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro – anche per gli aspetti che facilitano l'adozione di stili di vita salutari e la creazione di condizioni di supporto e inclusione dei lavoratori più anziani e di quelli con malattie croniche o disabilità – può incidere efficacemente sui «processi di invecchiamento attivo e in buona salute» (Active and Healthy Ageing).

Il programma «Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia» è stato selezionato nel 2017 dalla Ue tra le tre «buone pratiche» italiane per la prevenzione della cronicità nell'ambito della «Joint Action on Chronic Disease – Chrodis», e nell'ambito della nuova «Joint Action on Chronic Disease – Chrodis Plus» il programma lombardo sarà «trasferito» in alcune altre regioni europee.

Il programma ha visto sin dal suo avvio il dialogo tra il Servizio sanitario regionale e associazioni di categoria, parti sociali,

enti no profit impegnati nello sviluppo della responsabilità sociale d'impresa e società scientifiche.

Le «aziende» (intese come qualsiasi tipologia di luogo di lavoro) che aderiscono al programma avviano al proprio interno un processo di «miglioramento continuo», che vede l'attiva partecipazione dei lavoratori e di tutti i soggetti aziendali a vario titolo coinvolti, e la collaborazione delle Agenzie di Tutela della Salute, che forniscono competenze metodologiche e orientamento nella scelta e pianificazione degli interventi più efficaci ed equi da realizzare in coerenza con le opportunità già presenti in azienda e sulla base del contesto sociale.

L'adesione permette un riconoscimento annuale come «Luogo di lavoro che promuove salute» per chi mette in atto pratiche organizzative efficaci e sostenibili in coerenza con le finalità del programma.

Il programma «Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia» in sintesi

L'azione del programma è orientata a dare a tutti i lavoratori le stesse opportunità di salute attraverso il cambiamento del luogo di lavoro: l'azienda e i lavoratori diventano responsabili dell'attivazione (empowerment) di processi di salute. Il programma prevede modalità e prassi flessibili di attivazione per garantire la massima adesione del setting locale di applicazione: oltre alle peculiarità organizzative (dimensioni, settore produttivo), sono considerate le caratteristiche specifiche del contesto socio-culturale e territoriale di riferimento, nonché le differenze tipiche fra le diverse categorie di lavoratori (blu collars/white collars; livello di istruzione; tipologia contrattuale ecc.) che hanno impatto in termini di disuguaglianze di salute.

Le pratiche organizzative prioritarie raccomandate

- Frutta e verdura presenti nel menù di tutti i pasti serviti in azienda (senza pagamenti aggiuntivi e non sostituibili con dolce o altri piatti)
- Interventi organizzativi sulla mensa che incidano sull'orientamento alle scelte e sulle porzioni
- Pane con ridotto contenuto di sale
- Pane integrale sempre disponibile
- Distributori automatici con disponibilità di frutta e/o verdura e con almeno il 30% di alimenti «salutari»
- Area refezione con disponibilità di frutta e/o verdura fresca di stagione
- Promozione di percorsi casa-lavoro in bicicletta o a piedi
- Incentivo all'utilizzo delle scale in alternativa all'ascensore
- Sostegno ad attività extra aziendale che sostengono uno stile di vita attivo (gruppi di cammino, attività sportive, convenzioni con palestre ecc.)
- Policy che concorrono ai requisiti di «Azienda tabacco free»
- Policy che concorrono ai requisiti di «Azienda alcohol free»
- Formazione al counseling motivazionale e supporto del medico competente
- Comunicazione e informazione



Gli screening oncologici

*di Danilo Cereda, Silvia De Andrea,
Maria Rosa Schivardi, Laura Zerbi**

In Regione Lombardia i programmi di screening oncologico organizzati (di seguito «ps») per la prevenzione del tumore del colon retto e della mammella sono a regime da oltre 10 anni: tutta la popolazione nelle fasce target (50-69 anni) è invitata attivamente, tramite una lettera, a partecipare gratuitamente al percorso di prevenzione oncologico. Nel 2014 (stesura del Prp) non era attivo un «ps» regionale per la prevenzione del tumore della cervice uterina.

I «ps» rappresentano un percorso facilitato per l'accesso alla prevenzione oncologica grazie alle due caratteristiche principali di riferimento degli stessi:

- la lettera di invito ha lo scopo di aumentare la consapevolezza del bisogno di prevenzione ed è realizzata con metodologie utili a facilitare la lettura considerando anche livelli di *health literacy* non elevati;
- l'offerta è gratuita, senza la necessità di impegnativa del medico (a differenza delle altre prestazioni sanitarie) e con un appuntamento già fissato (mammografia) o con indicazioni per ritirare il kit per l'esecuzione dell'esame (esame del sangue occulto delle feci-colon retto).

* Direzione Generale Welfare Regione Lombardia; Ats Milano.

Ciò nonostante va considerato che la sola presenza dei «ps» non è sufficiente a superare tutte le disuguaglianze di accesso alla prevenzione oncologica: è noto infatti che anche per i «ps» sono presenti livelli di adesione diversi in relazione al livello economico, allo stato di famiglia, al livello culturale e alla presenza di condizioni di disabilità.

Analizzando la situazione lombarda nella scrittura del Prp 2014-2018 si evidenziavano alcuni aspetti utili alla programmazione:

- i risultati dei «ps» lombardi mostrano buoni livelli di adesione sia per il colon retto sia per la mammella, favorendo così un'adesione complessiva a programmi di prevenzione oncologica (sia screening sia extrascreening) al di sopra delle medie nazionali e nei primi posti nel ranking nazionale;
- l'assenza di un «ps» regionale per la prevenzione del tumore della cervice uterina si ripercuote in un'adesione complessiva minore rispetto alle altre due linee di screening.

Tabella 1 – Copertura screening totale (sia screening sia extrascreening) popolazione target (dati anni 2011-2014)

Copertura screening totale	Lombardia	Italia	Min-max	Ranking Lombardia rispetto alle altre regioni italiane
Colon retto	66,4%	40,8%	12,9%-70,7%	5
Mammella	84,7%	71,0%	47,6%-86,7%	3
Cervice uterina	79,3%	78,7%	58,3%-89,9%	13

Pertanto il Prp lombardo 2014-2018 ha focalizzato due obiettivi principali per la lotta alle disuguaglianze:

- a. l'attivazione dello screening della cervice uterina;
- b. il miglioramento dei livelli di offerta per lo screening mammografico e coloretale.

a. Lo screening della cervice uterina

Il Prp 2014-2018 prevede la messa a sistema del test dell'Hpv-Dna come test primario di screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina; nel 2014 l'attività di screening organizzato era presente in cinque Asl, mentre in 10 Asl sono state attivate azioni sulla popolazione fragile con modalità eterogenea per ogni Asl (dal 2014 è prevista in tutte le Asl almeno la chiamata attiva delle donne nella fascia di età 25-29 anni). Anche in relazione ai dati descritti nella tabella seguente in merito all'abitudine alla prevenzione del tumore della cervice uterina, la revisione dell'organizzazione rappresenta un'importante opportunità di rilettura dell'offerta anche in termini di contrasto alle disuguaglianze.

Tabella 2 – Distribuzione per area vasta lombarda della copertura del Pap test (fonte: Regione Lombardia – Éupolis Survey 2013)

Copertura del Pap test per area vasta lombarda									
Tumore al collo dell'utero (donne di 25-64 anni)	Milano città	MI 1 MI 2 MB	VA CO	LC SO	BG	BS	PV LO	MN CR	Lombardia
Che hanno fatto il Pap test negli ultimi 3 anni	72,1	77,3	78,0	76,6	78,3	87,8	77,0	81,7	78,5
Che non hanno mai fatto il Pap test	16,6	11,1	13,8	16,1	9,5	8,9	13,6	11,9	12,2

I dati dell’Indagine multiscopo Istat salute 2013 permettono di descrivere più approfonditamente il fenomeno della disegualianza: la percentuale di donne 25-64 anni che non hanno mai effettuato un Pap test in relazione al titolo di studio è del 13% per le laureate, 12% per le diplomate, 14% per le donne con licenza media, 18% per le donne con licenza elementare e 50% per le donne senza titolo di studio. Analogamente non ha mai eseguito un Pap test il 18% delle donne che giudicano scarso/insufficiente la condizione economica della propria famiglia versus il 12% di quelle che lo giudicano ottimale/adeguato. In tabella è descritta la relazione tra non esecuzione del Pap test e gli indicatori di stato di salute percepita e condizione economica.

Tabella 3 – Copertura del Pap test in relazione allo stato socioeconomico e allo stato di salute (fonte: Indagine Multiscopo Istat Salute 2013)

Tumore al collo dell'utero (donne di 25-64 anni)	Buono stato di salute e buone risorse economiche	Cattive condizioni di salute e buone risorse economiche	Buono stato di salute e scarse risorse economiche	Cattivo stato di salute e scarse risorse economiche
% donne che non hanno mai eseguito un Pap test	11,6%	9,2%	<18,5%	10,7%

Utile nella descrizione delle disuguaglianze analizzare la copertura appropriata per lo screening della cervice uterina insieme a quella per lo screening mammografico per le donne in fascia d’età 50-64 anni (vedi Tabella 4): il 7,3% non ha eseguito alcuna prestazione nei tempi raccomandati, ma il 16,6% ha eseguito la sola mammografia.

Tabella 4 – Distribuzione % delle donne 50-64enni in base all'aver fatto una mammografia negli ultimi 2 anni e/o un Pap test negli ultimi 3. Lombardia, anno 2013 (fonte: Regione Lombardia – Éupolis, Survey 2013)

	Entrambe	Solo mammo- grafia	Solo Pap test	Nessuna	Totale
Lombardia	71,4	16,6	4,7	7,3	100,0

A fronte di tale quadro il programma «Screening oncologici» del Prp 2014-2018 individua una serie di azioni che concorrono specificatamente al contrasto delle disuguaglianze in relazione allo screening della cervice uterina. Tra queste si evidenziano:

1. azioni per aumentare l'accessibilità:
 - razionalizzazione dell'offerta di prevenzione del tumore della cervice uterina, che permetterà di ampliare l'offerta a tutto il territorio lombardo;
 - maggior livello di integrazione con la medicina di base per l'identificazione e la sensibilizzazione delle pazienti;
 - incremento di opportunità di adesione allo screening attraverso il raccordo con setting di comunità («Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro», «Scuole che promuovono salute – Rete Sps/She Lombardia»);
 - utilizzo dei flussi informativi: per esempio, il flusso integrato delle prestazioni delle mammografie e delle prestazioni di Pap test permette di identificare, con basso margine di errore, le donne della fascia di età 50-64 che non eseguono alcuna prestazione di prevenzione per i tumori di cervice e mammella;
2. azioni per diminuire l'esposizione:
 - presenza di politiche vaccinali nei confronti di Hpv, con obiettivo di alto tasso di adesione (tra le ragazze di 12 anni) e offerta del vaccino in modalità di compartecipazione (prezzo sociale) per le altre classi d'età;

3. azioni per diminuire la vulnerabilità:
 - attivazione per pazienti fragili (pazienti straniere, malati di Hiv...) di modalità di erogazione e di follow up adatte alle caratteristiche epidemiologiche della diffusione dell'Hpv e delle caratteristiche immunoprotettive dell'individuo.

b. Il miglioramento dei livelli di offerta per lo screening mammografico e coloretale

Al fine di sostenere il processo di miglioramento – in termini di efficienza ed efficacia – in relazione agli standard attesi e agli obiettivi di sistema, è stato individuato lo strumento dell'«audit partecipato» presso i centri screening delle Agenzie di Tutela della Salute, che dal 2016 hanno sostituito le Asl e che rappresentano lo snodo organizzativo di riferimento per la gestione dei programmi.

La scelta di attivare questo processo di miglioramento continuo si fonda sugli esiti della sperimentazione regionale dell'adattamento del modello di progettazione e valutazione «Precede-Proceed», promossa dal Ministero della Salute nell'ambito del progetto Ccm-Agenas «Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti modificabili e non», che ha confermato la specifica idoneità di tale metodologia agli obiettivi di miglioramento dei programmi di screening. Il percorso di realizzazione, oltre la già citata sperimentazione nazionale ha visto una revisione del modello di audit e dello strumento utilizzato e la condivisione con le Ats.

Il modello Precede-Proceed prevede un momento di audit in cui referenti di un centro screening, insieme agli auditor (un referente regionale e altri due esperti) riprogrammano le proprie attività in seguito a un puntuale e approfondito momento di analisi, che include la valutazione delle capacità del centro di attivare percorsi di ingaggio differenziati per fasce di popolazione, offerte dedicate a persone con problemi di salute mentale, offerte dedicate a persone con disabilità.

La prevenzione negli ambienti di lavoro

*di Nicoletta Cornaggia, Claudia Toso, Battista Magna**

Le condizioni occupazionali contribuiscono a generare disuguaglianze di salute nei cittadini, ed è proprio nel tentativo di ridurle che gli interventi di prevenzione programmati sono indirizzati prioritariamente verso le situazioni a maggior rischio.

I lavoratori con mansioni poco qualificate e che svolgono essenzialmente compiti di tipo manuale sono i più esposti a rischi professionali e di conseguenza hanno una maggiore probabilità di subire danni alla salute. Questo svantaggio è ancora più evidente in alcuni settori quali l'edilizia, l'agricoltura, i trasporti e altri comparti del settore manifatturiero.

La programmazione degli interventi di prevenzione negli ambienti di lavoro, a livello regionale e a livello locale, si basa sull'individuazione dei settori e delle situazioni a maggior rischio per i lavoratori (graduazione del rischio) basandosi essenzialmente sulla probabilità che i lavoratori hanno di subire danni alla salute da esposizione professionale.

Considerando esclusivamente il fenomeno infortunistico, l'individuazione delle priorità di intervento considera due esigenze concomitanti: da una parte la frequenza degli infortuni ovvero il rischio individuale (per il singolo lavoratore della ditta) di subire un infortunio, dall'altra la gravità degli infortuni,

* Direzione Generale Welfare Regione Lombardia.

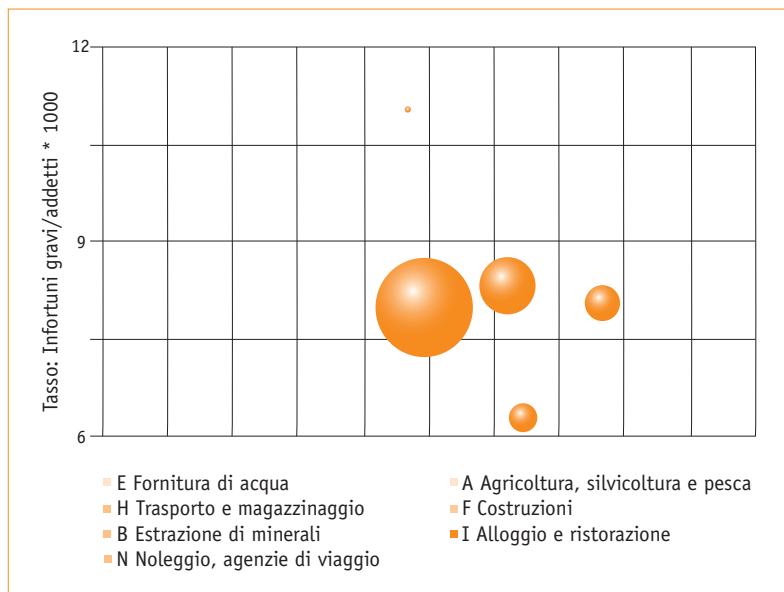


Figura 1 – Probabilità danni da infortunio per settori significativi (anno 2012).

ovvero il carico complessivo di danni che quella ditta produce tra i suoi lavoratori.

La situazione lombarda al 2012, sintetizzata nel grafico seguente (che considera solo alcuni dei settori più significativi), evidenzia la disuguaglianza dei lavoratori di fronte alla probabilità di subire danni da infortunio, per settore di appartenenza.

A parità di livello di rischio esistono categorie di lavoratori particolarmente suscettibili a subire danni per esposizioni a rischi lavorativi.

Considerando gli infortuni sul lavoro per classi di età, si osserva che la quota di infortuni gravi sul totale degli infortuni aumenta con l'aumentare dell'età.

La differente sensibilità ai rischi professionali legata al genere viene bene evidenziata dalle informazioni raccolte dal sistema di sorveglianza delle malattie lavoro-correlate Ma.P.I., che rac-

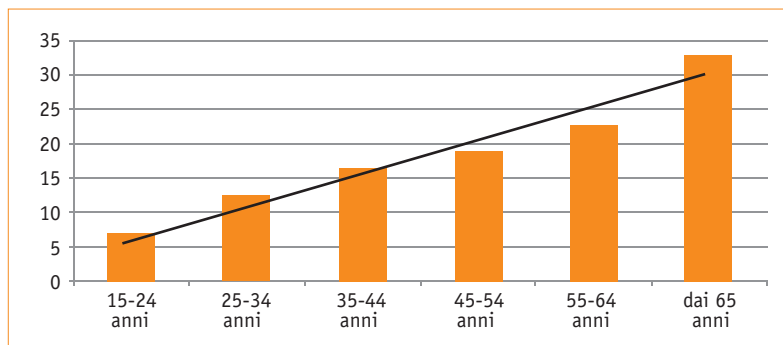


Figura 2 – Percentuale infortuni gravi sul totale degli infortuni in Regione Lombardia (dati 2013 Flussi informativi Inail Regioni).

coglie tutte le segnalazioni di malattie legate al lavoro conosciute dalle Asl (ora Ats). Le patologie da lavoro segnalate alle Ats lombarde nel 2014 sono state 2989, relative a 2381 lavoratori e 608 lavoratrici. Limitando l'attenzione ai fattori di rischio ergonomico e a quelli legati allo stress lavoro-correlato, è evidente la differente suscettibilità legata al genere.

Tabella 1 – Sensibilità ai rischi professionali per genere (anno 2014)

Genere	Totale delle patologie	Patologie dovute a fattori di rischio			
		ergonomico		da stress lavoro correlato	
		v.a.	% sul totale delle patologie	v.a.	% sul totale delle patologie
Lavoratori	2381	833	35%	33	14%
Lavoratrici	608	377	62%	95	5,6%

Il Paese di provenienza influisce in maniera evidente sulla possibilità dei lavoratori di accedere ai servizi necessari a garantire

il loro diritto alla salute e alla sicurezza. Emblematico è l'esempio dei lavoratori stranieri impiegati nelle attività di rimozione di manufatti contenenti amianto, che al termine dei lavori, con il ritorno ai Paesi di origine, hanno minori possibilità di essere seguiti nel tempo soprattutto in termini di sorveglianza sanitaria, con riduzione delle loro tutele.

Il tema delle disuguaglianze è trattato puntualmente nel decreto legislativo 81 del 2008 che detta alcuni principi per il loro contrasto. La finalità del decreto è quella di perseguire l'uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori, indipendentemente dal tipo di contratto, garantendo a tutti gli stessi diritti in termini di salute e sicurezza. Per questo motivo il datore di lavoro deve valutare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, compresi quelli collegati allo stress lavoro-correlato, e quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale cui viene resa la prestazione di lavoro.

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

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

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

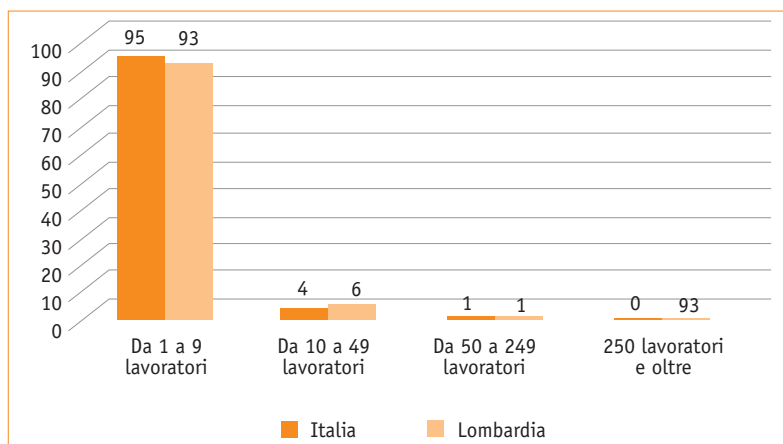


Figura 3 – Distribuzione di frequenza delle aziende per classi dimensionali.

Complessivamente infatti (dato aggiornato al 31 dicembre 2015 dalla Banca dati statistica dell’Inail) sull’intero territorio nazionale risultano essere attive *3.341.337 aziende*, 597.366 sono le aziende attive in Lombardia (il 18%). Considerando la distribuzione di frequenza delle aziende per classi dimensionali emerge che *il tessuto produttivo nazionale e regionale si caratterizza per una forte prevalenza delle micro/piccole imprese*.

In affiancamento alla distribuzione delle imprese sul territorio per classe dimensionale, risulta di interesse rilevante l’analisi della distribuzione di frequenza dei lavoratori *per settore di attività economica*, che mostra l’importanza di interventi mirati al settore manifatturiero largamente rappresentato e dei servizi, ricomprensente tra gli altri il *settore sanitario, socio-sanitario e dell’istruzione*.

In questa logica, gli strumenti sopra elencati e in generale gli interventi di promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, poiché devono essere fruiti da tutte le imprese lombarde – pubbliche e private, grandi e piccole – devono essere adattati, nel rispetto del criterio di graduazione del rischio, alle loro spe-

cifiche caratteristiche quali complessità organizzativa, generale livello di adempimento della normativa in materia di sicurezza sul lavoro, disponibilità di mezzi, di capacità e di risorse.

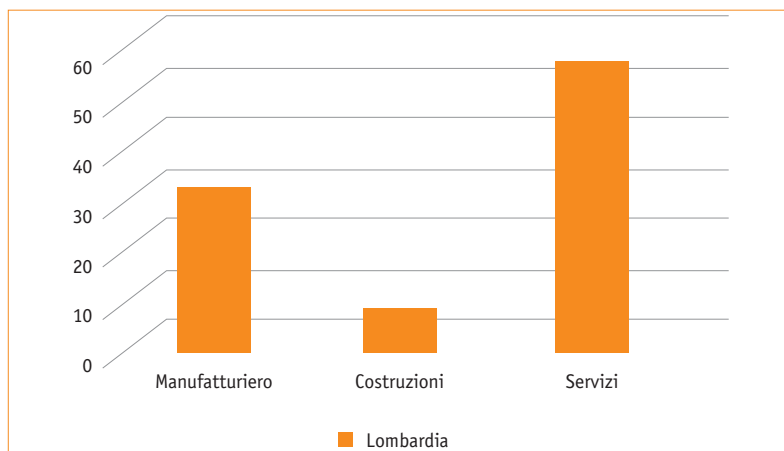


Figura 4 – Distribuzione di frequenza dei lavoratori per settore di attività economica.

In ultimo, il contesto socio-occupazionale attuale, sintetizzabile nei seguenti elementi:

- la terziarizzazione dell'impiego;
- le riorganizzazioni aziendali (fusioni, accorpamenti, acquisizioni...);
- la forte instabilità del mondo del lavoro;
- il lavoro parasubordinato;
- il lavoro notturno (e comunque le imprese che lavorano su 24 ore);
- la femminilizzazione del lavoro e le differenze di genere;
- l'invecchiamento della popolazione lavorativa e la disabilità;
- le nuove tecnologie (industria 4.0);

impone l'adozione di più efficaci modelli di tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Quanto sopra costituisce una base di contesto imprescindibile per la definizione della strategia regionale a favore dell'*health equity* nel setting lavoro: integrare gli interventi di promozione della salute (che concorrono al contrasto di malattie non necessariamente lavoro-correlate) agli interventi di prevenzione, superando il principio di «volontarietà», nella consapevolezza che solo questo approccio è capace di dare piena attuazione alla prevenzione negli ambienti di lavoro. Il modello al quale Regione Lombardia guarda, con riguardo anche all'*health equity*, è proprio quello indicato dal Niosh, il National Institute for Occupational Safety and Health, che nel giugno 2011 ha lanciato il programma «Total Worker Health» (Twh), quale evoluzione delle tappe dell'istituto verso «nazioni più sane».

Tradizionalmente i programmi di salute e sicurezza sul lavoro hanno come preoccupazione primaria che il lavoro sia sicuro e che i lavoratori vengano protetti dai danni generati dal lavoro stesso. Il Total Worker Health si incardina su questo approccio riconoscendo al lavoro il ruolo di determinante sociale di malattia: fattori lavoro-correlati come reddito, orari di lavoro, carichi di lavoro e livelli di stress, rapporti con i colleghi e accesso ad ambienti di lavoro sani hanno tutti in qualche modo un impatto sullo stato di benessere dei lavoratori, delle loro famiglie e delle comunità in cui sono inseriti. Il Twh non si limita a esplorare strategie per la protezione della salute dei lavoratori, ben di più, pretende di raggiungere la salute e il benessere dei lavoratori mirando alle condizioni di lavoro.

Il Niosh pone l'attenzione su come i fattori ambientali e occupazionali possano mitigare o accentuare le condizioni generali di salute dei lavoratori superando la più tradizionale concezione della medicina del lavoro.

Da qui la scelta di una strategia regionale, per il quinquennio 2014-2018 e per le prossime pianificazioni, che punti su un approccio olistico, per assicurare che i rischi vengano efficacemente identificati, valutati, gestiti nel tempo e ordinati per priorità: in questo modo, la strategia di tutela del lavoratore non crea discriminazioni e può definirsi equa.

Bibliografia

- Gielen A.L., McDonald E.M., Gary T. *et al.* (2008), «Using the Precede-Proceed planning model to apply health behaviour theories», in Glanz K., Rimer B.K. e Lewis F.M. (a cura di), *Health behaviour and health education: theory, research and practice*, 4th San Francisco, CA: Jossey-Bass, pp. 407-433.
- Giorgi Rossi P., Camilloni L., Cogo C., Federici A., Ferroni E. *et al.* (2012), «Metodi per aumentare la partecipazione ai programmi di screening oncologici», in *Epidemiologia & Prevenzione*, 36(1).
- Green L.W., Kreuter M.W. (2005), *Health program planning. An educational and ecological approach*, McGraw-Hill, New York.
- Hamer L., Jacobson B., Flowers J., Johnstone F., «Health equity audit made simple. A briefing for primary care trusts and local strategic partnerships» (2003), Working document. Health Development Agency and Public Health Observatories, London; <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105093315/http://www.lho.org.uk/Download/Public/7670/1/equityauditfinal21.1.3.3.pdf>).
- Piano Regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza sul lavoro in attuazione della Dgr n. X/1104/2013.
- Porter C.M. (2016), «Revisiting Precede-Proceed: a leading model for ecological and ethical health promotion», in *HEJ*, Vol. 75 (6): 753-64.
- Precede-proceed: un modello di progettazione e valutazione*. Estratto e riassunto da Green LW, Kreuter MW: *Health promotion planning: An educational and environmental approach*, 3rd ed., Mountain View, Ca, Mayfield, 1999, a cura di DoRS – Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute. Regione Piemonte.
- WHO European Office (2012), «Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being», pp. 10-13. (www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being).

Gli strumenti: la cornice teorico-metodologica

Il percorso del progetto Ccm Progetto Ccm 2014 «Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia» realizzato in Lombardia è stato guidato da una serie di evidenze e indirizzi teorico-metodologici forniti dal gruppo di coordinamento nazionale, di seguito descritti in alcuni specifici contributi.



Le disuguaglianze sociali nella salute e il ruolo del lavoro

di Giuseppe Costa, Angelo d'Errico*

La salute disuguale: geografia o svantaggio sociale?

Fin dai tempi dell'unificazione dell'Italia la speranza di vita della popolazione italiana è stata caratterizzata da un incremento progressivo e regolare. Questo incremento negli ultimi 20 anni è stato, tuttavia, il risultato di dinamiche molto differenti tra le macro regioni italiane: una crescita molto più pronunciata al Nord, che partiva da livelli più sfavorevoli all'inizio degli anni Novanta per convergere invece, a partire dall'ultimo biennio, verso i valori delle regioni più virtuose del Centro Italia. Al contrario, l'incremento dell'aspettativa di vita è stato più lento nel Sud e nelle isole che, connotate da valori più favorevoli della media nazionale fino all'inizio degli anni Novanta, hanno rallentato i loro progressi per posizionarsi, congiuntamente, ben al di sotto di questa media a partire dal 2010 (Istat, 2013). Questo divario emergente a sfavore della salute del Mezzogiorno ha allarmato l'epidemiologia italiana, che ne ha fatto oggetto di una specifica sessione di studio e discussione nel 2011 (Costa *et al.*, 2011).

Com'è noto la speranza di vita, pur muovendosi su valori

* Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università di Torino e Dipartimento di Epidemiologia, Asl TO3 – Torino.

che sono ormai prossimi a un possibile limite biologico, è sensibile alle modificazioni di comportamenti e fattori di rischio che, distribuendosi in modo disuguale nei sottogruppi della popolazione e ripercuotendosi sul loro stato di salute, ne influenzano in modo disuguale la sopravvivenza attraverso una pluralità di meccanismi. Le nuove indagini multiscopo Istat sulla salute, realizzate in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale, hanno permesso di valutare se questo indebolimento della tradizionale protezione meridionale verso la mortalità trovasse riscontro nell'andamento geografico di indicatori sui fattori di rischio e lo stato di salute che precedono la mortalità. Già negli anni Duemila le mappe geografiche della sedentarietà, dello stato ponderale, della salute soggettiva fisica, psichica e mentale, delle malattie croniche riferite e della disabilità evidenziavano in effetti un divario importante a sfavore del Sud rispetto al Nord del Paese, con il Centro in una posizione intermedia o più vicina al Mezzogiorno (Sabbadini *et al.*, 2007). Queste differenze tra macro aree del Paese si sovrapponevano, a loro volta, alla distribuzione geografica dello svantaggio socio-economico, i cui indicatori mostrano un profilo costantemente a sfavore delle regioni del Mezzogiorno. Alcuni studi hanno quindi provato a valutare quanto queste differenze geografiche nella salute in Italia corrispondessero alle differenze sociali, riscontrando che, dopo aver aggiustato per le caratteristiche sociali delle persone, oltre a quelle demografiche, le differenze geografiche tendevano a ridursi (Costa *et al.*, 2003).

Questo stesso fenomeno è osservabile nelle comunità locali. In una città come Torino quattro anni e mezzo di aspettativa di vita dividono gli uomini residenti nelle zone collinari più ricche, a Est, da quelli delle barriere operaie più povere, a Nord e a Sud. Queste differenze si riducono se si tiene in considerazione lo svantaggio sociale (reddito, istruzione, classe) che caratterizza le persone delle aree povere (Costa *et al.*, 2017).

In effetti, il livello di salute di una società non dipende unicamente dalle capacità del sistema sanitario di erogare cure universali e appropriate e di tutelare il benessere fisico e mentale dei

cittadini, ma anche – e in buona parte – dalle condizioni di vita in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Classe sociale e istruzione fotografano molto bene queste differenze sociali nella speranza di vita e in tutte le altre dimensioni di salute (rispettivamente in Figura 1 e in Figura 2).

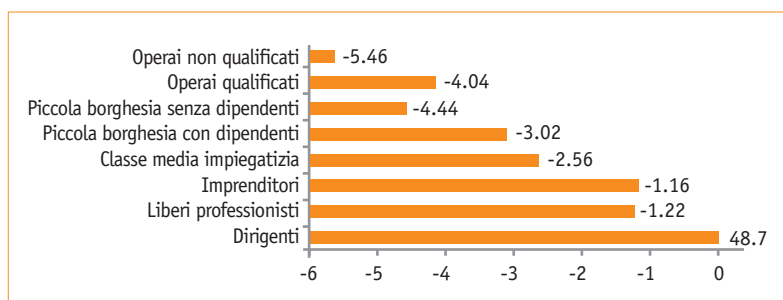


Figura 1 – Differenze per classe sociale nella speranza di vita a 35 anni nella forza lavoro torinese negli anni Duemila.

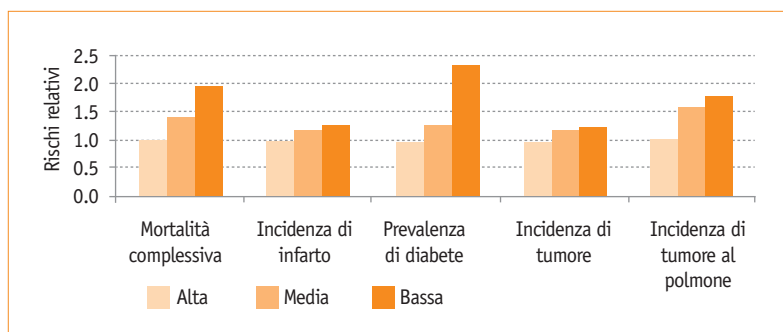


Figura 2 – Rischi relativi per titolo di istruzione. Torino, anni Duemila. In Italia, negli anni Duemila, il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio. Tra gli uomini adulti, fatta uguale a uno la mortalità di un laureato, il rischio di chi ha un diploma di maturità cresce del 16%, quello di chi ha la media inferiore del 46% e quello di chi ha solo le elementari o meno del 79%. Tra le donne la situazione è simile: +12% per la maturità, +22% per le medie e +63% per le elementari.

I cittadini che hanno condizioni di svantaggio sociale si ammalano di più, guariscono meno, perdono autosufficienza e tendono a essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima.

La salute disuguale: il ruolo del lavoro

Numerose ricerche hanno riconosciuto il contributo cruciale e multidimensionale del lavoro nella generazione delle disuguaglianze di salute. In particolare tra i gruppi più a rischio ci sono: i disoccupati, i precari e coloro che svolgono lavori manuali o con una bassa qualifica.

Le persone più soggette al rischio di perdere il lavoro e/o di non trovarlo sono generalmente uomini, nelle fasce di età estreme (giovani e anziani), con un basso titolo di studio e meno qualificati.

La disoccupazione determina *la perdita della continuità del reddito* e quindi la disponibilità di risorse materiali per garantire al proprio nucleo familiare un tenore di vita dignitoso, affrontare gli imprevisti di malattia e progettare un futuro significativo. La disoccupazione causa, inoltre, *la perdita di reddito vitale* nel lungo periodo per l'esaurirsi delle risorse di risparmio privato e di sostegno del welfare, e del mancato risparmio previdenziale, con una percezione di insicurezza sul proprio futuro e il rischio di ingresso in condizioni di povertà e deprivazione. Chi è senza lavoro ha anche una *minore capacità di uso tempestivo e appropriato delle cure* e più lenti tassi di recupero di salute.

Gli svantaggi di coloro che non hanno un lavoro, rispetto agli occupati, sono più marcati nelle età intermedie della carriera e più frequenti per gli uomini, in particolare per chi ha carichi familiari; tali svantaggi, presenti anche per le donne, crescono al crescere del numero di componenti del nucleo familiare esclusi dal mercato del lavoro.

Chi è disoccupato fuma di più, abusa più spesso di alcol ed è più sedentario, tutti fattori di rischio per molte malattie, incluse

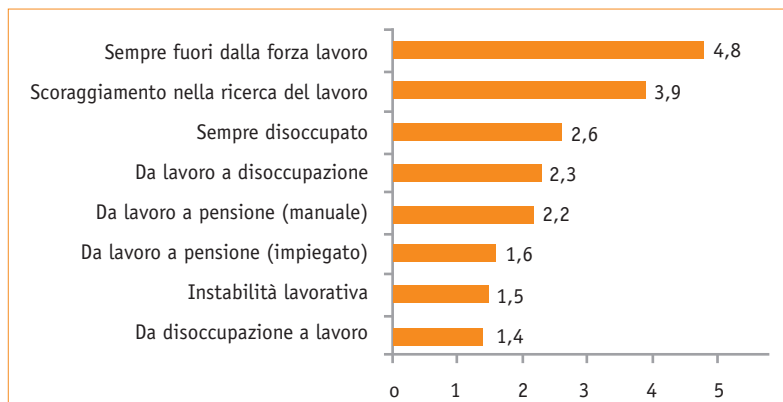


Figura 3 – Rischi relativi di mortalità, standardizzati per età, secondo le traiettorie occupazionali tra il 1971 e il 1991 (categoria di riferimento: sempre occupati) tra gli uomini a Torino, 1991-1996.

quelle circolatorie, respiratorie, metaboliche e tumorali, e per la mortalità generale. È anche più soggetto *a stress, ansia e depressione, che possono essere responsabili dei più alti tassi di suicidio* (nel breve periodo) dovuti sia ai bisogni materiali non più soddisfacenti, sia alla sensazione di perdita di status e di controllo, sia alla percezione di arretramento sociale e di non piena appartenenza e cittadinanza.

I *lavoratori precari* sono per lo più giovani e svolgono professioni meno qualificate. Gran parte degli stranieri ha un lavoro precario. I salari sono mediamente più bassi e discontinui nel tempo. È minore o assente la copertura assicurativa che li tutela in caso di disoccupazione, malattia, maternità e ritiro dal lavoro. Vi è una maggiore esposizione a *fattori di rischio materiali e psicosociali*, oltre a una minore tutela dai rischi da lavoro che caratterizza il lavoro informale e irregolare.

La *maggior flessibilità e mobilità* delle persone tra posti di lavoro diversi ha ridotto il ruolo protettivo svolto dall'esperienza lavorativa, in particolare contro i *rischi di infortuni*. Da un lato infatti, *l'esperienza specifica* accumulata da un lavoratore nello

svolgimento di una particolare mansione *viene persa quando si perde il lavoro*, o al passaggio a lavori diversi; dall'altro *se ne accumula meno*, perché le imprese tendono a investire di meno nella formazione dei lavoratori quando questi hanno una prospettiva breve di permanenza sul posto di lavoro.

Gli studi sulla relazione tra disuguaglianze sociali e salute hanno anche evidenziato, rispetto al tema del lavoro irregolare, il maggiore rischio di alcuni gruppi, *soprattutto bambini e immigrati*.

In particolare le minacce per la salute dei lavoratori precari dipendono:

- *dall'aumento del rischio di morti alcol-correlate* per entrambi i sessi e di morte per fumo negli uomini; i rischi sono significativamente più elevati se il lavoro temporaneo è involontario e se è associato a insoddisfazione;
- *problemi di salute mentale*, come aumento dell'ansia e dello stress e del consumo di antidepressivi;
- *aumento del rischio di infortuni e di patologie all'apparato muscolo scheletrico*;
- *peggioramento della salute percepita*.

Le persone con basso livello di istruzione tendono a essere impiegate in *lavori manuali o in professioni a bassa qualifica*.

L'automazione e la dematerializzazione di molti processi produttivi e maggiori tutela e controllo della sicurezza e dell'ambiente hanno migliorato le condizioni di sicurezza e igiene dei luoghi di lavoro per tutte le professioni, come testimoniato dalla diminuzione del rischio infortunistico soprattutto per le professioni manuali. Tuttavia, almeno in Italia, le innovazioni organizzative sono state meno importanti e i rischi psicosociali non sono migliorati allo stesso ritmo. Inoltre, anche a causa delle trasformazioni dei sistemi produttivi e del mercato del lavoro (delocalizzazione, aumento della flessibilità e delle forme di lavoro temporaneo...), i livelli di tutela, insieme a quelli del reddito, sono diminuiti per le professioni irregolari collocate nei

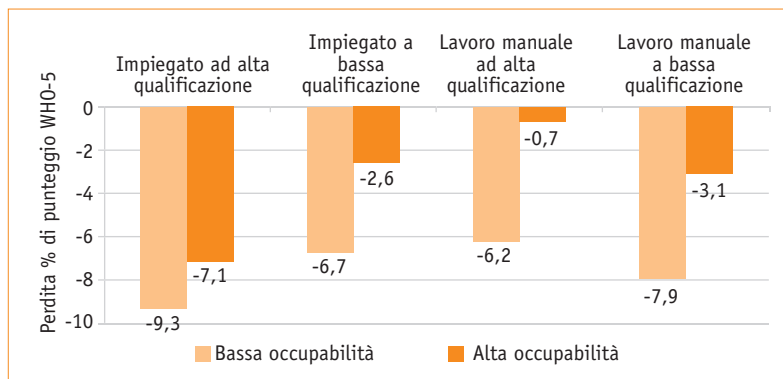


Figura 4 – Perdita di benessere causato dalla percezione di instabilità del proprio lavoro, per occupabilità e status (European Working Conditions Surveys, 2010). La precarietà del posto di lavoro è associata a una perdita di benessere psicologico, che è tanto maggiore quanto più la persona percepisce che avrà difficoltà a trovare un'altra opportunità lavorativa. Questa associazione è visibile lungo tutto l'arco delle classi sociali occupazionali, ed è anzi amplificata per le professioni intellettuali più qualificate, per le quali la perdita di status, di capitale umano e sociale è più grave.

ruoli più bassi. *Le conseguenze sono che i lavoratori manuali continuano a presentare i maggiori svantaggi a livello di salute.*

I lavoratori impiegati in professioni a bassa qualifica sono più esposti a fattori di rischio fisici, chimici, biologici e/o ergonomici, nonché al rischio di infortuni. Il rischio è maggiore in alcuni settori – *edilizia, agricoltura, trasporti, industria estrattiva* – e in mansioni contraddistinte dalla più frequente *presenza di posture scorrette e movimenti ripetitivi*, in cui sono più spesso occupati lavoratori in bassa posizione socioeconomica.

Vi sono poi gli impatti psicosociali del lavoro, che agiscono sulla salute mentale e sullo stress, che dipendono da caratteristiche quali l'autonomia professionale e la soddisfazione del proprio lavoro, i livelli di impegno e di coinvolgimento richiesti dalle proprie mansioni o, ancora, il livello di ricompense previste a parità di sforzo, fisico o mentale richiesto.

Anche in questo caso le posizioni più stressanti sono ricoperte da persone con minori possibilità di trovare alternative sul mercato del lavoro e quindi lavoratori a bassa qualifica e soggetti vulnerabili, come i lavoratori precari.

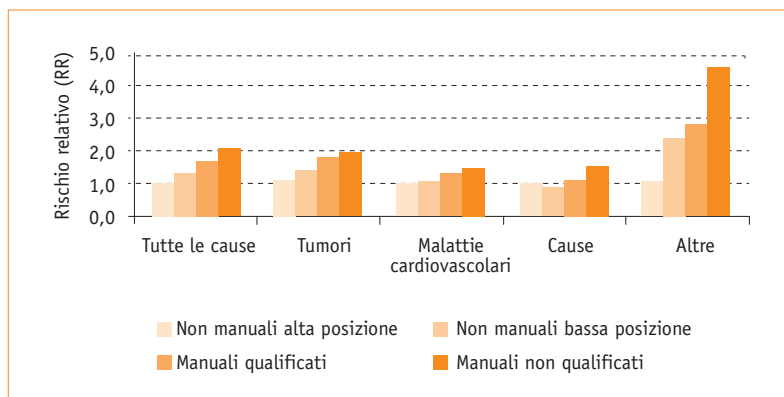


Figura 5 – Rischi relativi di morte per tipologia di lavoro e per varie cause nella popolazione maschile torinese. La qualifica e la tipologia del lavoro hanno un importante impatto sulla mortalità per le principali malattie.

Questi dati ci dicono che vivere in povertà o disporre di un basso reddito, avere un lavoro a bassa qualifica professionale o peggio ancora essere disoccupato, avere un basso titolo d'istruzione o essere privo di reti di supporto sono tutti fattori, spesso correlati l'un l'altro e presenti contemporaneamente all'interno delle traiettorie esistenziali degli stessi individui, che possono avere forti ripercussioni sulla salute.

Più in generale, numerosi studi epidemiologici pubblicati negli ultimi 20 anni hanno dimostrato che in tutta Europa, e anche in Italia, seppur con un'intensità relativamente minore, i cittadini che presentano condizioni di svantaggio sociale tendono ad avere livelli più alti di mortalità, di insorgenza e durata delle malattie e una peggior soddisfazione del proprio benessere psicofisico, e che, a mano a mano che si risale lungo la scala

sociale, questi stessi indicatori assumono linearmente valori sempre più favorevoli. Studi sull'andamento temporale hanno inoltre mostrato come le disuguaglianze di mortalità si stiano riducendo o stabilizzando in senso assoluto (differenza tra tassi) e si stiano allargando in senso relativo (rapporto tra tassi). I lasciti della crisi economica di questi ultimi 10 anni potrebbero aggravare la situazione nel futuro.

La salute disuguale: i meccanismi di generazione

Queste disuguaglianze di salute sono sistematiche e ingiuste (perché colpiscono praticamente sempre gli stessi individui), e sono il risultato di una costruzione sociale (quindi sono modificabili), come reso palese dalla frequente trasmissione intergenerazionale delle condizioni di svantaggio sociale che incidono sulla salute delle famiglie. Ma anche a prescindere da considerazioni etiche, le disuguaglianze di salute rappresentano un forte freno allo sviluppo sociale ed economico di un Paese, in quanto presuppongono l'uscita precoce dal mercato del lavoro di individui altrimenti produttivi, un maggior costo a carico del servizio sanitario, assistenziale e del welfare, così come una minore coesione sociale.

Per tutte queste buone ragioni l'Unione Europea ha raccomandato fin dal 2009 a tutti i Paesi membri di usare le lenti dell'equità per scoprire se e dove si annidino le principali disuguaglianze sociali al loro interno e attraverso quali meccanismi esse nascano e con quali azioni concrete si possano contrastare o moderare. Questo contributo risponde alle seguenti domande: la salute in Italia è disuguale? E quali responsabilità hanno le condizioni di vita nei luoghi di lavoro nel determinare o moderare queste disuguaglianze? In questo modo si potranno identificare le principali sfide che l'Health Equity Audit deve raccogliere quando si applicano le lenti dell'equità al mondo dell'impresa e del lavoro.

Una società che si proponga di promuovere la salute della sua popolazione deve chiedersi se almeno una parte delle va-

riazioni sociali di salute esistenti sia evitabile ed eliminabile migliorando al contempo la salute di tutta la popolazione. A questa sfida si può rispondere solo incominciando a comprendere attraverso quali meccanismi nascono queste disuguaglianze di salute e se tali meccanismi siano contrastabili o modificabili. In effetti, le disparità sociali nella salute sono un problema complesso, che nasce da una fitta rete di meccanismi di generazione. La Commissione sui determinanti sociali della salute, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (www.who.int/social_determinants/en), ha passato in rassegna i principali schemi esplicativi che vengono utilizzati dalla comunità scientifica per esplorare questi meccanismi. Tra gli schemi proposti, ai fini del presente documento il più adeguato è lo schema di Diderichsen, con qualche adattamento che ne permette l'applicazione ai luoghi di lavoro (Diderichsen *et al.*, 2001) (Figura 6).

Lo schema inquadra quello che la medicina chiama la storia «naturale» di ogni problema di salute (quella storia che parte dall'esposizione a un fattore di rischio, passa all'insorgenza del problema di salute e si conclude con un esito più o meno sfavorevole in termini di salute), all'interno della dimensione delle disuguaglianze sociali che nascono nell'ambito del lavoro e dei luoghi di lavoro. Lo schema, cioè, da un lato si interroga su come la posizione sociale (degli individui e dei contesti) possa influenzare questa storia, facendola diventare un po' meno «naturale» e un po' più socialmente costruita; e dall'altro stimola la riflessione sulle conseguenze che una salute compromessa può creare per la carriera sociale di una persona.

Nello schema della Figura 6, la catena centrale descrive le quattro principali categorie di stati/eventi che compongono questa storia (e la catena laterale destra ne dettaglia le fattispecie).

- Per *posizione sociale* si intende qualsiasi dimensione della stratificazione sociale (definita su scala relazionale di potere oppure per via distributiva relativa alle risorse) che si

caratterizzi per un differente grado di controllo sulle risorse e capacità (materiali, di status e di aiuto) utili a soddisfare i bisogni della persona. Questi sono i *determinanti distali*, che comprendono quei fattori individuali e del contesto

Gli interventi che hanno esplicitamente riconosciuto l'impatto delle condizioni di lavoro sulle disuguaglianze di salute in Italia non sono molti. Tra questi, due esempi sono rappresentati:

- dalla legge n. 335 dell'8 agosto 1995, più comunemente nota come riforma Dini, che per la prima volta ha introdotto l'aspettativa di vita stratificata per posizione sociale nel conteggio degli algoritmi di stima per il conteggio dei benefici pensionistici;
- dal «Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro» (decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81) che oltre a riformare, riunire e armonizzare le disposizioni dettate da numerose precedenti normative in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, ha introdotto per la prima volta alcune regolamentazioni volte a ridurre le disuguaglianze di salute dei lavoratori, tra cui:
 - il riconoscimento per tutte le tipologie lavorative e indipendentemente dalla tipologia contrattuale (includendo quindi tutte le forme del tipo di lavoro subordinato e precario) degli stessi diritti in termini di sicurezza e di assistenza sanitaria;
 - l'inserimento dello stress lavoro correlato (particolarmente alto tra i lavoratori più svantaggiati) nella valutazione obbligatoria dei rischi nei luoghi di lavoro;
 - l'obbligatorietà per tutti i datori di lavoro di prendere parte alle campagne di prevenzione e promozione alla salute promosse dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (Ispesl), dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail) e dagli organismi paritetici.

che sono responsabili delle disuguaglianze sociali. Scendendo lungo lo schema, dunque, la stratificazione sociale può influenzare una disuguale distribuzione dell'esposizione ai principali determinanti prossimali, ossia a quei fattori di rischio che intermediano l'effetto dei determinanti sociali sulla salute.

