

www.disuguaglianzedisalute.it



Disuguaglianze di salute

Ridurre le disuguaglianze con azioni di contrasto sui determinanti sociali

Lavoro e salute

Un potenziale da recuperare



Policy brief

Policy brief realizzato da:

Roberto Di Monaco, roberto.dimonaco@unito.it

Silvia Pilutti, silvia.pilutti@prospettivericerca.it

Giuseppe Costa, giuseppe.costa@epi.piemonte.it

ISBN- 978-88-95525-32-7

Gennaio 2016

Il presente policy brief rielabora alcuni contenuti del volume

Costa G. e altri (a cura di). L'equità nella salute. Secondo Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, edito da Fondazione Smithkline presso Franco Angeli Editore, Milano 2014.



Executive summary

E' noto che le disuguaglianze sociali si traducono in disuguaglianze di salute: le persone con una posizione sociale e un lavoro di minor prestigio corrono maggiori rischi di salute e si ammalano più frequentemente. Esiste dunque una perdita di salute, continua e diffusa, che riguarda in modo esteso la forza lavoro e che si traduce in disagi delle persone e in danno per le organizzazioni.

A partire da questo dato di fatto, noto e documentato, il nostro contributo, elaborato sulla base di una vasta letteratura, si concentra su tre punti e presenta una proposta operativa. Il primo punto è che si tratta in ampia misura di rischi e danni per la salute evitabili. L'aspetto più interessante che emerge dalle ricerche è che esiste la possibilità, in molti contesti sociali e tra questi negli ambienti di lavoro, di ridurre le conseguenze negative per la salute agendo sul rapporto tra le persone e l'organizzazione. Potremmo chiamare questi interventi innovazione organizzativa, o miglioramento nella gestione delle risorse umane, per richiamare un campo di interventi molto vasto che incide sul funzionamento e sulla cultura delle organizzazioni. E' interessante notare che le linee fondamentali che potrebbero guidare queste azioni sono ben rappresentate nei principi fondanti della Strategia Europea per l'Occupazione, centrale da vent'anni a questa parte in tutti i documenti programmatici ma ampiamente da scoprire per quanto riguarda la sua effettiva implementazione nelle imprese, nelle istituzioni formative e sul mercato del lavoro.

Il secondo punto di interesse riguarda i profondi cambiamenti che stanno interessando la competitività e l'occupazione, a partire dalla globalizzazione dagli anni 2000, fino alla crisi del 2008 e ai più recenti cambiamenti normativi delle leggi sull'istruzione e il lavoro. Gli studi mostrano chiaramente come una parte del sistema produttivo – competitivo e internazionalizzato – tenga il mare e la rotta, mentre vi sono preoccupazioni per vaste aree di imprese e forza lavoro, di settori e territori che per una gamma di motivi perdono terreno,

scelgono o sono costrette a intraprendere strade di ritirata, a non investire, a limitarsi a tagliare i costi, oppure a riprodurre al proprio interno schemi

dualistici, dove ci si cura di pochi tra i propri addetti. La crescente segmentazione e polarizzazione delle imprese e della forza lavoro non aiuta certo la riduzione delle disuguaglianze sociali e l'equità di salute. Bisogna notare, però, che le strategie utilizzate da molte imprese innovative e le flessibilità introdotte nel lavoro aprono contemporaneamente nuovi rischi ma anche nuove opportunità per la promozione dell'equità. Il documento si sofferma sui cardini di una possibile strategia comune, utile a promuovere la competitività, ma contemporaneamente il benessere diffuso delle persone, e quindi l'equità di salute. Persone coinvolte, responsabilizzate, formate, che contribuiscono in un contesto positivo di relazioni sociali, che riescono a gestire meglio l'incrocio tra le domande del lavoro e le esigenze personali e familiari, sembrerebbero più produttive, più capaci di generare qualità e miglioramento continuo per l'organizzazione e per i suoi clienti, ma anche persone meno esposte ai rischi di salute, meno vulnerabili alla malattia fisica e mentale, che sperimentano un maggior benessere. Dunque, sembrerebbe a portata di mano la riduzione delle disuguaglianze.

Tuttavia, e veniamo al terzo punto, l'equità è tutt'altro che scontata. Molte delle tendenze in atto sono fortemente ambivalenti. A seconda di come sono gestite, guidate, implementate, possono ridurre o aumentare le disuguaglianze. A chi si rivolgono le attenzioni e le risorse delle



politiche innovative, della formazione, del miglioramento continuo, della conciliazione, del welfare aziendale? Si attua una strategia di coinvolgimento e innalzamento generalizzato e di riequilibrio puntando sulla cooperazione allargata nelle imprese, nelle reti tra imprese e con le istituzioni, oppure si scelgono logiche selettive e individualistiche nella competizione e nella gestione delle persone? Non è possibile generalizzare o attribuire valore a priori a soluzioni complesse, ma pare opportuno moltiplicare gli strumenti di osservazione, progettazione e valutazione che facilitino la convergenza tra competitività e salute, che aumentino le prove di efficacia delle politiche per l'equità e che forniscano elementi empirici e non ideologici per sostenere l'utilità dei processi di coinvolgimento e valorizzazione delle persone, nel lavoro e rispetto al benessere.

Per questo il documento, in continuità con il Libro Bianco, propone di approfondire la discussione e lo scambio di informazioni ed esperienza attraverso la comunità di pratiche on-line sul sito <http://www.disuguaglianzedisalute.it/>.

Si ritiene che le imprese, i professionisti, le associazioni di rappresentanza e le istituzioni che si stanno occupando di questi temi possano trovare un terreno fertile di apprendimento mettendo in comunicazione i temi dell'innovazione e della competitività, o della regolazione e contrattazione, con quelli dell'equità e della salute, ricercando nel coinvolgimento e nella cooperazione allargata con la forza lavoro un comune denominatore, di cui riscoprire le potenzialità.

Abstract

Questo documento propone a dirigenti e operatori pubblici e privati che si occupano di lavoro una rassegna ragionata delle conoscenze disponibili relative agli effetti delle disuguaglianze sociali sulla salute e ai meccanismi sociali che li generano. Offre inoltre indicazioni e strumenti sulle modalità con cui organizzazioni, politiche e servizi possono contrastare queste ricadute e promuovere l'equità nella salute. Innovando le modalità di gestione delle persone, sarebbe possibile accrescere la produttività, il benessere e l'equità, nelle organizzazioni e sul territorio.

Il primo obiettivo del documento, quindi, è promuovere un confronto sulle analisi e sulle azioni da fare, oltre che scambi di esperienze e supporti alla valutazione degli interventi. Per questo è stata avviata una comunità di pratiche per la promozione del benessere sul lavoro, raggiungibile sul sito <http://www.disuguaglianzedisalute.it>. In secondo luogo, il documento mira a stimolare ulteriori attività di ricerca e di sperimentazione, per consolidare le conoscenze sulle azioni efficaci contro le disuguaglianze.

Le fonti e le metodologie qui presentate sono disponibili in modo più approfondito e sistematico sul Libro Bianco: *L'Equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità* (Costa G. et al., Franco Angeli, Milano, 2014).

Parole chiave

Salute, lavoro, formazione, benessere, qualità delle esperienze di lavoro, apprendimento, clima organizzativo, ambiente di lavoro, miglioramento organizzativo, capitale umano, innovazione.

Sommario

Le condizioni a rischio.....	4
Il potenziale di salute recuperabile	5
Le politiche e i servizi rivolti all'equità di salute	6
Tendenze e prospettive di intervento	8
Le tendenze	8
La strategia europea per l'occupazione e il contrasto alle disuguaglianze	10
Politiche organizzative a vantaggio della produttività	11
Effetti delle politiche formative e organizzative sulla salute	14
Valutazione e comunità di pratiche per recuperare salute.....	18
Le proprietà 'capacitanti' delle pratiche organizzative	18
Le domande di valutazione per l'equity audit.....	19
Indicazioni bibliografiche.....	23

Il problema

Le condizioni a rischio

Le ricerche dicono con chiarezza che le famiglie e le persone con una bassa posizione sociale si muovono sul mercato del lavoro con difficoltà e si trovano in situazioni sistematicamente svantaggiate. Le circostanze più significative di svantaggio sono:

- Essere disoccupati
- Avere carriere discendenti, discontinue
- Lavorare in modo precario e/o con un reddito inadeguato ad assicurare autonomia economica
- Lavorare in occupazioni manuali a bassa qualificazione, con eccesso di sforzo fisico e rischio di incidenti
- Lavorare in contesti organizzativi stressanti, con eccesso di sofferenza, disagio e demotivazione.

Queste situazioni sfavorevoli sono dunque condizionate dalle disuguaglianze sociali. Nello stesso tempo, trovarsi in una o più di queste condizioni significa avere maggiori rischi di salute.

A ridurre il benessere nella vita di donne e uomini di bassa estrazione sociale contribuiscono, contemporaneamente, i movimenti sul mercato del lavoro (inizio e fine delle occupazioni, periodi di transito e di disoccupazione) e l'esperienza all'interno delle organizzazioni di lavoro. Nella storia delle persone spesso si susseguono cattive esperienze sul mercato del lavoro e cattive esperienze nelle organizzazioni.

Vi sono molti dati che dimostrano gli effetti delle disuguaglianze sociali sulla salute attraverso il lavoro (e il non lavoro). Il meccanismo sociale fondamentale alla base di questi effetti riguarda le **minori capacità di controllo** che le persone con bassa posizione sociale possono esercitare sulla propria salute, nell'arco della loro vita. Questo perché dispongono di minori risorse economiche, di minori capacità individuali (soprattutto per le loro esperienze scolastiche e formative) e vivono e lavorano più frequentemente in contesti che, a parità di risorse e capacità individuali, non aiutano ad utilizzarle per gestire la propria vita in modo autonomo e soddisfacente. Sono ad esempio contesti degradati, inquinati, pericolosi, con minori possibilità di partecipazione attiva, di coinvolgimento, di scambio di informazioni e aiuti con altri, di attribuzione di significati positivi e rilevanti alla propria esperienza. Tutto questo riduce il potenziale di salute in modo asimmetrico, a danno delle persone con posizioni sociali più deboli.

Per questi motivi, le persone con una bassa posizione sociale, a causa delle esperienze negative nel mercato del lavoro e nei luoghi di lavoro, si imbattono più frequentemente in problemi di salute. Esse subiscono uno svantaggio in tre fasi cruciali nelle quali si articola nel tempo l'effetto delle disuguaglianze sociali sulla salute:

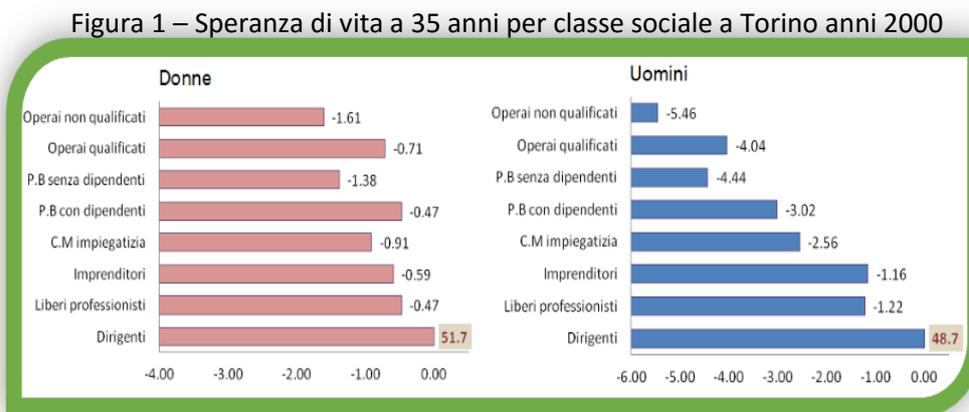
- a) **maggior esposizione al rischio**, perché le persone con una bassa posizione sociale sono più presenti nelle condizioni di svantaggio elencate sopra e quindi più esposte ai rischi per la salute;
- b) **maggior danno**, perché tra le persone esposte, quindi a parità di rischio, quelle con una bassa posizione sociale sono più vulnerabili e si ammalano più facilmente. Inoltre, con minore probabilità accedono a cure efficaci e quindi subiscono più frequentemente danni persistenti alla salute;
- c) **maggior ricaduta sociale della condizione di malattia**, perché tra le persone che hanno subito danni alla salute, quelle con una bassa posizione sociale sperimentano ulteriori e più gravi conseguenze sociali della malattia, che riducono ancora le loro risorse, capacità e relazioni sociali, creando un circolo vizioso.

