

INAIL

Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere

**DISEGNO DI LINEE GUIDA
E PRIMI STRUMENTI OPERATIVI**

Volume **1**

Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere

**DISEGNO DI LINEE GUIDA
E PRIMI STRUMENTI OPERATIVI**

è un Quaderno della

Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali
Direttore editoriale, Fabio Marco Sartori
Direttore responsabile, Marco Stancati

Il Quaderno è a cura di Paola Conti e Antonella Ninci

Gruppo di progetto

coordinato da Antonella Ninci
composto da Chiara Breschi, Paolo Guidelli, Emilia Vanni *INAIL*;
l'esperta indipendente Paola Conti;
i ricercatori del Cespro UniFi coordinati da Paolo Citti; Francesca Ricci, Teresa Savino *IRPET*

Gruppo di ricerca

responsabile scientifica Paola Conti
composto dai ricercatori del Cespro-UniFi coordinati da Paolo Citti:
Gabriele Colaianni, Andrea Meneghin, Monica Morelli, Lorenzo Paciscopi, Chiara Parretti,
Giada Polillo, Cristina Sanna

Revisione ed elaborazione testi di Cristina Sanna

Copertina di Toni Saracino

Struttura dell'opera

Volume I Metodologia e strumenti
 Evidenze scientifiche delle variabili di genere

Volume II Analisi dei dati in ottica di genere
 Monografie normative

Uno strumento che mancava

L'Inail sta affrontando un processo di ampliamento della missione istituzionale. È, oggi, a pieno titolo un soggetto centrale del sistema del welfare, capace di intervenire in ogni fase del percorso che va dalla prevenzione e formazione alla sicurezza, alla cura e all'assistenza dopo l'infortunio, fino alla riabilitazione e al pieno reinserimento sociale e professionale. Questo grazie anche all'incorporazione di Ispesl e Ipsema all'interno dell'Inail, che diventa così il Polo della salute e della sicurezza sul lavoro. Si tratta di un'operazione coraggiosa che trasforma l'Istituto nel punto di sintesi tra mondo della prevenzione e mondo della ricerca.

Per il finanziamento di progetti d'investimento e formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro entro la fine del 2013 saranno disponibili importanti risorse.

L'Istituto, inoltre, ha deciso di intervenire in modo significativo nell'ambito dei sistemi premiali a favore delle aziende che investono in sicurezza per sostenere il trend positivo, avviato nel 2009 e proseguito nel 2010, di riduzione degli infortuni.

In questo contesto evolutivo il D.Lgs. 81/2008 rappresenta un importante passaggio perché prevede espressamente che nel processo di prevenzione e di valutazione dei rischi si tenga conto delle diversità legate al genere.

Esistono differenze tra uomini e donne che influiscono sulla loro salute e sicurezza al lavoro: l'adozione di un approccio neutro contribuisce al perdurare di lacune sul piano delle conoscenze e ad avere un livello di prevenzione meno efficace.

Ora che anche le indicazioni normative sono state date, non rimane che adoperarsi affinché i principi sanciti diventino, sempre di più, bagaglio culturale e iniziative concrete.

È per questo motivo che ritengo il progetto "Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere", promosso dalla Direzione regionale INAIL per la Toscana e dal CPO INAIL insieme con la Regione Toscana, una risposta mirata e funzionale perché rappresenta un importante passo in avanti per la ricerca, lo studio e l'analisi dei processi lavorativi e delle situazioni organizzative, nonché per l'individuazione d'indicatori di rischio in ottica di genere. E quindi strumento per l'operatività quotidiana.

Prima ancora che la normativa, con il D.Lgs. 81/2008, facesse divenire cogente, nel campo della prevenzione, un'adeguata considerazione delle diversità uomo/donna, l'INAIL aveva del resto iniziato a strutturare coerentemente la propria attività, orien-

tandosi verso un approccio ai temi della salute e sicurezza sul lavoro che consentisse di cogliere la rilevanza delle differenze di genere con riferimento sia agli infortuni sia alle malattie professionali.

Non resta che accelerare questo processo, avendo a disposizione uno strumento in più.

Giuseppe Lucibello
Direttore generale INAIL

Il valore aggiunto delle differenze di genere

Il “Protocollo Regione Toscana-Inail su Salute e sicurezza sul lavoro in ottica di genere”, siglato nel settembre 2010 tra Regione Toscana e Direzione Regionale INAIL Toscana, si colloca in un percorso sinergico avviato da anni tra i due enti.

Nello specifico il protocollo è finalizzato alla conoscenza dei fattori di rischio avversi alla salute dei lavoratori e delle lavoratrici con l’obiettivo di poter intervenire sugli stessi riducendo il più possibile le conseguenze dannose sulla salute.

Ci siamo dati questo obiettivo consapevoli di volere e dover fare un ulteriore passo in avanti, un passo che ha una forte valenza culturale e che impone un approccio al tema della sicurezza sul lavoro a partire dal riconoscimento delle peculiarità legate al genere dei lavoratori.

Se infatti consideriamo che abbiamo di fronte uomini e donne e non genericamente dei “lavoratori”, mutano anche le modalità nel rimuovere o attenuare i fattori di rischio.

Infatti la differenza di genere non significa debolezza e vulnerabilità di uno dei due sessi rispetto all’altro. Nelle organizzazioni la diversità rappresenta al contrario un punto di forza in quanto consente un arricchimento complessivo del sistema dovuto al diverso apporto che i singoli, anche in funzione della loro diversità, possono fornire.

Non ritengo inoltre corretto pensare che le problematiche di genere riguardino prevalentemente le donne, e magari in veste di soggetto “debole”, al contrario tali problematiche coinvolgono entrambi i generi e in una logica di maggiore interazione nell’ambiente di lavoro.

Sono convinta che questo documento rappresenti un utile strumento di orientamento e individuazione di interventi efficaci e desidero ringraziare la Direzione dell’Inail Toscana per il fattivo impegno

Auguro a tutti coloro che sono coinvolti in questo progetto e che da anni si impegnano nel complesso ambito della prevenzione sui luoghi di lavoro di poter trovare spunti interessanti in grado di motivare ancor più al perseguimento del benessere delle lavoratrici e dei lavoratori nel fondamentale ambito di vita quale è l’ambiente di lavoro.

Daniela Scaramuccia
Assessore al Diritto alla salute
Regione Toscana

INDICE

Un progetto articolato <i>di Antonella Ninci</i>	15
--	----

Volume 1

Sicurezza come innovazione <i>di Paolo Citti</i>	19
--	----

Piano dell'opera <i>di Paola Conti</i>	23
--	----

Metodologia e strumenti

Parte I - SALUTE SUL LAVORO E APPROCCIO DI GENERE: OPZIONI METODOLOGICHE ED EPISTEMOLOGICHE	31
--	----

1. - SALUTE, INNOVAZIONE E COMPETITIVITÀ <i>di Paola Conti</i>	32
---	----

1.1. - LE SFIDE	32
-----------------	----

1.2. - I PROBLEMI	32
-------------------	----

1.3. - ORGANIZZAZIONI IN SALUTE E INNOVAZIONE	33
---	----

1.4. - LA SALUTE ORGANIZZATIVA IMPLICA UNA NOZIONE ESTESA DI EFFICACIA	33
--	----

1.5. - TRASFORMARE GLI OBBLIGHI IN RISORSE	33
--	----

1.6. - LA PROMOZIONE DELLA SALUTE SUL LUOGO DI LAVORO	34
---	----

1.7. - QUALE SALUTE	34
---------------------	----

2. - I VANTAGGI STRATEGICI DI UN APPROCCIO DI GENERE CHE VALORIZZA LE PECULIARITÀ INDIVIDUALI <i>di Paola Conti</i>	35
--	----

2.1. - PECULIARITÀ INDIVIDUALI, PROMOZIONE E PROTEZIONE DELLA SALUTE IN AZIENDA	35
--	----

2.2. - LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEGLI UOMINI PER IL CONSEGUIMENTO DI UNA MAGGIORE EQUITÀ TRA I GENERI	36
--	----

2.3. - L'INNOVAZIONE	37
----------------------	----

2.4. - MIGLIORE SERVIZIO AI CLIENTI/UTENTI	37
--	----

2.5. - PRATICHE DI GESTIONE COMPETITIVE	37
---	----

3. - DA UN RISCHIO “NEUTRO”, ALLA SALUTE IN OTTICA DI GENERE	
<i>di Paola Conti</i>	38
3.1. - PERCHÉ L’ATTENZIONE AL GENERE DETERMINA VALORE PER LE IMPRESE	38
3.2. - UN APPROCCIO STRATEGICO “SENSIBILE AL GENERE” DEL SISTEMA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	38
3.3. - DA ADEMPIMENTO A PROCESSO DI CREAZIONE DI CONOSCENZA CONDIVISA	39
3.4. - VARIABILI DI GENERE, DOVE E PERCHÉ	40
 L’approfondimento - Quanto è soggettiva la percezione dell’essere in salute?	41
 L’approfondimento - Gli effetti del lavoro sulla salute sono diversi tra donne e uomini?	42
 4. - OPZIONI METODOLOGICHE ed EPISTEMOLOGICHE	
<i>di Paola Conti</i>	43
4.1. - DISEGUAGLIANZE DI SALUTE E SSL: UN APPROCCIO DI GENERE	43
4.1.1. - Macro-analisi delle interazioni di genere	45
4.1.2. - Fattori che causano diseguaglianze di genere nella salute in azienda/organizzazione	47
4.1.3. - Determinanti di salute e peculiarità individuali	48
4.1.4. - Intersectionality: implicazioni della Teoria della complessità per l’analisi di più categorie di disuguaglianze sociali che si intersecano	50
4.2. - DAL METODO ALLE APPLICAZIONI PRATICHE	52
4.2.1. - L’appropriatezza nella prevenzione e nella valutazione dei rischi	53
4.2.2. - Gli strumenti dell’appropriatezza	54
4.2.3. - Indice per l’“Auditing di Efficacia, Appropriatezza ed Equità di Genere© del Sistema SSL aziendale/organizzativo”	56
4.2.4. - Obiettivi strategici per le aziende/organizzazioni virtuose ed eccellenti	57
 Benchmarking	
Buone pratiche europee: il caso svizzero	58
4.2.5. - Gestire la salute significa gestire l’azienda verso il successo.	60
4.2.6. - Il processo metodologico di definizione dell’indice	63
4.2.7. - Rappresentazione figurata del concetto e specificazione delle dimensioni	63

L'approfondimento - Quali sono i riferimenti internazionali utilizzati per la costruzione dell'indice?	66
Parte II - SALUTE, FATTORI DI RISCHIO E SPECIFICITÀ DI GENERE: STRUMENTI	71
5. - SALUTE E SICUREZZA: UN SISTEMA ATTENTO ALLE DIFFERENZE di Paola Conti	72
5.1. - I PROCESSI LOGICO-DECISIONALI DELL'AZIENDA/ORGANIZZAZIONE. QUADRO CONCETTUALE	72
5.2. - LA PROMOZIONE DELLA SALUTE SUL LAVORO	73
Benchmarking	
Promuovere l'equilibrio vita e lavoro	74
Check list di autovalutazione aziendale/organizzativa sull'adeguatezza delle misure volte a favorire l'equilibrio vita-lavoro	76
Agevolare i trasporti casa-lavoro come fattore di promozione della salute	78
Promozione della salute dei lavoratori anziani	80
Approcci e misure per una gestione della terza età nelle aziende	81
5.3. - COMUNICARE LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO IN OTTICA DI GENERE <i>di Cristina Sanna</i>	84
5.3.1. - Informazione e Comunicazione	84
5.3.2. - Una leva strategica per il cambiamento	84
5.3.3. - Promuovere le "buone prassi" sul Sistema Salute nei luoghi di lavoro	85
5.3.4. - La nuova comunicazione attenta alle differenze	86
5.3.5. - Il target "invisibile" della comunicazione sulla Salute e Sicurezza	87
5.3.6. - Quali sono, dunque, gli approcci e gli strumenti possibili per favorire il cambiamento?	89
5.3.7. - Partecipazione e coinvolgimento del personale	89
5.3.8. - Il modello inferenziale e il modello trasmissivo	90
L'approfondimento - Strumenti di comunicazione del modello inferenziale	92

5.4. - LA FORMAZIONE <i>di Paola Conti</i>	95
5.4.1. - L'Appropriatezza nella Formazione: sviluppare "competenze non neutre"	95
5.4.2. - Le competenze di lavoratori e lavoratrici e dei loro rappresentanti	98
5.4.3. - Appropriatezza della Formazione dei professionisti del Sistema SSL	100
5.4.4. - Standard minimi di competenze dei professionisti	102
5.4.5. - I medici del lavoro e i medici competenti. Nuovi fabbisogni formativi	104
 L'approfondimento - È possibile formare i medici su un modello di appropriatezza basato sul genere?	 106
 5.5. - LA GESTIONE DELLA SICUREZZA E LA VALUTAZIONE DEI RISCHI <i>di Gabriele Colaianni, Lorenzo Paciscopi, Chiara Parretti</i>	 107
5.5.1. - La valutazione dei rischi, un po' di storia	107
5.5.1.1. - <i>Includere le questioni di genere nella valutazione dei rischi</i>	108
5.5.1.2. - <i>I cinque passi del processo di valutazione dei rischi in ottica di genere proposti dalla OSHA</i>	109
5.5.2. - Introduzione alla valutazione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro in ottica di genere (DVR-G)©	112
5.5.3. - Il Documento per la Valutazione dei Rischi in ottica di Genere (DVR-G)©	113
 Evidenze scientifiche delle variabili di genere	
 6. - LE EVIDENZE SCIENTIFICHE DELLE VARIABILI DI GENERE: UN PRIMO PASSO <i>di Paola Conti con il contributo di Giada Polillo</i>	 119
6.1. - SALUTE SUL LAVORO: EVIDENZE SCIENTIFICHE E VARIABILI DI GENERE	119
6.2. - L'AGGIORNAMENTO DELLO STUDIO DELL'OSHA <i>di Giada Polillo</i>	119
6.2.1. - Il metodo	120
6.2.2. - Una ricerca ancora troppo "al maschile"	125
 L'approfondimento - La ricerca sulla salute occupazionale a misura anche di donna	 126

L'approfondimento - La medicina di genere: un nuovo approccio alla cura e alla ricerca	127
L'approfondimento - Ricerca medica e gender blindness	130
L'approfondimento - La ricerca di genere avanza con difficoltà... ma avanza	132
L'approfondimento - Il legame tra esiti di salute e genere	132
L'approfondimento - Quali sono le differenze biologiche tra donne e uomini?	138
L'approfondimento - Females are mosaics	140
L'approfondimento - Diversa fisiologia in uomini e donne?	142
6.3. - LE CONDIZIONI DIVERSE TRA DONNE E UOMINI NEL LAVORO E LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE	144
6.3.1. - Lo stato di salute sul lavoro: uno sguardo di genere all'Europa	149
6.3.2. - Le percezioni dei lavoratori e delle lavoratrici	156
6.3.2.1. - <i>Ipotesi di lavoro, intervento e monitoraggio in ottica di genere</i>	157
6.3.2.2. - <i>I rischi emergenti</i>	157
6.3.3. - SSL: chiavi di lettura dei principali fenomeni emergenti a livello europeo	159
7. - RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	160
Note sugli autori	164

Un progetto articolato

Il progetto, “Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere”, di cui questo quaderno costituisce il primo passo, intende fornire indicazioni e strumenti muovendo dallo studio delle differenze correlate ed indotte dall’appartenenza al genere femminile o a quello maschile, sia in termini di prevenzione che di conseguenze per la salute, a partire dalle malattie professionali e dall’incidenza infortunistica in ambito lavorativo.

Non si tratta, quindi, di una attività di ricerca rivolta al solo universo femminile, ma di una complessa attività di indagine volta a mettere in evidenza le differenze tra uomini e donne nei contesti lavorativi, prendendo in considerazione tutti quei fattori sociali connessi all’ambiente di lavoro e di vita che possono diversamente incidere sulla sicurezza e sulla salute degli uni e delle altre.

Per la complessità e l’ampiezza della materia indagata, la scarsità degli studi scientifici e la novità dell’approccio, il progetto ha richiesto e richiede: interdisciplinarietà, sinergie tra professionalità diverse, verifica e validazione dei risultati ottenuti, strategie di comunicazione e costruzione di modelli formativi per lo sviluppo delle competenze necessarie.

In linea con il ruolo istituzionale dell’INAIL l’obiettivo finale non può che essere la definizione e la diffusione di *linee guida per l’applicazione, con un approccio di genere, delle norme in materia di salute e sicurezza, a partire dalla valutazione dei rischi*. Le linee guida prevedono adeguata collocazione del *Documento di Valutazione dei Rischi* che verrà di volta in volta adeguato alle realtà lavorative prese in considerazione in fase di sperimentazione e validazione.

Lo sviluppo delle diverse fasi del progetto troverà ampio spazio nei prossimi numeri di questi quaderni tematici che, in seguito saranno supportati anche da una sezione del portale INAIL.

Il valore aggiunto del progetto è nella ricerca applicata al contesto sociale e locale di riferimento, nelle alleanze tra soggetti istituzionali, contesti produttivi e sindacali, organismi e istituzioni di parità, elementi questi che ne rafforzano e qualificano l’innegabile pregio originario di richiamare l’attenzione su una dimensione della prevenzione, quella legata all’obbligo di garantire un’appropriatezza di intervento che realizzi le condizioni per l’equità di genere, fortemente trascurato prima dell’avvento del D.Lgs. 81/2008.

Il progetto “Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere” nasce in

un terreno fertile, frutto dell'idea del Comitato Pari Opportunità dell'INAIL, della Direzione INAIL per la Toscana e della Regione Toscana, tutti convinti che la dimensione territoriale regionale sia estremamente funzionale ad interventi di prevenzione calibrati sulla realtà produttiva territoriale e come tali idonei a definire strumenti efficaci e non meri adempimenti.

L'impegno del Comitato Pari Opportunità dell'INAIL sul tema di una prevenzione attenta alla prospettiva di genere è stato un motivo costante fin dalla sua costituzione. In tempi di scarsa attenzione al tema delle diversità, infatti, ha promosso l'adeguamento delle informazioni statistiche INAIL mediante l'introduzione della variabile "sesso" nella analisi dei dati disponibili e, successivamente, la realizzazione di una vera e propria Banca Dati al femminile.

La priorità del tema delle differenze nella sicurezza e nella prevenzione ha trovato attuazione nei programmi del Comitato Pari Opportunità a vari livelli fino a trovare espressioni articolate anche mediante un accordo di collaborazione strategica sottoscritto con la Consigliera Nazionale di Parità.

L'impegno in tal senso assunto dall'organismo di parità dell'INAIL trova ora la sua più completa espressione nel progetto promosso e condiviso con la Direzione Regionale Toscana INAIL e la Regione Toscana, due soggetti fortemente impegnati, in maniera sinergica, sul tema della sicurezza sul lavoro, portatori di importanti esperienze in un territorio, quello toscano, particolarmente adatto, per sensibilità e cultura, a fungere da destinatario sperimentale di linee guida, indicazioni e pratiche virtuose a sostegno di politiche di prevenzione che risultino realmente in grado di incidere su finalità e comportamenti di aziende e lavoratori.

Certo è che in assenza di un forte impegno e di una spinta motivazionale convinta non è possibile addentrarsi nel campo delle diversità di genere, ancora connotato da una certa "diffidenza".

Devo e voglio rendere atto che invece questa scelta è frutto della convinzione profonda non solo del Comitato Pari Opportunità, che per interesse di funzione non poteva non essere un idoneo promotore, ma anche dell'INAIL, a livello regionale e centrale, e della Regione Toscana.

L'approccio al tema della salute e sicurezza sul lavoro in maniera non "neutra", ma con una necessaria attenzione legata all'appartenenza di genere è sicuramente una recente e importante conquista.

Risale agli anni 90 l'acquisizione, anche scientifica, della convinzione che in ambito lavorativo uomini e donne non solo possono essere esposti a rischi diversi, il che è normale a seconda delle lavorazioni nelle quali si è impegnati, ma anche che uomini e donne possono rispondere in maniera diversa alla stessa esposizione a rischio e

che diversità di ruoli sociali e di carichi conseguenti possono avere, più o meno indirettamente, una influenza sulla esposizione a rischi lavorativi.

Il principio base dal quale sono mosse le politiche europee e quelle nazionali è che la parità di trattamento non può prescindere dalla considerazione delle diversità: uguali nelle differenze perché parità non significa iniqua applicazione a tutti e tutte delle stesse modalità di trattamento.

L'ingresso del concetto del "maistreaming", e dunque del fatto che qualunque intervento può avere diverse ripercussioni su uomini e donne, e la riflessione sulle politiche di diversity management hanno sicuramente tracciato la strada per una apertura a tutto tondo della considerazione, prima, e della valorizzazione, dopo, delle diversità soprattutto nel mondo del lavoro.

La politica comunitaria, dagli anni 80 in poi, è stata proprio caratterizzata da interventi ripetuti sul piano delle pari opportunità e parallelamente si sono sviluppati i presupposti del "diritto diseguale".

In questo contesto, nel quale la Comunità Europea prima e gli Stati membri poi, hanno preso atto delle discriminazioni ancora esistenti nel mondo del lavoro e ne hanno tentato la rimozione, il tema della sicurezza sul lavoro è rimasto buon ultimo.

La fine del secolo scorso e l'inizio del terzo millennio sicuramente sono stati caratterizzati dall'emergere sempre più deciso di richieste, a vari livelli, affinché il tema della salute e della sicurezza nei contesti lavorativi fosse affrontato non in termini neutri, ma adeguatamente declinato secondo necessità e effetti legati all'appartenere al genere maschile piuttosto che femminile, integrando, senza trascurarle, le evidenti attenzioni legate, per le donne, al periodo della gravidanza.

Particolarmente interessati ed attenti sono apparsi, anche nel richiedere interventi legislativi in materia, gli organismi di parità e le organizzazioni sindacali.

L'approvazione del Testo Unico sulla sicurezza, con il D.Lgs. 81/2008 ed il successivo correttivo, ha sicuramente comportato un cambio di rotta introducendo, nella valutazione dei rischi lavorativi, una necessaria attenzione al genere e facendo divenire la valutazione delle diversità un obbligo e non più, se si prescinde dalla normativa a tutela della maternità, una attenzione legata alla sensibilità di pochi.

Le disposizioni di cui al citato decreto legislativo convertono in necessitati comportamenti che in precedenza erano lasciati alla sensibilità e buona volontà del datore di lavoro. E c'è di più: l'obbligatorietà normativa ha sicuramente indotto e rivitalizzato la ricerca scientifica e la discussione sul tema delle differenze di genere e sulla loro incidenza nel campo della salute nel suo complesso e nel lavoro come fattore derivato.

In questo contesto rivitalizzato assumono una dimensione nuova tutte quelle iniziative che non solo contribuiscono alla realizzazione della crescita culturale indispensabile per un approccio diverso e qualificato al tema della sicurezza, ma rivestono carattere strategico gli interventi, le indicazioni e gli strumenti realizzati, promossi, proposti e diffusi dai soggetti pubblici che rivestono ruoli precisi e riconosciuti.

Antonella Ninci
Presidente Comitato Pari Opportunità INAIL

Sicurezza come innovazione

Adottare una nuova visione della sicurezza in ottica di genere, rappresenta un elemento strategico per promuovere il cambiamento e realizzare la crescita e la competitività aziendale.

Le prescrizioni legislative presenti nel D.Lgs. 81/2008 e successive integrazioni e modificazioni¹, impongono un nuovo approccio alla prevenzione dei rischi, dove è necessario tener conto, oltre ai rischi già noti, delle diversità uomo/donna nei fattori di esposizione e di vulnerabilità.

Questo comporta di ripensare completamente la metodologia d'analisi e i processi di valutazione del rischio, e rivedere l'organizzazione stessa del lavoro. Pertanto l'azione che si deve mettere in atto determina un grande cambiamento e può portare a dover rivedere completamente la "mission" e la "vision" delle aziende e degli enti pubblici e privati.

Questo cambiamento è sicuramente legato all'**Innovazione**, leva primaria della competitività, che vuol dire anche efficacia ed efficienza, qualità del prodotto e/o del servizio, riduzione dei costi, miglioramento delle condizioni di lavoro, ecc..

I tre punti fondamentali che proiettano le istituzioni verso il cambiamento ed il miglioramento continuo possono essere raggruppate in questi tre ambiti:

- conoscenza: quindi formazione;
- realizzazione di nuovi prodotti, processi o servizi;
- diffusione dell'innovazione, anche attraverso l'introduzione di nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

Tra le leve che permettono di creare sviluppo, vi è sicuramente la conoscenza dei metodi gestionali ed organizzativi con i quali è possibile raggiungere risultati tangibili in ottica di miglioramento delle condizioni di lavoro e di motivazione del personale. Essi, se ben applicati, conducono verso "un cambiamento culturale" capace di produrre vantaggi alla propria organizzazione.

Dobbiamo pertanto promuovere, anche nelle imprese italiane, una cultura diversa, volta al cambiamento, al fine di raggiungere elevati livelli di competitività e maggiori guadagni. Mai come ora si deve guardare ai cambiamenti di comportamenti organizzativi e gestionali (della qualità, della sicurezza, ecc.), come un'opportunità di cre-

¹ s.m.i.

scita. Sappiamo infatti che è possibile sia migliorare i processi esistenti, sia progettare da subito prodotti, processi o servizi ottimizzati. Se ciò viene effettivamente messo in atto, il risultato che avremo sarà una maggiore soddisfazione del cliente (inteso come fruitore del servizio o del processo) e del personale interno, percepibile non soltanto attraverso una valutazione delle performance e dei costi associati, ma anche da un miglior livello di qualità, di sicurezza e di organizzazione degli ambienti di lavoro.

La trasformazione in atto impone di rivedere completamente **i valori** che ciascuna organizzazione ha, in virtù di un atteggiamento di condivisione, che permette alle aziende ed alle istituzioni di scoprire non solo opportunità di competizione, ma risvegliare la motivazione ed il senso d'appartenenza.

L'attuale crisi globale, economica e finanziaria rende necessario "ripensare" l'approccio al mercato dell'impresa in generale e delle PMI in particolare.

Nel mutato scenario questa crisi può essere trasformata in opportunità, attraverso la creazione di una "cultura scientifica d'impresa", con l'applicazione di modelli e metodi che rendano più efficace ed efficiente il loro processo decisionale e che assicurino alle imprese un vantaggio competitivo. Molto spesso si oppone al raggiungimento di questo scopo la tenace resistenza delle organizzazioni al cambiamento ed all'utilizzo di metodologie qualitative e quantitative che, se attuate, le metterebbero in grado di superare l'attuale scarso livello d'innovazione, rendendole competitive a livello internazionale.

È in ottica di questa nuova auspicata cultura d'impresa che si colloca la necessità di rivedere l'approccio alla sicurezza per trasformarla da conoscenza di pochi tecnici con logiche di vertice, ad una cultura diffusa, ricca di competenze.

La "sicurezza che serve" deve ricevere impulso dal basso ed essere continuamente monitorata e verificata a tutti i livelli, fino all'alta dirigenza.

Soltanto in questo modo anche la cultura alla sicurezza diventerà una scelta per l'innovazione, che permetterà di considerare e valorizzare il diverso ruolo degli individui all'interno delle organizzazioni. Per questo motivo, oggi più che mai è necessario ripensare ad una sicurezza che sappia cogliere le particolarità dell'individuo, sia esso uomo o donna, migrante o diversamente abile, al fine di vedere in queste peculiarità una forza competitiva che passi attraverso:

- la motivazione e l'attaccamento al lavoro o all'organizzazione;
- un nuovo approccio alla salute e al benessere psicofisico;
- una riprogettata distribuzione del carico di lavoro;
- una ripensata equità di accesso al lavoro e alla carriera attenta alle pari opportunità.

Le organizzazioni che tendono all'eccellenza hanno una duplice e interdipendente finalità: soddisfare i clienti e ridurre i costi degli sprechi, il tutto aumentando la redditività e la competitività aziendale.

In un contesto ambientale in cui nessun vantaggio competitivo è duraturo a lungo termine, il cambiamento diventa necessario, permanente ed accelerato (secondo i modelli delle aziende best in class).

La capacità di tendere al miglioramento continuo, diviene fonte di un vero vantaggio competitivo e l'adozione di modelli per l'eccellenza è considerata una *conditio sine qua non* per poter garantire la sopravvivenza delle organizzazioni italiane.

Pertanto, nel ripensare la gestione e l'organizzazione si può partire dai valori comuni per interpretare, in ottica di genere, le necessità di cambiamento che il D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. ci permette di fare partendo proprio dalla sicurezza.

Parlare di competitività, di miglioramento continuo, di cambiamento, di crescita e di innovazione, significa lavorare per approcci "metodologici" e strategie consolidate. Per attuare il "cambiamento" quindi è necessario averne le competenze, ma anche saper valutare, quantificandoli, i "vantaggi reali" che dal cambiamento si possono ottenere.

Le aziende che guardano al futuro adottano strategie per l'eccellenza come il **WCM - World Class Manufacturing** - dove uno dei pilastri (pillar) della metodologia, non a caso, è la rappresentata dalla "sicurezza". È nella storia della tecnologia che l'innovazione (vedasi il settore aerospaziale o nucleare), parte e si genera sempre dagli studi, dalle metodologie e dalle ricerche per la sicurezza e per l'ambiente, ed è per questo che anche la sicurezza di genere, se promossa al fine di cambiare e migliorare le condizioni di lavoro, non può che portare a reali vantaggi competitivi.

Piano dell'opera

La presente pubblicazione è frutto del lavoro di ricerca interdisciplinare realizzato nell'ambito del progetto “*Salute e sicurezza sul lavoro. Una questione anche di genere*”, tuttora in corso.

La pubblicazione vuole offrire un contributo a quanti intendono implementare in modo pertinente ed appropriato le norme in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro nello spirito dell'art.1 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i., che sottolinea l'obbligo della garanzia della tutela di lavoratori e lavoratrici, tenendo conto del genere di appartenenza, dell'età, dell'eventuale status di migrante, nonché della condizione derivante dalla tipologia contrattuale attraverso cui è resa la prestazione.