- Per *fattori di rischio* si intendono tutte le caratteristiche della persona che possono generare un danno sulla salute, sia aumentando la probabilità di insorgenza di una malattia, sia esponendo il soggetto alla progressione di un problema di salute verso un esito sfavorevole. In questo gruppo sono compresi tutti i *determinanti prossimali*, ossia i fattori di rischio come le condizioni fisiche, chimiche, biologiche ed ergonomiche, che creano rischio negli ambienti di vita e di lavoro: i fattori di rischio psicosociali; i comportamenti insalubri come l'abitudine al fumo, il consumo di alcol, il sovrappeso, la sedentarietà, la dieta squilibrata e il sesso non protetto; i fattori di rischio biologici, come la suscettibilità clinica. Infine, le barriere all'accesso e all'uso dei fattori protettivi per la salute, come l'accessibilità ai servizi sanitari.
- Per *danno/problema di salute* si intendono tutte le caratteristiche della salute fisica, psicologica e mentale che qualificano il funzionamento di una persona in un particolare contesto, come ammalarsi di un disturbo o di una malattia (in gergo medico: incidenza), restare nel disturbo o nella malattia (prevalenza), avere un esito infausto della malattia (disabilità o letalità). Nello schema si richiamano le limitazioni nell'aspettativa di vita e in quella senza limitazioni funzionali.
- Per *vulnerabilità sanitaria* si intende il caso in cui lo stesso fattore di rischio produce un impatto sfavorevole sulla salute più frequentemente e/o in modo più severo tra le persone di bassa posizione sociale, anche a parità di esposizione al fattore di rischio.
- Per *vulnerabilità sociale* si intendono quei processi di mobilità discendente sulla scala sociale o di segregazione sulla sca-

la geografica che comportano una limitazione del livello di controllo sulle risorse che una persona avrebbe raggiunto in assenza del problema di salute; nell'ambito lavorativo sono rilevanti le limitazioni nella carriera lavorativa, le conseguenze sul beneficio pensionistico e i rischi di povertà.

Le linee color arancio identificano i meccanismi attraverso cui la posizione sociale influenza le differenze di «esposizione», di «vulnerabilità sanitaria» e di «vulnerabilità sociale». Le politiche e le azioni di riduzione delle disuguaglianze di salute nei luoghi di lavoro sono invece identificate in grigio. Alle disuguaglianze di esposizione si risponde con la gradazione delle priorità degli interventi di vigilanza e di controllo e delle azioni di

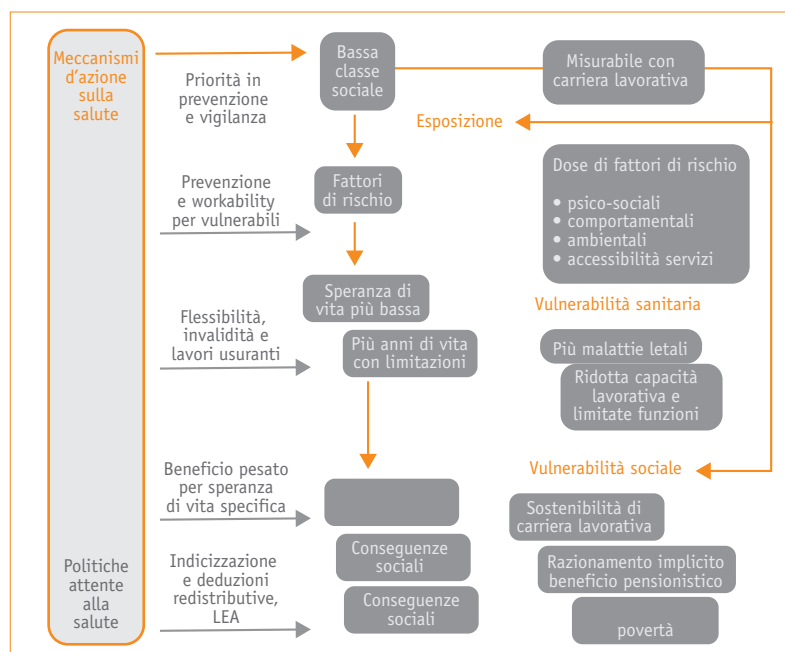


Figura 6 – Schema esplicativo dei meccanismi di generazione delle disparità nella salute e dei relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto.

promozione della salute in modo proporzionato alle disuguaglianze stesse. Alle disuguaglianze di vulnerabilità all'effetto di salute dei fattori di rischio si risponde con il ridisegno delle azioni e degli interventi preventivi, in modo che siano personalizzati rispetto al grado di vulnerabilità. Alle disuguaglianze di vulnerabilità sociale all'esperienza di malattia si risponde con interventi di moderazione delle conseguenze sociali della malattia. Il grafico di Figura 6 sui meccanismi sarà il cuore del capitolo dedicato alle lenti dell'equità, cioè alle griglie di Health Equity Audit da applicare nella promozione della salute e nella prevenzione nei luoghi di lavoro.

Del resto, numerosi dati italiani hanno documentato l'importanza di ognuno di questi diversi meccanismi nel generare disuguaglianze di salute, e si rinvia agli ultimi rapporti sull'equità di salute per una loro descrizione più approfondita (Costa *et al.*, 2014, Costa *et al.*, 2016, Costa *et al.*, 2017, Ministero della Salute, 2017). Di seguito invece verranno approfonditi i meccanismi che riguardano più da vicino le disuguaglianze che nascono nei luoghi di lavoro, cercando di rispondere alle seguenti domande. Qual è l'importanza relativa della vita lavorativa nella nascita delle disuguaglianze di salute? In quale misura i fattori di rischio dell'ambiente di lavoro e quindi le azioni più tradizionali di prevenzione sulla sicurezza e igiene del lavoro contribuiscono alle disuguaglianze di salute? In quale misura il luogo di lavoro può contribuire a promuovere stili di vita salubri in modo più equo tra le diverse categorie di lavoratori? Quale ruolo può giocare l'organizzazione del lavoro e lo stile di impresa per facilitare prevenzione e promozione della salute sul lavoro?

Qual è l'importanza relativa della vita lavorativa nella generazione delle disuguaglianze di salute?

Gli indicatori solitamente usati per descrivere i determinanti sociali descrivono le principali dimensioni rilevanti per la stratificazione sociale: le credenziali con cui una persona si affaccia all'accesso alle carriere e alle risorse (misurate attraverso il livello di istruzione), la disponibilità corrente di risorse materiali

(misurata con la disponibilità di un'occupazione fonte di reddito e con il reddito stesso), il livello di ricchezza disponibile alla famiglia (misurata dal possesso di beni come la casa e la sua qualità), lo status sociale e professionale (misurato dalla classe sociale e dalla professione), la qualità della rete familiare e sociale (misurata più spesso dalla tipologia familiare), la qualità sociale del contesto (rilevata con le misure aggregate di deprivazione di un'area).

Gli studi italiani che hanno provato a misurare quale quota delle disuguaglianze di salute degli adulti sia spiegata da questi diversi indicatori, quando il rischio di ognuno sia valutato a parità dell'effetto degli altri, hanno formulato graduatorie di importanza tra i determinanti sociali non sempre coerenti tra loro. Le principali fonti di variabilità riguardano il tipo di dimensione di salute considerata: per esempio le graduatorie di impatto sulle disuguaglianze di mortalità sono diverse da quelle sulla salute autopercepita, soprattutto mentale; inoltre le graduatorie cambiano in funzione delle fasce di età considerate e dei due sessi. Nel caso della mortalità le credenziali educative e la classe sociale sono al primo posto (con la mancanza di lavoro che è ancora più in alto in graduatoria di intensità dell'effetto, ma riguarda una platea più ristretta di esposti), il reddito e la qualità dell'abitazione seguono subito dopo e gli indicatori di deprivazione contesto sono all'ultimo posto. Questa graduatoria sulla mortalità si applica in particolare agli uomini, mentre tra le donne l'importanza della classe sociale individuale è molto meno accentuata, dato che la più bassa partecipazione alla forza di lavoro seleziona tra le occupate le persone più sane e confina tra le casalinghe le persone meno sane. Viceversa, nel caso delle disuguaglianze di salute autopercepita, fisica o psicologica, la graduatoria si soverte, il reddito sale nelle prime posizioni seguito dall'istruzione e dall'occupazione. La rete familiare mantiene posizioni intermedie su tutte le dimensioni di salute, e così pure la qualità della casa e del contesto di vita spiegano una quantità più modesta di disuguaglianze di salute.

Il fatto che l'istruzione sia la dimensione più rilevante per

predire la mortalità adulta suggerisce due conclusioni. La prima è che, essendo l'istruzione la variabile più influenzata dalle condizioni di vita dei primi decenni di vita e dalle caratteristiche dei genitori e della famiglia di origine, un'attenzione particolare dovrebbe essere dedicata alle cause delle disuguaglianze nelle condizioni di sviluppo dell'infanzia, per l'influenza che esse hanno sulla salute adulta. Questo fatto ha implicazioni per le politiche sul lavoro, perché qualsiasi intervento che migliori per i lavoratori (cioè per i genitori dei bambini) reddito, stili di vita, condizione di benessere e conciliazione dei tempi di lavoro e di vita è in grado di dare un contributo sostanziale a lungo termine sulla salute adulta delle future generazioni.

La seconda conclusione è che comunque l'istruzione conta di per sé, in quanto rappresenta la capacità della persona di costruirsi credenziali educative e competenze adeguate, utili sia per la propria promozione sociale sia per valorizzare le proprie opportunità di salute; questo fatto sollecita un ruolo attivo dell'impresa e del mondo del lavoro nel promuovere la qualità della formazione, sia di quella scolastica attraverso per esempio l'alternanza scuola lavoro, sia di quella continua nella vita adulta e, in seguito, nella fase di accompagnamento alla pensione.

Il determinante sociale occupazione (come disponibilità di lavoro) è la fonte principale di reddito, di identità personale, di organizzazione del tempo e della vita e di disponibilità di reti sociali, e in quanto tale continua ad avere un impatto molto rilevante sia sulla salute mentale, sia su quella fisica, vuoi sulla morbosità vuoi sulla mortalità prematura. Va tuttavia sottolineato che i gruppi di popolazione interessati dalle carriere di disoccupazione più sfavorevoli sono di numerosità più modesta di quelli di bassa istruzione, e al loro interno non è sempre facile stabilire cosa è responsabile di cosa: è la salute compromessa che peggiora le *chance* di lavoro o è la mancanza del lavoro che compromette la salute? Una volta superato lo scoglio di trovare un impiego, diverse dimensioni del lavoro possono avere un impatto sfavorevole sulla salute, in modo particolare in tempi di crisi, sia a causa della crescente precarietà, sia per la minore

qualità del rapporto di lavoro, e infine per il possibile peggioramento delle condizioni lavorative. Ognuno di questi meccanismi può aumentare le disuguaglianze di salute, e il paragrafo successivo proverà a misurare l'importanza relativa dei fattori di rischio tipici dell'esperienza lavorativa, per riconoscere quali responsabilità e ruoli potrebbero giocare le politiche dell'impresa e del mondo del lavoro su questa parte delle disuguaglianze di salute.

Si è visto che anche il reddito attuale, e in minor misura i beni accumulati, misurati dalla qualità della casa di abitazione, contribuiscono in modo significativo a spiegare le differenze di salute e sono il determinante sociale più sensibile in tempi di crisi, in quanto, insieme al lavoro, rappresentano il punto di maggiore vulnerabilità. Nella letteratura epidemiologica ed economica c'è consenso sull'associazione tra reddito e salute, anche se, come nel caso della disoccupazione, la natura causale di questa associazione è ancora dibattuta.

Dato che il titolo di studio è l'indicatore sociale che si struttura più presto nella vita di una persona e che il suo ruolo causale nel determinismo delle disuguaglianze di salute non è controverso, il progetto europeo Euro-GBD-SE (Eikemo *et al.*, 2011) ha provato a misurare quale fosse la quota di mortalità attribuibile alle disuguaglianze di istruzione che si può ricondurre all'intermediazione dei principali determinanti sociali esaminati in questo paragrafo. Lo studio ha stabilito che in media, nelle oltre venti popolazioni europee esaminate, circa il 30% della mortalità sarebbe evitabile se tutti avessero lo stesso rischio di morte delle persone più istruite. Questa misura può essere considerata come la migliore stima disponibile del potenziale massimo di salute attribuibile alle disuguaglianze di istruzione (Kulhánová *et al.*, 2014). Di questo 30%, se si fosse in grado di eliminare completamente le disuguaglianze per istruzione negli altri determinanti sociali come il reddito (basso/non basso), la condizione occupazionale (attivo/inattivo sul mercato del lavoro) e la condizione professionale (lavoro manuale/non manuale), quali risultati si potrebbero ottenere? Il reddito è il determi-

nante che dà il singolo contributo più alto nello smussare il 30% di mortalità attribuibile all'istruzione nei Paesi dove esso è misurabile: una riduzione compresa tra 16% e 20% per i maschi e tra 10% e 15% per le femmine nei diversi Paesi. Tra i determinanti legati al lavoro, la condizione occupazionale (attivo – che ha un lavoro – versus non attivo – disoccupato o pensionato) dà un contributo significativo (10-15% nei maschi e 10-27% nelle femmine). Nel caso della classe sociale occupazionale (chi svolge un lavoro manuale versus chi ne svolge uno non manuale), la variazione geografica dell'impatto è più importante tra gli uomini (tra 10% e 30%), e il caso delle popolazioni italiane è quello che mostra i valori più bassi di questa forbice.

L'impatto di questi tre determinanti distali non può essere considerato completamente indipendente. Inoltre, il loro contributo potrebbe essere in parte spiegato dall'intermediazione con altri fattori di rischio più prossimali (come gli stili di vita), per i quali le stime non sono state aggiustate. Tuttavia il loro alto contributo a spiegare la mortalità attribuibile alle disuguaglianze per istruzione ne fa uno dei punti di ingresso delle azioni di contrasto particolarmente importanti. Date queste premesse nel paragrafo successivo esamineremo il contributo delle condizioni di lavoro nello spiegare le disuguaglianze di salute.

In quale misura i fattori di rischio dell'ambiente di lavoro, e quindi le azioni più tradizionali di prevenzione sulla sicurezza e igiene del lavoro, contribuiscono alle disuguaglianze di salute?

È intuitivo che le condizioni di lavoro più rischiose per la salute (come l'esposizione a fattori di rischio meccanici, fisici, chimici, ergonomici e psicosociali) siano concentrate tra le occupazioni manuali e non manuali meno qualificate (Marinacci *et al.*, 2005). Nel nostro Paese queste disuguaglianze professionali di esposizione ai rischi per la sicurezza hanno mostrato di spiegare bene le disuguaglianze per classe sociale negli infortuni sul lavoro (Vannoni *et al.*, 2005). Viceversa le disuguaglianze nell'esposizione ai fattori di rischio della tradizionale igiene del lavoro (polveri, fumi, vapori, rumore) non sarebbero in grado di

spiegare le disuguaglianze per classe sociale nella mortalità in una popolazione metropolitana come quella di Torino (Mamo *et al.*, 2005). Questo mancato riscontro potrebbe essere spiegato, oltre che da errori di misurazione propri delle fonti informative usate nello studio, anche dal fatto che i tradizionali rischi da lavoro sarebbero ormai relativamente ben controllati dalla prevenzione, mentre le residue differenze di mortalità e morbosità per classe sociale potrebbero essere correlate all'esposizione a fattori di rischio lavorativi meno tradizionali, meno conosciuti e più trascurati negli interventi di prevenzione, per esempio i rischi psicosociali e quelli ergonomici.

Riguardo all'esposizione a fattori psicosociali sul lavoro, due modelli teorici hanno acquisito maggior popolarità e si sono ampiamente diffusi negli ultimi anni: uno è il modello «demand-control», messo a punto da Karasek (1985) e successivamente sviluppato con Theorell (Karasek e Theorell, 1990), l'altro è quello «effort-reward», proposto da Siegrist (1996).

Secondo il primo, l'interazione tra elevate richieste psicologiche (*demand*) e basso controllo nello svolgimento del proprio lavoro (*control*) produrrebbe una situazione di esposizione a stress (*high strain*). In questo modello la dimensione del controllo sul lavoro (*control*) è ulteriormente scomponibile in due sottodimensioni, una relativa all'autonomia nell'esecuzione della mansione (*decision latitude*), l'altra alla possibilità di utilizzare e sviluppare le proprie abilità tecniche (*skill discretion*). Il modello teorico di Karasek è stato successivamente arricchito da Johnson e Hall (1988) di un'altra dimensione psicosociale, che è quella del supporto sociale nell'ambiente di lavoro fornito da colleghi e supervisor (*social support*).

Il modello «effort-reward» individua invece, quale determinante dello stress, lo squilibrio tra impegno lavorativo (*effort*) e ricompense (*reward*), queste ultime distribuite attraverso tre sistemi di remunerazione: denaro, stima e opportunità di carriera, ivi inclusa la sicurezza del lavoro. L'esperienza prolungata di una mancanza di reciprocità, in termini di alti costi, elevati carichi di lavoro e scarsi guadagni, provocherebbe effetti negativi

sulla salute. Numerosi studi epidemiologici internazionali, anche prospettici e di elevata qualità metodologica, che hanno utilizzato i due modelli per la valutazione dell'esposizione a stress sul lavoro, hanno riscontrato in modo abbastanza consistente eccessi di disturbi psichici (Stansfeld e Candy, 2006), tra cui soprattutto depressione (Bonde, 2008), di coronaropatia ischemica (Eller *et al.*, 2009) e di disturbi muscolo-scheletrici del rachide e dell'arto superiore a carico degli esposti (da Costa e Vieira, 2010).

In Italia solo uno studio evidenzia differenze occupazionali nell'esposizione a fattori psicosociali come il *job strain* (Marinacci *et al.*, 2005). Inoltre è stato possibile misurare come alcuni componenti di questa esposizione a *job strain* siano capaci di indurre eccessi significativi di rischio per depressione determinando alte prevalenze di questi disturbi, soprattutto in quelle attività lavorative più critiche negli aspetti organizzativi e di precarietà, come i call center (Mamo *et al.*, 2007).

Comunque, in molti studi internazionali tali eccessi erano associati all'esposizione a una o più dimensioni stressogene (*demand, control; effort, reward*) piuttosto che alla loro interazione, come predetto dai modelli teorici. Tra i fattori psicosociali, basso controllo sul lavoro, basso livello di ricompensa e insicurezza lavorativa appaiono nettamente più diffusi nelle classi occupazionali inferiori, mentre alte richieste lavorative e supporto sociale al lavoro non presentano una chiara stratificazione sociale (Aldabe *et al.*, 2011; Marmot *et al.*, 1997; Borg e Kristensen, 2000; d'Errico *et al.*, 2011; Borrell *et al.*, 2004; Sekine *et al.*, 2006; Vanroelen *et al.*, 2010; Kunz-Ebrecht *et al.*, 2004).

Tuttavia, il contributo dell'esposizione a rischi occupazionali al gradiente sociale nella salute sembra variare in funzione del tipo di esito di salute indagato. In Italia esistono ancora delle lacune conoscitive in questo senso, dato lo scarso numero di studi su questo argomento. Queste lacune vengono colmate dalla letteratura internazionale. Per esempio, il contributo dei fattori occupazionali alle disuguaglianze sociali nella mortalità generale è stato esaminato in un campione di circa 4000 lavora-

tori in Francia; questo studio aveva considerato sia il ruolo di fattori biomeccanici e fisici, sia quello di fattori psicosociali (alte richieste, scarso supporto sociale, insicurezza lavorativa) e comportamentali (fumo, abuso di alcol, Bmi) (Niedhammer *et al.*, 2011). Gli autori hanno trovato che il 72% dei casi di mortalità prematura (prima dei 70 anni) e il 41% di quella totale erano dovuti a cause occupazionali, dopo aver controllato fumo, alcol e Bmi, con il maggiore contributo dato dall'esposizione a fattori biomeccanici, fisici e a insicurezza lavorativa. Un'altra ricerca, condotta nell'ambito di uno studio sui dipendenti pubblici britannici (Whitehall II Study), aveva stimato un contributo del basso controllo sul gradiente sociale di mortalità di circa il 50%, dopo aver controllato morbosità cronica e stato di salute percepito all'inizio dello studio (Bosma *et al.*, 1999).

Anche gli studi che hanno indagato l'effetto di mediazione dei rischi occupazionali sul gradiente sociale nello stato di salute percepito hanno generalmente osservato un'elevata proporzione del gradiente spiegato da fattori occupazionali, soprattutto di tipo psicosociale, anche se tutti gli studi avevano un disegno trasversale, eccetto uno (Borg e Kristensen, 2000). Inoltre, la proporzione mediata differiva in funzione dell'aggiustamento per fattori comportamentali e biologici, pur se con differenze modeste. In uno studio in cui erano presentati sia i risultati grezzi, sia quelli controllati per fattori di rischio comportamentali, la proporzione mediata da fattori occupazionali si abbassava dal 59% al 48% in seguito all'aggiustamento per i primi (Borg e Kristensen, 2000). Negli studi sui fattori psicosociali l'eccesso di rischio di riportare cattiva salute nella classe occupazionale o di istruzione più bassa, rispetto alla più alta, si riduceva di circa la metà aggiustando l'analisi per basso controllo sul lavoro (Schrijvers *et al.*, 1998; Rahkonen *et al.*, 2006; Kaikkonen *et al.*, 2009), di circa un quarto controllando per *job strain* (Power *et al.*, 1998; Kaikkonen *et al.*, 2009) o per sottodimensioni del controllo sul lavoro, come *skill discretion* e *decision authority* (Borg e Kristensen, 2000; Hemstrom, 2005), del 10-30% per insicurezza lavorativa (Borg e Kristensen, 2000; Power *et al.*,

1998) e del 25% per lavoro ripetitivo (Borg e Kristensen, 2000). La riduzione del gradiente sociale nello stato di salute relativo ai soli fattori fisici ed ergonomici appare solo leggermente inferiore (range 15-50%) (Aittomäki *et al.*, 2007; Hemstrom, 2005; Schrijvers *et al.*, 1998; Borg e Kristensen, 2000; Kaikkonen *et al.*, 2009) a quella dei fattori psicosociali, e non profondamente influenzata dall'aggiustamento per potenziali confondenti. Negli studi che hanno considerato contemporaneamente sia i fattori fisici che quelli psicosociali la proporzione mediata dall'esposizione ai fattori occupazionali era piuttosto elevata, anche se con un ampio range (25-75%) (Monden *et al.*, 2005; Borrell *et al.*, 2004; Warren *et al.*, 2004), ma negli studi controllati per fattori comportamentali le stime erano circa la metà di quelle non controllate (range 25-45%). Inoltre, appare di rilievo che in alcuni studi in cui era stato effettuato un controllo non limitato ai fattori comportamentali, ma comprendente anche varie caratteristiche sociali e familiari non relative all'occupazione, la proporzione mediata dai fattori lavorativi fosse tra le più basse osservate, con stime in un range del 7-25% (Warren *et al.*, 2004; Hemstrom, 2005; Sekine *et al.*, 2006).

Per diversi fattori psicosociali, come basso controllo, elevati ritmi e richieste di lavoro, basso supporto sociale e scarsa sicurezza del posto di lavoro, è stato riportato un aumento del rischio di sviluppare malattie cardiovascolari (Cvd) (Schnall *et al.*, 1994; Kristensen, 1996; de Lange *et al.*, 2003; Belkic *et al.*, 2004; Netterstrøm *et al.*, 2006). Anche agenti di tipo chimico, fisico e organizzativo sono stati trovati associati a un aumento del rischio di morbosità o mortalità per malattie cardiovascolari, tra cui piombo, alcuni nitroderivati, solfuro di carbonio, ossido di carbonio, rumore elevato, inattività fisica e turnazione del lavoro (Kristensen, 1989a, 1989b; Boggild e Knutsson, 1999; Sulsky *et al.*, 2002; Nawrot *et al.*, 2002).

I fattori di rischio conosciuti di tipo comportamentale e biologico per le malattie cardiovascolari non sembrano in grado di spiegare più della metà delle differenze sociali nell'occorrenza di queste patologie (Marmot *et al.*, 1984; Welin *et al.*, 1995;

Stronks *et al.*, 1996). I risultati degli studi su questo tema indicano in generale che una parte importante del gradiente sociale nelle malattie sarebbe dovuto all'esposizione a fattori di rischio occupazionali, i quali mostrano un impatto considerevole sulla salute anche negli studi che controllano per i principali fattori di rischio extra-occupazionali per le Cvd. La maggior parte degli studi erano focalizzati sulla malattia coronarica (Chd) e sull'esposizione a fattori psicosociali; nella gran parte di essi il basso controllo sul lavoro era consistentemente associato a un aumento del rischio e spiegava una parte rilevante del gradiente Ses (Marmot *et al.*, 1997; Andersen *et al.*, 2004; Toivanen e Hemstrom, 2006; Virtanen e Notkola, 2002; Hallqvist *et al.*, 1998; Bobak *et al.*, 1998; Huisman *et al.*, 2008), con stime in un range del 10-50%, anche restringendo l'attenzione a studi longitudinali in cui vi era un accurato controllo per potenziali confondenti. Al contrario, nessun effetto sul gradiente sociale era presente per altri fattori psicosociali, come alte richieste lavorative, scarso supporto sociale, insoddisfazione del lavoro e insicurezza lavorativa. Alcuni studi in cui l'esposizione a rischi occupazionali era attribuita sulla base di una matrice occupazione-esposizione mostravano, come atteso, un minore contributo delle condizioni di lavoro al gradiente sociale (Toivanen e Hemstrom, 2006; Virtanen e Notkola, 2002), anche se lo studio di Andersen *et al.* (2004), in cui l'attribuzione era effettuata secondo la stessa metodologia, aveva trovato che quasi metà del gradiente nella Chd era mediato da differenze nell'esposizione a una sottodimensione del controllo sul lavoro (*skill discretion*).

Solo uno studio ha valutato il contributo di fattori occupazionali sul gradiente sociale nella mortalità per malattie cerebrovascolari e ha stimato una proporzione mediata dall'esposizione a rischi sul lavoro (piombo, solventi clorurati, scarichi diesel, rumore, lavoro sedentario, carichi di lavoro, basso controllo) del 18%, dopo aggiustamento per fattori di rischio comportamentali e biologici per le Cvd (Virtanen e Notkola, 2002).

Un altro esito spesso esplorato è la salute mentale. Un numero limitato di ricerche ha esaminato in quale proporzione le

differenze sociali nella salute mentale siano spiegate dall'esposizione a rischi occupazionali, in particolare a fattori psicosociali e organizzativi. In uno studio longitudinale condotto nella coorte del Whitehall II Study (Stansfeld *et al.*, 2003), le differenze sociali nel rischio di sviluppare sintomi depressivi si riducevano del 66% tra gli uomini e del 43% tra le donne, dopo aver controllato per esposizione a fattori di rischio psicosociali all'inizio dello studio (*demand, control, social support* ed *effort-reward imbalance*). Nello studio di Power *et al.* (2002), basato su dati longitudinali della coorte di nascita britannica del 1958, il rischio di disturbi psicologici si riduceva del 18% e del 26% tra gli uomini, e del 9% e del 14% tra le donne, controllando in analisi rispettivamente per *job strain* e insicurezza lavorativa. Tra gli studi trasversali, in una ricerca statunitense l'esposizione a fattori fisici occupazionali e a basso controllo sul lavoro spiegava circa un terzo del gradiente sociale nella depressione (Brand *et al.*, 2007), mentre in uno studio giapponese il contributo di basso controllo, alte richieste, scarso supporto sociale e lavoro a turni alle differenze sociali nel benessere mentale era del 36% (Sekine *et al.*, 2006). Inoltre, in un campione di lavoratori australiani la frazione di casi di depressione attribuibile a *job strain* era del doppio nella classe occupazionale più bassa rispetto alla più alta (LaMontagne *et al.*, 2008), cosa che pure indica un sostanziale contributo dello stress lavorativo alle disuguaglianze nella salute mentale.

La frazione del gradiente sociale nei disturbi muscoloscheletrici dovuta a differenze nelle condizioni di lavoro è stata esaminata da diversi studi, quasi tutti trasversali (Aittomäki *et al.*, 2007; Warren *et al.*, 2004; Vanroelen *et al.*, 2010; Plouvier *et al.*, 2009; Brand *et al.*, 2007; Melchior *et al.*, 2006; Mehlum *et al.*, 2008; Leclerc *et al.*, 2009). Nonostante le stime della proporzione mediata siano piuttosto variabili tra gli studi – dal 15% nello studio di Vanroelen *et al.* (2010) a oltre il 90% in quello di Aittomäki *et al.* (2007) –, la maggior parte degli autori ha trovato che le differenze sociali nei disturbi muscoloscheletrici, sia quelli agli arti superiori, sia quelli del rachide, sono in larga

parte spiegate da differenze nell'esposizione a fattori ergonomici sul lavoro, tra cui lavoro fisico intenso, movimenti ripetitivi, posture scomode o dolorose, movimentazione di carichi e, in misura minore, a basso controllo sul lavoro. Solo uno studio tedesco ha osservato che i fattori occupazionali non avevano alcun ruolo esplicativo delle differenze sociali nel mal di schiena severo (Latza *et al.*, 2000). L'unico studio longitudinale (Plouvier *et al.*, 2009), il cui esito di salute era costituito da mal di schiena cronico, non mostrava una proporzione mediata dai fattori occupazionali sostanzialmente diversa da quelle stimate negli studi trasversali.

Una revisione della stima del contributo delle esposizioni occupazionali alle differenze sociali nella mortalità per tumori è stata effettuata da Boffetta *et al.* (1997) nell'ambito di una monografia Iarc sulle disuguaglianze sociali nei tumori. Utilizzando le stime di Doll e Peto (1981) sulla frazione di tumori attribuibile a fattori occupazionali, gli autori hanno calcolato che circa un terzo del gradiente sociale nei tumori sarebbe attribuibile a esposizioni lavorative, anche se con ampie differenze tra i siti tumorali. Le maggiori proporzioni spiegate da fattori occupazionali nelle differenze di incidenza tumorale tra lavoratori manuali e non manuali riguarderebbero i tumori naso-sinusali (100%), seguiti da quelli della vescica (52%), del polmone (48%), del fegato (42%) e della cute (29%). Come riconosciuto dagli stessi autori, queste proporzioni rappresentano probabilmente una sovrastima del contributo dei rischi occupazionali al gradiente sociale nei tumori, essendo basate su stime della frazione attribuibile piuttosto datate e sull'assunzione che tutti i tumori maligni dovuti all'occupazione insorgano tra i lavoratori manuali. Per esempio, la proporzione stimata per il tumore del polmone scenderebbe al 20-30% utilizzando un'assunzione meno stringente sull'assenza di rischio attribuibile all'occupazione nelle classi sociali diverse dalla più bassa e stime più conservative della frazione di tumori attribuibile a esposizioni occupazionali (Boffetta *et al.*, 1997).

Uno studio più recente sul contributo dei fattori occupazionali (metalli pesanti, idrocarburi policiclici aromatici e amianto) alle disuguaglianze sociali nell'incidenza del tumore del polmone in Europa ha stimato una proporzione molto inferiore (12%) a quelle sopra citate (Menvielle *et al.*, 2010). D'altra parte, questa stima verosimilmente rappresenta una sottostima della reale proporzione mediata, dovuta alla metodologia piuttosto grezza utilizzata nello studio per l'attribuzione dell'esposizione, effettuata da esperti sulla base delle professioni svolte in passato dai soggetti in studio, che implica una notevole misclassificazione non differenziale dell'esposizione (Kauppinen, 1992).

Anche per il recepimento di pensioni di invalidità è stato trovato un gradiente sociale, che in uno studio norvegese è risultato in parte mediato da differenze nelle condizioni di lavoro tra classi occupazionali (Haukenes *et al.*, 2011). Dopo aver controllato per stato di salute, le differenze nella prevalenza di pensioni di invalidità tra i lavoratori manuali e la categoria degli amministratori e dei professionisti si riducevano di circa il 25% per basso controllo e del 20% per elevate richieste fisiche. Proporzioni molto superiori mediate dai fattori occupazionali sono state trovate in Finlandia in uno studio trasversale, che ha stimato un contributo delle condizioni di lavoro alle disuguaglianze sociali nelle pensioni di invalidità del 60%, dopo aver controllato per fattori di rischio comportamentali; i risultati di questo studio mostrano che il carico di lavoro fisico e l'esposizione a fattori chimico-fisici sono importanti mediatori della classe sociale sulla disabilità per tutte le cause e su quella per disturbi muscoloscheletrici, mentre l'effetto del basso controllo sul lavoro è maggiore sul gradiente nella disabilità per disturbi mentali (Leinonen *et al.*, 2011).

Un altro studio norvegese sulle pensioni di invalidità, limitato a quelle dovute a disturbi del rachide, ha stimato una proporzione del gradiente sociale dovuta a differenze nelle condizioni di lavoro (esposizione a stress, richieste cognitive, possibilità di pianificare il lavoro, sforzo fisico intenso, soddisfazione) pari a circa un quarto tra gli uomini e a circa il 15% tra le don-

ne (Hagen *et al.*, 2006). Le differenze sociali nella disabilità locomotoria sono risultate in buona parte dovute alle esposizioni occupazionali, sia fisiche che psicosociali, in uno studio trasversale scozzese, che ha stimato il loro contributo in circa il 40% delle differenze tra la classe occupazionale più bassa e quella più alta, ma solo tra gli uomini, mentre tra le donne il gradiente sociale non si riduceva controllando per i fattori lavorativi (Adamson *et al.*, 2003).

Le differenze sociali nelle assenze per malattia sono state indagate in uno studio di coorte di una grande azienda pubblica francese (Melchior *et al.*, 2005): per questo esito, le condizioni di lavoro (basso controllo, scarso supporto sociale, posture incongrue, esposizione a rischi fisico-chimici), spiegavano circa un quarto delle differenze tra lavoratori manuali e manager. Uno studio sull'incidenza di infortuni in due ospedali statunitensi ha osservato una forte riduzione nel gradiente sociale negli infortuni sul lavoro controllando per esposizione a fattori di rischio occupazionali, attribuita sulla base di una matrice occupazione-esposizione: aggiustando contemporaneamente l'analisi per basso controllo sul lavoro, sforzo fisico, supporto dei supervisori e fattori microclimatici, le differenze nel rischio di infortuni tra i lavoratori manuali a bassa specializzazione e gli amministratori si riducevano di oltre il 70% (Mamo *et al.*, 2007). Al contrario, uno studio canadese su un campione di lavoratori giovani (sotto i 30 anni) ha osservato una scarsa riduzione (12,5%) delle differenze nel rischio di infortuni sul lavoro tra le classi estreme di istruzione, dopo aver controllato per sforzo fisico, alte richieste psicologiche e insicurezza lavorativa (Karmakar e Breslin, 2008).

Per concludere, dunque, il contributo dell'esposizione a rischi occupazionali al gradiente sociale nella salute sembra variare in funzione del tipo di esito di salute, ma i risultati della ricerca su questo tema indicano che sia i fattori fisici sia quelli psicosociali svolgono sicuramente un ruolo importante nel determinare disuguaglianze sociali nell'occorrenza delle patologie maggiormente responsabili di disabilità, tra cui disturbi

mentali, malattie cardiovascolari e disturbi muscoloscheletrici. Per queste malattie, il contributo delle condizioni di lavoro al gradiente sociale è probabilmente di circa il 20-30%, sulla base delle stime (più conservative) prodotte dagli studi con migliore disegno metodologico, pur se con ampie variazioni.

Nonostante praticamente tutte le stime derivino dalla letteratura internazionale, appare probabile che l'entità del contributo dei fattori occupazionali alle disuguaglianze sociali nella salute sia dello stesso ordine di grandezza anche in Italia. Al contrario, per altre malattie, come i tumori, le patologie respiratorie e quelle neurologiche, non sono disponibili dati sufficienti per chiarire il contributo delle condizioni di lavoro alle disuguaglianze sociali nella loro occorrenza. Queste conclusioni portano a identificare le condizioni di lavoro come il principale luogo dove nascono le disuguaglianze di salute e quindi a considerarle come il più importante punto di ingresso per le azioni di contrasto. È noto che i rischi per la salute che nascono dal contesto lavorativo sono molteplici e necessitano pertanto di interventi di contrasto complessi, specifici per ogni dimensione di salute coinvolta e per bersaglio di popolazione, e che spesso richiedono competenze e collaborazioni multisettoriali.

In quale misura il luogo di lavoro può contribuire a promuovere stili di vita salubri in modo più equo tra le diverse categorie di lavoratori? È noto che, tra gli indicatori di posizione sociale, anche la classe sociale misurata attraverso la professione e la posizione professionale influenza la probabilità e la dose di esposizione a stili di vita insalubri, l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol, l'alimentazione scorretta, la sedentarietà, il sovrappeso e l'obesità. Poiché la qualifica professionale e l'istruzione sono molto collineari, si possono utilizzare le stime sull'impatto dell'istruzione come un'approssimazione del ruolo degli stili di vita insalubri nello spiegare le disuguaglianze anche per qualifica professionale.

Nel loro complesso le dipendenze hanno un impatto molto rilevante sulle disuguaglianze di salute, in particolare su quelle

di mortalità: in Italia le cause di morte attribuibili in proporzione maggiore alle differenze di istruzione sono esattamente quelle associate all'abuso di droghe, alcol e sesso insicuro (Aids, overdose, cirrosi), alla contiguità con la violenza (omicidi) e al fumo (tumori del polmone) (Ministero della Salute 2017). Analogamente, le sedi di tumore che presentano un maggior numero di casi attribuibili alla bassa classe sociale sono quelle associate ad alcol e fumo (cavo orale, faringe, laringe, esofago, polmone e fegato) (Zengarini, 2011).

Anche gli stili di vita non legati alla dipendenza, come i comportamenti alimentari squilibrati o la sedentarietà, affliggono con maggiore frequenza e gravità le persone di bassa posizione sociale e i figli di famiglie di bassa estrazione sociale (Vannoni *et al.*, 1999 e 2004). Gli ultimi dati nazionali disponibili confermano, per esempio, un eccesso significativo di persone che non fanno alcun tipo di attività fisica tra gli operai e le operaie (rispettivamente l'85% e il 72% in più), rispetto alle classi dirigenti (Voller e Buiatti, 2006). Non sono disponibili stime su quale sia l'impatto delle disuguaglianze a livello di sedentarietà e alimentazione scorretta sulle disuguaglianze nell'incidenza e nella mortalità per le patologie a essi correlati (soprattutto patologie metaboliche, cardiovascolari, tumoriali, osteoarticolari), tuttavia, la rilevanza di queste malattie è così significativa che ci si può attendere che una quota importante delle disuguaglianze sociali nella loro incidenza sia attribuibile alla diversa distribuzione sociale dell'esposizione a questi fattori di rischio.

Nell'analizzare gli stili di vita insalubri, seppur consapevoli del diritto delle persone di fare le scelte e valutazioni personali sui propri comportamenti, bisogna però anche riconoscere che per intraprendere o interrompere uno stile di vita ci vogliono risorse, motivazioni ed energie. Spesso l'adozione e il mantenimento di uno stile di vita insalubre può rappresentare la risposta di adattamento della persona a una situazione permanente di stress: si è visto che le persone di bassa posizione sociale sperimentano più di frequente condizioni di stress cronico, e vi si

adattano anche adottando comportamenti compensativi come il fumo o l'alcol, la sedentarietà o una dieta squilibrata, alcuni dei quali possono generare dipendenza. Quindi, le categorie di fattori di rischio fin qui analizzate, che mediano l'impatto sulla salute della posizione sociale, possono a loro volta agire in sequenza influenzandosi vicendevolmente.

Ma la Figura 6 ci ricorda che tra i fattori di rischio che possono essere disugualmente influenzati dalla qualifica professionale ci sono anche le barriere alle cure. Il luogo e il tempo di lavoro potrebbe anche costituire un'occasione importante in cui si colmano le lacune e le difficoltà di un accesso tempestivo e appropriato alla prevenzione sanitaria e alle cure. Questo meccanismo si intreccia con quello della vulnerabilità sanitaria a tutti i fattori di rischio comportamentali, secondo il quale la posizione sociale influenza il grado di vulnerabilità delle persone, intesa sia come capacità di far fronte all'effetto sfavorevole di un fattore di rischio, prevenendo l'insorgenza del danno di salute conseguente, sia come capacità di far fronte a un problema di salute già insorto, prevenendone gli esiti peggiori, come la disabilità o la morte, ovvero modificando la velocità di progressione della malattia stessa.

La bassa posizione sociale può influenzare la vulnerabilità in tre modi. Il primo è quello di aumentare la suscettibilità all'effetto del fattore di rischio sulla salute. Dal punto di vista biologico questo è un meccanismo ben conosciuto che agisce attraverso le difese immunitarie che impediscono l'insorgenza di una malattia o ne rallentano l'evoluzione; le prove che lo svantaggio sociale comprometta le difese immunitarie sono ancora molto limitate, ma esistono interessanti indizi in questo senso. Rifacendosi a un vecchio studio del 1997 in cui si era dimostrata la capacità delle relazioni sociali di prevenire la progressione del raffreddore comune (Cohen *et al.*, 1997), uno studio di metà degli anni Duemila ha ritrovato un analogo effetto protettivo da parte dell'integrazione in gruppi solidali in una coorte di operai francesi (Berkman *et al.*, 2004). Poiché la disponibilità di supporto e aiuto è anch'essa distribuita in modo

socialmente selettivo, per questa via la bassa posizione sociale potrebbe influenzare le disuguaglianze nella suscettibilità a un danno di salute.

Una seconda via con cui la posizione sociale modifica la vulnerabilità della persona è quella delle limitazioni di accesso alle opportunità di prevenzione, che servono a interrompere la progressione da uno stato di suscettibilità/predisposizione a un danno alla salute (una vaccinazione nel caso delle malattie infettive, un controllo periodico e una modifica degli stili di vita e/o un farmaco nel caso dell'ipertensione o del sovrappeso, un test di diagnosi precoce nel caso degli stati precancerosi o preinvasivi). Ora, l'adozione di queste azioni preventive da parte di persone sane, ancorché suscettibili, richiede che esse siano informate del rischio e della disponibilità della soluzione, che siano capaci di apprezzare i benefici di una scelta i cui vantaggi sono proiettati nel futuro e che la soluzione sia accessibile e sostenibile. Molte di queste condizioni sono meno presenti nel caso dei gruppi sociali più svantaggiati, soprattutto se l'accesso all'intervento deve avvenire su iniziativa della persona, come nel caso della medicina cosiddetta «di attesa» (che è il modo con cui funziona correntemente l'offerta di assistenza nel servizio sanitario italiano, anche nella medicina di base).

La terza via è quella della progressione di un problema di salute ormai manifestatosi clinicamente, progressione che può essere peggiorata da scelte assistenziali (diagnostiche, terapeutiche, riabilitative) non appropriate per tipo e qualità, per coerenza e continuità di erogazione, per capacità di integrazione con le necessità assistenziali derivanti da altri problemi di salute compresenti. È probabile che la posizione sociale abbia un'influenza su questi diversi punti di vulnerabilità del percorso assistenziale. Infatti, il successo di tale percorso dipende dalle competenze, cognitive e motivazionali, della persona malata, dall'elasticità dell'offerta assistenziale alle competenze e ai bisogni della persona, e dalle regole di accesso richieste dal sistema. Ed è noto che le persone di bassa posizione sociale hanno meno possibilità per informarsi, meno motivazioni per se-

guire nel tempo il proprio percorso e meno relazioni utili per farsi aiutare nella burocrazia dell'organizzazione sanitaria.

Il minimo comune denominatore di queste tre vie per la vulnerabilità agli effetti sulla salute delle esposizioni a rischio è la disponibilità di aiuto, sia da parte di reti familiari e amicali, sia da parte del sistema dell'offerta di servizi della comunità e dello Stato, una disponibilità che può essere distribuita in modo differente tra le posizioni sociali. In generale, la qualità, la consistenza e l'estensione della rete delle relazioni personali e impersonali, formali e informali, in cui si svolge la vita delle persone, può influenzarne i livelli di salute, per esempio attraverso la mediazione dello stress nell'insorgenza di cardiopatie (Patti *et al.*, 1995). L'insieme di queste relazioni, ovvero il capitale sociale di un individuo, è generalmente identificato con tre elementi fortemente legati fra loro: il sentimento di fiducia e sicurezza ispirato dalle relazioni con gli altri nel proprio ambiente di vita, la partecipazione attiva alla vita di comunità e le relazioni con i vicini e i rapporti di reciprocità (Phongsavan *et al.*, 2006; Hsieh, 2008). Alcuni autori riportano che la difficoltà ad avere fiducia nelle relazioni interpersonali quotidiane si associa significativamente a una peggiore salute autoriferita e alla presenza di depressione e ansia, mentre livelli alti di partecipazione sociale sono associati a buoni livelli di salute che si mantengono nel tempo (Phongsavan *et al.*, 2006; Giordano e Lindstrom, 2010).

È difficile stimare l'importanza relativa di questi fattori di rischio comportamentali nel mediare l'effetto della qualifica professionale sull'insorgenza e sull'aggravamento dei problemi di salute. Come accennato in precedenza, il progetto Euro-GBD-SE ha provato a misurare in oltre venti popolazioni europee quale fosse la quota di mortalità attribuibile alle differenze di istruzione che poteva essere spiegata dalle disuguaglianze di esposizione per livello d'istruzione anche a una serie di determinanti prossimali come gli stili di vita. Lo studio ha stimato la proporzione di decessi attribuibili alle disuguaglianze di mortalità che risulta spiegabile dalle differenze per istruzione nell'e-

sposizione a quattro stili di vita insalubri (tabacco, esercizio fisico, sovrappeso e dieta, misurata quest'ultima dalla prevalenza di consumo di frutta e vegetali).

L'impatto sulla mortalità evitabile dovuto a stili di vita insalubri ha dimensioni variabili nei diversi Paesi, a seconda delle variazioni geografiche nell'incidenza delle malattie bersaglio e della frequenza e disuguaglianza nell'esposizione agli stessi fattori di rischio.

Le disuguaglianze per istruzione tra uomini fumatori spiecano una larga frazione delle morti attribuibili alla bassa istruzione nei Paesi dell'Europa nord-occidentale e centro-orientale (dall'11% in Olanda al 26% in Gran Bretagna) e più basse frazioni nei Paesi mediterranei (l'Italia era rappresentata da Torino, Firenze, Livorno e Prato), compresa la Francia e l'Ungheria (dal 2 al 6%). Una proporzione altrettanto bassa tra le donne compare in tutti i Paesi (dall'1-2% nei Paesi mediterranei al 9% in quelli nordici), con la sola eccezione della Gran Bretagna, dove l'impatto arriva intorno al 16%.

L'eliminazione delle disuguaglianze per istruzione nel sovrappeso e nell'obesità ridurrebbe la mortalità attribuibile alle disuguaglianze più tra le donne che tra gli uomini, dappertutto a eccezione dei Paesi nordici. Il potenziale femminile è molto alto, con percentuali che vanno dal 20 al 40% tra le donne dell'Europa meridionale, tra cui le italiane, dal 10 al 20% tra le donne dell'Europa centro-orientale, dal 5 al 10% tra quelle dell'Europa centro-occidentale e di quella baltica.

Per quanto riguarda l'attività fisica, il quadro è simile a quello di sovrappeso e obesità. Tra le donne, i Paesi mediterranei, insieme con Olanda, Belgio, Svizzera e Danimarca, mostrano frazioni attribuibili più elevate (10-15%). Tra gli uomini la proporzione varia tra l'1 e il 5%, con i Paesi baltici e la Spagna intorno all'8-9%.

Il consumo di frutta e verdura mostra un impatto modesto, tra il 2 e l'8%, in entrambi i generi, con l'eccezione di Svizzera ed Estonia, che hanno frazioni di meno dell'1%. Sommando insieme il contributo della riduzione delle disuguaglianze nei

diversi stili di vita insalubri, sotto l'assunzione dell'indipendenza del loro effetto, la mortalità attribuibile alle disuguaglianze si ridurrebbe considerevolmente in tutti i Paesi (mai meno del 20% nel caso della somma di fumo e sovrappeso) (Eikemo *et al.*, 2014). Eliminando le disuguaglianze nel fattore di rischio biologico diabete si aggiunge un'altra importante spiegazione tra le donne, soprattutto nei Paesi mediterranei e nella Repubblica Ceca (dal 15 al 30%), e meno del 10% nel resto dei Paesi. L'unico esempio disponibile di fattore psicosociale, la partecipazione sociale, dà un contributo significativo nello spiegare le morti attribuibili alle disuguaglianze nei Paesi mediterranei tra gli uomini (10-20%) e in Francia e Austria tra le donne (15-21%).

Si può concludere che il tempo e il luogo di lavoro sono una sede e un'occasione importante per ridurre le disuguaglianze sociali di salute nella popolazione lavorativa, fatto che aggiunge un rilevante obiettivo di equità ai programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro.

Quale ruolo può giocare l'organizzazione del lavoro e lo stile di impresa per facilitare prevenzione e promozione della salute sul lavoro?