Si tratta in sostanza di **conseguenze evitabili**. Per contrastare le disuguaglianze di salute che derivano dalle disuguaglianze sociali è dunque utile approfondire in che modo sia possibile aumentare le capacità di controllo delle persone sulla propria salute in queste diverse fasi.

Il potenziale di salute recuperabile

L'effetto del gradiente sociale sulla salute è un'evidenza empirica. Può essere rilevato sia osservando differenti indicatori di salute (mortalità, disabilità da anziani, problemi di salute fisica, o psichica, specifiche patologie), sia variando gli indicatori di posizione sociale (titolo di studio, livello dell'occupazione, reddito individuale e familiare, ecc.). **L'effetto delle disuguaglianze sociali sulla salute è un tratto costante**, si manifesta con intensità più o meno accentuata e non riguarda soltanto le posizioni sociali estreme (differenza tra alte professionalità e lavori marginali), ma in qualche modo tutte le fasce sociali, che migliorano la propria salute mano a mano che si rafforza la loro posizione sociale. Il Libro Bianco presenta le più significative e recenti evidenze empiriche, in particolare a livello italiano (Libro Bianco, Costa, 2014, pag.13) e internazionale (Libro Bianco, Di Monaco, Pilutti, 2014, pag.358). Ad esempio, le differenze nella posizione professionale si traducono in corrispondenti disuguaglianze nella

speranza di vita delle persone: i dirigenti possono contare su una speranza di vita nettamente maggiore degli operai. Ma il vantaggio delle stesse posizioni è molto differente tra donne e uomini. Se una donna dirigente



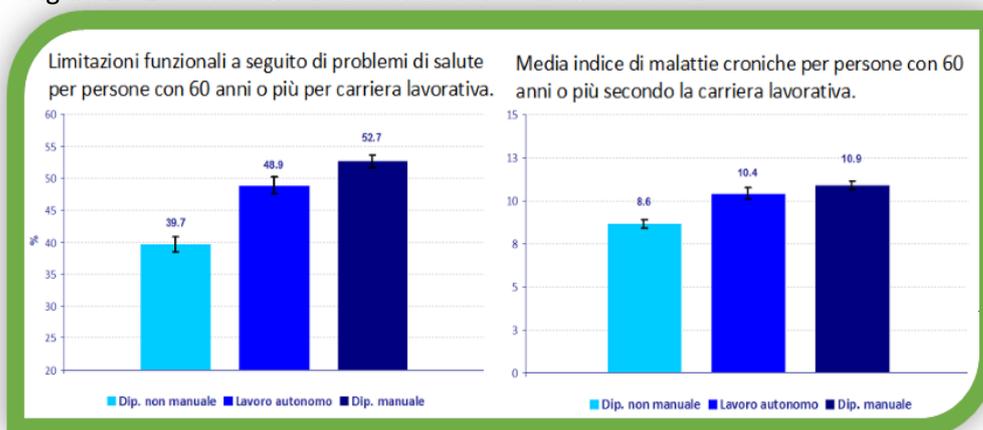
Fonte: studio longitudinale torinese

ha in media una speranza di vita a 35 anni di circa un anno e mezzo in più rispetto ad un'operaia; un uomo nella medesima posizione può contare mediamente su 5 anni e mezzo di vita in più rispetto ad un operaio non qualificato (Fig.1).

Anche la qualità della vita - assenza di disabilità, di malattie croniche, ecc. - è pesantemente condizionata dalla carriera di lavoro (Fig.2).

Date queste differenze, a quanto ammonta il potenziale di salute recuperabile? Gli esercizi di calcolo svolti recentemente sull'Italia, simulando la possibilità di rimuovere le cause evitabili della cattiva salute per le fasce sociali più deboli (Libro Bianco, Costa, 2014, pag.25) mostrano **un potenziale enorme**, che può essere valutato sia in termini umani e di giustizia sociale (sofferenze evitabili), sia in termini di risparmio sui costi del sistema sanitario e dell'assistenza. In particolare, colmare il gap di mortalità per le persone a bassa e media istruzione porterebbe ad una riduzione del 25%, almeno, per la mortalità

Figura 2 - Effetti della carriera lavorativa sulla salute. Italia



Fonte: studio longitudinale torinese

maschile e tra il 10% e il 20% per quella femminile.

E' realistico proporsi di contrastare gli effetti delle disuguaglianze sociali? Esistono possibilità praticabili, che emergono dalle evidenze empiriche, di affrontare la varietà di circostanze e danni alla salute puntando sul

miglioramento della qualità del lavoro e sul coinvolgimento delle persone, con una strategia e un set di strumenti circoscritto e governabile. Occorrerebbe inoltre accrescere la conoscenza e le prove di efficacia disponibili e concentrare nuovi investimenti sull'equità. Infatti, è ancora poco radicata una cultura dell'azione chiaramente finalizzata al recupero del potenziale di salute e dell'equità ed è quindi limitata la disponibilità di 'buone pratiche'.

Le politiche e i servizi rivolti all'equità di salute

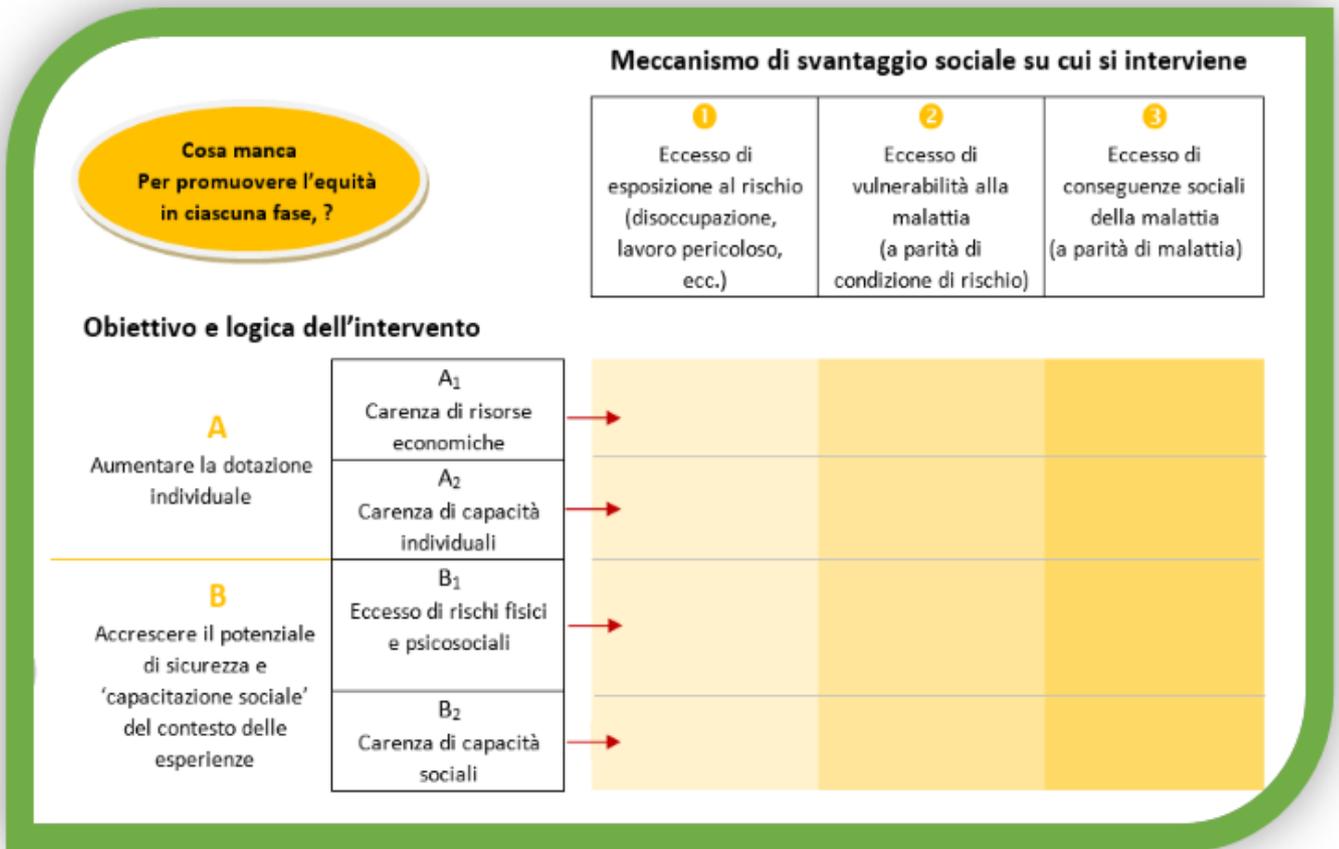
Per recuperare potenziale di salute nel lavoro e promuovere l'equità occorrerebbe finalizzare le politiche al contrasto dei meccanismi sociali che generano le disuguaglianze di salute (Libro Bianco, Di Monaco, Pilutti, 2014, pag. 137, vedi figura 3 seguente). Si tratta di affinare politiche dotate di obiettivi diversi, anche se convergenti nel ridurre le fragilità delle persone più deboli nel controllo della propria salute. Esse possono proporsi di **A) aumentare la dotazione individuale** colmando (**A₁**) carenze individuali di risorse economiche, e (**A₂**) carenze di capacità individuali, oppure di **B) accrescere il potenziale di sicurezza e 'capacitazione' che deriva dal contesto** in cui le esperienze sono vissute attraverso una (**B₁**) riduzione degli eccessi di rischi fisico-ambientali del contesto di lavoro e (**B₂**) un'attivazione delle proprietà del contesto di lavoro o di vita, in modo che da esso le persone possano trarre supporto, scambio, stimolo e riconoscimento. Chiamiamo 'capacitazione sociale', questa proprietà del contesto prossimo, in quanto 'mette in moto' le persone e accresce il 'rendimento' delle loro risorse e delle capacità individuali, consentendo ad esempio a chi ha un basso titolo di studio, di avere ugualmente padronanza degli aspetti critici del proprio lavoro. Secondo questo approccio, aumentare la 'capacitazione' della persona sul lavoro, attraverso il miglioramento della qualità delle relazioni sociali nell'ambiente in cui è inserito, è la via prioritaria per ridurre sia i rischi fisici, sia quelli comportamentali e psicosociali. Infatti, attraverso la qualità delle relazioni, il coinvolgimento e la cooperazione delle persone, è anche possibile definire e identificare in modo più efficace i rischi nei concreti processi di lavoro, come mettere a punto soluzioni e pratiche tali da superarli. I nuovi comportamenti, peraltro, più protettivi per la salute, diventeranno concreti solo se entreranno a far parte dei modi di essere e di fare riconosciuti come propri dalle persone stesse e dai gruppi nei contesti di lavoro (Weick, 1997).