La definizione degli ambiti spaziali e temporali delle linee di azione di seguito proposte è certamente definita dal mandato e dalle competenze istituzionali di INAIL e dei suoi partner istituzionali, mentre la sua forza è affidata alla validità scientifica, alla praticabilità e sostenibilità dell'approccio e degli strumenti proposti, oltre che alla volontà degli attori socio-economici di perseguire una strategia che vede la *Salute e Sicurezza sul lavoro* trasformarsi sempre più da onere in risorsa per tutte le imprese e organizzazioni pubbliche e private. Una politica che diviene strumento al servizio dell'innovazione e della competitività del sistema produttivo del Paese.

L'opera nel suo complesso rappresenta le *Linee guida per l'applicazione in ottica di genere delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro*. Ogni pubblicazione, articolata in più volumi, presenta una struttura tale da offrire al lettore vari gradi di approfondimento, relativi agli obiettivi strategici del progetto stesso:

- creare motivazione all'adozione di *buone pratiche sensibili al genere* in tema di Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro;
- sviluppare conoscenza sulle *peculiarità individuali* nell'ambito del processo di attuazione di politiche in materia di Salute e Sicurezza sul lavoro;
- promuovere consapevolezza sulle *differenze tra uomini e donne* nelle rispettive condizioni di esposizione al rischio e di potenziali di salute;
- garantire *appropriatezza ed efficacia* degli interventi sulla base della garanzia di *equità tra i generi e le condizioni*.

Ogni singola pubblicazione si compone delle seguenti sezioni:

Metodologia e strumenti: scelte metodologiche e strumenti operativi da adottare nel processo di prevenzione, valutazione, rimozione dei rischi e di promozione della salute; nelle azioni di comunicazione, informazione e formazione; nei sistemi di gestione della sicurezza e nelle politiche del personale; nel ricorso agli incentivi e alle diverse forme di certificazione di qualità.

Evidenze scientifiche delle variabili di genere: basi scientifiche - evidence based - delle peculiarità uomo/donna e delle differenze di genere nella salute, nella medicina e nella ricerca scientifica.

Analisi di genere dei dati: analisi di genere dei contesti e dei dati relativi alla salute sul lavoro, a partire dagli infortuni e dalle malattie professionali.

Monografie normative: approfondimenti normativi e giurisprudenziali che coniugano le norme in materia di equità di opportunità e non discriminazione con il diritto del lavoro e le norme specifiche in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro.

Sono previste, inoltre due prossime pubblicazioni centrate sul processo di valutazione dei rischi e sulle schede di rischio di settore, in ottica di genere.

Tutti gli strumenti, i manuali, i software, la documentazione e gli approfondimenti vengono messi a disposizione delle imprese/organizzazioni tramite una sezione dedicata del portale INAIL.

Principali contenuti della pubblicazione

Il modello *neutro* che impronta le attuali prassi standardizzate, si è fin qui dimostrato inadeguato rispetto al conseguimento dell'uniformità della tutela e, quindi, della riduzione delle disuguaglianze di salute. Occorre, allora, sviluppare nel Sistema Salute competenze, pratiche e strumenti all'altezza delle sfide poste dal dettato normativo. Intraprendere azioni per migliorare l'equità di genere nella salute sul lavoro è un modo diretto ed efficace per ridurre le disuguaglianze organizzative/sociali e garantire, al contempo, un uso efficiente delle risorse.

Viene proposto un modello di intervento *equo-sostenibile* caratterizzato da un approccio alla *Salute e Sicurezza sul Lavoro sensibile al genere*, funzionale alla riduzione dei costi determinati dalla mancanza di eguaglianza sostanziale nella salute, sostenuto da diverse forme e modalità di supporto alle imprese/organizzazioni che adeguano il proprio Sistema di gestione della Salute e Sicurezza e dalla promozione di ambienti facilitanti. Infatti, anche l'impresa/organizzazione più sensibile ha necessità di operare in un contesto favorevole e di confrontarsi con il proprio sistema territoriale e produttivo per strutturare, formalizzare e promuovere strategie e percorsi virtuosi.

Le scelte organizzative e gestionali non sono mai *neutre* e quando lo sono intenzionalmente rivelano inerzia culturale "*si è sempre fatto così*" o stereotipi "*le donne in azienda sono come gli uomini*". Tali scelte possono innescare dinamiche che finiscono per causare disuguaglianze di salute oppure, intervenendo sulle politiche aziendali, possono produrre effetti indesiderati e non previsti.

Gli effetti del lavoro sulla salute possono essere diversi per donne e uomini in quanto dovuti a specificità biologiche, a differenti percezioni della salute/malattia, al contesto sociale e organizzativo. Talvolta la lettura dei dati può risultare inadeguata a descrivere la reale situazione di donne e uomini se le modalità di analisi, non fondate su indicatori adeguati dal punto di vista del genere, “nascondono” informazioni preziose.

Alcune differenze tra uomini e donne risultano essere rilevanti sia per la ricerca che per la pratica di salute e sicurezza ed esiste una letteratura scientifica che permette di sottolinearne l'*evidenza*. Tali evidenze richiamano meccanismi, processi e azioni che possono essere adottati per contrastare le disuguaglianze di genere nella salute sul lavoro. È ormai noto che donne e uomini, anche se soggetti alle medesime patologie, presentano differenti sintomi, progressioni e risposte ai trattamenti, non solo a causa delle differenze biologiche, dei sistemi ormonale e riproduttivo, ma anche delle sfere sociali, economiche ed ambientali di appartenenza.

La ricerca delle evidenze in corso - di cui vengono qui riportati i primi risultati - ha voluto ricostruire, per prima cosa, sulla base delle pubblicazioni medico scientifiche recenti, quanto il genere sia considerato negli studi legati alla salute sul lavoro e rispondere alla seguente domanda: *«quanta e quale attenzione viene dedicata alle variabili, alle differenti tipologie di rischio ed agli esiti di salute legati al lavoro, per le donne e per gli uomini?»*

Partendo da uno studio del 2003 a cura del gruppo di lavoro della European Agency for Safety and Health at Work, volto ad indagare il numero e la tipologia delle pubblicazioni scientifiche prodotte a livello internazionale in tema di salute sul lavoro e genere, si è deciso di implementare, arricchendolo, lo strumento di ricerca allora costruito.

I risultati ottenuti, hanno permesso di rappresentare un quadro descrittivo dell'interesse della comunità scientifica rispetto agli esiti di salute, per donne e uomini sul lavoro: l'ottica di genere è entrata a pieno titolo negli studi scientifici e tuttavia, l'attenzione al genere maschile o ancor più al neutro universale, continua a prevalere mentre il genere femminile rimane sotto-indagato.

Un certo numero di ricercatori ha sottolineato che poco si sa sui determinanti della salute sul lavoro sia nelle donne che negli uomini. Si tratta, ancora, di considerare aspetti concettuali nel trattamento del sesso e genere dei soggetti coinvolti negli studi.

Osserviamo che le donne sono state oggetto di indagine di relativamente pochi studi di medicina del lavoro nel campo delle scienze biomediche e naturali e che gli studi si sono concentrati sulle professioni sanitarie e sui fattori di stress psicosociale, con un deficit in studi tossicologici e fisiologici.

Partendo dal concetto di disuguaglianza di genere, l'Unione Europea si sta orientando, verso politiche che affrontino le disuguaglianze multiple. Per mettere in relazione gruppi specifici di disuguaglianze (classe, razza/etnia, genere, età), ha assunto l'approccio dell'*intersectionality* che si coniuga con l'approccio basato sui *determinanti di salute*, attraverso il riconoscimento di molteplici fattori dinamici che influenzano la salute degli individui, realizzando in tal modo l'inclusione di persone/problemi/bisogni precedentemente ignorati ed esclusi dalla valutazione dei rischi.

Cruciale è il passaggio dall'impostazione metodologica agli strumenti e dalla ricerca all'azione pratica. La prima necessità è quella di individuare strade realmente percorribili e coerenti con gli assunti iniziali. Questo per garantire la effettiva sostenibilità di un modello di azione dotato di strumenti e di modalità pratiche di misurazione della situazione di partenza e dei diversi step evolutivi, in termini di capacità di adeguamento del Sistema di salute e sicurezza di un'impresa/organizzazione ad una prospettiva di genere.

Un Sistema SSL che evolve in termini di capacità di produrre salute e ridurre i rischi per donne e uomini, tenendo conto delle loro peculiarità anche di genere, non può che essere "misurato" attraverso una gamma di parametri essenziali e significativi.

Le tre dimensioni individuate per rappresentare la modalità più idonea di affrontare la Salute aziendale/organizzativa sono: *efficacia, appropriatezza ed equità*. Esse sono definibili attraverso dati oggettivi (numeri, statistiche ed altre tipologie di evidenze delle azioni intraprese e relative conseguenze, risultati quantificabili e confrontabili).

Il modello di *self-auditing aziendale/organizzativo* proposto, sostiene un approccio di genere alla salute e sicurezza come un modo per migliorare la prevenzione sia per le donne che per gli uomini e fare in modo che tutti siano uniformemente protetti.

Le aziende/organizzazioni che decideranno di utilizzare in auto-somministrazione gli strumenti finalizzati al self-auditing potranno verificare, prima di tutto, se vengono soddisfatti i requisiti minimi di adeguatezza all'approccio di Salute e Sicurezza sensibile al genere. Tali requisiti minimi riguardano, prima di tutto, l'assenza di condizioni che possano produrre effetti (pur anche non previsti) di discriminazione e di mancanza di equità su base di genere.

Quelle organizzazioni che avranno soddisfatto tali requisiti minimi, potranno ottenere un posizionamento che è rappresentato da diversi livelli e differenti gradi di aderenza ai valori dell'*Indice per l' "Auditing di Efficacia, Appropriatezza ed Equità di Genere" del Sistema SSL aziendale/organizzativo* (**EAGE Index**®).

La valutazione dei rischi che tenga conto delle differenze di genere (sia in termini di variabili peculiari attribuibili ad un genere che in termini di posizioni relative di donne

e uomini rispetto ad un determinato fattore) rispecchia le peculiari caratteristiche (biologiche, sociali e culturali) maschili e femminili nella loro interazione con l'organizzazione e le caratteristiche dell'attività lavorativa: tali differenze sono sottolineate sia per i rischi più tradizionali (chimici, biologici, fisici, ergonomici), che per i rischi di carattere organizzativo e psicosociale. Necessario è quindi dotarsi della più adeguata strumentazione per la *valutazione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro in ottica di genere (DVR-G©)* senza creare aggravii alle aziende, ma anzi ottimizzando i processi in essere e valorizzando gli sforzi compiuti, con il risultato di una riduzione dei costi.

Leggere i dati, analizzarli, produrre statistiche in ottica di genere è un obiettivo per tutte le principali agenzie internazionali. La stessa Unione Europea si è data questo obiettivo in modo stringente, invitando tutti gli Stati membri a prendere iniziative al riguardo: *“La CE dovrebbe incoraggiare gli Stati membri a continuare a raccogliere informazioni statistiche sulle disuguaglianze di salute connesse al genere e a sviluppare lo scambio di politiche e pratiche efficienti”*.

Uno dei problemi più rilevanti a tale proposito, è che le diverse banche dati che concorrono a fornire i dati e le informazioni sono costruite e alimentate con scopi diversi - prevalentemente di natura amministrativa - non sono tra loro omogenee e non sempre i dati estraibili, in modo disaggregato per donne e uomini, hanno le caratteristiche idonee per analisi coerenti con il modello dell'intersectionality precedentemente illustrato.

Ne consegue una difficoltà intrinseca nel realizzare un tipo di *analisi di genere* ove diverse variabili possano intersecarsi, restituendo un tipo di conoscenza che permetta di definire se esistano e quali siano i fenomeni più rilevanti per la salute di donne e uomini, se esistano gap U/D, se nuovi fenomeni emergenti debbano essere presi in considerazione.

Certamente l'analisi degli esiti di salute ex post - ovvero i dati relativi ad infortuni e malattie professionali analizzati dal gruppo di lavoro - restituisce solo una parte del quadro conoscitivo ed assume corpo e significato maggiori collocata entro lo sfondo di un'analisi di genere del mercato del lavoro.

Sarà quindi importante mettere in relazione, nell'ambito di un modello sostenibile, i dati riguardanti i fenomeni “predittivi”, ovvero connessi ai determinanti di salute entro una dimensione territoriale data, i dati epidemiologici e quelli inerenti gli infortuni e le malattie professionali. Potranno anche essere prese in considerazione, di volta in volta, fonti diverse, alcune delle quali tradizionalmente afferenti alle politiche di pari opportunità e non discriminazione (es. Il rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile nelle aziende con più di 100 dipendenti, afferente alla Consigliera Regionale di Parità).

Questa fase di ricerca offre un primo livello di analisi tale da poter, successivamente costruire ipotesi di ricerca e approfondimenti, anche di carattere qualitativo, da sviluppare nel futuro e progettare *indicatori per analizzare lo stato di salute territoriale sul lavoro* e un relativo *modello di statistiche in ottica di genere* .

Nei vari capitoli dedicati all'*approfondimento normativo*, vengono affrontate le attuali tematiche relative alla sicurezza e salute della lavoratrice, unitamente e senza prescindere da una preliminare analisi del "diritto antidiscriminatorio" uomo- donna. Le differenze di genere, per i diversi ruoli sociali rivestiti da donne e uomini, si ripercuotono sulle condizioni di lavoro e sui rischi ai quali le donne medesime sono esposte.

Vale la pena, prima di entrare nella lettura dei testi, non dare per scontato che il concetto di genere qui utilizzato sia sufficientemente conosciuto in modo condiviso.

Il genere (gender), infatti, rappresenta una costruzione culturale, un concetto - rappresentazione di comportamenti che a partire dalla dimensione biologica danno vita allo status di uomo/donna, ed è opportuno sottolineare come sesso e genere non siano due dimensioni contrapposte, ma piuttosto interdipendenti. Il genere è un costrutto culturale e si modica quotidianamente attraverso una serie di interazioni che tendono a definire le differenze tra uomini e donne. Il genere, quindi, è un carattere appreso e non innato. Il rapporto tra sesso e genere varia secondo l'epoca e la cultura come i concetti di mascolinità e femminilità, concetti dinamici da storicizzare e contestualizzare.



Metodologia e strumenti

**Parte I - SALUTE SUL LAVORO E APPROCCIO DI GENERE:
OPZIONI METODOLOGICHE ED EPISTEMOLOGICHE**

1. - SALUTE, INNOVAZIONE E COMPETITIVITÀ

1.1. - LE SFIDE

1. Sostenere il potenziale di crescita e di innovazione del sistema produttivo “in salute” attraverso l'**appropriatezza** degli strumenti e dei metodi da utilizzare nella prevenzione, nella protezione dai rischi e nelle attività finalizzate a migliorare le condizioni di salute e sicurezza di **lavoratori e lavoratrici**.
2. Fare in modo che le loro peculiari caratteristiche e le diverse condizioni di lavoro determinate dal **ruolo di genere, dall'età, dalla provenienza geografica e dalla tipologia di contratto** attraverso cui viene erogata la prestazione, divengano variabili da valorizzare e non determinanti indiretti di disuguaglianze di salute.

La prassi attuale, incentrata su un modello “neutro” è inadeguata a garantire l'applicazione delle norme e i vincoli introdotti dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i. Si tratta quindi di sviluppare competenze, prassi e strumenti che siano all'altezza delle sfide.

1.2. - I PROBLEMI

Inerzia culturale «*si è sempre fatto così*», stereotipi di genere «*le donne in azienda sono come gli uomini*», oppure «*le donne in gravidanza sono già tutelate*», non conoscenza degli strumenti «*non sappiamo cosa fare e da dove iniziare*», mancata percezione del valore della specificità di genere «*l'azienda deve essere neutra*».

Tali convinzioni contribuiscono a mantenere uno status quo culturale, gestionale e organizzativo che determina per le aziende quello che gli esperti hanno definito come “**the cost of non-equality**”², costo che, come spesso sottolinea la Commissione Europea, non ci possiamo più permettere di sostenere.

Così come non possiamo più sostenere non solo i costi della mancata prevenzione, ma anche di una prevenzione “non appropriata” ai diversi target di destinatari.

2 Secondo la **RELAZIONE DELLA COMMISSIONE AL CONSIGLIO, AL PARLAMENTO EUROPEO, AL COMITATO ECONOMICO E SOCIALE EUROPEO E AL COMITATO DELLE REGIONI Parità tra donne e uomini - 2010** le donne hanno maggiori probabilità di avere una situazione di svantaggio sul mercato del lavoro a causa di una più elevata incidenza di contratti precari, part-time involontario e un persistente divario retributivo, con ripercussioni sui loro guadagni, protezione sociale e pensioni, con conseguente aumento di rischio di tasso di povertà, soprattutto una volta in pensione. Il rischio di povertà è stata maggiore per le donne rispetto agli uomini e il divario è particolarmente elevato per le persone anziane (più per le donne rispetto gli uomini) e le famiglie monoparentali. La situazione di coloro che devono affrontare molteplici svantaggi è particolarmente difficile. Infine, le famiglie saranno più duramente colpite dalla perdita di reddito (a causa di perdite di posti di lavoro) in quei Paesi dove un modello di maschio-capofamiglia predomina ancora, sottolineando la necessità di sostenere ulteriormente il modello a doppio reddito.

1.3. - ORGANIZZAZIONI IN SALUTE E INNOVAZIONE

La prospettiva della salute organizzativa differisce da molti approcci tradizionali di riduzione dei rischi sul lavoro:

- 1) enfatizza il bisogno di focalizzarsi tanto sul benessere del lavoratore e della lavoratrice, quanto sulla prestazione finale dell'organizzazione;
- 2) riconosce che il benessere della persona e il risultato in termini di efficacia della prestazione organizzativa, sono determinati da fattori sia individuali sia organizzativi.



1.4. - LA SALUTE ORGANIZZATIVA IMPLICA UNA NOZIONE ESTESA DI EFFICACIA

L'abilità di un'organizzazione di competere con efficacia richiede creatività, innovazione e rapido adattamento alle informazioni rilevanti generate dal mercato, dalla ricerca e dalla società.

Tali capacità dipendono dall'uso e dal valore che l'organizzazione/azienda pone nella pratica, nel talento, nelle competenze e nell'esperienza delle sue risorse, donne e uomini. Le aziende di successo, quindi, sono quelle che gestiscono con efficacia la creazione, la condivisione, le abilità e le conoscenze del personale - anche attraverso mirati programmi di formazione, informazione, comunicazione e partecipazione e strumenti quali il *mentoring* - fino a tradurlo in risorsa intellettuale e in Salute in senso ampio.

1.5. - TRASFORMARE GLI OBBLIGHI IN RISORSE

È dimostrato che le organizzazioni che promuovono salute e benessere, con attenzione alle specificità maschili e femminili generano profitto e competitività.

Il principale focus è, dunque, sulla salute delle persone appartenenti al contesto organizzativo. La salute non si riferisce solo alla riduzione dei segnali di malattia o di disagio (ad esempio la classica connotazione di rimozione dei rischi), ma anche alla creazione di **Indicatori di Salute** positivi, attraverso la promozione di salute, di programmi strategici di benessere umano/organizzativo/aziendale.

1.6. - LA PROMOZIONE DELLA SALUTE SUL LUOGO DI LAVORO

Inserire la promozione della salute nei programmi di Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL) delle imprese, oltre ai comuni processi di prevenzione degli incidenti e delle malattie professionali, favorisce l'attuazione di un comportamento sano da parte dei lavoratori, soprattutto riguardo all'uso di alcool e sostanze, tabacco, allo stress e alla salute mentale, alla nutrizione, all'esercizio fisico, eccetera. Aiutare i lavoratori a gestire la propria condizione, è ormai una strategia adottata in molti Paesi con risultati positivi in termini di produttività e competitività.

Questi programmi necessitano di essere modulati e ampliati man mano che la forza lavoro invecchia.

1.7. - QUALE SALUTE

Ogni individuo, donna o uomo che sia, ha una sua personalissima percezione di benessere e di salute.

- 1. la salute è più della mera assenza di disagio e si pone su un continuum tra malattia e benessere;**
- 2. la salute è un processo che richiede attenzione;**
- 3. la salute coinvolge più attori e dimensioni correlate che lavorano in equilibrio;**
- 4. la salute può scaturire solo da relazioni positive, collaborative e partecipative.**



L'equità di genere è, quindi, un determinante fondamentale di salute. I contesti lavorativi salubri, sono quelli in cui le persone sono valorizzate, anche attraverso l'opportuna considerazione della specificità del genere di appartenenza, dell'età, della provenienza geografica e della condizione occupazionale.

L'equilibrio vita-lavoro è ugualmente una preconditione di Salute, innovazione e produttività.

2. - I VANTAGGI STRATEGICI DI UN APPROCCIO DI GENERE CHE VALORIZZA LE PECULIARITÀ INDIVIDUALI

2.1. - PECULIARITÀ INDIVIDUALI, PROMOZIONE E PROTEZIONE DELLA SALUTE IN AZIENDA

Intervenire riducendo i costi determinati dalla mancanza di eguaglianza sostanziale in termini di salute, attraverso l'approccio alla Salute e Sicurezza sul Lavoro "sensibile al genere", è una novità per il contesto italiano, in cui la gestione attiva delle differenze risulta essere ancora relativamente poco diffusa.

I fattori facilitanti per l'applicazione di tale modello, sono:

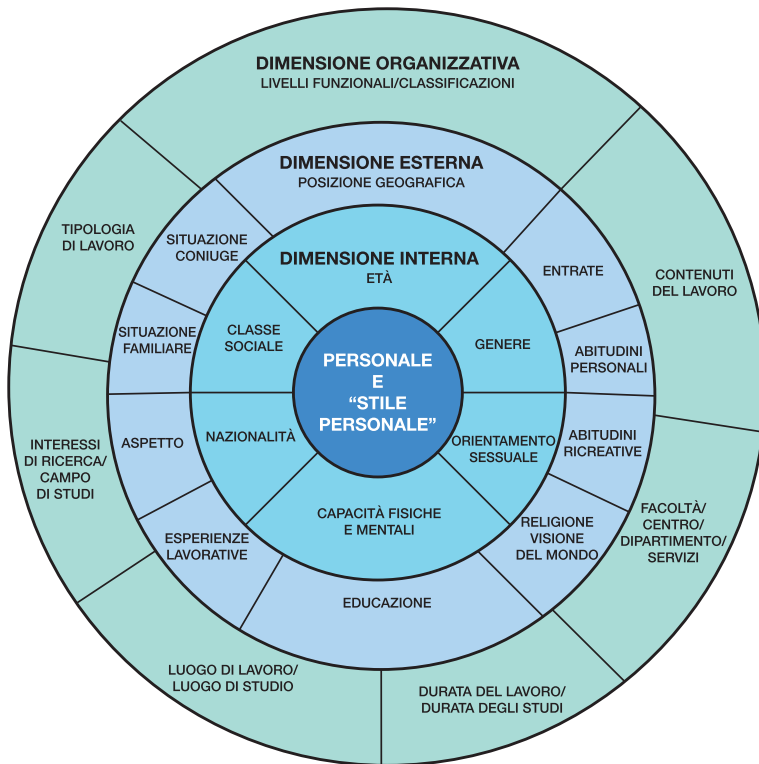
- **Attori** socio-economici e policy maker sensibili all'approccio "equo-sostenibile" del concetto di Salute introdotto dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.
- **Sostegno e/o incentivazioni** alle imprese/organizzazioni che adottano il nuovo Sistema di gestione della Salute e Sicurezza attento alle differenze di genere.
- **Promozione di ambienti favorevoli:** anche l'impresa più sensibile e "conciliante", ha necessità di operare in un contesto ambientale favorevole e di confrontarsi con il proprio sistema territoriale e produttivo per strutturare, formalizzare e promuovere queste strategie e/o percorsi virtuosi.

Lo scenario attuale della Salute e Sicurezza sul Lavoro, introdotto con la nuova impostazione delle norme in materia, sottolinea da un lato l'esistenza di peculiarità/diversità e, dall'altro, le appartenenze degli individui, donne e uomini.

Si può essere sul lavoro una infermiera, nella vita una donna, bianca, cattolica, obesa, avanti con gli anni, ed ancora italiana, toscana, madre di due figli e così via, e tutto insieme. Si può essere un elettricista, asiatico, musulmano, giovane, single.

Le appartenenze che determinano la diversità sono le stesse che determinano l'identità.

Le diversità si evidenziano maggiormente quando più persone vengono a trovarsi nello stesso contesto sociale o occupazionale. Ma la diversità nel posto di lavoro solitamente riguarda una o alcune di queste appartenenze (il genere o il colore della pelle o la nazionalità), a fronte, peraltro, di altre appartenenze comuni (di tipo professionale, di ruolo, eccetera) che emergono nel contesto sociale di convivenza.



Modello 1: Mappa delle peculiarità individuali.

Rielab. da “4 Layers of Diversity”, basato sul modello di: Capitalizing on the Power of Diversity by Lee Gardenswartz and Anita Rowe - 2003

2.2. - LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEGLI UOMINI PER IL CONSEGUIMENTO DI UNA MAGGIORE EQUITÀ TRA I GENERI

Sempre più uomini chiedono il riconoscimento sostanziale dei diritti inerenti la paternità e la cura dei propri cari.

I processi di inclusione e valorizzazione contribuiscono in modo rilevante alla riduzione delle disuguaglianze di salute e delle varie forme di discriminazione nei confronti delle donne. Il loro ruolo sociale, quando sono madri o “quando si prendono cura” di altri, viene ancora considerato come costo dalle aziende/organizzazioni e può ingenerare, appunto, discriminazioni che sempre più colpiscono anche chi, uomo o donna, punti ad assumere comportamenti orientati alla redistribuzione dei carichi nell’ambito dell’equilibrio vita-lavoro.

Un fenomeno emergente: proprio quegli uomini che scelgono di partecipare attivamente a tale redistribuzione assumendo oneri/opportunità di storica pertinenza femminile, si vedono penalizzati nella carriera o subiscono discriminazioni che un tempo colpivano le sole donne.



2.3. - L'INNOVAZIONE

L'attenzione alle peculiarità individuali è un "affare per le aziende".

Se la forza lavoro è diversificata da punti di partenza e prospettive diverse, essa può offrire alle organizzazioni una più ampia gamma di idee e intuizioni cui attingere sia nel processo decisionale e nella politica di sviluppo aziendale, che nel processo di prevenzione e rimozione dei rischi per la salute e sicurezza.

2.4. - MIGLIORE SERVIZIO AI CLIENTI/UTENTI

Diverse vulnerabilità, diverse misure di promozione della salute in azienda!

Un ambiente di lavoro che rappresenta la sua comunità lavorativa è in grado di capire i suoi clienti e offrire servizi migliori. Un ambiente di lavoro con risorse che si sentono valorizzate e tutelate nelle proprie vulnerabilità, otterrà efficienza in termini di rapporto costi/benefici, anche in riferimento alla capacità di fidelizzare la clientela.

2.5. - PRATICHE DI GESTIONE COMPETITIVE

Una politica aziendale/organizzativa della Salute e Sicurezza sul Lavoro attenta alle peculiarità individuali è il primo passo per essere competitivi sul mercato.

Le imprese e le organizzazioni che valorizzano le peculiarità dei dipendenti sviluppano produttività e senso di appartenenza all'azienda, diventano più "appetibili" sul mercato e sono maggiormente in grado di attrarre - e trattenere - le eccellenze professionali. Questo determina risparmi sulle voci di bilancio che incidono sulle spese di formazione e gestione del personale, nonché lo sviluppo di conoscenze e competenze del proprio patrimonio aziendale. In questo modo i risparmi conseguiti possono essere investiti sull'innovazione e sulla competitività, anche nei servizi pubblici.

La gestione delle peculiarità individuali, quindi, si propone come strumento di cambiamento, da intendere e coniugare sia per la valorizzazione delle risorse interne che per il vantaggio competitivo nell'ambito del sistema economico e produttivo.

3. - DA UN RISCHIO “NEUTRO”, ALLA SALUTE IN OTTICA DI GENERE

3.1. - PERCHÉ L’ATTENZIONE AL GENERE DETERMINA VALORE PER LE IMPRESE

Proviamo ad immaginare cosa succede se spostiamo lo sguardo da una prospettiva neutra ad una di genere: “Il modo in cui il *genere* viene interpretato “in pratica”, entro un contesto lavorativo specifico, può influenzare le soluzioni che vengono proposte e realizzate per la protezione delle lavoratrici e dei lavoratori.



Mentre i *gender bias*³ sono costitutivi delle modalità con cui la conoscenza è stata prodotta, (ad esempio nella ricerca medica), nel campo della sicurezza nei luoghi di lavoro è importante incominciare a considerare i corpi diversamente sessuati e promuovere conoscenza sulle donne così come sugli uomini, **tenendo ben presente che il genere è una costruzione sociale e agisce principalmente nel modo in cui le relazioni tra donne e uomini vengono definite**”(Gherardi 2009).

3.2. - UN APPROCCIO STRATEGICO “SENSIBILE AL GENERE” DEL SISTEMA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

La scelta dell’approccio con cui disegnare e gestire la tutela della salute in azienda comporta implicazioni fondamentali per l’organizzazione pubblica e privata e la posiziona implicitamente sul mercato, definendo a cascata opzioni strategiche e operative.



3 il bias è definito come “preferenza o inclinazione che inibisce l’imparzialità, il pregiudizio” (American Heritage Dictionary, 1983)

Evoluzione dell'approccio al Sistema Salute e Sicurezza sul lavoro

L'approccio legato all'adempimento: la sola redazione del documento di valutazione dei rischi (DVR), ovvero il rispetto formale della norma *mette al sicuro dalle sanzioni ma non garantisce la messa in sicurezza della salute.*

L'approccio strategico classico: un progetto di miglioramento continuo delle condizioni di lavoro per raggiungere quello stato di benessere psico-fisico e sociale auspicato, entro cui collocare la stima dei rischi e la pianificazione per ridurli. Questo secondo approccio, per essere realmente efficace e aderente allo spirito della norma, deve essere **fondato sull'appropriatezza e sull'equità** ed evolvere **nell'approccio "sensibile al genere"**.