Si è visto che sia la prevenzione dei fattori di rischio da lavoro, sia la promozione di stili di vita sani sono due leve di manovra fondamentali per ridurre le disuguaglianze sociali di salute, a patto che ci si impegni a usare le lenti dell'equità nell'analisi dei rischi e dei bisogni e nella scelta delle azioni. Il contributo di Giulia Silvestrini e colleghi sui metodi e gli strumenti per l'Health Equity Audit, riportato in questa stessa pubblicazione, consentirà di far funzionare le lenti dell'equità più appropriate per lo scopo.

In entrambi i casi, cioè sia per la prevenzione e il controllo sui luoghi di lavoro, sia per la promozione della salute, un'importanza fondamentale è rivestita dall'organizzazione del lavoro e dagli stili di impresa; pertanto il ruolo dell'impresa e dei lavoratori è cruciale. Il contributo di Roberto di Monaco in questa pubblicazione analizza compiutamente le ragioni che

giustificano questa chiamata in corresponsabilità delle politiche aziendali e sindacali per la creazione di climi e di meccanismi di funzionamento sociale che aiutano a riconoscere i problemi, a scegliere priorità e a implementare azioni efficaci per ottenere risultati di salute più equi.

Bibliografia

- Adamson J., Hunt K., Ebrahim S. (2003), «Socioeconomic position, occupational exposures, and gender: the relation with locomotor disability in early old age», in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 453-5.
- Aittomäki A., Lahelma E., Rahkonen O., Leino-Arjas P., Martikainen P. (2007), «The contribution of musculoskeletal disorders and physical workload to socioeconomic inequalities in health», in *European Journal of Public Health*, 17: 145-50.
- Aldabe B., Anderson R., Lyly-Yrjänäinen M., Parent-Thirion A., Vermeulen G., Kelleher C.C., Niedhammer I. (2011), «Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe», in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65: 1123-31.
- Andersen I., Burr H., Kristensen T.S., Gamborg M., Osler M., Prescott E., Diderichsen F. (2004), «Do factors in the psychosocial work environment mediate the effect of socioeconomic position on the risk of myocardial infarction? Study from the Copenhagen Centre for Prospective Population Studies», in *Occupational and Environmental Medicine*, 61: 886-92.
- Belkic K.L., Landsbergis P.A., Schnall P.L., Baker D. (2004), «Is job strain a major source of cardiovascular disease risk?», in *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 30(2): 85-128.
- Berkman L.F., Melchior M., Chastang J.F., Niedhammer I., Leclerc A., Goldberg M. (2004), «Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France-Gas of France: the GAZEL Cohort», in *American Journal of Epidemiology*, 159(2): 167-74.
- Bobak M., Hertzman C., Skodova Z., Marmot M. (1998), «Association between psychosocial factors at work and nonfatal myocardial

- dial infarction in a population-based case-control study in Czech men», in *Epidemiology*, 9(1): 43-7.
- Boffetta P., Kogevinas M., Westerholm P., Saracci R. (1997), «Exposure to occupational carcinogens and social class differences in cancer occurrence», in *IARC Scientific Publications*, 138: 331-41.
- Boggild H., Knutsson A. (1999), «Shift work, risk factors and cardiovascular disease», in *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25: 85-99.
- Bonde J.P. (2008), «Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence», in *Occupational and Environmental Medicine*, 65: 438-45.
- Borg V., Kristensen T.S. (2000), «Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment?», in *Social Science & Medicine*, 51: 1019-30.
- Borrell C., Muntaner C., Benach J., Artazcoz L. (2004), «Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour?», in *Social Science & Medicine*, 58: 1869-87.
- Bosma H., Schrijvers C., Mackenbach J.P. (1999), «Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: cohort study», in *British Medical Journal*, 319(7223): 1469-70.
- Brand J.E., Warren J.R., Carayon P., Hoonakker P. (2007), «Do job characteristics mediate the relationship between SES and health? Evidence from sibling models», in *Social Science Research*, 36: 222-53.
- Cohen S., Doyle W.J., Skoner D.P., Rabin B.S., Gwaltney J.M. Jr. (1997), «Social ties and susceptibility to the common cold», in *JAMA*, 277(24): 1940-4.
- Costa G., Bassi M., Censini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (2014), *L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- Costa G., Paci E., Ricciardi W. (a cura di) (2011), «Salute e sanità a 150 anni dall'unità di Italia: più vicini o più lontani?», in *Epidemiologia & Prevenzione*, 35 (5-6) suppl. 2: 1-136.
- Costa G., Marinacci C., Caiazzo A., Spadea T. (2003), «Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case», in *International Journal of Health Services*, 33: 635-667.
- Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. (2017), *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Inferenze, Milano.

- d'Errico A., Cardano M., Landriscina T., Marinacci C., Pasian S., Petrelli A., Costa G. (2011), «Workplace stress and prescription of antidepressant medications: a prospective study on a sample of Italian workers», in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84: 413-24.
- da Costa B.R., Vieira E.R. (2010), «Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies», in *American Journal of Industrial Medicine*, 53: 285-323.
- de Lange A.H., Taris T.W., Kompier M.A., Houtman I.L., Bongers P.M. «'The very best of the millennium': longitudinal research and the demand-control-(support) model» (2003), in *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(4): 282-305.
- Diderichsen F., Evans T., Whitehead M. (2001), «The social basis of disparities in health», in Evans *et al.* (a cura di), *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford University Press, New York.
- Doll R., Peto R. (1981), *The causes of cancer. Quantitative estimates of avoidable risk of cancer in the United States today*, New York University Press, New York.
- Eikemo T.A., Hoffmann R., Kulik M.C., Kulhánová I., Toch M., Menvielle G., Mackenbach J.P. (2011), «The potential for reduction of health inequalities in Europe», the EURO-GBD-SE project, www.euro-gbd-se.eu.
- Eikemo T.A., Hoffmann R., Kulik M.C., Kulhánová I., Toch-Marquardt M., Menvielle G., Looman C., Jasilionis D., Martikainen P., Lundberg O., Mackenbach J.P. (2014), «EURO-GBD-SE Consortium. How can inequalities in mortality be reduced? A quantitative analysis of 6 risk factors in 21 European populations», in *PLOS One*, 4/11/2014, <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0110952>.
- Eller N.H., Netterstrøm B., Gyntelberg F., Kristensen T.S., Nielsen F., Steptoe A., Theorell T. (2009), «Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review», in *Cardiology in Review*, 17: 83-97.
- Giordano G.N., Lindstrom M. (2010), «The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: a longitudinal cohort study», in *Social Science & Medicine*, 70: 700-10.

- Hagen K.B., Tambs K., Bjerkedal T. (2006), «What mediates the inverse association between education and occupational disability from back pain? A prospective cohort study from the Nord-Trøndelag health study in Norway», in *Social Science & Medicine*, 63: 1267-75.
- Hallqvist J., Diderichsen F., Theorell T., Reuterwall C., Ahlbom A. (1998), «Is the effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demands and low decision latitude? Results from Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP)», in *Social Science & Medicine*, 46: 1405-15.
- Haukenes I., Mykletun A., Knudsen A.K., Hansen H.T., Mæland J.G. (2011), «Disability pension by occupational class – The impact of work-related factors: the Hordaland Health Study Cohort», in *BMC Public Health*, 11: 406.
- Hemstrom O. (2005), «Health inequalities by wage income in Sweden: the role of work environment», in *Social Science & Medicine*, 61: 637-47.
- Hsieh C.H. (2008), «A concept analysis of social capital within a health context», in *Nursing Forum*, 43: 151-9.
- Huisman M., Van Lenthe F., Avendano M., Mackenbach J. (2008), «The contribution of job characteristics to socioeconomic inequalities in incidence of myocardial infarction», in *Social Science & Medicine*, 66: 2240-52.
- Istat (2013), «Salute», www.istat.it/it/files/2013/03/1_Salute.pdf.
- Johnson J.V., Hall E.M. (1988), «Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population», in *American Journal of Public Health*, 78: 1336-42.
- Kaikkonen R., Rahkonen O., Lallukka T., Lahelma E. (2009), «Physical and psychosocial working conditions as explanations for occupational class inequalities in self-rated health», in *European Journal of Public Health*, 19: 458-63.
- Karasek R.A. (1985), *Job Content Questionnaire and user's guide*, University of Southern California/University of Massachusetts Lowell, Los Angeles/Lowell.
- Karasek R., Theorell T. (1990), *Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*, Basic books, New York.
- Karmakar S.D., Breslin F.C. (2008), «The role of educational level

- and job characteristics on the health of young adults», in *Social Science & Medicine*, 66: 2011-22.
- Kauppinen T.P., Mutanen P.O., Seitsamo J.T. (1992), «Magnitude of misclassification bias when using a job-exposure matrix», in *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 18: 105-12.
- Kristensen T.S. (1989a), «Cardiovascular diseases and the work environment. A critical review of the epidemiologic literature on chemical factors», in *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 15: 245-64.
- Kristensen T.S. (1989b), «Cardiovascular diseases and the work environment. A critical review of the epidemiologic literature on nonchemical factors», in *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 15: 165-79.
- Kristensen T.S. (1996), «Job stress and cardiovascular disease: a theoretic critical review», in *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(3): 246-60.
- Kulhánová I., Hoffmann R., Judge K., Looman C.W., Eikemo T.A., Bopp M., Deboosere P., Leinsalu M., Martikainen P., Rychtaříková J., Wojtyniak B., Menvielle G., Mackenbach J.P. (2014), «EURO-GBD-SE Consortium. Assessing the potential impact of increase participation in higher education on mortality: evidence from 21 European populations», in *Social Science & Medicine*, 117: 142-9.
- Kunz-Ebrecht S.R., Kirschbaum C., Steptoe A. (2004), «Work stress, socioeconomic status and neuroendocrine activation over the working day», in *Social Science & Medicine*, 58: 1523-30.
- LaMontagne A.D., Keegel T., Vallance D., Ostry A., Wolfe R. (2008), «Job strain-attributable depression in a sample of working Australians: assessing the contribution to health inequalities», in *BMC Public Health*, 8: 181.
- Latza U., Kohlmann T., Deck R., Raspe H. (2000), «Influence of occupational factors on the relation between socioeconomic status and self-reported back pain in a population-based sample of German adults with back pain», in *Spine*, 25(11): 1390-7.
- Leclerc A., Gourmelen J., Chastang J.F., Plouvier S., Niedhammer I., Lanoë J.L. (2009), «Level of education and back pain in France: the role of demographic, lifestyle and physical work factors», in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82: 643-52.

- Leinonen T., Pietiläinen O., Laaksonen M., Rahkonen O., Lahelma E., Martikainen P. (2011), «Occupational social class and disability retirement among municipal employees – The contribution of health behaviors and working conditions», in *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37: 464-72.
- Mamo C., d'Errico A., Fubini L. *et al.* (2007), «Fattori psicosociali e disturbi da distress psicologico negli operatori di call center», Atti del convegno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia.
- Mamo C., Marinacci C., Demaria M., Mirabelli D., Costa G. (2005), «Factors other than risks in the workplace as determinants of socioeconomic differences in health in Italy», in *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 11: 70-6.
- Marinacci C., d'Errico A., Cardano M., Perini F., Costa G. (2005), «Differenze per professione nelle condizioni di lavoro nocive», in *La Medicina del Lavoro*, 96 (suppl): s127-s140.
- Marmot M.G., Bosma H., Hemingway H., Brunner E., Stansfeld S. (1997), «Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence», in *Lancet*, 350: 235-9.
- Marmot M.G., Shipley M.J., Rose G. (1984), «Inequalities in death-specific explanations of a general pattern?», in *Lancet*, 1(8384): 1003-6.
- Mehlum I.S., Kristensen P., Kjuus H., Wergeland E. (2008), «Are occupational factors important determinants of socioeconomic inequalities in musculoskeletal pain?», in *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34: 250-9.
- Melchior M., Krieger N., Kawachi I., Berkman L.F., Niedhammer I., Goldberg M. (2005), «Work factors and occupational class disparities in sickness absence: findings from the GAZEL cohort study», in *American Journal of Public Health*, 95: 1206-12.
- Melchior M., Roquelaure Y., Evanoff B., Chastang J.F., Ha C., Imbernon E., Goldberg M., Leclerc A. (2006), «Pays de la Loire Study Group. Why are manual workers at high risk of upper limb disorders? The role of physical work factors in a random sample of workers in France (the Pays de la Loire study)», in *Occupational and Environmental Medicine*, 63: 754-61.
- Menvielle G., Boshuizen H., Kunst A.E. *et al.* (2010), «Occupational exposures contribute to educational inequalities in lung cancer

- incidence among men: Evidence from the EPIC prospective cohort study», in *International Journal of Cancer*, 126: 1928-35.
- Ministero della Salute (2017), «L'Italia per l'equità nella salute», Eurolit Srl, Roma.
- Monden C.W. (2005), «Current and lifetime exposure to working conditions. Do they explain educational differences in subjective health?», in *Social Science & Medicine*, 60: 2465-76.
- Nawrot T.S., Thijs L., Den Hond E.M., Roels H.A., Staessen J.A. (2002), «An epidemiological re-appraisal of the association between blood pressure and blood lead: a meta-analysis», in *Journal of Human Hypertension*, 16: 123-31.
- Netterstrøm B., Kristensen T.S., Sjøel A. (2006), «Psychological job demands increase the risk of ischaemic heart disease: a 14-year cohort study of employed Danish men», in *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 13: 414-20.
- Niedhammer I., Bourgkard E., Chau N., Lorhandicap Study Group (2011), «Occupational and behavioural factors in the explanation of social inequalities in premature and total mortality: a 12.5-year follow-up in the Lorhandicap study», in *European Journal of Epidemiology*, 26(1): 1-12.
- Patti G., Pignalberti C., Cimenti C., Cianflone D., Maseri A. (1995), «Lo stress psicologico come fattore scatenante nelle manifestazioni acute della cardiopatia ischemica», in *Cardiologia*, 40 (4): 229-34.
- Phongsavan P., Chey T., Bauman A., Brooks R., Silove D. (2006), «Social capital, socio-economic status and psychological distress among Australian adults», in *Social Science & Medicine*, 63: 2546-61.
- Plouvier S., Leclerc A., Chastang J.F., Bonenfant S., Goldberg M. (2009), «Socioeconomic position and low-back pain. The role of biomechanical strains and psychosocial work factors in the GAZEL cohort», in *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35: 429-36.
- Power C., Matthews S., Manor O. (1998), «Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life», in *Lancet*, 351: 1009-14.
- Power C., Stansfeld S.A., Matthews S., Manor O., Hope S. (2002), «Childhood and adulthood risk factors for socio-economic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British birth cohort», in *Social Science & Medicine*, 55: 1989-2004.

- Rahkonen O., Laaksonen M., Martikainen P., Roos E., Lahelma E. (2006), «Job control, job demands, or social class? The impact of working conditions on the relation between social class and health», in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60: 50-4.
- Sabbadini L.L., Gargiulo L., Sebastiani G. (2007), «Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005», Istat, www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/testointegrale.pdf.
- Schnall P.L., Landsbergis P.A., Baker D. (1994), «Job strain and cardiovascular disease», in *Annual Review of Public Health*, 15: 381-411.
- Schrijvers C.T., van de Mheen H.D., Stronks K., Mackenbach J.P. (1998), «Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions», in *International Journal of Epidemiology*, 27: 1011-8.
- Sekine M., Chandola T., Martikainen P., Marmot M., Kagamimori S. (2006), «Socioeconomic inequalities in physical and mental functioning of Japanese civil servants: explanations from work and family characteristics», in *Social Science & Medicine*, 63: 430-45.
- Siegrist J. (1996), «Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions», in *Journal of Occupational Health Psychology*, 1: 27-41.
- Stansfeld S., Candy B. (2006), «Psychosocial work environment and mental health. A meta-analytic review», in *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32: 443-62.
- Stansfeld S.A., Head J., Fuhrer R., Wardle J., Cattell V. (2003), «Social inequalities in depressive symptoms and physical functioning in the Whitehall II study: exploring a common cause explanation», in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 361-7.
- Stronks K., van de Mheen H.D., Looman C.W.N., Mackenbach J.P. (1996), «Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis», in *Sociology of Health & Illness*, 18: 653-74.
- Sulsky S.I., Hooven F.H., Burch M.T., Mundt K.A. (2002), «Critical review of the epidemiological literature on the potential cardiovascular effects of occupational carbon disulfide exposure», in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 75: 365-80.

- Toivanen S., Hemstrom O. (2006), «Income differences in cardiovascular disease: is the contribution from work similar in prevalence versus mortality outcomes?», in *The International Journal of Behavioral Medicine*, 13: 89-100.
- Vannoni F., Burgio A., Quattrocioni L., Costa G., Faggiano F. (1999), «Differenze sociali e indicatori di salute soggettiva, morbosità cronica, disabilità e stili di vita nell'indagine Istat sulla salute del 1994», in *Epidemiologia & Prevenzione*, 23: 133-240.
- Vannoni F., Mamo C., Demaria M., Ceccarelli C., Costa G. (2005), «Infortuni e mobilità lavorativa correlata a problemi di salute. Potenzialità e limiti della Rilevazione Trimestrale sulle Forze di Lavoro – luglio 1999 dell'Istat», in *La Medicina del Lavoro*, 96 (suppl): s85-s92.
- Vannoni F., Marinacci C., Costa G., Saraceno C., Negri N., Cardano M. (2004), «Famiglie con figli in condizione socio-economica svantaggiata», in Sabbadini L.L., Costa G. (a cura di), «Informazione statistica e politiche per la promozione della salute», Atti del Convegno. Roma, Istat: 233-251.
- Vanroelen C., Levecque K., Louckx F. (2010), «Differential exposure and differential vulnerability as counteracting forces linking the psychosocial work environment to socioeconomic health differences», in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64: 866-73.
- Virtanen S.V., Notkola V. (2002), «Socioeconomic inequalities in cardiovascular mortality and the role of work: a register study of Finnish men», in *International Journal of Epidemiology*, 31: 614-21.
- Voller F., Buiatti E. (2006), «Disuguaglianze e stili di vita in Italia», in *Salute e territorio*, 158: 294-9.
- Warren J.R., Hoonakker P., Carayon P., Brand J. (2004), «Job characteristics as mediators in SES-health relationships», in *Social Science & Medicine*, 59(7): 1367-78.
- Welin C.L., Rosengren A., Wilhelmsen L.W. (1995), «Behavioural characteristics in patients with myocardial infarction: a case-control study», in *Journal of Cardiovascular Risk*, 2: 247-54.
- Zengarini N. (2011), «Le disuguaglianze sociali nei tumori. Differenze nell'incidenza, mortalità e sopravvivenza per cancro a Torino, Italia». Tesi di Master in Epidemiologia, Università degli Studi di Torino, Villa Gualino.



L'Health Equity Audit e l'organizzazione del lavoro

di Roberto Di Monaco, Silvia Pilutti*

La dimensione sociale delle caratteristiche logoranti del lavoro

Per molti decenni, soprattutto nell'ambito della produzione industriale, ma anche nei servizi, le conseguenze negative sulla salute sono state considerate un effetto collaterale dell'organizzazione del lavoro. In fabbrica, le condizioni del lavoro, soprattutto manuale e non qualificato, limitavano pesantemente le capacità di controllo delle persone sulla propria salute. Per quali vie?

I principali fattori di rischio sul lavoro appartengono a due categorie. Quelli fisici, chimici, meccanici ed ergonomici, che descrivono le caratteristiche materiali avverse dell'ambiente di lavoro, e quelli psicosociali, fonte di stress cronico. Riguardo allo stress, in letteratura sono stati evidenziati due modelli principali di descrizione del meccanismo sociale che lo genera. Il primo modello è quello «demand-control», che collega lo stress, dannoso per la salute, allo squilibrio tra la domanda posta dall'organizzazione rispetto al ruolo e i gradi di autonomia di chi lavora. La situazione di massimo stress è quella di chi deve far fronte a una domanda esigente senza nessuna possibilità di autodetermina-

* Roberto Di Monaco, Università di Torino, Dipartimento di Culture, Politica e Società; Silvia Pilutti, Prospettive ricerca socioeconomica Sas, Torino.

zione e quindi di apprendimento e di gratificazione in caso di successo (Karasek, 1990, 2009). Il secondo modello – «*effort-reward imbalance*» – identifica le situazioni di stress con quelle che generano un forte squilibrio tra gli sforzi, fisici o mentali, richiesti dal lavoro e le ricompense e gratificazioni, soprattutto non monetarie, che il medesimo procura (Siegrist, 2009).

Si tratta, quindi, di aspetti che dipendono direttamente dal tipo di relazioni che la persona ha con l'organizzazione e l'ambiente sociale di lavoro, con i suoi superiori e colleghi, e dai significati che attribuisce alla sua esperienza quotidiana. In secondo luogo, sono fattori che colpiscono soprattutto le persone con minori risorse di istruzione e competenze, che occupano le posizioni più basse nella gerarchia aziendale e professionale, dove la mancanza di autodeterminazione, reale e percepita, è più diffusa (Di Monaco e Pilutti, 2014).

Il punto focale di quest'analisi sommaria è che il basso controllo delle persone sulle condizioni di lavoro e sulla qualità delle loro attività non nasceva da errori o circostanze aziendali specifiche, ma faceva parte integrante della cultura e delle logiche organizzative di matrice taylor-fordista che hanno caratterizzato il secolo scorso, del loro modo gerarchico, meccanico e strumentale di vedere le persone impegnate nei processi produttivi, con un'influenza che è andata molto oltre i pur estesi confini della produzione e dell'industria. In questo contesto si sviluppava anche una tradizione di presidio e controllo sul tema della salute da parte di molti soggetti rilevanti – dal sindacato alle strutture sanitarie, dalle forze ispettive alla magistratura – che muovendosi necessariamente all'interno della logica organizzativa gerarchico-burocratica dominante, ha largamente contribuito al miglioramento delle condizioni nei luoghi di lavoro e alla tutela della salute delle persone. Infine, sappiamo che le evoluzioni della normativa e i cambiamenti tecnologici, a partire dagli anni Ottanta, hanno molto migliorato gli ambienti fisici di lavoro. Spostiamo quindi la nostra attenzione sulle trasformazioni che parallelamente avvenivano nella cultura d'impresa e nelle relazioni sociali sul lavoro.

La competizione e l'evoluzione dei modelli produttivi

Da almeno 15 anni gli studi organizzativi evidenziano la crescita, in una fascia di aziende più innovative e competitive, di modelli di organizzazione che sono stati definiti ad alto rendimento: High Performance Work Systems (Hpws; Toner, 2011). Essi costituiscono almeno in parte un ingrediente fondamentale delle metodologie produttive flessibili e attente alla qualità e al miglioramento continuo, che sulla scia dell'esperienza della Toyota e del TQM (Qualità Totale) hanno dato luogo a metodologie per raggiungere performance di eccellenza: Lean production, Six sigma, Wcm ecc.

Questi modelli sono caratterizzati, nella loro espressione coerente con gli ambiziosi obiettivi che si pongono, da importanti modifiche nelle relazioni e nelle pratiche di lavoro. In particolare introducono cambiamenti a livello di:

- organizzazione del lavoro (gruppi di lavoro, decentramento, delega, ampliamento competenze individuali, autonomia, responsabilità);
- coordinamento del lavoro (meno comando gerarchico, aumento flussi informazioni, anche bottom-up, misurazione delle performance, decentramento decisioni);
- gestione del personale (più competenze trasversali, formazione, incentivazione, anche non monetaria, relazioni industriali cooperative).

I fattori che spingono le aziende ad adottare modelli Hpws sono gli stessi che le spingono a promuovere performance e innovazione. In particolare pesa l'intensificazione della concorrenza sia sulla qualità, sia sui prezzi, a livello globale. Inoltre, è rilevante l'effetto delle Ict, che consente di velocizzare i processi e connettere luoghi lontani, ma anche di personalizzare e ridurre i tempi del ciclo di vita, di produzione dei prodotti e di risposta al mercato. In terzo luogo è importante il cambiamento della domanda, che diventa più esigente dal punto di vista

della qualità e della personalizzazione. È poi rilevante la crescita dei livelli medi di istruzione, che favorisce delega e decentramento nelle organizzazioni, ma anche un aumento delle aspettative e delle motivazioni delle persone. Infine, il decentramento delle relazioni industriali a livello d'impresa e di stabilimento ha accresciuto la flessibilità e la possibilità di introdurre soluzioni differenziate (Gospel, 2007).

Il punto è che per rafforzare i modelli Hpws è necessario un impegno diffuso di tutta la forza lavoro verso la qualità e il miglioramento continuo, sostenuto da una crescita dell'autonomia e delle competenze delle persone. Si tratta soprattutto di capacità sociali, di relazione, di comunicazione, di cooperazione e lavoro in gruppo, capacità di diagnosi, analisi, attenzione alla qualità, soluzione di problemi e di apprendimento, e capacità di prendere iniziative e di assumersi responsabilità (Lafer, 2002; Keep e Payne, 2004; Martin e Healy, 2008).

Dobbiamo notare che la leva organizzativa non si riduce alla manovra e alla programmazione di aspetti tecnici della gestione delle risorse umane, al funzionamento meccanico di qualcosa di inanimato, riguarda invece il modo di agire e dare senso alle azioni da parte delle persone, a tutti i livelli aziendali. Ciò significa che la leva organizzativa può diventare un moltiplicatore se è sostenuta in modo coerente dalla cultura organizzativa e dallo stile di leadership. Pier Luigi Celli (2015) spiega questo rapporto diretto tra persone, organizzazione e performance all'interno di una visione ampia e strategica della performance, che definisce «la capacità di far accedere le cose, perché si è formati, all'altezza dei nuovi compiti», quindi una capacità larga di arrivare al risultato nelle nuove condizioni di maggiore complessità degli obiettivi.

Negli studi sulla gestione strategica delle risorse umane (Guerci *et al.*, 2010) si trovano numerose conferme del legame diretto tra la qualità della gestione delle persone e la sostenibilità della performance nel lungo periodo. Le pratiche di gestione delle persone hanno effetti evidenti sulle prestazioni sociali e ambientali delle organizzazioni (Chiappetta Jabbour e San-

tos, 2008), sono queste pratiche a promuovere, attraverso la gestione concreta dell'autonomia, della libertà e delle ricompense delle persone i valori di equità, giustizia, rispetto, sicurezza, trasparenza e onestà (Greenwood, 2002). Inoltre, è importante il modo in cui l'organizzazione gestisce le diversità di competenze, esperienze e punti di vista delle persone, facendo in modo che esse riescano a cooperare e a raggiungere sia i propri obiettivi personali, sia gli obiettivi collettivi e organizzativi (Pless e Maak, 2004). Allo stesso modo, sono le pratiche e gli incentivi alle persone all'interno dell'organizzazione a promuovere le performance ambientali (Daily e Huang, 2001): attenzione all'ambiente, progettazione e definizione di obiettivi a esso legati, misurazione delle performance ambientali, valutazione individuale e collettiva sui miglioramenti realizzabili rispetto all'impatto ambientale, introduzione di ricompense materiali e immateriali per i comportamenti coerenti, lavoro con le persone sui valori e le problematiche ambientali. Questi esempi mostrano come occuparsi della sostenibilità di lungo periodo e della performance allargata richieda di occuparsi in modo nuovo della gestione delle persone.

I processi interni, infatti, costituiscono la reale connessione tra la strategia dell'impresa e il modo di pensare e agire dell'insieme di persone impegnate nell'attività aziendale. L'efficacia, la fluidità, la rapidità di questa connessione sono cruciali per affrontare il cambiamento, perché i cambiamenti esterni richiedono di essere decifrati e rielaborati ed esigono che le persone sviluppino miglioramenti continui dei processi e delle pratiche di lavoro, mettendo in atto la strategia. Sono molti gli indicatori tradizionalmente utilizzati per descrivere i processi interni, da quelli di efficienza, a quelli di efficacia interna (raggiungimento degli obiettivi prefissati) e di efficacia esterna dei processi aziendali (rispondenza alla domanda degli stakeholder).

Riguardo a come inquadrare la dimensione sociale nella strategia delle imprese, il modo più strutturato che si è andato affermando in questi anni per estendere e garantire la sostenibilità sociale e ambientale è introdurre forme di gestione della

responsabilità sociale d'impresa: secondo la Commissione Europea essa consiste nella responsabilità delle imprese per il loro impatto sulla società (comunicazione n. 681 del 25 ottobre 2011). Questo approccio, per definire l'assetto dell'organizzazione e i processi interni, mira a rispettare alcuni principi etici generali (per esempio escludere il lavoro minorile, gli orari vietati dalla legge ecc.) e a esplicitare e coinvolgere i portatori di interessi, gli stakeholder, in modo da sviluppare percorsi condivisi e facilitare forme di comunicazione e certificazione dell'impatto sociale e ambientale, che costituiscano le fondamenta della reputazione dell'azienda nel medio e lungo periodo. Si tratta di un'idea che considera la gestione dell'impatto sociale e ambientale in positivo, non limitandosi a evitare danni all'esterno o a generare un vantaggio di immagine, ma includendo nei processi aziendali la piena considerazione degli aspetti sociali, per trasformarli in punti di forza della strategia. Nell'ambito del dibattito e dell'evoluzione della responsabilità o sensibilità sociale dell'impresa, questo approccio rimane nel solco del filone (Carroll, 1979 e 1991; Wood, 1991) che attribuisce importanza sia ai valori etici cui l'impresa aderisce, sia al modo di metterli in atto nei propri processi organizzativi (che può essere mediato dagli stakeholder, interni ed esterni), sia ancora ai risultati che le azioni effettivamente conseguono sul piano sociale.

Parrebbe dunque aprirsi una stagione in cui sia più facile la convergenza tra gli obiettivi aziendali di coinvolgimento delle persone sulla qualità del lavoro e di aumento della loro autonomia e soddisfazione, che un numero crescente di imprese intende adottare, e gli obiettivi finalizzati a ridurre i tradizionali fattori di rischio per la salute nelle attività di lavoro. Essi sono rilevanti per l'equità, perché penalizzano soprattutto le fasce di personale impegnate in attività manuali e meno qualificate, dove nei fatti e nei vissuti prevalgono scarsa autonomia, bassi riconoscimento e soddisfazione e ridotta qualità del lavoro, tutti fattori alla base dei meccanismi sociali di stress e logoramento. Per questi motivi i contesti di lavoro orientati al coinvolgimento e alla cooperazione possono essere definiti capacitanti,

in quanto, a parità di condizioni di istruzione ed esperienza pregressa delle persone, creano condizioni sociali di lavoro più favorevoli alla salute (Di Monaco e Pilutti, 2014).

L'ambiguità del cambiamento per le varianti nella cultura d'impresa

A dispetto della chiara tendenza di una fascia innovativa di imprese, numericamente circoscritta, a sviluppare forme di coinvolgimento e valorizzazione delle persone, i dati e le evidenze di ricerca segnalano elementi di ambiguità dei modelli di organizzazione e gestione delle risorse umane e di differenziazione tra le imprese.

Nella realtà europea, non si osserva ancora una progressiva e rapida estensione dei tratti innovativi nell'organizzazione del lavoro: la crescita dei contratti non standard, l'ambiguità nell'uso delle Ict, che possono anche diventare strumento di standardizzazione e controllo con logiche tayloristiche, e lo scarso utilizzo dei crescenti livelli di istruzione segnalano come sia necessaria una spinta culturale per favorirne la penetrazione (Oecd, 2010). Quindi, il progresso tecnologico è rilevante, ma i suoi effetti sulla crescita delle skills e sul rapporto tra skills e innovazione dipendono dalla prospettiva strategica e culturale adottata dalle imprese e dal modo con cui il contesto di mercato del lavoro e istituzionale agevolano o ostacolano una via alta alla competitività (Lafer, 2002).

Un *effetto spontaneo* che invece si osserva riguarda l'accentuarsi delle differenze territoriali, tra Nord e Sud, tra aree distrettuali e aree meno infrastrutturate, tra aree urbane dinamiche e presumibilmente più *smart* e le cosiddette aree interne, marginali secondo i recenti studi del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Ciò fa presumere un rischio di aumento delle disuguaglianze per quanto riguarda gli effetti capacitanti dei contesti di lavoro, che potrebbe sommarsi a effetti di tipo territoriale.

I limiti di applicazione dei modelli Hpws sono stati osservati anche in Italia, sia nelle grandi, sia nelle piccole e medie imprese (Della Torre, 2011). Questo e altri contributi suggeriscono cautela nella lettura dei cambiamenti organizzativi in corso. In particolare, si osservano tre problemi.

Il primo problema riguarda il fatto che questi modelli non si sono molto diffusi: solo una minoranza di imprese ha adottato l'intera gamma di azioni che li caratterizza. Ciò emerge per esempio nel Regno Unito (Keep e Payne, 2004), in Australia (Martin e Healy, 2008) e negli Stati Uniti (Lafer, 2002).

Uno dei rari studi condotti in Italia, su un campione di 114 imprese lombarde, di cui 40 di servizi e 74 industriali, rappresentativo della dimensione tra 50 e 250 addetti, fornisce dati in chiaroscuro (Della Torre e Solari, 2011).

È stata indagata la presenza nelle imprese di 13 pratiche, articolate secondo i tre ambiti che abbiamo citato: organizzazione del lavoro, coordinamento e politiche organizzative. Solo le attività di formazione tecnica e l'attenzione ai percorsi professionali all'interno dell'azienda arrivano a toccare l'80% delle imprese. Poche utilizzano gruppi di lavoro autonomi (solo il 14%), una quota maggiore li utilizza definendoli parzialmente autonomi (39%), un'impresa su tre utilizza la rotazione delle persone su più posizioni di lavoro (33%). Tocca due imprese su tre l'utilizzo di un maggior ventaglio di competenze nel lavoro, che si dovrebbe ottenere attraverso l'arricchimento delle mansioni, come l'assegnazione di alcuni compiti, per esempio, di manutenzione o di valutazione della qualità, a chi lavora in produzione.

Riguardo alle modalità di coordinamento, la metà delle imprese dichiara di adottare forme di coinvolgimento dei lavoratori e di valutazione delle performance, una minoranza dichiara di decentrare alcune decisioni (37%), mentre circa il 60% afferma di condividere informazioni.

Riguardo alle politiche di gestione delle risorse umane, sono utilizzate modalità di formazione con tecniche non tradizionali nella metà delle imprese (51%), come pure forme di

retribuzione legate alla performance di importo significativo, di carattere individuale (57%) o collettivo (61%).

Questo quadro, realizzato in una delle aree più sviluppate del Paese, potrebbe essere letto come il segno di una significativa diffusione dei modelli Hpws. Tuttavia, la stessa ricerca fornisce altri due elementi qualificanti per decifrare il senso dei profili organizzativi che emergono.

Il primo elemento si riferisce al grado di sovrapposizione di queste pratiche. Dai dati emerge che il 3,5% delle aziende non applica alcuna pratica, il 10,6% da 1 a 3 pratiche, il 25,4% da 4 a 5 pratiche, il 30,6% da 6 a 8 pratiche, mentre il 29,2% ne applica 9 o più. Tra queste, solo il 2% circa ne applica 12 e nessuna le applica tutte.

Come gli autori riconoscono, l'elenco comprende pratiche organizzative che costituiscono nel loro insieme la base essenziale di un modello di organizzazione orientato alla cooperazione e al coinvolgimento delle persone. Dunque, non basta adottare qualche pratica per essere orientati all'innovazione. Il criterio che propongono gli autori è di definire imprese che applicano un modello Hpws quelle che utilizzano almeno 9 delle 13 pratiche elencate. In questo modo si arriverebbe a considerare che il 30% circa delle imprese può essere reputato l'area avanzata nell'utilizzo di questi modelli organizzativi.

Tuttavia un secondo elemento pare ancora più rilevante del primo per interpretare il senso di queste esperienze, in particolare per l'attenzione che abbiamo posto ai modelli di coinvolgimento e alla promozione dell'equità.

Tendenzialmente, l'organizzazione che coinvolge le persone si rivolge a tutte le risorse umane (Bonazzi, 2008; Morgan, 1989), anche se in modo proporzionato ai livelli di responsabilità e di competenze. Fin dalle origini, l'elemento di radicale diversità del modello giapponese, rispetto all'organizzazione taylorista e burocratico-meccanicistica del lavoro, era il fatto di promuovere un contributo attivo proprio da parte di coloro che stavano alla base della piramide organizzativa, impegnati in linea di produzione o, nel caso di servizi, nella front line con i

clienti. Questa iniziativa rompeva la rigida separazione tra chi progetta tecnologie e processi di lavoro e chi deve solo eseguire, tra chi pensa e chi opera, senza nessun pensiero, se non la diligenza nel seguire procedure e istruzioni predeterminate. Per rendere effettiva la partecipazione, secondo quel modello e i suoi progressivi sviluppi, è indispensabile condividere informazioni, che arrivano in ampia misura dal basso; delegare discrezionalità; generare interdipendenza di poteri tra le persone che lavorano, in modo che cooperino per individuare e affrontare i problemi e migliorare efficienza e qualità dei processi; promuovere una formazione strettamente collegata alle attività di lavoro e con tecniche non tradizionali; incentivare comportamenti individuali e collettivi coerenti. Non si tratta di una sommatoria di espedienti tecnici, ma dell'impatto di una specifica cultura della cooperazione che necessariamente dovrebbe riguardare tutti gli aspetti del lavoro, sostenuta da un insieme di regole coerenti.

Dai dati emerge che le pratiche dichiarate dalle aziende sono in realtà applicate a una minoranza di lavoratori. Nel caso delle forme cooperative di organizzazione del lavoro, viene coinvolta una quota di lavoratori superiore al 50% in un numero di aziende che va da un quarto a un terzo del totale.

Riguardo al decentramento, le forme di coinvolgimento e di condivisione delle informazioni superano il 50% dei lavoratori nei due terzi delle aziende, ma la percentuale si riduce drasticamente a un quarto del totale se ci si riferisce al decentramento delle decisioni.

Infine, riguardo alle politiche, il coinvolgimento è ancora minore: poco oltre il 40% delle aziende estende la formazione tecnica a una quota maggioritaria del personale, mentre sviluppo delle carriere professionali e incentivazione del lavoro attenta alla dimensione collettiva coinvolgono la maggioranza degli addetti solo in un'impresa su sette.

La scarsità di ricerche analitiche sul tema ci impedisce di andare a fondo del rapporto tra forme di coinvolgimento, caratteristiche professionali e ruoli organizzativi degli addetti più

coinvolti. Per quanto importanti siano i numeri della penetrazione degli Hpws nel panorama generale delle aziende italiane, si ricava l'impressione che prevalgano nella maggioranza delle imprese rappresentazioni duali della forza lavoro e che le politiche caratteristiche degli Hpws siano specificamente rivolte soltanto all'area più professionalizzata e stabile della forza lavoro, con il rischio di accentuare le disuguaglianze.

Il secondo problema rispetto allo sviluppo dei modelli Hpws in Italia riguarda il rapporto sbilanciato tra i vantaggi per l'impresa e i vantaggi per i lavoratori, che sembra emergere dagli studi sul campo. Come evidenzia Edoardo Della Torre (2011), mentre nella letteratura appare ben documentato il vantaggio per l'impresa che deriva dall'adozione di queste pratiche organizzative, più controverso sembra essere il beneficio per i lavoratori. Questa constatazione potrebbe essere letta in due modi. Da un lato, come alcuni osservatori fanno, suggerisce considerazioni critiche sui modelli Hpws in quanto tali, come leva organizzativa che non sarebbe in grado di portare quei vantaggi *win win*, all'impresa e ai lavoratori, previsti sulla carta. Si tratta di una lettura pessimistica dell'evoluzione dei modelli organizzativi, che vengono interpretati come l'effetto di strategie neotayloristiche finalizzate ad aumentare il contributo dei lavoratori in termini di impegno, tempo, flessibilità, responsabilità, senza che a questo corrispondano reali benefici. La retorica del coinvolgimento, se non della partecipazione, sarebbe uno stratagemma per giustificare la crescente domanda di sforzo e di investimenti sul lavoro. I lavoratori assorbirebbero nei fatti le conseguenze della domanda di flessibilità delle aziende, lasciando all'impresa il controllo sugli accresciuti margini di efficienza. In questa prospettiva, più procede l'applicazione estesa e integrale dei modelli, più aumenta lo sfruttamento e i lavoratori stanno peggio.

D'altro canto, è possibile un'altra lettura, che rovescia i termini della questione rispetto a quelli illustrati, ben rappresentata anche dai casi aziendali di innovazione nella cultura d'impresa che vengono citati più avanti in questo volume (Fondazione Sodalitas). I modelli Hpws, nella loro logica di applicazio-

ne radicale – tutti gli strumenti rivolti a tutto il personale –, potrebbero essere il riflesso dell'applicazione di una cultura organizzativa improntata alla cooperazione e al miglioramento continuo, sostenuta da una leadership distribuita e da un insieme di regole e di interdipendenze di potere coerenti (Di Monaco e Pilutti, 2016). In questa prospettiva, è proprio l'applicazione isolata di qualche politica o strumento (invece che di tutti) o l'applicazione di meccanismi di coinvolgimento e di partecipazione circoscritti alla parte più alta della piramide gerarchica e professionale, senza coinvolgere in modo ampio e generalizzato le persone che lavorano nell'organizzazione, a segnalare che queste politiche esprimono una cultura organizzativa tradizionale. In questo caso il problema, in ampia parte delle imprese, non deriverebbe da un eccesso di diffusione dei modelli Hpws, ma da un loro utilizzo snaturato e incoerente, che spiegherebbe i mancati benefici per i lavoratori. I benefici non ci sarebbero perché in qualche modo estranei alla cultura organizzativa dominante nell'organizzazione.

L'ambiguità delle politiche e degli strumenti che vengono utilizzati per descrivere i modelli Hpws non è da sottovalutare. Il decentramento delle decisioni, l'attività di gruppi con buona autonomia, l'introduzione di significativi incentivi collettivi, sempre che coinvolgano la gran parte, se non la totalità, del personale, sembrano essere segnali più facilmente interpretabili come espressione di un modello che scommette sulla cooperazione. Viceversa, politiche come la formazione tecnica, la condivisione di informazioni, la valutazione individuale delle performance e gli incentivi individuali sono misure compatibili sia con una cultura della cooperazione, sia con un modello di carattere neotaylorista, che punta sull'efficienza del lavoro individuale e non sulla cooperazione.

Si pone quindi un problema di interpretazione, per risolvere il quale occorrerebbero informazioni più precise sia di carattere oggettivo, sul dettaglio degli strumenti e della loro applicazione, sia di carattere soggettivo, relative al senso che viene attribuito a essi dai componenti dell'organizzazione, a tutti i livelli.

Questa osservazione ci porta al terzo problema, che emerge dalle ricerche sul campo. Esse segnalano come sia ancora molto presente tra le imprese un modello di cultura organizzativa centrato sul comando gerarchico e sui principi dell'organizzazione tayloristico-burocratica. Ciò emerge in modo indiretto dalle ricerche sulle imprese, svolte con tagli e focus molto diversi: sull'innovazione, sulla formazione, sulla creazione d'impresa, sul passaggio generazionale, sulle filiere e le catene di subfornitura settoriali e locali ecc. Emerge una gamma di tipologie organizzative che in modo estremamente semplificato, ai nostri fini, possiamo distinguere in aziende di carattere neotaylorista e aziende tradizionali.

Le aziende neotayloriste sono organizzazioni che puntano sull'efficienza, da conseguirsi attraverso la gestione attenta e pianificata di tutti i processi produttivi, con investimenti in tecnologia, una prevalenza del lavoro individuale, la definizione rigida dei compiti e delle mansioni, una forte parcellizzazione del lavoro individuale, una spinta all'intensificazione dei ritmi e dei tempi di lavoro, che diventano sempre più flessibili per seguire l'andamento della domanda, unitamente all'incremento dei sistemi di controllo e di premio e punizione. La forza lavoro è distinta in una fascia tecnica e di comando, su cui vengono fatti investimenti sia formativi, sia rispetto alle forme di compensazione, e una fascia meno professionalizzata, su cui nei fatti prevale la possibilità di sostituzione e la minaccia di sanzioni se non si segue la domanda di prestazione richiesta dall'impresa. Questa fascia è anche molto esposta al licenziamento in caso di riduzione dei volumi produttivi o di investimenti in tecnologia e riorganizzazione dei processi di lavoro.

Le aziende tradizionali, tra cui sono ampiamente rappresentate le piccole e le micro imprese, operano con modalità meno strutturate, hanno livelli di efficienza molto variabili e modalità di gestione delle risorse umane poco definite, con una prevalenza di elementi personalistici e idiosincratici dei titolari e delle figure apicali.

L'aspetto interessante, ai nostri fini, è che, per quanto mol-

to diverse per livelli di efficienza, tecnologia e strategie di gestione, le imprese appartenenti a questa amplissima platea sembrano condividere una cultura organizzativa improntata al comando gerarchico e ai principi dell'organizzazione burocratico-meccanicistica, dove il lavoro è individuale, prescritto dall'alto e controllato attraverso un sistema più o meno rigido di premi e punizioni.

Dal punto di vista della gestione della conoscenza e degli effetti sullo stress e sulla salute, in queste forme di organizzazione, rimane un'impostazione piramidale e duale, dove poche persone sono incaricate di pensare e predefinire i processi e le pratiche di lavoro e molte sono incaricate di eseguire. L'idea è che non siano necessari flussi di informazione dal basso verso l'alto e coinvolgimento nello sviluppo di nuova conoscenza.

Questo approccio è un tratto culturale dell'organizzazione e della leadership, non dipende dalla dimensione o dal livello di qualificazione delle risorse umane. Certamente, con il crescere della dimensione, soprattutto nelle lavorazioni industriali, ma anche nei servizi, il modello taylorista di organizzazione è più chiaramente visibile e identificabile. Tuttavia, dal punto di vista del funzionamento dell'organizzazione, una piccola impresa agricola, un piccolo supermercato, un'impresa di pulizie o un'azienda di trasporti possono essere altrettanto radicali nell'attuare regole di funzionamento organizzativo che escludono tutti gli attributi della cooperazione, sia sul piano oggettivo – chi comanda, come si deve lavorare, che cosa si deve fare quando ci si trova davanti a un problema, come ci si relaziona con i colleghi ecc. – sia sul piano soggettivo – come ci si rappresenta il proprio rapporto con il capo, con il lavoro, con i colleghi, con i clienti ecc.

Queste considerazioni pongono in una luce diversa le analisi e i punti di vista, ottimisti o pessimisti, sulla diffusione dei sistemi Hpws. Il punto chiave non è dato da singole pratiche o da mix tecnici tra strumenti differenti, ma dal senso complessivo e dalla coerenza del modello di gestione delle risorse umane. Quest'ultimo dovrebbe promuovere una performance ampia,

sostenibile nel lungo periodo, fondata su un'organizzazione il cui sistema sociale è orientato alla cooperazione e alla salute delle persone. Da questa prospettiva, l'attenzione alla cultura d'impresa e alla leadership aiutano a trovare un filo conduttore tra la guida dell'impresa e la sua base sociale, tra l'attivazione del sistema sociale, il modo di funzionare dell'organizzazione e la capacità che può esprimere, in termini di qualità e di salute.

Possiamo quindi riconoscere che dalla fine degli anni Novanta, gli ambienti fisici di lavoro sono molto migliorati, per effetto delle trasformazioni sul versante tecnologico-organizzativo e normativo-regolativo. Se scorriamo i risultati della ricerca Eurofound del 2015 notiamo come l'Italia sia oggi, in Europa, in seconda posizione su 35 Paesi per i livelli di qualità fisica dei luoghi di lavoro. Rileviamo, tuttavia, che altrettanto non si può dire per i rischi connessi alla qualità sociale e delle relazioni nell'ambiente di lavoro, riguardo alle quali l'Italia è nelle posizioni di coda (quintultima). Anche rispetto alle competenze e all'autonomia delle persone che lavorano l'Italia sembra piuttosto indietro, vicina ai valori più bassi tra i Paesi europei; si colloca poco meglio riguardo alla formazione promossa dall'impresa, che coinvolge però meno di un terzo dei dipendenti ed è molto indietro a livello di prospettive di miglioramento e sviluppo professionale dei dipendenti (terzultima e ultima, a seconda degli indici); è ultima infine nel valutare positivamente le relazioni tra la vita lavorativa e familiare (Eurofound, 2017).

Parrebbe quindi che la massa delle imprese italiane abbia un passo più lento nel far crescere la qualità del lavoro, almeno per come viene percepita e vissuta dal personale, e nel ridurre disagio e stress. Ciò potrebbe anche derivare dalla persistenza di rappresentazioni tradizionali delle relazioni di lavoro tra gli altri attori rilevanti per la gestione delle risorse umane: le associazioni imprenditoriali, le organizzazioni sindacali, i soggetti che intervengono con funzioni di regolazione e controllo nei rapporti di lavoro e nel sistema di relazioni industriali, come nel presidio della sicurezza sul lavoro.

