

**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**

Publicazione 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.

*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.



---

# 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»<sup>1</sup>.

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-

<sup>1</sup> 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 grupppale 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 oltretutto 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 verbalizzazioni<sup>2</sup> 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.

<sup>2</sup>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 impegno 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

<b>Professioni</b>	<b>Ats Milano</b>	<b>Ats Val Padana</b>
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

<b>Professioni</b>	<b>Ats Brescia</b>	<b>Ats Montagna</b>	<b>Ats Pavia</b>
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

<b>Professioni</b>	<b>Ats Bergamo</b>	<b>Ats Brianza</b>	<b>Ats Insubria</b>
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 congegnato 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 ro ⇒ 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 ad 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 partecipanti<sup>3</sup>.

I partecipanti sono stati suddivisi in piccoli gruppi strutturati con turni di conversazione a rotazione<sup>4</sup> 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-

<sup>3</sup>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.

<sup>4</sup>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 (però 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

eperevitare i rischi della cosiddetta molestia statistica<sup>5</sup>. 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 fondamentale 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).

<sup>5</sup>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 Health 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.