Queste differenti azioni di rafforzamento individuale o sociale possono collocarsi in ciascuna delle tre fasi (Libro Bianco, Zengarini, Spadea, Ranzi, 2014, pag.73) attraverso le quali procede un tipico percorso in cui emergono disuguaglianze di salute. A seconda della fase, la politica può proporsi di: **1** ridurre l'eccesso di esposizione al rischio delle persone socialmente più deboli, **2** ridurre la maggiore probabilità di subire un danno di salute a parità di esposizione e **3** ridurre le maggiori conseguenze sociali della malattia.

La categorizzazione delle azioni che abbiamo proposto è **centrata sulle persone e sui processi sociali** ed è quindi trasversale rispetto a quella che fa riferimento agli ambiti di competenza delle politiche, in cui si distinguono, ad esempio: istruzione, formazione professionale, mercato del lavoro e politiche attive e passive, igiene e sicurezza nel lavoro, promozione della salute nei comportamenti, previdenza, ricerca e sviluppo per l'innovazione, organizzazione dei modelli di produzione di beni e servizi, regolazione delle relazioni di lavoro (organizzative, contrattuali, di conciliazione e welfare, ecc.) dipendente e autonomo. Guardare alle disuguaglianze di salute senza lavorare sulle relazioni tra questi differenti ambiti che abbiamo elencato genera un'eccessiva separatezza e uno scarso coordinamento tra le politiche. Per questo proponiamo un approccio che a livello di analisi e di intervento privilegi un punto di vista trasversale alle tradizionali politiche pubbliche (Di Monaco, Pilutti, 2012).

La sfida, dunque, per le politiche del lavoro e organizzative consiste nel tradurre questi obiettivi e logiche di intervento **all'interno delle politiche tradizionali**, in modo da aumentare la salute e ridurre le disuguaglianze.

Figura 3



Tendenze e prospettive di intervento

Le tendenze

Le condizioni di fragilità delle persone nel lavoro, cui ci siamo riferiti, sono in cambiamento. In particolare sono in atto tendenze di lungo periodo e tendenze più recenti, determinate dalla crisi che a partire dal 2009 ha inciso profondamente sul lavoro.

La tendenza più rilevante di lungo periodo, che caratterizza l'Italia in rapporto ai principali paesi, riguarda la **stagnazione della produttività del lavoro**, che ha conseguenze sulla competitività e sull'occupazione.

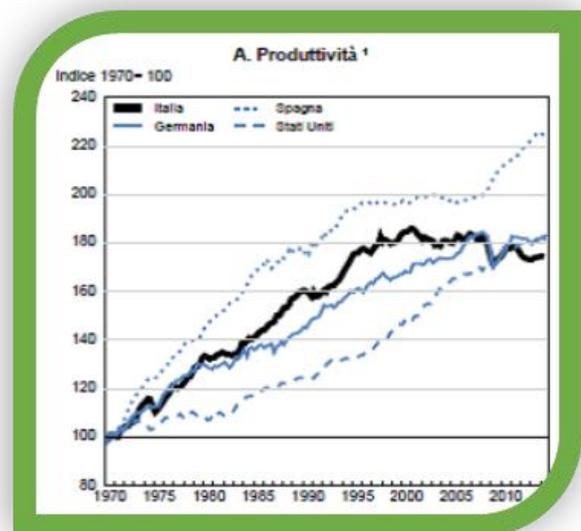
I motivi che frenano la produttività sono molteplici, ma possono essere distinti in due tipologie. Da un lato vi sono fattori di sistema, come l'inadeguatezza delle infrastrutture materiali e immateriali e il livello dei servizi pubblici e privati. Dall'altro vi sono fattori interni all'organizzazione delle imprese e dei cluster di imprese, come le circoscritte capacità di innovazione, di investimento e di gestione delle risorse umane, che riducono il rendimento del fattore lavoro. Quest'ultima tipologia di fattori dipende direttamente dalla direzione delle imprese e dagli attori delle relazioni industriali: sindacati e amministrazioni pubbliche a livello europeo, nazionale, aziendale e territoriale.

Un'altra tendenza di lungo periodo, da tempo osservata, è la **polarizzazione, sia delle occupazioni, sia delle imprese** (Banca Italia, 2012). I progressi nelle tecnologie e nelle specializzazioni professionali, da un lato, e la persistente necessità di occupazioni a bassa qualificazione, dall'altro, stanno erodendo lo spazio delle professioni tecniche intermedie e impiegatizie, che rappresentavano l'area più estesa del lavoro. Nel contesto internazionale, il modello italiano sembra meno polarizzato, ma per la sua minore capacità di sviluppare occupazione nell'area delle alte specializzazioni, piuttosto che per la sua capacità di crescita equilibrata (CNEL, 2014).

Riguardo alle imprese, cresce la distanza tra una fascia di aziende competitive e internazionalizzate e la maggioranza delle imprese, meno performanti, talora marginali, con minore redditività ed elevati tassi di turnover. Inoltre, è in avvio un cambio di passo nelle tecnologie (fabbrica 4.0), che darà maggiore importanza al digitale e alla diffusione estensiva delle sue applicazioni nella generazione e gestione della conoscenza. Si tratta di tendenze che i programmi europei e nazionali tentano di stimolare, come mostra il filone delle politiche 'smart' o 'green', e che, a seconda di come saranno effettivamente implementate, della loro pervasività e diffusione, possono diventare fattori di progresso generalizzato o di ulteriore polarizzazione e di aumento delle disuguaglianze tra i lavoratori, come tra i consumatori. Nel complesso, queste tendenze di lungo periodo sembrano aumentare le segmentazioni del mercato e le disuguaglianze tra le persone.

Oltre a questo, **la crisi**, a partire dal 2009, ha prodotto una drastica riduzione della base occupazionale, i cui effetti sociali (e statistici) sono stati attenuati e diluiti nel tempo dagli ammortizzatori sociali, almeno per le aree centrali della forza lavoro. Infatti, se si includono nel calcolo del tasso di disoccupazione le ore di lavoro non erogate - part time involontari, cassintegrati e inattivi disponibili a lavorare - il tasso passa dal 12% circa a oltre il 30%, ed è cresciuto negli anni di crisi di circa 7 punti percentuali (CNEL 2014). Sui giovani, per i quali l'effetto degli ammortizzatori è molto ridotto, l'impatto è più evidente. Aumentano le differenze tra le fasce di giovani istruiti e con famiglie economicamente solide alle spalle, e le fasce a bassa istruzione che vivono in famiglie già colpite dalla perdita del lavoro. Anche tra i lavoratori anziani cresce la differenza tra i più deboli, che non riescono né a mantenere il lavoro, né ad

Fonte: OCSE 2016



ottenere la pensione, e i più istruiti e qualificati, che rimangono nel mercato del lavoro specializzato. Si accentuano inoltre gli squilibri territoriali tra il nord e il sud del paese.

Quindi, la riduzione dell'occupazione e la frenata della dinamica salariale hanno **umentato le disuguaglianze** tra i redditi e ridotto fortemente il potere di acquisto delle famiglie, di oltre 10 punti percentuali tra il 2007 e il 2014 (CNEL, 2014). Questa caduta tende in realtà a concentrarsi su una vasta area di famiglie più fragili, dove la perdita del lavoro e la riduzione delle ore lavorate ha toccato uno o più componenti. La drastica frenata degli avviamenti al lavoro ha peggiorato la fluidità dei passaggi sul mercato del lavoro, in un sistema produttivo che avrebbe invece necessità di aggiornare, riconvertire e riallocare i lavoratori. Dai primi anni 2000, il mercato del lavoro è cambiato e richiede di essere interpretato seguendo le teorie sulle transizioni (Gazier e Bruggeman, 2008): qualità e velocità dei transiti sul mercato del lavoro costituiscono ormai uno dei requisiti più importanti per il rafforzamento continuo del capitale umano nei sistemi produttivi. In questo scenario, cambi di occupazione e spesso di settore non guidati da strategie e strumenti per valorizzare l'esperienza pregressa, rischiano di disperdere continuamente le competenze accumulate in passato, indebolendo contemporaneamente il capitale umano delle aziende e il patrimonio professionale dei lavoratori. Le transizioni, per avere effetti positivi, dovrebbero essere sostenute dall'orientamento, dal *job placement* e dalla formazione, iniziale e continua, degli adulti, per ridurre i disallineamenti che abbassano la produttività del sistema da un lato e il ritorno economico e la sicurezza d'impiego dei lavoratori dall'altro.

Anche la **qualità del lavoro** ha risentito della crisi. L'Italia rimane nelle ultime posizioni in Europa sia per peso delle professioni ad alta qualificazione sia per peso dei laureati sul totale degli occupati. In Italia, inoltre, è anche mediamente più bassa la quota di persone molto soddisfatte del proprio lavoro (20% contro 27% in Europa), soprattutto se si guarda all'area del lavoro manuale più o meno specializzato e del lavoro impiegatizio. I problemi di bassa qualificazione scolastica, di minore progresso professionale e di cattiva allocazione sul mercato quando vi sono opportunità o necessità di cambiamenti di occupazione, riguardano in modo molto più marcato le fasce di popolazione con bassa posizione sociale, che hanno minori informazioni e conoscenze, cruciali per accedere a migliori opportunità, e che hanno minore resistenza economica, per aspettare l'occasione migliore o per investire in formazione, o ancora per spostarsi in aree territoriali con maggiori opportunità (Bagnasco, 2008).

Le tendenze in corso sul mercato del lavoro e nelle occupazioni, che abbiamo evidenziato, **indeboliscono i fattori di protezione della salute** che abbiamo nominato in apertura, **soprattutto per le persone con una bassa posizione sociale:**

- 1) riducono le risorse economiche delle persone e delle famiglie più colpite,
- 2) depauperano le capacità individuali, moltiplicando le situazioni in cui la forzata disoccupazione, sottoccupazione o i cambi di lavoro al ribasso riducono competenze professionali e autostima ed efficacia delle persone,
- 3) riducono gli investimenti tra i quali vi sono quelli che riguardano il miglioramento tecnologico e ambientale dei contesti di lavoro, per la riduzione dei rischi fisici,
- 4) mettono sotto pressione i contesti organizzativi (gruppi e imprese, organizzazioni private e pubbliche), che possono reagire allo shock rafforzando gli investimenti sulla qualità dei processi organizzativi e della gestione delle risorse umane, migliorando il benessere e l'effetto capacitante del contesto lavorativo, ma possono anche muoversi più o meno volontariamente in direzione opposta, regredendo rispetto ai livelli di qualità dell'organizzazione già acquisiti e scivolando verso condizioni di adattamento dove il taglio degli investimenti e dei costi riduce gli spazi di miglioramento.

Possiamo inoltre presumere che **l'allungamento generalizzato della vita di lavoro**, in un contesto di crescente velocità dei cambiamenti tecnologici e organizzativi, che richiedono maggiori capacità di adattamento continuo, possa in futuro accentuare criticità e disuguaglianze.