La tendenza delle politiche di gestione delle risorse umane

suggerisce quindi una prospettiva concreta per promuovere l'equità di salute, che sembra in grado di aiutare a superare alla base gli aspetti più dannosi delle relazioni sociali nei luoghi di lavoro, cambiando il rapporto tra la persona e l'organizzazione. Tuttavia molte imprese, per quanto si siano poste sulla strada del cambiamento, lo stanno praticando con un'intensità, un'estensione e una velocità che sembrano largamente inadeguate a cambiare le condizioni della massa di lavoratrici e lavoratori, superando le iniquità di salute più forti. Da questo punto di vista la sfida della promozione dell'equità di salute sembra andare nella stessa direzione di quella dell'innovazione e della competitività.

Il valore guida della salute: una sfida per l'impresa

È interessante a questo punto interrogarsi sul ruolo che la salute e la promozione dell'equità di salute possono svolgere nell'ambito dell'evoluzione della cultura d'impresa. In una rappresentazione tradizionale, i costi per la salvaguardia della salute costituivano un prezzo da pagare per sottostare ai vincoli crescenti posti dalla normativa e dai sistemi di controllo. Nelle imprese innovative, che adottano modelli evoluti di organizzazione e praticano una coerente gestione strategica delle risorse umane, la creazione di ambienti sociali di lavoro salutogenici, capacitanti, in grado di far esprimere al meglio le persone e di farle crescere nel lungo periodo, e la salute diventano sempre di più valori guida, bussole per orientare correttamente la progettazione e la valutazione delle politiche aziendali. In questo senso, anche la natura di molti costi potrebbe essere riesaminata, alla ricerca dei ritorni economici di medio e lungo periodo che potrebbero assicurare.

Si tratta di un cambiamento epocale, che emerge non solo dalla voce della fascia più avanzata di imprese, ma viene proposta anche da chi guarda al problema in chiave di promozione della salute. Tra le molte indicazioni dell'Organizzazione Mon-

diale della Sanità (2010) possiamo per esempio citare che «A healthy workplace is one in which workers and managers collaborate to use a continual improvement process to protect and promote the health, safety and wellbeing of all workers and the sustainability of the workplace...». In particolare, l'Oms individua cinque chiavi strategiche per lo sviluppo e la promozione della salute nei luoghi di lavoro:

- impegno e coinvolgimento della leadership;
- coinvolgimento di tutti i lavoratori e dei loro rappresentanti;
- etica del lavoro e legalità;
- sostenibilità e integrazione;
- utilizzo di un processo sistematico e globale per efficacia e continuo miglioramento.

Questo approccio, suggerito dall'Oms e sostenuto in modo robusto dalla teoria e da crescenti risultati di ricerca, ribalta anche dal punto di vista della salute l'approccio difensivo tradizionale, auspicando che la salute entri a far parte degli obiettivi strategici dell'impresa e di tutti gli stakeholder, come valore guida, parte integrante del profilo etico e sostenibile dell'impresa stessa.

Questa opzione ha diverse implicazioni, che sono strategiche per la promozione della salute.

Innanzitutto, l'impresa sceglierebbe il metodo del coinvolgimento e della partecipazione, indispensabili nei modelli organizzativi orientati all'innovazione e alla qualità, anche per la promozione del benessere e della salute. Questa decisione appare coerente dal punto di vista teorico e metodologico: come sarebbe possibile chiedere alle lavoratrici e ai lavoratori un crescente coinvolgimento nei processi di miglioramento continuo e di apprendimento per aumentare la qualità, come richiesto dagli orientamenti manageriali e organizzativi innovativi (Di Monaco e Pilutti, 2016), e trattare il tema della salute e del benessere in modo separato o contraddittorio? La promozione del benessere, soprattutto di chi corre maggiori rischi, non solo è

dovuta a motivi normativi ed etici, ma dovrebbe essere parte integrante di qualsiasi approccio alla motivazione che intenda valorizzare il contributo e l'investimento delle persone nel lavoro.

In secondo luogo, dal punto di vista teorico la metodologia del coinvolgimento può essere utilmente ricondotta alla prospettiva metodologica e agli strumenti della ricerca azione. La tradizione dell'*action research* è interdisciplinare e si sviluppa nei decenni, a partire dagli inizi del secolo scorso, con varie matrici disciplinari e differenti impostazioni (Dubost e Lévy, 2007). Essa può essere definita come «un'azione deliberata, volta a promuovere un cambiamento nel mondo reale, impegnata su scala ristretta ma inglobata in un progetto più generale, sottoposta a certe regole e discipline per ottenere degli esiti di conoscenza o di senso» (Dubost, 1984). In questa logica, se la salvaguardia della salute diventa un valore guida, dovrebbe muovere l'impresa e tutti gli attori coinvolti nei luoghi di lavoro ad agire per modificare situazioni di rischio e aumentare il benessere, ripartendo dai bisogni delle persone e riscoprendo il significato nuovo che può rivestire oggi la salute nei luoghi di lavoro, all'interno di rinnovati paradigmi e logiche produttive. Tuttavia, l'ipotesi su cui si basa la ricerca azione richiede a tutti di superare la posizione di osservatore, che studia il problema dall'alto o dall'esterno e impone o suggerisce soluzioni formali, per entrare nel campo di ricerca azione ponendosi a fianco degli attori che lo vivono, per interpretarne con loro il senso e, per questa via, giungere a scoprire differenti configurazioni dei problemi e ipotesi di azione, in modo che siano fatte proprie in prima persona dalle lavoratrici e lavoratori, dai loro responsabili e dai loro rappresentanti.

In terzo luogo, il fine del coinvolgimento sarebbe il cambiamento dei comportamenti lavorativi, stressanti e rischiosi per la salute, a partire dalle fasce più esposte, secondo una logica universalmente applicabile. Ma il cambiamento dei comportamenti può essere conseguito solo intervenendo sia sulle regole (processi organizzativi, ruoli, procedure e modalità operative), sia sui modi di applicarle e sui significati attribuiti nel contesto so-

ciali di lavoro alle pratiche stesse (Barbera e Negri, 2008). Per questo motivo, la promozione della salute e dell'equità di salute è innanzitutto una prospettiva culturale, da rafforzare di continuo, che orienta i modi in cui le organizzazioni sono progettate, vissute e quotidianamente migliorate. Per questo, solo il coinvolgimento delle persone nei processi di apprendimento e di miglioramento continuo assicura l'aderenza dei nuovi comportamenti sia ai bisogni delle persone, sia agli obiettivi dell'organizzazione.

Infine, altre tendenze che stanno interessando le relazioni di lavoro renderebbero urgente la scelta della salute come valore guida. Infatti, la nostra tesi è che tutte queste tendenze possano tradursi all'interno delle imprese in spinte verso la maggiore equità e promozione della salute, come in un aumento delle disuguaglianze e dello stress, soprattutto per le posizioni professionalmente meno qualificate.

Innanzitutto, attraverso gli incentivi pubblici, si vanno rapidamente estendendo forme di welfare aziendale. Come è noto, l'introduzione degli incentivi è giustificata dall'effetto di promozione delle performance aziendali che il welfare dovrebbe avere. Si tratterebbe quindi di una misura potenzialmente coerente con quanto detto sul coinvolgimento, l'innovazione, il miglioramento organizzativo, l'adozione di nuove prospettive nella gestione delle risorse umane. Sappiamo che sono stati lasciati margini molto ampi alle imprese, con il concorso delle parti sociali, per personalizzare queste misure, sia a livello aziendale, sia a livello individuale, per rispondere a specifici bisogni di lavoratrici e lavoratori. È facile tuttavia prevedere a tavolino come le modalità di articolazione interna delle forme e dei benefici possano far crescere l'equità di salute o le disuguaglianze, la coerenza di un progetto complessivo di risposta ai bisogni delle persone sul lavoro, o la disarticolazione e contraddittorietà delle relazioni di lavoro nell'impresa.

In secondo luogo, sono da tempo presenti misure rivolte alla conciliazione tra lavoro e vita familiare, cui si aggiungono innovazioni importanti e di notevole impatto potenziale, come

lo *smart working*. L'applicazione delle prime e il modo di utilizzare il secondo è, nella nostra visione, un altro terreno di ambiguità: si tratta di misure che potrebbero rispondere esattamente a una significativa gamma di problemi che sono alla base di rischi di salute, diminuendo le disuguaglianze, ma potrebbero anche generare l'effetto opposto, se nei fatti fossero accessibili soprattutto a fasce di persone più professionalizzate e che già oggi hanno maggiore controllo sui propri tempi di lavoro e sulla propria salute. Più in generale, i passi compiuti recentemente nella direzione di un modello contrattuale più decentrato aprono spazi di differenziazione, i quali sia a livello settoriale sia a livello territoriale possono aumentare le aderenze a specificità, bisogni, caratteristiche e sinergie locali, ma possono anche aumentare le disuguaglianze.

Infine, con un massiccio piano di incentivi pubblici e una forte crescita degli investimenti delle imprese, è partita la grande avventura della digitalizzazione, lanciata dai programmi dell'industria 4.0. Essa appare come un'opportunità storica, caratterizzata però da rischi elevati. Le tecnologie digitali e l'estensione della connessione in rete generano un enorme potenziale informativo e relazionale, che può essere utilizzato in disegni organizzativi completamente differenti, se non opposti. Possono prevalere logiche di accentramento, di gestione verticalizzata e automatizzata delle informazioni, governate prevalentemente da pochi specialisti, oppure possono essere adottate modalità di utilizzo diffuso e interattivo delle informazioni, che sostengono processi di decentramento delle responsabilità e di consapevole coinvolgimento delle persone nei processi di miglioramento, a tutti i livelli, incluso il monitoraggio di aspetti strettamente legati alla salute.

Crediamo quindi che oggi la dimensione organizzativa e la gestione delle risorse umane nelle imprese sia investita da notevoli sollecitazioni, che aprono a evoluzioni profondamente diverse. Ciò non sempre è oggetto di riflessione e discussione: nella pratica e nelle ricerche istituzionali, gli orientamenti al cambiamento tendono a essere confusi e assimilati sotto l'eti-

chetta dell'innovazione tecnologica e organizzativa. In realtà, emergono culture organizzative profondamente differenti, in relazione ai modelli cui si ispirano e agli effetti che hanno sulle persone e sulla loro salute.

In questo scenario l'utilizzo di strumenti specifici per orientare le strategie rivolte alle persone può essere importante.

L'Health Equity Audit come strumento di accompagnamento e di integrazione

È utile quindi far riferimento allo strumento dell'Hea perché si tratta di un processo attraverso cui un insieme di attori condivide una sequenza di azioni con il fine esplicito di ridurre le disuguaglianze di salute, incidendo sulle cause, ovvero sui determinanti che le alimentano nel tempo¹. Si tratta di un percorso di *learning by doing* per far emergere e condividere i problemi, analizzarli, ipotizzare cambiamenti di pratiche e comportamenti, che vengono successivamente sperimentati e valutati nei loro risultati, per ripartire con le domande sulle disuguaglianze (World Health Organization, 2010). Anche se i problemi e gli svantaggi che le persone manifestano sul lavoro sono individuali, come sono individuali i danni di cui risente nel tempo la loro salute, l'ipotesi che sorregge questi processi di cambiamento è che la trasmissione avvenga attraverso meccanismi sociali, ovvero interazioni e interdipendenze sociali che in quel particolare ambiente di lavoro sono all'origine dei comportamenti delle persone, non favorevoli alla salute. Il contesto sociale di lavoro non sarebbe uno sfondo neutro ai comportamenti individuali, più o meno liberamente intrapresi, ma un sistema di interazioni attive con le persone stesse. Le regolarità osservate dalla ricerca nell'effetto degli svantaggi sociali sulla salute – per esempio l'effetto del lavoro manuale, della ripetitività dei compiti,

¹ Si veda il sito EuroHealthNet, <http://eurohealthnet.eu>.

della mancanza di autonomia, della percezione di scarso riconoscimento o di insicurezza ecc. – sarebbero quindi originate da funzionamenti delle relazioni sociali – tra le persone e l'organizzazione, tra colleghi, con i superiori ecc. – che influenzano le decisioni individuali sui comportamenti messi in atto dalle persone. Per questo, secondo la logica della ricerca azione, il cambiamento dovrebbe essere basato sul coinvolgimento delle persone, che prendono atto della situazione e la modificano nella direzione del miglioramento. Sappiamo che in un'impresa questo processo può avvenire solo se è condiviso dalla direzione, ma siamo anche consapevoli che per incidere sui comportamenti reali delle persone la direzione deve coinvolgerle, partire dai problemi che percepiscono e conoscono, esplorarne le cause, individuare le soluzioni e cominciare a modificare, in modo collettivo e condiviso, i comportamenti. Così cambiano le pratiche di comportamento, le conoscenze, le competenze e le regole organizzative.

Per la promozione della salute nelle imprese, nelle comunità al lavoro, questa logica di processo circolare dovrebbe essere dunque applicata a molti livelli, con il fine di coinvolgere, a ciascun livello (impresa, stabilimento, unità organizzativa, ufficio ecc.), i soggetti direttamente interessati: lavoratrici e lavoratori, responsabili e dirigenti, sindacati, altri soggetti che hanno relazioni con il problema.

Seguendo ciò che abbiamo detto, il processo per il miglioramento della salute e dell'equità non dovrebbe essere parallelo e separato rispetto ai processi di miglioramento culturale e organizzativo orientati alla competitività (produttività e qualità), ma dovrebbe essere gestito al loro interno, come una dimensione qualificante dei medesimi. Quindi, proprio nelle pratiche di lavoro tale processo troverebbe anche coerenze e integrazioni con gli altri terreni importanti di cambiamento, come il decentramento della contrattazione, il welfare aziendale, le nuove forme *smart* di lavoro, le tecnologie 4.0.

Come in tutte le forme di innovazione organizzativa *Lean*, il coinvolgimento delle persone nell'Hea prevede anche l'uso di

tecniche e strumenti di misura, come di metodi appropriati per rilevare l'efficacia e l'impatto dei cambiamenti. Riguardo a questo, può essere utile una checklist di obiettivi generali che le azioni di promozione della salute potrebbero conseguire e che potrebbero essere misurati e documentati².

- *Benefici per l'azienda:* programma ben pianificato per la salute e la sicurezza; immagine positiva di azienda che si prende cura del personale; miglioramento del clima; riduzione del turnover; riduzione dell'assenteismo; aumento della produttività; riduzione dei costi di assistenza sanitaria/assicurazione; riduzione del rischio di contenziosi e sanzioni.
- *Benefici per i lavoratori:* ambiente di lavoro sano e sicuro; rinforzo dell'autostima; riduzione dello stress; miglioramento del clima; aumento della soddisfazione del proprio lavoro; aumento delle capacità di tutela della salute; miglioramento della salute; aumento del benessere.

La progettazione e valutazione degli interventi, per ciascuno di questi obiettivi o nel loro insieme, potrebbe essere guidata da quattro domande di valutazione, relative ai criteri di Efficacia, Trasferibilità, Efficienza ed Equità, ovvero al grado di riduzione delle disuguaglianze di salute.

L'Hea è un processo che si sviluppa nel tempo, suscettibile di differenti livelli di conseguimento degli obiettivi: ciò evidenzia un altro aspetto importante ai fini della valutazione. Come è noto, la situazione attuale in molte imprese è caratterizzata da scarsa consapevolezza delle potenzialità del cambiamento e da inerzia e resistenze culturali. Il miglioramento organizzativo implica un orientamento culturale coerente da parte di dif-

² Si veda la «Guida alla conciliazione vita-lavoro e al benessere psico-fisico in azienda» (www.legatumorireggio.it/wp-content/uploads/2015/11/Guida-welfare-selezione.pdf), realizzata dal Laboratorio Imprese per la Responsabilità Sociale d'Impresa Reggio Emilia (2008).

ferenti attori che coordinano i propri comportamenti al fine di conseguire determinati risultati. La possibilità che un intervento di questa natura proceda per tappe pare inevitabile. In contesti organizzativi dove sono presenti rappresentazioni disomogenee e dissonanti, i passi orientati a esplicitare e confrontare i punti di vista possono essere un primo traguardo fondamentale per maturare visioni comuni dei problemi e delle prospettive di cambiamento. Al processo di cambiamento può partecipare un numero variabile di attori. La direzione dell'organizzazione, lavoratrici e lavoratori sono partecipanti obbligati per il miglioramento organizzativo basato su cooperazione e apprendimento. Al processo possono tuttavia partecipare solo una parte dei dirigenti o del personale, possono emergere divisioni o differenti livelli di adesione. Inoltre, possono partecipare anche le organizzazioni sindacali, quelle imprenditoriali, reti di altre imprese, i consulenti dell'azienda e del lavoro, soggetti responsabili della prevenzione e il controllo della salute, altri soggetti esterni rilevanti nel cluster e/o nel territorio. Quindi, il livello di mobilitazione ottimale della politica dipende dalla sua capacità di coinvolgere effettivamente tutti gli attori rilevanti per il caso specifico. Una volta definita una lettura dei problemi e ipotesi condivise di cambiamento, può essere avviata un'azione, che costituisce l'applicazione sperimentale del cambiamento orientato a migliorare salute e competitività. Infine il know-how maturato in termini di metodi, strumenti e standard può essere trasferito in altri contesti, attraverso differenti vie: collaborazioni, reti, gruppi, supporto web, azione di diffusione dei soggetti che si occupano di promozione e controllo ecc.

Si tratterebbe di un percorso, svolto nell'ambito dell'impresa o in un gruppo o rete di imprese, che procede in modo progressivo, ma che non ha un andamento necessariamente lineare e prevedibile, dato che ciascuna fase apre a molteplici possibili sviluppi e che non ha tempi e velocità di attuazione predefinibili. Pertanto, l'effetto della politica può manifestarsi a differenti livelli di conseguimento, ciascuno dei quali può rappre-

sentare un risultato in sé, perché in grado di produrre successivi effetti in futuro.

1. *Consapevolezza*: utilizzo di strumenti di diagnosi sull'equità, circolazione delle informazioni, scoperta e presa d'atto dell'esistenza di differenze tra persone e gruppi, di bisogni diversi, di relazioni tra problemi delle persone e aspetti del funzionamento organizzativo, di sprechi e aree di possibile ottimizzazione.
2. *Visione comune*: individuazione di punti di convergenza nelle prospettive di cambiamento per ridurre le disuguaglianze, prefigurazione di obiettivi condivisi (obiettivi aziendali, di miglioramento per il personale, di accordi e relazioni industriali, di carattere formativo e/o territoriale ecc.).
3. *Azione coordinata*: decisione di metter in atto cambiamenti, sul piano operativo e delle regole formali, con il concorso di più attori, coordinamento di più politiche (organizzazione, orari, competenze, welfare, servizi esterni ecc.), definizione di accordi, regolamenti, modalità operative e di misurazione.
4. *Estensione e approfondimento del know-how nelle reti*: coordinamento tra mediatori (rete di associazioni imprenditoriali, sindacali, di consulenti del lavoro, di soggetti per la promozione e il controllo della salute ecc.), interdisciplinarietà (cooperazione tra soggetti diversi che si occupano di salute, organizzazione, formazione ecc.), azione proattiva (promozione presso altri clienti, altre reti), effetti sulla normativa (segnalazione di miglioramenti), formazione modulare allargata per trasferire il know-how essenziale, allargamento aziendale e territoriale (per vicinanza geografica o territoriale), definizione di standard e strumenti.

Bibliografia

- Barbera F., Negri N. (2008), *Mercati, reti sociali, istituzioni: una mappa per la sociologia economica*, il Mulino, Bologna.
- Bonazzi G. (2008), *Storia del pensiero organizzativo*, FrancoAngeli, Milano.
- Carroll A.B. (1979), «A three-dimensional model of corporate performance», in *Academy of Management Review*, 4(4): 497-505.
- Carroll A.B. (1991), «The pyramid of corporate social responsibility: Toward the moral management of organizational stakeholders», in *Business horizons*, 34(4): 39-48.
- Celli P.L. (2015), «Di tanti palpiti, di tante pene. Uomini e organizzazione», in *Sviluppo e organizzazione*, 266: 14-9.
- Chiappetta Jabbour C.J., Santos F.C.A. (2008), «The central role of human resource management in the search for sustainable organizations», in *The International Journal of Human Resource Management*, 19(12): 2133-54.
- Daily B.F., Huang S.H. (2001), «Achieving sustainability through attention to human resource factors in environmental management», in *International Journal of Operations & Production Management*, 21(12): 1539-52.
- Della Torre E. (2011), «Empowerment e intensificazione? Gli effetti dei nuovi sistemi di lavoro sui lavoratori», in *Studi organizzativi*, 2: 45-75.
- Della Torre E., Solari, L. (2011), «High Performance Work Systems, technological innovations and firm performance in SME. Evidences from Italy», in *International Journal of Entrepreneurial Venturing*, 3(4): 375-91.
- Di Monaco R., Pilutti S. (2014), «Le azioni di correzione nel senso dell'equità delle politiche non sanitarie», in Costa G. et al. (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Fondazione Smith Kline, FrancoAngeli Editore, Milano, pp. 137-65.
- Di Monaco R., Pilutti S. (2016), *Scommettere sulle persone. La forza della leadership distribuita*, Egea, Milano.
- Di Monaco R., Pilutti S., Costa G. (2016), *Lavoro e salute. Un potenziale da recuperare*, Dors Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, <https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/1571914/161361/Policy%20brief%20-%20Lavoro%20e%20salute.pdf>.

- Dubost J. (1984), «Une analyse comparative des pratiques dites de Recherche-Action», in *Connexions*, 43: 8-28.
- Dubost J., Lévy A. (2007), «Origine e sviluppi della ricerca-azione», in *Spunti*, VIII(9): 66-106.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2017), «Sixth European Working Conditions Survey», www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf.
- Greenwood M.R. (2002), «Ethics and HRM: a review and conceptual analysis», in *Journal of Business Ethics*, 36: 261-78.
- Gospel H. (2007), *High Performance Work Systems*, manoscritto inedito preparato per l'Organizzazione internazionale del lavoro di Ginevra.
- Guerci M., Solari L., Santinello E. (2010), «La direzione delle risorse umane e la sostenibilità aziendale: verso uno stakeholder based HRM?», in *Studi organizzativi*, 1: 35-68.
- Karasek R.A. (1979), «Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign», in *Administrative Science Quarterly*, 24: 285-307.
- Karasek R.A. (2009), «Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign», in *Administrative Science Quarterly*, 1979, 24, 285-307, *Marmot review*, p. 10.
- Keep E., Payne J. (2004), «I can't believe it's not skill: the changing meaning of skill in the UK context and some implications», in Hayward G., James S. (a cura di), *Balancing and Skills Equation*, The Policy Press, Bristol: 53-76.
- Lafer G. (2002), *The jobs training charade*, Cornell University Press, Ithaca and London.
- Martin B., Healy J. (2008), *Changing work organisation and skill requirements*, National Centre for Vocational Education Research, Adelaide.
- Morgan G. (1989), *Images. Le metafore dell'organizzazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Oecd (2010), *Innovative workplaces. Making better use of skills within organisations*, Oecd Publishing, Paris.
- Pless N., Maak T. (2004), «Building an inclusive diversity culture: principles, processes and practice», in *Journal of Business Ethics*, 54: 129-47.
- Siegrist J. (1996), «Adverse health effects of high-effort/low-reward

- conditions», in *Journal of occupational health psychology*, 1(1): 27-41, citato in Siegrist J., Benach J., McKnight A., Goldblatt P., «Employment arrangements, work condition and health inequalities», in *Marmot review*, 2009, p. 11.
- Siegrist J., Benach J., McKnight A., Goldblatt P., Muntaner C. (2010), «Employment arrangements, work conditions and health inequalities: report on new evidence on health inequality reduction, produced by task group 2 for the Strategic review of health inequalities post 2010», Marmot Review Task Group report.
- Toner P. (2011), «Workforce skills and innovation: an overview of major themes in the literature», <https://search.oecd.org/inno- vation/inno/46970941.pdf>.
- Wood D.J. (1991), «Corporate social performance revisited», in *Academy of Management Review*: 16: 691-718.
- World Health Organization (2010), «Health impact of psychosocial hazards at work: an overview», http://apps.who.int/iris/bitstre- am/10665/44428/1/9789241500272_eng.pdf.

Le alleanze intersettoriali / 1

I diversi step del percorso lombardo nell'ambito del Progetto Ccm 2014 «Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia» realizzato in Lombardia sono stati «accompagnati» dalla collaborazione con due soggetti «alleati», sul piano istituzionale e formale, del programma «Aziende che Promuovono Salute – Rete Whp Lombardia».

Il primo soggetto è Fondazione Sodalitas, che nasce nel 1995 su iniziativa di Assolombarda, e ha come finalità l'educazione all'impegno e alla coesione sociale, in particolare promuovendo la diffusione della cultura della responsabilità sociale di impresa e della sostenibilità, supportando lo sviluppo di progetti basati su valori sociali condivisi, nonché interventi delle imprese in campo sociale, culturale, educativo, con fini di solidarietà. Nell'ambito delle proprie finalità agisce come agente di reciproco influenzamento e arricchimento, capace di promuovere sul territorio iniziative di partnership e scambio culturale tra impresa, no profit, scuola e istituzioni; a tal fine sostiene la promozione di partnership e scambio culturale tra imprese, istituzioni e altri stakeholder, con iniziative innovative volte alla soluzione o al contenimento di problemi ed emergenze sociali.

Regione Lombardia ha stipulato nel 2014 un Protocollo di Intesa con Fondazione Sodalitas finalizzato a «sostenere lo sviluppo di programmi intersettoriali, efficaci, sostenibili ed equi finalizzati alla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, con particolare riferimento alla prevenzione delle malattie croniche». Il contributo nell'ambito dello sviluppo del programma «Aziende che Promuovono Salute – Rete Whp Lombardia» è stato di grande importanza rendendo evidente il tema della «responsabilità sociale d'impresa» quale chiave del dialogo intersettoriale e multistakeholder tra il sistema socio-sanitario e le aziende.

www.sodalitas.it/la-fondazione/profilo



Istruzioni all'uso di griglie di Health Equity Audit (Hea)

*di Giulia Silvestrini, Morena Stroschia, Michele Marra**

Il mondo sanitario ha la capacità di contribuire al contrasto alle disuguaglianze di salute garantendo equità nell'accesso e nella qualità dell'assistenza e degli esiti. Il presidio dell'equità è elemento fondante del Sistema Sanitario Nazionale, reso sempre più esplicito e formale anche da recenti programmi e mandati istituzionali, non ultima la vision del Piano Nazionale della Prevenzione (Pnp 2014-2018) che prevede di «basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le disuguaglianze». Le aziende sanitarie, dunque, dovrebbero possedere gli strumenti adeguati per progettare o ridefinire interventi già in corso al fine di contrastare eventuali situazioni di svantaggio sociale che possono avere ricadute sullo stato di salute o sulla capacità di utilizzo dei servizi sanitari, oltre che per evidenziare eventuali disuguaglianze prodotte da specifici interventi in corso o conclusi.

Alcune indagini condotte sulle conoscenze e sull'esigenza di formazione degli operatori sanitari sui temi del contrasto alle

* Giulia Silvestrini, Coordinamento progetto Ccm «Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia», Ausl Romagna; Morena Stroschia, Michele Marra, Coordinamento progetto Ccm «Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia», SCaDU, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, Asl TO3, Regione Piemonte.

disuguaglianze (Garavelli *et al.*, 2013), mostrano una situazione molto lacunosa: se da una parte è forte la consapevolezza che il mandato del Ssn debba essere quello di promuovere e garantire l'equità, non sempre a questa consapevolezza corrisponde la conoscenza degli strumenti e degli interventi più adeguati per raggiungere questi obiettivi. Da qui, la scelta di alcune regioni, tra cui la Regione Lombardia, di formare gli operatori sanitari e non solo, all'utilizzo di un vocabolario e di strumenti condivisi.

Innanzitutto è opportuno intendersi sulla definizione di disuguaglianze, che possono essere considerate come differenze prevenibili e ingiuste nello stato di salute tra gruppi, popolazioni o individui. Esse esistono a causa della distribuzione diseguale di risorse sociali, economiche e ambientali all'interno delle società, condizioni che a loro volta determinano il rischio che le persone hanno di sviluppare o prevenire malattie e le opportunità di avere accesso a trattamenti appropriati. Per questo tendono ad aumentare se vi sono gruppi all'interno della popolazione ai quali sono precluse risorse disponibili ad altri o se vi è un minore livello di accesso o di utilizzo¹.

Dalle esperienze formative fatte in questi anni, per esempio, è frequente rilevare confusione tra il termine «disuguaglianza» e il termine «differenza», che spesso porta a confondere l'equità con l'uguaglianza: si può dire che uguaglianza significa dare a tutti le stesse opportunità, mentre equità significa permettere a ciascuno di raggiungere un livello di salute adeguato attraverso interventi proporzionati ai rispettivi bisogni. A questo proposito nel 2016 è stata condotta un'attività di valutazione della dimensione equità all'interno dei Piani Regionali della Prevenzione e in molte azioni alla voce «contrasto delle disuguaglianze», è stata data un'interpretazione dell'impatto dell'intervento sull'equità confondendo quest'ultima con

¹ A questo proposito si veda il portale europeo per l'azione sulle disuguaglianze della salute (*European Portal for Action on Health Inequalities*, www.health-inequalities.eu).

l'uguaglianza. Come verrà sviluppato più avanti, scegliere un intervento a cui tutti potenzialmente possono accedere non garantisce di per sé equità di accesso o di risultato. Con un'estrema semplificazione, presupponendo che tutte le persone a cui è offerto un determinato intervento riescano ad accedervi effettivamente, non tutte potranno rispondere allo stesso modo perché non tutte presenteranno le stesse esigenze o le stesse condizioni di partenza e questa differenza inciderà di certo sull'efficacia dell'intervento. A questo proposito, uno degli elementi imprescindibili qualora si decida di concentrarsi sull'equità è la valutazione dei bisogni della popolazione o dei gruppi prima e dopo l'intervento in questione: solo in questo modo stiamo ponendo le basi adeguate a un intervento che sia equo.

Altro elemento centrale nella programmazione, ma anche nella valutazione, è definire esplicitamente quale debba essere l'obiettivo di un intervento o una politica fondata sull'equità. Lo scopo di un intervento equitativo non è quello di raggiungere l'uguaglianza, eliminare le differenze (per esempio lavorare per portare tutti allo stesso livello di istruzione, reddito o salute) e nemmeno quello di eliminare tutte le circostanze ingiuste ed evitabili che deprivano gli individui, bensì lavorare per creare opportunità per la salute e ridurre le differenze esistenti portandole al minore livello possibile (Hamer L. *et al.*, 2003).

Per fare questo esistono diversi approcci e strategie da mettere in campo, da scegliere sulla base del livello in cui si opera, degli obiettivi che si intende raggiungere e del target.

Primo aspetto essenziale è realizzare un cambio di paradigma, cioè comprendere che non esiste una «popolazione generale» di riferimento la cui salute deve essere tutelata in modo uguale, ma esistono tante popolazioni e tante «diverse saluti», tante quanti sono i contesti e gli stratificatori sociali.

A partire da questa concezione è possibile iniziare a valutare da quale punto di vista ci si voglia approcciare al contrasto delle disuguaglianze. Vi sono diverse possibilità per migliorare l'equità:

- a. concentrarsi esclusivamente sul miglioramento delle condizioni di salute dei gruppi più svantaggiati;
- b. agire sulla riduzione del gap di salute che esiste tra i più svantaggiati e i più avvantaggiati;
- c. contrastare le disuguaglianze agendo su tutta la popolazione con un approccio universalistico, offrendo cioè la stessa cosa a tutti, oppure secondo un approccio a gradiente (universalismo proporzionato) dando a ognuno in base al bisogno.

Analizzando queste diverse possibilità più nel dettaglio ed evidenziandone punti di forza e debolezza emerge che orientarsi a sostenere esclusivamente i gruppi più svantaggiati rappresenta l'approccio più comune, soprattutto poiché di facile realizzazione, perché spesso richiede una quantità limitata di risorse e garantisce un forte appeal su opinione pubblica e decisori. Ma questa scelta porta in genere a rivolgere interventi a piccole porzioni di popolazione e ha scarso o nullo impatto sullo stato di salute della popolazione generale. Esempi di questo tipo di interventi possono essere la scelta di condurre una campagna di vaccinazione dedicata all'interno di un campo rom, o la promozione di orientamento lavorativo specificatamente per la popolazione migrante.

Agire sul gap di salute tra gruppi con diversa condizione di svantaggio prevede invece «una vista» non solo sul gruppo maggiormente deprivato, che anche in questo caso di solito è il target dell'intervento, ma anche sul gruppo più avvantaggiato. Questo approccio richiede che vi sia disponibilità di informazioni sullo stato di salute prima e dopo l'intervento di entrambi i gruppi, in modo che si possa mettere in luce il divario tra strati sociali estremi ed eventualmente le sue modificazioni in seguito a specifiche azioni. Un limite importante di questa scelta è il fatto che non si prende in alcun modo in considerazione la situazione della popolazione che si trova nel mezzo.

Infine, per quanto riguarda gli interventi che si rivolgono alla società intera, si va dall'approccio universalistico (in cui si offre la stessa cosa a tutti senza attenzione alle potenziali barrie-

re di accesso presenti in alcuni gruppi di popolazione e che potrebbero in alcuni casi finire per aumentare le disuguaglianze), all'universalismo proporzionato dell'approccio secondo gradiente. In quest'ultima modalità è essenziale iniziare da una valutazione della distribuzione dello stato di salute nell'intera popolazione, riconducendo le cause delle disuguaglianze non esclusivamente allo svantaggio e alla povertà, ma anche alla presenza di sistematiche differenze di opportunità, standard di vita e stili di vita legate alla posizione sociale degli individui stessi, per poi offrire interventi e soluzioni differenziate sulla base del bisogno. Ovviamente si tratta di interventi in grado di contrastare le disuguaglianze di salute dalle fondamenta, ma che sono allo stesso tempo molto complessi da realizzare e da sostenere.

Nella maggior parte dei casi i progetti e gli interventi promossi si focalizzano esclusivamente sui più svantaggiati, perdendo di vista tutti gli altri o adottano strategie universalistiche con aggiunta, in alcuni casi, di interventi rivolti a gruppi specifici, mentre citando Marmot e Bell (2012):

Le disuguaglianze non possono essere contrastate efficacemente focalizzandosi esclusivamente sui più deprivati. Per ridurre le differenze di salute legate al gradiente sociale le azioni devono sì essere universali, ma con una scala e un'intensità che sia proporzionata al livello di svantaggio. Una maggiore intensità di attivazione è necessaria per coloro che vivono un intenso svantaggio sociale ed economico, ma focalizzarsi solo su questi ultimi non riesce a ridurre il gradiente di salute che attraversa la società, contrasta solo una parte del problema.

Altro aspetto importante nel contrasto alle disuguaglianze riguarda la comprensione del livello nel quale si ha mandato di agire, sfuggendo dall'idea che sia possibile ottenere dei risultati soltanto se si agisce a livello strutturale. A questo proposito è interessante una classificazione degli interventi sulla base del livello di azione, proposta dall'Istituto nazionale di sanità pubblica del Québec in una nota pubblicata nel marzo 2016 (Mantou-

ra *et al.*, 2016). In questo articolo gli approcci vengono divisi in strutturali, che sono cioè in grado di agire sui determinanti delle disuguaglianze di salute, intesi come le cause delle disuguaglianze sociali (politiche/azioni che agiscono sulla distribuzione iniqua dei determinanti strutturali e sulle conseguenze inique) e in approcci che agiscono sui determinanti della salute, le conseguenze delle disuguaglianze sociali (politiche/azioni che agiscono sulla distribuzione iniqua delle esposizioni, delle vulnerabilità ai fattori di rischio e sulle barriere all'accesso). Se i primi sono interventi che possono essere definiti «macro», di economia politica o che interessano politiche socio-sanitarie molto efficaci nel ridurre le disuguaglianze ma anche molto lontani dall'operatore sanitario, l'azione sui determinanti di salute diventa invece più realizzabile, infatti si tratta di agire influenzando il tipo di risorse disponibili, l'accessibilità a queste risorse e il loro effettivo utilizzo. Ciò può essere realizzato agendo:

- sul setting;
- sulla comunità;
- sull'individuo.

Anche in questo caso ogni scelta porta con sé alcune criticità e alcuni punti di forza.

Considerando come riferimento il setting, si entra nell'ambito di interventi che hanno l'obiettivo di rendere l'ambiente in cui le persone vivono «salutogenico», cioè in grado di agevolare le scelte salutari e la salute lungo tutto il corso della vita. Quando l'approccio di setting ha come mandato la riduzione delle disuguaglianze di salute, le azioni vanno oltre il semplice intervento sui cambiamenti dei comportamenti individuali, entrando in una visione di sistema più dinamica e complessa, in cui la struttura e l'organizzazione del setting (ambiente sociale, economico, istituzionale, organizzazione della comunità e delle interazioni interne al setting) deve essere mirata a creare il maggior numero possibile di risorse e opportunità che possono condurre a un migliore stato di salute. La prospettiva di chi

programma è focalizzata sul contrasto delle disuguaglianze date dall'interazione tra il soggetto e il suo contesto di riferimento, al fine di rendere l'ambiente di vita e di lavoro maggiormente salutare e in grado di favorire scelte capaci di migliorare la salute. Questa strategia integra sia azioni sull'individuo sia sul contesto, a diversi livelli e intersettoriali, per esempio politiche che favoriscono approcci integrati e multi-setting, promozione della partecipazione di gruppi svantaggiati e/o a maggior rischio o programmi di promozione della salute nella scuola o nei luoghi di lavoro. Optare per questa strategia richiede una profonda conoscenza del contesto e la capacità di sostenere la partecipazione nel lungo periodo, ed è quindi necessaria capacità pianificatoria e di leadership che promuova il lavoro sia dal basso sia dall'alto. Si tratta di interventi che se ben condotti sono in grado di ridurre l'esposizione a condizioni avverse e di promuovere l'empowerment degli individui e delle comunità.

Nel caso in cui si decida di optare per interventi centrati sulla comunità, questa viene considerata contemporaneamente oggetto e soggetto della trasformazione oppure luogo in cui si producono risorse/capitali/opportunità che vengono mobilitate (supporto, coesione, inclusione, partecipazione, relazioni e partnership). Esempi di questo tipo di intervento possono essere il budgeting partecipato e progetti di empowerment di comunità. Anche in questo caso si richiedono partecipazione e collaborazione intersettoriale nel tempo e supporto di professionalità in grado di guidare la comunità a identificare le proprie priorità. Se ben condotti, questi interventi presentano aderenza ai reali bisogni della comunità e producono un rafforzamento delle capacità di organizzazione.

Per quanto riguarda infine gli interventi che hanno come obiettivo il supporto degli individui o di gruppi, questi si basano sull'assunto che le disuguaglianze sono frutto di scelte e caratteristiche individuali, per questo mirano a sviluppare aspetti considerati necessari per il miglioramento delle condizioni di salute e responsabili di situazioni di particolare vulnerabilità (migliorare le conoscenze, i comportamenti, gli stili di vita, le competenze...)

(Mantoura *et al.*, 2016): esempi di interventi di questo tipo possono essere le campagne informative o interventi specifici o il counseling motivazionale, gruppi di mutuo autoaiuto. Si tratta di interventi facili da realizzare e valutare e poco costosi, ma che spesso possono stigmatizzare i singoli, dal momento che si rivolgono esclusivamente a soggetti particolarmente svantaggiati.

Un aspetto fondamentale da affrontare nella formazione degli operatori della salute che si dovranno occupare di equità è rappresentato dalla fattibilità degli interventi per contrastare le disuguaglianze. Per questo, nel percorso proposto, ampio spazio è stato dedicato a cosa significa lavorare sull'equità in pratica, quali strumenti abbiamo a disposizione e come sia possibile inserirli nelle attività routinarie senza che questo diventi un onere aggiuntivo.

Procedendo con ordine, il punto di partenza qualora si decida di occuparsi di equità nell'ambito di un'azienda, un dipartimento, un'unità operativa o un servizio, può essere semplicemente iniziare a osservare i fenomeni indossando le cosiddette «lenti dell'equità». Più semplicemente, si tratta di iniziare a farsi domande che hanno l'obiettivo di rintracciare eventuali differenze nella stratificazione, nell'esposizione o nella vulnerabilità a specifiche condizioni di rischio. Le domande da porsi possono essere quale tipo di disuguaglianze si stanno osservando (esposizione, vulnerabilità, conseguenze), quali sono le persone più a rischio, come si sta operando e se potrebbe essere necessario modificare in qualche modo il proprio intervento. Si tratta di domande che concorrono ad aumentare la capacità di singoli operatori, dirigenti o decisori di comprendere quali sono le barriere e gli ostacoli che alcune popolazioni incontrano e il tipo di programmi o interventi che potrebbero essere necessari per minimizzare tali barriere.

Questo processo di osservazione può essere condotto a tutti i livelli, modificando il tipo di domande in relazione al proprio mandato o al proprio ruolo, mantenendo sempre fisso l'obiettivo che è quello di arrivare a distribuire le risorse in maniera proporzionale ai bisogni, non sempre in maniera omogenea (Figura 1).



Figura 1 – Livelli di applicazione delle lenti di equità e alcuni esempi di domande. Modificato da Patychuk e Seskhar-Hencic, 2008.

Per contrastare le disuguaglianze abbiamo a disposizione una serie di strumenti, che abbiamo principalmente ereditato da quelle realtà che fanno della valutazione di equità e del contrasto alle disuguaglianze un obiettivo centrale della propria programmazione da anni, come il Regno Unito, e che possiamo adattare al nostro contesto per agire in maniera strutturata.

In particolare esistono strumenti che permettono di conoscere e prevedere in fase soprattutto di progettazione e programmazione l'impatto che un determinato intervento potrebbe avere sulle disuguaglianze di salute, per esempio l'Equality Impact Assessment, utilizzato dalla regione Emilia-Romagna, mutuato dall'esperienza anglosassone, che viene utilizzato per aiutare un'organizzazione a identificare gli impatti di una politica, un piano, una pratica o un'azione per capirne il potenziale impatto in termini di equità su precisi gruppi di persone.

A questi strumenti, che potremmo definire di «screening», se ne aggiungono altri, apparentemente più complessi e anche più completi, che possono avere come punto di partenza gli strumenti sopra citati, ma che prevedono numerosi altri passaggi, e sono quindi di supporto non solo nelle fasi di valutazione, ma anche nell'azione e nel monitoraggio dei risultati. Un esempio è l'Health Equity Audit (Hea), che nasce nel Regno Unito, dove viene considerato a tutti gli effetti uno strumento di programmazione sanitaria, ed è finalizzato a verificare sistematicamente la presenza di iniquità nell'accesso e negli esiti di prestazioni sanitarie, individuare le conseguenti azioni di contrasto e verificarne l'impatto e che viene integrato nella programmazione di sistema, nell'erogazione dei servizi e nel monitoraggio della performance².

L'Hea viene rappresentato come un ciclo (Figura 2) che prevede diverse fasi consecutive. Il processo inizia con l'individuazione dei soggetti da coinvolgere e la scelta delle priorità. Segue quindi una prima fase di indagine dello stato delle disuguaglianze per la specifica problematica, che può essere condotta utilizzando alcune delle domande guida analizzate in precedenza, strutturando una checklist *ad hoc* o procedendo direttamente a redigere un profilo di equità, che ha lo scopo di evidenziare, tramite l'utilizzo di dati empirici o evidenze di letteratura, le potenziali disuguaglianze di stratificazione, esposizione e vulnerabilità nei riguardi dello specifico problema o processo oggetto dell'Hea. Il profilo di equità permette di usare i dati per confrontare l'offerta dei servizi con i bisogni della popolazione, le possibilità di accesso, l'utilizzo e i risultati in termini di salute.

Poiché nel corso di un Hea le evidenze sulla distribuzione delle disuguaglianze devono essere utilizzate a supporto delle

² Si veda la guida del Ministero della Salute britannico «Health equity audit: A guide for the NHS», http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130315173148/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4084139.pdf.

decisioni, una volta in possesso del profilo di salute sarà necessario riflettere, anche coinvolgendo i potenziali target degli interventi sulle strategie più efficaci per ridurre le eventuali disuguaglianze rilevate o attese. Tali interventi andranno selezionati sulla base dei risultati attesi e delle evidenze presenti in letteratura, secondo un approccio *evidence-based*.

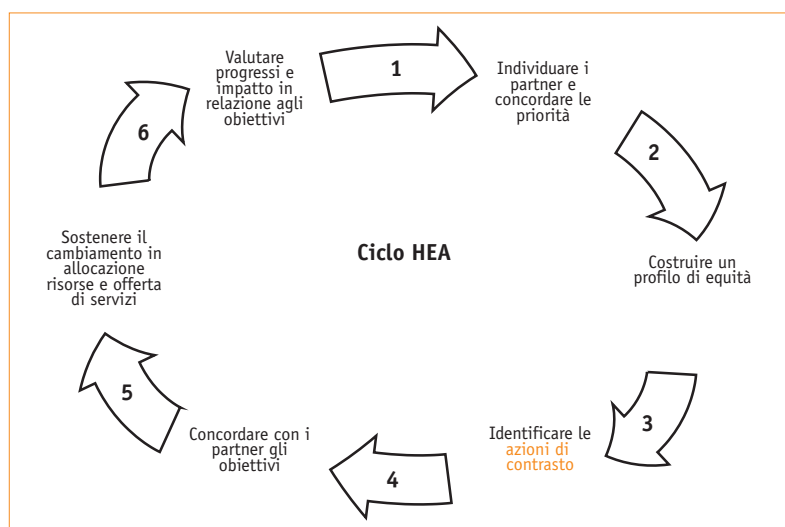


Figura 2 – Il circolo dell'Health Equity Audit (Hea), modificato da Hamer, Jacobson, Flowers *et al.*, 2003.

Infine, dopo aver concordato gli obiettivi e le rimodulazioni, il processo prevede una fase di realizzazione del cambiamento, a cui deve seguire un monitoraggio orientato a mettere in luce eventuali impatti in termini di contrasto alle disuguaglianze (valutazione *equity-focused*) sottolineando risultati diretti e indiretti sullo stato di salute dei gruppi maggiormente svantaggiati, così come in termini di riduzione del gap con i più avvantaggiati.

Il ciclo dell'Hea non può dirsi completo finché non sono state messe in campo e valutate azioni di cambiamento. Di fatto, in

alcune situazioni, soprattutto al fine di evitare di moltiplicare gli strumenti è possibile dividere il ciclo in passaggi, da mettere in campo in maniera modulare soprattutto nei casi in cui non vi sia ancora sufficiente maturità dell'organizzazione, proprio al fine di avviare il processo. Nella nostra esperienza, infatti, è stato fondamentale l'accompagnamento esperto nelle prime fasi di sensibilizzazione al problema e nell'avvio del ciclo.

Modificando l'ordine del problema, o priorità, al quale si sceglie di applicare l'Hea, si possono avere diversi usi dello strumento, che può essere utilizzato a supporto del processo di allocazione delle risorse, nell'identificazione di urgenze e nella definizione di strategie, nella pianificazione regionale (governance regionale: Prp, Whp) oppure locale, come parte del processo di definizione/individuazione delle necessità (incontro tra bisogni di salute e offerta) e nella programmazione a livello di Ats (Pil). Qui può essere usato a supporto della stesura di piani e programmi, orientando azioni volte a contrastare le disuguaglianze o nell'individuazione di ambiti in cui inserire servizi innovativi in grado di integrare campi sanitari e non sanitari (per esempio casa, trasporti, tempo libero, educazione e sociale) al fine di rendere maggiormente accessibili servizi a soggetti e/o gruppi in svantaggio.

L'Hea può contribuire anche al miglioramento della performance dei servizi, in quanto produce evidenze periodiche riguardo al reale soddisfacimento dei bisogni degli individui che compongono la popolazione di riferimento, con riguardo a stratificazione socioeconomica, geografica, età, genere, disabilità o status migratorio, e informa sullo sviluppo di disuguaglianze a livello locale.

Da quanto detto finora emerge chiaramente che il contrasto delle disuguaglianze di salute può avvenire attraverso svariati approcci e a diversi livelli, sia in ambito di programmazione regionale o aziendale sia in contesti più alla portata dei singoli operatori delle aziende sanitarie, quali gli interventi in comunità o setting specifici. In ogni caso, prima di decidere quale intervento o approccio implementare in ciascuna situa-

zione il primo passo è l'analisi del contesto specifico in cui ci si trova a operare. Affinché il ciclo dell'Hea abbia inizio ci si può avvalere di appositi strumenti, quali griglie che permettono di valutare analiticamente i punti critici in cui si generano le disuguaglianze, al fine di programmare le strategie di contrasto più efficaci.

Una griglia di valutazione proposta nell'ambito del corso di formazione per gli operatori delle Ats lombarde è quella rappresentata in Tabella 1, che indica in riga i principali meccanismi attraverso i quali si generano le disuguaglianze di salute e in colonna la dimensione (geografica, sociale o etnica) nella quale sono rilevabili le disuguaglianze. La lista dei meccanismi di generazione riprende lo schema di Diderichsen *et al.* (2001) secondo cui le disuguaglianze di salute sono riconducibili innanzitutto a una diversa esposizione ai fattori di rischio (rischi ambientali, lavorativi, comportamentali, ma anche una diversa distribuzione delle risorse sanitarie o dei presidi e programmi di assistenza e cura), quindi a una maggiore vulnerabilità delle persone svantaggiate: nel caso della disponibilità di risorse e servizi è possibile che i più svantaggiati siano meno in grado di usufruirne efficacemente. Infine nella programmazione di interventi e politiche di contrasto alle disuguaglianze di salute, soprattutto in ambito sanitario, non ci si può esimere dall'interrogarsi sulla qualità dei processi e degli esiti di questi interventi.