Approccio sensibile al genere: fondato **sull'appropriatezza e sull'equità**, esso è caratterizzato dall'adozione di un set di strumenti miranti a promuovere una dinamica partecipativa e di empowerment diffuso, soddisfacendo gli obblighi di legge. Tali strumenti permettono di promuovere e garantire la salute e la sicurezza anche in relazione al fatto che "i lavoratori" possano essere provenienti o no da altri Paesi, siano giovani o anziani, lavorino con contratti precari o a tempo indeterminato e che, in ogni caso, **essi non possano che essere donne o uomini.**

3.3. - DA ADEMPIMENTO A PROCESSO DI CREAZIONE DI CONOSCENZA CONDIVISA

La nuova strada che le imprese e le organizzazioni devono percorrere è, quindi, quella della *"manutenzione della salute e gestione della sicurezza attenta alle peculiarità individuali e dei gruppi target*, attraverso un dinamico adattamento organizzativo e strutturale, una pianificazione della politica aziendale di salute e sicurezza coniugata entro la pianificazione del sistema produttivo. La maggior parte degli infortuni e delle



malattie professionali sono il risultato di carenze nella gestione e nell'organizzazione del lavoro, di errori nella fase di programmazione, della scarsa attenzione dei vertici aziendali e della insufficiente formazione ed addestramento dei lavoratori e lavoratrici e dei professionisti del sistema Salute e Sicurezza nel Lavoro (SSL).

3.4. - VARIABILI DI GENERE, DOVE E PERCHÉ

- Le donne e gli uomini sono spesso **concentrati in determinate attività professionali o in diversi ruoli** e si trovano pertanto ad affrontare pericoli specifici riferiti a tali ambiti;
- le donne e gli uomini sono **fisicamente diversi**, non solo nella sfera riproduttiva: hanno condizioni di partenza, percezioni, stati di vulnerabilità differenti a causa della posizione relativa dei due generi nella società;
- le donne e gli uomini hanno differenti carichi **in ambito familiare**: le donne che svolgono una professione possono avere di fatto una duplice occupazione, sul posto di lavoro e a casa.
- Donne e uomini possono avere **percezioni diverse di salute e di pericolo**, diverse forme di vulnerabilità ed esiti di salute.

È quindi importante riconoscere tali differenze e adottare un approccio “sensibile alla dimensione di genere” rispetto alla salute e sicurezza sul lavoro.

È intuitivo comprendere quello che innumerevoli ricerche e studi recenti e passati, hanno permesso di documentare, ovvero come i fenomeni di **discriminazione** basati sul sesso, il **mobbing strategico di genere**, le **molestie sessuali** (aventi sovente denominatori comuni) influiscono in modo determinante sulla rottura dell’equilibrio psicofisico, minando l’integrità individuale e sociale delle persone esposte. Il miglioramento della salute e della sicurezza sul lavoro, nonché della qualità della vita lavorativa delle donne non può, quindi, essere considerato separatamente dalle problematiche di più ampio contesto della discriminazione sul lavoro e nella società.

È fondamentale che le attività relative alla Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL) siano correlate, quindi, agli interventi volti alla realizzazione dell’equità di genere, e che vengano valutati gli impatti sulla salute attenta alle differenze in tutte le iniziative e politiche aziendali.

Le donne sono ancora sottorappresentate nel processo decisionale riguardante la Salute e Sicurezza nel Lavoro (SSL) improntato su un modello tecnicistico molto “al maschile”, mentre il loro coinvolgimento diretto permetterebbe di valorizzare le loro opinioni, le loro esperienze e di mettere a frutto la conoscenza e le capacità “al femminile” nel formulare e attuare le strategie di promozione della salute nei luoghi di lavoro e nel sistema SSL.

Condizioni di salute precarie sono spesso, infatti, correlate a condizioni lavorative precarie e/o scarsamente tutelate, a condizioni materiali di vita mediocri, a un ricorso ridotto ai servizi di cura e anche a un carico elevato di lavoro di cura altrui (Pinnelli, Racioppi, Terzera, 2007)

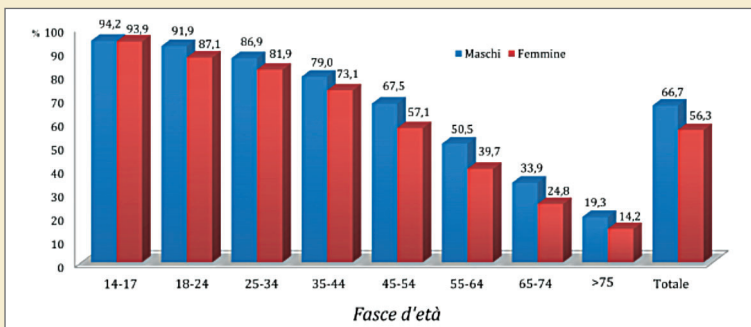


L'approfondimento - Quanto è soggettiva la percezione dell'essere in salute?

È noto che le percezioni di salute e i dati epidemiologici evidenziano differenze tra donne e uomini: gli uomini si ammalano di più, ma le donne percepiscono una salute peggiore.

Dai dati raccolti a livello europeo le donne lamentano più degli uomini di “soffrire” i tempi, la ridotta autonomia, la scarsa sicurezza del posto di lavoro, il clima, gli stipendi più bassi, i compiti assegnati e le limitazioni agli sviluppi di carriera. Ancora le donne sono le più colpite dalla violenza e dalle molestie sessuali e hanno maggiori difficoltà a gestire un buon equilibrio tra vita privata e lavorativa.

Figura 1 - Salute percepita in Italia. Proporzioni di persone che hanno dichiarato di sentirsi bene o molto bene per età e sesso - Anni 2004-2005



FONTE: Istat. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2004-2005.

Le rappresentazioni sociali di salute, malattia e cura, intese come modalità di pensiero pratico orientate verso la comunicazione, la comprensione e il dominio dell'ambiente sociale, materiale e ideale, presentano una eterogeneità di significati attribuiti alla salute e al disagio, nonché al senso della prevenzione e alle varie percezioni del rischio.

I termini inglesi ci aiutano a capire meglio: il caso classico di malattia è quello in cui una persona si sente male (*ill*), il medico certifica la sua malattia (*disease*) e la società gli attribuisce l'etichetta di malato (*sick*). Quindi, possiamo affermare che il malato attraverso l'*illness* attribuisce un senso al proprio malessere, con il *disease* può avere accesso alle cure mediche e la *sickness* gli permette di assentarsi o no dal lavoro.



L'approfondimento - Gli effetti del lavoro sulla salute sono diversi tra donne e uomini?

Gli effetti del lavoro sulla salute possono essere diversi per donne e uomini. Tali differenze sono dovute a specificità biologiche, a diverse percezioni della salute/malattia, al contesto sociale e organizzativo. Talvolta la lettura dei dati può risultare inadeguata a descrivere la reale situazione di donne e uomini se le modalità di analisi, non fondate su indicatori adeguati dal punto di vista del genere, “nascondono” informazioni preziose.

Toscana: tasso infurtuni per provincia M/F 2006-2008

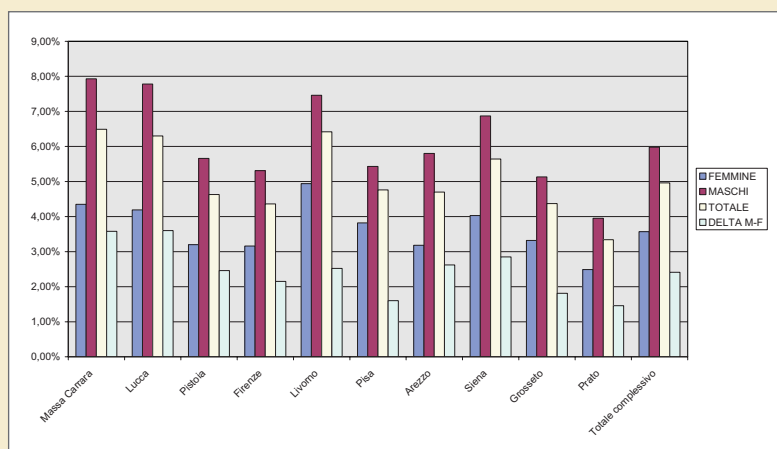


Figura 2 - Elaborazione su dati INAIL Toscana 2006-2008⁴

Il dato complessivo (considerato il totale degli infurtuni), è rappresentato nel triennio da un rapporto di circa 2 (infurtuni maschili): 1 (infortunio femminile), con percentuali sul totale degli infurtuni di 30,6% (di donne) 69,4% (di uomini).

Se però analizziamo le percentuali di infurtuni femminili su donne occupate e di infurtuni maschili su uomini occupati, il tasso medio (U+D) è di 4,96% ma il gap medio U/D, ovvero di donne che si infurtunano meno degli uomini, è solo del 2,41%, con una forbice che va da 3,58% a 1,46% nelle diverse province.

⁴ il tasso di infurtuni è calcolato, come specificato nella nota metodologica del volume 2

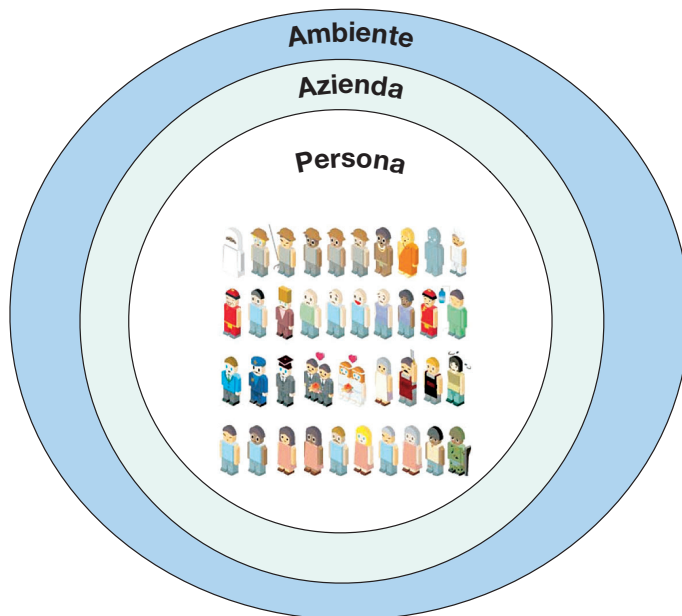
4. - OPZIONI METODOLOGICHE ED EPISTEMOLOGICHE

4.1. - DISEGUAGLIANZE DI SALUTE E SSL: UN APPROCCIO DI GENERE

Le diseguaglianze basate sul genere, secondo l'Organizzazione Mondiale della Salute, *danneggiano la salute fisica e mentale di migliaia di ragazze e donne così come di uomini e ragazzi*, anche quando le misure di prevenzione e protezione della salute non tengono conto in modo appropriato della suscettibilità legata a variabili che differiscono dal presunto *neutro maschile*.

Quindi, benché le condizioni *diseguali di potere*, che determinano *diseguaglianze* di salute, portino vantaggi tangibili a chi è fruitore di una maggior quantità di risorse, tali iniquità si trasformano in un insostenibile *costo economico e sociale* per tutti. Intraprendere azioni per migliorare l'equità di genere nella salute sul lavoro è un modo diretto ed efficace per ridurre le disuguaglianze organizzative/sociali e garantire, al contempo, un uso efficiente delle risorse.

L'obiettivo prioritario è, quindi, la garanzia di equità nel diritto alla salute per le donne e gli uomini, a sua volta determinato dall'equità nell'accesso e controllo sulle risorse e dall'equità di opportunità nell'esercitare un'influenza politica ed economica.



Modello 2: Macro sistema dei fattori determinanti gli esiti di salute

Alcune differenze tra uomini e donne risultano essere rilevanti sia per la ricerca e sia per la pratica di salute e sicurezza:

Differenze biologiche (sessuali) dal punto di vista dell'apparato riproduttivo e della fisiologia (in particolare genetiche e ormonali);

Differenze socio-ambientali (di genere), dal punto di vista della percezione e dell'ambiente sociale circostante (fattori "contestuali").

Tali differenze, a loro volta, possono essere classificate all'interno di specifiche dimensioni:

esposizione a rischi lavorativi, ambientali, organizzativi (a causa della divisione sessuale del lavoro e assegnazioni di compiti o alle differenze di genere nei metodi di lavoro, ecc.)

effetti sulla salute (differenze di genere negli effetti sulla salute a causa delle specificità biologiche, dei sintomi, delle manifestazioni delle malattie, del contesto sociale, della scelta degli indicatori, ecc);

capacità di lavoro (formazione adeguata o meno alla situazione lavorativa e alle caratteristiche psico-fisiche delle donne e degli uomini, ecc.);

relazioni di genere tra lavoro e vita familiare/sociale.

Non si tratta di un punto di vista ma di **evidenze** che chiamano in causa meccanismi, processi e azioni che possono essere adottate per contrastare le disuguaglianze di genere nella salute sul lavoro:

I fattori che influenzano la condizione occupazionale delle donne e degli uomini.

I differenziali U/D nell'esposizione ai fattori che danneggiano la salute.

La vulnerabilità individuale o di gruppi di popolazione che porta a risultati di salute iniqui.

Le conseguenze diverse economiche e sociali della malattia e del bisogno di salute.

Il grado di attenzione al genere nel Sistema SSL e nella ricerca.

4.1.1. - Macro-analisi delle interazioni di genere

Prima di affrontare un'analisi che giunga ad individuare le specifiche variabili di genere da tenere in considerazione per tutelare in modo sostanziale la salute di donne e uomini, occorre considerare, a partire da ipotesi conoscitive plausibili, le interazioni tra le dimensioni entro cui possono essere racchiuse le differenze stesse e i fattori che influenzano il possibile determinarsi di disuguaglianze di salute tra donne e uomini.

Il modello di correlazione potrebbe essere rappresentato secondo lo schema di seguito riportato, tenendo presente che le interrelazioni presentano, a seconda dei casi, diversi livelli di rilevanza e che si può scegliere, di volta in volta, quali diverse variabili correlare per approfondire specifici fenomeni:

	esposizione	effetti sulla salute	capacità di lavoro	lavoro/famiglia
I fattori che influenzano la condizione occupazionale delle donne e degli uomini.	x	x	x	x
I differenziali U/D nell'esposizione ai fattori che danneggiano la salute.	x	x	x	x
La vulnerabilità individuale o di gruppi di popolazione che porta a risultati di salute iniqui.		x	x	x
Le conseguenze diverse economiche e sociali della malattia e del bisogno di salute.		x	x	
Il grado di attenzione al genere nel Sistema SSL e nella ricerca.	x	x	x	x

Modello 3: Matrice di macro analisi delle interrelazioni di genere (esempi di macro correlazioni)

Occorre considerare che esiste una forte interazione tra fattori socio economici macro, caratteristiche del Mercato del Lavoro territoriale (meso) e situazione contingente aziendale-organizzativa (micro) nel produrre esiti di salute diversi per **donne e uomini**.

A partire da tale modalità di analisi potremo osservare e valutare la realtà lavorativa, sempre tenendo presente come le affermazioni di seguito elencate rappresentino fenomeni noti e supportati da una enorme mole di dati e studi nazionali ed internazionali, ma talvolta difficili da cogliere senza un'osservazione attenta e competente:

- Uomini e donne non sono distribuiti uniformemente tra i settori di occupazione, le professioni, i ruoli organizzativi e le posizioni gerarchiche.
- Uomini e donne che occupano lo stesso ruolo organizzativo, hanno spesso un tipo di attività diversa.
- Uomini e donne che occupano lo stesso ruolo organizzativo (stesse responsabilità), possono assumere diverse modalità di lavoro e interpretazioni del ruolo.
- Uomini e donne che occupano lo stesso ruolo organizzativo, possono avere diverse esigenze a causa di aspettative sociali (ad esempio, le aspettative che gli uomini accettino incarichi pericolosi o che le donne non abbiano abbastanza polso per coordinare un gruppo di tecnici).
- Uomini e donne che occupano lo stesso ruolo organizzativo possono subire in forme diverse basate sul genere, discriminazioni, molestie o intimidazioni sul posto di lavoro.
- Uomini e donne che occupano lo stesso ruolo organizzativo, possono avere diverse esigenze a causa delle interazioni tra compito e singole caratteristiche antropometriche, che differiscono, in media, tra i sessi; diversi carichi extra-professionali (ad esempio, variazione non previste di orario di lavoro che interagisce con la cura dei bambini).
- Opportunità di sviluppo professionale e di formazione possono variare a seconda del genere, sulla base di stereotipi sessisti di chi definisce gli incarichi e le politiche di sviluppo professionali, situazioni specifiche legate al genere di appartenenza o per diversi punti di vista di donne e uomini associati all'importanza dell'avanzamento di carriera.
- Effetti del lavoro sulla salute possono essere riconosciuti ed espressi più facilmente in un genere o nell'altro a causa delle rappresentazioni sociali.
- Uomini e donne che occupano lo stesso ruolo organizzativo con responsabilità simili, possono avere effetti sulla salute diversi sia sul breve che sul lungo termine ed avere "effetti differenti di invecchiamento".

Rielaborazione da: IEA technical committee on Gender and Work, 2006

4.1.2. - Fattori che causano diseguaglianze di genere nella salute in azienda/organizzazione

Le scelte organizzative e gestionali non sono mai “neutre” e quando lo sono intenzionalmente - intervenendo sulle politiche del personale e sulle scelte di salute e sicurezza, senza considerare le peculiarità di donne e uomini - possono produrre effetti indesiderati e non previsti. Tali scelte possono quindi rappresentare fattori che finiscono per causare diseguaglianze di salute.



I fattori che dovrebbero essere presi in considerazione ed eventualmente verificati sono i seguenti:

Politiche del personale non basate sulla valorizzazione delle peculiarità individuali: talenti, difficoltà, età, stato di salute, stato di migrante, grado di tutela contrattuale, orientamento sessuale, ecc., (come nell’approccio *diversity management*), connotate per genere di appartenenza;

Classe occupazionale, professionale, ruolo nell’organizzazione non adeguati in termini di equità di opportunità tra donne e uomini.

Limiti alla carriera basati sul sesso.⁵

Livello di istruzione e formazione non coerenti con la condizione occupazionale.⁶

Discriminazioni e comportamenti organizzativi sessisti, a partire dalle discriminazioni legate alla maternità.

Gap di genere nel salario e livello di reddito complessivo.⁷

⁵ Nel nostro Paese le dirigenti sono solo l’11,9% sul totale. La media europea è del 33%.

⁶ Nonostante il 58% dei laureati in Italia siano donne, queste fanno meno carriera degli uomini

⁷ In Italia una donna guadagna in media tra il 22,8% (retribuzione annua lorda) e il 25,2% (retribuzione globale annua con parte variabile) in meno di un uomo.

Impossibilità di conciliare lavoro e carichi di cura per le donne e di ridistribuire gli stessi tra donne e uomini.

Discriminazioni multiple basate sull'età, lo stato di migrante, la tipologia contrattuale, lo stato di salute di donne e uomini.

Dispositivi di prevenzione e protezione non pensati e calibrati per le donne e/o per le diverse corporature e caratteristiche anatomiche e abitudini potenzialmente diverse tra i sessi.

Modalità di valutazione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro non adeguati dal punto di vista metodologico e scientifico a rilevare le variabili in termini di vulnerabilità uomo-donna e che non tengono conto delle percezioni diverse di salute e degli esiti.

Prevenzione e sorveglianza sanitaria che non tiene conto delle evidenze scientifiche acquisite dalla medicina di genere.

4.1.3. - Determinanti di salute e peculiarità individuali

Sulla base di modelli validati e riportati in bibliografia, viene proposto un quadro dinamico di determinanti della salute che comprende sia il sesso che il genere e sottolinea l'intersezione di più fattori distinguendo determinanti a livello **macro**, **meso**, e **micro**.

Livello macro, o determinanti fondamentali, fanno riferimento alla primaria importanza di alcuni fattori nel plasmare gli esiti di salute: questi includono il sesso, la classe sociale, la razza/etnia, lo status di immigrato, la posizione geografica e l'età.

Livello meso. I determinanti si riferiscono principalmente alla disponibilità di risorse essenziali come l'**occupazione**, l'istruzione e la formazione, i servizi di cura, i quartieri sicuri, i mezzi di trasporto e i servizi sanitari.

I determinanti di **livello micro** si riferiscono a comportamenti come il fumo, la dieta, l'esercizio fisico, i comportamenti sicuri o no.

In questo modello, si pensa che le variabili a livello macro e meso possano interagire nel plasmare i comportamenti individuali, e in ultima analisi, determinare così le conseguenze per la salute.



Modello 4: Rielab. Da G. Dahlgren, M. Whitehead, 1992, Ploicies and strategies to promote social equity and health. Copenhagen: World Health Organization

I determinanti della salute sono il punto da cui partire, per un percorso logico che sia capace di individuare i fattori che contribuiscono attivamente alla costruzione della equità sociale e di salute della persona. Persona intesa come soggetto di interesse, portatore di specificità, classificabili ed inseribili all'interno di un processo di salute ed equità.

Partendo da questo quadro, la Salute e Sicurezza sul Lavoro è anch'essa inserita all'interno di uno schema generale che interessa, oltre alla macro area sociale, economica, normativa e politica, anche alla persona, non classificabile come soggetto neutro, "esterno", impermeabile e immobile.

Un approccio basato sui determinanti della salute, attraverso il riconoscimento di molteplici fattori dinamici che influenzano la salute degli individui è un obiettivo primario simile a quello di un approccio basato sull'intersectionality: l'inclusione di persone/problemi/bisogni precedentemente ignorati ed esclusi nella valutazione dei rischi.



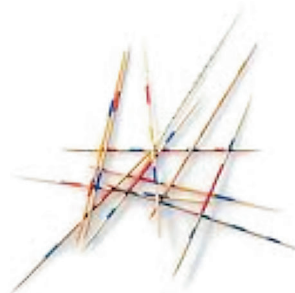
Come metodo di analisi, l'intersectionality può empiricamente esaminare le conseguenze sulle persone delle interazioni tra forme diverse di disuguaglianze.

4.1.4. - Intersectionality: implicazioni della Teoria della complessità per l'analisi di più categorie di disuguaglianze sociali che si intersecano

L'Unione Europea si sta orientando, a partire dal concetto di disuguaglianza di genere, verso politiche che affrontino le disuguaglianze multiple. Sulla base di un confronto tra gruppi specifici di disuguaglianze (di classe, razza/etnia, genere), ha assunto un approccio proprio dell'intersectionality.

L'intersectionality è riconosciuta come un paradigma di ricerca che si basa su una serie di ipotesi di base riguardo alla natura simultanea di più categorie a più livelli.

Fondamentale è l'idea che diverse dimensioni della vita sociale non possano essere separate in segmenti completamente isolati e discrezionali e che nessuna categoria di identità sociale è necessariamente più importante di un'altra. In linea di principio, non c'è uno schema pre-determinato o pre-gerarchico tra le categorie. Non c'è il genere prima, poi l'etnia, o il contrario, l'etnia prima, poi il genere.



	Sesso	Status occupazionale	Reddito	Carichi di cura	Provenienza geografica	Età	Mansione
Sesso							
Status occupazionale							
Reddito							
Carichi di cura							
Provenienza geografica							
Età							
Mansione							

Modello 5: esempio di analisi a matrice basata sull'intersectionality

Un'analisi basata sull'intersectionality, quindi, non intende semplicemente aggiungere una categoria ad un'altra (ad esempio sesso, razza, classe, età), ma si sforza invece di capire che cosa avviene nell'intersezione di due o più categorie.

Così facendo, si riconosce la natura multidimensionale e relazionale dei luoghi sociali e del vissuto di esperienze diverse in una sola unità di analisi. In questo modo, l'intersectionality cattura diversi livelli di differenza. In particolare, rivela come si intersecano le forme di discriminazione e di disuguaglianza nel creare opportunità e benefici sociali e materiali per coloro "che godono di status culturalmente rilevante: essere italiano, essere uomo, essere eterosessuale o di status di classe superiore".



Poiché l'intersectionality riconosce costrutti relazionali di disuguaglianza sociale, è uno strumento efficace per l'esame di come le relazioni diseguali sono mantenute e riprodotte.

Lo sviluppo della metodologia permette di aprire nuovi spazi di conoscenza e di ricerca e ha il potenziale per portare ad una innovazione teorica e metodologica nella ricerca sulla salute delle donne e nella politica basata sull'innovazione, pur contenendo non pochi dilemmi e difficoltà di ordine metodologico.

La scelta di questa posizione epistemologica è volto a mostrare come le relazioni sociali siano 'gendered' e come il genere si evidenzi come un processo, correlato ad altri processi.

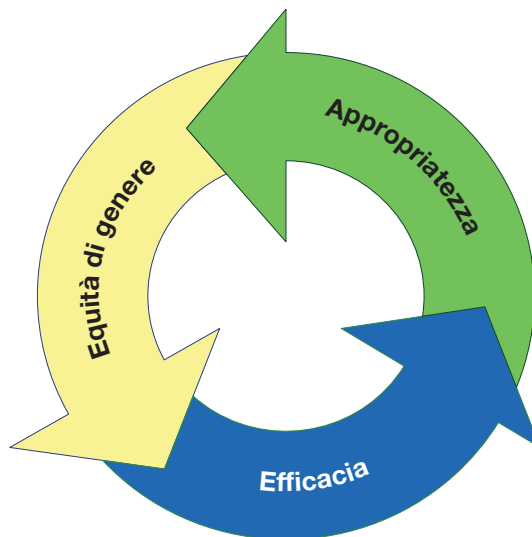
4.2. - DAL METODO ALLE APPLICAZIONI PRATICHE

Il passaggio dall'impostazione metodologica agli strumenti e dalla ricerca all'azione pratica, rappresenta il momento cruciale in cui la volontà di azione, la sostenibilità e validità del metodo e le competenze del sistema vengono messi alla prova.

La prima necessità è quella di individuare strade realmente percorribili e coerenti sia con i fattori di coerenza normativa che con la prospettiva epistemologica assunta in partenza.

La percorribilità e la coerenza richiamano la effettiva sostenibilità di un modello di azione dotato di strumenti e di modalità pratiche di misurazione della situazione di partenza e dei diversi step evolutivi in termini di capacità di adeguamento del **Sistema di salute e sicurezza** ad una **prospettiva di genere**.

Un Sistema SSL che evolve in termini di capacità di produrre salute e ridurre i rischi per donne e uomini tenendo conto delle loro peculiarità anche di genere, non può che essere "misurato" attraverso una gamma di parametri essenziali e significativi:



Modello 6: Gamma dei parametri per "misurare" un Sistema SSL in ottica di genere

Efficacia: è la misura di quanto le azioni intraprese siano orientate o abbiano già prodotto effetti di salute e sicurezza individuale ed organizzativa, coniugata con produttività, innovazione e sostenibilità aziendale.

Appropriatezza: è la misura di quanto e come l'azienda sia orientata a o abbia già prese in considerazione le peculiarità individuali e le differenze tra donne e uomini, adottando una prospettiva di genere; le norme siano state rispettate sul piano sostanziale e siano state messe le premesse formali e metodologiche per produrre effetti di salute e sicurezza.

Equità di genere: è la misura di quanto le variabili organizzative abbiano prodotto effetti di equità tra donne e uomini con diverse peculiarità individuali e diversi gradi di vulnerabilità, riducendo le disuguaglianze di salute.

4.2.1. - L' appropriatezza nella prevenzione e nella valutazione dei rischi

Quando non ci sono sufficienti livelli di accordo e certezza su quali siano le variabili di genere da tenere in considerazione, emerge quella che possiamo definire variabilità che è, ovviamente, fonte di incertezza tecnica e imprevedibilità e determina difficoltà nel programmare, nello standardizzare e nel mettere sotto controllo le attività e le prestazioni delle organizzazioni e dei professionisti del sistema SSL.

La variabilità è strettamente collegata con l'appropriatezza e va esplorata e misurata per verificare se porta o no dei vantaggi, in ambiti quali:

Esiti (in termini di efficacia)

Processi

Efficienza

Equità

Uno dei più difficili compiti del Sistema SSL è bilanciare in termini di equità (tra donne e uomini, e non solo) gli interventi di prevenzione, rimozione dei rischi e promozione della salute, allocando le scarse risorse mediante l'analisi **costo-opportunità**, secondo un criterio di *efficacia*.

L'intervenire per perseguire *l'equità di genere* nella salute richiede **appropriatezza**, ovvero il comportamento ideale per far bene la cosa giusta (con risultati di *equità ed efficacia*):

nel modo appropriato, in ottica di genere

nel momento adatto, ovvero prima che sia troppo tardi

da parte del professionista capace di applicare l'ottica di genere alla SSL

nella dimensione organizzativa più efficiente, innovativa

al costo sostenibile, con un beneficio atteso nettamente superiore all'investimento

4.2.2. - Gli strumenti dell'appropriatezza

Promuovere l'appropriatezza è un processo complesso che si avvale di approcci diversi e in parte sovrapponibili, rivolti principalmente verso l'individuo, l'organizzazione o il contesto sociale.

Nel loro insieme sono tutti correlati e interagenti tra loro, anche se possono essere distinti in:

strumenti volti a promuovere soprattutto l'appropriatezza professionale;

strumenti volti a promuovere l'appropriatezza organizzativa;

strumenti volti a promuovere la capacità del sistema di generare appropriatezza dei comportamenti organizzativi e professionali.

Tra gli strumenti particolarmente utilizzabili per promuovere lo sviluppo dell'appropriatezza professionale in una prospettiva di genere figurano in particolare:

La ricerca delle prove di efficacia e degli studi scientifici gender- based;

La valutazione delle tecnologie e delle prassi organizzative appropriate;

La gestione del rischio tenendo conto delle peculiarità individuali;

I percorsi di prevenzione e rimozione dei rischi in una prospettiva di genere;

L'audit realizzato da professionisti formati in una ottica di genere;

La formazione continua in ottica di genere;

Il miglioramento continuo della qualità;

Valutazione dei risultati ed esiti.



Tra gli strumenti volti a promuovere soprattutto l'appropriatezza organizzativa possono figurare:

coinvolgimento dei lavoratori e delle lavoratrici nelle decisioni;

assegnazione equa di risorse, obiettivi e responsabilità a donne e uomini;

adozione di sistemi di controllo correlati a incentivi e sanzioni;

indicatori di performance e benchmarking;

sistemi esterni di valutazione della qualità.