La strategia europea per l'occupazione e il contrasto alle disuguaglianze

Fare riferimento alle strategie europee non è oggi di moda, per via dei profondi contrasti e dubbi che avvolgono il disegno europeo. Quindi è utile ripartire dai contenuti: la Strategia Europea per l'Occupazione (SEO, Vertice Europeo del Lussemburgo 1997) si è proposta di consolidare il "modello sociale europeo" attraverso il rafforzamento, la formazione e la riqualificazione delle **risorse umane**. L'obiettivo assunto con il Consiglio Europeo di Lisbona del marzo 2003, infatti, era di fare dell'Europa, in dieci anni, *"l'economia basata sulla conoscenza più competitiva e dinamica del mondo, in grado di realizzare una crescita economica sostenibile con nuovi e migliori posti di lavoro e una maggiore coesione sociale"*.

Secondo quest'approccio, è l'innovazione la base della competitività delle imprese, dei settori e dei territori: tassi di innovazione elevati e diffusi sono la condizione per promuovere la competitività (Porter 1998, Butera e Alberti 2012) e la crescita. Questa teoria sceglie un modello di competitività che punta **sulla qualità diffusa del capitale umano e sulla coesione sociale**: si tratta di due aspetti che nel modello sono complementari e connessi. Mentre la qualità del capitale umano è basata sulle competenze professionali, la coesione scaturisce dalla qualità del coinvolgimento delle persone, dalla partecipazione e dal livello di capitale sociale (Dubet, 2010) su cui le persone stesse possono contare. Il concetto di qualità del lavoro e di benessere lavorativo sviluppato a livello europeo considera infatti entrambi questi aspetti (Devoine, 2008).

Come si traduce in pratica questa scelta? La S.E.O. ha puntato agli inizi degli anni 2000 su quattro 'pilastri': occupabilità, adattabilità, imprenditorialità e pari opportunità. Essi sono trasversali rispetto alle tradizionali ripartizioni di competenze che caratterizzano le politiche pubbliche. Infatti, far diventare le persone più occupabili, adattabili e imprenditive richiederebbe di attivare contemporaneamente e **far cooperare i sistemi** dell'istruzione, della formazione, dei servizi sul mercato del lavoro e dell'apprendimento continuo nelle organizzazioni. Allo stesso modo, promuovere pari opportunità, superando le disuguaglianze sociali, richiederebbe **di attivare le persone e personalizzare le politiche**, adattando ogni intervento a criteri di equità sostanziale, per fare in modo che coloro che sono meno dotati di risorse e capacità individuali abbiano ugualmente capacità di controllo sulla propria salute, senza subire in modo più marcato i fattori di rischio fisico o psicosociale. Secondo l'ipotesi che muove questo documento, per raggiungere questo effetto di 'capacitazione' nei confronti delle persone, soprattutto le più fragili, bisognerebbe migliorare le proprietà sociali del contesto di lavoro, aumentando per questa via il rendimento delle risorse delle persone. Potrebbe apparire un obiettivo vago, in realtà è molto generale ma altrettanto concreto, e può essere tradotto in specifici criteri e indicatori nelle differenti realtà.

In questa prospettiva, le politiche contro le disuguaglianze, coerenti con la SEO e adeguate a fronteggiare le tendenze e le fratture sociali emergenti, sarebbero caratterizzate da due proprietà fondamentali: la capacità di **costruire ponti** tra istituzioni e ambienti e la capacità di **costruire cooperazione a misura di individuo** con le persone, soprattutto con quelle che hanno maggiori difficoltà di controllo sulla propria salute.

Esempi nella direzione dei ponti, costruiti tra istituzioni per facilitare i percorsi di crescita delle persone, sono l'alternanza scuola-lavoro, il tirocinio quando si è in formazione, l'apprendistato, la formazione continua attraverso relazioni con istituzioni formative e di ricerca, l'apprendimento nel lavoro, la cooperazione nelle reti d'impresa e nelle organizzazioni attraverso gruppi di lavoro per promuovere il miglioramento continuo. I ponti funzionano se le istituzioni progettano azioni che coinvolgono le persone in processi di miglioramento continuo, senza lasciarle da sole ad affrontare incertezze e discontinuità. Infatti, sono proprio le persone meno istruite, più fragili, con minori conoscenze e relazioni ad avere maggiori difficoltà nelle situazioni di incertezza. Per questo, il coordinamento delle istituzioni che gestiscono i grandi servizi universali (scuola, università, formazione professionale, servizi per il lavoro) è fondamentale nella lotta alle disuguaglianze nel lavoro.

Esempi di cooperazione capace di coinvolgere tutti sono le politiche per promuovere il miglioramento continuo nelle organizzazioni attraverso gruppi di lavoro e quelle per conciliare lavoro e crescita professionale con le esigenze personali e familiari, particolarmente rilevanti per la riduzione delle

disuguaglianze di genere, ma anche per non penalizzare immigrati, o persone molto giovani, o anziane, ecc. In questo caso svolgono un ruolo centrale le imprese e le altre organizzazioni di lavoro, le organizzazioni imprenditoriali e sindacali.

L'orientamento alla costruzione di ponti e alla promozione di cooperazione nei luoghi di lavoro sono **proprietà universalistiche delle politiche**, il cui sviluppo risulterebbe più importante proprio per coloro che hanno minori risorse e capacità individuali su cui contare. Questi criteri per identificare le proprietà degli interventi si possono tradurre in strumenti di osservazione, valutazione e progettazione delle politiche.

Politiche organizzative a vantaggio della produttività

Nell'area della qualità degli ambienti di lavoro una tradizione di studi mostra l'importanza dei fattori fisici nei luoghi di lavoro, in particolare per il lavoro manuale e quello a bassa qualificazione, su cui i progressivi miglioramenti tecnologici e l'impatto delle normative hanno favorito una riduzione dei rischi. L'area che presenta maggiori potenzialità di sviluppo e su cui, contemporaneamente, abbiamo meno informazioni, riguarda la **qualità sociale degli ambienti di lavoro**. Strategie e metodologie per accrescerne le qualità capacitanti sono molto differenziati al variare della dimensione dell'organizzazione e del suo settore e ambito di attività. Tuttavia è possibile individuare un robusto filo conduttore nelle possibili logiche di intervento, che mette anche in connessione parole chiave differenti che si vanno diffondendo, come la responsabilità sociale d'impresa, il bilancio sociale, il *diversity management*, le azioni positive, ecc.

Anche in questo caso la tendenza spontanea che si rileva è che le aziende promuovano **investimenti formativi e modalità avanzate di gestione del personale** nei contesti professionalmente più dinamici e qualificati. Ciò è coerente con il profilo più innovativo di alcuni settori e aree territoriali e con la competizione per attrarre talenti e stimolare le performance dove il valore aggiunto è maggiore. Dal punto di vista dell'equità, tuttavia, la vera sfida consiste nella **progressiva estensione** di modelli centrati sulla qualità del lavoro in settori e fasce professionali dove questo sviluppo è più lento: piccole imprese, servizi alla persona, produzione industriale semiautomatizzata, commercio e artigianato, agricoltura. In queste aree parrebbe esistere, sulla carta e sulla base di casi positivi, un potenziale enorme di miglioramento della cultura d'impresa e dell'organizzazione del lavoro, con probabili effetti sulla capacitazione di persone con una posizione sociale debole e sulla riduzione delle disuguaglianze.

Allo stesso modo nell'area del **welfare aziendale**, sta crescendo il numero di aziende che prevede benefici, sia su base contrattuale, sia unilaterale. Crescono anche molto gli ambiti toccati dal welfare, le cifre in gioco, la individualizzazione riguardo alla scelta del beneficio. Infine, il welfare aziendale è stato sostenuto con significativi incentivi pubblici. Anche in questo caso, si tratta di uno strumento con un elevato potenziale di coinvolgimento, che può essere applicato in modi e con logiche molto differenti. Può aumentare le disuguaglianze o ridurle, può venire incontro in modo specifico ai bisogni delle fasce marginali di personale, o viceversa essere centrato sulle attese e sui modi di operare delle fasce più alte e ben posizionate nell'organigramma aziendale (dei professionals, dei maschi, dei lavoratori a tempo pieno, ecc.).

Un modello sintetico che emerge dagli studi sul tema è l'**'High Performance Work Systems'** (HPWS, Toner, 2011). Questa forma di organizzazione del lavoro richiede *skills* piuttosto specifiche e investimenti in formazione. La letteratura su questa tendenza evolutiva mette in evidenza il legame tra *skills* e innovazione, reso effettivo da un'adeguata e coerente organizzazione del lavoro (OECD, 2010). Questo modello coinciderebbe con la progressiva diffusione nella cultura europea e nord americana di principi e strumenti del modello di produzione snella maggiormente sperimentato in Giappone, promossi per potenziare il miglioramento continuo di efficienza dei processi e di qualità di prodotti e servizi attraverso l'innovazione incrementale (Arundel, et al. 2006).

Secondo quanto detto, la sfida per accrescere il potere capacitante dei luoghi di lavoro consisterebbe nell'individuare strumenti e modalità per disseminare i tratti cooperativi di questo modello nelle molte realtà che sono ancora culturalmente lontane, in cui prevale una visione fordista-taylorista dell'organizzazione (le *skills* sono concentrate in una minoranza di tecnici mentre la più ampia parte

della forza lavoro ha compiti esecutivi - Hirsch-Kreinsen, 2008) oppure una risposta alla crisi che porta a privilegiare scelte di breve periodo (valorizzazione a favore degli azionisti) riducendo investimenti e svendendo *asset* di valore, puntando sulla flessibilità numerica, sull'intensificazione del lavoro e sulla riduzione dei costi, sulla delocalizzazione ed esternalizzazione di attività e funzioni. Tutte queste strategie tendono a limitare l'investimento in competenze, sia dell'azienda, sia delle persone (Mangan, 2000).