Tabella 1 – Griglia per l'Health Equity Audit proposta nell'ambito del corso di formazione agli operatori delle Ats lombarde

Meccanismi	Disuguaglianze		
	Geografiche	Sociali	Etniche
Esposizione			
Vulnerabilità			
Qualità processi ed esiti			

Seguendo questo schema logico si può applicare la griglia di Hea a tre situazioni che costituiscono un esempio dei livelli di programmazione in cui ciascun operatore sanitario può trovarsi a lavorare:

- a. livello di programmazione «macro»;
- b. livello di programmazione «meso»;
- c. livello di programmazione «micro».

La programmazione «macro» è quella effettuata a livello nazionale o regionale. Si pensi al programma nazionale screening e al modo in cui esso viene attuato nelle singole regioni. In questo caso risultano evidenti le disuguaglianze geografiche: nel 2013 le donne di 50-69 anni che avevano effettuato una mammografia negli ultimi due anni erano l'82% al Nord ma solo il 54% al Sud; se si considera lo screening effettuato esclusivamente nell'ambito dei programmi organizzati questa sproporzione è ancora più evidente dato che queste percentuali scendono rispettivamente al 64% e 33%³. Queste disuguaglianze geografiche, apparentemente riconducibili a mere questioni di differente disponibilità economica o capacità organizzativa dei singoli sistemi sanitari regionali, in realtà potrebbero essere attribuibili a più generali differenze nella governance complessiva, che condizionano anche la maggiore o minore offerta da parte del settore privato.

In effetti se la performance complessiva del programma di screening viene valutata sulla base della copertura totale (screening effettuato nell'ambito dei programmi organizzati e screening opportunistico) il gradiente Nord-Sud nella copertura appare molto evidente per quanto riguarda gli screening mammografico e cervicale, tuttavia se si considera solo lo screening effet-

³ Si veda «I programmi di screening in Italia» (2014), a cura dell'Osservatorio Nazionale Screening (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2305_allegato.pdf).

tuato nell'ambito dei programmi organizzati, questo gradiente non è più così netto: alcune regioni del Nord (Lombardia, Liguria, provincia autonoma di Bolzano) presentano livelli di copertura molto bassi, paragonabili a quelli di alcune regioni del Sud (per esempio Puglia, Campania, Sicilia, Calabria) per quanto riguarda il Pap test effettuato nell'ambito dei programmi organizzati, facendo emergere la quota molto più elevata di Pap test eseguita nell'ambito dello screening opportunistico. Una situazione analoga si riscontra per lo screening mammografico, mentre questo gradiente geografico non è così visibile nel caso dello screening del tumore del colon retto, le cui differenze geografiche risentono solo della diversa tempistica di attivazione del programma in ciascuna regione (Federici e Rossi, 2015).

Queste osservazioni corroborano l'idea che la performance generale dei programmi di screening organizzato risenta molto della governance generale del sistema sanitario regionale e in particolare di quanto spazio viene lasciato all'offerta privata, che più facilmente condiziona la tendenza delle donne a ricorrere agli screening dei tumori femminili al di fuori dei programmi pubblici organizzati.

Rimanendo nell'ambito del programma nazionale screening, non ci sono evidenze di differenze di offerta su base socio-economica o etnica e del resto non è ragionevole pensare che esistano; tuttavia, passando alla seconda riga della griglia della Tabella 1, occorre interrogarsi sulla possibilità che esistano differenze di vulnerabilità, cioè su quali meccanismi, a parità di esposizione (offerta del servizio), condizionino la maggiore o minore aderenza allo screening da parte delle persone più svantaggiate o appartenenti a minoranze etniche o residenti in aree più povere.

I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening indicano che, a parità di offerta, le donne del Sud tendono ad aderire meno allo screening mammografico organizzato rispetto a quelle del Nord (40% vs 64%) e un'analoga discrepanza si riscontra tra stranieri e italiani nella partecipazione allo screening mammografico (42% vs 60%), cervicale (42% vs 48%) e coloretale (31% vs

50%), lasciando supporre che esistano anche barriere culturali, oltre che organizzative, che condizionano la diversa adesione.

Infine l'ultimo meccanismo di generazione delle disuguaglianze riguarda le differenze di qualità dei percorsi o servizi offerti. Nell'ambito dello screening la qualità può essere valutata attraverso indicatori di processo e di esito per i quali in alcuni casi sono stati definiti degli standard. Per esempio per lo screening mammografico lo standard accettabile di «percentuale di trattamento chirurgico conservativo nel caso di tumori invasivi ≤ 2 cm» è un valore superiore all'85%, ma in Italia questo obiettivo nel 2011-12 è stato raggiunto solo dalle regioni del Nord (87%) e del Centro (88,7%), mentre al Sud solamente il 79,6% delle donne a cui è stata fatta diagnosi di un tumore mammario invasivo ≤ 2 cm hanno potuto ricevere un trattamento chirurgico conservativo.

A fronte di queste disuguaglianze geografiche, studi specifici su donne sottoposte a screening organizzato non hanno invece rilevato disuguaglianze socioeconomiche nella qualità dei percorsi e dei trattamenti effettuati a seguito dell'identificazione di un tumore mammario (Zengarini *et al.*, 2016; Spadea *et al.*, 2015).

La compilazione della griglia di Hea semplifica l'individuazione delle possibili azioni di contrasto delle disuguaglianze (Tabella 2). Dall'analisi fin qui effettuata emerge che i punti principali di generazione delle disuguaglianze nell'ambito di un livello di programmazione «macro», come per il programma nazionale screening, sono le disuguaglianze geografiche nell'offerta del programma e nella qualità del percorso di diagnosi e cura, che rimandano ancora una volta a problemi (e possibili risposte) nell'ambito della governance generale del sistema sanitario regionale, nell'organizzazione dei servizi e nella formazione degli operatori sanitari. A queste si affiancano disuguaglianze geografiche ed etniche nell'adesione al programma di screening organizzato, che indicano la necessità di implementare interventi «pensati su misura» (*tailored*) dei gruppi di popolazione che si vuole raggiungere.

Tabella 2 – Griglia per l'Health Equity Audit applicata a livello «macro»: programma di screening organizzato e possibili risposte

Meccanismi	Disuguaglianze				Risposte
	Geografiche	Sociali	Etniche		
Esposizione	Sì	No/?	No/?	→	Governance
Vulnerabilità	Sì	?	Sì	→	Interventi «tailored»
Qualità processi ed esiti	Sì	No	No	→	Governance

Un esempio virtuoso di intervento di programmazione sanitaria regionale efficace nel contrastare le disuguaglianze è quello dell'Emilia-Romagna: nel periodo 1997-2000, quando lo screening mammografico organizzato era offerto solo al 30% delle donne di 50-69 anni, erano evidenti disuguaglianze socioeconomiche; le donne meno istruite ricevevano, cioè, più spesso diagnosi di tumore in fase avanzata e avevano una sopravvivenza media più bassa delle donne con alto livello di istruzione, a indicazione che le donne più svantaggiate arrivavano tardi alla diagnosi (probabilmente offrire lo screening al 30% della popolazione motivava ad aderirvi solo le donne più recettive). È stato sufficiente aumentare la copertura attraverso l'offerta attiva e gratuita di screening mammografico al 99% delle donne di 50-69 anni (livelli di copertura raggiunti nel 2001-2003) per vedere scomparire queste disuguaglianze (Pacelli *et al.*, 2014). Come già detto in precedenza, non sempre le politiche universalistiche sono capaci di ridurre le disuguaglianze di salute, talvolta è più efficace mettere a punto degli interventi più progressivi (a gradiente), tuttavia in questo caso è stato sufficiente estendere la copertura virtualmente a tutta la popolazione target per ottenere anche un buon risultato di equità.

Un esempio di intervento «tailored», realizzato su misura della popolazione, in cui si rilevano criticità, invece, proviene

da un livello territoriale più circoscritto (Ausl Cesena). In quest'area l'adesione al Pap test da parte delle straniere è più bassa che nelle italiane (32% vs 50%), in particolare per le donne cinesi, bengalesi, maghrebine e polacche. Poiché da letteratura si sa che gli interventi efficaci per favorire la partecipazione agli screening delle fasce più svantaggiate della popolazione sono: coinvolgere i medici di medicina generale, semplificare le lettere di invito in modo che siano comprensibili anche a persone con basso titolo di studio ed effettuare solleciti telefonici, l'Ausl ha previsto che le donne che non hanno risposto al Pap test da almeno 3 anni vengano chiamate al telefono da mediatrici culturali (in particolare delle nazionalità per le quali la partecipazione era più scarsa).

Quello che si è osservato dopo l'intervento è un aumento dell'adesione al Pap test non solo tra le italiane (+7%), ma soprattutto tra le straniere (+21%), e l'effetto è ancora più accentuato per le donne che prima dell'intervento risultavano particolarmente resistenti: quelle dell'Est Europa (+56% tra le polacche) e le bengalesi (miglioramento dell'adesione di quasi due volte), mentre questa strategia sembra ancora inefficace su maghrebine e cinesi (per le quali bisognerà studiare tecniche diverse di coinvolgimento) (Palazzi *et al.* 2016).

Il livello «meso» è quello in cui si può intervenire con politiche intersettoriali che coinvolgano anche soggetti extra-sanitari, stakeholder locali e comunitari, in linea con la carta di Ottawa che indica come strada maestra per promuovere salute la creazione di ambienti favorevoli, il rafforzamento dell'azione comunitaria e la costruzione di politiche per la salute. I piani integrati locali di promozione della salute (Pil) implementati dalle Ats lombarde, del resto, già prevedono azioni e interventi orientati a rafforzare l'azione della comunità lavorando sui setting e sulle comunità stesse, costruendo politiche per la salute attraverso la creazione di reti tra sistema sanitario ed extra-sanitario: scuole e aziende che promuovono salute, reti della conciliazione casa-lavoro, comunità amiche dei bambini e sostegno all'allattamento al seno, coinvolgimento di associazioni panifi-

catori, biblioteche, associazioni di volontariato, università, sindacati ecc. Gli operatori che lavorano nel campo della promozione della salute, quindi, sono già piuttosto abituati a lavorare in rete, a coinvolgere gli stakeholder locali e il settore extra-sanitario e le comunità; quello che ancora manca nelle azioni e negli interventi di promozione della salute è l'orientamento all'equità: generalmente, cioè, ci si preoccupa di innalzare il livello medio di salute della popolazione, ma meno di ridurre le disuguaglianze di salute, malgrado sia dimostrato in letteratura come il settore extra-sanitario (per esempio la pianificazione urbanistica che preveda una maggiore disponibilità di aree verdi) sia in grado di contrastare efficacemente le disuguaglianze socioeconomiche (Mitchell e Popham, 2008).

Un approccio innovativo sarebbe, invece, pianificare interventi di promozione della salute e coinvolgimento delle comunità ponendosi come obiettivo il contrasto delle disuguaglianze oltre che un miglioramento della salute complessiva. Esempi virtuosi in questo senso provengono dalla Gran Bretagna, con Coventry che si è posta da alcuni anni l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze di salute diventando così una «Marmot city». Naturalmente il primo passo per raggiungere questo obiettivo ambizioso è ancora una volta la conoscenza del fenomeno fondata su basi epidemiologiche: i dati che rispondono alle domande della griglia per l'Hea documentano un problema di disuguaglianze, soprattutto nelle fasce giovanili, legato a comportamenti insalubri (fumo, alcol, sedentarietà, dieta squilibrata), che tendono a essere più rappresentati nelle aree più svantaggiate della città, con un gap ancora più evidente per quanto riguarda l'obesità. Queste evidenze conducono ad attuare interventi mirati a migliorare gli stili di vita delle persone più deprivate, con particolare attenzione alla dieta. Questo tipo di interventi è passato a Coventry attraverso il coinvolgimento delle famiglie (corsi di cucina, educazione alimentare, miglioramento dell'*health literacy*, con particolare attenzione alle informazioni sul valore energetico degli alimenti), delle scuole (interventi sui menu delle mense scolastiche, organizzazione di

piedibus), di associazioni di volontariato (raccolta di frutta e verdura fresche da distribuire ai più poveri), Comune e commercianti (accordi per fare in modo che i fast food fossero collocati a sufficiente distanza dalle scuole, piani regolatori che prevedessero la realizzazione di piste ciclabili, parchi, incoraggiamento all'uso di impianti sportivi con sconti per gli indigenti), anche con l'ausilio di strumenti di marketing sociale e nuovi media (social network, tablet ecc.). Con modalità analoghe sono stati avviati dei programmi di contrasto all'uso di alcol e fumo di tabacco, mediante alleanze tra sistema sanitario e attori locali (industrie, coinvolgimento di agenti di polizia nell'educazione alla sicurezza stradale, incentivi ai sanitari che riescono a far smettere di fumare utenti appartenenti alle fasce più svantaggiate). Queste strategie intersettoriali hanno dato effettivamente buoni risultati in termini di miglioramento della salute, pur non riuscendo ancora a eliminare completamente le disuguaglianze⁴.

In Italia un processo analogo è stato avviato a Torino, a partire da un rapporto che raccoglie evidenze sullo stato delle disuguaglianze in città negli ultimi 40 anni (Costa G. *et al.*, 2017) e che dimostra come, malgrado il miglioramento generale della salute negli ultimi quattro decenni, si possa rilevare ancora oggi una differenza di 4,5 anni nell'aspettativa di vita alla nascita tra gli uomini che risiedono nei quartieri più ricchi e quelli che risiedono nei quartieri più poveri della città. Il rapporto prende in esame analiticamente i principali determinanti e le principali politiche che possono avere avuto un ruolo nella generazione o mitigazione di queste disuguaglianze (istruzione, lavoro, famiglia, ambiente e territorio, sanità, reddito, fasi di vita) e infine si è avviato un percorso di condivisione e discus-

⁴ Si veda il report «Changing for the better: healthy lifestyles in Coventry 2007-12», www.coventry.gov.uk/download/downloads/id/11603/director_of_public_healths_annual_report_2013_-_changing_for_the_better.pdf.

sione di queste evidenze con gli stakeholder locali; sono stati avviati, quindi, processi di co-progettazione intersettoriale che coinvolgono il mondo sanitario e diversi ambiti del settore extra-sanitario, che sono culminati nell'impegno pubblico dell'Azienda Sanitaria Locale e del Comune a utilizzare queste evidenze nell'imminente programmazione che riguarda la riorganizzazione delle cure primarie, la promozione della salute, l'assistenza alle persone con malattia mentale, il piano periferie, l'housing sociale⁵.

Infine il livello «micro» è quello più alla portata dei singoli operatori che si trovino ad affrontare il tema delle disuguaglianze di salute anche in contesti molto più circoscritti, come l'ambulatorio del medico di medicina generale o la singola azienda in cui ci si trova a effettuare interventi di Work Health Promotion (Whp). Anche in questo caso i dati epidemiologici forniscono un quadro del bisogno di salute della comunità in cui si opera e delle principali criticità che contribuiscono alla generazione delle disuguaglianze.

Quando gli interventi di promozione della salute nei posti di lavoro sono mirati all'abolizione dell'abitudine al fumo, un primo aspetto da considerare è quello delle differenze di prevalenza di fumatori su base geografica, sociale o etnica (prima riga della griglia nella Tabella 2). Su base geografica si riscontrano delle differenze nella prevalenza di fumatori che vanno da poco più del 20% in Basilicata a più del 30% in Umbria, ma non è identificabile un chiaro gradiente Nord-Sud che potrebbe sottendere disuguaglianze legate a fattori socioeconomici⁶. Le disuguaglianze sociali, invece, sono più spiccate, come evidenziato da una maggior prevalenza di fumatori tra i meno istruiti che tra i più istruiti (44% negli uomini con al massimo la licenza elementare vs. 20% tra gli uomini laureati), trend che nelle donne è meno evidente (queste percentuali corrispondono-

⁵ MINDMAP. Promoting mental well-being and healthy ageing in cities.

⁶ www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.asp.

no rispettivamente al 24% e 16%) per il fatto che, almeno nelle generazioni più adulte, erano le donne più istruite ad assumere comportamenti più emancipati, sebbene nelle nuove generazioni non sia più così⁷. Oltre alle differenze sulla base del titolo di studio bisogna poi considerare anche differenze legate alla professione svolta: a parità di classe sociale (lavoratori manuali) si ha una maggiore prevalenza di fumatori tra camerieri, lavoratori edili e di fonderia, baristi, idraulici e autotrasportatori; tra le donne si osserva una maggiore tendenza a fumare tra cameriere, bariste, addette alle pulizie e alla cura della persona (Vannoni *et al.*, 2005). Quanto alle differenze etniche, queste risultano evidenti solo se si prendono in considerazione le singole nazionalità e non «gli stranieri» *in toto*: i gruppi con la maggior prevalenza di fumatori sono, infatti, quelli dell'Est Europa (Romania, Polonia, sia tra gli uomini sia tra le donne), albanesi e tunisini (tra gli uomini) che hanno prevalenze di fumatori del 30% superiori rispetto agli italiani e alla media degli stranieri⁸.

Una volta identificati, con dati epidemiologici, i gruppi più vulnerabili, è opportuno individuare gli interventi più promettenti nel raggiungere queste persone. La letteratura scientifica solitamente è molto ricca di evidenze di efficacia che riguardano gli interventi di promozione della salute «in generale», ma è più difficile trovare evidenze sull'efficacia di tali interventi nel ridurre le disuguaglianze di salute. Uno dei pochi esempi di rassegne di letteratura che ha come focus la riduzione delle disuguaglianze di salute è, invece, quella prodotta nell'ambito del progetto europeo Silne⁹ (Amos *et al.*, 2013), dalla quale emerge che politiche restrittive (divieti di fumo in locali pubblici, posti di lavoro ecc.) e campagne mediatiche contro il fumo hanno scarso effetto nella riduzione delle disuguaglianze, anche per-

⁷ www.istat.it/it/archivio/189498.

⁸ www.istat.it/en/files/2014/01/salute-stranieri_2011-2012-FINALE.pdf.

⁹ Silne – Tackling socio-economic inequalities in smoking: learning from natural experiments by time trend analyses and cross-national comparisons.

ché questi interventi hanno maggiore presa su chi è già predisposto al cambiamento o comunque ha maggiori risorse psico-cognitive per metterlo in atto (per esempio *self-efficacy*, convinzione di poter riuscire a mettere in atto il cambiamento, più sviluppata nelle persone con più alto livello di istruzione; Janssen *et al.*, 2010).

Gli interventi efficaci nel ridurre le disuguaglianze sono invece l'aumento del prezzo di tabacco e sigarette, le campagne mediatiche *tailored*, pensate su misura per la popolazione vulnerabile che si vuole raggiungere, e gli interventi di supporto a livello di popolazione basati sull'offerta di terapie sostitutive della nicotina e interventi motivazionali. Per esempio in Colorado, dove si aveva un'alta prevalenza di fumatori nella popolazione ispanica, si è messa in atto una campagna pubblicitaria su misura rivolta a questo gruppo (lingua spagnola, messaggi positivi di incoraggiamento e riferimento a valori tradizionalmente più importanti per questa popolazione, per esempio sulla famiglia) con buoni risultati in termini di astinenza dal fumo a 6 mesi di distanza (Amos *et al.* 2013).

Per quanto riguarda gli interventi che incoraggiano a smettere di fumare in ambiente lavorativo, uno studio ha evidenziato come i tradizionali interventi di promozione della salute (cartellonistica, volantini ecc.) fossero inefficaci nel ridurre le disuguaglianze per classe sociale (maggiore prevalenza di fumatori tra operai rispetto agli impiegati). Risulterebbero vincenti, invece, interventi congiunti che prevedono la collaborazione tra medico del lavoro e promotori della salute, facendo leva sul fatto che la percezione del rischio per la salute è maggiore per rischi esterni e non controllabili quali quelli lavorativi, che espongono a malattie professionali e infortuni. Associando, dunque, alla visita di sorveglianza sanitaria da parte del medico competente interventi di promozione della salute (*self-assessment*, counseling individuale e di gruppo oltre a distribuzione di materiali scritti), si sono ottenuti risultati molto più rilevanti sulla cessazione del fumo rispetto agli interventi di promozione della salute tradizionali (Sorensen *et al.* 2003).

In conclusione le griglie di Hea sono un valido strumento che permette di pianificare gli interventi a partire dall'identificazione dell'entità e dei meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute nel contesto in cui ci si trova a operare.

Il contrasto alle disuguaglianze di salute avviene secondo approcci diversi e non è detto che qualunque intervento in grado di migliorare la salute generale riesca anche a ridurre le disuguaglianze, per questo la valutazione di impatto dell'intervento e il monitoraggio epidemiologico sono necessari per identificare criticità e possibili correttivi. In ogni caso il contrasto alle disuguaglianze è attuabile qualunque sia il livello decisionale e il grado di autonomia di cui si dispone, ma fattore comune alle strategie che si sono dimostrate efficaci sono l'approccio proattivo e la costruzione di reti e alleanze in cui il sistema sanitario può assumere un importante ruolo di fulcro e coordinamento.

Bibliografia

- Amos A., Brown T., Platt S. (2013), «A systematic review of the effectiveness of individual cessation support interventions in Europe to reduce socio-economic inequalities in smoking among adults» (2013), Centre for Population Health Sciences, University of Edinburgh, <http://silne.ensp.org/research-article-a-systematic-review-of-the-effectiveness-of-individual-cessation-support-interventions-in-europe-to-reduce-socio-economic-inequalities-in-smoking-among-adults>.
- Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. (2017), *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Inferenze, Milano.
- Diderichsen F., Evans T., Whitehead M. (2001), «The social basis of disparities in health», in *Challenging inequities in health: from ethics to action*, Oxford University Press, New York.
- Federici A., Rossi P.G. (2015), «Le barriere all'implementazione dei programmi di screening: un progetto Ccm», www.osservatorio-

- nazionale screening.it/sites/default/files/allegati/1%20pres%20Perugia%2026_1_15_federici_pgr.pdf.
- Garavelli E., Marcantoni C., Burrai V., Azzolini E., Baldini C., Bernardini I. *et al.* (2013), «Analisi sulle difformità dei percorsi formativi degli specializzandi di Igiene e Medicina Preventiva in Italia: le scuole di specializzazione sono in grado di formare pienamente gli specialisti in Sanità Pubblica del futuro?», Atti del 46° Congresso Nazionale Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I.), Giardini Naxos-Taormina.
- Hamer L., Jacobson B., Flowers J., Johnstone F. (2003), «Health Equity Audit Made Simple. A briefing for Primary Care Trusts and Local Strategic Partnerships», report, <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160919145853/http://lho.org.uk/download/public/7670/1/equityauditfinal21.1.3.3.pdf>.
- Janssen E., Sugiyama T., Winkler E., de Vries H., te Poel F., Owen N. (2010), «Psychosocial correlates of leisure-time walking among Australian adults of lower and higher socio-economic status», in *Health Education Research*, 25(2): 316-24.
- Mantoura P., Morrison V. (2016), «Policy Approaches to Reducing Health Inequalities», National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (NCCHPP) – Institut national de santé publique Québec, www.ncchpp.ca/docs/2016_Ineg_Ineq_ApprochesP-PInegalites_En.pdf.
- Marmot M., Bell R. (2012), «Fair society, healthy lives», in *Public Health*, 126 Suppl 1: S4-10.
- Mitchell R., Popham F. (2008), «Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study», in *Lancet*, 372(9650): 1655-60.
- Pacelli B., Carretta E., Spadea T., Caranci N., Di Felice E., Stivanello E. *et al.* (2014), «Does breast cancer screening level health inequalities out? A population-based study in an Italian region», in *European Journal of Public Health*, 24(2): 280-5.
- Palazzi M., Severi M., Imolesi C., Vitali P., Farneti M., Bianchini A. *et al.* (2016), «Easy screening for everyone», in *Epidemiologia & Prevenzione*, 40(3-4): 179-84.
- Patychuk D., Sesar-Hencic D. (2008), «First Steps to Equity. Ideas and Strategies for Health Equity in Ontario 2008-2010», http://dev.healthnexus.net/sites/default/files/resources/first_steps_to_equity.pdf.

- Sorensen G., Stoddard A.M., LaMontagne A.D., Emmons K., Hunt M.K., Youngstrom R. *et al.* (2003), «A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behavior change results from a randomized controlled trial (United States)», in *Journal of Public Health Policy*, 24(1): 5-25.
- Spadea T., Zengarini N., Costa G. (2015), «DEMETRIQ WP9: Access to universal services: Preventive health care Part a: Breast cancer screening», www.demetriq.eu/documents/detailed-reports/wp9a-cancer-screening.
- Vannoni F., Demaria M., Quarta D., Gargiulo L., Costa G. (2005), «Differences of perceived health and lifestyle by occupational groups in the Italian Istat (Central Statistic Institute) health survey», in *La Medicina del Lavoro*, 96 Suppl: s66-84.
- Zengarini N., Ponti A., Tomatis M., Casella D., Giordano L., Mano MP., *et al.* (2016), «Absence of socioeconomic inequalities in access to good-quality breast cancer treatment within a population-wide screening programme in Turin (Italy)», in *European Journal of Cancer Prevention*, 25(6): 538-46.

Equità e responsabilità sociale di impresa: policy e buone pratiche aziendali

di Ruggero Bodo, Elisa Rotta*

Il lavoro e le persone al centro delle politiche per lo sviluppo sostenibile

Due sono gli aspetti principali che portano a includere le tematiche relative alla gestione delle persone nei luoghi di lavoro come centrali rispetto al tema della sostenibilità delle imprese e delle comunità:

- il lavoro come principale leva di sviluppo sostenibile e inclusivo;
- la competitività delle imprese, che in una società *knowledge intensive* si basa soprattutto sulla valorizzazione delle persone.

Si tratta di temi che hanno un forte ancoraggio con le priorità di inclusione sociale e sviluppo dettate dall'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, il programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'Onu.

Tra i 17 obiettivi di sviluppo sostenibile si fa esplicito riferimento a:

* Fondazione Sodalitas.

- la salute per tutti e in particolare il benessere dei lavoratori;
- la crescita economica che dovrà essere inclusiva e scollegata dal degrado ambientale;
- l'occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per tutti, capace di ridurre le disuguaglianze all'interno e fra le nazioni;
- l'opportunità di attuare questi obiettivi attraverso la costituzione di partnership tra i Paesi e tra gli attori anche economici che ne fanno parte¹.

Sono temi che si prestano a essere attuati attraverso un approccio multi-stakeholder, con la partecipazione di diversi attori che, impegnati ciascuno per la propria parte, contribuiscono a selezionare i temi più rilevanti sui quali è possibile sviluppare un'azione incisiva.

Lo scenario di riferimento: invecchiamento della popolazione e lifelong employability

Il tema dell'invecchiamento della popolazione, ovvero la crescita del rapporto tra cosiddetti anziani (sessantacinquenni e oltre) e il totale della popolazione è in atto da qualche decennio e coinvolge la maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea. Il fenomeno, destinato ad accentuarsi, coinvolge in maniera molto significativa l'Italia, che ha un tasso di natalità tra i più bassi d'Europa e un'età media tra le più elevate, grazie a un'alta aspettativa di vita.

Anche in virtù degli effetti dei vari interventi sul sistema pensionistico, le imprese si troveranno a gestire persone progressivamente più anziane e che dovranno rimanere più a lungo nel mondo del lavoro. Al pari di quanto succede per altre

¹ Per approfondire i 17 obiettivi di sviluppo sostenibile: www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals.

risorse, la gestione delle risorse umane dovrà avvenire in modo sostenibile, ovvero in modo da non «esaurire le persone» con riferimento a competenze e motivazione.

Fondazione Sodalitas si è proposta di affiancare le imprese in questo percorso di ripensamento dello sviluppo delle carriere professionali, attraverso due iniziative:

- la proposta di un Assessment sulla gestione della Lifelong Employability (Lea Tool), in modo da restituire un benchmark dei propri processi di gestione delle risorse umane rispetto a un modello ideale di gestione sostenibile e di consentire un confronto con altre imprese europee;
- l'organizzazione di un laboratorio sulla *lifelong employability* con alcune imprese associate, già toccate dal fenomeno o particolarmente sensibili al tema, che metta a fuoco le leve che le imprese hanno oggi a disposizione per la gestione sostenibile delle persone – per esempio il welfare aziendale – per favorire la condivisione delle esperienze e delle buone pratiche con un approccio peer-to-peer e per analizzare lo «stato dell'arte» con alcuni esperti.

Il Lifelong Assessment Tool per valutare l'impegno dell'impresa verso l'occupabilità delle proprie persone

Con i partner europei di CSR Europe² è stato sviluppato il progetto «Rethinking Careers: How to deal with longer working lives in HR processes», con l'obiettivo di creare un modello per l'innovazione dei processi Hr in grado di affrontare concretamente l'allungamento dell'età lavorativa.

² Csr Europe è l'organizzazione di riferimento in Europa per lo sviluppo della Corporate Social Responsibility ed è il principale interlocutore della Commissione Europea sulle tematiche legate a Csr e sviluppo sostenibile. Per maggiori informazioni www.csreurope.org.

I lavori hanno consentito la messa a punto di uno strumento diagnostico, denominato «Lifelong Employability Assessment» (Lea), attraverso il quale valutare la capacità delle imprese di adottare, nei processi di gestione delle risorse umane, una prospettiva che tenga conto dell'allungamento della vita lavorativa.

A partire dal 2016 alcune imprese hanno sottoposto i propri processi di gestione e sviluppo all'assessment, e hanno potuto valutare il proprio posizionamento rispetto a un modello ideale di gestione dell'allungamento della vita lavorativa e a un benchmark formato da altre imprese europee.

Il processo di Assessment ha coinvolto i responsabili delle risorse umane e rilevato le pratiche e le politiche aziendali con riferimento alle varie classi di età.

Il «LEA tool» analizza quattro aree-chiave dei processi Hr.

- *Pianificazione strategica della forza lavoro.* Vengono presi in considerazione i processi adottati per allineare le necessità dell'organizzazione e le priorità gestionali con le esigenze della forza lavoro. Sono incluse per esempio attività riguardanti l'analisi periodica della composizione della propria forza lavoro, le proiezioni nel tempo, le attività di prereclutamento, la diversificazione delle fonti di reclutamento.
- *Knowledge management e governo delle carriere.* Viene analizzata la coerenza tra pianificazione aziendale e sviluppo delle professionalità. Sono incluse le attività riguardanti la formazione, lo sviluppo e il trasferimento delle competenze, la pianificazione delle carriere, le politiche retributive, le modalità di gestione delle fasi di «fine carriera».
- *Working conditions.* È analizzata la coerenza tra condizioni di lavoro e contesto esterno. Sono incluse le attività svolte per la gestione della salute fisica e mentale dei lavoratori, la pianificazione e gestione dell'ambiente di lavoro, il sistema dei benefit previsti per i lavoratori per migliorare il bilanciamento tra vita lavorativa e vita personale, familiare.

- *Flessibilità e mobilità.* Viene analizzata la capacità dell'organizzazione di offrire alle persone opzioni di lavoro alternative rispetto alle attività svolte in un determinato periodo di tempo, l'orientamento dei sistemi di sviluppo professionale rispetto alla capacità di acquisire funzioni e ruoli differenti. Sono incluse attività orientate alla creazione di flessibilità funzionale, la creazione e il mantenimento di network professionali interni ed esterni all'impresa, l'atteggiamento rispetto al volontariato aziendale (interno ed esterno) l'incoraggiamento all'imprenditorialità.

Come già accennato tutti i processi vengono valutati rispetto al loro orientamento a una *employability* di lungo periodo. Il confronto con un modello ideale e con altre esperienze può costituire un punto di partenza per l'evoluzione delle politiche e delle pratiche Hr in ottica di sostenibilità.

I risultati dell'assessment Lea hanno messo in luce un generale maggior orientamento alla *lifelong employability* da parte delle imprese di grandi dimensioni e da parte di alcune realtà di dimensioni medie con una funzione Hr adeguatamente strutturata. In tutti i casi (anche nelle realtà europee) i processi meno orientati alla «lifelong» sono quelli appartenenti all'area «flessibilità e mobilità». In particolare:

- *pianificazione strategica della forza lavoro:* l'area di maggior debolezza è quella della gestione del reclutamento per tutte le fasce di età: generalmente il reclutamento è mirato ad alcune specifiche fasce d'età;
- *knowledge management e governo delle carriere:* i punti più critici riguardano il trasferimento intergenerazionale delle competenze, l'adozione di meccanismi di *mentoring* e *reverse mentoring*: esistono interessanti esperienze a riguardo anche nella realtà italiana, che però a oggi rimangono attività sperimentali e numericamente limitate;
- *working conditions:* i processi oggetto di attenzione più recen-

te riguardano l'offerta di un sistema di welfare aziendale differenziato per le diverse fasce d'età, anche grazie alle recenti normative fiscali introdotte dalle leggi di bilancio 2016 e 2017;

- *flessibilità e mobilità*: è l'area meno presidiata. L'utilizzo sistematico della mobilità interna, anche di tipo «orizzontale», per accrescere le competenze rientra raramente nelle politiche e pratiche aziendali e, laddove esiste, non è sistematica e generalizzata. Lo sviluppo di network professionali interni ed esterni è lasciato essenzialmente all'iniziativa dei singoli piuttosto che essere un programma aziendale; l'uso «strategico» di leve gestionali come il volontariato aziendale e la sensibilizzazione allo sviluppo del proprio percorso lavorativo secondo una «logica imprenditoriale» e di crescita della propria *employability* sono generalmente assenti.

Il tema della *lifelong employability* è stato oggetto di un laboratorio cui hanno partecipato alcune imprese aderenti a Fondazione Sodalitas, già toccate dal fenomeno o particolarmente sensibili al tema. L'obiettivo del laboratorio è stato quello di mettere a fuoco le leve che le imprese hanno oggi a disposizione per la gestione sostenibile delle persone – per esempio il welfare aziendale – per favorire la condivisione delle esperienze e delle buone pratiche con un approccio peer-to-peer e per analizzare lo «stato dell'arte» con alcuni esperti.

Nella discussione tra i partecipanti al laboratorio sono emerse le seguenti tematiche come centrali a una gestione innovativa e sostenibile delle persone:

- cambiamenti demografici e il loro impatto su occupabilità e rapporti tra generazioni in azienda;
- *smart working* come trend innovativo di gestione e organizzazione del lavoro;
- gestione della diversità culturale e religiosa;
- la riduzione delle disuguaglianze e gli investimenti in promozione della salute.

Queste tematiche sono state oggetto di approfondimento attraverso alcuni workshop, che hanno visto la partecipazione di referenti aziendali, in ambito Hr e Csr, esperti accademici e istituzioni.

Il percorso di laboratorio ha permesso di condividere l'analisi di alcune esperienze europee che hanno visto l'utilizzo dello strumento «diagnostico» denominato Lea (Lifetime Employability Assessment tool), proposto da Sodalitas grazie alla collaborazione con il network Csr Europe, volto a valutare quanto la gestione delle persone fosse orientata a un'impiegabilità a lungo termine.

Proprio utilizzando alcuni spunti colti dal diagnostico, sono state avviate iniziative importanti in direzione di una gestione delle persone più flessibile di quanto non fosse in passato, valorizzando le competenze possedute, indipendentemente dal ruolo occupato in un determinato momento della propria vita professionale.

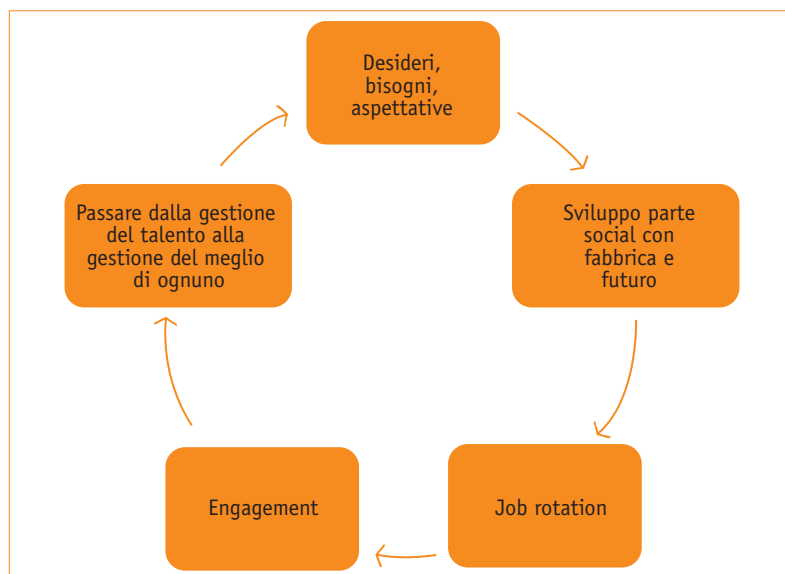


Figura 1 – Un diverso modello di gestione della vita professionale.

Il processo di gestione delle azioni di *lifelong employability* vede già diffuse diverse tipologie di interventi, per esempio si realizzano incontri crossgenerazionali in azienda, per promuovere scambi e la conoscenza reciproca, e giornate di orientamento per i figli dei dipendenti, per facilitare la transizione dalla scuola al lavoro.

In prospettiva l'attenzione è focalizzata su opportunità collegate al volontariato aziendale (che, tra l'altro, migliora l'adattabilità delle persone e crea consapevolezza circa le proprie competenze) e allo sviluppo dell'imprenditorialità, nonché su progetti concepiti dopo aver rilevato le effettive attese e i bisogni delle persone, per esempio lo *smart working* e la «riscoperta dei mestieri».

Per quanto attiene le esperienze di gestione innovativa e sostenibile delle persone attraverso l'introduzione dello *smart working*³, l'Osservatorio sullo *smart working*⁴ ha registrato per il 2016 il coinvolgimento di più di 250.000 lavoratori in Italia in progetti di lavoro agile, con un aumento del 40% in soli tre anni. Iniziative di *smart working* o «lavoro agile» sono oggi diffuse in circa un terzo delle grandi imprese.

Dai dati di un campione di grandi e medie realtà emerge che, accanto a un 30% delle imprese che ha già introdotto lo *smart working* in modo strutturato, vi è un altro 47% che si pone in modo favorevole verso questa esperienza (adottata in modo non strutturato, oppure prevista o possibile).

³ «Lo *smart working* non è una forma di welfare aziendale, un modo di far lavorare le persone da casa una volta alla settimana, né una nuova parola per indicare il telelavoro, ma una filosofia manageriale che restituisce alle persone flessibilità e autonomia nella scelta degli spazi, degli orari e degli strumenti da utilizzare a fronte di una maggiore responsabilizzazione sui risultati» (Fiorella Crespi, direttore dell'Osservatorio *smart working* del Politecnico di Milano).

⁴ Osservatori Digital Innovation – School of Management del Politecnico di Milano, www.osservatori.net/it_it/chi-siamo.

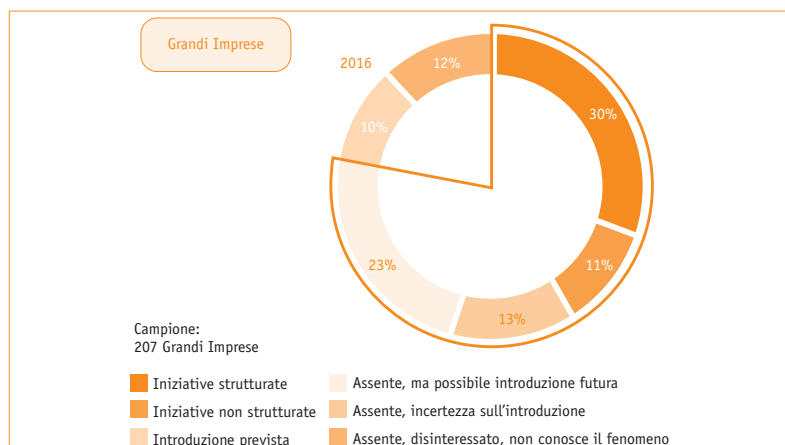


Figura 2 – La diffusione dello *smart working*.

Le cinque principali ragioni per le quali viene attuato lo *smart working* sono, in ordine decrescente di importanza, le seguenti:

- miglioramento della *work-life balance* delle persone;
- miglioramento del benessere organizzativo;
- miglioramento della qualità e della produttività del lavoro svolto;
- diffusione di una cultura aziendale orientata alla valutazione dei risultati;
- miglioramento dell'engagement e della capacità di attrarre talenti.

Inoltre lo *smart working* induce a un cambiamento di paradigma della cultura organizzativa:

- modifica il *sense of community* (senso di appartenenza, fiducia tra le persone, lavoro in rete ecc.) e responsabilizza verso il conseguimento degli obiettivi;
- rende la vita organizzativa e personale più flessibile;
- modifica le modalità di interazione tra pari e con la struttura gerarchica.

Di seguito sono riportati brevi flash relativi ad alcune esperienze di *smart working* in atto in aziende aderenti a Fondazione Sodalitas.

BNL – BNP Paribas

L'obiettivo è quello di costruire una Smart Bank, cambiando spazi, tecnologia, regole di presenza in ufficio. Si tratta quindi di un cambiamento culturale volto a trasformare l'azienda.

Alla base di tutto ci sono ovviamente le persone che cooperano e comunicano in modo nuovo. Laddove sono stati ristrutturati gli spazi, solo l'1% delle persone ha un posto fisso, sono stati previsti salottini per meeting e «spazi per pensare». [...] Lo *smart working* è stato adottato perché si intendono esplorare nuovi modi di lavorare che si ritiene caratterizzeranno i prossimi anni, per migliorare il rapporto work-life balance, incrementare la produttività, evolvere verso la responsabilizzazione sui risultati e una cultura basata sulla fiducia. Le persone possono usufruire dello *smart working* fino a 4 giorni al mese, a oggi ne hanno usufruito al 50%. Nel progetto sono state coinvolte 1100 persone con l'obiettivo di arrivare a 2000 entro il 2017.

Fastweb

Lo *smart working* vuole essere una nuova filosofia manageriale fondata sulla restituzione alle persone di flessibilità e autonomia nella scelta degli spazi e degli strumenti da utilizzare, a fronte di una maggiore responsabilizzazione sui risultati. Proprio per questo, la sperimentazione è stata avviata nel 2015 coinvolgendo tutto il management in una specifica iniziativa formativa. Il progetto ha interessato 1200 persone, alle quali è stata data la possibilità di usufruire di 3 giorni al mese di lavoro a distanza. La percentuale di richieste è stata del 78%.

Dal 2016 il progetto *smart working* da progetto pilota diventa progetto corporate, coinvolgendo più della metà della popolazione aziendale, e giungendo a prevedere 4 giornate al mese.

Verso fine 2016 è stata condotta una survey per valutare le perce-

zioni delle persone. I risultati sono decisamente positivi in termini di work-life balance, tempi e costi di spostamento, motivazione. La produttività non ne ha sofferto.

Lexmark

È previsto che le persone possano usufruire dello *smart working* un giorno alla settimana.

L'azienda chiede di conoscere il luogo di lavoro per fini assicurativi e per avere riscontro circa la sicurezza nella gestione dei dati aziendali.

Sanofi

Il progetto *smart working* nasce nel 2013 sulla base di un accordo sindacale, all'apertura della sede di Milano. In concreto consiste nella possibilità di lavorare da casa, o da altro luogo idoneo, una volta alla settimana, avvalendosi di strumenti telematici messi a disposizione dall'azienda. La possibilità è offerta ai collaboratori delle sedi di Milano, Roma e Modena e all'inizio è un progetto sperimentale.

Non viene definito un giorno fisso della settimana; la possibilità di usufruire del lavoro a distanza dipende dalle esigenze organizzative. È obbligatoria la preventiva richiesta al manager, con conseguente approvazione tramite un tool appositamente predisposto.

Il progetto iniziale conteneva dei vincoli, tipo lontananza dal posto di lavoro, figli ecc., che successivamente sono stati eliminati. Oggi l'unico vincolo deriva dalle esigenze funzionali.

Per il lancio sono stati organizzati due incontri, uno aperto a tutti i collaboratori e un altro indirizzato ai manager.

I principali risultati sono in sintesi: maggior responsabilizzazione sui risultati da parte delle persone, rafforzamento del senso di fiducia, aumento della motivazione, risparmio di tempo negli spostamenti.

A oggi possono usufruire dello *smart working* il 60% dei dipendenti delle sedi di Milano, Roma e Modena e l'obiettivo è quello di estendere l'esperienza ai siti industriali.

SCS Azioninnova

SCS, società di consulenza che ha seguito varie applicazioni di *smart working*, richiama l'attenzione su alcuni fattori critici per il successo dell'iniziativa. Innanzitutto un progetto del genere non va avviato perché «è di moda»: occorre valutare e prevedere i risultati che si possono ottenere in termini di maggior efficienza, crescita delle persone, miglior comunicazione, work-life balance.

Gli interventi da mettere in campo devono riguardare comportamenti, logistica, tecnologia.

Trattandosi di un cambiamento culturale, è necessario agire su più leve e procedere con gradualità. È utile istituire un comitato guida, occorre ottenere la sponsorship dei capi e avviare una fase di sperimentazione che funga da «acceleratore digitale».

In conclusione, la gestione sostenibile delle «risorse umane» può essere considerata come un presupposto per la sostenibilità ambientale ed economica. La sostenibilità sociale infatti, intesa come benessere delle persone in termini di salute, sicurezza fisica ed economica, accesso alla formazione, può generare inclusione sociale e permettere di conseguire gli obiettivi di sostenibilità economica e ambientale.

Gestire le risorse umane in modo sostenibile significa sviluppare e rigenerare le risorse professionali e personali dei lavoratori, quindi agire positivamente sulle risorse «spese» dalle persone nell'attività lavorativa: conoscenze, risorse emotive (vitalità, energia), psichiche (visione positiva), sociali (social skills), fisiche (salute)⁵.

Per fare ciò occorre la consapevolezza che l'attuale modello di sviluppo, con i suoi risvolti negativi sull'ambiente e con le

⁵ Si veda M. Kira, *professor and academy research fellow* della Helsinki University of Technology. Paper presentato nel corso del seminario «La gestione delle risorse umane per la sostenibilità dell'Organizzazione» organizzato da Fondazione Sodalitas e da MIP Politecnico il 21 marzo 2012.

disuguaglianze sociali che ha generato e che continua a generare, non ha futuro o comunque ha un futuro limitato nel tempo. È questa la ragione che ha portato i «grandi» della Terra a sottoscrivere i 17 obiettivi cui si accennava nella prima parte di questo capitolo.

Per passare dai principi alle prassi occorre un impegno forte e continuo di tutti i soggetti in campo: amministrazioni pubbliche, business community e società civile. L'amministrazione pubblica ha il ruolo di regolatore e propulsore, la business community deve prendere coscienza che la società della crescita assoluta, quantitativa, sempre e comunque, ha un orizzonte limitato⁶, e perciò deve riorientare le proprie politiche e prassi gestionali, mentre la società civile partecipa all'individuazione dei bisogni e alla definizione ed erogazione delle soluzioni più adeguate.

Le esperienze viste precedentemente cercano di dare alcune risposte a temi come l'invecchiamento della popolazione attiva, la creazione di nuovi modelli di lavoro, la promozione della salute, la gestione delle differenze.

Sotto l'aspetto quantitativo, pensando al nostro Paese e alla dimensione della forza lavoro, stiamo parlando di attività che coinvolgono numeri limitati di persone. Però è da questi numeri che si deve e si può partire, poiché sappiamo quali sono gli obiettivi conseguibili, le modalità per conseguirli, i risultati concreti che si possono ottenere. Le esperienze positive non mancano, sia pur in un panorama complessivo denso di problemi, contraddizioni e tendenze negative non tutte collegabili alla crisi del 2008.

Negli ultimi tempi stiamo assistendo a una significativa espansione di progetti di welfare aziendale; come già detto, molti sono nati sotto l'impulso di agevolazioni fiscali e grazie alla possibilità di offrire una parte di retribuzioni in natura senza l'aggravio di costi contributivi e fiscali. Trattandosi in molti casi di sistemi di

⁶ Non si vuole far riferimento a una, secondo noi utopistica, società della decrescita, ma a una crescita *diversa*. A titolo esemplificativo si veda Fabris G. (2010), *La società post-crescita*, Egea, Milano.

benefici flessibili, ovvero dove le persone possono scegliere il proprio «pacchetto», essi sono in grado di rispondere alle diverse esigenze delle varie popolazioni aziendali, in funzione di fattori quali età, carichi di famiglia, situazioni di contesto.

Una decina di anni fa sono sorte le «società benefit», disciplinate successivamente con la legge di stabilità 2016. Oltre allo scopo di lucro, le società benefit perseguono volontariamente nel proprio esercizio d'impresa anche una o più finalità comuni, dirette per esempio verso persone, comunità, territori e ambiente, enti e associazioni e altri portatori di interessi. Le società benefit perseguono tali finalità in modo responsabile, sostenibile e trasparente. La gestione delle società benefit richiede al management il bilanciamento tra l'interesse dei soci e l'interesse della collettività.