4.2.3. - Indice per l'“Auditing di Efficacia, Appropriately ed Equità di Genere© del Sistema SSL aziendale/organizzativo”

Alla base di ogni analisi organizzativa sta l'identificazione degli ambiti di indagine, spesso riferiti a concetti complessi e quindi di difficile rilevazione diretta. Si pensi a concetti generali come “qualità del lavoro”, “sviluppo delle competenze”, “benessere organizzativo” “efficacia dei processi formativi”. La loro complessità e multidimensionalità, rende necessario fare ricorso a proprietà specifiche la cui rilevazione sia effettivamente praticabile, cioè a caratteristiche dell'unità di analisi, sia quantitative che qualitative.



Gestire la qualità del lavoro, ovvero la salute di una azienda, significa gestire i processi, essere capaci di individuare ed utilizzare strumenti adeguati e funzionali, produrre analisi che consentano di prevedere gli effetti di quei processi strategici per l'azienda. Significa aumentare continuamente l'efficacia aziendale/organizzativa, attraverso scelte efficienti.

Il modello di self-auditing aziendale/organizzativa qui proposto, sostiene un approccio di genere alla salute e sicurezza come un modo per migliorare la prevenzione sia per le donne che gli uomini e far sì che tutti siano uniformemente protetti.

Le tre dimensioni individuate rappresentano la modalità più idonea di affrontare la Salute aziendale/organizzativa: *efficacia, appropriatezza ed equità*, sono, quindi, gli assiomi della salute aziendale, definibili attraverso dati oggettivi: numeri, statistiche, evidenze delle azioni intraprese e relative conseguenze, risultati quantificabili e confrontabili.

Dalla scelta di tali dimensioni si è avviata la procedura di indicizzazione del concetto “salute aziendale”, al fine di offrire uno strumento di:

- 1. auto posizionamento** rispetto alla capacità, propria delle *Aziende in Salute*, di crescere producendo innovazione. Misurare il grado di aderenza alle tre dimensioni **EFFICACIA, APPROPRIATEZZA E EQUITÀ' DI GENERE**, permette alle aziende/organizzazioni di **auto-valutarsi** attraverso un modello validato e condiviso sia a livello scientifico che istituzionale, in una prospettiva internazionale.

2. Riconoscibilità all'esterno e da parte delle istituzioni che vogliano orientare gli strumenti e le risorse di sostegno alle aziende, a partire dagli incentivi, secondo finalità specifiche e definite, dove **il self-auditing (l'auto-valutazione)** mira a evidenziare il corretto andamento dell'attuazione dei comportamenti virtuosi e di eccellenza.

Le aziende/organizzazioni che decideranno di utilizzare in auto-somministrazione gli strumenti finalizzati al self-auditing potranno verificare, prima di tutto, se vengono soddisfatti i requisiti minimi di adeguatezza all'approccio di Salute e Sicurezza sensibile al genere. Tali requisiti minimi riguardano l'assenza di condizioni che possano produrre effetti (pur anche non previsti) di discriminazione e di mancanza di equità su base di genere.

Quelle organizzazioni che avranno soddisfatto tali requisiti minimi, potranno ottenere un posizionamento che è rappresentato da tre diversi livelli: **buona, virtuosa, eccellente.**



Modello 7: Posizionamento aziende rispetto all'auto-valutazione "EAGE©"

4.2.4. - Obiettivi strategici per le aziende/organizzazioni virtuose ed eccellenti

- Individuare le lacune negli accordi di lavoro, politiche e procedure che con scelte di tipo apparentemente "neutro" possono produrre effetti indesiderati di non equità tra donne e uomini.
- Evidenziare modi per migliorare le indagini, la valutazione del rischio e la formazione in ottica di genere.
- Migliorare le informazioni raccolte sulle esperienze negative di lavoro di uomini e donne.

- Rivedere e migliorare il monitoraggio e la raccolta dati / informazioni sulla salute e sicurezza in ottica di genere.
- Migliorare il riconoscimento e la comprensione dei problemi e dei rischi che affrontano le donne e gli uomini sul posto di lavoro.
- Coinvolgere più donne nella consultazione nelle decisioni in materia di salute e della sicurezza.
- Assicurarsi che tutti gli accordi e le politiche di salute e sicurezza tengano conto delle pratiche di genere.
- Rendere il lavoro migliore per tutti i lavoratori, tenendo conto delle peculiarità individuali a partire dal genere di appartenenza.
- Attivare processi di informazione e comunicazione sulla base del “modello inferenziale” - di seguito approfondito - per garantire coinvolgimento e partecipazione dei lavoratori e in particolare delle lavoratrici sul Sistema Salute e sicurezza organizzativo/aziendale.



Benchmarking

BUONE PRATICHE EUROPEE: IL CASO SVIZZERO

Le aziende che si adoperano a promuovere la salute sul posto di lavoro possono candidarsi per ricevere diversi premi e riconoscimenti:

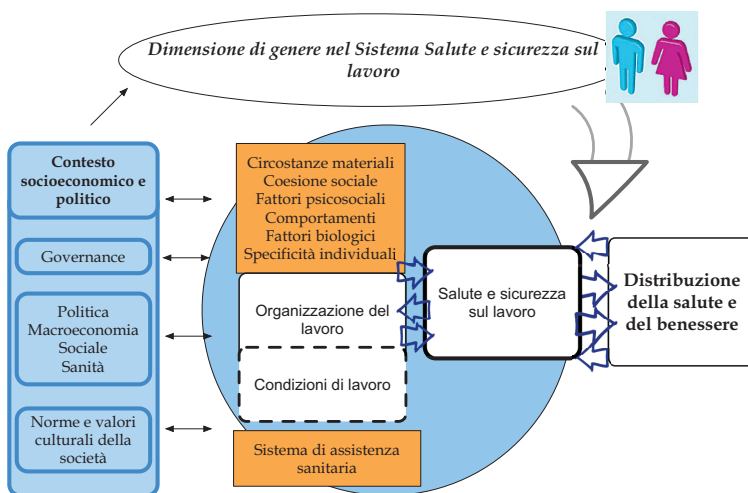
- La Sezione svizzera dell'Associazione europea per la promozione della salute «AEPS», Promozione Salute Svizzera e la Suva conferiscono il premio «Salute in azienda 2009» alle aziende che adottano misure esemplari nel campo della promozione della salute o della prevenzione. Si possono candidare aziende, amministrazioni o altre istituzioni. Il valore complessivo del premio ammonta a diverse migliaia di franchi.
www.aeps-ch.org
- La fondazione Generationplus, che sostiene progetti innovativi intesi a migliorare la qualità di vita delle persone anziane, conferisce il premio Eulen-

Award 2011 del valore di 25000 franchi. Il premio viene attribuito a progetti di promozione della salute e di riorientamento professionale dopo i 50 anni.
<http://stiftung-generationplus.ch>

- AARP International Innovative Employer Award: Questo riconoscimento viene conferito ai datori di lavoro che operano al di fuori degli Stati Uniti e che hanno realizzato dei progetti innovativi destinati ai lavoratori che hanno superato i 50 anni di età nei seguenti settori: promozione della salute, apprendimento continuo, orari di lavoro flessibili, diversity management e reclutamento.
www.aarp.org/money/work/best_employers
- Le aziende che non solo si adoperano a favore della salute dei singoli collaboratori, ma che creano delle condizioni quadro favorevoli alla salute e che considerano la gestione della salute un elemento integrante della loro cultura aziendale possono fregiarsi del label «Friendly Work Space®». Promozione Salute Svizzera valuta se i candidati al label soddisfano i criteri per il suo ottenimento.
- Il premio Swiss HR-Award viene conferito annualmente dalla rivista specializzata HR Today in collaborazione con gli organizzatori della Personal Swiss e la spring Messe Management GmbH. La valutazione per lo Swiss HR-Award si basa sul criterio della Best Practice in Human Resource Management e prende in considerazione i programmi di promozione della salute in azienda.
- Dal 2005 Artisans conferisce, una volta all'anno, l'Artisans-Gesundheitsförderungspreis (premio per la promozione della salute) ad un'azienda assicurata presso Helsana che si è distinta per la realizzazione di soluzioni durevoli nel settore della promozione della salute in azienda. Si tratta di un premio in contanti del valore massimo di CHF 20'000.
- Ognuno è responsabile della propria salute. Attraverso una promozione attiva della salute e la prevenzione delle dipendenze, anche le aziende possono contribuire a migliorare il benessere fisico e l'atteggiamento verso il lavoro dei dipendenti. Non solo, in questo modo si riducono anche le assenze. Le società pubbliche e private che promuovono in modo esemplare la salute dei loro dipendenti vengono premiate con il Zürcher Preis für Gesundheitsförderung im Betrieb (premio della città di Zurigo per la promozione della salute in azienda).
- Percorrere il tragitto casa-lavoro in bicicletta, inserire una pausa quotidiana dedicata al fitness oppure la sessione settimanale di walking: l'esercizio fisico e la promozione dell'attività fisica in azienda sono dei fattori di successo in quanto creano le premesse per migliorare la salute e il benessere fisico dei singoli collaboratori. Il concorso "Bewegung ist möglich", lanciato dalla Suva nel novembre del 2008, ha permesso di individuare numerosi modelli di buona prassi.

- Pro Velo Suisse organizza, con il sostegno della CSS Assicurazione e della Posta, un'azione alla quale sono invitate a partecipare le aziende e i loro collaboratori. Chi percorre il tragitto casa-lavoro in bicicletta per un mese può vincere ricchi premi. «bike to work» unisce la promozione della salute al divertimento e porta il buon umore e la vitalità in azienda.
- IBK-Preis für Gesundheitsförderung und Prävention. Il premio IBK per la promozione della salute e la prevenzione sarà conferito quest'anno, per la terza volta, a chi si distingue per la realizzazione di idee innovative, efficaci e replicabili. Possono partecipare al concorso i privati cittadini, le scuole, i comuni, le imprese, le associazioni e altre organizzazioni della regione del lago di Costanza. Il premio è dotato complessivamente di 10'000 euro, suddivisi in 5'000 euro per il primo premio, 3'000 per il secondo e 2'000 per il terzo.
- "RESPEKT" - AWARD per soluzioni innovative nel campo della promozione della salute. Con questo riconoscimento IDEE-SUISSE (società svizzera per il management di idee e innovazioni) e l'associazione ReGeMo (rispetto e promozione della salute invece di stress psicosociale, mobbing e violenza) intendono animare le aziende, le amministrazioni, le organizzazioni non profit e le persone private a impegnarsi maggiormente a favore della promozione della salute e a trovare soluzioni innovative in questo ambito. La giuria valuta le candidature soprattutto in base ai criteri di innovazione, creatività, efficacia, semplicità e realizzabilità delle soluzioni.

4.2.5. - Gestire la salute significa gestire l'azienda verso il successo



Modello 8: Diagramma di rappresentazione del processo di distribuzione della salute e del benessere lavorativo, in una prospettiva di genere. Rielaborazione da OSHA 2003

A seguito di tali presupposti si è ritenuto di assegnare una particolare utilità alla costruzione di uno strumento **EAGE Index**® (Indice del Grado di efficacia, appropriatezza ed equità di genere del sistema salute e sicurezza sul lavoro aziendale/organizzativo) che permetta di rilevare se l'azienda/organizzazione, pubblica e privata, ha adottato delle politiche in materia di salute e sicurezza; se queste politiche sono efficienti rispetto al raggiungimento dell'obiettivo e se producono equità di trattamento e quindi di risultato rispetto alle posizioni relative di donne e uomini (equità di genere).

Dunque un Indice, che partendo dal concetto di salute e sicurezza sul lavoro e mantenendo come base di elaborazione di tale concetto l'equità di genere, sia in grado di valutare la presenza/assenza, nonché il livello di raggiungimento di tali obiettivi.



Modello 9: Rielaborazione da Schizzerotto e coll, 1994, Costa e Cardamo, 1998, D'Errico e al., 2008⁸

Per affrontare tale complessità diviene strategica, come anticipato, l'adozione di un **modello di analisi a "matrice"**, perché in grado di esplicitare in modo inequivocabile gli elementi di peculiarità dei soggetti lavoratori/trici, indicando (ma al contempo, tracciando in modo coercitivo) un percorso di ri-lettura dei rischi tradizionali alla luce di alcune caratteristiche fondamentali, come il genere (trasversale), l'età, la provenienza da altri paesi e le tipologie contrattuali, in grado di modificare significativamente i valori di rischio analizzati contestualmente, secondo un approccio oggettivo.

Questo tipo di lettura trasversale, permette di tenere in particolare conto le peculiarità della popolazione lavorativa, superando la visione di una realtà nella quale il lavora-

⁸ Classe occupazionale/sociale: professione, posizione nella professione e settore di attività, tipologie contrattuali e posizione sociale familiare
 1) imprenditori, liberi professionisti e dirigenti (liv. alto e basso)
 2) impiegati, addetti ai servizi e vendita (liv. alto e basso)
 3) piccoli imprenditori, lavoratori autonomi, agricoltori, funzionari e tecnici di basso livello
 4) operai e tecnici (qualificati e non)

tore è definito come uomo medio, immutabile nel tempo, indifferente ai cambiamenti tecnologici, sociali, economici, di salute.

Il genere infatti influisce anche sulle diversità e vulnerabilità legate ad altre differenze, quali appartenenza etnica/stato di migrante, classe sociale, età, disabilità, orientamento sessuale, ecc..., spesso rafforzandole.

Nel processo di valutazione dei rischi ogni datore di lavoro individua i gruppi omogenei a seconda della organizzazione aziendale (ad esempio, potrebbero essere i turnisti, i dipendenti di un settore determinato, chi svolge la stessa mansione, chi rientra in determinate partizioni organizzative presenti in azienda ecc.).

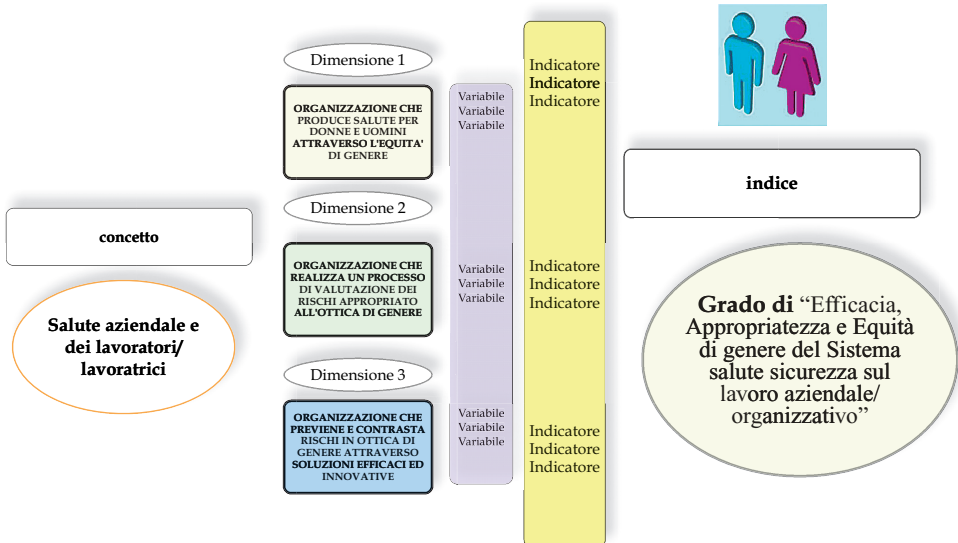
All'omogeneità a cui si fa attualmente riferimento nel processo di valutazione dei rischi, occorre affiancare ed integrare il concetto di **multidimensionalità e rappresentatività** dei lavoratori e lavoratrici.

Infatti, perché si possa affermare che l'analisi sia fondata sia sull'equità che sull'appropriatezza (e quindi abbia come esito l'efficacia) i lavoratori individuati dovranno essere identificati anche per **genere** di appartenenza e possibilmente tenendo conto delle altre peculiarità individuali specificate dalla norma come dimensioni su cui si basa l'uniformità della tutela.

In particolare dovranno essere presi in considerazione i punti di vista e le percezioni delle donne e/o degli uomini anche nel caso esse/i rappresentino una minoranza.

Il concetto di gruppo omogeneo può essere esteso, quindi, anche al genere di appartenenza dei lavoratori da coinvolgere attivamente.

4.2.6. - Il processo metodologico di definizione dell'indice



Modello 10: Il processo di costruzione dell'EAGE Index©-Indice di Grado di Efficacia, Appropriatezza e Equità di Genere© del Sistema salute e sicurezza sul lavoro aziendale/organizzativo.

di Paola Conti in collaborazione con Andrea Meneghin, Lorenzo Paciscopi, Chiara Parretti e Giada Polillo

La procedura di indicizzazione di un concetto, prevede alcuni passaggi necessari per ottenere uno strumento valido e condivisibile. Il processo che andremo brevemente a descrivere consente di "esprimere i concetti in termini di indici empirici e si compone di quattro fasi principali" (P.F. Lazarsfeld, 1958):

- a) rappresentazione figurata del concetto;
- b) specificazione delle dimensioni principali;
- c) scelta degli indicatori;
- d) sintesi degli indicatori per la costruzione dell'indice.

Tale processo porta ad una traduzione operativa dei concetti definiti e teoricamente situati.

4.2.7. - Rappresentazione figurata del concetto e specificazione delle dimensioni

L'individuazione delle dimensioni precedentemente descritte: **efficacia, appropriatezza ed equità di genere**, è il risultato di una analisi concettuale finalizzata alla classificazione e definizione dell'oggetto di indagine.

Nel corso di questa operazione, si individuano diversi indicatori che permettono il posizionamento di oggetti concreti (persone, azienda, strumenti, mezzi di trasporto)

rispetto alle dimensioni costruite. Il numero degli indicatori sarà più o meno vasto, a seconda dell'analisi effettuata e della complessità dell'oggetto di interesse.

Frutto di un procedimento logico di tipo abduktivo, gli indicatori sono da considerarsi come “nessi che collegano il mondo della lingua al mondo dei referenti, tramite il mondo dei significanti” (Eco, 1980; Sartori, 1984; Marradi, 1994; Lombardo, 1995). Gli indicatori sono stati scelti secondo i seguenti obiettivi conoscitivi:

- Conoscenza di quanto il *contesto* sia o meno facilitante le pari opportunità in generale e nella salute e sicurezza in particolare;
- Presenza e modalità di meccanismi miranti all'*autonomia* degli individui in particolare nella conciliazione del lavoro e della cura e nella progettazione di vita;
- Presenza e modalità di meccanismi miranti all'*inclusività* delle peculiarità individuali diverse;
- Conoscenza della *salute* relativa di donne e uomini e dell'*ambiente* che produce salute o danni per la stessa;
- Promozione dell'*empowerment* delle donne nel sistema SSL e nell'organizzazione.

- **Indicatori delle finalità generali:** rappresentano il progresso ottenuto nel colmare un determinato gap fra aspirazioni e situazioni di fatto non conformi all'aspirazione.
- **Indicatori di conseguimento dell'obiettivo** dando per ovvia l'esistenza del relativo obiettivo, in una azienda in salute.
- **Indicatori degli obiettivi strategici:** sono gli indicatori che si riferiscono al conseguimento degli obiettivi di secondo livello attraverso i quali si è individuato il complesso di azioni efficaci per il perseguimento delle finalità generali.
- **Indicatori strumentali:** sono indicatori che si riferiscono ad un programma di azioni che è già strumentale per l'esecuzione di un programma generale, e si riferisce agli obiettivi di secondo livello, detto intermedio.
- **Indicatori di azione** (o di intervento): sono gli indicatori del livello più elementare della struttura, quelli delle azioni o operazioni elementari dell'intero sistema di obiettivi.

- Nello stesso modo, possono essere considerati utili **degli indicatori di transizione**, che consentono di stabilire una relazione “intermedia” fra fenomeni non necessariamente oggetto di un “obiettivo” ma che costituiscono un passaggio necessario fra obiettivi a prima vista non collegati fra loro.

Un indicatore è definito come una misura sintetica, frutto del rapporto tra alcuni dati di partenza, in grado di riassumere in un unico valore più informazioni sul problema oggetto di analisi. Esso si differenzia dai dati disaggregati per sesso poiché, invece di fermarsi alla descrizione di un fatto, racchiude in sé un confronto (rispetto ad un gruppo di riferimento o ad un valore standard). Un indicatore, pertanto, non è semplicemente un dato ma rappresenta il risultato di un ragionamento.

Un indicatore di genere, quindi, può essere definito come una misura sintetica che ha lo scopo di fornire un’informazione rilevante ed immediata sul genere, ossia sulla posizione relativa di uomini e donne.

Gli indicatori di genere mettono in relazione la posizione delle donne con quella degli uomini e “contribuiscono all’analisi delle trasformazioni delle relazioni di genere”. Essi, quindi, non isolano la donna focalizzando l’attenzione unicamente sulle sue situazioni di vita, ma si fondano su una concezione relazionale (uomo-donna).

Gli indicatori sono frutto di un processo di definizione operativa dei concetti, con cui si passa da un livello di forte astrazione ad un livello di concretezza, che consente la rilevazione empirica di informazioni (dati, opinioni, comportamenti). Così facendo, si riduce la complessità del concetto generale, selezionandone alcune dimensioni ritenute più significative, individuando quindi uno o più indicatori e, per ognuno di essi, altri indicatori via via più concreti, fino a livello delle singole variabili da rilevare.

La focalizzazione delle differenze nell’analisi organizzativa si esprime nella scelta delle variabili nella costruzione e nell’analisi dei dati. Essa richiede un approccio di genere anche nei diversi campi della statistica.

Con il termine **statistiche di genere** si fa riferimento all’identificazione, acquisizione, elaborazione e pubblicizzazione di **dati non neutri** (dati neutri: *gender-blind data*).

Le statistiche di genere sono: sensibili alle differenze di genere (*gender-sensitive*) e in grado di tematizzare la relazione di genere (*gender-oriented*)

Requisito minimo richiesto alle fonti è che le informazioni siano **disaggregate per sesso** in tutte le fasi dell’informazione statistica (progettazione, rilevazione, analisi, diffusione).



L'approfondimento - **Quali sono i riferimenti internazionali utilizzati per la costruzione dell'indice?**

La costruzione dell'indice si è basata sulla vasta letteratura internazionale riguardante sia gli indici di qualità del lavoro che gli indici di pari opportunità-eguaglianza di genere, andando a progettare indicatori adeguati alla dimensione azienda-organizzazione.

Vengono di seguito riportate le principali fonti.

Variabili usate per la costruzione di un indice composto della qualità del lavoro dalla Commissione Europea nel 2008

Variable
One year transitions form employment to unemployment
Long-term unemployment rate
Involuntary part-time
Share of employment with fixed-term contracts
Older workers (55-64) employment gap
Gender employment gap
Gender pay gap
Gender occupational segregation
Participation in education and training
Upper secondary education attainment
Non-standard hours
In-work accidents rate

Dimensioni della qualità del lavoro suggerite da differenti tradizioni di Scienze sociali

The orthodox economic approach: compensating differentials	The radical economic approach:	Behavioural economic approaches	The traditional sociological approach: alienation and intrinsic quality of work	The institutional approach: segmentation and employment quality	Occupational medicine and health and safety literature: risks and impact of work on health	Work-life balance studies
Labour compensation: (1) wages	Power relations: (2) Industrial democracy as a compensating power	(3) Participation	Objective strand: (4) skills (5) autonomy Subjective strand: (6) powerlessness (7) meaninglessness (8) social isolation (9) self-estrangement	(10) Contractual status and stability of employment (11) Opportunities for skills development and career progression	Conditions: (12) Physical risks (13) Psychosocial risks; Outcomes: (14) Perceived impact of work on health (15) Absenteeism	Working time: (16) Duration (17) Scheduling (18) Flexibility (19) Regularity (20) Clear boundaries Intensity: (21) Pace of work and workload (22) Stress and exhaustion

Source: Muñoz de Bustillo *et al*, 2009.

Ipotesi di modello di un Indice Europeo della Qualità del lavoro

Dimension	Area	Existing source
Work	Work autonomy	EWCS
	Physical working conditions	EWCS
	Health implications of work (physical and psychological)	EWCS
	Risks	EWCS
	Pace of work and workload	EWCS
	Social working environment	EWCS
	Meaningfulness	EWCS
	On-the-job training	EWCS / LFS
Work and employment	Participation	EWCS
	Opportunities for advancement	EWCS
Employment	Formal training	EWCS / LFS
	Type of contract, stability	LFS
	Working hours	LFS / EWCS
	Distribution of working hours (unsocial hours, clear boundaries and flexibility)	LFS / EWCS
	Wage	ESES
	Social benefits	ESES / EWCS

Fonti

Acronym	Complete name	Scope	Source	Databases
Laeken	Laeken indicators of job quality	European Union	European Commission (2008)	ECHP, ELFS, SILC
EJQI	The European Job Quality Index	European Union	Leschke, Watt & Finn (2008)	ELFS, EWCS, SILC, AMECO, ICTWSS
EWCS	European Working Conditions Survey	European Union	Parent-Thirion et al. (2007)	Itself a data source
GJI	Good Jobs Index	Middle-income and developing countries	Avirgan, Bivens & Gammage (2005)	ILO databases
DWI-1	Decent Work Index-1	Developed and developing countries	Ghai (2003)	ILO databases
DWI-2	Decent Work Index-2	Developed and developing countries	Bonnet, Figueiredo & Standing (2003)	ILO databases
DWI-3	Decent Work Index-3	Developed and developing countries	Anker et al. (2003)	ILO databases
DWI-4	Decent Work Index-4	Developed and developing countries	Bescond, Châtaignier & Mehran (2003)	ILO databases
QEI	Quality of Employment Indicators	Canada, U.S. and Europe	Brisbois (2003)	EWCS, ERNAIS
IJQ	Indicators of Job Quality	Canada	Jackson & Kumar (1998)	GSS, SWA
SQWLI	Subjective Quality of Working Life Index	Czech Republic	Vinopal (2009)	Ad hoc survey
DGBI	DGB Good Work Index	Germany	Mußmann (2009)	Ad hoc survey
WCI	Austrian Work Climate Index	Austria	Preinfalk, Michenthaler & Wasserbacher (2006), Michenthaler (2006)	IFES omnibus survey (dedicated module)
IQL	Indicators of Quality of the Labour Market	Spain	Caprile & Potrony (2006), Toharia, Caprile & Potrony (2008)	NSI, MLI
QWF	Quality of Work in Flanders	Flanders (Belgium)	Flanders Social and Economic Council (2009)	Ad hoc survey
Tangian	Tangian's proposal	European Union	Tangian (2007, 2009)	EWCS
GBJI	Good and Bad Jobs Index	Middle-income countries	Ritter and Anker (2002)	IPSS
ICQE	Index of the characteristics related to the quality of employment	Chile	Sehnbruch (2004)	Ad hoc survey

Notes: **ECHP** = European Community Household Panel; **ELFS** = European Labour Force Survey; **SILC** = Statistics on Income and Living Conditions; **EWCS** = European Working Conditions Survey; **AMECO** = Annual Macroeconomic Database of the European Commission; **ERNAIS** = Ekos Rethinking North American Integration Survey; **GSS** = General Social Survey; **SWA** = Survey of Work Arrangements; **IFES** = Institut für empirische Sozialforschung; **NSI** = National Statistics Institute; **MLI** = Ministry of Labour and Immigration; **IPSS** = ILO People's Security Surveys

Sono stati, inoltre, presi in considerazione i principi ispiratori e le impostazioni degli indici di pari opportunità:

“Un indice di pari opportunità costituisce una misura composta capace di riassumere e sintetizzare in un unico numero le diverse dimensioni del concetto di pari opportunità. L’elaborazione di un indice di pari opportunità tra uomini e donne ha come scopo principale quello di consentire un confronto tra più contesti socio-economici (siano essi i paesi del mondo, gli stati membri dell’Unione Europea, oppure delle realtà locali) rispetto al grado di integrazione del principio di uguaglianza di genere. In ogni caso, per l’elaborazione di un indice di pari opportunità risulta necessario, innanzitutto, definire in modo adeguato il concetto di pari opportunità e le dimensioni che esso coinvolge; questo passaggio è fondamentale per individuare quali elementi andranno a comporre l’indice. Inoltre, un indice di pari opportunità deve essere in grado di stimolare una reale attenzione nei confronti dell’uguaglianza di genere. L’indice deve quindi consentire qualcosa di più di una semplice graduatoria di paesi o di realtà locali; dovrebbe individuarne chiaramente la posizione rispetto agli obiettivi di pari opportunità e metterne a fuoco i punti di forza e di debolezza. Per riuscire in questo, gli indicatori selezionati per la composizione dell’indice devono risultare concreti, coerenti, significativi e semplici da leggere” (Plantenga et al., 2003 - 2009).

Gender-related Development Index GDI: rappresenta una versione aggiustata dell’HDI9 che risulta sensibile alla dimensione di genere e misura le pari opportunità nello sviluppo umano.


Gender Empowerment Measure GEM: misura il grado di partecipazione di uomini e donne alla vita economica e politica di un paese (UNDP, 2003) .

Al lavoro dell’UNDP10 sono seguite alcune esperienze nazionali di definizione di indici di pari opportunità: **Canada, Danimarca, Svezia.**

Gender Equality Index (GEI): l’indice proposto si compone di diversi indicatori riferiti a cinque differenti dimensioni: equa ripartizione del lavoro retribuito, misurata dal gap di genere nell’occupazione e nella disoccupazione; equa ripartizione del denaro, misurata dal gap di genere nella retribuzione e nelle situazioni di povertà; equa ripartizione del potere decisionale, misurata dal gap di genere nel parlamento e nelle posizioni dirigenziali; equa ripartizione della conoscenza, misurata dal gap di genere nella partecipazione all’istruzione/ formazione e nei livelli di istruzione; equa ripartizione del tempo per attività non retribuite, misurata dal gap di genere nel tempo dedicato alla cura dei figli e nel tempo libero. (Plantenga et al., 2003 - 2009).

Sono anche state prese in considerazione le dimensioni del benessere organizzativo, le dimensioni relative ai rischi psicosociali, ai rischi emergenti, ecc.