Viceversa, puntare sulla qualità farebbe emergere i seguenti aspetti, che sembrano rimanere negli anni una costante del modello HPWS (Ramsay, Scholarios e Harley, 2000; Appelbaum, Bailey, Berg e Kalleberg, 2001; Hoffer, Gittell, Seidner e Wimbush, 2010):

- Procedure di selezione e reclutamento orientate alle capacità di comunicazione, di utilizzo dei numeri, di soluzione di problemi e di lavoro di gruppo. Queste capacità di cooperazione sono *skills* trasversali che si dovrebbero rafforzare nelle diverse esperienze di istruzione e di lavoro. Infatti, questo modello richiede un utilizzo pieno delle capacità cognitive e comportamentali dei soggetti.
- Rappresentazione ampia e flessibile dei ruoli lavorativi. Si promuove la flessibilità funzionale chiedendo ai lavoratori di coprire un numero maggiore di compiti rispetto al passato e si fornisce una più ampia formazione di base.
- Rotazione delle mansioni. Uno strumento per allargare la funzionalità professionale consiste nel far ruotare i lavoratori su più mansioni, anche all'interno di squadre che sono responsabili di processi più ampi. La rotazione fornisce ai lavoratori una visione più piena di ciascun compito, che viene collocato in fasi di lavorazione/produzione più ampie e mette in grado di contribuire più facilmente al miglioramento. Inoltre riduce la ripetitività e il rischio di danni fisici e psicologici del lavoro.
- Gruppi di lavoro. La produzione è organizzata con gruppi che hanno responsabilità di programmare e realizzare specifiche attività.
- Autonomia e iniziativa dei lavoratori. Chi lavora ha margini di decisione sul modo di svolgere il lavoro, sulla manutenzione di routine, sull'interruzione della produzione in caso di difetto o problema. Ci si attende un miglioramento continuo da parte dei lavoratori di processi e prodotti o servizi, in coerenza con le priorità definite dalla direzione.
- Struttura piatta. L'ampiamento della delega e l'arricchimento delle mansioni riduce i livelli gerarchici e facilita l'appiattimento delle strutture manageriali.
- Ruolo dei lavoratori. Oltre al decentramento operativo, alcuni studi hanno mostrato un ruolo positivo sull'innovazione della presenza delle organizzazioni collettive di rappresentanza dei lavoratori e della loro negoziazione. Il consenso pare sollecitare e sostenere gli investimenti evitando la scelta di scorciatoie basate su prospettive di breve periodo e sulla riduzione dei costi come leva competitiva (Michie e Sheehan, 2003). L'associazione della spinta alla sicurezza promossa dal sindacato e quella alla produttività dell'azienda sembrano generare un più elevato tasso di innovazione (Black e Lynch, 2004, 3). Anche la contrattazione su base di settore e stabilimento (Florida e Kenney, 2000) e la rappresentanza esercitata attraverso la presenza nei consigli di sorveglianza, tipici della Germania, si sono dimostrate efficaci per promuovere coinvolgimento e innovazione (Zwick's, 2004).
- Incentivazione. La partecipazione attiva dei lavoratori è indispensabile nel modello e deve essere sostenuta da meccanismi di incentivazione. Questi possono essere di molti generi, monetari o non monetari, retributivi o indiretti, fino a forme di partecipazione azionaria o di copertura di welfare. Ciò significa che sono anche centrali i sistemi di motivazione e valutazione delle persone, che dovrebbero essere allineati con gli obiettivi di miglioramento della produttività, della qualità, ecc. Anche la carriera per l'accesso alle posizioni intermedie di coordinamento e tecniche è un incentivo alla partecipazione. Infine la partecipazione attiva aumenta la probabilità di essere nella forza lavoro stabile, dove la stabilità dell'impiego aumenta la fiducia e la lealtà verso l'impresa da parte dei dipendenti, come la motivazione al coinvolgimento (Mankelov, 2002).

- **Apprendimento continuo.** Il decentramento delle responsabilità sull'innovazione è accompagnato dall'introduzione di strumenti e pratiche per monitorare e valutare l'andamento dell'attività, per accrescere la conoscenza, cogliere i miglioramenti e le innovazioni e diffonderli nel resto dell'organizzazione. Questo è stato descritto come un processo di analisi della varietà e di accrescimento e diffusione della conoscenza (Fujimoto, 2000). Un punto cruciale di questo processo consiste nel trasformare le comprensioni degli individui e delle squadre in apprendimento organizzativo, ovvero in miglioramenti delle *routines* organizzative e dei modelli di interazione, aumentando la capacità di risposta ai problemi. (Teece, Pisano, Shuen, 2000). Per far questo è necessario anche far emergere la conoscenza tacita, ovvero i saper fare non codificati degli operatori, trasformandola in conoscenza esplicita e socialmente condivisa.
- **Formazione intensa.** Il miglioramento continuo non richiede solo competenze tecniche, ma anche competenze trasversali e di soluzione di problemi, che a loro volta richiedono il cambiamento di tecnologie e pratiche di lavoro. Le aziende che si distinguono per aver implementato elementi del modello HPWS hanno anche utilizzato in modo più intenso la formazione per tutti i livelli professionali (Whitfield 2000). Anche la presenza di organizzazioni sindacali è associata con un utilizzo più intenso della formazione (Arulampalam a Booth, 1998).

Si presume che i fattori che spingono le aziende ad adottare modelli HPWS siano 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 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. E' poi importante 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).

Per rafforzare i modelli HPWS è quindi necessario **un impegno diffuso di tutta la forza lavoro verso la qualità del lavoro e l'innovazione**, sostenuto attraverso la promozione di un ampio *range* di *skills*. 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).

Da notare che nella realtà europea non si osserva una progressiva e rapida estensione di questi tratti dell'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 *skills* – 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 MEF. Ciò fa presumere un rischio di aumento delle disuguaglianze per quanto riguarda gli effetti capacitanti dei contesti di lavoro, che potrebbe sommarsi ad effetti di tipo territoriale.

Effetti delle politiche formative e organizzative sulla salute

Quali nessi possiamo stabilire tra i modelli di organizzazione HWPS e la salute? La letteratura lavoristica identifica quattro aree del lavoro importanti per il **benessere**: 1) la sicurezza socio-economica (buona retribuzione e transizioni favorevoli sul mercato del lavoro); 2) le competenze, la formazione e crescita professionale; 3) le condizioni di lavoro e dell'ambiente in cui il lavoro si svolge e 4) la capacità di coniugare in modo positivo gli impegni del lavoro e le esigenze personali e familiari, con particolare attenzione alle differenze di genere (Davoine, 2008). Questa tipologia è analoga a quella utilizzata dall'Unione Europea sul benessere lavorativo (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2002).

Le ricerche che negli ultimi decenni hanno studiato il rapporto tra politiche del lavoro, gestione delle risorse umane e salute si muovono tra queste dimensioni, che hanno aspetti di carattere oggettivo e soggettivo. Esse generalmente sono dedicate a singoli interventi o aspetti della condizione di lavoro e a specifici indicatori di salute. Un punto debole delle evidenze empiriche, quindi, è la loro specificità e parzialità, quando cresce invece l'esigenza di valorizzare l'interazione tra i diversi aspetti che compongono la qualità del lavoro e che incidono nel loro complesso sulla produttività da un lato e sul benessere dall'altro. Peraltro, proprio le ricerche sul benessere mostrano come di norma la qualità del lavoro cresce quando cresce contemporaneamente la qualità della gestione delle persone nei quattro ambiti elencati (Davoine, 2008).

Negli studi preparatori del Libro Bianco sono stati esaminati i risultati delle ricerche catalogate nella 'Marmot review' (<http://www.instituteoftheequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>), fondata su oltre 1.600 contributi scientifici relativi ai paesi avanzati, Europa e Stati Uniti in particolare. Gli elementi cardine dei modelli HPWS ritornano con frequenza.

Un effetto positivo che emerge dalle ricerche è l'utilizzo delle **attività formative rivolte a persone disoccupate** (Libro Bianco, Di Monaco, Pilutti, 2014, pag. 449). Secondo la teoria, la disoccupazione ha effetti dannosi sulla salute, perché vengono a mancare le importanti funzioni manifeste e latenti del lavoro. Una ricerca, ad esempio, condotta su campioni randomizzati di disoccupati coinvolti in un programma di supporto nella ricerca del lavoro (ALMP), ha mostrato come i partecipanti alla formazione e al rafforzamento delle abilità di ricerca del lavoro abbiano trovato lavoro più rapidamente, in occupazioni meglio retribuite e con una riduzione di problemi mentali generati dalla disoccupazione. Un altro recente studio condotto sul programma di formazione 'New deal for lone parents', attraverso lo studio longitudinale di un campione di 62 casi, seguito per 5 mesi con questionari strutturati (scala LAMB su fattori manifesti e latenti della disoccupazione) e interviste in profondità, ha mostrato come l'intervento abbia aumentato il benessere e la salute psicologica dei partecipanti. E' emersa una chiara relazione tra le dimensioni dell'ambiente psicosociale, come le relazioni, l'identità sociale e gli scopi collettivi e la salute psicologica. Per contro, si è misurata un'incidenza non significativa degli aspetti materiali ed economici.

Più in generale, esiste un'ampia rassegna di letteratura che mostra come i programmi di formazione abbiano un impatto positivo sulla salute, riguardo ai seguenti aspetti: aumentare la salute psicologica, il benessere soggettivo, l'adattamento sociale, la motivazione, l'autostima, l'autoefficacia, le competenze e la soddisfazione; ridurre lo stress, la depressione, l'ansia, il senso di impotenza e migliorare la gestione del ruolo, il funzionamento emotivo e l'attitudine al lavoro.

Un aspetto che è importante sottolineare riguarda l'**impatto sociale della formazione** (Libro Bianco, Di Monaco, Pilutti, 2014, pag. 450). Per i disoccupati fare formazione vuol dire fare qualcosa di significativo, avere un luogo dove andare e dove poter avere relazioni sociali, riducendo lo stigma della disoccupazione e incrementando l'integrazione. Per contro, alcuni effetti negativi rilevati sono stati il rischio che il programma possa essere percepito come alternativo al lavoro, oppure che la carenza di ricompensa economica possa accrescere lo stress da carenza di risorse economiche. L'effetto della formazione dipende anche in parte da altre dimensioni, tra cui il genere, la durata della disoccupazione e l'intensità della deprivazione economica, la natura del programma – se di supporto o finalizzato all'occupazione. Inoltre, è importante il ruolo delle reti sociali in cui la persona è inserita, che possono sostenere o meno le capacità individuali nell'affrontare la situazione. E' anche importante il livello

iniziale della salute: i maggiori benefici si riscontrano in coloro che hanno livelli iniziali più bassi (bassa autostima, minore padronanza, minore motivazione, self efficacy, ecc.). Le difficoltà psicologiche, generate anche dalla perdita del lavoro e dalla disoccupazione, sono un ostacolo alla ricerca del lavoro e al reimpiego, oltre che un motivo di disagio. E' quindi utile che i programmi di formazione non si limitino a rafforzare le "skills", ma si occupino anche del rafforzamento della persona e della sua autoefficacia, con strumenti e metodi focalizzati sulle azioni di ricerca del lavoro. La valutazione dei programmi ha evidenziato come i soggetti coinvolti mostrassero più elevati livelli di autoefficacia e salute mentale, oltre che maggior capacità di occuparsi in lavori di buona qualità. Questi risultati sono condizionati dal modo con cui i programmi sono effettivamente gestiti.

La presenza di relazioni sociali e la possibilità di avere un ruolo sociale, quindi, sono prodotti fondamentali che i programmi di politiche attive (ALMP inglesi in questo caso) rivolti a disoccupati sono potenzialmente in grado di generare. Questo ha un effetto sulla salute dei partecipanti, in particolare riguardo all'autoefficacia e all'autostima, ma anche sulla loro probabilità di reimpiego e sulla qualità del lavoro futuro. Per contro, la presenza di disturbi psicologici persistenti è un forte predittore del rimanere a lungo disoccupati. Un altro effetto dei disturbi psicologici sulla ricerca del lavoro è la spinta ad accettare lavori anche se di bassa qualità. Da notare che il livello di relazioni sociali è un processo non facilmente misurabile. Inoltre, non può essere semplicemente erogato, o considerato a prescindere dal contesto sociale in cui le relazioni esistono e si attivano.