Un ultimo esempio al quale vogliamo accennare riguarda il tema dell'*ageing*. È un argomento che è stato ed è oggetto di numerosi dibattiti, analisi, ricerche. Anche se in termini di politiche e prassi aziendali volte alla gestione proattiva del fenomeno la situazione può essere ancora definita insoddisfacente, notiamo una significativa sensibilizzazione degli addetti ai lavori, quindi l'esistenza di un prerequisito indispensabile per il passaggio a una fase operativa maggiormente estesa nelle aziende-modelli.

Le alleanze intersettoriali / 2

I diversi step del percorso lombardo nell'ambito del Progetto Ccm 2014 «Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia» realizzato in Lombardia sono stati «accompagnati» dalla collaborazione con due soggetti «alleati», sul piano istituzionale e formale, del programma «Aziende che Promuovono Salute – Rete Whp Lombardia».

Il secondo soggetto «alleato», sul piano istituzionale e formale, del programma «Aziende che Promuovono Salute – Rete Whp Lombardia» è la Direzione Generale Reddito di autonomia e inclusione sociale di Regione Lombardia, in relazione alle politiche di promozione della conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare. Il tema della ricomposizione dei tempi di vita, familiari e lavorativi, rappresenta infatti una delle grandi sfide sociali contemporanee, come molte ricerche e monitoraggi internazionali richiamano (Ocse e Eu in primis), che Regione Lombardia ha raccolto facendone uno degli ambiti di investimento di *policies* privilegiato. La conciliazione vita-lavoro è strategica nei processi di promozione della salute in quanto rappresenta un fattore di competitività del territorio, può svolgere il ruolo di leva per superare i problemi connessi con l'invecchiamento della popolazione e con l'organizzazione prevalente del mercato del lavoro e rilanciare l'economia, contribuendo così all'aumento del «ben-essere» delle famiglie.

Nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 gli obiettivi di sviluppo delle reti di conciliazioni vita-lavoro sono integrati con quelli della Rete Whp nell'ambito del programma «Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro».



Figura 3 – Conciliazione vita-lavoro.



Equità e conciliazione vita-lavoro

di Claudia Moneta*

Conciliazione vita-lavoro e benessere

Nei primi anni Ottanta un illuminato economista, Amartya Sen – in netta opposizione con il pensiero economico dominante – teorizzò un approccio radicalmente nuovo alla valutazione del benessere (il *well-being*, lo «stare bene»): la qualità della vita non poteva essere valutata soltanto in termini di redditi e risorse, ma soprattutto in relazione alla capacità degli individui di raggiungere funzionamenti ritenuti di rilievo.

I funzionamenti, nella visione di Sen, rappresentavano uno stato di essere o di fare dell'individuo (nutrirsi, essere in salute...), mentre la capacità era intesa come libertà – in termini di opportunità – di raggiungere una determinata combinazione di funzionamenti (Sen, 1993). In questo senso la teoria di Sen aveva delle ripercussioni importanti sul modo di intendere l'obiettivo delle politiche pubbliche: intervenire per prevenire gli ostacoli che possano limitare le capacità di agire (*agency*) e la piena realizzazione degli individui. La libertà di cui Sen parlava doveva essere perseguita come valore in sé, ma permetteva anche di convertire la crescita economica in un aumento del be-

* Direzione Generale Reddito di autonomia e inclusione sociale – Regione Lombardia.

nessere, nella misura in cui il suo perseguimento poteva dare una spinta molto efficace al progresso economico (Sen, 2000).

La valutazione del progresso della società non solo in termini economici – come fa il Pil – ma anche attraverso un punto di vista sociale e ambientale non è più un concetto nuovo: si pensi alle crescenti considerazioni di natura etica all'interno delle strategie d'impresa (Responsabilità Sociale di Impresa, Rsi) o al sempre più frequente uso di indici multidimensionali per la misura di disuguaglianze e sostenibilità.

In Italia, per esempio, è recente l'introduzione nella programmazione economica¹, con la legge 4 agosto 2016, n. 163 in materia di «Modifiche alla legge 31 dicembre 2009, n. 196, concernenti il contenuto della legge di bilancio, in attuazione dell'articolo 15 della legge 24 dicembre 2012, n. 243» (art. 1 lettera g), dell'Indice di Benessere Equo e Sostenibile (BES) con lo scopo di valutare l'effetto delle politiche pubbliche su alcune misure sociali fondamentali. Lo schema di decreto che definisce i 12 indicatori che compongono l'indice² è attualmente all'esame del Senato, dopo aver ricevuto lo scorso settembre il parere favorevole della Commissione Bilancio della Camera.

Tra gli indicatori proposti troviamo il «rapporto tra tasso di occupazione delle donne di 25-49 anni con figli in età prescolare e delle donne senza figli»: l'intenzione dell'indicatore è costituire una misura indiretta dell'adeguatezza dei servizi di welfare a supporto della possibilità di conciliare gli impegni casa-lavoro.

¹ In un apposito allegato al Documento di Economia e Finanza (Def).

² I 12 indicatori sono: reddito medio disponibile aggiustato pro capite; indice di disuguaglianza del reddito disponibile; indice di povertà assoluta; speranza di vita in buona salute alla nascita; eccesso di peso; uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione; tasso di mancata partecipazione al lavoro; rapporto tra tasso di occupazione delle donne di 25-49 anni con figli in età prescolare e delle donne senza figli; indice di criminalità predatoria; indice di efficienza della giustizia civile; emissioni di CO₂ e altri gas alteranti; indice di abusivismo edilizio.

Il tema della conciliazione dei tempi di vita familiari e lavorativi è sicuramente, del resto, una delle grandi sfide sociali contemporanee: conciliare famiglia e lavoro corrisponde infatti al bisogno essenziale di ogni persona di realizzarsi compiutamente, «partecipando con equilibrio alle diverse esperienze della vita e assumendo responsabilità nelle relazioni che la sostanziano, in primis la partecipazione sociale, il lavoro, la generatività e la cura»³.

La complessità nel rispondere a tale bisogno risiede nel fatto che vengono coinvolte «leve e politiche diverse – economiche, d'impresa, del lavoro, dei servizi alla persona, della casa, della salute, territoriali e di coesione sociale, dall'altro chiama in causa più direttamente le persone e le famiglie, le associazioni e il mondo del Terzo settore, gli Enti e le istituzioni a livello locale, il mondo dell'impresa e le parti sociali»⁴, in quanto la possibilità di conciliare vita lavorativa e vita familiare non è frutto di sole scelte individuali (lo è in minima parte), ma è perseguibile sulla base di opportunità, risorse, scelte messe in campo dai diversi attori e dalle politiche, proprio come afferma Sen.

È evidente che la conciliazione vita-lavoro non è un bisogno solo «al femminile», in quanto non è legato soltanto alla maternità (e la stessa Unione Europea lo definisce infatti «un diritto fondamentale di tutti»⁵), ma è altrettanto evidente come inter-

³ «Lombardia 2020. Libro verde sulla conciliazione famiglia-lavoro», www.mumattack.it/wp-content/uploads/2015/04/Libroverde.pdf, p. 5.

⁴ *Ibidem*.

⁵ La risoluzione «Creating labour market conditions favourable for work-life balance» (per la creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale), approvata dal Parlamento europeo il 13 settembre 2016, sottolinea come la conciliazione tra vita professionale, privata e familiare debba essere garantita quale diritto fondamentale di tutti, «nello spirito della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, con misure che siano disponibili a ogni individuo, non solo alle giovani madri, ai padri o a chi fornisce assistenza; chiede l'introduzione di un quadro per garantire che tale diritto rappresenti un obiettivo fondamentale dei sistemi sociali e invita l'Ue e gli Stati membri a pro-

cetti il tema delle pari opportunità tra uomini e donne, perché ancora oggi i dati mostrano che sono le donne ad assumersi più degli uomini la responsabilità della cura dei figli e dei membri più fragili della famiglia.

Questo maggiore carico si ripercuote sulla realizzazione della donna, che rinuncia alla carriera, ma non solo; gli aspetti su cui si riflette attualmente sono numerosi (Parlamento europeo 2017):

- divario retributivo: la media Ue tra uomini e donne nel 2014 si attestava ancora al 16,1%, sebbene in media le donne raggiungano un livello di istruzione più elevato rispetto agli uomini;
- disparità di accesso alle risorse economiche e finanziarie;
- scarsa rappresentanza femminile nelle posizioni decisionali e di potere in campo economico;
- divario pensionistico, nell'Ue pari nel 2014 a un impressionante 40,2%.

Considerando soltanto il costo del tasso di occupazione femminile, nel 2013 questo divario valeva 370 miliardi di euro, il 2,8% del Pil europeo (Eurofound, 2016). Emerge perciò senza alcun dubbio che la riduzione delle disuguaglianze tra uomini e donne è una necessità quanto mai attuale se si vuole creare l'economia intelligente, sostenibile e inclusiva prevista dalla Strategia Europa 2020.

Altri studi mostrano, del resto, come lo stress che comporta la difficoltà a conciliare vita familiare e lavorativa si ripercuota sul diritto alla salute, portando a un logoramento che espone a conseguenze sul sistema neurologico, depressione, attacchi di

muovere, sia nel settore pubblico che privato, modelli di welfare aziendale che rispettino il diritto all'equilibrio tra vita professionale e vita privata; ritiene che tale diritto dovrebbe essere integrato in tutte le iniziative dell'Ue che possano avere un impatto diretto o indiretto su tale tema».

panico, oltre a problemi all'apparato digerente e alle ossa (Camusso, 2016). Ulteriori studi (D'Ovidio *et al.*, 2016) dimostrano come la probabilità di sviluppare una malattia coronarica per le madri che lavorano aumenta all'aumentare del numero di figli a carico, anche se l'effetto è dovuto esclusivamente alla presenza di figli maschi nel nucleo familiare, forse attribuibile al fatto che i figli maschi rappresentano un carico più oneroso delle figlie femmine per il loro minore contributo al lavoro domestico.

Nei casi in cui la donna è costretta a rinunciare totalmente all'occupazione, inoltre, non viene persa solo la possibilità di contribuire al benessere familiare ma anche, e soprattutto, al benessere dei figli:

un nucleo familiare che si regge su un'unica fonte di reddito espone maggiormente i minori al rischio di povertà. I bambini svantaggiati soffrono non solo dal punto di vista cognitivo, ma anche a livello comportamentale e sociale, in quanto è più facile che in futuro rientrino fra i cosiddetti *working poors*, lavoratori con basse qualifiche, occupazioni precarie e poco retribuite, destinati con molta probabilità a essere pensionati poveri e non autosufficienti⁶.

Il coinvolgimento di tutte queste sfere giustifica il fatto che il tema della conciliazione sia divenuto sempre più prioritario nelle agende politiche europee, nazionali e regionali. Citando solo i provvedimenti più recenti, il 26 aprile 2017 è stata adottata dalla Commissione Europea la proposta «di pilastro europeo dei diritti sociali», che stabilisce 20 principi e diritti fondamentali per sostenere il buon funzionamento e l'equità dei mercati del lavoro e dei sistemi di protezione sociale all'interno dell'Unione Europea. I principi e diritti sanciti dal pilastro sono articolati in tre categorie: pari opportunità e accesso al mercato del lavoro, condizioni di lavoro eque e protezione e inclusione sociali. Tra questi ritroviamo, oltre all'uguaglianza di genere e di

⁶ Maino, 2013, p. 23.

opportunità, l'equilibrio tra vita familiare e vita lavorativa e il sostegno alla cura e all'educazione dei figli.

Al «pilastro europeo dei diritti sociali» vengono affiancate ulteriori misure legislative e non, tra cui la proposta di direttiva relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza, al fine di modernizzare il quadro politico e giuridico vigente nell'Unione Europea per promuovere un migliore uso dei congedi e delle modalità di lavoro flessibili, partendo dal presupposto che «l'attuale quadro giuridico a livello dell'Unione e degli Stati membri prevede disposizioni limitate volte a far sì che gli uomini condividano equamente le responsabilità di assistenza con le donne»⁷.

La proposta di direttiva, attualmente in fase di discussione, prevede di introdurre:

- un congedo di paternità di quattro mesi retribuito almeno al livello dell'indennità di malattia e non trasferibile tra i genitori;
- un periodo di congedo di durata non inferiore a 10 giorni lavorativi in occasione della nascita di un figlio;
- un congedo di cinque giorni l'anno per i prestatori di assistenza, in caso di malattia di un parente diretto;
- per i genitori di bambini fino a 12 anni di età e ai prestatori di assistenza il diritto di chiedere modalità di lavoro flessibili, quali, per esempio, l'orario di lavoro flessibile o ridotto o la flessibilità per quanto concerne il luogo di lavoro.

La Commissione Europea sottolinea fortemente l'impatto positivo sulla società delle azioni previste:

mentre i genitori e i prestatori di assistenza beneficeranno di un equilibrio tra attività professionale e vita familiare meglio adattato alle necessità delle famiglie di oggi, l'aumento dell'occupa-

⁷ Commissione Europea 2017a, p. 2.

zione delle donne, la loro retribuzione più elevata e la loro progressione di carriera avranno effetti positivi su di loro e sulla prosperità economica, sull'inclusione sociale e sulla salute delle loro famiglie. Le imprese trarranno beneficio da un più ampio bacino di talenti, una forza lavoro più motivata e produttiva e una riduzione dell'assenteismo⁸.

Inoltre,

l'espansione dei servizi di assistenza a lungo termine può avere un impatto positivo sul benessere e sulla salute dei prestatori di assistenza e degli assistiti e ridurre gli oneri fisici e psicologici dell'assistenza agli anziani, che stanno aumentando sempre di più a causa dell'invecchiamento della popolazione⁹.

L'obiettivo da raggiungere è il benessere sia all'interno del nucleo familiare sia nell'ambito lavorativo: da un lato una migliore gestione del tempo, anche attraverso una più equa condivisione dei compiti di cura all'interno del nucleo familiare e l'investimento sui servizi di cura per l'infanzia e l'adolescenza, per consentire l'ingresso o la permanenza delle lavoratrici e dei lavoratori nel mondo del lavoro; dall'altro, nell'ambito lavorativo, migliori condizioni di lavoro, valorizzando le competenze, accrescendo la motivazione e perfezionando l'organizzazione del lavoro in modo da cercare le soluzioni più appropriate in un'ottica di flessibilità.

Fortunatamente nel corso degli ultimi anni si è rilevato un aumento del numero di enti e aziende che riconoscono come, in virtù del suo contributo al benessere dei dipendenti e della comunità, la conciliazione rappresenti un'opportunità e un vantaggio più che un costo¹⁰, grazie anche ai riscontri positivi di

⁸ *Ibidem*.

⁹ Commissione Europea 2017b, p. 14.

¹⁰ Si veda «Lombardia 2020. RoadMap per la Conciliazione Famiglia-Lavoro», www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/lombardia-2020-roadmap-per-la-conciliazione-famiglia-lavoro.pdf.

progetti sperimentali che sono stati avviati in aziende di diverse dimensioni. Solo nel caso di introduzione di esperienze di flessibilità aziendale come lo *smart working* si sono rilevati miglioramenti in termini di produttività e di raggiungimento di obiettivi aziendali, oltre ai vantaggi in termini di minor tempo dedicato agli spostamenti e utilizzato nella sfera familiare o lavorativa.

È in corso un graduale cambiamento culturale nella percezione dell'importanza delle misure di conciliazione vita-lavoro, che deve essere tuttavia alimentato anche da azioni di informazione sul tema, per garantire un'equità nelle possibilità di miglioramento del benessere. Da una parte è quindi necessario fornire alle imprese tutti i supporti che consentano loro di mettere in atto soluzioni in termini di welfare aziendale – ossia l'insieme di prestazioni e benefici economici per rispondere a bisogni dei propri dipendenti – anche affiancandole nella raccolta e nell'analisi delle informazioni a livello legislativo e amministrativo, negli studi di fattibilità per l'introduzione di tali misure e negli aspetti contabili nella gestione delle stesse. Le famiglie, allo stesso tempo, vanno aiutate nel reperimento di tutte le informazioni sulle opportunità a cui possono accedere, sia in riferimento all'individuazione dei servizi che sono già presenti sul territorio e alla loro accessibilità, sia all'interno del luogo di lavoro.

Il contesto in Italia

Nonostante i notevoli progressi compiuti in questi anni, in Italia l'asimmetria delle responsabilità di cura si manifesta in maniera ancora molto evidente.

Secondo i dati Istat (2016), in Italia la diminuzione della natalità in atto dal 2010 è in costante peggioramento, interessa tutte le aree del Paese ed è da riferire in larga misura ai nati italiani. Nel 2015 il numero medio di figli per donna è stato di 1,35 (era 1,46 nel 2010): tasso di fertilità tra i più bassi d'Europa e inferiore a quello necessario per il ricambio generazionale.

Diminuisce il numero medio di figli per le donne italiane (1,27 contro 1,34 nel 2010), ma anche quello relativo alle cittadine straniere residenti (1,94 contro 2,43 nel 2010).

Se il calo delle nascite è dovuto in larga parte alle significative modificazioni della popolazione femminile in età feconda (convenzionalmente fissata tra 15 e 49 anni) e sempre meno numerosa, la restante quota dipende invece dalla diminuzione della propensione ad avere figli: si ritiene cioè che non vi siano le condizioni, economiche e sociali, per pensare di metterli al mondo.

Con riferimento specifico alle donne con figli, i tassi di occupazione rimangono tra i più bassi d'Europa¹¹: nella fascia di età 25-64 anni le mamme con un figlio hanno registrato nel 2016 un tasso di occupazione del 58,6%, contro una media europea (Eu28) del 73,2%; questo tasso scende al 55,5% con due figli e al 43,8% con tre o più figli. Se si considerano le donne della stessa coorte d'età senza figli, il tasso sale al 61,8%, evidenziando un gap di genere molto ampio rispetto agli uomini, per i quali il tasso di occupazione decresce soltanto passando da due a tre o più figli.

Un altro indicatore importante del costo personale e professionale che sostengono le donne per poter svolgere il doppio ruolo di madri e di lavoratrici è quello che riguarda i lavori part-time, una modalità contrattuale che spesso prediligono per le possibilità conciliative che offre, ma che certamente ne penalizza la crescita professionale.

Anche in questo caso i dati¹² ci indicano chiaramente come all'aumentare delle responsabilità familiari e del carico del la-

¹¹ Si vedano i dati Eurostat, «Employment rate of adults by sex, age groups, educational attainment level, number of children and age of youngest child (%)» 2016, http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/lfst_hheredch.

¹² Si vedano i dati Eurostat, «Percentage of part-time employment of adults by sex, age groups, number of children and age of youngest child», 2016, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfst_hhptechi&lang=en.

voro di cura aumenta anche la percentuale di donne che fanno ricorso al part-time: nella fascia di età 25-54 anni le donne occupate senza figli con contratto di lavoro a tempo parziale sono il 28,5%, passano al 36,3% con un figlio, al 40,5% con due figli e al 40,6% con tre o più figli.

Ancora troppo spesso, infine, le donne sono costrette a lasciare il lavoro contro la propria volontà: nel 2016 il 78% delle richieste di dimissioni convalidate dall'Ispettorato nazionale del lavoro ha riguardato le lavoratrici madri. Ben il 40% di queste, pari a 13.854 donne, è stato motivato dalla difficoltà di conciliare il lavoro con le esigenze di cura dei figli, principalmente per tre ragioni: assenza di parenti di supporto, mancato accoglimento al nido ed elevata incidenza dei costi di assistenza al neonato. Da segnalare anche l'incremento delle dimissioni riferite ai lavoratori padri (+ 34% rispetto al 2015)¹³.

E non è finita: secondo il Global Gender Gap Report 2016, una classifica mondiale redatta ogni anno dal World Economic Forum che traccia l'ampiezza delle disparità di genere tra Paesi, l'Italia è in cinquantesima posizione (meno tre posizioni rispetto al 2015) su 144 Paesi, con risultati particolarmente negativi relativamente a parità dei salari, presenza in posizioni di lavoro apicali e nelle istituzioni pubbliche.

Anche i dati sull'uso del tempo (Istat, 2014) non mostrano uno scenario roseo: nel 2014, ultimi dati disponibili, le donne nella fascia di età 25-64 anni dedicavano al lavoro familiare il 21,7% (5 ore e 13) della propria giornata contro il 7,6% (1 ora e 50) degli uomini.

Vi sono però anche alcuni segnali positivi: rispetto al 2009 aumenta di 12 minuti al giorno il tempo dedicato dagli uomini adulti al lavoro familiare: seppure si tratti di un cambiamento

¹³ De Cesare C. (2017), «Più difficile conciliare lavoro e figli. Crescono del 44% le dimissioni», in *Corriere della Sera – La 27esima ora*, 3 ottobre 2017, http://27esimaora.corriere.it/17_ottobre_03/piu-difficile-conciliare-lavoro-figli-crescono-44percento-dimissioni-bc32eda4-a7d9-11e7-8b29-3c19760df94c.shtml.

limitato, è da considerare che in precedenza il contributo maschile era aumentato di soli 17 minuti in 20 anni. Segnali positivi per la parità di genere si registrano fra le coppie di genitori occupati (con la madre tra 25 e 44 anni), che incontrano più difficoltà a conciliare i tempi di vita. L'indice di asimmetria del lavoro familiare scende per la prima volta nel 2014 sotto il 70%: si attesta al 67,3% dal 71,9% del 2009.

Se i genitori sono entrambi occupati con figli piccoli, il ricorso ai servizi privati (colf e babysitter) continua a riguardarne una porzione marginale (il 7,7% si avvale di un aiuto nelle attività domestiche e il 4,5% di una babysitter), pertanto per la gran parte delle coppie il lavoro familiare resta totalmente a loro carico.

Le strategie: il percorso di Regione Lombardia

In questo contesto tra le strategie attuate dalle famiglie per trovare un equilibrio vita-lavoro vi è stato storicamente il ricorso alla rete parentale, o meglio ai nonni.

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'età media delle madri e l'allungamento della vita lavorativa dei nonni hanno però reso sempre meno sostenibile il ricorso ai nonni come *caregiver* primari; oltre a ciò la crisi economica e la necessità di tenere sotto controllo la dinamica dei costi hanno fatto emergere l'esigenza di un ripensamento complessivo dei sistemi di welfare, per rispondere in modo efficace a una domanda più differenziata di tutela (Maino, 2013).

Al «primo welfare», ossia ai servizi considerati essenziali per godere dei diritti fondamentali di cittadinanza garantiti dallo Stato, si è così affiancato il «secondo welfare»¹⁴, ossia una realtà

¹⁴ Termine per la prima volta utilizzato da Dario Di Vico nell'articolo «Il welfare dei privati che sostituisce lo Stato», nella rubrica La nuvola del lavoro del *Corriere della Sera*, 15 giugno 2010, http://nuvola.corriere.it/2010/06/15/il_welfare_dei_privati_che_sos.

di attori economici e sociali che offrono servizi di varia natura non sempre garantiti dal settore pubblico, generando una nuova configurazione in cui Stato, mercato, privato sociale e cittadini collaborano per produrre in modo sinergico soluzioni e risposte volte al benessere di individui e famiglie.

È in quest'ottica che Regione Lombardia, che da sempre fonda il proprio modello di governo sulla sussidiarietà e la capacità di fare rete con il territorio¹⁵, ha dato vita dal 2010 a un percorso innovativo che ha consentito di porre le basi per l'attivazione e la gestione di processi locali partecipati.

In attuazione dell'intesa sulla «Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro» sottoscritta in sede di Conferenza Unificata Stato, Regioni e Autonomie locali il 29 aprile 2010, Regione Lombardia ha elaborato e realizzato un ambizioso programma attuativo che ha visto la costituzione di 13 «reti territoriali per la conciliazione», le quali hanno redatto altrettanti accordi per la realizzazione di azioni e interventi sui territori.

Le reti territoriali rappresentano partenariati di organizzazioni pubbliche e private che possono essere considerate rappresentative della filiera della conciliazione vita-lavoro sia dal punto di vista della mappatura dei bisogni sia dal punto di vista dell'individuazione delle soluzioni. Nelle «reti» sono infatti coinvolte imprese, enti locali, associazioni datoriali e sindacali, enti del terzo settore. La costituzione di partenariati pubblico-privato, come affermato nella Delibera di Giunta regionale del 5 agosto 2010, n. 381, consentiva:

¹⁵ Già la legge regionale n. 23 del 6 dicembre 1999, in materia di «Politiche regionali per la famiglia», era stata in una certa misura rivoluzionaria rispetto al panorama italiano, operando effettivamente in una logica di *empowerment* delle famiglie, promuovendo la loro capacità di autonoma iniziativa e di utilizzo delle proprie risorse e competenze per affrontare i problemi connessi al proprio ruolo sociale, promuovendo l'associazionismo familiare, valorizzando le esperienze di prossimità, di scambio, di auto mutuo aiuto.

- di porre le basi per l'attivazione e gestione di processi locali partecipati;
- di garantire sostenibilità alle azioni nella fase successiva all'esaurimento dei fondi dell'intesa;
- di favorire l'ottimizzazione delle risorse mettendo a sistema le azioni;
- di favorire la valorizzazione e lo scambio di buone pratiche;
- di evitare l'autoreferenzialità delle singole iniziative, che invece dovevano essere coordinate e gestite.

Con una visione particolarmente innovativa si riconosce per la prima volta un ruolo chiave sul tema alle Aziende Sanitarie Locali (Asl) identificandole come soggetti promotori delle «reti» assieme agli enti territoriali e locali, a dimostrazione di una visione in ottica sociale e socio-sanitaria della tematica e in coerenza con la definizione di salute del decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, che all'art. 2, lett. o), la definisce «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale non consistente solo in un'assenza di malattia o infermità».

Gli interventi realizzati dalle «reti» si concretizzano da subito nel miglioramento dell'offerta territoriale, come forme di benessere rivolta sia al capitale umano presente in azienda sia ai cittadini del territorio. Nel 2011, a rafforzamento degli interventi in corso di realizzazione da parte delle «reti», viene inoltre emanato il primo bando per progetti innovativi in materia di welfare aziendale e interaziendale, con il quale vengono concessi contributi alle micro, piccole e medie imprese (Mpmi) per realizzare iniziative di welfare aziendale. Il bando viene riproposto nel 2013 con importanti cambiamenti, aprendolo a tutte le tipologie di impresa e soprattutto rendendo necessario per la partecipazione un accordo di secondo livello (aziendale o territoriale) al fine di garantire una maggiore sostenibilità futura delle iniziative attivate.

Considerati gli esiti positivi dell'esperienza (443 stakeholder coinvolti e 127 progetti locali realizzati) e a seguito della sottoscrizione in Conferenza Unificata, il 25 ottobre 2012, di una

seconda edizione dell'intesa, Regione Lombardia rilancia gli interventi programmatori a supporto della conciliazione vita-lavoro con alcune importanti novità. Alle reti territoriali vengono affiancate le Alleanze locali di conciliazione, partnership pubblico-privato a livello locale, il più possibile vicine al cittadino, che realizzano gli interventi garantendone in primis la coerenza e la complementarità con la programmazione sociale, socio-sanitaria ed economica e in particolare con i Piani di zona, lo strumento strategico per il governo delle politiche sociali territoriali. I cittadini, gli enti e le imprese vengono in questo modo chiamati a un'assunzione diretta di responsabilità rispetto alle esigenze espresse dalla società.

Il ruolo delle Asl viene ulteriormente valorizzato, anche in considerazione delle difficoltà incontrate nel farsi riconoscere come interlocutore privilegiato sul tema dai soggetti del mondo economico e imprenditoriale: l'Asl diventa il soggetto capofila delle reti territoriali, con il compito di garantire il coordinamento complessivo del territorio di riferimento e la sinergia delle azioni, attraverso la già citata integrazione degli strumenti programmatici proposti e la presentazione di un Piano di azione territoriale. Attraverso la costituzione di un Comitato di valutazione e monitoraggio locale, alle Asl è inoltre chiesto di valutare le proposte progettuali pervenute dalle Alleanze, a cui viene pienamente delegata l'operatività.

Come è evidente – e come del resto sottolineato dalla Delibera di Giunta regionale del 12 dicembre 2013, n. 1081 – la strategia di Regione Lombardia punta fortemente sia sulla dimensione relazionale (di reciprocità e valorizzazione di approcci multidisciplinari tramite le reti multi-attore), sia sulla dimensione territoriale, il più possibile vicina alle esigenze delle famiglie e delle imprese (in particolare le Mpmi e il sistema della cooperazione sociale).

I risultati della seconda tornata programmatoria sono particolarmente significativi: il triennio 2014-16 ha visto la creazione di 63 Alleanze locali di conciliazione, per un totale di oltre 1100 enti aderenti. A fronte di circa 8 milioni di euro investiti, di cui

5 milioni di contributo pubblico regionale e statale, le azioni realizzate sono state oltre 300, per un totale di oltre 54.000 persone e 1778 imprese raggiunte. Tra gli interventi realizzati:

- contributi da parte delle pubbliche amministrazioni per l'utilizzo di servizi di cura e socioeducativi (contributi per centri estivi, *tagesmutter* e baby sitter);
- attività sperimentali di conciliazione quali la creazione di spazi di coworking e adiacente baby sitting, servizi di trasporto per parenti disabili o anziani, accompagnamento dei figli presso attività educative e sportive;
- sostegno alle imprese e formazione a imprenditori e manager per lo sviluppo di azioni di flessibilità aziendale (*smart working*, telelavoro...), interventi di welfare aziendale e interaziendale per l'offerta di servizi ai dipendenti, contrattazione di secondo livello.

Con la programmazione 2017-18, approvata con Delibera di Giunta regionale 12 dicembre 2016, n. 5969, Regione Lombardia conferma il modello di governance articolato in «reti» e Alleanze locali, dando continuità alle esperienze innovative avviate nel triennio e offrendo risposte ai nuovi bisogni emersi.

Una delle più grandi sfide riguardava, per esempio, la riorganizzazione delle reti territoriali: la legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 in materia di «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)» aveva infatti portato a una modifica del sistema sanitario e socio-sanitario lombardo, prevedendo otto Ats (Agenzie di Tutela della Salute) in sostituzione delle 15 Asl esistenti. In coerenza con la riforma, la nuova programmazione prevede che i rinnovi degli accordi delle «reti» recepiscano l'accorpamento in otto macro aree.

Viene inoltre ribadita la necessità di integrazione dei Piani con la programmazione territoriale, riconfermando il ruolo centrale degli ambiti territoriali.

Si sottolinea, infine, la necessità di proseguire nella diffusione della cultura della conciliazione vita-lavoro sul territorio ma soprattutto nelle imprese, indispensabile prerequisite per sostenere l'utilizzo dei benefici introdotti dalla legge di stabilità 2016¹⁶.

Un'importante novità è infine rappresentata dalla previsione di alcune azioni prioritarie, tra cui rientra la sperimentazione di azioni in sinergia con le reti regionali per la promozione della salute negli ambienti di lavoro (Workplace Health Promotion, Whp). Si tratta di una naturale evoluzione di un percorso che a metà del 2015 aveva già visto l'introduzione di un legame tra conciliazione vita-lavoro e prevenzione, in particolare con la Delibera di Giunta regionale 5 giugno 2015, n. 3564 che, con il programma «Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro», aveva identificato nelle reti territoriali per la conciliazione uno strumento per orientare in senso salutare gli ambienti di lavoro, cambiando i contesti organizzativi, migliorando l'ambiente sociale e rafforzando le competenze individuali.

Le azioni prioritarie individuate, oltre a quelle di sistema a sostegno delle «reti», si differenziano nei due filoni delle iniziative a supporto del welfare aziendale e dei servizi all'infanzia, prevedendo:

- servizi di assistenza e custodia rivolti a minori a supporto del *caregiver* familiare;

¹⁶ La legge di stabilità 2016 ripristina la tassazione con aliquota agevolata del 10% dei premi di produttività erogati a lavoratori del settore privato, sospesa per l'anno 2015 a causa della mancanza di risorse finanziarie, prevedendo inoltre la possibilità di totale detassazione totale qualora tali somme siano sostituite – in tutto o in parte – con servizi resi dal datore di lavoro in relazione a servizi di educazione, istruzione, ricreazione, assistenza sociale e sanitaria o culto, anche corrisposte attraverso l'erogazione di voucher, cartacei o elettronici. Per poter fruire dell'agevolazione è necessario che l'erogazione avvenga in esecuzione di contratti aziendali o territoriali (contratti collettivi di secondo livello) depositati entro trenta giorni presso la Direzione Territoriale del Lavoro competente.

- servizi per la gestione del pre- e post scuola e dei periodi di chiusura scolastica (grest e oratori estivi, doposcuola ecc.);
- servizi di supporto per la fruizione di attività nel tempo libero a favore di minori (accompagnamento e fruizione di attività sportive e ludiche, visite a parchi/musei ecc.);
- azioni di *time saving* in favore di titolari o dipendenti di imprese commerciali o artigianali, limitandole a microimprese con massimo tre occupati per attività non legate alla gestione dell'azienda;
- accompagnamento e supporto, anche attraverso iniziative di formazione, rivolto a micro, piccole e medie imprese e reti di imprese per usufruire del regime di defiscalizzazione o per lo sviluppo della contrattazione territoriale e aziendale di secondo livello;
- accompagnamento e supporto, anche attraverso iniziative di formazione, rivolto a micro, piccole e medie imprese, reti di imprese e aziende di cura pubbliche o private per la costruzione di piani di congedo e piani di flessibilità aziendale e per l'adozione di misure flessibili di lavoro, tra cui l'adozione di modalità di lavoro flessibili e di spazi di lavoro condivisi (coworking, *smart working*, telelavoro...).

Particolare attenzione è infine dedicata alle iniziative di informazione e comunicazione, con l'identificazione di un marchio regionale per dare riconoscibilità a tutte le iniziative e l'avvio di campagne social media dedicate, nonché al monitoraggio e alla valutazione degli interventi: viene prevista infatti l'attivazione di una procedura a evidenza pubblica per la realizzazione di un piano di valutazione che consenta di giudicare, oltre all'efficienza, efficacia e pertinenza delle azioni realizzate, l'impatto a medio e lungo termine sulla società.

Per la prima volta, inoltre, a sostegno della conciliazione vita-lavoro viene previsto l'utilizzo di risorse del Fondo Sociale Europeo facenti capo all'Asse 2 – Inclusione sociale: la scelta di non utilizzare risorse dell'Asse 1 – Occupabilità a favore dell'Asse 2 è significativa e testimonia ancora una volta che la

difficoltà di conciliazione viene ritenuta un'importante causa di vulnerabilità dei nuclei familiari. L'aumento e il consolidamento di servizi per l'infanzia e l'adolescenza vengono concepiti come volano per l'inclusione attiva e l'integrazione di genere.

I primi interventi in corso di realizzazione sembrano aver colto pienamente lo spirito innovatore della nuova programmazione: un caso emblematico è rappresentato da un progetto attivo nella provincia di Cremona, che mira a favorire l'accesso a prestazioni sociali e socio-sanitarie da parte dei dipendenti delle imprese aderenti all'Alleanza territoriale e di tutti i cittadini (integrando perciò welfare aziendale e territoriale) attraverso una piattaforma elettronica, allo scopo da un lato di calmierare i prezzi dei servizi offerti e dall'altro di raggiungere cittadini/lavoratori residenti nei contesti maggiormente isolati, come le frazioni e i piccoli comuni dove le attività commerciali non sono presenti.

I risultati

Oltre sei anni di programmazione permettono di fare un bilancio positivo dell'impegno di Regione Lombardia a supporto della conciliazione vita-lavoro.

Il coinvolgimento attivo di tutti gli stakeholder, a partire dall'individuazione dei bisogni fino alla co-progettazione e alla realizzazione degli interventi, si è rivelato uno degli aspetti cardine delle sperimentazioni nonché un effetto moltiplicatore per le risorse.

Tra i dati significativi vi è infatti quello relativo al cofinanziamento attivato da parte dei soggetti privati e pubblici partecipanti alle azioni: come evidenziato in Figura 1, nella programmazione 2014-16 le attività realizzate sono state sostenute per circa il 40% (3,4 milioni di euro) da un impegno diretto da parte degli enti aderenti alle Alleanze in termini sia di personale impiegato sia di risorse monetarie. Alla partenza della pro-

grammazione 2017-18, il cofinanziamento delle reti attivato è già di 4,3 milioni, dato plausibilmente destinato ad aumentare in maniera rilevante.

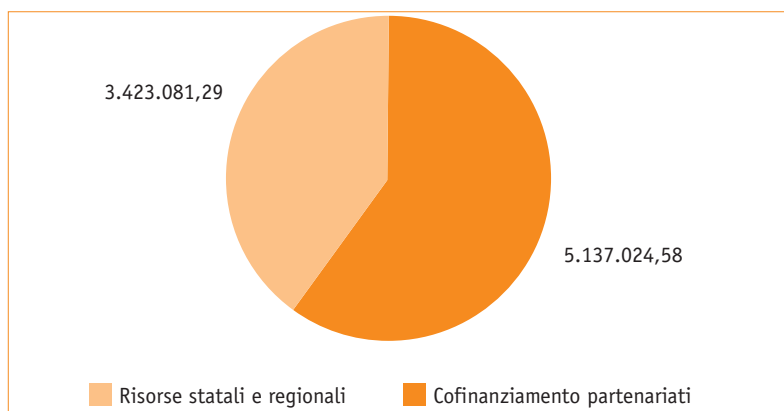


Figura 1 – Scomposizione delle risorse complessive a livello regionale, programmazione 2014-16 (fonte: Regione Lombardia).

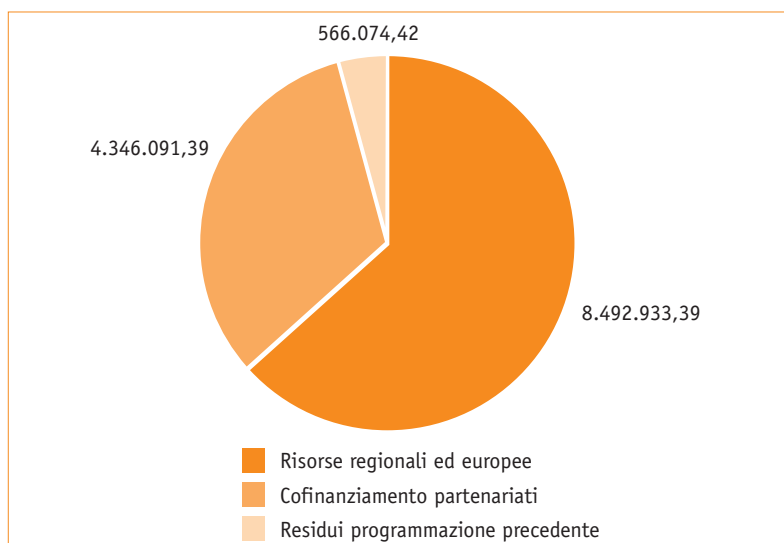


Figura 2 – Scomposizione delle risorse complessive a livello regionale, programmazione 2017-18 (fonte: Regione Lombardia).

Significativo è inoltre l'aumento degli enti aderenti alle Alleanze: alla chiusura della programmazione 2014-16 erano 796, con un aumento rispetto all'avvio della programmazione del 29,4%, così rappresentati.

Come è possibile notare, ben il 51% degli aderenti è costituito da imprese, e la metà di queste sono imprese profit: un importante risultato in termini di crescita di sensibilità sul tema e di percezione della conciliazione da parte delle aziende «non più come una concessione, ma come strumento necessario a incrementare sia la produttività sia il senso di appartenenza dei lavoratori all'azienda» (Gobbo e Maino, 2015).

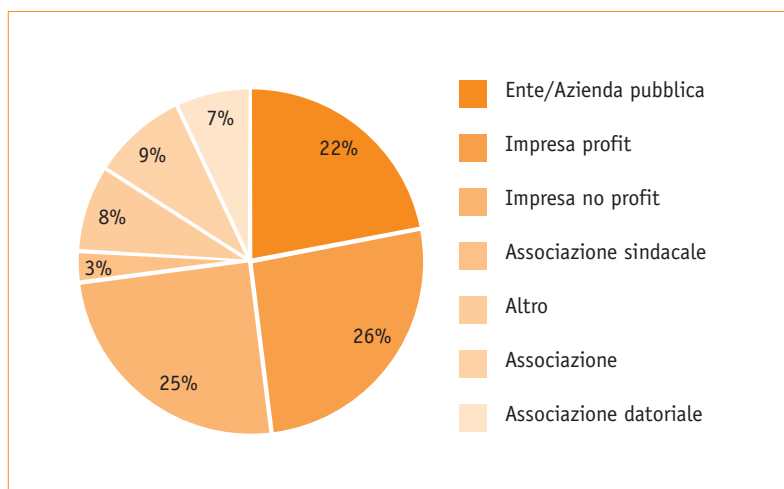


Figura 3 – Enti aderenti alle Alleanze per tipologia, gennaio 2016 (percentuale) (fonte: Regione Lombardia).

Come auspicato inoltre le «reti» e le Alleanze, grazie a un punto di vista più vicino al cittadino, hanno permesso una maggiore integrazione tra i progetti e i Piani di zona. Basti considerare che delle 63 Alleanze costituite nella programmazione 2014-16 ben 38 fanno capo a un ambito territoriale, l'unità territoriale convenzionale scelta per la programmazione sociale e socio-sanitaria integrata ai sensi della legge 8 novembre 2000, n. 328

«Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali».

Restano comunque delle criticità da affrontare.

Per esempio il rapporto con il mondo profit, nonostante stia dando esiti positivi, resta critico a causa della crisi economica e risente in modo significativo della sensibilità della singola impresa sul tema. Soprattutto nel caso di piccole e micro imprese è necessario puntare sulla diffusione delle buone prassi, al fine di rendere chiaramente identificabili gli effetti positivi dell'introduzione delle misure di conciliazione in azienda e allo stesso tempo fornire tutti gli strumenti utili per un supporto sull'utilizzo e l'individuazione delle opportunità, derivanti anche dai provvedimenti legislativi in questo ambito. Emblematica in questo senso è l'azione di sistema sperimentale prevista dall'Ats Brescia, che prevede l'attivazione di figure, una per ognuna delle tre Alleanze bresciane, di *welfare manager*, il cui scopo è prioritariamente quello di creare strette connessioni con il mondo delle imprese e con i lavoratori.

È evidente inoltre una difficoltà di coordinamento dovuta a un elevato numero di attori diversificati nei partenariati. In alcuni casi l'estensione delle «reti» in termini di numero di soggetti – aspetto positivo di per sé – ha determinato delle criticità nell'efficace funzionamento della rete stessa. La riunificazione delle quattro «reti» esistenti sul territorio della città metropolitana di Milano, ora facenti capo tutte alla nuova Ats Città Metropolitana, è sicuramente una delle maggiori sfide della programmazione 2017-18. Per tale motivo si è dato vita, in alcuni casi, a organi intermedi ristretti che, senza venir meno al principio di rappresentanza, consentono di procedere con le attività in maniera più agevole.

Malgrado ciò, la riunificazione delle «reti» permette anche la contaminazione delle esperienze; emblematico è il caso dell'Ats Val Padana, che ha esteso la progettualità relativa al portale territoriale anche al territorio di Mantova, mettendo a sistema una sperimentazione di successo e applicando una buona prassi già in atto a un nuovo territorio.

Conclusioni e sfide future

I dati illustrati confermano che la difficoltà nel conciliare vita familiare e vita lavorativa rappresenta oggi una condizione inequivocabile di svantaggio sociale, professionale ed economico. La responsabilità della cura delle persone, soprattutto bambini e anziani, e gli svantaggi che ne conseguono vengono sostenuti prevalentemente dalle donne, penalizzandone le capacità di crescita sotto ogni punto di vista (Save the Children, 2016). Per questo motivo la conciliazione vita-lavoro non è solo un'esigenza sempre più sentita, ma anche un importante tema di equità. Non si tratta però solo di una questione di giustizia morale o sociale, ma di ripensare il nostro modello economico e di sviluppo, di crescita sociale, di investimento sulle future generazioni.

Per raggiungere l'obiettivo è necessario attuare un mix di politiche che puntino sull'aumento dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza e sull'istituzionalizzazione di una fiscalità in senso favorevole alle famiglie con figli. A livello governativo, con iniziative estemporanee quali il «bonus bebè»¹⁷ non sono stati compiuti importanti passi in avanti e la spesa sociale destinata alle famiglie è ancora ferma all'1,4% del Pil¹⁸.

¹⁷ Il «bonus bebè», o assegno di natalità, è un assegno mensile destinato alle famiglie con un figlio nato, adottato o in affido preadottivo tra il 1° gennaio 2015 e il 31 dicembre 2017 e con un Isee non superiore a 25.000 euro. L'assegno è annuale e viene corrisposto ogni mese fino al terzo anno di vita del bambino o al terzo anno dall'ingresso in famiglia del figlio adottato. Esso è stato istituito dall'articolo 1, commi 125-129, legge 23 dicembre 2014, n. 190, «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato» (legge di stabilità per l'anno 2015), mentre con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 27 febbraio 2015 sono state adottate le relative disposizioni attuative (dal sito dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale, www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=50096).

¹⁸ Adkronos, «Welfare, in Italia il 6,5% delle risorse a famiglie e figli. Agli anziani il 65,4%», articolo del 15 maggio 2016, www.adnkronos.com/soldi/economia/2016/05/15/welfare-italia-delle-risorse-famiglie-figli-agli-anziani_rEzCmNfUG0l8cjT2Oyw0iO.html.

In termini di fiscalità, la sperimentazione del Fattore Famiglia Lombardo, prevista dalla legge regionale 27 marzo 2017, n. 10 in materia di «Norme integrative per la valutazione della posizione economica equivalente delle famiglie – Istituzione del fattore famiglia lombardo» rappresenta un primo strumento migliorativo per la definizione delle condizioni economiche e sociali in relazione all'accesso alle prestazioni, con l'obiettivo principale di agire in favore della famiglia tenendo conto della sua composizione, della sua numerosità e dell'esistenza di situazioni di svantaggio come disabilità e presenza di anziani non autosufficienti, sostenendo le situazioni di vulnerabilità personale e familiare.

Come evidenziato da Mencarini (2017), le politiche a sostegno della famiglia sono costose e non hanno un impatto immediato sul consenso, ma è urgente intervenire per garantire la sostenibilità futura del sistema. Numerosi studi continuano a dimostrare quanto sia indispensabile il contributo lavorativo femminile alla crescita dei Paesi, una crescita che però non potrà avvenire se non si riuscirà a riequilibrare il carico eccessivo del lavoro di cura che ancora pesa sulle spalle delle donne. Tutte le componenti del nostro sistema economico e sociale devono essere chiamate a contribuire alla ridefinizione di un nuovo modo di prendersi cura delle persone e di lavorare: in questo senso le esperienze di secondo welfare di Regione Lombardia costituiscono un importante punto di partenza.

Come sottolineato da Canale (2013), non è scontato che le iniziative di secondo welfare, proprio perché di natura sperimentale, si tramutino in vere e proprie innovazioni sociali, ossia in iniziative efficaci e sostenibili, oltre che stabili nel tempo. Perché ciò accada, è necessario che i suoi protagonisti abbiano la consapevolezza del proprio ruolo di innovatori sociali, consapevolezza che le Ats, come coordinatori delle «reti», sembrano aver acquisito.

Questo tipo di esperienze tuttavia deve continuare a costituire un «doppio binario», accompagnandosi alle misure di sostegno tradizionali. A oggi non vi sono sicuramente le condizioni

perché il secondo welfare si sostituisca al primo e conduca allo smantellamento del welfare pubblico o ne faccia uno strumento solo residuale. Si riconferma anche quest'anno, perciò, la misura di Regione Lombardia «Nidi Gratis», che permette ai nuclei familiari lombardi con Isee inferiore a 20.000 euro di beneficiare dell'azzeramento della retta di nidi e micronidi pubblici e privati convenzionati.

Pur configurandosi solo come integrativo rispetto al primo, il secondo welfare ha però un ruolo fondamentale, anche soltanto in termini di intercettazione dei nuovi bisogni. La definizione di welfare state è dinamica: le forme di intervento dello Stato in ambito sociale devono mutare nel tempo al variare della struttura sociale, demografica, economica e del mercato del lavoro, che evidenziando nuovi rischi comporta la nascita di nuovi bisogni.

Come evidenziato dal rapporto «Welfare Index PMI» del 2017, oggi, in uno scenario di prolungata instabilità economica, la questione emergente è la crescente fragilità sociale del Paese. Negli ultimi trent'anni le politiche di riforma del welfare si sono concentrate soprattutto su tre aree: le pensioni, la sanità, la tutela del lavoro. Il welfare non è mai stato solo questo, ma queste aree hanno avuto – e tuttora mantengono – un ruolo fondamentale per la sicurezza sociale del Paese. Si aprono tuttavia aree di iniziativa altrettanto urgenti a cui dedicare ulteriori risorse. Il welfare aziendale, e in generale il secondo welfare, offrono una garanzia di flessibilità e velocità nelle risposte, perché intercettano velocemente le esigenze, in quanto sono i lavoratori/cittadini a scegliere i servizi di cui usufruire e il modo in cui farlo.