**I dieci principali rischi emergenti identificati a livello europeo
(Fonte OSHA 2006)**



**Le previsioni degli esperti sui rischi psicosociali emergenti
relativi alla sicurezza e alla salute sul lavoro**

- Precarietà
- Vulnerabilità concentrate sugli stessi soggetti
- Nuove forme contratti di lavoro
- Invecchiamento forza lavoro
- Estensione della giornata di lavoro
- Intensificazione del lavoro
- Esternalizzazione
- Elevato coinvolgimento emotivo
- Scarso equilibrio vita lavoro

9 Human Development Index (HDI), Nazioni Unite

10 UNDP is the UN's global development network (Rete di sviluppo globale delle Nazioni Unite)

**Parte II - SALUTE, FATTORI DI RISCHIO
E SPECIFICITÀ DI GENERE: STRUMENTI**

5. - SALUTE E SICUREZZA: UN SISTEMA ATTENTO ALLE DIFFERENZE

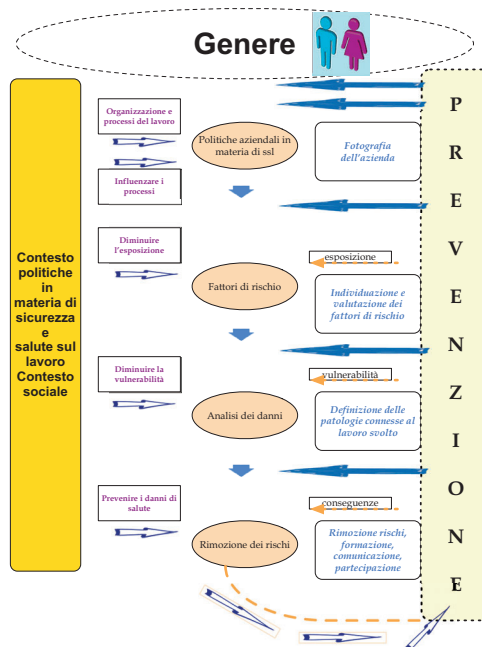
5.1. - I PROCESSI LOGICO-DECISIONALI DELL'AZIENDA/ORGANIZZAZIONE. QUADRO CONCETTUALE

L'azienda/organizzazione nella definizione del processo di prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi con un approccio "sensibile al genere" deve tenere conto della molteplicità dei soggetti interessati e attivi, dei fattori interni/esterni e degli obiettivi di salute.

La figura a seguire rappresenta il percorso che porterà l'azienda/organizzazione ad avviare un'azione di prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi che parte dalla definizione contestualizzata delle variabili di genere e, nel caso sia stata già avviata, ad una sua implementazione.

In ogni fase, processo e dimensione esistono strumenti, metodologie e approcci da adottare per garantire che il Sistema di gestione della sicurezza sia "sensibile al genere" in modo idoneo al proprio contesto.

È obiettivo del nostro lavoro in progress proporre una gamma delle possibili strumentazioni gestionali-organizzative per conseguire tale obiettivo.



Modello 11: Un Sistema di gestione della sicurezza "sensibile al genere"

5.2. - LA PROMOZIONE DELLA SALUTE SUL LAVORO

La salute dell'uomo e della donna dipende in misura determinante dalle condizioni di vita e dallo stile di vita che adottiamo. Il lavoro occupa un ruolo centrale nella vita quotidiana e le condizioni e la cultura del lavoro esercitano un impatto fondamentale sulla salute. Dalle conoscenze scientifiche odierne emerge che le condizioni, la cultura e i processi del lavoro - se gestiti con cura e consapevolezza - possono portare ad un notevole miglioramento dello stato di salute generale del personale. Ne beneficiano le aziende, i collaboratori e la società nel suo insieme.

Interventi di promozione della salute nell'azienda generano già a breve termine (entro 3 a 4 anni) una contrazione dei costi della malattia e portano chiaramente a una riduzione dell'assenteismo. Il risparmio in termini di costi della malattia si situano in un rapporto di 1 a 10; di redditività del capitale investito di 1 a 2. La riduzione dell'assenteismo è ritenuta l'argomento di promozione della salute più convincente. Idealmente i programmi dovrebbero godere dell'appoggio dei dirigenti fino a diventare parte integrante della cultura aziendale.

Uno studio internazionale (J.Colling 2009) ha rilevato un risparmio del 6,1% ottenuto grazie a programmi per la salute, nonché una riduzione delle assenze del 13%.

Gli ingredienti della promozione della salute in azienda:

- buona gestione aziendale;
- prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali;
- prevenzione dello stress e del *burnout* per i singoli individui e la gestione dello stress per le aziende nel loro complesso;
- attività professionale strutturata nel rispetto dell'età dei lavoratori;
- prevenzione delle dipendenze sul posto di lavoro;
- corretta ergonomia del posto di lavoro;
- promozione degli stili di vita sani sul lavoro: una buona alimentazione e l'esercizio fisico sono strategici per una vita sana;
- adeguata strategia aziendale perché i propri collaboratori possano trovare un equilibrio tra la sfera privata e la vita professionale.



Benchmarking

Promuovere l'equilibrio vita e lavoro¹¹

Affinché le persone si mantengano in buona salute e svolgano un buon lavoro, quest'ultimo va pianificato e organizzato in base a criteri benefici per la salute. Aspetti importanti sono ad esempio la possibilità per i collaboratori di svolgere mansioni interessanti, complesse e variate, di esercitare la loro influenza e di trovare appoggio sociale sul posto di lavoro. Si ascrivono tra gli aspetti di un lavoro favorevole alla salute anche chiare procedure operative, un arredamento ergonomico del posto di lavoro, una buona introduzione dei nuovi collaboratori, possibilità di formazione e di sviluppo appropriate, nonché la coerenza tra richieste e possibilità di realizzazione.



Un'altra premessa fondamentale consiste nella garanzia della sicurezza del lavoro.

La promozione coerente dell'equilibrio tra vita e lavoro, il cosiddetto Work-Life-Balance si propone quale investimento a vantaggio di tutti: delle aziende, dei dipendenti e dell'economia del Paese.

Il successo di un'efficace strategia di equilibrio tra vita e lavoro dipende da un ampio ventaglio di interventi messi a disposizione e calibrati agli interessi di collaboratori e datori di lavoro. Le misure illustrate nei seguenti ambiti rappresentano efficaci possibilità di sostenere il Work-Life Balance dei collaboratori.

La necessità di mettere a punto sistemi di conciliazione tra lavoro retribuito e famiglia nasce dalla convergenza di due fattori: da un lato, le trasformazioni delle strategie di vita e delle identità di genere delle donne e degli uomini, soprattutto giovani; dall'altro, le trasformazioni del mercato del lavoro.

¹¹ Tratto da: Programma salute Svizzera

Più spesso, in Italia, tale dimensione di intervento viene definito **conciliazione**: una parola che indica la capacità di organizzare il nostro tempo, gestendo gli impegni lavorativi e privati nel modo più equilibrato, a seconda di diverse esigenze.

Questo termine indica anche la capacità di conciliare i diversi impegni lavorativi e privati nell'ambito della coppia e la capacità, quindi, di condividere i compiti di cura (dei figli, dei parenti anziani, ecc.).

Il concetto di conciliazione è strettamente legato al concetto di flessibilità che è spesso attualmente inteso, nella sua accezione legata al lavoro, come il rendere variabili le caratteristiche del lavoro (luoghi, orari, modi di lavoro). La flessibilità, quindi, rappresenta uno dei principali strumenti a favore della conciliazione, solo se intesa come ricerca di formule flessibili per gestire al meglio i tempi di vita e di lavoro.

È interessante notare come le aziende che hanno adottato politiche di conciliazione, ricercando continuamente soluzioni adatte alle necessità emergenti dal rapporto "famiglia-lavoro", ne evidenziano i seguenti **benefici**:

- eleva la produttività, avendo una continua attenzione nell'evitare abusi, con appropriati controlli;

- aumenta la motivazione dei dipendenti;

- migliora la capacità di attrarre buone professionalità;

- serve per trattenere i "talenti";

- diminuisce l'assenteismo;

- aumenta il livello di impegno dei dipendenti;

- aiuta a raggiungere una società equilibrata, armonica e con un futuro, nella quale tutti possano sviluppare il loro potenziale umano.

La conciliazione tra tempi di vita e di lavoro influenza dunque i nostri progetti personali e familiari e si intreccia ad altre complesse necessità: quella dell'occupazione, dell'organizzazione del lavoro, della rete dei servizi, della qualità della vita di uomini e donne.



**Check list di autovalutazione
aziendale/organizzativa
sull'adeguatezza delle misure
volte a favorire l'equilibrio vita-lavoro**

Benchmarking

1. Orari di lavoro	esistente	da migliorare	auspicabile previsto	irrealizzabile
Orario flessibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orario annuale: possibilità di compensare variazioni d'orario sull'arco di un anno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizzazione delle vacanze in base alle diverse esigenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro part-time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilità di cambiare il grado di occupazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Job sharing (anche per i quadri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Assenze e recuperi	esistente	da migliorare	auspicabile previsto	irrealizzabile
Possibilità di fare brevi assenze e di ottenere giorni liberi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assenze pagate (p.e. per corsi di formazione o periodi sabbatici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assenze non pagate (p.e. per impegni familiari, politici; viaggi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congedo maternità/ paternità prolungato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmazione dell'impiego di personale commisurata alle esigenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicazione tempestiva degli orari di Lavoro / rispetto degli orari di lavoro concordati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione di sostituzioni e deleghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilità di accordarsi autonomamente in team (p.e. in merito alla programmazione dell'impiego di personale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Luogo di lavoro e telelavoro	esistente	da migliorare	auspicabile previsto	irrealizzabile
Lavoro a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro in viaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sviluppo personale	esistente	da migliorare	auspicabile previsto	irrealizzabile
Programmazione della carriera e della ripresa dell'attività lavorativa calibrata alle esigenze (p.e. secondo la fase della vita del momento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considerazione di esigenze e doveri extra professionali nel quadro dei corsi di formazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appoggio in caso di problemi di conciliabilità tra impegni professionali ed extra professionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Remunerazione	esistente	da migliorare	auspicabile previsto	irrealizzabile
Equità salariale (p.e. per facilitare la suddivisione tra lavoro familiare e lavoro remunerato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostegno in caso di problemi finanziari e in situazioni di emergenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considerazione delle competenze acquisite al di fuori dell'ambito professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Supporti	esistente	da migliorare	auspicabile previsto	irrealizzabile
Consulenza, mediazione, aiuto nell'ambito dell'assistenza ai famigliari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza, mediazione, aiuto nell'ambito dell'assistenza dei bambini, p.e. con strutture d'accoglienza diurne (offerte dall'azienda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTESA CONCILIAZIONE DEI TEMPI DI VITA E DI LAVORO

Il 29 aprile 2010, la Conferenza unificata ha sancito l'Intesa sui criteri di ripartizione delle risorse, le finalità, le modalità attuative, nonché il monitoraggio del sistema di interventi per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di cui al Decreto del Ministro per le pari opportunità del 12 maggio 2009 inerente la ripartizione delle risorse del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità per l'anno 2009. (Pari opportunità - Politiche della Famiglia - Lavoro e Politiche sociali - Economia e Finanze) Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, n. 26/CU.

L'Intesa si iscrive nel più ampio quadro di interventi denominato "Italia 2020. Programma di azioni per l'inclusione delle donne nel mercato del lavoro", sottoscritto dal Ministro per le Pari Opportunità e dal Ministro del Lavoro a dicembre 2009.



Benchmarking

Agevolare i trasporti casa lavoro come fattore di promozione della salute¹²

Il sistema dei trasporti urbani ha certamente un impatto notevole sulle possibilità di mobilità di donne e uomini, intesa non solo come elemento di sviluppo necessario per il sistema economico, ma anche come elemento di qualità della vita.

L'inerenza di questa attività rispetto alle differenze tra uomini e donne si riferisce alle diverse esigenze di trasporto: abitualmente



¹² Tratto da G. Badalassi www.genderbudget.it

le statistiche sui trasporti sono neutre, in quanto il passeggero è considerato un'unità mobile che effettua una o più tratte tra punti di partenza e di arrivo.

Approfondendo però il discorso non tanto sul tragitto percorso, bensì sulle necessità che hanno generato il bisogno di trasporto, ecco che allora emergono le differenze tra diversi stili di vita e quindi anche diverse esigenze di mobilità tra uomini e donne:

- le donne tendono a percorrere tragitti più brevi e complessi degli uomini, poiché le maggiori incombenze domestiche, associate alla professione, le inducono a scegliere posti di lavoro più vicini a casa e a conciliare le esigenze di trasporto per motivi di lavoro a quelle per motivi casalinghi. Di fatto finiscono con il comporre tragitti che soddisfino contemporaneamente entrambe le esigenze di trasporto, cercando di fare tutto in una unica soluzione, mentre gli uomini, con minori incombenze quotidiane riferibili alla casa, hanno percorsi più lineari;
- i percorsi delle donne sono dettati, oltre al raggiungimento del posto di lavoro, dalle esigenze di accompagnamento di bambini e anziani, dallo svolgimento di incombenze collegate con la casa (spesa, acquisti, commissioni, etc), quelli degli uomini dalla necessità di raggiungere il posto di lavoro o di divertimento e tempo libero;
- le donne viaggiano più spesso con bambini e portano pacchi, pesi e ingombri;
- le donne viaggiano in orari differenti rispetto agli uomini, poiché lavorano in misura proporzionalmente superiore con orari flessibili o part time, e devono conciliare gli orari delle attività dei figli da accompagnare con quelli degli esercizi commerciali;
- i tipo di percorsi delle donne dipendono da una molteplicità di variabili superiore a quelli degli uomini, distinguendo tra percorsi di donne occupate, non occupate, con figli, più giovani o più anziane;
- le donne hanno minore accesso all'automobile degli uomini e hanno la patente in percentuale inferiore agli uomini;
- le donne hanno una tendenza maggiore a utilizzare mezzi di trasporto pubblici, ad andare a piedi e a viaggiare sull'auto come passeggero;
- i percorsi delle donne hanno la tendenza ad essere composti da più mezzi di trasporto, mentre gli uomini tendono a usare prevalentemente l'auto;
- le donne sono più condizionate nella loro libertà di movimento dalle condizioni di sicurezza dell'ambiente circostante.



Benchmarking

Promozione della salute dei lavoratori anziani¹³

La gestione della terza età nelle aziende comprende la gestione sistematica della capacità lavorativa del personale in funzione dell'età e il management del successo imprenditoriale. Interessa il lavoro quotidiano di gestione aziendale, nonché l'organizzazione del lavoro, considerando il curriculum e le risorse dei dipendenti (Ilmarinen 2005)

Collaboratori, giovani e anziani si differenziano per le **competenze, i potenziali e le esigenze**. Le esigenze di un 19enne appena entrato nel mondo del lavoro, quelle di una donna che riprende l'attività dopo un periodo in cui si è dedicata ai figli, quelle di un padre con un onere di lavoro molto importante o quelle di persone a capo di una famiglia monoparentale sono completamente diverse - per quanto riguarda il lavoro e il contesto di lavoro - da quelle di un uomo di 55 anni minacciato di pensionamento forzato, da quelle di una collaboratrice di una certa età che deve assolvere i propri compiti genitoriali di cura e assistenza o da quelle di un 65enne sano che, seppure in misura ridotta, vorrebbe continuare la sua attività professionale.

Le esigenze di salute e gli eventuali problemi dei lavoratori variano anche a seconda delle imprese, dei settori e del campo di attività. In settori caratterizzati da lavori fisicamente pesanti o monotoni e/o da lavori a turni, ci si dovrà aspettare altri tipi di problemi sanitari rispetto a quelli soliti in campi di attività in cui sono elevate le esigenze di prestazione cognitiva e le sollecitazioni psichiche (problemi di qualifica e di motivazione).

Una gestione efficace della età nelle aziende è parte integrante della strategia di politica del personale e considera i pericoli e le opportunità delle maestranze sempre più anziane. Essa impiega in modo mirato le competenze specifiche di questi dipendenti per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e neutralizza i pericoli.

¹³ Tratto da: Promozione della salute svizzera- PMI Vital

Un compito importante della gestione della età avanzata nelle aziende è quello di trovare una soluzione al problema di fondo: il fatto che le trasformazioni delle capacità di funzionamento (in parte in aumento, in parte in calo) con l'avanzare dell'età e i cambiamenti a livello di esigenze del lavoro (quasi sempre in aumento) non seguono un percorso evolutivo parallelo. Gli approcci risolutivi puntano pertanto alla prevenzione di un degrado tempestivo delle capacità funzionali e/o alla riduzione del carico di lavoro.

Da studi finlandesi emerge che, a lungo andare, gli investimenti mirati nella promozione e nel mantenimento della salute e dell'abilità al lavoro comportano vantaggi competitivi, nonché possibilità di risparmio sui costi e guadagni di redditività (Ilmarinen 2005).

Le esigenze connesse alla gestione della terza età si accostano e sovrappongono alle sfide che scaturiscono da un cambiamento generazionale che interessa le aziende su tre livelli: a diventare più anziani non sono solo le maestranze, ma anche la clientela, che vorrebbe avvalersi della consulenza di collaboratori non più giovanissimi. La presenza di questi due fattori, rende necessari non solo nuove forme di lavoro adeguate all'età, ma anche e soprattutto prodotti altrettanto adeguati all'età.

La composizione dell'organico di un'azienda sarà tanto più vantaggiosa, quanto più equilibrato è il suo mix di generazioni: un mix di dipendenti giovani e più anziani, nuovi e di lunga data, donne e uomini, con uno sfondo culturale diverso (Diversity-Management).

Approcci e misure per una gestione della terza età nelle aziende

Non esiste l'approccio migliore, ma esistono varie buone strade per organizzare il lavoro in funzione dell'età e promuovere la capacità lavorativa e di mercato dei lavoratori più anziani. Quali dei numerosi approcci di intervento e misure siano quelli "giusti" per un'azienda e per i dipendenti più anziani dipende dalle condizioni generali dell'azienda e dei suoi margini di manovra.



La gamma di potenziali interventi include:

- programmi classici orientati al comportamento, quali check up salute, formazioni relative a stile di vita e strategie di coping, nonché iniziative di wellness;
- approcci strutturali, quali impostazione di posto di lavoro e contesto di lavoro nel rispetto dei principi dell'ergonomia;
- perfezionamento professionale mirato (qualificazione per mantenere e adeguare le competenze e prepararsi alle esigenze future);
- sviluppo delle risorse umane (pianificazione professionale e della carriera, tandem, modelli di mentoring);
- organizzazione del lavoro che promuove l'apprendimento (varietà di esigenze, sollecitazioni e attività);
- organizzazione dell'orario di lavoro (gestione delle pause, riduzione e flessibilizzazione);
- reintegro di dipendenti con limitazioni di impiego;
- cultura imprenditoriale adeguata all'età (apprezzamento, stile di conduzione, cultura del dialogo e del feedback, politica del lavoro e del personale).

Strumenti

Qui di seguito sono illustrati quattro strumenti collaudati per l'analisi della situazione iniziale e l'identificazione delle iniziative necessarie.

a) Analisi della struttura demografica

Illustra la struttura demografica attuale e, accostata ai fattori d'influenza centrale (p.es. effettivo di dipendenti, nuovi ingaggi, fluttuazione, abbandoni), permette una previsione dell'evoluzione futura e del futuro fabbisogno di competenze. Può essere un buon approccio per individuare tempestivamente i problemi di politica del personale connessi alla modifica della struttura demografica in seno all'azienda - una specie di sistema di allarme precoce. In tal modo se ne potrà discutere prima che la terza età nell'azienda diventi un problema.

b) Check list per individuare il fabbisogno di interventi a livello di struttura demografica

Con l'aiuto di una lista di controllo si verifica se la politica del lavoro e del perso-

nale attuale è in misura di soddisfare le esigenze di un numero sempre più elevato di dipendenti anziani e permette anche di identificare i rischi correlati a maestranze sempre più avanti con gli anni. Sono considerati vari campi di azione della politica del personale, quali assunzione di dipendenti, qualificazione, organizzazione del lavoro, pianificazione dello sviluppo delle risorse umane, promozione della salute in azienda e integrazione, trasferimento di know-how, organizzazione dell'orario di lavoro nonché cultura imprenditoriale. La lista di controllo è uno strumento di autovalutazione, pensato per i responsabili delle risorse umane o da utilizzare nell'ambito di un workshop per l'analisi dei punti forti e dei punti deboli di un'azienda. Essa permette una prima visione d'insieme delle necessità di intervento e degli approcci sensati per gestire il cambiamento della struttura demografica.

c) Work Ability Index (WAI)

Questo strumento, ormai collaudato e utilizzato con successo in molti paesi e in varie lingue, punta all'individuazione tempestiva dei rischi di salute e di inabilità al lavoro prematura, in modo da contrastarli con interventi mirati. Partendo dall'auto-valutazione dei collaboratori, si analizza se vi sono pericoli imminenti di limitazioni della loro abilità al lavoro e quali sono gli interventi necessari se si vuole promuovere la salute degli intervistati lungo tutto il percorso di vita professionale. Le domande si riferiscono all'abilità al lavoro attuale e futura, alle malattie e al numero di giorni di assenza per inabilità al lavoro nell'ultimo anno, alla limitazione stimata della prestazione lavorativa a causa delle malattie, nonché alle restrizioni della prestazione per motivi psichici. Con aiuto di terzi (p.es. medico aziendale), si può riflettere congiuntamente sulle misure attuabili da parte del lavoratore stesso e da parte dell'azienda, al fine di mantenere e promuovere la capacità lavorativa. Sono disponibili valori metodi da utilizzare come valori di riferimento per svariati gruppi professionali e classi di età, che permettono un confronto interaziendale. Lo strumento maneggevole e di facile applicazione si distingue per la sua alta e comprovata capacità di previsione della mortalità e di un'eventuale inabilità al lavoro.

d) Workshop Qualità del lavoro - per andare in pensione in buona salute

Questo strumento punta alla sensibilizzazione e allo scambio di esperienze attraverso colloqui di gruppo organizzati e valutati sistematicamente con specialisti e quadri, ma anche con dipendenti più anziani. Si tematizza fra l'altro in che cosa consistono le difficoltà del "lavoro nella terza età" in seno all'azienda e quali sono le misure atte a superarle.

I risultati migliori sono quelli conseguiti dall'integrazione di vari approcci.

5.3. - COMUNICARE LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO IN OTTICA DI GENERE

5.3.1. - Informazione e Comunicazione

Nell'immaginario collettivo, **informazione e comunicazione**, rappresentano due termini i cui significati coincidono. In realtà, sebbene tra essi vi sia una stretta relazione, non si tratta di azioni della stessa natura.

L'informazione, come tra l'altro si evince all'art. 2 del **decreto 81/2008**, consiste nel "complesso di attività dirette a fornire conoscenze"; **la comunicazione** è, invece, quell'insieme di strategie, tecniche e processi messi in atto per ottenere un mutamento nei comportamenti. Si tratta di flussi comunicativi bi-direzionali che implicano, affinché l'azione sia efficace, il coinvolgimento e la partecipazione dei destinatari.

Ciò significa che mentre l'informazione rappresenta un processo lineare e unidirezionale, mirato a fornire notizie, dati, informazioni, implementando le nozioni di conoscenza sul destinatario, la comunicazione è un processo **interattivo** a più livelli, che interviene in modo trasversale sui sistemi aziendali e coinvolge tutti i soggetti interessati (interni ed esterni).

5.3.2. - Una leva strategica del cambiamento

Nello specifico, i processi comunicativi aiutano ad ottenere scelte consapevoli verso il rispetto di "nuove regole" e "buone prassi", piuttosto che queste vengano accettate passivamente. Se nei luoghi di lavoro, la salute e la sicurezza rappresentano una condizione imprescindibile, per garantirla, tuttavia, non solo deve essere disciplinata, ma va saputa comunicare. Un semplice riferimento alle norme - seppur fondamentali - rischia di restare inosservato e, quindi, circoscritto alla semplice indicazione.

Per questo motivo, informazione e comunicazione, sono attività che devono viaggiare in parallelo, sia per fornire conoscenze utili alla identificazione, riduzione e gestione dei rischi, e sia per ottenere un vero e proprio **cambiamento culturale e di comportamento** su quelle che sono le "buone prassi" finalizzate a promuovere la Salute, negli ambienti di lavoro.

5.3.3. - Promuovere le “buone prassi” sul Sistema Salute nei luoghi di lavoro

Tra le misure generali di tutela riportate nel Testo Unico (**art. 15**), l’informazione e la comunicazione, insieme ai programmi di formazione, sono annoverati tra le attività finalizzate a garantire adeguate condizioni di Salute in azienda.

Come è stato già ampiamente evidenziato nei precedenti capitoli, il decreto ha esteso notevolmente il concetto di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, proponendo un approccio del tutto innovativo teso a “garantire l’**uniformità** della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati (**art. 1**)”.

Se prima dell’entrata in vigore del succitato disposto normativo, il concetto di sicurezza era ridotto al carattere neutro, eccezione fatta per i casi di tutela a sostegno della maternità e paternità (**decreto 151/2001**), con il D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., si evidenzia la necessità di operare in termini di prevenzione e di sicurezza, tenendo in considerazione la dimensione psico-sociale dei lavoratori, il genere (uomini e donne), nonché l’età anagrafica e il Paese di provenienza.

Per la prima volta in maniera espressa, in linea con la strategia europea, si prevede di coniugare la valutazione dei rischi con le specificità dei lavoratori e delle lavoratrici, tenendo conto delle variabili intrinseche alla soggettività dell’intera popolazione lavorativa.

Questa visione estesa del concetto di Salute dovrà essere tenuta in considerazione nell’adozione delle misure di prevenzione e di valutazione dei rischi e, ampiamente diffusa attraverso mirati processi informativi, formativi e comunicativi. Solo con adeguate campagne di informazione e sensibilizzazione, promosse a tutti i livelli e rivolte agli attori della sicurezza (professionisti della sicurezza, datori di lavoro, imprenditori, lavoratori, formatori, organismi paritetici e parti sociali) e alla collettività, il nuovo concetto di salute potrà diventare parte integrante della cultura aziendale e sociale.

Si tratta di una vero e proprio **mutamento di paradigma** che rovescia l’idea di una sicurezza “neutra” e dà un nuovo senso e valore al concetto di Salute, aumentando il grado di efficienza ed efficacia di un’azienda, rendendola sempre più competitiva e innovativa rispetto al mercato di riferimento.

Ragionare in termini di **efficacia ed equità di genere** del sistema salute e sicurezza sul lavoro, significa, quindi, valorizzare il capitale umano, sviluppare un forte senso di appartenenza del lavoratore e delle lavoratrici e accrescerne la motivazione. La comunicazione stessa, dunque, esige un cambiamento, perché per promuovere l’innovato concetto di salute occorre adottare un nuovo **linguaggio** che valorizzi e pro-

muova le differenze di genere, le molteplici condizioni psico-sociali dei lavoratori. Serve, dunque, un nuovo approccio comunicativo attento alle differenze.

5.3.4. - La nuova comunicazione attenta alle differenze

La comunicazione deve cambiare radicalmente per far fronte ad un mercato del lavoro in continua evoluzione. Si pensi alla nascita delle nuove forme di lavoro flessibile e giovanile, all'aumento della presenza delle donne nella realtà lavorativa e al fenomeno dell'immigrazione che ci costringe a far fronte a nuovi problemi, a nuovi rischi e, quindi, ci impone un'attenzione, una cura, una consapevolezza delle necessità dei soggetti più deboli

Una comunicazione efficace che tenga conto di questo “mosaico” di differenze, è determinante, non solo per la riduzione degli eventi infortunistici o delle malattie professionali, ma interviene nell'intero sistema organizzativo/aziendale ottimizzando i processi produttivi e innalzando la soglia del valore aggiunto. Si tratta di un approccio che richiede un'attenzione particolare alle soggettività e specificità dei lavoratori, ancora da consolidare, ma che traccia un indirizzo chiaro verso il passaggio da un **concetto ristretto di sanità**, e quindi da un metodo tipicamente circoscritto alla cura, ad un approccio di garanzia e tutela del **benessere della Persona**.

Nonostante si sta rafforzando la consapevolezza che comunicazione e informazione sono strumenti efficaci per la promozione di una cultura attenta alle differenze, nell'ambito delle imprese e istituzioni sono ancora pochi gli interventi che prendono in considerazione l'ottica di genere.

Una comunicazione istituzionale orientata a valorizzare le differenze è quanto di meglio le istituzioni/aziende possono e devono offrire per rispondere ai bisogni crescenti di informazioni aggiornate, puntuali e su misura, dei lavoratori e dei cittadini, parte attiva di tutto il sistema sociale.

“Comunicare le differenze” significa mettere in atto compiutamente questo processo culturale.

Adottare la comunicazione istituzionale con un approccio al genere significa intervenire concretamente nella promozione delle pari opportunità tra uomini e donne, nel pieno rispetto del principio costituzionale (art. 51 della Costituzione), ovvero significa favorire:

- Il contrasto agli stereotipi di genere;
- La promozione di politiche aziendali nella direzione di una maggiore equità tra uomini e donne;
- La visibilità della presenza femminile nei luoghi decisionali;
- La valorizzazione delle competenze e delle diverse esperienze maturate dalle donne, anche (e non solo) in riferimento alle politiche di Salute e Sicurezza;
- Maggiore accessibilità di diritti e opportunità ai lavoratori e alle lavoratrici;
- Il principio della parità in ogni momento della vita economica e sociale e quindi, la diffusione di modelli ispirati al principio di equità nella società e nel lavoro;
- La promozione di modelli di donne e uomini in linea con l'evoluzione dei ruoli nel mercato del lavoro e nella società;
- La promozione della partecipazione maschile ai ruoli di cura, storicamente attribuiti alla donna;
- La promozione di una corretta rappresentazione delle donne nella comunicazione sulla Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro.

Art. 51, comma 1 - Costituzione Italiana

Tutti i cittadini dell'uno o dell'altro sesso possono accedere agli uffici pubblici e alle cariche elettive in condizioni di eguaglianza, secondo i requisiti stabiliti dalla legge. A tal fine la Repubblica promuove con appositi provvedimenti le pari opportunità tra donne e uomini.

5.3.5. - Il target “invisibile” della comunicazione sulla Salute e Sicurezza

Il principio delle pari opportunità riconosciuto a livello costituzionale resta di fatto ancora poco applicato.