Questi benefici, tuttavia, sono reversibili. La loro efficacia si riduce nel tempo ed è stato rilevato che l'effetto si è mantenuto nell'arco dei 4 mesi dell'intervento, ma è diminuito o scomparso conclusa la partecipazione. Altri studi (fondati sull'analisi di due grandi studi randomizzati effettuati in USA nel 1986 e nel 1991) hanno invece mostrato effetti persistenti, rilevanti anche 2 anni dopo la fine dell'intervento. Un altro filone importante di studi sulle politiche formative riguarda la **formazione continua per adulti**. Le politiche per la promozione della formazione degli adulti, ad esempio nel caso inglese, sono di tre tipi (Libro Bianco, Di Monaco, Pilutti, 2014, pag.451):

- Eventi di promozione 'di massa' della formazione e del coinvolgimento, come la *Adult learners' week* (ALW). In questo caso la valutazione d'impatto è positiva. Il 76% delle persone che vi hanno partecipato dichiara di essere stato stimolato ad apprendere. Inoltre, l'evento ha coinvolto anche familiari ed amici. L'evento non intende solo fornire conoscenze ai partecipanti, ma propone loro soprattutto strumenti per approfondire l'interesse e una guida sulle opportunità di formazione disponibili.
- Approcci mirati a coinvolgere nella formazione specifici gruppi (disabili, alcolisti, malati mentali, tossicodipendenti, ecc.), come la *Adult and Community Learning Fund* (ACLF). Questa politica aveva l'obiettivo di promuovere azioni di *community based learning*, sostenendo associazioni e organizzazioni, in particolare di volontariato. Le analisi non hanno prodotto misure d'impatto quantitative, ma hanno rilevato effetti positivi sulla fiducia e sulle aspirazioni delle persone partecipanti. La valutazione di queste attività ha mostrato in particolare la loro capacità di raggiungere destinatari che altrimenti sarebbero stati esclusi da qualsiasi altro tipo di proposta.
- Programma '*Train to gain*' di consulenza alle imprese, per 'pacchetti formativi' rivolti ai dipendenti, anche sostenuti da sussidi, da affiancare ai propri investimenti autonomi. L'analisi di questo programma ha mostrato come i destinatari siano in ampia parte lavoratori con istruzione bassa, scarsamente coinvolti in passato in programmi formativi. La gran parte dei partecipanti (oltre 80%) ha accresciuto la fiducia nelle proprie competenze e si dichiara più disponibile ad ulteriori esperienze formative, rispetto a come si dichiarava all'avvio del corso. Questa iniziativa si è mostrata capace di attrarre, attraverso il legame diretto con le competenze esercitate nel lavoro, persone a bassa qualificazione che diversamente non avrebbero partecipato ad attività di formazione.

In generale la relazione positiva tra apprendimento degli adulti e salute è dimostrata, anche se il nesso causale non sempre è univoco. Certamente, le fasce più istruite investono di più in formazione, da adulti. Quindi, un aumento degli investimenti formativi tende ad aumentare le disuguaglianze di salute correlate con l'apprendimento. Se si vuole utilizzare l'apprendimento degli adulti come leva per ridurre le disuguaglianze, è indispensabile concentrare alcuni investimenti sui gruppi svantaggiati (sia a partire

dal contrasto ai fenomeni di dispersione scolastica, sia in età adulta, riattivando la partecipazione ai processi di apprendimento). Tuttavia, sarebbe bene non considerare solo le attività formative corsuali, perché il cambiamento più rilevante e significativo al fine di ridurre le disuguaglianze consisterebbe nella crescita di una **cultura dell'apprendimento continuo** all'interno delle organizzazioni, capace di coinvolgere i lavoratori e le lavoratrici a bassa qualificazione in processi di crescita dell'autonomia e del coinvolgimento sul lavoro. Da questo punto di vista i corsi di formazione in aula diventerebbero secondari rispetto alla formazione fatta attraverso il coinvolgimento nel lavoro e l'impegno collettivo nel miglioramento continuo.

Il **funzionamento dell'organizzazione** ritorna negli studi sulla salute per altri aspetti. Le evidenze (Libro Bianco, Di Monaco, Pilutti, 2014, pag. 448) convergono nel fare dell'ambiente psicosociale un terreno fondamentale di lavoro, attraverso la riduzione dello stress evitabile e l'aumento degli spazi di autonomia nel lavoro e dei livelli di riconoscimento. Questi elementi sono particolarmente importanti perché più significativi per i gruppi collocati più in basso nella scala sociale delle occupazioni.

Secondo il modello teorico domanda-controllo, lo stress nasce quando l'organizzazione chiede molto alle persone ma non gli riconosce alcun margine di autonomia e di decisione. Lavorando su questa ipotesi sono stati ottenuti risultati significativi sulla salute mentale e, dove disponibili le informazioni, sulle assenze per malattia, attraverso l'aumento del controllo del lavoro da parte dei partecipanti e del loro grado di autonomia. Sono minori le evidenze sugli effetti della riduzione della domanda organizzativa (richiesta più o meno pressante di prestazione) o di un aumento del supporto sociale (dedicato ai lavoratori). Gli interventi che hanno prodotto risultati sono stati spesso condotti con un approccio partecipativo, di ricerca-azione (finalizzata a risolvere problemi, a utilizzare circoli della salute, ecc.), che ha coinvolto rappresentanti dei lavoratori e del management. Risultati più modesti sulla salute sono stati ottenuti aumentando la varietà dei compiti del lavoratore e l'importanza del lavoro di gruppo; così come, introducendo gruppi di lavoro più autonomi nella produzione di grande serie.

Secondo un altro modello, detto sforzo-ricompensa, lo stress si genera quando le persone mettono il massimo impegno nel lavoro, ma non ricevono riconoscimenti. Seguendo questa ipotesi, sono state significativamente ridotte le probabilità di *burnout* e di stress psicobiologico aumentando gli incentivi basati sullo sviluppo organizzativo e del personale e con formazione della *leadership*. Dagli studi emerge che le azioni condotte si dimostrano più efficaci se condotte contemporaneamente sull'ambiente di lavoro e sui meccanismi di partecipazione e motivazione delle persone, quindi con adattamenti e personalizzazioni. Inoltre, se hanno associato cambiamenti negli ambienti di lavoro e stimoli alla modificazione degli stili di vita. Con interventi di questo genere si accresce la probabilità che i lavoratori adottino comportamenti favorevoli alla salute, sia tra gli impiegati, sia tra gli operai. Inoltre, questi risultati mostrano una significativa riduzione del gradiente sociale nella salute e l'utilità preventiva di queste azioni.

Il miglioramento dell'ambiente di lavoro dal punto di vista psicosociale si è anche mostrato efficace nel favorire il reinserimento al lavoro di malati cronici e mentali. Inoltre, è un terreno dove si possono ottenere forti risultati in termini di riduzione dell'assenteismo e di guadagno di produttività. Un'azione preliminare a queste iniziative riguarda l'identificazione e la valutazione dei rischi di stress lavoro-correlati.

Il coinvolgimento e l'autonomia possono ridurre il rischio che deriva dalla **flessibilità temporale del lavoro** (Libro Bianco, Di Monaco, Pilutti, 2014, pag. 447). Due recenti *review* hanno mostrato che i cambiamenti nella turnazione hanno scarsi effetti sulla salute, salvo quelli che riguardano il passaggio da una serie lunga di turni consecutivi ad una serie meno lunga (ad esempio il passaggio da 7 consecutivi a 3 consecutivi), o verso uno spostamento in avanti nelle congiunzioni tra una fase e l'altra dei sistemi di turnazione (per esempio da quello mattutino a quello pomeridiano a quello notturno, in uno schema di rotazione su tre turni) dove sono stati osservati benefici sulla qualità del sonno, il minore affaticamento e l'organizzazione dei tempi. La possibilità di auto-organizzazione dei turni, aumenta il controllo sul lavoro e riduce l'affaticamento e l'assenteismo. In uno studio condotto sui conducenti di autobus ha ridotto la probabilità di incidenti del 20%. Le settimane corte hanno mostrato di facilitare l'organizzazione dei tempi di vita, ma hanno solo un modesto effetto sulla salute (autodichiarata). Nel complesso cambiamenti dei turni non sembrano raggiungere significative riduzioni delle disuguaglianze nella salute.

Ci sono altri importanti spazi di miglioramento dell'organizzazione dei tempi di lavoro:

- straordinari e orari lunghi hanno un effetto negativo sulla salute e devono essere controllati, in particolare nei lavori in cui limiti legislativi non sono rigorosamente applicati;
- intervalli più frequenti riducono i rischi di infortuni, soprattutto in lavori con ritmi veloci, incalzanti, ma monotoni e con frequenti interruzioni;
- l'autodeterminazione di aspetti del tempo di lavoro – tempi flessibili, banca del tempo, ecc. gestiti con il contributo attivo dei lavoratori – riduce le assenze per malattia, specialmente tra le donne occupate e modera gli effetti dello stress psicosociale sul lavoro.

Infine, vi sono significative evidenze sulla **riduzione dei rischi fisici, chimici e di incidenti** (Libro Bianco, Di Monaco, Pilutti, 2014, pag. 447). Si tratta di un ambito di intervento centrale. E' stata verificata l'efficacia delle azioni di informazione, sensibilizzazione e coinvolgimento dei lavoratori. Ad esempio, in Inghilterra una campagna rivolta a prevenire le cadute sul lavoro, condotta con il coinvolgimento di personaggi pubblici, del mondo dello sport e del cinema, ha portato ad una riduzione del 15% degli incidenti nell'arco dei due anni di diffusione.

Un altro studio sperimentale condotto negli USA, sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro, ha mostrato come l'aumento dell'autonomia del lavoro e del controllo sui ritmi di lavoro, da parte dei lavoratori manuali, abbia un effetto protettivo rispetto al rischio di infortuni. Tale effetto può essere rinforzato attraverso un aumento del coinvolgimento e dell'impegno, soprattutto dei manager, e un aumento dello spazio di autonomia gestito da gruppi di lavoro.

Un recente studio europeo mostra l'efficacia del coinvolgimento delle organizzazioni sindacali nella valutazione e nel controllo dei processi rilevanti per la salute, per l'aumento dell'adesione al rispetto delle regole e una diminuzione degli infortuni e dei problemi di salute.

Uno studio mostra che il ritorno dell'investimento sull'ambiente di lavoro può essere un potente incentivo al miglioramento sia dell'ambiente che delle condizioni di occupazione (compresi i contratti). Condotta sul ritorno di valore per gli azionisti di società USA negli anni '80 e '90 ha mostrato che i fattori di successo dell'impresa sono gli stessi utilizzati per misurare la riduzione dello stress lavoro-correlato. In particolare, la sicurezza dell'occupazione, le condizioni di selezione e assunzione, la presenza di gruppi di lavoro autogestiti e le forme di ricompensa legate alle performance dell'organizzazione.

In generale, gli studi che hanno realizzato delle stime sull'impatto economico delle politiche volte alla riduzione delle assenze per malattie mostrano significativi risparmi. Inoltre, i benefici conseguiti attraverso il miglioramento sociale degli ambienti di lavoro tendono a protrarsi nel tempo.

Valutazione e comunità di pratiche per recuperare salute

Le proprietà 'capacitanti' delle pratiche organizzative

La comunità di pratiche si propone di presentare, discutere e diffondere esperienze positive di politiche e interventi attuati in organizzazioni di lavoro, sulle quali esistano sufficienti informazioni per attestarne gli effetti di 'aumento delle capacità delle persone' e quindi di riduzione delle disuguaglianze di salute. Inoltre, si propone di sperimentare metodologie di valutazione dell'equità che aumentino le conoscenze disponibili.