Se inoltre, come visto, il concetto di welfare è strettamente legato alle condizioni di vita degli individui e alle risorse e opportunità di cui dispongono, allora «analizzare come si struttura il ciclo di vita, quali fasi lo compongono e quali sono i rischi e i bisogni che compaiono in queste fasi può aiutare a comprendere quali risposte il primo welfare è in grado di garantire e dove e come si aprono spazi per interventi di secondo welfare» (Maino, 2013, p. 32).

Un'importante esperienza in questo senso è stata realizzata dall'Azienda Trasporti Milanese (Atm) con azioni di *age management*: nel caso specifico dell'azienda la popolazione nella fascia di età over 50 sarà una componente sempre più preponderante negli anni futuri. Questo richiede una revisione totale e un riadattamento complessivo dei sistemi di gestione del personale e delle azioni sulla salute e sulla sicurezza: sulla base di una ricerca realizzata con l'Università Cattolica di Milano e successivi focus group rivolti al personale over 50, è stato identificato un primo Piano di Azioni Positive (Pap) da realizzare nel triennio 2015-17, strutturate in tre ambiti di intervento: organizzazione e gestione, salute e sicurezza, motivazione e competenze. Per la realizzazione del Pap 2015-2017 è stato costituito l'Age team, un gruppo di lavoro composto da funzioni Hr, funzioni di linea e ambiti di competenza trasversali quali la medicina del lavoro, l'area safety e il *risk management*. Sono stati inoltre individuati indicatori chiave per il monitoraggio dei risultati conseguiti grazie al Pap 2015-2017 e sono stati coinvolti i medici del lavoro affinché vi sia coerenza e integrazione tra i differenti sistemi e interventi posti sul personale senior.

È necessario tuttavia garantire che i processi di secondo welfare si inneschino in tutti i contesti, per garantire pari opportunità: una via per farlo è rafforzare il sodalizio con le imprese e tra le imprese, attivando processi di *mentoring* da parte di aziende che hanno già sperimentato i benefici della conciliazione vita-lavoro verso quelle ancora diffidenti. Altra possibilità è formalizzare esperienze spontanee, come i comitati genitori, sempre più diffuse. Un esempio in tal senso è rappresentato da quanto realizzato dal Comune di Milano nell'ambito dei Piani di conciliazione 2014-2016: con l'azione ConciliaScuola sono state organizzate attività extracurricolari (sportive, culturali e ricreative) all'interno delle scuole cittadine, in cui i genitori si sono fatti parte attiva nell'organizzazione delle iniziative all'interno degli spazi scolastici. Il progetto ha consentito di fornire ai genitori tutti gli strumenti per la cogestione delle iniziative

con le scuole alla creazione di un'associazione a garanzia della prosecuzione delle attività.

Le amministrazioni pubbliche locali, nonostante i crescenti vincoli di spesa, sono candidate ad assumere un ruolo principe nella promozione dei partenariati pubblico-privato, oltre a «contribuire al ribaltamento della logica di programmazione: bisogni e possibili soluzioni devono diventare il punto di partenza, per poi coinvolgere soggetti finanziatori non esclusivamente pubblici» (Maino 2013, p. 34).

Il partenariato, in ultima analisi, è uno strumento che consente, grazie alla costituzione di sinergie fra attori che appartengono a sfere diverse, di accrescere la capacità di intervento della pubblica amministrazione: «dalla capacità di individuare un nuovo equilibrio tra queste sfere [dipende] la tenuta del sistema sociale, nonché l'individuazione di un nuovo modello di welfare rinnovato e sostenibile» (Maino 2013, p. 26).

Senza soluzione di continuità quindi il solco da percorrere rimane quello tracciato a partire dal 2010, anno che di fatto ha segnato, anche attraverso l'iniziativa di consultazione pubblica rivolta a cittadini ed enti del territorio, l'avvio del percorso relativo alla conciliazione che si è cercato di riassumere brevemente: un approccio *bottom-up*, che da un lato è necessario per mantenere vivo il dibattito all'interno della società sul tema della conciliazione vita-lavoro e dall'altro impegna a una costante verifica di quanto già realizzato al fine di riorientare gli interventi sulla base di ciò che emerge dal territorio.

Bibliografia

- Camusso S. (2016), «Politiche di conciliazione e riflessi sulla salute della donna», in O.n.da – Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (a cura di), *La salute della donna. Dalla salute al welfare al femminile – Libro bianco 2016*, FrancoAngeli, Milano.
- Canale L. (2013), «Unione Europea, innovazione sociale e secondo welfare», Working Paper 1/2013, Centro di Ricerca e Documen-

- tazione Luigi Einaudi, http://secondowelfare.it/allegati/2w_canale_wp1-2013.pdf.
- Commissione Europea (2017a), «Proposta di direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza e che abroga la direttiva 2010/18/Ue del Consiglio», COM(2017) 253 finale.
- Commissione Europea (2017b), «Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni – Un'iniziativa per sostenere l'equilibrio tra attività professionale e vita familiare di genitori e prestatori di assistenza che lavorano», COM(2017) 252 finale.
- D'Ovidio F., d'Errico A., Costa G. (2016), «Salute delle donne che conciliano il lavoro retribuito con la cura dei figli: associazione tra avere figli maschi e rischio di malattia coronarica», in Costa G. et al. (a cura di), *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini Istat sulla salute*, Rapporti ISTISAN 16/26, http://old.iss.it/binary/publ/cont/16_26_web.pdf.
- Eurofound (2016), «The gender employment gap: Challenges and solutions», Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Gobbo M., Maino F. (2015), «Reti territoriali per la conciliazione e alleanze locali in Lombardia», in Maino F., Ferrera M. (a cura di), *Secondo Rapporto sul Secondo Welfare in Italia*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, http://secondowelfare.it/edt/file/Versione_integrale_2R2W.pdf.
- Istat (2014), «I tempi della vita quotidiana. Un approccio multidisciplinare all'analisi dell'uso del tempo», Argomenti n. 32, www3.istat.it/dati/catalogo/20070807_00/arg_07_32_tempi_vita_quotidiana.pdf.
- Istat (2016), «Natalità e fecondità della popolazione residente», www.istat.it/it/files/2016/11/Statistica-report-Nati.pdf?title=Natalit%C3%A0+e+fecondit%C3%A0++28%2Fnov%2F2016++Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf.
- «Lombardia 2020. RoadMap per la Conciliazione Famiglia-Lavoro», www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/lombardia-2020-roadmap-per-la-conciliazione-famiglia-lavoro.pdf.

- Maino F. (2013), «Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse, innovazione sociale», in Maino F., Ferrera M. (a cura di), *Primo Rapporto sul Secondo Welfare in Italia*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, www.secondowelfare.it/edt/file/PRI-MO_RAPPORTO_SUL_SECONDO_WELFARE_IN_ITALIA.pdf.
- Mencarini F. (2017), «Italia in trappola: poche madri, pochi figli», in *Pagina99*, 20 marzo 2017, www.pagina99.it/2017/03/19/crollo-delle-nascite-invecchiamento-popolazione-madri-figli-i-stat-2016-demografia.
- Parlamento europeo (2017), «Relazione sulla parità tra donne e uomini nell'Unione europea nel 2014-2015», www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A8-2017-0046+0+DOC+XML+V0//IT.
- «Rapporto Welfare Index PMI 2017», www.welfareindexpmi.it/rapporto-welfare-index-pmi-2017.pdf.
- Save the Children (2016), «Le equilibriste – Da scommessa a investimento: la sfida della maternità in Italia», a cura di Badalassi G., Gentile F., www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/rapporto-mamme-2016-le-equilibriste.
- Sen A. (1993), *Il tenore di vita. Tra benessere e libertà*, Marsilio editori, Venezia.
- Sen A. (2000), *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*, Mondadori, Milano.
- World Economic Forum (2016), «The Global Gender Gap Report 2016 – Italy Country Profile», <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2016/economies/#economy=ITA>.

Strumenti e pratiche

Il core delle attività di Regione Lombardia nel Progetto Ccm 2014 «Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia» realizzato in Lombardia è stato il percorso di laboratorio che ha coinvolto tutte le Ats (Agenzie di Tutela della Salute) e i diversi stakeholder. Tale percorso si è sviluppato in fasi di ricerca azione e formazione, ed è consistito nel riorientamento di indirizzi regionali di programmazione e strumenti applicativi.

Di seguito è descritto l'approfondimento delle diverse fasi.

Il percorso formativo «Health Equity Audit dei programmi regionali di promozione della salute (Prp 2014-18): focus sul programma Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia»

di Ennio Ripamonti, Liliana Coppola, Simona Olivadoti,
Erika Rosa Cappelletti*

Ricerca e formazione come processi di sviluppo di competenze

Ogni iniziativa di innovazione culturale e professionale non può prescindere dal punto di vista e dalle competenze dei diversi attori chiamati in causa nella sua realizzazione concreta.

Nell'ambito del progetto nazionale Ccm Health Equity Audit (Hea), Regione Lombardia si è impegnata a sviluppare e sperimentare strumenti specializzati di *equity audit* mirati al setting «ambienti di lavoro».

In questo capitolo ripercorreremo il percorso di ricerca e formativo che è stato realizzato, descrivendo le caratteristiche e i profili di ruolo dei partecipanti coinvolti, l'articolazione e le tappe in cui si è svolto, i contenuti e le questioni affrontate, i processi di apprendimento sviluppati, le inevitabili messe a punto in corso d'opera e, da ultimo, gli strumenti di lavoro prodotti.

Base di partenza nella strutturazione del percorso è stata la necessità e la volontà di individuare e sperimentare sul campo principi, criteri e strumenti che potessero guidare le organizza-

* Ennio Ripamonti, Università degli Studi di Milano-Bicocca; Liliana Coppola, Direzione Generale Welfare Regione Lombardia; Simona Olivadoti, Ats Città Metropolitana di Milano; Erika Rosa Cappelletti, PoliS Lombardia.

zioni, i gruppi di lavoro e i singoli operatori nella costruzione di programmi di promozione della salute equi, efficaci e sostenibili.

Il percorso è stato strutturato tenendo conto di cinque obiettivi prioritari:

- aumentare le conoscenze e le competenze delle operatrici e degli operatori delle Agenzie di Tutela della Salute (Ats) rispetto alle tematiche *health equity*;
- sviluppare una cultura *equity oriented* della pianificazione locale dei programmi di promozione della salute (Pil), facendo riferimento alle indicazioni del Piano Regionale della Prevenzione (Prp);
- sostenere un processo culturale teso a condividere conoscenze e policy in tema di equità con i diversi stakeholder coinvolti, a vario titolo e in diverse forme, nello sviluppo dei programmi intersettoriali di promozione della salute previsti dal Prp;
- fornire metodi e strumenti affidabili di Health Equity Audit di programmi di promozione della salute;
- sperimentare un percorso formativo su queste tematiche con personale della sanità pubblica territoriale, individuando elementi di trasferibilità ad altri contesti regionali e nazionali.

Considerata la complessità degli obiettivi ci si è interrogati sul migliore design del percorso. Da subito è apparsa chiara la necessità di evitare il rischio di «calare dall'alto» in maniera eccessiva contenuti, metodi e strumenti senza tenere conto delle condizioni di contesto (conoscenze, abilità, pratiche in uso).

Valutando gli orientamenti più recenti nel campo della formazione innovativa si è quindi adottato un approccio fortemente orientato allo sviluppo dell'intelligenza collettiva e all'innovazione collaborativa (Minghetti, 2013) che, pur basandosi sul contributo fondamentale del sapere esperto, fosse in grado di coinvolgere in maniera attiva, critica e responsabile la community dei partecipanti al percorso.

Da questo punto di vista la formazione è sempre meno un'attività di trasferimento di conoscenze e tecniche e sempre più un processo (dinamico e incrementale) di costruzione condivisa di *competenze* che coinvolge il protagonismo dei destinatari, i loro stili apprendimento e le condizioni di contesto in cui agiscono (vincoli, risorse, possibilità, prescrizioni).

Nel baricentro di questa riflessione vi è il concetto di competenza, da alcuni anni al centro di un intenso dibattito, sia nel settore dell'istruzione (scuola, università) sia in quello dell'aggiornamento professionale *on the job*. Pur da prospettive diverse, e con differenti sfumature, sono molti gli studiosi che concordano sull'idea che la competenza chiama in causa non solo il possesso di conoscenze (peraltro fondamentali) ma anche la capacità di utilizzarle consapevolmente ed efficacemente in rapporto a contesti significativi (Gandini, 2005).

Fra le molte definizioni proponiamo quella dello studioso francese Guy Le Boterf, il quale concepisce la competenza come un «insieme, riconosciuto e provato, delle rappresentazioni, conoscenze, capacità e comportamenti mobilizzati e combinati in maniera pertinente in un contesto dato» (Le Boterf, 1994).

Anche a livello di istituzioni europee si fa riferimento a un approccio simile quando si parla di competenze nei termini di una «combinazione di conoscenze, abilità e attitudini appropriate al contesto»¹.

Un approccio partecipativo alla formazione e allo sviluppo di competenze richiede quindi modalità coerenti e adeguate di accompagnamento alle dinamiche evolutive del sapere (Astrologo, Garbolino, 2013), alle relazioni con le persone (comunicazione, ascolto, confronto, condivisione, cooperazione) e alle variabili situazionali in cui le persone stesse dovranno agire.

In altri termini, proporre strumenti innovativi senza preoc-

¹ Si veda la Raccomandazione del Parlamento e del Consiglio europeo del 18 dicembre 2006 relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente.

cuparsi di sviluppare le competenze connesse al loro impiego rischia di essere un'operazione poco lungimirante ed esporre il processo di innovazione al rischio dell'inefficacia, se non del fallimento.

Per questo insieme di ragioni l'obiettivo strategico di sviluppare competenze relative all'Health Equity Audit richiedeva un'architettura progettuale in grado di conoscere, riconoscere, valorizzare e innovare le conoscenze (concetti, modelli interpretativi, dati, metodi, strumenti), le abilità e le attitudini di operatrici e operatori in modo che fossero appropriate non solo al contesto generale (regionale), ma anche alla situazione particolare (Ats).

In coerenza con questa intenzionalità strategica si è pensato di articolare il percorso in quattro fasi distinte, anche se processualmente connesse fra di loro:

- *prima fase:* ricerca-azione sul territorio;
- *seconda fase:* attività di formazione in aula;
- *terza fase:* restituzione e confronto plenario;
- *quarta fase:* documentazione e divulgazione.

Nelle pagine che seguono entriamo nel merito di ognuna di queste fasi descrivendone obiettivi, struttura, attività ed esiti.

Partire da una conoscenza che attiva: la ricerca-azione nei territori locali

La prima fase del percorso si è articolata in un'attività di ricerca-azione sul campo finalizzata a far emergere conoscenze, esperienze e pratiche presenti nei diversi territori rispetto al tema e a rilevare i principali bisogni formativi connessi.

In termini generali possiamo dire che la ricerca-azione è una metodologia che coniuga in un unico approccio tre dimensioni: scoperta, apprendimento e cambiamento (Colucci *et al.*, 2008).

In quanto *scoperta* la ricerca-azione muove da un paradigma

di tipo costruttivista, concependo la realtà come una costruzione sociale che non può prescindere dalle caratteristiche di ognuno degli attori in gioco e della natura delle loro relazioni. In questo senso possiamo affermare che i ricercatori stessi partecipano alla costruzione della realtà che stanno osservando.

In quanto processo di *apprendimento* e di crescita personale e professionale la ricerca-azione fa riferimento a modelli formativi di tipo dialogico e partecipativo, che mettono al centro il soggetto umano con le sue molteplici potenzialità, espresse, inesprese o latenti.

In quanto *dinamica trasformativa* la ricerca-azione si basa sul modello della competenza (positività e risorse già presenti) anziché su quello della mancanza (criticità, assenze, problemi), identificando i membri di un'organizzazione come attori in grado di dare un contributo attivo e fattivo all'innovazione.

Dal punto di vista teorico e metodologico la ricerca-azione in ambito formativo presenta una serie di caratteristiche che la contraddistinguono in modo abbastanza preciso da altri modelli di ricerca sociale.

In primo luogo la focalizzazione tematica situazionale del tema generale (in questo caso *health equity*) su cui concentrare l'attenzione trae origine da concrete situazioni operative che gli stessi soggetti destinatari individuano, attraverso spazi di partecipazione specificamente previsti. In questo ambito il ruolo dei ricercatori-formatori consiste nel facilitare una più chiara formulazione dei problemi e, in seguito, un'accurata disamina degli stessi.

In secondo luogo l'impianto epistemologico che presidia l'approccio concepisce il rapporto fra ricerca e azione in termini di circolarità e interdipendenza: l'attività conoscitiva e il processo di trasformazione sono cioè intimamente connessi. L'azione stessa assume il valore di una fonte di conoscenza e, corrispondentemente, la ricerca diviene un intervento trasformativo, poiché genera saperi utili e rilevanti per le pratiche.

In terzo luogo la ricerca-azione si occupa di gruppi reali collocati nella loro concreta dimensione di vita e di lavoro, con il loro portato di contraddizioni e paradossi, ed è quindi molto

lontana dai modelli di ricerca che privilegiano la predisposizione di setting artificiali, dalle variabili note e controllate. Fra i ricercatori-formatori e i partecipanti si viene quindi a creare una situazione dialogica e interattiva, che procede attraverso progressive negoziazioni, dato che i gruppi stessi non vengono concepiti (e trattati) come «oggetti» di studio ma come «produttori» di conoscenza (Falcone, 2016).

Un quarto e ultimo aspetto della ricerca-azione riguarda il particolare processo formativo che consente di attivare e coltivare, dato che i soggetti partecipano direttamente all'elaborazione *in itinere* delle informazioni e l'équipe dei ricercatori accede a una conoscenza diretta della situazione sociale e/o operativa in cui i soggetti stessi sono impegnati. Questa struttura circolare crea le condizioni per un prezioso apprendimento reciproco e per la definizione più precisa dei problemi esistenti e delle risorse disponibili per affrontarli.

Nel nostro caso il percorso di ricerca-azione ha previsto la programmazione di otto incontri di gruppo, uno per ogni Ats della Lombardia, condotti attraverso la tecnica del focus group.

Il focus group è un particolare tipo di intervista di gruppo che ha lo scopo di produrre conoscenza su un determinato tema attraverso il confronto tra i partecipanti. Elaborato da Robert Merton negli anni Cinquanta del secolo scorso nell'ambito della ricerca sociale, ha trovato vasta applicazione in molti altri ambiti. È collocabile fra gli strumenti di ricerca di tipo *qualitativo* e consiste principalmente in una discussione pianificata che coinvolge un particolare gruppo di persone (da cui «focus») che viene opportunamente stimolato a esaminare in profondità un determinato argomento (Albanesi, 2004).

Il principio fondamentale su cui si basa il focus group è la *generatività* dell'interazione sociale. La situazione della discussione favorisce l'emergere di informazioni originali e punti di vista inconsueti e i partecipanti hanno l'opportunità, nel contempo, di esprimere la propria idea e ascoltare quelle altrui con modalità molto simili ai contesti naturali di vita e di lavoro.

L'interattività gruppale differenzia in modo sostanziale que-

sto metodo dalle tradizionali interviste di gruppo, dove la comunicazione avviene, di volta in volta, tra il conduttore e ogni singolo partecipante.

Il contesto e le modalità di funzionamento del focus group fanno leva non solo sulle conoscenze e i pareri dei singoli individui ma sul carattere perturbativo e costruttivo dell'ascolto e dell'influenza reciproca. Le opinioni individuali vengono collocate in un campo di forze che consente di approfondirne fonte e argomentazione, ragioni ed effetti, dimensioni molto importanti quando parliamo di processi complessi come la promozione della salute negli ambienti di lavoro.

All'interno della ricerca-azione il focus group è, innanzitutto, un potente strumento di contatto e coinvolgimento oltreché un prezioso mezzo per raccogliere opinioni e suggerimenti. Attraverso interviste collettive è possibile avviare i primi rapporti con gruppi di lavoro con cui s'intende creare un percorso di formazione orientato all'innovazione e alla riprogettazione, oltre che «sondare» la percezione circa una particolare questione, come nel caso dell'equità nella salute.

Nella gestione degli otto focus group con le Ats territoriali è stato possibile quindi offrire uno spazio di conoscenza e confronto sul tema *equity* seguendo uno stesso canovaccio di domande (in modo da garantire omogeneità trasversale), ma anche approfondendo specificità di volta in volta emergenti. In tal modo è stato possibile sondare il grado di conoscenza di aspetti legati all'equità e alle disuguaglianze di salute e capire come tali questioni sono state inserite e articolate nell'ideazione e/o valutazione dei programmi promozionali di ogni singola Ats.

Gli otto incontri sono stati, com'era prevedibile, molto differenti l'uno dall'altro. In generale possiamo dire che dopo un primo, fisiologico, momento di titubanza si è registrato un buon livello di partecipazione (in alcuni casi ottimo) e confronto (in alcuni casi ottimo), testimoniato dalla numerosità e dalla qualità dei contributi di analisi portati.

Tenendo conto degli obiettivi complessivi del progetto Ccm Health Equity Audit l'individuazione precisa e ragionata dei

partecipanti al percorso di formazione risultava essere un fattore strategico. Si trattava cioè, come detto in precedenza, non solo di aumentare le conoscenze ma, soprattutto, di sviluppare le competenze utili a innovare i modelli e le pratiche di progettazione operativa della promozione della salute con un chiaro e preciso approccio *equity oriented*. In questo senso i «destinatari» della formazione andavano (e vanno concepiti) come partner di un processo di innovazione. Seguendo questa logica, il percorso è stato aperto a tutti i profili professionali Disp a vario titolo coinvolti nella programmazione e realizzazione di interventi di Whp; la scelta specifica di chi prendeva parte agli incontri era di competenza dei singoli uffici di formazione. Diverse le figure professionali che hanno partecipato al processo formativo: dagli assistenti sanitari ai medici competenti, dagli psicologi agli educatori professionali, dai responsabili delle unità operative di educazione alla salute ai tecnici della prevenzione. Nonostante le potenziali difficoltà derivanti dalla diversità di ruoli e mansioni, si è scelto di costituire gruppi d'aula eterogenei, con la presenza di referenti dei programmi di prevenzione (il cui ruolo è quello di promuovere la diffusione di stili di vita sani all'interno dell'ambiente di lavoro) e referenti della funzione ispettiva (il cui ruolo è maggiormente attinente al controllo e alla sicurezza dell'ambiente di lavoro). Si tratta di due figure di sistema che sperimentano storicamente una tensione strutturale (che a volte diventa conflittuale) per la dialettica promozione-controllo ma che, nel contempo, garantiscono due approcci necessari e integrabili nel campo delle policy socio-sanitarie pubbliche. Non sono emerse, però, particolari difficoltà a riguardo e gli otto incontri si sono svolti in un clima di collaborazione e desiderio di far emergere le questioni tematiche principali.

Il numero dei partecipanti è stato valutato localmente da ciascuna Ats. Per garantire un'efficace gestione del lavoro di gruppo è stato chiesto agli uffici di formazione di selezionare un numero di persone non superiore a 30. Questo ha portato ad avere gruppi costituiti da un minimo di nove a un massimo di 33 partecipanti, per un totale di 150 operatrici e operatori

coinvolti, con una netta prevalenza delle prime (73% del totale). In alcuni casi la partecipazione numerica è stata inferiore alle aspettative, principalmente per problemi di natura organizzativa, come sovrapposizione con altre iniziative.

Nella maggior parte dei casi i partecipanti agli incontri erano coinvolti in maniera diretta nell'attuazione e nel monitoraggio del programma Whp, potendo portare una testimonianza di prima mano dei processi attivati con i referenti aziendali e il personale.

In generale nei diversi incontri si è dedicato del tempo per riassumere e condividere il processo di attivazione e sviluppo del programma Whp nella propria azienda (prima Asl e adesso Ats), ripercorrendo le tappe principali: dall'attivazione del gruppo di lavoro ai contatti con le imprese, dai primi incontri all'interno delle aziende all'attivazione delle diverse azioni previste dal programma.

Se nella fase iniziale dell'incontro tendevano a prendere parola solo alcune persone (di volta in volta gli operatori più coinvolti nel Whp, quelli più esperti o con maggiore facilità di espressione nei contesti allargati), nel proseguo del focus group le discussioni e i confronti tendevano a includere la grande maggioranza dei presenti, raggiungendo un buon livello di esplicitazione di punti di vista, opinioni ed esperienze concrete.

Si è potuta riscontrare una buona conoscenza dei caratteri generali del programma Whp (mission, filosofia di fondo, strutturazione, modalità d'ingaggio delle imprese), per quanto molti dei partecipanti non fossero stati coinvolti nella fase attuativa.

L'individuazione di nodi tematici trasversali e maggiormente ricorrenti

Come si è visto sopra la ricerca-azione in ambito formativo mira, fra le altre cose, a far emergere una vasta pluralità di punti di vista esperienziali rispetto a un tema, in modo da orientare la successiva fase in aula sulla base delle condizioni di contesto.

Per questa ragione al termine degli otto incontri territoriali lo staff di ricerca ha provveduto, sulla base delle diverse verbalizzazioni² dei focus group, a operare una prima sintesi attraverso l'aggregazione dei molti contenuti emersi in aree tematiche.

Dato che la fase di ricerca-azione aveva come obiettivo, fra gli altri, la facilitazione della progettazione didattica della fase formativa in aula, si è deciso di produrre un documento di sintesi articolato in sette nuclei tematici, ognuno dei quali enunciato in forma interrogativa. Intitolare ognuno dei nuclei tematici con una domanda guida (redatta in forma semplice e chiara) ci sembrava potesse contribuire a preparare la fase d'aula nel modo più efficace.

Di seguito riportiamo i sette nuclei tematici emersi dalla fase di ricerca-azione.

Primo nucleo tematico

La doppia percezione della sanità pubblica da parte delle aziende: come gestire al meglio la dialettica controllo/promozione?

In alcuni incontri si è evidenziato quanto non sia sempre facile approcciare le aziende e costruire il rapporto di fiducia e collaborazione necessario a un positivo programma di promozione della salute quando si è visti come i «controllori». Per quanto la questione esista e vada attentamente considerata, l'esperienza di diverse Ats mostra che è possibile gestire questa dialettica in modo virtuoso, riconoscendo la necessità di entrambe le funzioni da parte delle istituzioni pubbliche. A questo proposito alcuni hanno segnalato l'opportunità di un maggiore confronto/integrazione interni all'Ats fra i colleghi con ruoli e funzioni afferenti a queste due diverse dimensioni d'intervento.

² Ogni focus group ha visto la presenza di una coppia di ricercatori-formatori: uno con il ruolo principale di conduttore-facilitatore e l'altro con la funzione prevalente di verbalizzazione dei principali contenuti prodotti dal gruppo.

Secondo nucleo tematico

L'adesione volontaria del programma da parte delle aziende: positività e/o limite?

Da parte di molti operatori e operatrici è stato sottolineato il carattere *volontario* del programma Whp da parte delle aziende. Si tratterebbe, secondo le opinioni più ricorrenti, di una volontarietà che mostra un doppio volto. Da una parte segnala l'interesse e la motivazione da parte dell'azienda e, di conseguenza, un certo livello di energia e di ingaggio iniziale. Dall'altro lato, però, si tratta di una volontarietà che risulta premiante per le aziende già sensibili e non interpella le imprese meno informate e predisposte a un impegno nell'ambito della promozione della salute. Ci si è interrogati rispetto all'impatto di questo elemento del programma in termini di *equity*, chiedendosi se non sia proprio questo un primo fattore di disuguaglianza rispetto ai lavoratori e alle lavoratrici inserite in aziende non motivate (oppure disinformate, o distratte).

Terzo nucleo tematico

Un programma che richiede organizzazioni di medie-grandi dimensioni: cosa fare con le piccole aziende?

Potremmo dire che questo terzo nucleo è stato un vero e proprio must degli incontri. Sostanzialmente in tutte le Ats si è sottolineato che il programma Whp, per come è congegnato e strutturato, è adatto ad aziende medio-grandi e poco implementabile in situazioni di piccole dimensioni. Se da un lato questo elemento è altamente positivo poiché consente di attivare il programma in situazioni a forte potenziale promozionale (per la numerosità delle persone coinvolte nelle azioni), dall'altro lato fa emergere il rischio di escludere dalle proposte un grande numero di lavoratori e lavoratrici. Anche in questo caso ci si è interrogati in termini di *equity*, chiedendosi come raggiungere un mondo del lavoro polverizzato e altamente fram-

mentato sul territorio, non di rado svantaggiato rispetto agli standard di qualità che si trovano nelle grandi aziende (agevolazioni, servizi, benefit, welfare aziendale). Ciò fa riflettere sul fatto che si dovrebbero trovare modalità o programmi alternativi specifici per le piccole aziende.

Quarto nucleo tematico

Un programma basato sul presupposto del luogo di lavoro: come promuovere salute presso lavoratori itineranti?

Un'altra questione su cui gli operatori nella programmazione del Whp si sono interrogati riguarda la possibilità di adattare e attuare il programma nelle aziende che operano in settori dove il luogo di lavoro è mobile, itinerante o discontinuo, come nel caso della logistica e dei trasporti. Si tratta infatti di settori in cui i dipendenti non si trovano nel luogo di lavoro, o meglio, in cui il luogo di lavoro è *esterno* alla sede dell'azienda. Analogamente ci si è chiesti come attuare programmi di promozione della salute con personale stagionale. Gli operatori si sono inoltre interrogati su come adattare il programma alla luce dei cambiamenti del mercato del lavoro, quale può essere il loro ruolo e supporto, soprattutto in contesti in cui la crisi economica, con le sue ricadute sul lavoro, si è fatta più sentire. Anche qui, come sopra, si ripropongono interrogativi che chiamano in causa la dimensione delle disuguaglianze, poiché spesso i lavoratori occupati in questi settori hanno un basso livello d'istruzione, contratti precari e spesso sono migranti.

Quinto nucleo tematico

Un programma articolato in sei aree con applicabilità variabile: come aumentare l'efficacia dell'impatto?

Nell'ambito dei dibattiti che si sono realizzati nei focus group, sono stati numerosi e interessanti gli esempi di applicazione del programma, con una specifica focalizzazione delle aree in cui è

articolato. Piuttosto ricorrenti sono state le esemplificazioni di attività di promozione della salute negli ambienti di lavoro che riguardano la sana e corretta alimentazione e l'attività fisica. Nel campo dell'alimentazione sono state citate azioni riguardanti l'informazione alimentare, i menù delle mense, le convenzioni con bar e trattorie per il «pasto sano» (in assenza di mense), l'introduzione di snack salutari nei distributori automatici presenti in azienda. In qualche caso (purtroppo non molto frequente) si è riusciti a introdurre modifiche strutturali nelle mense in una prospettiva di salute. Anche sul fronte dell'attività fisica sono stati condivisi molti esempi: dall'allestimento di palestre aziendali alla convenzione con strutture sportive esterne, dall'introduzione di buone pratiche di mobilità (Bike to work) all'organizzazione di corsi sportivi di gruppo. È emerso un numero molto inferiore di attività riguardanti la tematica del fumo di sigaretta e le dipendenze.

Sesto nucleo tematico

Promozione della salute e conciliazione famiglia-lavoro: come aumentare la sinergia fra i due programmi?

In alcuni incontri realizzati sul territorio erano presenti operatrici e operatori impegnati nei programmi di promozione della cultura della conciliazione famiglia-lavoro attivati e finanziati da Regione Lombardia. In tutte le Ats sono presenti «reti di conciliazione» a cui partecipano una variegata e composita serie di soggetti locali (enti locali, associazioni, imprese, cooperative). È stata più volte segnalata la difficoltà di integrare due programmi che rischiano di produrre sovrapposizioni e competizioni. Negli anni scorsi, di fatto, si trattava di programmi che si sono mossi parallelamente con scarse connessioni con Whp, per quanto le Asl prima e le Ats oggi rivestano un ruolo cruciale nella regia delle «reti». In alcuni focus group si è fatto notare quanto i programmi di conciliazione possono avere in sé un carattere strutturalmente equitativo, poiché contrastano le disuguaglianze di genere negli ambienti di lavoro (dove spesso

sono le donne a dover rinunciare ai percorsi all'impiego o ai percorsi di carriera a causa del lavoro di cura familiare).

Settimo nucleo tematico

L'impatto delle azioni di promozione della salute in ambiente di lavoro in base alle caratteristiche del target: come aumentare l'efficacia tenendo conto delle diversità dei destinatari?

In alcuni incontri territoriali è stato fatto notare, sulla base dell'analisi di alcune esperienze concrete, un impatto differente delle stesse azioni di promozione della salute in base alle caratteristiche dei lavoratori: in particolare il livello occupazionale, il livello di istruzione, il genere e le caratteristiche etnico-nazionali. La stessa offerta di servizi ha avuto infatti un utilizzo diversificato a seconda di alcune variabili specifiche. In un'azienda si è notato, per esempio, che la palestra attrezzata veniva utilizzata in modo molto più massiccio da quadri intermedi e dirigenti che da operai, mentre in un altro contesto organizzativo la proposta di attività sportive di gruppo con un istruttore coinvolgeva molto di più gli addetti alla produzione (con reddito e istruzione inferiori) rispetto al ceto impiegatizio e dirigenziale (con reddito e istruzione maggiori). Sono questi alcuni indicatori che andrebbero monitorati al fine di valutare se le azioni previste sono in grado di contrastare fattori di disuguaglianza?

La progettazione mirata della formazione: gli apprendimenti cruciali

Come si può desumere facilmente dopo la lettura dei sette nodi tematici, la fase di ricerca-azione ha consentito di entrare in contatto, in modo diretto e immediato, con le principali conoscenze e rappresentazioni presenti nei diversi gruppi di lavoro delle Ats rispetto al tema, nell'eterogeneità delle situazioni ambientali, delle storie organizzative e della specifica esperienza di settore.

Va tenuto conto del fatto che la riforma del sistema socio-sanitario lombardo avviata con la legge regionale 23 dell'11 agosto 2015 ha messo in moto un processo di cambiamento complesso a cui ha fatto seguito, nei diversi contesti, un certo riposizionamento di personale. Rispetto a quanto stiamo descrivendo tutto ciò ha significato una ricomposizione dei gruppi di lavoro impegnati nei programmi di promozione della salute.

Se in alcune Ats si è confermata la presenza di figure storiche, da molti anni impegnate in questo genere di programmi, in altre si è verificato un marcato cambiamento nella composizione delle diverse unità operative. Aspetti, questi, non secondari quando si tratta di disegnare un processo formativo, poiché il livello di competenze si presenta particolarmente differenziato: ciò che è risaputo e assodato per alcuni è del tutto inedito per altri. Anche per queste ragioni i focus group si sono rivelati quanto mai preziosi, consentendo di tracciare una sorta di mappatura dei protagonisti presenti sul campo, e del livello di omogeneità e/o eterogeneità di conoscenze ed esperienze nei programmi *health promotion*.

L'individuazione dei sette nuclei tematici ha consentito, con una geometria variabile, di rappresentare le questioni più sentite e le osservazioni maggiormente ricorrenti. Si è potuto inoltre verificare che il programma Whp attecchisce e raggiunge i migliori risultati in quelle situazioni in cui il terreno è già fertile rispetto a determinati stimoli: aziende sensibili, grandi, strutturate, motivate e ben connesse a un dibattito (non di rado internazionale per le filiali italiane di grandi gruppi) che mette al centro qualità del lavoro, salute, benessere e produttività.

Per quanto riguarda gli aspetti di Hea e il contrasto alle disuguaglianze di salute, è emersa una certa confusione terminologica e una conoscenza particolarmente disomogenea delle questioni in campo.

Per diversi operatori le disuguaglianze di salute sono apparse come un tema di cui «si sente parlare», e che magari viene considerato di «una certa importanza e pertinenza», ma che rara-

mente ha coinvolto in modo diretto e stringente la loro progettazione o il loro livello operativo quotidiano.

Buona parte dei partecipanti ha ammesso, con discreta sincerità, di non avere mai considerato il tema come una questione di propria competenza o come un problema da dover affrontare e dover inserire nella programmazione degli interventi. Pur riconoscendone l'indubbia importanza, il problema veniva rappresentato come una questione di politiche pubbliche, governabile con decisioni e policy di livello macro: nazionale e regionali. Un tema scottante, di grande attualità ma piuttosto lontano dalla propria specifica attività nell'Ats.

Il dialogo (aperto e non giudicante) innescato dal focus group ha consentito di «dissodare il terreno» culturale e, ci pare di poter dire a posteriori, di preparare il campo della formazione in aula: ponendo interrogativi, sollecitando pensieri, formulando ipotesi, suscitando interesse e curiosità e motivando i gruppi di lavoro a una partecipazione attiva in fase formativa.

Per la progettazione della fase di formazione in aula è stato necessario individuare sia il profilo dei destinatari sia l'impianto didattico più idoneo.

Per quanto riguarda i destinatari il percorso si è rivolto a tutti i profili professionali a vario titolo coinvolti nella programmazione e realizzazione di interventi di promozione della salute in ambienti di lavoro (Whp).

La selezione di chi tra i partecipanti dei focus group poteva accedere al corso in aula è stata lasciata a carico degli uffici formazione e personale di competenza (cioè di ogni singola Ats), che erano in grado di sapere chi si occupava più concretamente di Whp e aveva, di conseguenza, maggiore pertinenza e ingaggio con il percorso. Alla fase di formazione in aula (a Milano) hanno partecipato un totale di 90 persone suddivise in tre gruppi d'aula di 30 partecipanti l'uno.

- Gruppo d'aula 1: Ats Città Metropolitana di Milano (20 partecipanti), Ats Val Padana (10 partecipanti).

- Gruppo d'aula 2: Ats Brescia (10 partecipanti), Ats Montagna (10 partecipanti), Ats Pavia (10 partecipanti).
- Gruppo d'aula 3: Ats Bergamo (10 partecipanti), Ats Brianza (10 partecipanti), Ats Insubria (10 partecipanti).

Anche in questo caso, i gruppi d'aula hanno visto una prevalenza femminile (pari all'87% del totale dei partecipanti). Le Tabelle 1, 2 e 3 riportano il dettaglio del numero di partecipanti per ogni incontro, suddivisi per profilo professionale.

Una volta individuato il profilo dei partecipanti si è passati a delineare l'impianto didattico delle tre giornate di formazione in aula attraverso momenti di confronto e progettazione congiunta fra lo staff dei ricercatori che hanno curato la prima fase e lo staff di docenti coinvolti nella seconda fase.

Tabella 1 – Dettaglio del numero di partecipanti per ogni incontro, suddivisi per profilo professionale

Professioni	Ats Milano	Ats Val Padana
Educatore professionale	1	1
Assistente sanitario	4	5
Dietista	1	1
Dirigente medico	3	
Assistente sociale	3	
Medico	1	
Psicologo	1	
Medico competente	1	
Direttore Uoc	1	
Responsabile Mpc	1	
Referente Whp		1
Tecnico della prevenzione		1
Ip Afd coordinatore		1

Tabella 2 – Dettaglio del numero di partecipanti per ogni incontro, suddivisi per profilo professionale

Professioni	Ats Brescia	Ats Montagna	Ats Pavia
Assistente sociale	1		
Assistente sanitario	3	2	
Dirigente medico	2	2	2
Sanitario			1
Medico			2
Dirigente psicologo			1
Medico del lavoro	1		
Infermiere	1		1
Tecnico della prevenzione		2	2
Ostetrica			1
Responsabile Psal	1	2	
Responsabile UO	1		
Educazione alla salute			

Tabella 3 – Dettaglio del numero di partecipanti per ogni incontro, suddivisi per profilo professionale

Professioni	Ats Bergamo	Ats Brianza	Ats Insubria
Assistente sociale		1	1
Assistente sanitario		2	1
Dirigente medico	3	3	3
Medico	1		
Dirigente psicologo			1
Infermiere		2	3
Tecnico della prevenzione		2	
Dietista			1
Responsabile servizio promozione salute	1		
Direttore Disp	1		
Educatore professionale		1	
Psicologo responsabile	1		
Uos prevenzione			

L'architettura base prodotta da questo confronto si è fondamentalmente basata sulla seguente struttura.

- a. Una prima giornata finalizzata a produrre maggiore chiarezza concettuale e terminologica circa l'area tematica dell'equità e delle disuguaglianze di salute. La ricognizione sul campo aveva infatti messo in luce non solo una marcata eterogeneità nel livello di conoscenze base ma, soprattutto, una forte confusione teorica, prima ancora che metodologica e tecnica. Il principale risultato atteso della prima giornata era quindi la presentazione di un quadro storico e teorico comune e di un lessico condiviso, base fondamentale per poter avviare un confronto produttivo e generativo.
- b. Una seconda giornata dedicata all'approfondimento metodologico dell'Hea derivante dai modelli presentati, con l'apertura di una finestra di attenzione sull'importanza delle fonti informative di carattere socio-sanitario (banche date, osservatori, sistemi di controllo) e il loro utilizzo per la programmazione. Il principale risultato atteso era quindi l'acquisizione della logica processuale e tecnica dell'utilizzo dello strumento Hea.
- c. Una terza giornata di tipo elaborativo che sollecitasse i partecipanti a lavorare sui modelli Hea a diversi livelli (regionale, territoriale, situazionale) a partire dagli stimoli concettuali e metodologici presentati e delle considerazioni prodotte dal confronto. Il principale risultato atteso faceva quindi riferimento alla revisione critica degli strumenti di lavoro in uso in una prospettiva *equity*.

Fornire modelli e conoscenze pertinenti e motivanti

Il programma della prima giornata è stato quindi consegnato a partire dalla struttura descritta sopra. Nel dettaglio il lavoro d'aula si è svolto come segue.

- Apertura dei lavori alla presenza del dirigente di Regione

Lombardia, che ha elaborato il progetto Ccm e a cui fanno capo le diverse Ats rispetto ai programmi di promozione della salute. Volutamente si è deciso di dare il via al corso con un forte riferimento alle policy dell'ente e agli obiettivi strategici dell'organizzazione. Non si è trattato, quindi, di un semplice saluto istituzionale, ma di un intervento ragionato, in cui sono stati ricostruiti passaggi storici e prospettive future, in modo da posizionare l'iniziativa in un'ottica di sviluppo e di crescita.

- Presentazione sintetica degli esiti del percorso di ricerca-azione realizzato sul territorio attraverso la condivisione dei sette nuclei tematici emersi. Trattandosi di un lavoro di sintesi dei contenuti e delle considerazioni prodotti negli otto focus group locali era necessario fornire a tutti i presenti un quadro d'insieme chiaro e sintetico.
- Lezione magistrale, che ha fornito una serie di elementi di alfabetizzazione in tema di equità e disuguaglianza di salute. Un passaggio, questo, molto importante per colmare il gap conoscitivo dei gruppi, che è stato particolarmente apprezzato dai partecipanti. Le molte domande e considerazioni scaturite dopo la presentazione hanno testimoniato l'interesse per il tema ma anche le diverse controversie (politiche, sociali, economiche, teoriche) a esso collegate.
- Una seconda serie di comunicazioni hanno collocato (problematizzandolo) l'approccio *health equity* all'interno del più vasto terreno delle politiche del lavoro. Questa sezione è risultata, in prima battuta, più complessa per i partecipanti, anche per lo sforzo di andare oltre logiche professionali esclusivamente socio-sanitarie. Dopo una messa a punto della prima edizione anche questa parte è risultata molto utile per comprendere in maniera più approfondita i contesti lavorativi e l'evoluzione delle culture manageriali contemporanee.

Al termine della prima giornata (nei tre diversi gruppi d'aula) si è provveduto a fare un bilancio dell'attività formativa d'aula, sia rispetto ai contenuti trattati sia rispetto al clima (attenzione,

coinvolgimento, partecipazione attiva). Dal confronto tra i componenti dello staff del corso è emersa l'importanza di fornire basi teoriche e metodologiche per l'impostazione dell'approccio e aiutare a identificare iniziali spunti di responsabilità da parte di tutti, cioè l'idea che l'equità possa essere un concreto principio e un criterio ispiratore del piano integrato di promozione della salute locale (Pil) in cui si inserisce il programma di Whp.

Per quanto riguarda lo specifico dei contesti lavorativi si è riusciti, quantomeno in termini generali, ad aprire finestre di opportunità da sfruttare per far crescere il Whp, come i nuovi modelli di organizzazione di impresa orientati alla qualità e il ruolo del welfare aziendale. Tutto questo nella consapevolezza che esistono dinamiche esogene (come l'invecchiamento della popolazione lavorativa, l'immigrazione, la recessione economica) su cui né l'organizzazione di impresa né il Whp riescono a incidere in maniera rilevante, ma che devono essere tenute in conto perché influenzano le regole del gioco e le caratteristiche degli attori.

Anche il programma della seconda giornata si è basato, fondamentalmente, sull'architettura formativa sopra descritta, ma con alcune messe a punto approntate sulla base dei riscontri della prima sessione in aula.

L'attività si è svolta sulla base della seguente scansione.

- Ripresa dei lavori caratterizzata dal ritorno su alcune questioni concettuali importanti che il confronto nei gruppi d'aula aveva messo in luce. In particolare si è sottolineato quanto i fattori di rischio in gioco nel setting lavorativo per la riduzione delle disuguaglianze di salute siano molteplici: dai fattori di rischio tradizionali dei luoghi di lavoro con effetto diretto sulla salute (ex decreto 81), ai fattori psicosociali (compresi nel decreto 81 in quanto hanno un effetto diretto sulla salute) da considerare anche in quanto determinanti del comportamento insalubre adattativo,

a rischi comportamentali influenzati dal vissuto sul lavoro (stress lavoro-correlato) e dal resto delle condizioni di vita delle persone.

- Presentazione strutturata sul tema delle fonti dati e degli strumenti di sistema per la lettura dei contesti in Lombardia, curata da un esperto interno al sistema regionale. Oltre allo specifico interesse del tema e all'importanza, per i gruppi di lavoro territoriale delle Ats, di saper utilizzare le fonti per analizzare i fenomeni d'interesse socio-sanitario, si è trattato di una preziosa occasione di confronto interno. Un passaggio fondamentale per sviluppare una migliore conoscenza delle fonti esistenti (affidabili e aggiornate) e del loro impiego corretto.
- Illustrazione dei modelli e dei metodi disponibili per l'Hea presenti in letteratura e nell'esperienza di altri Paesi, regioni e settori. Considerati gli obiettivi del percorso ci si è concentrati su schemi ed esempi concreti articolati su tre livelli: pianificazione regionale, programmazione locale di Ats, progettazione di comparto e di impresa.
- Divisione di sottogruppi di discussione, con l'approfondimento della struttura e delle fasi processuali caratteristiche dell'Hea. In particolare ci si è soffermati sulla fase di valutazione dei bisogni, decisiva per poter mettere a punto strategie di azione (e prestazioni) coerenti con le situazioni di contesto e i bisogni di salute esistenti. La struttura didattica del laboratorio ha consentito di facilitare e stimolare il massimo grado di partecipazione attiva, sollecitando le operatrici e gli operatori a un confronto aperto e al ragionamento critico e costruttivo. Il lavoro in piccoli gruppi è stato strutturato a partire da una scheda scaturita dai nodi critici della ricerca-azione (vedi Tabella 4).

Tabella 4 – Schema per il confronto in piccoli gruppi

	Criticità	Spiegazione	Possibile azione
1	Riconoscimento del ruolo	Gli operatori Ats vengono percepiti come «controllori» più che come promotori di salute e di equità nella salute	
2	Volontarietà aziendale	Le aziende che decidono di partecipare al programma Whp sono quelle più sensibili ⇒ disuguaglianze per i lavoratori delle aziende che non partecipano	
3	Dimensione aziendale	Le aziende che partecipano al programma Whp sono generalmente quelle più grandi e strutturate che hanno già benefit, agevolazioni, welfare aziendale	
4	Luoghi di lavoro itineranti	Commerciali, logistica e trasporti ⇒ difficoltà a raggiungere questi lavoratori	
5	Conciliazione famiglia-lavoro	Difficoltà a integrare programmi diversi che possono avere lo stesso obiettivo. In questo caso programma Whp e «reti di conciliazione» (enti locali, imprese, cooperative e associazioni)	
6	Aree di intervento	Spesso limitate ad alimentazione e attività fisica, poco a dipendenze	
7	Azioni e interventi adattati al target	Per esempio, palestre più usate dai dirigenti, istruttori preferiti da addetti alla produzione	

Anche a conclusione della seconda giornata (nei tre diversi gruppi d'aula) si è provveduto a fare un bilancio dell'attività formativa. Il confronto sui modelli, e più ancora sugli strumenti dell'Hea, ha fatto emergere, come prevedibile, una grande quantità di considerazioni da parte dei partecipanti, sia a livello

metodologico sia di carattere organizzativo e gestionale. Fra la prima e la seconda giornata si è riusciti a far crescere in maniera rilevante il livello di consapevolezza circa alcuni importanti processi. Si è infatti condiviso che i fenomeni di disuguaglianza di salute sono fortemente segnati dal modello di organizzazione del lavoro e di stile di impresa, che influenza il tipo di relazioni sociali e di significati attribuiti all'esperienza lavorativa da parte dei diversi attori.

Si è inoltre condiviso che i fattori psicosociali possono rappresentare il livello di connessione (e di snodo) fra i due ambiti d'intervento «salute e sicurezza» e «prevenzione cronicità/stili di vita» (con l'ulteriore contributo di azioni riguardanti le politiche di conciliazione fra i tempi di vita e i tempi di lavoro).