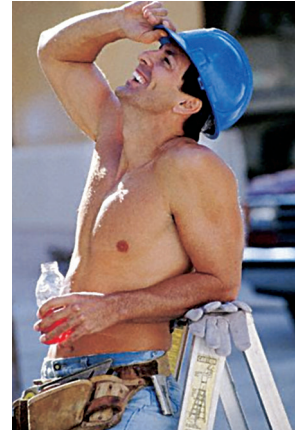
Nonostante negli ultimi anni si siano moltiplicate le iniziative a sostegno delle pari opportunità, sono ancora poche le campagne di sensibilizzazione e i progetti di comunicazione che adottano strumenti pensati per dialogare anche con le donne, in cui emerge una **reale** attenzione allo specifico femminile: una prassi particolarmente

diffusa quando la comunicazione è “chiamata” a promuovere la Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro, dove la figura maschile assume - e riassume - unilateralmente la valenza della Sicurezza e, quella femminile - di regola sottorappresentata - **il target invisibile della comunicazione** (se non per quei casi specifici in cui i processi comunicativi sono mirati a promuovere temi storicamente concepiti e collegati al ruolo della donna, quali la maternità, i lavori domestici, cura della famiglia e sostegno agli anziani).



Il consolidarsi di una prassi comunicativa caratterizzata **dall'equazione “Uomo = Sicurezza”** è stata sicuramente influenzata dalla diffusione del concetto “neutro” di Salute e ha determinato, in senso figurativo, la persona Uomo, quale emblema per eccellenza della Sicurezza. Si tratta di un processo, senza ritorno, dove la nozione di neutralità ha pervaso anche i messaggi comunicativi rafforzando, inevitabilmente, tutti gli atti di significazione e interpretazione nell'immaginario collettivo.

Attivare processi comunicativi rivolti anche alle donne significa promuovere concretamente le pari opportunità come valore fondamentale per la realizzazione di nuovi modelli di vita e di lavoro. È da questo presupposto che bisogna partire affinché anche la comunicazione diventi leva strategica del cambiamento e dia un sostegno concreto alla diffusione del concetto di Salute attento alle differenze.



Orientamenti e raccomandazioni europei:

Vademecum per evitare un uso sessista delle lingue (Marzo 2009), Parlamento. La guida, **“La neutralità di genere nel linguaggio usato al Parlamento europeo”**

Risoluzione **“How marketing and advertising affect equality between women and men”** (2008, Parlamento) per mettere in atto azioni positive contro gli insulti sessisti e le immagini degradanti delle donne e degli uomini nella pubblicità, in particolare combattendo l'uso di stereotipi e accompagnando misure positive nelle campagne educative.

5.3.6. - Quali sono, dunque, gli approcci e gli strumenti possibili per favorire il cambiamento?

Ispirarsi a flussi informativi e comunicativi che superano il classico “modello trasmissivo¹⁴”, per avvalersi del “modello inferenziale” fondato sulla **cooperazione e partecipazione** di tutti i soggetti interessati, uomini e donne, dove ciascuno ha l’opportunità di assumere il duplice ruolo di “produttore” e “consumatore” della comunicazione, ovvero il ruolo di *prosumer*, è la chiave di volta per comunicare la Salute e la Sicurezza attenta alle specificità e soggettività dell’intera popolazione lavorativa.



UNFPA

5.3.7. - Partecipazione e coinvolgimento del personale

Il modello inferenziale pone al centro dell’attenzione la Persona e considera la comunicazione come un processo che si attiva a partire dal destinatario

La Direttiva Quadro Europea 89/391¹⁵, nonché la Strategia Comunitaria per la Salute e Sicurezza sul lavoro (2002-2006), ha indicato per il miglioramento delle condizione di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, l’attuazione di azioni tra cui rientrano a pieno titolo l’informazione, la consultazione e la partecipazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti (RLS).

¹⁴ Il modello trasmissivo, secondo il quale quando comunichiamo trasmettiamo un messaggio da un mittente a un destinatario attraverso un canale usando un codice condiviso, rappresenta il paradigma dominante delle varie connotazioni della comunicazione aziendale (ARTUSO, MASON, 2008).

¹⁵ **Direttiva 89/391/CEE** del Consiglio, del 12 giugno 1989, riguardante l’applicazione di provvedimenti volti a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro

Affinché il sistema di politica aziendale funzioni, è fondamentale da parte dei vertici dell'organizzazione, il riconoscimento del "potere dell'informazione" proveniente dal Rappresentante dei lavoratori e dai lavoratori, i quali, nel cooperare nell'analisi dei rischi connessi ai compiti e alle mansioni ricoperte, possono proporre misure di prevenzione adeguate alla situazione ambientale.

Solo attraverso questo tipo di approccio, aperto alle diverse "voci" provenienti dalla popolazione lavorativa, è possibile creare un sistema Salute attento alle differenze, alla specificità e soggettività dei singoli lavoratori.

5.3.8. - Il modello inferenziale e il modello trasmissivo

L'implementazione di canali di comunicazione attinenti il modello inferenziale modulano il messaggio sulla base del target di riferimento al fine di costruire dialoghi permanenti ed efficaci. Solo in questo modo è possibile attivare un processo inclusivo e un dialogo costante con il mondo del lavoro, ovvero una politica attiva che promuova il diritto alla salute attento alle differenze.

Il modello trasmissivo della comunicazione, affermatosi all'inizio degli anni cinquanta del secolo scorso, è tutt'oggi un metodo particolarmente diffuso nell'ambito delle attività di informazione/comunicazione interna delle aziende. Si tratta di un modello limitato alla trasmissione di messaggi, che prescinde dal contesto in cui si attua il processo comunicativo e, soprattutto, che non presta particolare attenzione alle caratteristiche e specificità del target di riferimento. Infatti, tale approccio tende a costruire messaggi unici ipotizzando un pubblico di riferimento indifferenziato. Un processo di omogeneizzazione teso a veicolare messaggi universali, senza tener conto delle differenze. Al contrario, nel modello inferenziale la priorità non è assegnata tanto al messaggio, quanto alla creazione di inferenze da parte del destinatario volta a ricostruire ciò che il mittente della comunicazione intende dire. **L'attività di comunicazione e interpretazione precede e sovrasta quella di codifica e decodifica tipica del modello trasmissivo** (ARTUSO, MASON, 2008).

Rispetto a quest'ultimo, il modello inferenziale pone in primo piano le persone, destinatari della comunicazione, dando spazio alla diversità di codici e ai diversi processi di significazione. Attraverso questo processo i fruitori della comunicazione - differenti tra loro per età, sesso e dimensione psico-sociale - potranno attivare molteplici catene inferenziali, e in considerazione che le persone non sono tutte uguali, la stessa comunicazione potrà attivare processi cognitivi divergenti.

Il modello inferenziale considera, dunque, la comunicazione come un processo che si attiva a partire dal basso. Se nel modello trasmissivo è sempre il mittente a dare

il via alla comunicazione, attraverso l'inferenza non esiste mai un atto comunicativo se non per un soggetto che agisce, interagisce e interpreta. Ecco perché il modello inferenziale tiene conto non solo del contenuto del messaggio, ma anche della relazione: la comunicazione è concepita come una conversazione permanente, un dialogo che si fonda sulla cooperazione e partecipazione degli attori coinvolti nel processo comunicativo.

I due modelli a confronto (ARTUSO, MASON, 2008)

Modello trasmissivo	Modello inferenziale
Enfasi sul messaggio	Enfasi sulle persone
Omogeneità del messaggio	Preserva le diversità interpretative
L'informazione si genera alla fonte	L'informazione si genera all'arrivo
Valorizza il messaggio letterale	Valorizza i processi interpretativi
Non richiede il feed-back	Implica un processo di feed-back
È attento solo al contenuto	È attento non solo al contenuto, ma anche alla relazione
Comunicazione come scambio di messaggi	Concepisce la comunicazione come conversazione permanente



L'approfondimento - **Strumenti di comunicazione del modello inferenziale**

Analisi di clima e Piani d'ascolto

Il Clima Aziendale è l'insieme delle percezioni delle persone che operano in un determinato ambiente. Una corretta conoscenza del clima interno all'organizzazione è importante per migliorare la qualità del lavoro, per offrire nuove opportunità di sviluppo professionale attente alle pari opportunità, e per potenziare la comunicazione e la collaborazione nell'ottica di produrre significati e valori condivisi.

Questo processo permette di analizzare in quale misura l'azienda soddisfa i bisogni e le aspettative dei suoi collaboratori, la qualità delle relazioni tra il management e lo staff e, soprattutto, il **benessere dell'azienda e delle persone**.

Il Clima Aziendale permette, dunque, non solo di ottenere una fotografia su come l'azienda è percepita dal cliente interno, ma soprattutto consente di far emergere gli aspetti sui quali è necessario intervenire con l'obiettivo di intraprendere e sviluppare azioni di coinvolgimento e di condivisione della cultura organizzativa.

I **Piani di ascolto**, molto simili dal punto di vista metodologico all'Analisi di clima, consistono in una serie di indagini effettuate con l'obiettivo di rilevare il buon funzionamento degli uffici interni, e hanno come finalità l'ottimizzazione dell'organizzazione aziendale e dei flussi operativi, al fine di incentivare la produttività.

Mentre l'analisi di clima misura principalmente la percezione delle persone che operano in un determinato ambiente, anche in termini di aspettative, i piani di ascolto verificano principalmente il "buon funzionamento" del flusso operativo aziendale a livello informativo e organizzativo.

La metodologia in uso per l'attuazione di questi strumenti può avvalersi di indicatori oggettivi disaggregati per sesso (dati e informazioni disponibili in azienda sul capitale umano) e di indicatori soggettivi, che possono essere rilevati attraverso la somministrazione di specifici questionari finalizzati ad analizzare come il personale dell'azienda percepisce l'ambiente di lavoro, i rapporti interpersonali e il flusso organizzativo in termini di buon funzionamento degli uffici interni.

Reti e Community interne¹⁶

La conoscenza non sta solo nella testa delle persone e nei database dell'azienda, ma in una dimensione intermedia (gruppi, comunità), che tende a mediare le risorse disponibili. La dimensione intermedia è il segno distintivo delle modalità di aggregazione della società contemporanea.

Intranet 2.0, l'insieme delle relazioni online

A differenza delle prime intranet apparse nelle aziende, la intranet 2.0, la piattaforma di nuova generazione, consente di gestire diverse attività che non si limitano alla semplice comunicazione di dati, informazioni e comunicazioni di servizio, ma che stimolano la condivisione e la collaborazione tra il personale e l'azienda, attraverso flussi comunicativi bi-direzionali.

Si tratta di uno strumento "collaborativo" che parte dalla Persona con l'obiettivo di incentivare la partecipazione sin dalla fase in cui si deve progettare e realizzare lo spazio virtuale interno, attraverso la creazione di processi di co-partecipazione nella individuazione dei contenuti e degli strumenti da allocare nella intranet e nello sviluppo delle idee al fine di creare flussi spontanei di scambio della conoscenza.

Se le prime intranet erano costituite da pochi elementi (servizi selfservice, applicazioni gestionali, qualche news delle Risorse Umane), ovvero erano siti web statici, senza alcuna possibilità di interazione con l'utente eccetto la normale navigazione tra le pagine, l'uso delle e-mail e dei motori di ricerca, con l'avvento della intranet 2.0, lo scenario è assai più articolato, dove affianco ai contenuti più tradizionali spuntano servizi legati alle applicazioni del web 2.0, di crowdsourcing e agli elementi di team collaborazione, etc:

- notizie e informazioni;
- documenti;
- servizi;
- formazione;
- multimedia;
- spazi extra-lavoro;
- crowdsourcing;¹⁷
- team collaboration;
- applicazioni 2.0.¹⁸

¹⁶ Tratto da: G. Mason, Intranet 2.0, HOPS, Tecniche Nuove, 2010

¹⁷ Neologismo che definisce un modello di business nel quale un'azienda o un'istituzione richiede lo sviluppo di un progetto, di un servizio o di un prodotto ad un insieme distribuito di persone non già organizzate in una comunità virtuale. Questo processo avviene attraverso degli strumenti web o comunque dei portali su internet.

¹⁸ L'insieme di tutte quelle applicazioni online che permettono uno spiccato livello di interazione sito-utente

Community

Quando parliamo di Community ci riferiamo ad un insieme di persone (un gruppo), accomunate da interessi medesimi e relazioni vincolanti, che condivide contenuti, comunica e collabora, e quindi produce conoscenza.

Possiamo identificare all'interno delle organizzazioni, almeno quattro tipologie differenti di community, che si diversificano per il tipo di impegno, di obiettivi, di coesione interna e di coordinamento.

Community di progetto. Si tratta di gruppi di persone che si formano per portare avanti un'attività. Sono community che hanno una discreta coesione interna e un certo grado di apertura a tutti, anche se i confini sono in genere molto netti e richiedono quindi un processo di accreditamento per poterne fare parte.

Community di Pratica online, ovvero gruppi di persone che condividono una pratica. Si tratta di community con un altissimo grado di coesione - sopravvivono in genere anche di fronte ai grandi cambiamenti organizzativi - e hanno dei confini abbastanza netti. Il loro output è il mantenimento della pratica.

Community trasversali dei saperi. Sono le community che assomigliano a quelle presenti in Rete, con un grado di coesione molto basso, dei confini che si auto delimitano sulla base dei problemi trattati e un coordinamento che si forma nel tempo in modo emergente. L'output è fatto di consigli, soluzioni e contenuti legati ai problemi della community.

Community ludiche, legate nello specifico a contenuti extra-lavorativi e si basano sugli interessi dei membri. Anche in questo caso il grado di coesione è molto basso e il coordinamento è affidato alle policy di comportamento.

D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. - Sezione IV

La «formazione»: processo educativo attraverso il quale trasferire ai lavoratori ed agli altri soggetti del sistema di prevenzione e protezione aziendale conoscenze e procedure utili alla acquisizione di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi;

L'«informazione»: complesso delle attività dirette a fornire conoscenze utili alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi in ambiente di lavoro;

L'«addestramento»: complesso delle attività dirette a fare apprendere ai lavoratori l'uso corretto di attrezzature, macchine, impianti, sostanze, dispositivi, anche di protezione individuale, e le procedure di lavoro.

5.4. - LA FORMAZIONE

5.4.1. - L'Appropriatezza nella Formazione: sviluppare "competenze non neutre"

L'approccio alla formazione e, quindi, allo sviluppo delle competenze in materia di salute e sicurezza in ottica di genere promuove l'adeguatezza del sistema di prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi.

Un sistema basato sull'**appropriatezza**, infatti avrà preso in considerazione le variabili di genere e le peculiarità individuali dei gruppi omogenei di lavoratori e lavoratrici, e quindi, i contenuti della formazione saranno modulati di conseguenza.

Allo stesso modo il tema dell'appropriatezza riguarda l'erogazione della formazione tenendo conto delle variabili di genere nella progettazione dei contenuti, nelle modalità didattiche, nel linguaggio, negli stili di comunicazione "sensibili al genere". Ciò è possibile attingendo alla vasta letteratura disponibile in materia.

Da non trascurare la scelta dei docenti e degli esperti il cui bagaglio di competenze ed esperienze non è mai neutro.

Tale approccio può determinare effetti positivi in termini di salute organizzativa: riduzione degli stereotipi di genere, rafforzamento delle capacità di *coping*, di *empowerment*, di auto-riflessività sul proprio lavoro, capacità di riconoscere le discriminazioni sul lavoro (verso sé ed altri/e) e le molestie sessuali, innalzando quindi il potenziale di salute della comunità lavorativa nel complesso.

Un tale auspicabile risultato della formazione sostiene il raggiungimento di un altro obiettivo legato all'**equità di genere** nella formazione, ovvero la capacità dell'azienda-ente o del soggetto erogatore di garantire condizioni di accesso e partecipazione alla formazione che tengano conto dei relativi ruoli sociali di donne e uomini:

- nell'analisi dei fabbisogni
- nella progettazione e nella didattica
- nei tempi e nelle modalità di organizzazione ed erogazione
- nel monitoraggio e nella valutazione



Modello 12: Processo della formazione

L'approccio partecipativo e riflessivo caratterizza le fasi salienti di analisi delle competenze utili ai diversi attori del sistema salute e sicurezza, a partire da lavoratori e lavoratrici, in considerazione del fatto che la persona competente cerca di comprendere la situazione lavorativa adeguando i propri schemi cognitivi attuali alle esigenze del compito, riflettendo sulla propria attività, cercando di mettersi nella condizione migliore per accedere a conoscenze generali e attuare risposte efficaci rispetto alla situazione problematica.

Essere competenti significa sempre più, in contesti di lavoro in evoluzione, essere capaci di gestire situazioni complesse e instabili. Di solito vengono individuate e ricercate le risorse che il lavoratore o la lavoratrice deve possedere, ma la persona è competente solo se sa mobilitare queste risorse nel modo appropriato nella situazione di lavoro.

Lo sviluppo delle competenze in una organizzazione in salute, quindi, presuppone due condizioni fortemente intrecciate: scelte organizzative tendenti a promuovere la riflessione sull'azione da parte dei singoli e una cultura di impresa come organizzazione che apprende. Una organizzazione fatta di donne e uomini.

D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Art. 20.

Obblighi dei lavoratori

1. *Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.*
2. *I lavoratori devono in particolare:*
 - a) *contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro omissis....;*
 - h) *partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;*

D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., Art. 37.

(Formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti)

1. *Il datore di lavoro assicura che **ciascun lavoratore** riceva una **formazione sufficiente ed adeguata** in materia di salute e sicurezza, anche rispetto alle conoscenze linguistiche, con particolare riferimento a:*
 - a) *concetti di rischio, danno, prevenzione, protezione, organizzazione della prevenzione aziendale, diritti e doveri dei vari soggetti aziendali, organi di vigilanza, controllo, assistenza;*
 - b) *rischi riferiti alle mansioni e ai possibili danni e alle conseguenti misure e procedure di prevenzione e protezione caratteristici del settore o comparto di appartenenza dell'azienda.*

Omissis

6. *La formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti deve essere periodicamente ripetuta in relazione **all'evoluzione dei rischi o all'insorgenza di nuovi rischi.** ...omissis*
10. ***Il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza ha diritto ad una formazione particolare in materia di salute e sicurezza concernente i rischi specifici esistenti negli ambiti in cui esercita la propria rappresentanza, tale da assicurargli adeguate competenze sulle principali tecniche di controllo e prevenzione dei rischi stessi.***
11. *Le modalità, la durata e i contenuti specifici della formazione del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza sono stabiliti in sede di contrattazione collettiva nazionale, nel rispetto dei seguenti contenuti minimi:*
 - a) *principi giuridici comunitari e nazionali;*

- b) *legislazione generale e speciale in materia di salute e sicurezza sul lavoro;*
- c) *principali soggetti coinvolti e i relativi obblighi;*
- d) *definizione e individuazione dei fattori di rischio;*
- e) *valutazione dei rischi;*
- f) *individuazione delle misure tecniche, organizzative e procedurali di prevenzione e protezione;*
- g) *aspetti normativi dell'attività di rappresentanza dei lavoratori;*
- h) *nozioni di tecnica della comunicazione.*

La durata minima dei corsi é di 32 ore iniziali, di cui 12 sui rischi specifici presenti in azienda e le conseguenti misure di prevenzione e protezione adottate, con verifica di apprendimento. ..omissis

13. Il contenuto della formazione deve essere facilmente comprensibile per i lavoratori e deve consentire loro di acquisire le conoscenze e competenze necessarie in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Ove la formazione riguardi lavoratori immigrati, essa avviene previa verifica della comprensione e conoscenza della lingua veicolare utilizzata nel percorso formativo.

5.4.2. - Le competenze di lavoratori e lavoratrici e dei loro rappresentanti

Per una migliore definizione di una formazione continua in materia di salute e Sicurezza, è utile sottolineare il concetto di “health literacy” o **“competenze chiave per la salute”** o “alfabetizzazione alla salute”, concetto che richiama la capacità individuale di essere attivi nella gestione della salute personale e nell’orientarsi in un sistema di salute sempre più complesso.

Le competenze per la salute accrescono la capacità dell’individuo di operare delle scelte che influiscono favorevolmente sulla propria salute nella vita quotidiana: a casa, sul posto di lavoro e nella società in generale. Aumentano, inoltre, la capacità di trovare informazioni, di comprenderle e di tradurle in azioni. Favorire lo sviluppo dell’health literacy significa anche ridurre le disuguaglianze di salute: è opportuno che l’elaborazione dei messaggi di prevenzione della salute tenga conto delle differenze individuali e delle comunità lavorative nell’approccio alla salute, considerando in modo particolare il ruolo della famiglia, il contesto socio-culturale, il genere di appartenenza e il livello di istruzione.

Il campo di ricerca della health literacy in ambito lavorativo è solo agli inizi e non è stato compiutamente formalizzato ed ancor meno dotato di prassi e linee operative nelle azioni di prevenzione e rimozione dei rischi per la salute. Il concetto di competenza è sfuggente, di difficile definizione e l’azione, nella quale essa si investe, ha

un senso specifico per il soggetto che la mette in opera. La competenza nel prendersi cura di sé è guidata da un'intenzionalità ed il saper agire non equivale ad un semplice saper fare.

Di fronte ai rischi e agli avvenimenti, di fronte alla complessità delle situazioni, alla persona competente è richiesto non solamente di saper eseguire, ciò che è richiesto ma di andare al di là, di saper innovare se necessario. La persona competente, in situazioni inconsuete, sa “che cosa fare”, ossia è in grado di mettere in opera delle condotte ed azioni pertinenti. È evidente quanto ciò sia cruciale in caso di pericolo inatteso o imprevisto.

L'azienda, selezionando il proprio personale, può solo individuare persone che abbiano risorse disponibili e capacità di attivazione e combinazione appropriate. Il lavoro competente si costruisce insieme, con un'intelligente azione organizzativa.

L'approccio di intervento efficace, quindi, è quello che permette a donne e uomini, con le specificità del caso, di rilevare le percezioni del proprio stato di salute e, contemporaneamente, promuove l'empowerment e cioè, in primo luogo, lo sviluppo di competenze di consapevolezza del sé e di padronanza di sé, motivazione, empatia, resilienza, coping, abilità sociali.

Da una formazione neutra ad una formazione in ottica di genere

Contenuti “neutri” previsti dal Testo unico	Integrazione di genere dei contenuti
a) principi giuridici comunitari e nazionali	principi giuridici relativi alla equità di opportunità e non discriminazione comunitari e nazionali
b) legislazione generale e speciale in materia di salute e sicurezza sul lavoro	conciliazione vita lavoro; azioni positive; codici di condotta e codici etici
c) principali soggetti coinvolti e i relativi obblighi	ruolo delle/i consigliere/i e organismi di parità (es. i CUG); delle/i consigliere/i di fiducia
d) definizione e individuazione dei fattori di rischio	fattori organizzativi rilevanti nel determinare pericoli diversi per donne e uomini
e) valutazione dei rischi	variabili di genere nell’esposizione e negli esiti di salute
f) individuazione delle misure tecniche, organizzative e procedurali di prevenzione e protezione	appropriatezza della misure in ottica di genere
g) aspetti normativi dell’attività di rappresentanza dei lavoratori	anche in base al genere
h) nozioni di tecnica della comunicazione	Le forme di comunicazione non sessista e il superamento degli stereotipi

5.4.3. - Appropriatezza della Formazione dei professionisti del Sistema SSL

Un professionista è abitualmente considerato un esperto che risolve problemi applicando nella pratica teorie e tecniche prodotte in campo scientifico.

Se il professionista, seguendo il modello della razionalità tecnica, di fronte a una situazione concreta attinge al magazzino di problemi e soluzioni che la scienza ha predisposto, sa che può operare con rigore; ma lo schema scelto può non essere pertinente, ovvero non riflettere in modo adeguato la situazione affrontata per quanto riguarda in particolare la valutazione dei rischi per donne e uomini, se non si conoscono le evidenze scientifiche riferibili alle variabili uomo donna nel lavoro e nella salute.

Se invece non segue la razionalità tecnica, il professionista si confronta con la situazione utilizzando il repertorio di esempi, immagini, descrizioni e azioni che racchiude il complesso della sua esperienza e di cui dispone per comprendere e formulare nuove ipotesi.

È un dato di fatto che tutta la cultura incentrata sulla salute e sicurezza sul lavoro si sia sin qui sviluppata intorno ad un approccio “neutro” ed è quindi verosimile che non ci siano esempi o modelli da seguire o non almeno in tutti gli ambiti professionali.

La strategia del professionista consiste, allora, nel saper *vedere* la situazione come qualcosa che è già presente nel suo repertorio, senza che questo significhi includerla in una categoria o in una regola consuete. Vedendo questa situazione come una già nota, può agire in una situazione nuova in modo pertinente. La situazione consueta funge da precedente, o da caso esemplare, il *vedere come*, assume una forma definita “metafora generativa”, che consente di relazionare l’esperienza passata al caso unico. È la capacità di “vedere come” e “agire come” che permette di “sentire” i problemi che non si adattano a regole predefinite.

Ciò sta a significare che il professionista ha bisogno di immaginare un modo nuovo, di percepire le peculiarità e le differenze. Solo allora potrà attivare le proprie risorse per rispondere a domande che non si era mai posto o che non gli erano mai state formulate.

La produzione di conoscenza, per ognuno/a sarà peculiare e soggettiva, dal momento che il corpo è il “luogo” in cui i concetti di salute e malattia, ma anche quelli di differenza (di sesso, genere, età, cultura...) prendono forma, diventano esperienze concrete. Il “genere” stesso è, infatti, un concetto “incarnato” in quanto non può prescindere dai corpi di chi osserva e di chi è oggetto dell’osservazione; entrando in un luogo di lavoro noi osserviamo ed agiamo a partire dal nostro essere donna o uomo: non è dato essere “neutri”.

Avremo una nostra peculiare visione del mondo, del rapporto tra i sessi, avremo degli stereotipi e dei punti di vista sull’equità. Saremo o non saremo in grado di individuare e percepire le disuguaglianze e le discriminazioni.

Per trasformare tutto questo in competenze situate e in azioni pertinenti anche al di fuori dalla razionalità tecnica, è necessario, quindi, voler e poter traslare ambiti del sapere e del saper fare dal noto (neutro) al meno noto (approccio di genere).

Tenere conto del genere di appartenenza: come si fa? Quali sono le specificità di uomini e donne nel loro rapporto con il lavoro e la salute? Come si può, quindi, spostare l'analisi relativa alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro dai "rischi" alla salute e al benessere individuale ed organizzativo?

5.4.4. - Standard minimi di competenze dei professionisti

- Capacità di assumere un'ottica di genere per saper riconoscere le peculiarità, e quindi, le differenze tra donne e uomini nel lavoro e la loro possibile relativa disuguaglianza in termini di esposizione a condizioni influenti sullo stato di salute complessivo;
- capacità di motivare come e in quali specifiche condizioni il genere di appartenenza degli individui possa influenzare lo stato di salute per quanto riguarda l'esposizione ai rischi e allo stato di vulnerabilità;
- Capacità di comprendere natura, severità o frequenza dei problemi di salute di donne e uomini;
- Conoscenza delle fonti scientifiche e capacità di riconoscere i possibili differenti modi in cui i vengono percepiti da donne e uomini i sintomi e i comportamenti relativi alla salute, l'accesso ai servizi sanitari, la capacità di seguire le indicazioni relative alle misure di prevenzione, le conseguenze a lungo termine in ambito sociale e sanitario;
- Capacità di individuare e descrivere le eventuali iniquità fondate sul genere di appartenenza, in relazione alla salute, alla formazione, alle risorse economiche e alla carriera;
- Capacità di individuare i differenziali di genere nell'impostare le misure di prevenzione e protezione, nella valutazione dei rischi, nel monitoraggio e nell'analisi dei dati;
- Capacità di identificare i fattori neutri che possano produrre impatti differenti su donne e uomini nei programmi e negli interventi.

D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., Art. 25. Obblighi del medico competente

1. Il medico competente:

- a) *collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute, secondo i principi della responsabilità sociale;*
- b) *programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 attraverso protocolli sanitari **definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati;***

omissis

- g) *fornisce informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione della attività che comporta l'esposizione a tali agenti. Fornisce altresì, a richiesta, informazioni analoghe ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;*
- h) *informa ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 e, a richiesta dello stesso, gli rilascia copia della documentazione sanitaria;*
- i) *comunica per iscritto, in occasione delle riunioni di cui all'articolo 35, al datore di lavoro, al responsabile del servizio di prevenzione protezione dai rischi, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e fornisce indicazioni sul significato di detti risultati ai fini della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori;*
- l) *visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi; la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al datore di lavoro ai fini della sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi;*
- m) *partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini della valutazione del rischio e della sorveglianza sanitaria;*
- n) *comunica, mediante autocertificazione, il possesso dei titoli e requisiti di cui all'articolo 38 al Ministero della salute entro il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.*

5.4.5. - I Medici del lavoro e i medici competenti. Nuovi fabbisogni formativi

Un discorso più ampio ed articolato potrà essere affrontato successivamente in riferimento ai fabbisogni di formazione dei medici del lavoro, sia quelli operanti nei servizi territoriali ed ispettivi che quelli con ruolo di medico competente. In questa riflessione riferita alle prospettive della formazione, prendiamo in considerazione prevalentemente la figura del medico competente che, nel caso di problemi di salute correlati al lavoro, è il primo interlocutore in azienda, benché talvolta la persona si rivolga al proprio medico di medicina generale.

Il medico competente ha una serie di compiti/obblighi tra cui la sorveglianza sanitaria che costituisce una delle misure di prevenzione per i lavoratori esposti a rischi per la salute per cui sono previsti dei valori limite. “Il rispetto di tali valori limite non garantisce effettiva ed eguale tutela a tutti i lavoratori esposti stante la suscettibilità individuale di ognuno per effetto delle differenze di genere, di età, delle caratteristiche genetiche e della coesistenza di eventuali patologie extralavorative. La sorveglianza sanitaria serve a far sì che si adottino misure di prevenzione adeguate al singolo lavoratore e nel contempo, a livello collettivo, consente di osservare gli effetti sulla salute di gruppi omogenei di lavoratori esposti ai medesimi rischi valutando altresì l’efficacia delle misure di prevenzione adottate.”