Secondo la linea interpretativa proposta circa le trasformazioni in atto nel lavoro, esisterebbe una convergenza tra le azioni di diffusione di modelli di gestione delle risorse umane 'ad alto rendimento' ('High Performance Work Systems'. HPWS) e le azioni di coinvolgimento e cooperazione in grado di ridurre le disuguaglianze di salute nei luoghi di lavoro e sul mercato del lavoro. L'esistenza di questo spazio di crescita per le culture organizzative aziendali e i servizi sul mercato del lavoro richiederebbe però di essere arricchito e circostanziato con esperienze e studi specifici sull'impatto sull'equità di salute.

Quali **proprietà** di politiche e interventi vengono ritenute ad alto potenziale per la salute? Questo studio propone di puntare l'attenzione su due aspetti che renderebbero le politiche più orientate a sviluppare processi di 'capacitazione' delle persone.

In primo luogo, coinvolgere le persone nei luoghi di lavoro, in **processi di miglioramento e di gestione della conoscenza**, finalizzati ad incrementare produttività e qualità, aprendo contemporaneamente spazi per **venire incontro anche ai bisogni delle persone**. Due indicatori di quest'orientamento sono l'introduzione di strumenti e modalità per far emergere i bisogni delle persone e l'effettiva introduzione di cambiamenti che in qualche misura migliorino i processi di lavoro (competenze, tempi, flessibilità, rischi, copertura del welfare, ecc.) anche dal punto di vista delle persone. Questo tema tocca istituti e strumenti su cui è aperta la discussione: il ruolo della contrattazione, il bilanciamento tra il livello nazionale e aziendale fino ai margini di definizione individuale o di gruppo, il welfare aziendale oltre che i modelli di organizzazione della produzione e di gestione delle risorse umane a livello d'impresa e di rete settoriale o territoriale;

In secondo luogo, la 'capacitazione' aumenterebbe quando **l'accordo sostanziale tra istituzioni** diverse agevola e riconosce le risorse della persona. Ciò avviene, ad esempio, quando nell'alternanza scuola-lavoro un apprendimento è formalmente riconosciuto sia dalla scuola che dall'impresa, oppure quando un conseguimento formativo, certificato da un ente di formazione, viene riconosciuto pienamente significativo dall'impresa. In questo caso gli indicatori sarebbero la presenza di sistemi informativi, linguaggi, criteri di valorizzazione, regole di riconoscimento comune tra i due ambienti con cui la persona è in contatto e l'effettiva valorizzazione 'automatica' del patrimonio della persona. Anche questo tema riguarda un ambito di politiche in forte cambiamento, con l'alternanza appena introdotta estensivamente nella scuola superiore, la creazione dell'agenzia nazionale per le politiche attive, in rilancio dell'apprendistato, il rapporto tra pubblico e privato, lo sviluppo dei fondi interprofessionali.

Il criterio che proponiamo per la promozione delle esperienze positive e la valutazione delle politiche è quello dell'**equità**, ovvero l'effetto che le politiche hanno nel promuovere le pari opportunità rispetto alla salute, mettendo le persone con minori risorse e capacità individuali in condizioni di avere opportunità di salute e benessere analoghe a chi è socialmente e professionalmente meglio posizionato. Il gap osservato nella salute sarebbe colmato dalle proprietà degli ambienti sociali di lavoro e dai 'ponti' tra istituzioni, in grado di **generare capacità sociali** per compensare la minore dotazione individuale.

Le proprietà che abbiamo descritto, se applicate in modo generalizzato e universale (tutti i dipendenti di un'impresa, tutti i disoccupati di un bacino di mercato del lavoro, ecc.) hanno un elevato potenziale di riduzione delle disuguaglianze. Tuttavia, le stesse proprietà potrebbero essere circoscritte ad aree di lavoratori più specializzati e con maggiori risorse. In questo caso potrebbero generare l'effetto opposto, aumentando la segmentazione e le disuguaglianze sociali e di salute. Ciò avviene spesso, ad esempio, dove la flessibilità temporale del lavoro lascia spazi di discrezionalità personale solo nelle fasce più professionalizzate, oppure dove la formazione o gli strumenti di welfare integrativo sono destinati in modo più che proporzionale ai lavoratori e lavoratrici più stabili e qualificati.

Proprio l'ambivalenza di molti importanti cambiamenti che stanno avvenendo nelle organizzazioni e nel mercato del lavoro richiede a nostro avviso di **utilizzare con metodo le lenti dell'equità** per orientarne e qualificarne lo sviluppo.

Le domande di valutazione per l'equity audit

Esistono molti elementi di conoscenza sull'effetto delle disuguaglianze sociali sulla salute, che rendono ampiamente dimostrato l'impatto iniquo del gradiente sociale. Abbiamo però ancora molto da imparare su come ridurre a colpo sicuro questo effetto, attraverso interventi efficaci.

La ricalibratura delle politiche per ridurre le disuguaglianze richiederebbe di ricostruire in modo preciso il meccanismo sociale attivato dalla politica e il modo in cui produce un recupero del potenziale di salute. In generale, le teorie che abbiamo citato mostrano con chiarezza alcune direzioni di marcia: ad esempio l'importanza delle politiche attive del lavoro rispetto a quelle passive; delle organizzazioni che motivano e che rendono più autonomi e responsabilizzati, rispetto a quelle che chiedono esecuzione acritica; delle politiche e servizi che puntano a creare buone esperienze di relazione sociale oltre che di lavoro, capaci di arricchire la persona e cui la persona attribuisce un valore.

Per contro, le evidenze mettono in guardia rispetto alle politiche che promuovono conseguimenti prevalentemente formali. Questi ultimi modificano lo 'stato' di una persona, la fanno diventare in formazione o occupata, indipendentemente dalla qualità e dall'utilità di questa esperienza. Oppure, promuovono diritti connessi ad una determinata condizione, che non sono poi effettivamente 'esigibili', e restano solo sulla carta.

L'attenzione ai cambiamenti sostanziali e **alla qualità delle esperienze** è particolarmente importante per le persone a bassa istruzione e qualificazione, occupate in organizzazioni piccole, in mestieri con prestigio sociale meno riconosciuto, o discendente e con livelli retributivi modesti.

E' utile, dunque, maggiore conoscenza sui dettagli delle esperienze positive, sulla misura del loro effetto sulla condizione delle persone, soprattutto quelle socialmente più deboli e sui motivi che le fanno funzionare. Esaminando le recenti rassegne internazionali che hanno lavorato a raccogliere casi di politiche efficaci risulta evidente la forte sproporzione tra gli interventi messi in atto e quelli su cui si hanno informazioni d'impatto sull'equità di salute, raccolte e valutate con metodo, in modo tale da poter ritenere affidabili i giudizi. Ciò avviene anche in paesi che hanno tradizioni e pratiche di valutazione molto più consolidate del nostro.

Due **domande di valutazione** sembrano più adeguate per sottoporre le politiche organizzative a verifica di equità sulla salute:

- 1) **C'è stato un effetto significativo sull'equità di salute? In che misura?** Questa domanda richiede un approccio prevalentemente sperimentale, controfattuale. Si propone di misurare l'effetto dell'attuazione della politica (desiderato, previsto, o meno) con metodi statistico-quantitativi, confrontando ciò che è avvenuto, rispetto a quel che sarebbe avvenuto in assenza dell'intervento. In questa prospettiva, per comprendere gli effetti dal punto di vista dell'equità, tra i sottogruppi che hanno beneficiato dell'intervento e gli altri, o al variare dei contesti di applicazione, è necessario costruire disegni di studio sperimentale e campioni adeguati a fare il confronto. L'applicazione del metodo ci dice se c'è stato un effetto misurabile e l'entità di questo effetto. Ciò consente di fare vari calcoli: se l'effetto è significativo, quanto 'beneficio' di salute ha generato (quanti ammalati in meno, ad esempio), qual è la sua dimensione e quindi la sua rilevanza sociale ed economica. Nella realtà il maggiore ostacolo consiste nel riuscire a distinguere a priori e in modo casuale i due gruppi (toccati o meno dalla politica), per escludere altre caratteristiche generino le differenze di salute. L'applicazione può essere fatta, ad esempio, verificando in azienda i cambiamenti sul benessere di lavoratrici e lavoratori in seguito a cambiamenti organizzativi con un questionario, oppure analizzando i dati sulle assenze, o ancora studiando, in campioni territoriali, il rapporto tra determinate esperienze formative e organizzative e i dati di salute in possesso al sistema sanitario. La specificità della valutazione di

equità consiste nell'osservare anche se l'effetto è maggiore sui gruppi più fragili dal punto di vista sociale, professionale e quindi di salute.

- 2) Come si è prodotto l'effetto? Quali meccanismi sociali hanno generato capacità per le persone più fragili?** Questa domanda richiede di capire il meccanismo sociale che genera l'effetto delle disuguaglianze sulla salute e quindi come la politica lo contrasta, verso chi agisce, in che modo, sotto quali condizioni. Ricostruire il meccanismo sociale in azione - perché i diversi soggetti si comportano in un determinato modo in quel contesto (attivo) e quale senso attribuiscono al loro comportamento - assicura anche la riproducibilità in altri contesti, aziende, territori, ecc., in quanto chiarisce perché la politica funziona o meno. Come dovrebbe risultare evidente, le implicazioni pratiche sono molto importanti: vuol dire ad esempio ridurre i tassi di assenteismo, l'incidenza di malattie professionali, il turn-over, i problemi di demotivazione, ecc. In questo caso la valutazione di equità di politiche e interventi organizzativi, attraverso colloqui, interviste, osservazione della partecipazione delle persone, ecc. dovrebbe evidenziare come si è ottenuta attivazione, coinvolgimento e responsabilizzazione delle persone che sono esposte ai maggiori disagi e rischi di salute. Se l'attenzione funziona, per questa via i rischi vengono identificati, ridotti o superati.

Il coinvolgimento delle persone e dei soggetti collettivi - e quindi diremmo delle associazioni sindacali e imprenditoriali nelle organizzazioni di lavoro - è alla base delle esperienze internazionali di HEIA (*Health Equity Impact Assessment*), finalizzate a contrastare e riequilibrare le disuguaglianze di salute. L'analisi delle caratteristiche dell'ambiente di lavoro, alla luce delle risorse e delle capacità delle persone, è un percorso che richiederebbe quindi di attivare in prima persona **coloro che vivono i problemi** e di studiare con il loro contributo attivo rischi, priorità e proposte di adattamento. La questione strategica è che questo processo non dovrebbe essere 'parallelo' e 'burocratico' rispetto ai processi di miglioramento culturale e organizzativo orientati alla produttività e alla qualità, ma dovrebbe **essere gestito al loro interno**, come una dimensione qualificante dei medesimi.

Questo non esclude che un percorso di valutazione d'impatto sull'equità di salute possa essere costruito ad hoc, con percorsi a geometria variabile, a seconda delle risorse e del tempo a disposizione, riducendosi in caso di necessità a qualche mese di lavoro e ad un numero limitato di incontri (es. 4-5 incontri) dedicati ad una specifica politica organizzativa o territoriale. Un percorso di HEIA può elaborare rapidamente una lettura efficace della politica, perché valorizza innanzitutto la conoscenza presente ma non sufficientemente organizzata, interpretata e condivisa.

Dunque, questo documento propone di concentrare l'attenzione sulle prove di efficacia nella riduzione delle disuguaglianze di salute, rielaborate con l'applicazione di metodologie e strumenti consolidati, anche se di matrice teorica differente.