L'attività elaborativa in piccoli gruppi ha inoltre consentito di sviluppare l'attitudine a indossare le «lenti dell'equità», cioè di abituarsi a osservare le situazioni e a programmare interventi di promozione della salute tenendo conto del loro effetto di contrasto delle disuguaglianze.

Rielaborare attivamente e co-costruire strumenti di lavoro equity-oriented

La terza giornata del percorso in aula si è strutturata interamente in forma laboratoriale, con una finalità di tipo rielaborativo, fortemente orientata alla trasformazione del sapere in competenze in grado di mettere in moto processi di innovazione delle pratiche operative concrete.

L'attività è stata articolata come segue.

- Avvio incentrato sulla condivisione degli apprendimenti sviluppati nelle prime due giornate e percepiti come maggiormente significativi da parte dei partecipanti. Per la facilitazione di questa condivisione si è utilizzata la tecnica World Café, particolarmente adatta per realizzare dialoghi

ad alto tasso d'interazione con elevato numero di partecipanti³.

I partecipanti sono stati suddivisi in piccoli gruppi strutturati con turni di conversazione a rotazione⁴ intorno a tre questioni-stimolo:

- a. Considerando il percorso di formazione finora realizzato quali sono stati per te/voi i contenuti più significativi e/o più importanti?
- b. Considerando il concetto di disuguaglianza di salute, ho/abbiamo capito che nel fare promozione della salute è fondamentale... (*completare la frase*)
- c. Ho/abbiamo capito che la disuguaglianza di salute non è... (*completare la frase*)

Questa attività è risultata molto importante sia sul piano dei contenuti sia su quello del clima di lavoro. Rispetto ai con-

³ In particolare World Café consente di: esplorare i punti di vista attraverso domande importanti e che attivano l'espressione; incoraggiare il contributo di tutti i partecipanti, anche di quelli/e meno propensi all'interazione; connettere svariati punti di vista e diverse prospettive diminuendo il conformismo sociale e complessificare le rappresentazioni individuali di partenza.

⁴ Ogni sessione di World Café prevede turni di conversazione di 20-30 minuti in piccoli gruppi di quattro o cinque persone focalizzati intorno a una-due domande stimolo. Durante questo arco di tempo alcuni ruoli perno della metodologia (gli «ospiti» del tavolo e i «facilitatori» del processo) provvedono ad animare le discussioni e a documentare la produzione di gruppo. A ogni cambio-turno nelle conversazioni si rimescolano i gruppi e si affrontano altre coppie di domande. Solo i facilitatori e i verbalizzatori rimarranno al tavolo ad accogliere un nuovo gruppo sintetizzando per loro quanto emerso nella precedente discussione. Ogni due turni di conversazione il facilitatore della plenaria richiede di esprimere al grande gruppo le principali posizioni emerse dalle discussioni ai tavoli. La plenaria è un'occasione per rendere maggiormente visibili le opinioni convergenti e divergenti. L'ultima fase di lavoro in plenaria prevede la schematizzazione delle posizioni emerse, delle argomentazioni e la votazione di queste attraverso strumenti idonei a favorire l'espressione libera e anonima delle proprie preferenze. Ogni sessione di World Café si conclude con la presentazione e la visualizzazione dei risultati di sintesi.

tenuti ha infatti permesso di riprendere, rilanciare, chiarire e ribadire concetti, modelli e conoscenze di una certa complessità, in assenza dei docenti e facendoli propri con e fra i colleghi e le colleghe. Dal punto di vista del clima d'aula il World Café ha stimolato attenzione reciproca, confronto aperto e scambio, elementi indispensabili per gli obiettivi rielaborativi della terza giornata.

- Costituzione di gruppi di lavoro chiamati a esercitare una funzione rielaborativa indossando le «lenti dell'equità» su alcuni importanti strumenti di programmazione in uso nel sistema regionale lombardo. La consegna ai gruppi di lavoro è stata quella di revisionare nel dettaglio gli strumenti alla luce delle nuove competenze apprese in una prospettiva *equity oriented*. Le prime due edizioni hanno lavorato sulla revisione del documento di Regione Lombardia «Indirizzi alle Asl per la pianificazione integrata degli interventi di promozione della salute. Che cosa sono i piani integrati locali degli interventi di promozione della salute» che era stato prodotto nel 2009 (Allegato 1). Si trattava di un documento ampio, esaustivo e ancora attuale, ma che necessitava di essere rivisto ponendo una chiara attenzione al tema delle disuguaglianze di salute. I gruppi hanno lavorato in modo minuzioso, evidenziando criticità, carenze e punti di forza, dando molti suggerimenti per una revisione più inclusiva dell'equità, come concetto cardine. Il gruppo della terza edizione ha invece lavorato sulla revisione del «profilo di salute» delle aziende aderenti al programma Whp (Allegato 1). Anche in questo caso è stato chiesto ai partecipanti di modificare e integrare lo strumento alla luce dell'equità. I diversi item in cui era strutturato il profilo di salute sono stati scandagliati e analizzati in profondità, punto per punto, allo scopo di capire cosa fosse necessario cambiare, o aggiungere, cosa eliminare (perché ripetitivo, ridondante, poco significativo). Al gruppo è stato chiesto di «mettersi nei panni» di chi avrebbe utilizzato lo strumento, per evitare che la complessità fosse eccessiva o la strutturazione troppo macchinosa e/o involuta

e per evitare i rischi della cosiddetta molestia statistica⁵. Questo tipo di approccio ha richiesto di esplicitare in modo più chiaro e trasparente i termini e, nel caso di concetti tecnici, produrre un glossario sintetico riconducibile alla letteratura di settore. Il prodotto finale è stata una nuova versione dello strumento, molto più adatta a indagare eventuali situazioni di disuguaglianza all'interno delle aziende. È importante sottolineare che questa attività di revisione non è stata un semplice accorgimento formativo (per quanto sia stata un'attività fertile dal punto di vista dell'apprendimento), come spesso accade quando si chiede ai gruppi d'aula di elaborare un prodotto in forma simulata, come esercitazione didattica. L'elaborazione ha infatti riguardato due strumenti in uso nel sistema e il processo di revisione è stato un'attività di costruzione condivisa che va ben al di là del tempo e dello spazio del setting formativo.

La terza fase del percorso è stata fondamentalmente dedicata alla restituzione del percorso realizzato e al confronto plenario. A questo scopo si è deciso di organizzare un workshop pubblico destinato a tutti i partecipanti della prima e seconda fase, ed esteso ad altri operatori Ats e a stakeholder a vario titolo coinvolti nei programmi di promozione della salute.

La giornata di studio, intitolata «Promuovere salute contrastando le disuguaglianze» è stata realizzata presso l'auditorium «Giovanni Testori» di Palazzo Lombardia, a Milano, una sede prestigiosa e funzionale. Il workshop si è articolato come segue.

- Lezione magistrale sul tema della salute disuguale nei luoghi di lavoro (a cura del responsabile scientifico del progetto Ccm).

⁵ Con l'espressione «molestia statistica» si fa riferimento a quel meccanismo che obbliga le persone che operano all'interno di un determinato sistema (sovente nella pubblica amministrazione, ma non solo) a produrre e inviare dati simili sullo stesso oggetto a soggetti diversi, più volte e in tempi differenti.

- Approfondimento teorico-metodologico sull'Health Equity Audit e sugli sviluppi dell'organizzazione del lavoro nei contesi aziendali contemporanei (a cura di due ricercatori universitari).
- Contributo informativo che ha fatto il punto sulle reti di conciliazione vita-lavoro attive in Lombardia (a cura di una dirigente regionale della Direzione Generale Reddito di autonomia e inclusione sociale).
- Riflessione riguardante la promozione della salute come priorità per le imprese sostenibili e responsabili (a cura di un esponente di Fondazione Sodalitas).
- Spunti metodologici riguardanti le policy in materia di salute e sicurezza sul lavoro (a cura di una dirigente regionale della Direzione Generale Welfare, gruppo tecnico interregionale per la salute).
- Presentazione delle prospettive di sviluppo del Piano Nazionale della Prevenzione (a cura di una dirigente del Ministero della Salute).
- Condivisione degli esiti del processo di ricerca-azione e formazione in aula sul tema Hea dei programmi di promozione della salute (a cura dello staff di ricerca).
- Contributo sui riflessi di implementazione nei programmi di promozione della salute e prevenzione della cronicità del Piano Regionale della Prevenzione lombardo (a cura di una dirigente regionale della Direzione Generale Welfare).

Il workshop ha rappresentato una preziosa occasione di sintesi e condivisione del processo di elaborazione e un'importante opportunità di sensibilizzazione culturale rispetto al tema del contrasto delle disuguaglianze.

In conclusione possiamo dire che un processo formativo come quello descritto sopra, strutturato sulla base di principi partecipativi e collaborativi e orientato allo sviluppo di competenze, ha contribuito in modo significativo allo sviluppo e alla speri-

mentazione di strumenti specializzati di *equity audit* mirati al setting «ambienti di lavoro».

Ci siamo resi conto che individuare criteri e strumenti condivisi, o almeno confrontabili, e applicarli per individuare le azioni esemplari ed esportabili in altre situazioni non è sufficiente; è altrettanto importante disegnare vie efficaci per disseminarne la conoscenza, perché altri le adottino a loro volta, contribuendo a migliorarle.

Fare un bilancio generale e uniformare i risultati è un'impresa ardua, in quanto parliamo di un territorio, la Regione Lombardia, molto ampio e con una differenziazione territoriale significativa. Ogni area ha specificità, punti di forza e peculiarità propri, ma anche all'interno delle stesse Ats non sempre è facile generalizzare. Gli interventi futuri richiederanno adattamenti progressivi, incrementali e creativi in modo da raggiungere anche le fasce di lavoratori e lavoratrici con meno capitale sociale, economico e culturale.

Il progetto Ccm ha dato un contributo rilevante in questa direzione.

Bibliografia

- Albanesi C. (2004), *I focus group*, Carocci, Roma.
- Astrologo D., Garbolino F. (2013), *La conoscenza partecipata*, Egea, Milano.
- Colucci F.P., Colombo M., Montali L. (2008), *La ricerca-intervento*, il Mulino, Bologna.
- Falcone F. (2016), *Lavorare con la ricerca-azione*, Maggioli, Bologna.
- Gandini T. (2005), *Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- Krueger R.A. (1994), *Focus Groups*, Sage Publications, Newbury Park.
- Le Boterf G. (1994) *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*, Éditions de l'Organisation, Paris.
- Minghetti M. (2013), *L'intelligenza collaborativa*, Egea, Milano.



Allegati

Il percorso formativo «Health Equity Audit dei programmi regionali di promozione della salute (Prp 2014-18): focus sul programma Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia». Giugno 2017.

Revisione secondo criteri Hea e aggiornamento dei documenti:

- Indirizzi alle Asl per la pianificazione integrata degli interventi di promozione della salute.
Che cosa sono i piani integrati locali degli interventi di promozione della salute Regione Lombardia, novembre 2009.
- Programma «Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia»: profilo di salute aziende aderenti.
- Glossario.



Regione Lombardia: indirizzi per la pianificazione integrata degli interventi di promozione della salute

Che cosa sono i piani integrati locali degli interventi di promozione della salute

I «piani integrati locali di promozione della salute» (Pil) rappresentano lo strumento di programmazione degli interventi di promozione di *stili di vita* e *ambienti* favorevoli alla salute e prevenzione di *fattori di rischio* comportamentali nei contesti di comunità, che le Agenzie di Tutela della Salute (Ats) della Lombardia predispongono annualmente¹.

I Pil vengono elaborati in un'ottica di *integrazione* (istituzionale, gestionale, operativa e funzionale interna) nell'ambito della più generale attività di programmazione aziendale, al fine di consentire un effettivo e misurabile «guadagno di salute» nella popolazione.

In coerenza con i dati di contesto del proprio territorio di riferimento, il Pil definisce ed esplicita in maniera trasparente:

- obiettivi di salute e benessere;
- scala di priorità degli interventi;

¹ La declinazione *annuale* del Pil è finalizzata alla valutazione regionale annuale di obiettivi e processi, quindi nulla osta a una programmazione interna a ogni Ats di carattere pluriennale.

- metodi e strumenti utilizzati;
- risultati attesi/raggiunti.

Mediante i Pil ci si propone di:

- incrementare i livelli di appropriatezza professionale e organizzativa degli interventi, dando continuità al percorso avviato con la Circolare 21/SAN/2008 e gli indirizzi regionali 2009;
- sostenere una programmazione sistemica sul piano metodologico, operativo e valutativo, in coerenza con quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione², nell'ambito della quale ciascuna Ats possa declinare gli interventi in coerenza con le specificità e priorità del proprio contesto.

Gli interventi pianificati sono improntati a criteri di appropriatezza professionale quali i seguenti.

- *L'esistenza di prove di efficacia o in loro assenza il riferimento a buone pratiche*³. «Essendo la promozione della salute un ambito nel quale si può rispondere ai bisogni di salute con azioni a livello individuale, interpersonale, comunitario, ambientale e politico, essa trae informazioni da diversi tipi

² Deliberazione Consiglio regionale 11 aprile 2017 n. X/1497 «Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 e della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di Sanità) e s.m.i.».

³ Definizione di buone pratiche in promozione della salute: «quegli insiemi di processi e attività che, in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione» (Kahan B., Goodstadt M. (2001), «The interactive domain model of best practices in health promotion: developing and implementing a best practices approach to health promotion», in *Health Promotion Practice*, 2(1), 43-67).

di prove che derivano da una serie di discipline. Esse comprendono studi epidemiologici sui determinanti di salute, valutazioni di programmi di promozione della salute, studi etnografici relativi all'influenza sociale e culturale sui bisogni di salute, ricerche di tipo sociologico sui modelli e sulle cause delle disuguaglianze, scienze politiche e studi storici relativi al processo decisionale delle politiche pubbliche e ricerche economiche di costo-efficacia degli interventi.»

- *La sostenibilità.* «Il raggiungimento di cambiamenti nei fattori e nelle condizioni di rischio, che porterà a un guadagno di salute per le popolazioni, richiede l'implementazione di azioni di promozione della salute negli anni e nei decenni. Pertanto è necessario porre attenzione nella progettazione di azioni che abbiano le potenzialità per una diffusione e un'istituzionalizzazione continua, dopo essere state valutate e ritenute efficaci. Una politica di promozione della salute, che sia trasversale a una serie di settori della società, e la modificazione dell'ambiente fisico nel quale si vive, hanno un valore particolare grazie alla loro potenziale sostenibilità»⁴. La sostenibilità di un intervento di promozione della salute è strettamente correlata alla pianificazione locale nel quale l'intervento si colloca. Le azioni previste nei Pil devono poter essere mantenute nel tempo, sia dal punto di vista economico, sia per quanto riguarda le risorse professionali.
- *L'attenzione all'equità,* che si realizza mantenendo un'attenzione costante sull'entità delle disuguaglianze di salute in relazione ai fattori di vulnerabilità, esposizione al rischio e di stratificazione sociale, in fase sia di pianificazione, sia di implementazione, sia di valutazione e monitoraggio.

⁴ Cfr. O.M.S. *Aggiornamento del Glossario O.M.S. della Promozione della Salute: nuovi termini*, 2006.

Gli interventi sono inoltre costruiti attraverso modalità organizzative basate su principi di *integrazione* e *intersettorialità*. L'integrazione chiama in causa il dialogo tra i diversi servizi interni al sistema socio-sanitario che concorrono alla valutazione del contesto territoriale. L'intersettorialità si riferisce al coinvolgimento di altri settori, come agricoltura e istruzione, e di differenti stakeholder (enti locali, terzo settore, imprese, associazionismo, società sportive ecc.). L'intersettorialità viene considerata fondamentale per poter assicurare maggior equità nella salute.

Architettura e governo del processo di pianificazione integrata locale

Il processo di pianificazione integrata locale si fonda su principi, concetti e aree di azione delineati dalle conferenze globali sulla promozione della salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità⁵.

In tale contesto i principali valori guida sono così rappresentati.

Salute e benessere. Sono il risultato del miglior equilibrio, sostenibile ed equo, tra le capacità di scelta, le responsabilità (individuali, organizzative e comunitarie), le opportunità e le risorse che gli ambienti di vita e di lavoro e i contesti locali offrono alle persone, attraverso servizi, progetti, politiche locali e conoscenze.

Empowerment. È il processo attraverso il quale le persone acquisiscono maggior controllo sulle proprie decisioni e sulle azioni che influenzano la propria salute. Il processo si sviluppa

⁵ WHO Global Health Promotion Conferences (www.who.int/healthpromotion/conferences/en).

in un'ottica di ascolto e valorizzazione dei saperi e delle pratiche locali e professionali, di costruzione e cura di collaborazioni interdisciplinari, alleanze intersettoriali con la comunità locale e scelte che servano a promuovere e valutare la salute e il benessere come bene individuale e collettivo. Tutto ciò avviene attraverso il coinvolgimento, lo sviluppo di un'autonomia decisionale e la responsabilizzazione di persone destinatarie, portatori di interesse, amministratori e comunità locale tramite un'azione di *progettazione partecipata*.

Advocacy (*sostenere la causa della salute – Advocate*⁶). La buona salute è una risorsa significativa per lo sviluppo sociale, economico e personale ed è una dimensione importante della qualità della vita. Fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorire la salute, ma possono anche danneggiarla. L'azione della promozione della salute punta a rendere favorevoli queste condizioni tramite il sostegno intersettoriale alla causa della salute.

Equità. Le disparità che esistono nello stato di salute tra individui, gruppi e popolazioni sono spesso l'effetto di una distribuzione diseguale di risorse sociali, economiche e ambientali all'interno delle società e a loro volta determinano il rischio che le persone hanno di sviluppare o prevenire malattie e le opportunità di aver accesso a trattamenti appropriati. Un progetto che abbia un focus sull'equità lavora creando opportunità per la salute in grado di ridurre le differenze esistenti, per portarle al minore livello possibile e assicurare a tutti i soggetti coinvolti le condizioni necessarie per soddisfare il proprio bisogno di salute.

⁶ WHO The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 novembre 1986.

Descrizione del contesto locale e dei comportamenti di salute

L'analisi del contesto locale è finalizzata alla realizzazione del «profilo di salute» del territorio e si articola in tre differenti tipi di valutazione:

- *valutazione epidemiologica*, con l'identificazione dei problemi di salute e dei relativi determinanti comportamentali e ambientali (nei luoghi di vita e di lavoro);
- *valutazione sociale*, che comprende e pesa i determinanti culturali, sociali, politici, ambientali ed economici correlati ai problemi di salute e agli obiettivi di benessere;
- *valutazione delle disuguaglianze di salute*, che comprende l'analisi dei meccanismi di *vulnerabilità* della popolazione a parità di condizioni di *rischio*.

Nel condurre questi tipi di analisi è necessaria la collaborazione/integrazione con il *servizio epidemiologico* di riferimento di ogni Ats, in modo da poter avere a disposizione un *set* ragionato e uniforme di dati da fonti amministrative, da integrare con i dati di indagini campionarie (Sistemi di sorveglianza Okkio alla Salute, Hbsc, Passi e Indagini Istat).

La descrizione delle caratteristiche del contesto locale e dei comportamenti di salute si sviluppa tenendo conto dei dati che descrivono i seguenti aspetti:

- a. *patrimonio sociodemografico, economico e sociale* della comunità locale rispetto a benessere, qualità della vita e salute;
- b. *comportamenti correlati ai problemi di salute*
 - comportamenti e stili di vita dei diversi gruppi di popolazione;
 - politiche locali favorevoli alla salute (giovani, famiglia, anziani, stranieri, traffico, verde, urbanistica ecc.);
- c. *ambienti favorevoli alla salute*
 - comportamenti organizzativi del Ssl (policy, offerta di

servizi ecc.) e caratteristiche del contesto locale (scuola, luoghi di lavoro, comunità);

- caratteristiche *strutturali* (per esempio: piste ciclabili e percorsi pedonali, palestre, parchi, spazi per il tempo libero, ristorazione pubblica *health oriented* ecc.);
- caratteristiche *relazionali* (per esempio: associazioni, volontariato, gruppi solidali, reti informali);
- caratteristiche di *accessibilità* (a servizi, progetti, programmi, iniziative varie).

Il Pil, mediante un processo di analisi dei dati quantitativi e qualitativi, descrive le caratteristiche del contesto locale, degli ambienti di vita e lavoro e dei comportamenti, individuando e selezionando aspetti rilevanti e/o emergenti della realtà locale, anche in riferimento alle disuguaglianze di salute.

I determinanti dei comportamenti di salute e le evidenze disponibili

I fattori che influenzano la salute sono molteplici e tra loro collegati. Nella programmazione in promozione della salute degli interventi è necessario identificare sia i *determinanti di salute prossimali* sia i *distali*, sempre a partire dai dati di contesto socio-educativo, culturale, organizzativo comportamentale.

La descrizione dei determinanti prevede l'analisi dei dati quantitativi e qualitativi riferiti ai comportamenti di salute nelle diverse fasi del ciclo di vita.

Sono osservabili⁷ a riguardo almeno tre tipologie di fattori.

- *Fattori predisponenti*, cioè *interni* alle persone e alle organizzazioni, che includono conoscenze, atteggiamenti, credenze,

⁷ Modello di progettazione e valutazione Precede-Proceed, Green L.W., Kreuter M.W. (1999), «Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach», Mayfield publishing, Mountain View.

valori e percezioni che facilitano o ostacolano la motivazione al cambiamento.

- *Fattori abilitanti*, cioè *esterni* alle persone e alle organizzazioni: si riferiscono a risorse e ostacoli (forze e sistemi sociali, impegno istituzionale, leggi e norme) che possono aiutare o impedire l'acquisizione di nuove abilità necessarie al cambiamento comportamentale e ambientale.
- *Fattori rinforzanti*, anche in questo caso *esterni* alle persone e alle organizzazioni: apprezzamenti, ricompense e stimoli ricevuti da figure significative (famiglia, pari, insegnanti, operatori, politici) in seguito all'adozione di un nuovo comportamento e che possono incoraggiare o scoraggiare il suo mantenimento anche in relazione all'ambiente in cui si manifesta.

Il Pil evidenzia i determinanti che sembrano avere un potenziale di cambiamento sui comportamenti e sugli ambienti, individuando e selezionando quelli rilevanti e/o emergenti per la realtà locale.

Il Pil esplicita una valutazione delle *evidenze* e delle *buone pratiche* attingendole da una rassegna aggiornata di politiche e programmi scientificamente validati e, ove non disponibili, di azioni promettenti nella loro efficacia pratica, nonché trasferibili da contesti e ambienti analoghi.

Priorità e opportunità

La scelta delle priorità di azione e la valorizzazione delle opportunità si fonda su una serie di *criteri generali* che sono integrabili con altri *criteri specifici* ritenuti significativi nel contesto locale, e integrabili con le azioni a contrasto delle disuguaglianze.

I criteri generali sono i seguenti.

- *Rilevanza*, stimabile sulla base di:
 - *carico sanitario ed economico* del comportamento di salute (cronicità, gravità, bilancio costo/benefici);
 - *carico sociale* del comportamento di salute (numerosità e tipologia della popolazione, risorse e responsabilità della comunità locale...);
 - *carico di investimento pregresso* (patrimonio di interventi e pratiche con continuità di storia...);
 - *valore sociale* per la comunità.
- *Modificabilità*, stimabile con:
 - *pesatura dei determinanti* predisponenti, abilitanti e rinforzanti suscettibili di cambiamento o valorizzabili come risorsa;
 - *disponibilità alla collaborazione e all'impegno* da parte di professionisti, servizi ed enti nella comunità locale;
 - *disponibilità di prove di efficacia*.
- *Sostenibilità*, stimabile sulla base della valutazione delle azioni che possono continuare a essere realizzate, tenendo conto dei limiti dati dai finanziamenti, dalle competenze, dalle collaborazioni e alleanze, dalle infrastrutture, dalle risorse naturali e dalla partecipazione e responsabilità da parte dei portatori di interesse e della comunità locale.
- *Emergenza*, stimabile tramite la valutazione dei problemi di salute e benessere da cogliere e affrontare nella loro criticità improvvisa, soprattutto quando il fenomeno emergenziale cambia il *trend* di un territorio e la programmazione sanitaria.
- *Disponibilità al cambiamento*, basata sulle proposte, sull'impegno e sulla responsabilità dei portatori di interesse, degli amministratori e della comunità locale

Il Pil evidenzia, esplicitandoli, i criteri utilizzati, il processo previsto e i risultati attesi, con l'indicazione dei comportamenti su cui intende agire, degli ambienti di vita e lavoro scelti come setting e le relative azioni strategiche da mettere in campo.

Programmazione dei progetti-interventi in aree a matrice

La programmazione prevede la valutazione degli elementi e degli interventi che agiranno sui determinanti di salute che potenzialmente hanno un impatto di cambiamento più diretto su comportamenti e ambienti e che possono contrastare le disuguaglianze di salute.

Gli interventi programmati devono originare dalle ipotesi di partenza dei problemi di salute e dalla mappatura di percorsi simili già attuati.

La programmazione degli interventi prevede l'impegno a coinvolgere e consultare i portatori di interesse, gli amministratori e la comunità locale in un processo di *auto-analisi* per comprendere e pesare risorse, capacità e attività disponibili.

La valutazione stima l'insieme di risorse e competenze (politiche, amministrative, organizzative, psicosociali) che concretamente potranno permettere la realizzazione del programma.

La programmazione prevede l'integrazione dei progetti-interventi secondo due possibili aree-matrice:

- *comportamenti di salute in relazione al ciclo di vita*, con una prevalente attenzione alle specifiche caratteristiche biografiche della fascia di popolazione interessata;
- *comportamenti di salute in relazione agli ambienti di vita e di lavoro*, con una prevalente attenzione alle specifiche caratteristiche strutturali e relazionali che li connotano.

Il Pil descrive il programma degli interventi evidenziando i seguenti elementi:

- determinanti che potenzialmente hanno un impatto di cambiamento più diretto sui comportamenti e sugli ambienti definiti secondo un'area matrice territoriale e con l'indicazione di un livello di risultato atteso;
- criteri di individuazione dei destinatari e degli ambienti di vita e di lavoro coinvolti;
- risorse e capacità amministrative, organizzative, sociali e politiche disponibili;
- alleanze e collaborazioni intra-aziendali e intersettoriali;
- prove di efficacia disponibili e, ove non disponibili, le buone pratiche locali (della sanità e di altri settori);
- cronoprogramma con la scansione degli interventi;
- piano di valutazione in riferimento ai risultati attesi.

Valutazione dei benefici e dell'impatto su salute e benessere

La valutazione è parte integrante della progettazione e si lega indissolubilmente agli obiettivi generati dalle precedenti fasi del processo:

- *obiettivi di salute* (sanitari) e di benessere sociale;
- *obiettivi di cambiamento dei determinanti* predisponenti, abilitanti e rinforzanti (cioè dei determinanti prossimali e distali);
- *obiettivi di contrasto alle disuguaglianze*.

La valutazione prevede un processo di monitoraggio della realizzazione del programma e la definizione degli elementi utili alla verifica.

La descrizione dei benefici e dell'impatto sul benessere, sulla salute e sulla capacità di contrastare le disuguaglianze, del programma integrato degli interventi secondo l'area a matrice territoriale prevede:

- la *valutazione di processo* (progressi, eventuali criticità e azioni di riorientamento/miglioramento in corso d'opera);
- la *valutazione di impatto* (cambiamenti individuali, organizzativi, sociali, riduzione delle disuguaglianze);
- la *valutazione di outcome* (salute e benessere).

I singoli interventi che compongono l'area a matrice richiedono:

- coerenza con quanto emerso dalla valutazione di contesto del Pil;
- qualità del disegno di intervento;
- fondamento su prove di efficacia pratica e, ove non disponibili, su esempi di buona pratica;
- valutazione relativa a impatto, appropriatezza, sostenibilità (mediante indicatori di copertura di popolazione, cambiamenti attesi ecc.);
- valutazione del profilo di equità ed eventuale riorientamento delle azioni necessarie (mediante indicatori di monitoraggio specifici o applicazione dello strumento dell'Health Equity Audit).

La valutazione del Pil deve prevedere modalità differenziate anche a lungo termine, armonizzandole con la durata del Prp.

Il Pil descrive un piano di valutazione con l'individuazione dei criteri, degli standard e degli indicatori di risultato riferiti agli obiettivi della programmazione integrata.

Comunicazione e restituzione dei risultati

La programmazione e la valutazione del Pil devono includere un sistema di comunicazione e di *restituzione* di azioni intraprese, obiettivi attesi e risultati raggiunti.

Per queste ragioni è richiesto l'impegno a comunicare in maniera efficace e tempestiva utilizzando due tipi di strumenti.

- *Strumenti di restituzione istituzionale*, propri del sistema socio-sanitario regionale:
 - rendicontazione in relazione agli obiettivi di interesse regionale;
 - rendicontazione dei singoli progetti/interventi.
- *Strumenti di comunicazione pubblica* e del marketing sociale e dei servizi:
 - restituzione istituzionale sia interna all'Azienda Socio-Sanitaria che esterna agli enti, organizzazioni e associazioni della comunità locale;
 - restituzione alla comunità locale che preveda la comunicazione e il confronto con la popolazione, i portatori di interesse, gli amministratori e media locali;
 - restituzione alla comunità professionale e scientifica con la presentazione e il confronto negli appuntamenti scientifico-culturali regionali, nazionali e internazionali e con la pubblicazione di articoli su riviste di aggiornamento professionale e scientifiche.

La restituzione dei risultati è l'occasione per la raccolta di stimoli, proposte, condivisione e conoscenza dell'opera fatta, non solo esternamente all'azienda, ma anche internamente.

Il Pil descrive un piano di comunicazione con l'individuazione delle strategie, degli strumenti e dei destinatari.

Azioni di sostegno e accompagnamento

Il processo di costruzione e realizzazione del Pil prevede, infine, una serie di azioni di sostegno e accompagnamento riferite a:

- *governo aziendale orientato* e supportato da una programmazione regionale coerente;
- *monitoraggio partecipato*, che prevede l'impegno a coinvolgere e consultare i portatori di interesse, gli amministratori e la comunità locale per migliorare il processo e stimare i risultati di impatto e outcome;
- *formazione dei professionisti* in relazione a criticità relative a specifiche conoscenze e competenze richieste (metodologia e valutazione partecipativa, modelli di cambiamento dei comportamenti individuali e comunitari, comunicazione e marketing sociale e dei servizi, contenuti tematici delle aree a matrice);
- *confronto tra pari* per il miglioramento della qualità e dell'efficacia pratica degli interventi, con la ricognizione e valorizzazione di buone pratiche locali;
- *monitoraggio dell'equità* nelle azioni prodotte.

Programma «Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia»: profilo di salute aziende aderenti

Whp – Profilo di salute nei luoghi di lavoro

Il profilo di salute raccoglie un set di informazioni che permettono all'azienda di osservare e descrivere il proprio contesto in riferimento al programma «Aziende che promuovono salute – Rete Whp Lombardia», al fine di mettere in atto un processo di miglioramento.

I dati raccolti permettono di individuare gli ambiti sui quali intervenire attraverso il riorientamento delle policy/strategie in essere e l'attivazione delle pratiche raccomandate dal programma.

Dati identificativi della sede operativa

Inserire il codice ID risposta fornito dall'Ats di riferimento

Indirizzo

Comune

SETTORE DI ATTIVITÀ

Scegliere una opzione macro classe ATECO

...

PERSONALE**Totale personale** (*numero*)

- Uomini (*numero*)
- Donne (*numero*)

Di cui a tempo indeterminato

(al 31/12 dell'anno precedente la compilazione)

- Uomini (*numero*)
- Donne (*numero*)

Di cui a tempo determinato

(al 31/12 dell'anno precedente la compilazione)

- Uomini (*numero*)
- Donne (*numero*)

Con altri tipi di contratto

(al 31/12 dell'anno precedente la compilazione)

- Uomini (*numero*)
- Donne (*numero*)

Presenza di personale straniero

- Sì
- No

Personale straniero

- Uomini (*numero*)
- Donne (*numero*)

Presenza di turnisti

- Sì
- No

Possibilità di telelavoro

- Sì
- No

Fasce d'età del personale

- 18-29
- 30-49
- Over 50

Profilo

- Dirigenti (*numero*)
- Impiegati (*numero*)
- Operai (*numero*)

Solo per settore socio-sanitario

- Dirigenti amministrativi
- Dirigenti medici / altri dirigenti non medici
- Altro personale sanitario (infermieristico, tecnico, assistenti sociali ecc.)
- Impiegati
- Operai

CONTESTO ORGANIZZATIVO E STILI DI VITA – ALIMEN- TAZIONE

Mensa

- La sede è dotata di un servizio mensa? SÌ ☐ NO ☐

Se sì,

- I pasti vengono preparati in una cucina interna all'azienda? SÌ ☐ NO ☐

Se non vengono preparati internamente, specificare il nome della ditta di catering

- Il menù della mensa prevede
 - Frutta e verdura non sostituibile con altri dessert SÌ ☐ NO ☐
 - Offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale SÌ ☐ NO ☐
 - Disponibilità di pane integrale SÌ ☐ NO ☐
 - Utilizzo esclusivo di sale iodato SÌ ☐ NO ☐

NOTA

Il quantitativo di sale deve essere pari a 1,7% riferito alla farina.

Le seguenti categorie usufruiscono dei pasti preparati dalla mensa?

- Lavoratori 18-29 anni

Per nulla ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Non applicabile ☐

- Lavoratori 30-49 anni

Per nulla ☐ Abbastanza ☐ Molto ☐ Non applicabile ☐

- Distributori automatici di bevande e alimenti SÌ ☐ NO ☐
- Da chi è principalmente usato il locale ristoro?
(risposta per categorie)

Distributori automatici

- Sono presenti in azienda distributori automatici di alimenti/bevande? SÌ ☐ NO ☐
- Se sì, indicare il n. di distributori:

Nei distributori è presente:

- Offerta di acqua SÌ ☐ NO ☐
- Offerta di frutta e/o verdura SÌ ☐ NO ☐
- Offerta (almeno 30%) di alimenti «salutari» SÌ ☐ NO ☐

NOTA

Per alimenti salutari si intendono alimenti con contenuto calorico non superiore a 150 Kcal e contenuto in grassi non superiore a 5 g. Esempio: succhi di frutta senza zuccheri aggiunti, spremute, frutta secca, yogurt, prodotti da forno con olio evo e/o a basso contenuto di sale.

Iniziative alimentari

- Sono presenti altre iniziative finalizzate a sostenere una corretta alimentazione? SÌ ☐ NO ☐
- Sono accessibili a tutti? SÌ ☐ NO ☐

Se sì si tratta di

- Iniziative occasionali (per es. settimana/giorni con disponibilità di frutta nelle aree break ecc.) SÌ ☐ NO ☐
- Iniziative informative stabili (cartellonistica nelle aree dedicate, codice colore ecc.) SÌ ☐ NO ☐
- Altre iniziative (*inserire breve descrizione*)
.....
.....
- Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutti i dipendenti? SÌ ☐ NO ☐

CONTESTO ORGANIZZATIVO E STILI DI VITA – ATTIVITÀ FISICA

- La sede è organizzata su più piani raggiungibili con le scale? SÌ ☐ NO ☐

Se sì

- È attivo un programma che promuove l'utilizzo delle scale in alternativa all'ascensore? SÌ ☐ NO ☐
- La sede è raggiungibile (dal più vicino centro abitato, dalla stazione ferroviaria, da fermata bike sharing) in bicicletta? SÌ ☐ NO ☐
- Chi ne usufruisce di più? (*diviso per ruolo professionale*)
.....
.....
.....
- Presso la sede vi è uno spazio protetto per il parcheggio delle biciclette? SÌ ☐ NO ☐
- La sede si trova sul percorso di una pista ciclabile? SÌ ☐ NO ☐
- L'azienda ha stipulato convenzioni con palestre/centri sportivi esterni per i dipendenti? SÌ ☐ NO ☐
- Chi ne usufruisce di più? (*diviso per ruolo professionale*)
.....
.....
.....
- È possibile svolgere attività fisica in spazi adeguati all'interno della sede in orari extra lavorativi? SÌ ☐ NO ☐
- Sono attivati gruppi di cammino «aziendali»? SÌ ☐ NO ☐
- L'azienda aderisce al progetto Bike to work (Fiab)? SÌ ☐ NO ☐
- Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutti i dipendenti? SÌ ☐ NO ☐

Iniziative di stili di vita attivi

- Sono presenti altre iniziative finalizzate a sostenere uno stile di vita attivo? SÌ ☐ NO ☐

Se sì si tratta di

- Iniziative occasionali (settimana/giorni della bicicletta, della camminata ecc.) SÌ ☐ NO ☐
- Iniziative stabili (gruppo di cammino autopromosso o promosso da dopolavoro, squadra calcetto e/o altri sport) SÌ ☐ NO ☐
- Altre iniziative (*inserire breve descrizione*)
.....
.....

CONTESTO ORGANIZZATIVO E STILI DI VITA – FUMO

- La sede è dotata di una «policy» di contrasto al fumo di tabacco)? SÌ ☐ NO ☐
- La policy è conosciuta? SÌ ☐ NO ☐
- Se è presente
- La Policy è scritta? SÌ ☐ NO ☐
- La policy è attuata per niente ☐ abbastanza ☐ completamente ☐
- È presente la cartellonistica che richiama il divieto di fumo? SÌ ☐ NO ☐
- Il divieto di fumo è rispettato anche nelle pertinenze esterne? (solo per aziende sanitarie o contesti scolastici – decreto legislativo n. 6 del 12 gennaio 2016) SÌ ☐ NO ☐
- Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione (per es. concorso «Smetti e vinci» ecc.) rivolte a tutti i dipendenti? SÌ ☐ NO ☐

CONTESTO ORGANIZZATIVO E STILI DI VITA – ALCOL E DROGHE

- La sede è dotata di una «policy» drug free? SÌ ☐ NO ☐

NOTA

La policy è un documento scritto e rappresenta un documento chiave per perseguire un contesto di lavoro drug free. Una policy efficace è il risultato di un lavoro condiviso di tutti gli attori in gioco e deve rispondere sia alle esigenze dei propri lavoratori sia a quelle dell'azienda stessa. Ogni azienda può definire e organizzare i contenuti della propria policy utilizzando qualsiasi linguaggio e qualsiasi forma ritenga più adeguata per informare i propri lavoratori.

Gli elementi essenziali di una policy dovrebbero includere:

- *le normative, i regolamenti, gli obiettivi organizzativi (per es. d.lgs. 81/2008; legge 125/01; Dpr 309/90, accordi Stato-Regioni ecc.);*
- *le motivazioni di tutela/promozione della salute che ne motivano l'adozione;*
- *le conseguenze di eventuali violazioni;*
- *le indicazioni sulle possibilità di aiuto e sostegno (sia interne all'Azienda sia a livello territoriale) per chi avesse problemi.*

Rif.: Drug-free Workplace kit – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

Elementi per la valutazione qualitativa della policy in tema di alcol/droghe

- È stata definita attraverso un percorso condiviso azienda-lavoratori? SÌ ☐ NO ☐
- Stabilisce i criteri per considerare assolti gli obblighi di legge? SÌ ☐ NO ☐
- Precisa che le regole definite si applicano a tutti i lavoratori? SÌ ☐ NO ☐
- Precisa i contesti in cui si applica (per es. solo all'interno degli spazi aziendali, anche al di fuori, quando i lavoratori sono in servizio, anche al di fuori dell'orario di servizio a garanzia della presenza in servizio non sotto effetto di alcol/droghe)? SÌ ☐ NO ☐
- Definisce chi ha il compito di controllare e far rispettare la policy? SÌ ☐ NO ☐
- Stabilisce le sanzioni per chi non rispetta le regole? SÌ ☐ NO ☐
- Esplicita le indicazioni in merito alle possibilità di aiuto e sostegno (sia interne all'azienda sia a livello territoriale)? SÌ ☐ NO ☐
- Esplicita le modalità di sostegno e di tutela della privacy nei confronti dei lavoratori che accedono al sistema di cura (anche ulteriori rispetto alle previsioni di legge, per es. benefit)? SÌ ☐ NO ☐
- Definisce le modalità di pubblicizzazione e promozione dei contenuti e loro applicazione? SÌ ☐ NO ☐
- Prevede azioni/iniziative di responsabilità sociale su questi temi rivolte al territorio/comunità in cui opera l'azienda (per es. sponsorizzazione di iniziative sociali ecc.)? SÌ ☐ NO ☐
- La policy è scritta? SÌ ☐ NO ☐
- La policy è attuata per niente ☐ abbastanza ☐ completamente ☐
- Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutti i dipendenti? SÌ ☐ NO ☐

RETI DI CONCILIAZIONE DEI TEMPI LAVORATIVI CON LE ESIGENZE FAMILIARI

- L'azienda aderisce alle reti di conciliazione (Dgr n. 5969 del 12/12/2016)? SÌ ☐ NO ☐

Se sì

- Iniziative in corso (*inserire una breve descrizione*)

.....

RESPONSABILITÀ SOCIALE DI IMPRESA

- La vostra azienda aderisce/ha aderito ad altri programmi o iniziative regionali o nazionali di responsabilità sociale d'impresa? SÌ ☐ NO ☐

Se sì

- Bando per la diffusione della responsabilità sociale delle organizzazioni nelle lombarde SÌ ☐ NO ☐
- Pubblicazione del bilancio di sostenibilità / Corporate Social Responsibility (Csr) secondo linee guida internazionali (Gri) SÌ ☐ NO ☐
- Pubblicazione dei dati «non finanziari» in materia di diritti umani e diversity, secondo quanto richiesto dal decreto legislativo del 30 dicembre 2016 n. 254 «Non financial disclosure» (obbligatoria per le grandi aziende) SÌ ☐ NO ☐
- Applicazione della norma ISO 26000 sulla gestione della Responsabilità sociale delle imprese SÌ ☐ NO ☐
- Adesione all'iniziativa Global Compact delle Nazioni Unite o ad altre iniziative nazionali o internazionali di promozione della Corporate Social Responsibility (Csr) SÌ ☐ NO ☐
- Altre iniziative (*inserire breve descrizione*)

MEDICO COMPETENTE

- Ha partecipato a iniziative formative in tema di counseling motivazionale? SÌ ☐ NO ☐
- Ha partecipato a iniziative di aggiornamento/formazione in tema di alcol/droghe? SÌ ☐ NO ☐
- Ha partecipato a corsi sull'*equity*? SÌ ☐ NO ☐

Il medico competente effettua counseling breve ai lavoratori durante le visite periodiche in tema di:

- Corretta alimentazione/attività fisica SÌ ☐ NO ☐
- Problematiche alcol correlate SÌ ☐ NO ☐
- Cessazione dell'abitudine al fumo (per lavoratori fumatori) SÌ ☐ NO ☐
- Fornisce informazioni sull'offerta di servizi del territorio in tema di cessazione tabagica (sanitari, socio-sanitari e no profit), screening, consulenza dietologica ecc. SÌ ☐ NO ☐

ASSENZE PER MALATTIA

Assenze per malattia per profilo professionale – riferite all'anno precedente:

- Dirigenti n. giorni di assenza per malattia
- Uomini n. giorni di assenza per malattia
- Donne n. giorni di assenza per malattia
- Impiegati n. giorni di assenza per malattia
- Uomini n. giorni di assenza per malattia
- Donne n. giorni di assenza per malattia
- Operai n. giorni di assenza per malattia
- Uomini n. giorni di assenza per malattia
- Donne n. giorni di assenza per malattia

PER SETTORE «SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE»

- Medici/altri dirigenti medici
- Profili sanitari-tecnici

Glossario

Accountability

La responsabilità, da parte degli amministratori che impiegano risorse finanziarie pubbliche, di rendicontarne l'uso sia sul piano della regolarità dei conti sia su quello dell'efficacia della gestione.

Advocacy

Una combinazione di azioni individuali e sociali volte a ottenere impegno politico, sostegno alle politiche, consenso sociale e sostegno dei sistemi sociali per un particolare obiettivo o programma di salute.

Nel campo della salute consiste nell'uso strategico di informazioni e altre risorse (economiche e politiche) per modificare decisioni politiche e comportamenti collettivi e individuali allo scopo di migliorare la salute dei singoli o della comunità.

L'advocacy è un processo continuo che prevede l'analisi della problematica e del suo contesto, strategia, mobilitazione, azione, valutazione.

Appropriatezza (professionale)

Erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con le caratteristiche di complessità dell'intervento erogate e con quelle cliniche del paziente.

Determinanti di salute

Fattori che influenzano e determinano la salute e il benessere degli individui; includono l'insieme di fattori personali, sociali, economici e ambientali.

I meccanismi causali che provocano variazioni sociali nella salute sono di due tipi: distali e prossimali.

- *Determinanti distali*: comprendono i fattori individuali e ambientali che sono responsabili delle disuguaglianze sociali e che influenzano l'azione degli altri determinanti di salute.
- *Determinanti prossimali*: includono i processi attraverso cui il contesto sociale e le politiche influenzano direttamente lo stato di salute della popolazione e del singolo individuo (per esempio politiche di prevenzione, interventi di promozione della salute).

Empowerment

Nell'ambito della promozione della salute, si definisce empowerment il processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute.

Equità

Significa imparzialità. Equità nella salute vuole dire che sono i bisogni delle persone a orientare la distribuzione delle opportunità per il conseguimento del benessere.

Ringraziamenti

Si ringraziano i partecipanti al corso di formazione:

Raffaella Albani, Ats della Città Metropolitana di Milano
Laura Antonelli, Ats di Brescia
Milva Barigazzi, Ats Val Padana
Angela Barile, Ats di Pavia
Maria Luigia Basile, Ats di Brescia
Maria Stefania Bellesi, Ats Montagna
Laura Benedetti, Ats di Brescia
Patrizia Benenati, Ats Brianza
Elena Bertolini, Ats della Città Metropolitana di Milano
Luca Biffi, Ats Bergamo
Roberto Boni, Ats della Città Metropolitana di Milano
Stefano Bravi, Ats Insubria
Raffaella Brigada, Ats di Pavia
Luigi Maria Camana, Ats di Pavia
Tiziana Paola Maria Cattaneo, Ats Brianza
Marco Cremaschini, Ats Bergamo
Giuliana Del Nero, Ats Montagna
Fortunato D'Orio, Ats della Città Metropolitana di Milano
Valter Drusetta, Ats Val Padana
Paola Duregon, Ats della Città Metropolitana di Milano
Mirco Fagioli, Ats della Città Metropolitana di Milano
Alessia Sara Ferrario, Ats Brianza
Laura Ferretti, Ats di Pavia
Giovanni Fioni, Ats Brianza

Manuela Franchetti, Ats Brianza
Enza Giompapa, Ats Montagna
Viviana Giorgetti, Ats della Città Metropolitana di Milano
Maria Gussoni, Ats della Città Metropolitana di Milano
Lisa Agnieszka Impagliazzo, Ats Insubria
Consilia Nadia Incardona, Ats di Pavia
Piera Isella, Ats Brianza
Mara Lambertini, Ats Insubria
Viviana Lisci, Ats della Città Metropolitana di Milano
Giuseppe Lo Brutto, Ats Insubria
Patrizia Madoni, Ats della Città Metropolitana di Milano
Silvia Maggi, Ats di Pavia
Rita Manassi, Ats Montagna
Maria Letizia Marchetti, Ats Val Padana
Margherita Marella, Ats di Brescia
Danilo Raffaello Marini, Ats di Pavia
Silvia Marri, Ats Val Padana
Franco Martello, Ats Montagna
Elisa Maria Martorana, Ats Bergamo
Antonella Mazzoli, Ats di Brescia
Maria Vittoria Meraviglia, Ats della Città Metropolitana di Milano
Katia Minardi, Ats Montagna
Gloria Molinari, Ats Val Padana
Marisa Mondani, Ats di Pavia
Francesca Mondini, Ats Val Padana
Valter Moro, Ats di Pavia
Lidia Negrino, Ats Brianza
Stefania Ongaro, Ats Bergamo
Antonietta Orlando, Ats Insubria
Ornella Orsini, Ats Val Padana
Raffaele Pacchetti, Ats Insubria
Sonia Pelamatti, Ats Montagna
Patrizia Pennati, Ats della Città Metropolitana di Milano
Bruno Pesenti, Ats Bergamo
Elena Pestoni, Ats di Pavia
Giancarlo Poli, Ats Val Padana
Chiara Prati, Ats Val Padana
Gisella Prezioso, Ats Montagna
Giuliana Rocca, Ats Bergamo

Anna Maria Rocco, Ats di Brescia
Valentina Romano, Ats Insubria
Laura Rubagotti, Ats Val Padana
Sandro Sanna, Ats della Città Metropolitana di Milano
Biagio Vincenzo Santoro, Ats Insubria
Irene Savino, Ats Brianza
Jessica Sciuto, Ats della Città Metropolitana di Milano
Anna Rita Silvestri, Ats della Città Metropolitana di Milano
Domenica Sottini, Ats di Brescia
Concetta Giada Spizzirri, Ats Brianza
Elena Vecchiato, Ats Insubria
Anna Teodolinda Viero, Ats Insubria

Finito di stampare nel mese di aprile 2018
presso Geca Industrie Grafiche
San Giuliano Milanese (MI)