(F. D’orsi 2009)

Il medico competente partecipa anche alla promozione di programmi volontari di promozione della salute che rappresenta un modello di prevenzione ancora estraneo alla cultura della salute sul lavoro in Italia, mentre è già affermato in altri Paesi europei che stimano anche i vantaggi economici di tale approccio.

Svolgere un compito così complesso presuppone un’adozione dell’ottica di genere e competenze specialistiche secondo l’approccio della medicina di genere.

Tale sensibilità e competenza consente ai professionisti sanitari di affrontare il proprio lavoro con maggiore efficacia ed appropriatezza cosa che determina effetti positivi su uomini e donne e quindi diviene implicita la necessità di formare sulle questioni di genere i medici curanti e i medici del lavoro.

In medicina convenzionale, la malattia di un paziente di solito è ricondotta ad un insieme di segni e sintomi in un quadro biomedico. In questo quadro l’attenzione alle questioni di genere è marginale o nulla.

Inoltre, la formazione medica è di tipo neutro, in quanto poca o nessuna attenzione è concessa alle differenze di sesso e genere. Pertanto, non sorprende più di tanto che le differenze di genere rimangano sconosciute e non indirizzino la prestazione di cure sanitarie.

Per una prevenzione e cura adeguate, l'approccio dei professionisti della salute dovrebbe, invece, essere più in sintonia con la prospettiva di genere. Una tale capacità degli operatori sanitari, infatti, può determinare una sensibilità di genere nelle decisioni cliniche.

Questo richiede la consapevolezza che il genere:

- 1) ha un impatto sulla salute
- 2) influisce sulla richiesta di visite mediche
- 3) ha rilevanza nelle scelte e le opzioni adottate nell'intero processo di prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi
- 4) determina la necessità di una strumentazione tecnico professionale specifica adeguata

Ma di quale sintomo/malattia il professionista si fa carico?

- della malattia/sintomo/disturbo sotto il profilo strettamente biomedico, in quanto associazione di sintomi clinici: ad esempio "l'evidenza" che si ottiene attraverso le procedure diagnostiche richieste dal medico competente? (*disease*);
- della percezione soggettiva della malattia da parte della persona: nel lavoro posso sentirmi male perché, dal mio punto di vista, subisco pressioni o perché devo fare troppe cose contemporaneamente, perché non ho sviluppi di carriera adeguati alle mie potenzialità o perché il condizionatore manda aria troppo fredda o troppo calda? (*Illness*);
- del significato che assume la malattia/sintomo/disturbo nel contesto sociale in cui si trova l'individuo: il significato, ad esempio assunto dall'essere assente dal lavoro per influenza o per un dolore cronico piuttosto che da un cancro? (*Sickness*).

Come abbiamo avuto e avremo modo di vedere, in ognuna delle prospettive prese in considerazione le variabili di genere fanno la differenza.



L'approfondimento - **È possibile formare i medici su un modello di appropriatezza basata sul genere?**

Uno studio¹⁹ condotto dall'Università di Maastricht, dal Women's Studies Medical Sciences e dalla Radboud University Nijmegen (Olanda) dimostra che la sensibilità di genere può essere stimolata tra i professionisti (in questo caso medici di medicina generale) formati su casi di pazienti condotti in modo non routinario. La combinazione del programma di formazione, le raccomandazioni chiare e concrete, la discussione ogni giorno di casi rilevanti da parte di coppie di medici, così come feedback e sostegno da parte del gruppo di studio, hanno probabilmente contribuito a questo risultato.

Durante il periodo di formazione, i medici sono stati visitati dal gruppo di studio per discutere il processo di raccolta dei dati. Queste visite servivano come promemoria per compilare i moduli di iscrizione e sono state mirate a trovare le difficoltà pratiche di applicazione delle raccomandazioni nella pratica medica. Durante le visite si è riscontrato, ad esempio, che i team di medici non compilavano un modulo per tutte le prime visite di pazienti affetti da angina pectoris, depressione e incontinenza urinaria.

I dati mostrano che più moduli di iscrizione sono stati completati per le femmine rispetto ai pazienti maschi per le tre condizioni. Una spiegazione potrebbe essere che le donne hanno più contatti con i loro medici di base degli uomini. Per l'angina pectoris, in particolare, un'attenzione particolare alle donne è stata ritenuta urgente e garantita durante il programma di formazione. Questo era in reazione a contrastare la tendenza a mettere attenzione sui sintomi tipici e a uno stile di presentazione maschile.

Questa attenzione non era solo finalizzata a ridurre al minimo gli effetti di genere sulla salute degli uomini e delle donne con angina pectoris, ma piuttosto a correggere gli squilibri esistenti nella pratica generale. Anche se occorre prestare attenzione ai sintomi atipici delle donne, l'attenzione ai sintomi tipici è ancora necessaria per entrambi i sessi. Per quanto riguarda la depressione e l'incontinenza urinaria, il numero di moduli di iscrizione compilata per i pazienti di sesso femminile può essere spiegata con una maggiore prevalenza di queste condizioni in donne che si rivolgono alla medicina generale.

In linea con studi precedenti, è anche possibile affermare che la crescente consapevolezza delle questioni di genere nella formazione e nella pratica medica ha portato ad una maggiore attenzione sulle donne.

¹⁹ Tratto da: Halime H Celik e al. 2008

5.5. - LA GESTIONE DELLA SICUREZZA E LA VALUTAZIONE DEI RISCHI

Un sistema di gestione della salute e sicurezza è, come noto, un insieme di piani, azioni e procedure finalizzate a governare in maniera sistematica tutte le questioni relative alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, costituisce un elemento essenziale per ogni organizzazione. Basu e Wright (1997) considerano la gestione della salute e sicurezza uno dei sei elementi chiave per il successo di un'organizzazione alla stregua del *marketing* e dell'innovazione. La base del successo di un sistema di gestione della salute e sicurezza è il processo di valutazione del rischio²⁰ (BSI, 2004) che può essere definito come una procedura sistematica per l'analisi dei componenti del lavoro finalizzata a definire e valutare i rischi e le caratteristiche di sicurezza.

Per ottimizzare la sicurezza lavorativa nelle imprese è essenziale seguire un metodo sistematico ed in ogni processo di valutazione dei rischi dovrebbero essere identificati alcuni passi chiave. Nella maggior parte dei casi un approccio a cinque stadi è considerato adeguato, tuttavia, esistono modelli a più stadi che possono essere altrettanto idonei, specialmente nel caso di rischi e circostanze particolarmente complesse. I principali passi del processo di valutazione dei rischi sono:

- identificazione dei pericoli e identificazione del lavoratore/trice esposta al rischio;
- stima del rischio;
- definizione delle azioni preventive o di rimozione del rischio;
- messa in atto delle azioni;
- monitoraggio e revisione per processo strutturato.

Un approccio sistematico alla sicurezza sul lavoro è la chiave per ottimizzare la sicurezza lavorativa nelle imprese e se implementata correttamente la valutazione del rischio può migliorare significativamente la sicurezza e la salute sul lavoro oltre a migliorare la performance lavorativa in generale.

5.5.1. - La valutazione dei rischi: un po' di storia

A partire dagli anni '70 fino ad oggi sono stati sviluppati vari schemi per la valutazione ed il controllo dei rischi. Questi schemi essenzialmente consistono di una matrice che descrive la probabilità che si verifichi un evento e la severità associata ad esso. Le matrici di rischio sono delle tabelle in cui la combinazione di certi parametri porta all'individuazione di un livello di rischio per ogni tipo di evento rischioso considerato.

²⁰ British Standard Institution (BSI) (2004). *BS 8800:2004. British Standard. Occupational health and safety management systems - Guide*. London:BSI

La matrice di rischio standard è bidirezionale (BSI, 2004; Harms-Ringdahl, 2001; Rouhiainen & Gunnerhed, 2002), ma può avere anche più di due dimensioni (Görnemann, 2007). In aggiunta alle matrici di rischio possono essere utilizzati dei grafici di rischio (Aneziris, 2006; Brandsæter, 2002; ISO, 2007). In Europa, in accordo ad uno standard ampiamente usato, BS 8800:2004, vengono identificati tre livelli di danno sulla salute (lieve, moderato e alto) e il numero delle categorie di rischio è pari a cinque (Molto basso; Basso; Medio; Alto; Molto alto); inoltre, tre variabili di rischio vengono ottenute dalla valutazione della tollerabilità al rischio (etichettate come: rischio accettabile, tollerabile, inaccettabile). Woodruff (2005) in Inghilterra ha proposto un altro tipo di modello di valutazione che si basa sulla seguente: $R = S \times P$. Dove R indica il rischio, S la severità del danno e P la probabilità dell'occorrenza del danno. Inserendo dei valori di accettazione in tale equazione si ottengono due equazioni, una per il limite minimo ed una per il limite massimo di tollerabilità di un danno. Infine, viene creata una matrice di rischio in cui l'ordinata è costituita dalla probabilità dell'occorrenza del danno (P) e l'ascissa dalla severità del danno (S), e sono determinati tre livelli di rischio (accettabile, tollerabile, inaccettabile). Recentemente sono stati sviluppati altri modelli per la quantificazione dei rischi occupazionali che si basano sul concetto di diagrammi a blocchi funzionali (Aneziris et al., 2006; De Vries & Stein, 2008; Papazoglou, 1998; Papazoglou & Ale, 2007). Questi modelli incorporano i vantaggi degli alberi di eventi nei quali possono trovare posto eventi a multistadi e il calcolo delle probabilità di accadimento tra eventi dipendenti. Altri modelli sono: l'*Workplace Exposure Assessment*, sviluppato negli USA, che si basa su questionari e che consente di valutare l'esposizione ad agenti biologici, chimici e fisici e di classificare su tre livelli l'esposizione al rischio (basso, medio, alto); EAS (Booher et al., 2005) che combina l'informazione sull'esposizione al rischio (per agenti biologici, chimici e fisici) con informazioni riguardanti il rischio sulla salute.

5.5.1.1. - Includere le questioni di genere nella valutazione dei rischi

Come anticipato, la prevenzione in tema di SSL necessita di un approccio sensibile alle specificità di genere. L'intento di fondo è quello di esaminare efficacemente i rischi e i problemi di salute meno visibili e che sono più comuni tra le lavoratrici e i lavoratori, in modo da porre in essere adeguati interventi preventivi.

Poiché esistono differenze di genere in tutta una serie di problematiche di più ampio contesto connesse alle situazioni lavorative, come i conflitti tra lavoro e sfera personale, la discriminazione e i livelli di coinvolgimento nei processi decisionali sul lavoro, la prevenzione dei rischi richiede un approccio di tipo olistico se si vuole che tutte le differenze di genere ritenute pertinenti siano prese in considerazione.

Tuttavia, per realizzare questo obiettivo occorrono orientamenti, interventi di sensi-

bilizzazione e formazione finalizzati all'adozione di un simile approccio. La valutazione dei rischi potrebbe essere rivista in una prospettiva sensibile al genere. Infatti, sebbene la maggior parte della legislazione europea in materia di SSL sia neutrale rispetto al genere, sarebbe comunque possibile applicarla in forme sensibili al genere (EU-OSHA, 2003).

5.5.1.2. - I cinque passi del processo di valutazione dei rischi in ottica di genere proposti dalla OSHA

Come si è visto il processo di valutazione dei rischi si articola principalmente in cinque fasi (Individuazione dei rischi, Valutazione dei rischi, Definizione delle misure preventive, Implementazione delle soluzioni, Monitoraggio e revisione). L'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro ha proposto dei suggerimenti per includere gli aspetti di genere nella valutazione dei rischi per ciascuna di queste fasi.

Suggerimenti dell'Agenzia Europea per includere gli aspetti di genere nella valutazione dei rischi

Passo 1. Individuazione dei rischi

elenco esemplificativo:

- Considerare i rischi più frequenti nelle mansioni prevalentemente maschili e in quelle prevalentemente femminili, ad esempio toccando gli ambiti evidenziati in questo documento.
- Considerare tanto i rischi per la salute quanto quelli per la sicurezza.
- Chiedere in forma strutturata sia alle donne che agli uomini quali problemi incontrano nel lavoro.
- Evitare di considerare qualsiasi elemento come scontato o futile in partenza.
- Considerare tutta la forza lavoro, ad esempio gli addetti alle pulizie e alla reception.
- Non tralasciare i lavoratori part-time, a contratto temporaneo e interinali, né le persone in congedo per malattia nel periodo della valutazione.
- Esortare le donne a riferire ogni cosa che, a loro giudizio, potrebbe incidere sulla loro salute e sicurezza sul lavoro, oltre ai problemi di salute che potrebbero collegarsi al lavoro.
- Considerare i temi di carattere più generale sollevati in questo studio e porre domande in merito.

Step 2.
Valutazione dei rischi

elenco esemplificativo:

- Considerare le effettive mansioni svolte nel contesto lavorativo reale.
- Astenersi dal fare ipotesi riguardo all'esposizione che siano aprioristicamente basate sulla descrizione delle mansioni o sulle qualifiche aziendali.
- Esercitare accuratezza nel definire l'incidenza di genere, assegnando priorità ai rischi in termini di alto, medio e basso.
- Coinvolgere le lavoratrici nella valutazione dei rischi. Considerare la possibilità di formare circoli della salute e impiegare metodi di mappatura dei rischi. Interventi di stimolo alla partecipazione basati su questioni di ergonomia e stress possono fornire una serie di validi approcci.
- Accertarsi che le persone che conducono la valutazione siano sufficientemente informate e preparate sulle problematiche di genere nella SSL.
- Accertarsi che gli strumenti impiegati nella valutazione comprendano elementi rilevanti sia per i lavoratori che per le lavoratrici, e in caso contrario procedere al loro adattamento.
- Se si ricorre ad aiuti esterni per la conduzione della valutazione dei rischi, informare queste persone che sarà utilizzato un approccio sensibile alle specificità di genere e verificare che siano in grado di utilizzarlo.
- Prestare attenzione ad ogni aspetto di genere ove siano in programma modifiche che interessano il posto di lavoro e vengano prese in esame le conseguenze ai fini della SSL.

Ad esempio, nel caso dello stress, includere:

- interfaccia casa-lavoro, e orari di lavoro sia degli uomini che delle donne;
- sviluppo della carriera;
- molestie;
- fattori di stress emotivo;
- interruzioni impreviste e necessità di fare molte cose diverse in una volta.

Ad esempio, per la salute della sfera riproduttiva:

- includere i rischi per la sfera riproduttiva sia maschile che femminile;
- considerare tutte le aree della salute della sfera riproduttiva, non solo le donne in gravidanza.

	<p>Ad esempio, per i disturbi muscolo-scheletrici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerare in chiave critica cosa è considerato “lavoro leggero”. Quanto impegno muscolare statico richiede? La mansione richiede di stare a lungo in piedi? Quali carichi vengono effettivamente maneggiati, e quanto spesso?
<p>Passo 3 e 4. Decisione e Implementazione delle soluzioni</p>	<p>elenco esemplificativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puntare all'eliminazione dei rischi alla fonte, per offrire un ambiente di lavoro sano e sicuro a tutti i lavoratori. In questa azione sono compresi i rischi a carico della sfera riproduttiva. • Prestare attenzione alle diverse popolazioni e adattare il lavoro e le misure preventive al lavoratore, ad esempio a livello di scelta dei dispositivi di protezione in base alle esigenze individuali, ossia adatti alle donne e a quegli uomini che non rientrano nella “media maschile”. • Coinvolgere le lavoratrici nelle decisioni relative alle soluzioni e nell'implementazione di queste ultime. • Accertarsi che tanto le lavoratrici quanto i loro colleghi uomini dispongano di informazioni e preparazione sugli aspetti della SSL relativamente ai lavori che svolgono, alle effettive condizioni di lavoro e agli effetti sulla salute. Garantire l'inclusione dei lavoratori part-time, temporanei e interinali.
<p>Passo 5. Monitoraggio e revisione</p>	<p>elenco esemplificativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accertarsi che le lavoratrici partecipino ai processi di monitoraggio e revisione. • Aggiornarsi rispetto alle nuove informazioni sulle questioni di SSL in relazione al genere. <p>Sia la valutazione del rischio che il monitoraggio possono rientrare nell'ambito della vigilanza sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Includere azioni di vigilanza relative alle mansioni sia degli uomini che delle donne. • Esercitare cautela nel formulare ipotesi, ad esempio fondate sulla qualifica aziendale, in merito ai soggetti da includere nelle attività di monitoraggio. <p>L'archiviazione degli incidenti è un aspetto importante sia della valutazione del rischio che del monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorire la tenuta di un archivio delle problematiche di salute occupazionale nonché degli incidenti sul lavoro.

Attività generali

- Riesaminare la politica per la sicurezza. In particolare, prevedere l'impegno verso l'integrazione (mainstreaming) degli aspetti di genere, unitamente ai relativi obiettivi e procedure.
- Garantire che i servizi per la salute sul lavoro, sia esterni che interni, utilizzati adottino un approccio sensibile al genere.
- Fornire a coloro che si occupano della valutazione dei rischi, ai dirigenti e ai supervisori, ai rappresentanti sindacali, ai comitati per la sicurezza, ecc., informazioni e formazione appropriate su problematiche di genere riguardanti i rischi per la salute e la sicurezza
- Collegare la SSL ad ogni intervento finalizzato alla parità sul posto di lavoro, ivi compresi i piani di parità tra i sessi.
- Ideare modi per incoraggiare un maggior numero di donne a partecipare alle attività dei comitati per la sicurezza, facendo in modo, ad esempio, che le riunioni vengano tenute in orari nei quali le donne possono essere presenti.

Fonte: Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, 2003

5.5.2. - Introduzione alla valutazione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro in ottica di genere (DVR-G)©

L'adozione di un approccio di tipo "neutro" rispetto al genere contribuisce al perdurare di lacune sul piano delle conoscenze e ad avere un livello di prevenzione meno efficace.

La valutazione dei rischi che tenga conto delle differenze di genere (sia in termini di variabili peculiari attribuibili ad un genere che in termini di posizioni relative di donne e uomini rispetto ad un determinato fattore) rispecchia le peculiari caratteristiche (biologiche, sociali e culturali) maschili e femminili nella loro interazione con l'organizzazione e le caratteristiche dell'attività lavorativa: tali differenze sono sottolineate sia per i rischi già noti e censiti (chimici, biologici, fisici, ergonomici), che per i rischi di carattere organizzativo e psicosociale.

Ad oggi sono ancora presenti evidenti lacune in termini di letteratura medico-scientifica, tuttavia le attuali conoscenze permettono di attuare una adeguata analisi dei

rischi in ambito lavorativo, in modo da garantire un significativo livello di protezione psico-fisica dei lavoratori e lavoratrici.

D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Art. 28

Oggetto della valutazione dei rischi: 1. La valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004 (. omissis ...).

Per la prima volta, con l'emanazione del D.Lgs. 81/2008, si prevede esplicitamente di mettere in relazione la valutazione dei rischi con le specificità delle lavoratrici e dei lavoratori, tenendo conto delle variabili relative alle peculiarità individuali della popolazione lavorativa.

5.5.3. - Il Documento per la Valutazione dei Rischi in ottica di Genere (DVR-G)©

In un processo aziendale di perseguimento degli obiettivi di Salute e Sicurezza sul Lavoro per tutti i lavoratori e lavoratrici, il processo fondamentale da prendere in considerazione è costituito dalla **valutazione dei rischi e dalla redazione del DVR**.

Tutte le attività svolte in una struttura e quelle che un'azienda può svolgere esternamente, le attività svolte da terzi in ambito aziendale che possono interferire con le proprie attività, nonché gli aspetti organizzativi ed operativi che possono influire significativamente sulla sicurezza in ottica di genere sono analizzate per individuare i pericoli presenti.

Esistono molti strumenti e metodologie per la valutazione dei rischi che possono aiutare le aziende e le organizzazioni a valutare i rischi presenti sul lavoro. La scelta del metodo dipenderà dalle condizioni del luogo di lavoro, come il numero di lavoratori, il tipo di attività (ad es. attività ripetitive, incarichi occasionali o a elevato rischio) e le attrezzature utilizzate, le caratteristiche del luogo di lavoro (sede fissa o transitoria) e gli eventuali rischi specifici.

In altri termini non esiste un modo univoco di effettuare una valutazione dei rischi: a seconda delle circostanze, possono rivelarsi efficaci, approcci diversi.

Sicuramente la piena attenzione verso il genere e la conseguente integrazione in un più ampio approccio metodologico alla **Valutazione dei Rischi**, passa attraverso l'esplicitazione di tali istanze nella Politica Aziendale. Essa deve far comprendere i principi cui s'ispira ogni azione aziendale, deve essere finalizzata alla salute e sicurezza e al benessere di tutti i partecipanti alla vita aziendale e ad essa tutti devono attenersi in rapporto al proprio ruolo ed alle proprie responsabilità.

Occorre, comunque, sottolineare come già il legislatore mostri la strada ai soggetti responsabili in ambito di SSL attraverso il D.Lgs. n.81/2008 e s.m.i.: *dal testo emergono con chiarezza alcuni principali indicatori di tale scelta di fondo, come l'introduzione dell'obbligo di individuazione delle procedure e l'inserimento di queste nel documento di valutazione dei rischi, la precisione nel definire il ruolo del dirigente e del preposto e l'inserimento nel DVR stesso dell'organigramma aziendale in tema di sicurezza.*

Il cardine centrale è sicuramente rappresentato dall'introduzione della "specificità e soggettività" dei lavoratori, nel nuovo modello di valutazione del rischio.

In definitiva il vero *quid* che distingue un metodo tradizionale di fare la sicurezza in azienda da un approccio realmente appropriato dal punto di vista metodologico, è costituito dall'abbandono di un modello di valutazione dei rischi generalista e generico, quand'anche orientato all'ottica di genere, in favore di una valutazione *personalizzata*, ritagliata per ogni gruppo omogeneo di lavoratori (pur tenendo conto del sesso di appartenenza), fino al singolo lavoratore/lavoratrice in caso di unicità dell'esposizione ad un particolare fattore di rischio.

È con questo obiettivo che è stato elaborato un **nuovo modello di valutazione dei rischi** che, partendo dalla letteratura e dall'esperienza consolidata in ambito nazionale, in particolare seguendo lo standard OHSAS 18001 e le Linee guida sui sistemi di gestione della sicurezza a cura di UNI-INAIL-ISPEL-Parti sociali, 2001, ed europeo con le OSHAS 18001, sia in grado di restituire una fotografia reale di ogni comparto produttivo considerato.

La prevenzione, la riprogettazione dei luoghi di lavoro, gli interventi di rimozione dei fattori di rischio, devono essere improntati alla capacità di intervenire con provvedimenti differenziati secondo le peculiarità uomo/donna con l'obiettivo di migliorare le condizioni dell'organizzazione, dei luoghi e delle postazioni di lavoro.


Nella stessa ottica di specificità degli interventi, anche le modalità di definizione di regole, procedure, norme di comportamento devono seguire regole di peculiarità, essere mirate a specifici obiettivi e formulate secondo criteri di priorità. In sintesi la sicurezza sui luoghi di lavoro non si raggiunge prevedendo e prescrivendo tutte le conosciute forme di tutela e protezione, ma solamente quelle utili per ogni specifica

mansione/attività, a seguito di un'attenta analisi dei rischi che considera le possibili specificità legate al genere.

Inoltre è allo studio l'implementazione di Schede di Rischio elaborate in ottica di genere per i rischi chimico, fisico, biologico, da sovraccarico biomeccanico, psico-sociale e stress lavoro-correlato; le schede conterranno indicazioni per una valutazione che tenga conto delle eventuali differenze nella interazione con il rischio in base al genere (assorbimento, metabolismo, escrezione, fattori ormonali/costituzionali, impegni extralavorativi, interfaccia casa-lavoro, orari di lavoro, tipologia di contratto, ecc.).

In esse saranno riportati suggerimenti per un approccio alla prevenzione sensibile alle specificità di genere, sia in relazione alla riduzione/rimozione del rischio, che alla scelta dei Dispositivi di Prevenzione Individuali; nelle schede saranno infine presenti delle raccomandazioni per il coinvolgimento di tutti i lavoratori e di coloro che svolgono una funzione attiva nel sistema di sicurezza aziendale, nella individuazione delle azioni preventive e nella formazione/informazione.

Le Schede di Rischio verranno sperimentate in specifici settori produttivi o servizi, via via individuati, in modo da coprire progressivamente un campo sempre più esteso. Ciò al fine di fornire alle aziende uno strumento di lavoro snello ma al tempo stesso utile, sia all'acquisizione di una consapevolezza delle specificità di genere sia all'effettuazione di una valutazione dei rischi che ne tenga conto.

A close-up photograph of three hands of different skin tones—light, dark, and medium—clasped together in a supportive grip. The hands are positioned vertically, with the light-skinned hand at the top, the dark-skinned hand in the middle, and the medium-skinned hand at the bottom. The fingers are interlaced, and the thumbs are visible, pointing towards the center. The background is a plain, light-colored surface.

Evidenze scientifiche
delle variabili di genere

6. - LE EVIDENZE SCIENTIFICHE DELLE VARIABILI DI GENERE: UN PRIMO PASSO

6.1. - SALUTE SUL LAVORO: EVIDENZE SCIENTIFICHE E VARIABILI DI GENERE

Individuata l'importanza e la necessità, non più procrastinabile, di promuovere un nuovo approccio alla ricerca scientifica, ci si è proposti qui di avviare il primo passo di una indagine volta ad indagare lo stato attuale delle evidenze scientifiche *gendered*, attraverso la classificazione delle pubblicazioni, nel tentativo di evidenziare l'interesse e le scelte della ricerca scientifica stessa verso gli esiti di salute legati al lavoro, in modo specifico per donne e uomini.

A questa prima analisi, seguirà una ricerca approfondita, volta a produrre una *review* delle pubblicazioni esistenti e a raccogliere le evidenze scientifiche *gender based*, al fine di trarne gli elementi su cui fondare gli strumenti e gli standard per una valutazione dei rischi e una prevenzione fondate sull'appropriatezza e l'equità sensibile al genere.

L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di ricercare, sulla base delle pubblicazioni medico scientifiche recenti, quanto il genere sia considerato negli studi legati alla salute sul lavoro, e di rispondere alla seguente domanda: *Quanta e quale attenzione viene dedicata alle differenti tipologie di rischio ed agli esiti di salute legati al lavoro, per le donne e per gli uomini?*

I risultati ottenuti, hanno permesso di costruire un quadro descrittivo dell'interesse della comunità scientifica rispetto agli esiti di salute, per donne e uomini intesi come forza lavoro: l'ottica di genere è entrata a pieno titolo negli studi scientifici, e tuttavia, l'attenzione al genere maschile, o ancor più al neutro universale, continua a prevalere mentre il genere femminile rimane sotto-indagato.

6.2. - L'AGGIORNAMENTO DELLO STUDIO DELL'OSHA

Partendo da uno studio del 2003 a cura del gruppo di lavoro della European Agency for Safety and Health at Work, volto ad indagare il numero e la tipologia delle pubblicazioni scientifiche prodotte a livello internazionale in tema di salute sul lavoro e genere, si è deciso di implementare lo strumento di ricerca allora costruito.

Cerchiamo di capire brevemente il perché della scelta e di cosa si tratta. La ricerca svolta dalla European Agency (Ispesl, 2004), ha voluto indagare l'attenzione dedicata ai problemi di salute sul lavoro e alle donne²¹. L'obiettivo di indagine era quello di avvalorare alcune affermazioni, quali la necessità di regolamentare e inserire le pro-

blematiche riferite al genere nel monitoraggio in materia di salute e sicurezza sul lavoro, nonché di adottare approcci di tipo interdisciplinare per la ricerca di genere. Il gruppo di lavoro ha perciò avviato una raccolta ed analisi delle pubblicazioni scientifiche prodotte negli anni 1999-2002, attraverso il database scientifico, di pubblico accesso, Medline (Pubmed). La ricerca è stata impostata partendo dalla definizione di più parole chiave in grado di indagare la presenza o assenza di attenzione verso donne e uomini rispetto ai problemi di salute legati al lavoro. Infatti, anche se la domanda posta si riferisce unicamente alle donne, per poter misurare il livello di attenzione è necessario indagare entrambi i sessi, al fine di usufruire di una base forte sulla quale costruire delle comparazioni e misurazioni.

Il lavoro di indagine e ricerca realizzato è stato quello di approfondire ed ampliare il campo di ricerca del 2003, mantenendo fissi alcuni punti chiave già individuati ed adottati. Il quesito di partenza si è quindi modificato, al fine di rapportarsi alle innovazioni introdotte in questi anni a livello internazionale, inserendo nel campo di indagine categorie concettuali nuove, in uso ed in crescita costante:

- medicina di genere;
- differenze di genere;
- salute di genere.

Nuovo quesito: *Quanta e quale attenzione viene dedicata alle differenti tipologie di rischio ed agli esiti di salute legati al lavoro, per le donne e per gli uomini?*

6.2.1. - Il metodo

La ricerca, svolta sul database Medline (Pubmed) in lingua inglese, è stata condotta attraverso:

- costruzione di key words;
- rielaborazione dell'elenco delle malattie/disturbi definiti nello strumento del 2003.

Oltre ai due gruppi di termini sopra citati, sono state inserite le voci (già presenti) relative alla dimensione occupazionale, attraverso i termini MeSH "occupational diseases" e "occupational exposure" ed i termini di testo "worker(s)" ed "employee(s)".

21 La ricerca si poneva come obiettivo principale quello di offrire: un quadro generale dei rischi affrontati dalle donne sul lavoro e del modo in cui questi si concretizzano, nonché un raffronto con la condizione relativa degli uomini;

- un'analisi dei dati disponibili, informazioni pratiche e proposte relative all'attuazione di azioni migliorative in ambito di prevenzione dei rischi, tenendo conto delle differenze tra uomini e donne;
- la promozione attiva, partendo dall'ambito europeo fino ad arrivare al posto di lavoro, di una migliore prevenzione dei rischi sul lavoro per gli uomini e per le donne.

Impostazione della stringa per la ricerca sul database Medline:

employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND Key word AND Disorders. Limits: humans, young adult: 19-24 years, adult: 19-44 years, middle aged 45-64 years, middle aged + aged: 45+ years, published in the last 3 years.