In particolare si ritiene che la risposta ottimale al bisogno di condivisione di conoscenze utile alla diffusione di buone pratiche consista in un approccio alla valutazione che consideri contemporaneamente 3 requisiti:

- misurazione statistica dell'impatto;
- ricostruzione e comprensione dei meccanismi sociali che lo generano;
- coinvolgimento degli attori principali che presidiano o cooperano all'erogazione dell'intervento, della politica o del servizio nel processo di analisi ed elaborazione.

Sono quindi oggetto di attenzione e diffusione le azioni di ricalibratura e implementazione di politiche e interventi che, nell'ambito del lavoro e dell'organizzazione, riducono le disuguaglianze sociali e i loro effetti sulla salute, valutati con metodologie strutturate, anche se è stato privilegiato solo uno dei requisiti descritti.

Le azioni che si ritiene utile conoscere e condividere possono essere relative a ciascuna delle tre fasi del percorso attraverso le quali procede nel tempo l'effetto delle disuguaglianze sociali: l'eccesso di esposizione al rischio per la salute, l'eccesso di vulnerabilità alla malattia e l'eccesso di conseguenze

sociali a causa della malattia stessa. Le tabelle seguenti propongono gli attori fondamentali che un'analisi della 'buona pratica' dovrebbe coinvolgere.

Nelle tre fasi hanno rilevanza attori diversi, in quanto la fase 2 implica non solo una risposta degli attori sociali, ma anche una risposta specifica delle politiche e dei servizi sanitari.

<i>Fase del percorso in cui si interviene</i>	Fase 1 - Eccesso di esposizione al rischio (disoccupazione, lavoro pericoloso, ambiente di lavoro stressante, ecc.)		
<i>Domanda sull'equità</i>	Come ridurre l'esposizione al rischio dei soggetti socialmente più deboli? (chi sono nel contesto specifico? quali evidenze di iniquità si rilevano?)		
<i>Attori chiave</i>	<i>Unità di analisi</i>	<i>Strumenti di miglioramento</i>	<i>Strategia di riequilibrio</i>
<i>Centri di decisione, regolazione e/o di gestione di interventi per il lavoro e la formazione; attori sociali</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Un servizio erogato - Una politica o intervento - Un'area territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione del processo di erogazione del servizio o dell'intervento - Valutazione dell'impatto del servizio o dell'intervento 	<ul style="list-style-type: none"> - Sostenere le risorse economiche individuali - Rafforzare le capacità individuali - Ridurre i rischi fisici dei contesti di esperienza - Rafforzare le capacità sociali nei contesti di esperienza
<i>Imprese; organizzazioni pubbliche e private; attori collettivi</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'organizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione della gestione del rischio fisico - Valutazione della gestione della dimensione sociale del lavoro e del rapporto con l'esterno 	<ul style="list-style-type: none"> - Sostenere le risorse economiche individuali - Rafforzare le capacità individuali - Ridurre i rischi fisici dei contesti di esperienza - Rafforzare le capacità sociali nei contesti di esperienza

<i>Fase del percorso in cui si interviene</i>	Fase 2 - Eccesso di vulnerabilità alla malattia (a parità di esposizione al rischio)		
<i>Domanda sull'equità</i>	Come ridurre la probabilità di ammalarsi dei soggetti socialmente più deboli? (chi sono nel contesto specifico? quali evidenze di iniquità si rilevano?)		
<i>Attori chiave</i>	<i>Unità di analisi</i>	<i>Strumenti di miglioramento</i>	<i>Strategia di riequilibrio</i>
	Caso A: La maggior vulnerabilità dipende da una minore resistenza al rischio		
<i>Centri di decisione, regolazione e/o di gestione di interventi per il lavoro e la formazione; attori sociali</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Un servizio erogato - Una politica o intervento - Un'area territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione del processo di erogazione del servizio o dell'intervento - Valutazione dell'impatto del servizio o dell'intervento 	<ul style="list-style-type: none"> - Rafforzare le capacità individuali di resilienza al rischio - Rafforzare le capacità sociali di resilienza al rischio nei contesti di esperienza
<i>Imprese; organizzazioni pubbliche e private; attori collettivi</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'organizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione della gestione del rischio fisico - Valutazione della gestione della dimensione sociale del lavoro e del rapporto con l'esterno 	<ul style="list-style-type: none"> - Rafforzare le capacità individuali di resilienza al rischio - Rafforzare le capacità sociali di resilienza al rischio nei contesti di esperienza

	<i>Caso B: La maggior vulnerabilità dipende da un minore supporto del sistema socio-sanitario</i>		
<i>Servizi sanitari; Servizi socio-assistenziali; attori sociali</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Un servizio erogato - Una politica o intervento - Un'area territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione del processo di erogazione del servizio o dell'intervento - Valutazione dell'impatto del servizio o dell'intervento 	<ul style="list-style-type: none"> - Sostenere le risorse economiche individuali - Rafforzare le capacità individuali - Ridurre i rischi fisici dei contesti di esperienza - Rafforzare le capacità sociali nei contesti di esperienza

<i>Fase del percorso in cui si interviene</i>	Fase 3 - Eccesso di conseguenze sociali della malattia <i>(a parità di malattia)</i>		
<i>Domanda sull'equità</i>	Come ridurre l'effetto della malattia sulle condizioni sociali delle persone socialmente più deboli? <i>(chi sono nel contesto specifico? quali evidenze di iniquità si rilevano?)</i>		
<i>Attori chiave</i>	<i>Unità di analisi</i>	<i>Strumenti di miglioramento</i>	<i>Strategia di riequilibrio</i>
<i>Centri di decisione, regolazione e/o di gestione di interventi per il lavoro e la formazione; Servizi socio-assistenziali; Istituzioni di mutualità e volontariato</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Un servizio erogato - Una politica o intervento - Un'area territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione del processo di erogazione del servizio o dell'intervento - Valutazione dell'impatto del servizio o dell'intervento 	<ul style="list-style-type: none"> - Sostenere le risorse economiche individuali - Rafforzare le capacità individuali - Ridurre i rischi fisici dei contesti di esperienza - Rafforzare le capacità sociali nei contesti di esperienza
<i>Imprese; organizzazioni pubbliche e private; attori collettivi</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'organizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione della gestione del rischio fisico - Valutazione della gestione della dimensione sociale del lavoro e del rapporto con l'esterno 	<ul style="list-style-type: none"> - Sostenere le risorse economiche individuali - Rafforzare le capacità individuali - Ridurre i rischi fisici dei contesti di esperienza - Rafforzare le capacità sociali nei contesti di esperienza

Indicazioni bibliografiche

- Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P. and Kalleberg, A. L. (2001), *Do high performance work systems pay off*, in Lisa A. Keister (ed.) *The Transformation of Work (Research in the Sociology of Work, Volume 10)*.
- Arulampalam, W. and Booth, A. (1998), *Training and Labour Market Flexibility: Is There a Trade-off?*, *British Journal of Industrial Relations*, Vol. 36, No.4.
- Arundel A., Lorenz E., Lundvall B-A. and Valeyre A. (2006), *The Organization of Work and Innovative Performance: A comparison of the EU-15*, DRUID Working Paper No. 06-14.
- Bagnasco A. (a cura di) (2008), *Ceto medio. Come e perchè occuparsene*, Il Mulino, Bologna.
- Black, S. and Lynch, L. (2004), *Workplace Practices and the New Economy*, FRSBS Economic Letter, No. 2004-10, April 16.
- Butera, F., Alberti, F. (2012), *Il governo delle reti interrogative per la competitività*, Milano, Fondaz. Irso, WP 5.
- CNEL (2014), *Rapporto sul mercato del lavoro 2013-14*, settembre.
- Davoine L., Erhel C., Guergoat M. (2008), *Taxonomy of European Labour Markets Using Quality Indicators*, n.45, Centre d'études de l'emploi, Noisy-le-Grand.
- Di Monaco, R., Pilutti, S. (2012), *Lavorare senza crescere. Ricerche sulle politiche del lavoro e della formazione in Italia*, pag. 202, Aracne Editrice, Roma.
- Dubet, F. (2010), *Integrazione, coesione e disuguaglianze sociali*, in *Stato e Mercato*, n. 88, aprile 2010.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS (2002), *Quality of Work and Employment in Europe: Issues and Challenges*, Foundation Paper, n°1, February 2002.
- Florida, R. and Kenney, M. (2000), *Transfer and Replication of Organisational Capabilities*, in Dosi G., Nelson R.R. and Winter S.G. eds.
- Fujimoto, T. (2000), *Evolution of Manufacturing Systems and Ex post Dynamic Capabilities: A Case of Toyota's Final Assembly Operations*, in Dosi, G., Nelson, R.R. and Winter S.G. eds.
- Gazier, B. e Bruggeman, F. (2008), *Restructuring work and employment in Europe. Man-aging change in an era of globalisation*, Cheltenham & Northampton (MA): Edward Elgar Publishing.
- Gospel, H. (2007), *High Performance Work Systems*, unpublished manuscript prepared for the International Labour Organisation, Geneva.
- Hirsch-Kreinsen, H. (2008), *Low-Tech Innovation*, in *Industry and Innovation*, Vol. 15, No. 1.
- Hoffer Gittel, J., Seidner, R. and Wimbush, J. (2010), *A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work*, *Organization Science*, Vol. 21, No. 2.
- Keep, E. and 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 and James S. eds.
- Lafer, G. (2002), *The Jobs Training Charade*, Cornell University Press, Ithaca and London.
- Mangan, J. (2000), *Workers without traditional employment: an international study of non-standard work*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, U.K.
- Mankelov, R. (2002), *The organisational costs of job insecurity and work intensification*, in Burchell, B., Ladipo, D. and Wilkinson F. eds.
- Martin, B. and Healy, J. (2008), *Changing work organisation and skill requirements*, National Centre for Vocational Education Research, Adelaide.
- Michie, J. and Sheehan, M. (2003), *Labour flexibility and innovative behaviour*, *Cambridge Journal of Economics*, Vol.27, No. 1.
- OECD (2010), *Innovative Workplaces. Making Better Use of Skills Within Organisations*, Paris.
- Olivieri, E. (2012), *Il cambiamento delle opportunità lavorative*, in Banca D'Italia, *Questioni di Economia e Finanza*, n.117.
- Porter, M.E. (1998), *On Competition*, Boston: Harvard Business School, 1998.
- Ramsay, H., Scholarios, D. and Harley, B. (2000), *Employees and High-Performance Work Systems: Testing inside the Black Box*, *British Journal of Industrial Relations*, Vol 38, No. 4.

- Teece, D.J., Pisano, G. and Shuen, A. (2000), *Dynamic Capabilities and Strategic Management*, in Dosi G., Nelson R.R. and Winter S.G. eds.
- Toner, P. (2011), *Workforce Skills and Innovation: An Overview of Major Themes in the Literature*, OECD Education Working Papers, No. 55, OECD Publishing.
- Weick, K. E. (1997), *Senso e significato nell'organizzazione*, Cortina, Milano.
- Whitfield, K. (2000), *High Performance Workplaces, Training and the Distribution of Skills*, *Industrial Relations*, Vol. 39, No. 1.
- Zwick, T. (2004), *Employee participation and productivity*, *Labour Economics*, Vol. 11, pp. 715-740.