Come è possibile vedere dall'esempio di stringa di ricerca, per restringere il campo di indagine sono stati fissati i seguenti limiti:

- pubblicazioni relative agli ultimi 3 anni;
- specie umana;
- fasce di età: giovani adulti 19-24 anni; adulti 19-44 anni; età adulta intermedia 45-64 anni; età adulta intermedia + adulti sopra i 45 anni;
- sesso maschile (quando la ricerca è incentrata sulle key words men OR male); sesso femminile (quando la ricerca è incentrata sulle key words woman OR female).

Le Key words costruite indagano i principi generali verso le quali l'attenzione dei ricercatori scientifici è indirizzata, mentre le malattie/disturbi, aggiornate ai risultati forniti dall'attenzione della comunità scientifica, rappresentano la categoria specifica di indagine applicata al target definito rispettivamente dai due termini MeSH occupational diseases e occupational exposure ed i termini di testo worker(s) ed employee(s).



Search	Most Recent Queries	Time	Result
#184	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender medicine) AND reproductive health) OR infertility Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:14:38	2918
#183	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender bias) AND reproductive health) OR infertility. Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:14:21	2917
#182	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender health) AND reproductive health) OR infertility. Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:14:05	2919
#181	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender health) AND HIV) OR hepatitis B) OR hepatitis C Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:12:51	6510
#180	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender bias) AND HIV) OR hepatitis B) OR hepatitis C Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:12:34	6511
#179	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender medicine) AND HIV) OR hepatitis B) OR hepatitis C Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:12:12	6509
#178	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender medicine) AND cardiovascular disorders Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:11:22	0
#177	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender bias) AND cardiovascular disorders Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:11:07	0
#176	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender health) AND cardiovascular disorders Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:10:51	2
#175	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender medicine) AND headache disorders Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:10:11	0
#174	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender bias) AND headache disorders Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:09:56	0
#173	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender medicine) AND headache disorders Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:09:14	0
#172	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender medicine) AND pulmonary disease Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:08:48	2
#171	Search employee(s) OR worker(s) AND occupational diseases [mesh] OR occupational exposure [mesh] AND gender bias) AND pulmonary disease Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, published in the last 3 years	10:08:34	0

Figura 2: Layout delle ricerche effettuate (con stringa di ricerca inserita e risultato numerico delle pubblicazioni scientifiche individuate) attraverso il motore di ricerca Pubmed (sito web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)

DISORDERS	KEY WORDS									
	TOTALE	Health woman	Health men	Health female	Health male	Gender health	Gender bias	Gender medicine		
Health	3502	175	1135	939	1135	90	6	22		
Incidents	39	3	12	12	12	0	0	0		
Wound/injury	236903	28389	30820	28389	30820	39495	39495	39495		
Musculoskeletal pain	83	3	29	16	29	5	0	1		
Cancer	549	37	175	141	175	13	0	8		
Pulmonary disease	494	24	168	119	168	10	0	5		
Asthma	180	9	57	48	57	6	0	3		
Skin diseases	193	13	57	59	62	2	0	0		
Hearing diseases	29	2	17	4	6	0	0	0		
Headache disorders	11	0	4	3	4	0	0	0		
Sick-building syndrome	15	1	3	4	3	2	0	2		
Chemical health effects	188	9	62	49	62	5	0	1		
Environmental-related health effects	733	33	242	190	242	19	1	6		
Viral Infectious Diseases	63	5	24	26	5	2	1	0		
HIV, hepatitis B, hepatitis C	41530	5315	5678	5329	5678	6510	6511	6509		
Cardiovascular disorders	159	10	56	35	56	2	0	0		
Stress/Job strain	1586	189	273	249	273	205	196	201		
Depression/anxiety	63298	8873	7938	8883	7938	9892	9887	9887		
Mood disorders	37	3	10	10	10	2	0	2		
Reproductive health and infertility	16046	2282	1361	2288	1361	2919	2917	2918		
TOTALE	365638	36502	40183	37910	40158	49287	49127	49173		

Tabella 2: Quadro descrittivo delle pubblicazioni scientifiche individuate.

Come leggere la tabella.

I numeri inseriti all'interno delle singole celle corrispondono al numero delle pubblicazioni ottenute da ogni ricerca.

La tabella fornisce i totali di riga e di colonna, al fine di offrire informazioni aggiuntive in merito al totale delle pubblicazioni ottenute dall'interrogazione del database per singola malattia/disturbo e per key word, nonché al numero totale di pubblicazioni ottenute.

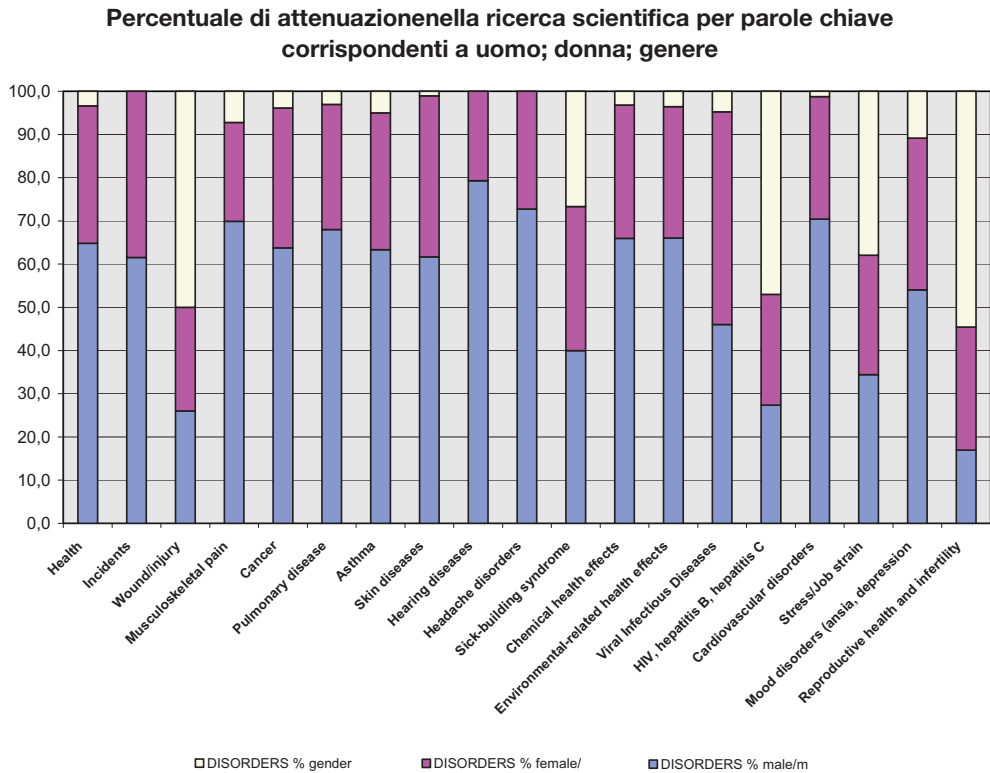
I dati ottenuti da ogni ricerca potranno contenere, in alcuni casi, informazioni ridondanti perché alcuni disturbi/malattie hanno dimostrato di azzerare in parte le key words (questo per i Disorders wound/injury; HIV, hepatitis B, hepatitis C; depression/anxiety). I dati non possono inoltre ritenersi esaustivi, se non rispetto allo strumento da noi utilizzato.

Come evidenziato dai dati numerici riportati nella Tabella descrittiva la modalità wound/injury presenta il più alto numero di frequenze, pari a 236.903 pubblicazioni totali, e al contempo annulla/rende minimo l'effetto discriminante di key words tra loro simili (health woman/female; gender health/bias/medicine). Poiché ciò avviene con forza via via minore per le categorie di malattia/disturbo che a seguire presentano delle alte frequenze, si può ipotizzare una correlazione inversa tra la forte attenzione verso determinati disturbi ed una ricerca scientifica applicata di tipo non neutro.

È interessante notare come nella ricerca scientifica, l'attenzione al genere maschile (40.183) o ancor più al neutro universale, sia ancora presente rispetto ad una scelta di linguaggio e di ricerca, in contrapposizione ad una indagine che indirizzi lo sguardo al genere femminile (36.502).

Di contro, la variabile genere, presenta la frequenza più alta in assoluto (49287), seguita da *medicina di genere e differenziali di genere*. Da una analisi più approfondita, è tuttavia stridente la contraddittorietà di questo dato. Infatti le tre key words riferite al genere, presentano delle frequenze molto basse/nulle nella metà delle interrogazioni svolte, con quattro picchi relativi alle malattie/disordini che si presentano con una maggiore presenza di pubblicazioni scientifiche prodotte (wound/injury; depression/anxiety; HIV, hepatitis B, hepatitis C; reproductive health and infertility).

6.2.2. - Una ricerca ancora troppo “al maschile”



Articoli scientifici pubblicati negli ultimi 3 anni: percentuale relativa di occorrenze Uomini/Donne/Genere sul totale

Focalizzando l'analisi dei dati descrittivi alle differenze di genere (ovvero alle key words: health woman; health men; health female; health male) si evidenziano dei risultati di forte interesse. Le malattie/disturbi legati a fattori psichici e riproduttivi si presentano con una alta attenzione verso il genere femminile in tutti e quattro i casi interessati (stress/job strain; depression/anxiety; mood disorders; reproductive health and infertility), a fronte di una generale minore attenzione al genere, come desumibile dai dati. È inoltre interessante sottolineare una ulteriore differenziazione tra i due gruppi di key words. Mentre le frequenze relative al genere maschile (sia la modalità “men” che “male”) sono prevalentemente equivalenti (circa il 70 per cento delle volte), le frequenze interne al genere femminile si presentano sempre in forma discordante: sono nettamente differenti rispetto alla prima variabile della categoria malattia/disturbi health, con 175 pubblicazioni per la key word health woman e 939 per health female), così come per environmental-related health effects, con un gap di 175 frequenze, contro l'equivalenza numerica tra le key words di genere maschile (men-male).



L'approfondimento - **La ricerca sulla salute occupazionale a misura anche di donna**

Un certo numero di ricercatori ha sottolineato che poco si sa sui determinanti della salute sul lavoro sia nelle donne che negli uomini. Ciò implica considerare aspetti concettuali nel trattamento del sesso e genere dei soggetti coinvolti negli studi.

Osserviamo che le donne sono state oggetto di indagini di relativamente pochi studi di medicina del lavoro nel campo delle scienze biomediche e naturali e che gli studi si sono concentrati sulle professioni sanitarie e sui fattori di stress psicosociale, con un deficit in studi tossicologici e fisiologici.

Recenti studi, svolti in merito all'esposizione al mercurio e a cloruri alcalini nei disturbi muscolo scheletrici, possono fornire esempi specifici di concettualizzazione dei problemi nella ricerca sulla salute occupazionale gender specific (WOH). Proponiamo che l'attenzione al genere femminile e l'approccio di genere dovrebbero essere adottati più spesso, soprattutto da parte dei ricercatori nel campo delle scienze naturali e biomediche, e che tali studi debbano includere sia le donne che gli uomini e considerare le complesse relazioni di genere e sesso nei processi di indagine. Più ricerca interdisciplinare può agevolare questo obiettivo, dal momento che i ricercatori sociali hanno la tendenza a concentrarsi maggiormente sulle questioni attinenti il genere / sesso. Dal punto di vista dell'equità, è anche importante situare le differenze sessuali biologiche al fine di evitare che queste vengano utilizzate erroneamente per giustificare la segregazione dal lavoro o inique misure di promozione della salute. (Messing K, Mager Stellman J-2006)

Studi con diversi obiettivi conoscitivi, hanno riportato molte differenze tra uomo e donna rispetto alla prevalenza di alcuni sintomi collegati ai disturbi muscolo-scheletrici (MSD), di cui alcuni derivanti dalle differenze di esposizione sul luogo di lavoro.

Un'indagine realizzata in Canada ha voluto confrontare due strategie di analisi di un singolo set di dati evidenziando i rapporti tra i fattori di rischio e le MSD in un campione rappresentativo della popolazione lavorativa, con una vasta gamma di esposizioni. Nel 1998 la Québec Health e Social Survey ha intervistato 11.735 tra lavoratori e lavoratrici che avevano riportato, durante i 12 mesi precedenti, sia dolori "significativi" di tipo muscolo scheletrico in 11 regioni del corpo, sia una serie di fattori di rischio personali, fisici e psicosociali. Su tali dati

sono stati eseguiti cinque studi, riguardanti i fattori di rischio relativi a quattro esiti di disturbo muscolo-scheletrico. Ogni studio conteneva analisi dei dati attuate attraverso la regressione logica multipla (MLR), svolta separatamente per le due categorie di indagine, ovvero donne, uomini e quindi per la popolazione complessiva oggetto dello studio. In seguito i risultati delle analisi, stratificate per genere e non, sono stati confrontati.

Nei modelli MLR non stratificati, il genere risultava essere significativamente associato con un dolore muscolo-scheletrico situato nel collo e negli arti inferiori, ma non con il dolore lombo-sacrale.

I modelli MLR stratificati per genere, hanno identificato, per ciascuno dei due generi, associazioni significative tra ogni specifico risultato muscolo-scheletrico e una varietà di caratteristiche personali ed esposizioni, di tipo fisico e psico-sociale, sul posto di lavoro. La maggior parte delle associazioni, ove presenti per uno dei due generi, sono state rilevate anche sulla popolazione totale. Tuttavia poiché le analisi non stratificate apportano piccole informazioni, diversi fattori di rischio, presenti per un solo genere, potrebbero essere rilevati solo attraverso un'analisi stratificata. Le conclusioni sono che l'analisi stratificata per genere è necessaria se una gamma completa di associazioni tra esposizioni e MSD è riconosciuta e compresa. (Messing K, Tissot F., Stock S. R-2009)



L'approfondimento - La medicina di genere. Un nuovo approccio alla cura e alla ricerca

La medicina di genere (Gender Specific Medicine) studia la relazione tra genere e salute. Si occupa della promozione delle pari opportunità in materia di salute e sanità, di un equo trattamento basato sull'appropriatezza e la sicurezza per uomini e donne, mirando a ridurre le disparità di salute attuali o i pregiudizi di genere nel sistema sanitario e nel sistema salute più in generale, e quindi, anche nella medicina del lavoro.

Entrambi i sessi potranno beneficiare del fatto che il professionista e/o il medico possa realizzare una prevenzione e una sorveglianza sanitaria basata sulla conoscenza dell'influenza del sesso e del genere nella salute e nella malattia.

È ormai noto che donne e uomini, anche se soggetti alle medesime patologie, presentano differenti sintomi, progressioni e risposte ai trattamenti, non solo a causa delle differenze biologiche, dei sistemi ormonale e riproduttivo, ma anche delle sfere sociali, economiche ed ambientali di appartenenza.



Layout Rivista Gender Medicine.
Rivista per gli studi di sex and gender specific medicine

Vari studi hanno evidenziato l'importanza di considerare le questioni relative a sesso e genere quando un uomo o una donna medico fanno una diagnosi o definiscono una terapia. Un approccio incentrato su un modello maschile, invece, non è insolito nelle decisioni mediche.

Vediamo una serie di esempi:

- il genere ha implicazioni nella presentazione della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), infatti, le donne con BPCO mostrano livelli più elevati di ansia e depressione e peggiori sintomi di qualità di vita correlata rispetto ai loro colleghi maschi.
- La sotto-rappresentazione delle donne negli studi sulle malattie cardiovascolari (CVD) e l'interpretazione dei risultati dei sintomi delle donne nelle diagnosi risultano inadeguate e la gestione della malattia non è ottimale.
- Uno studio apparso nel 2006 sul New England Journal of Medicine ha dimostrato che basse dosi di aspirina in prevenzione primaria sono in grado di ridurre l'incidenza dell'infarto negli uomini, ma non tra le donne. Tra le tante singolarità, inoltre, è certo che le donne sono maggiormente soggette alle reazioni avverse da farmaci e che, queste si manifestino più gravemente che negli uomini.
- Il genere dei medici come quello dei pazienti, ha influenza sulla comunicazione medica. I medici donna sembrano essere più attente alla comunicazione relazionale e avere maggior facilità di conversazione con i loro pazienti,

cosa che spiega in parte la soddisfazione più alta per i medici di sesso femminile. Gli studi rivelano che i medici e le scuole di medicina sono mal disposti a riconoscere questi fattori di genere negli incontri paziente-medico.

Considerare il genere vuol dire, inoltre, porre attenzione al modo in cui donne e uomini fanno fronte alla malattia, alle modalità con cui si rapportano al sistema sanitario, al proprio corpo e alle sue trasformazioni.

La scienza, al contrario, ha da sempre avuto un approccio al maschile, sottovalutando anche le peculiarità e le specificità degli stessi uomini: diagnostica, esami di laboratorio, studi epidemiologici, sperimentazioni cliniche e test con farmaci, sono stati effettuati e tarati sul maschio “medio”, considerando con scarsa attenzione e lungimiranza le variabili uomo/donna e la loro influenza su fattori fisiologici, fisiopatologici e sulle caratteristiche cliniche delle malattie umane.

Si è, infatti, dovuto attendere sino al 1991, per iniziare a riflettere sulla cecità della ricerca medica rispetto alla presenza costante di un altro attore, portatore di specificità proprie rilevanti: la donna.

Solo di recente la medicina ha avviato l'indagine sui meccanismi sottostanti alle differenze di genere e su come queste condizionino la diagnosi e il trattamento delle malattie.

Sono appena state avviate, d'altro canto, indagini che possano portare a definire modelli per individuare le variabili interne allo stesso genere femminile, variabili rilevanti rispetto alla stratificazione della popolazione coinvolta negli studi: fasi diverse del ciclo di vita, contraccezione, allattamento, ecc.

Basti pensare che nel 2000 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito all'interno dell'*Equity act* la medicina di genere, mentre solo nel 2002 negli USA la Columbia University in the City of New York ha istituito, per prima, il corso di medicina di genere.



L'approfondimento - **Ricerca medica e gender blindness**

Nel 1991 Bernardine Healy, medico chirurgo specializzato in cardiologia, direttrice del National Institutes of Health (USA), trattò all'interno di un editoriale della rivista *New England Journal of Medicine* (N Engl J Med 1991; 325:274-276 July 25, 1991) la *Yentl Syndrome*, riferendosi al comportamento discriminante della ricerca cardiologica nei confronti delle donne. La sindrome da lei definita di *Yentl*, era la rappresentazione di una modalità di fare ricerca di tipo unidirezionale, ovvero rivolta quasi esclusivamente agli uomini, con un'azione di semplice trasposizione sulle donne dei risultati ottenuti. Tuttavia le donne essendo fisiologicamente differenti dagli uomini, reagiscono agli eventi di salute in modo differente, ovvero, le malattie assumono comportamenti diversi. Inoltre vi sono una serie di malattie che colpiscono unicamente gli uomini o le donne: anche in questi settori la ricerca è stata gravemente carente.

«Yentl è un personaggio femminile, costretto a camuffarsi come un maschio per poter ricevere un'istruzione. Per essere trattate allo stesso modo, le donne hanno dovuto assumere attributi maschili, non essendo gli attributi femminili ritenuti degni di pari rispetto. Due studi del 25 luglio 1991, pubblicati dal *New England Journal of Medicine*, dichiarano che le donne non ricevono lo stesso trattamento degli uomini per la cura delle malattie coronariche. Le donne sono meno propense a sottoporsi ad angiografia coronarica o intervento di bypass, anche se le loro condizioni sono equivalenti a quelle degli uomini. Solo in presenza di un attacco di cuore, la donna riceve le stesse cure di un uomo. Affinché la condizione di salute della donna sia presa in seria considerazione al pari di un uomo, questa deve mostrare gli stessi sintomi e manifestazioni in un attacco di cuore. È tempo che la comunità medica riconosca che la malattia coronarica è un problema di salute di pari importanza in entrambi i sessi. La ricerca si è concentrata quasi esclusivamente sul come la malattia colpisce gli uomini. Invece di condurre studi con le donne, i risultati della ricerca effettuata sugli uomini sono stati applicati alle donne. Tuttavia, le donne sono fisiologicamente diverse dagli uomini e le malattie si comportano in modo differente. Esistono una serie di malattie che colpiscono solo le donne. La ricerca in questi settori è stata gravemente carente. Recentemente, il National Institutes of Health (NIH) ha iniziato ad affrontare le questioni relative alla salute delle donne. L'Istituto ha in programma una serie di studi di ricerca sulle malattie che colpiscono le donne. Si auspica che questo sia l'inizio della fine di un trattamento da parte della comunità medica nei confronti delle donne, come pazienti di secondo livello.»(Ab-

stract, Editoriale, La sindrome di Yentl, Bernadine Healy, M.D., N Engl J Med 1991; 325:274-276 July 25, 1991)²²

Un ulteriore fattore di rischio, in un'ottica di definizione di ciò che determina la salute e la sua mancanza, è stato il **“gender identification bias”**, ovvero l'influenza dettata dal genere di appartenenza dei soggetti coinvolti, nella priorità data ai finanziamenti e ai temi di ricerca, negli *outcomes* e nell'interpretazione dei risultati in campo medico, dove il genere determinante è stato quello maschile. (Franconi, 2009)

Una ricerca medico scientifica basata sul genere, permette di indagare una dimensione più profonda e analitica, spostando lo sguardo e l'azione da una dimensione di oggettività e di generalizzazione ad una soggettiva. Questo mutamento di paradigma interno alla medicina è dato anche dal mutare del concetto di salute, intesa non più come semplice assenza di malattia, bensì come stato di *completo benessere fisico, psichico e sociale (OMS)*, dove la valutazione è costruita sulla percezione della propria condizione, la quale è direttamente correlata a come la persona considera la propria vita. È evidente, come in questa valutazione entrino in gioco fattori quali la classe sociale, il livello di istruzione, l'età, condizioni psicologiche, ma soprattutto **il genere**.

22 «Yentl is a fictional female character who had to disguise herself as a male to get an education. To be treated equally, women have had to take on male attributes because female attributes do not garner equal respect. Two studies in the July 25, 1991 issue of The New England Journal of Medicine report that women are not given the same treatment for coronary heart disease as men. They are less likely to undergo coronary angiography or bypass surgery even though their conditions are equivalent to those of men. Only when a woman has had a heart attack does she receive the same care as a male. It takes the supposedly male condition of a heart attack for a woman's illness to be taken as seriously as that of a man. It is time the medical community recognizes that coronary heart disease is a major health problem in both sexes. Research has focused almost solely on how the disease affects men. Rather than conduct studies with women, the research findings from men have been applied to women. However, women are physiologically different from men and diseases behave somewhat differently in them. There are also a number of diseases that affect women only. Research in these areas has been sorely lacking. Recently, the National Institutes of Health (NIH) has begun to address health issues relating to women. They plan a number of research studies on diseases that affect women. It is hoped that this is the beginning of the end of women being treated as second class patients by the medical community.» (Abstract, Editorial, The Yentl Syndrome, Bernadine Healy, M.D., N Engl J Med 1991; 325:274-276 July 25, 1991).



L'approfondimento - **La ricerca di genere avanza con difficoltà... ma avanza**

Le differenze nella fisiologia dei maschi e delle femmine, e nella risposta alla malattia, sono stati riconosciuti da decenni. La letteratura su queste differenze ora comprende una gamma di ambiti che va dalle variazioni nell'espressione genica a una maggiore suscettibilità di reazioni avverse ai farmaci nelle donne rispetto agli uomini. Inoltre, gli ormoni sessuali sono noti influenzare malattie che vanno dalla sclerosi multipla all'epilessia.

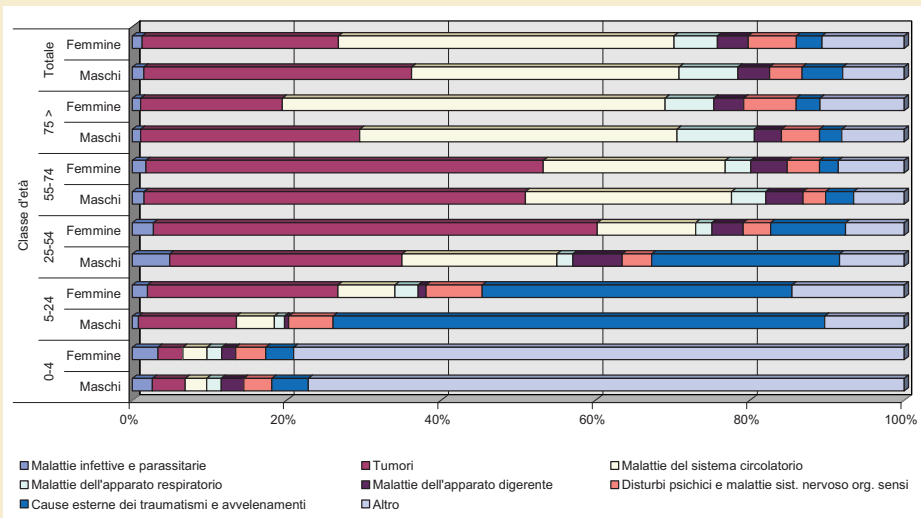
E tuttavia, nonostante l'ovvia rilevanza di queste differenze su base del sesso dei risultati sperimentali, i soggetti di sesso maschile arruolati nella ricerca continuano a dominare gli studi biomedici.

A parte alcuni grandi progetti del tutto al femminile, come il *Women's Health Study* su come Aspirina e vitamina E influenzano le malattie cardiovascolari e il cancro, le donne restano gravemente sottorappresentate nelle coorti cliniche. Questo nonostante le riforme intraprese negli anni 1990, quando la discriminazione sessuale negli studi umani fu ampiamente riconosciuta come un problema. Certo, ci possono essere motivi legittimi per definire i rapporti maschio-femmina. Per esempio, i ricercatori possono usare maschi per minimizzare la variabilità legata al ciclo mestruale o perché permettono loro di studiare il Cromosoma Y e X. E in studi come quelli legati alle malattie cardiovascolari, ove si pensa che le femmine siano un po' protette dai loro ormoni, gli scienziati possono scegliere di concentrarsi sui maschi per massimizzare i risultati in fase di studio. Tuttavia, tali squilibri seppur giustificabili, caso per caso, cumulano il loro effetto in modo pernicioso: la medicina al femminile è meno *evidence-based* di quella al maschile. Putting gender on the agenda, *Nature*, 465, 10 June 2010.



L'approfondimento - **Il legame tra esiti di salute e genere**

Il confronto per sesso ed età della mortalità, in Italia, per grandi gruppi di cause (anno 2007) è un dato da cui partire per un ragionamento fondato su un approccio gender oriented.

Mortalità per grandi gruppi di cause, età e sesso (valori percentuali) anno 2001

Fonte: ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica

Osservando il dato totale è possibile individuare delle prime differenze di salute tra donne e uomini, quali una percentuale più elevata di malattie tumorali negli uomini, contro una minore frequenza di malattie del sistema circolatorio di cui soffrono in maggior misura le donne, mentre per quanto attiene la voce disturbi psichici e le malattie del sistema nervoso, è possibile osservare dai dati riportati sul grafico uno scarto minimo. Ma se analizziamo i dati per fasce di età le cose cambiano.

Se si osserva la fascia di età 5-24 è osservabile lo stacco percentuale dei maschi dalle femmine rispetto alla variabile "Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti" contro le variabili "Tumori" e "Malattie del sistema circolatorio" maggiormente rappresentate dalle donne, dati che nell'ultimo caso subiscono nette variazioni con il crescere dell'età, così come per la variabile "Tumori", che si vede confermare come causa di morte maggiormente nel genere maschile.

Variazioni così importanti delle cause di mortalità per donne e uomini, legate all'andamento dell'età, confermano l'importanza di una indagine di genere che permetta di identificare e verificare le variabili che più fortemente determinano la salute di uomini e donne, così come i percorsi di cura ed ancor più i percorsi di prevenzione ovvero educazione e promozione della salute. Queste ultime assolutamente non scindibili da fattori sociali, economici ed ambientali, poiché strettamente legate alla comunicazione, formazione e partecipazione.

Un esempio di medicina non orientata al genere, è dato, come citato in precedenza, dagli studi sulle malattie cardiovascolari. Come evidenziato dai dati, le malattie del sistema circolatorio risultano essere causa di morte con una frequenza maggiore per le donne rispetto agli uomini. Questo dato è confermato da un trend di crescita costante per le donne, di contro ad una diminuzione per gli uomini, in tutti i Paesi occidentali. Tuttavia nonostante ad oggi la mortalità in Italia, rispetto alla popolazione femminile, sia stimata intorno alle 120.000 unità, gli studi sulle malattie cardiovascolari restano prevalentemente indirizzati al genere maschile.

Prevalenza delle malattie cardiovascolari per sesso e fascia di età (35-74 anni)

Tipo di malattia	Percentuale di prevalenza uomo	Percentuale di prevalenza donne
Infarto	1,5	0,4
Ictus	1,1	0,8
Fibrillazione atriale	0,8	0,7
Angina pectoris	3,3	3,9
Claudicatio intermittens	1,9	2,5
TIA	0,8	0,6
Ipertrofia ventricolare sinistra	2,6	1

Figura 4: SIC 2006 - Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare - OEC

È possibile indagare ulteriormente le maggiori differenze tra donne e uomini, in tema di salute, analizzando le voci di seguito riportate. Da specificare che tale differenza è pesata sulle donne, sia rispetto ai disturbi ed alle malattie, sia rispetto ai trials clinici ed ai protocolli di ricerca. È importante evidenziare come la sottorappresentazione e l'interesse nell'indagine sul genere colpisca entrambi gli attori. Il genere maschile risulta essere sottorappresentato nella ricerca in relazione a malattie/disturbi storicamente attribuiti al genere femminile, ad esempio depressione, emicrania, osteoporosi.

Differenze di salute donne uomini - Italia

Malattie cardiovascolari (causa di morte per le donne nel 43% dei casi)
Carcinoma del polmone (causa di morte per le donne nel 26% dei casi)
Diabete (interessa con una prevalenza del + 9% le donne rispetto agli uomini)
Disturbi del sistema immunitario (il 75% delle persone interessate è di sesso femminile)
Disturbi dell'umore (depressione e ansietà interessano con una prevalenza del + 138% le donne rispetto agli uomini)
Malattie infettive (il 60% della popolazione affetta da HIV/AIDS, tra i 15 e 24 anni, è di sesso femminile)
Obesità (il 17% degli uomini e il 21% delle donne è obeso)
Osteoporosi (interessa con una prevalenza del + 736% le donne rispetto agli uomini)
Consumo di farmaci (prevalenza delle donne con uno scarto di 10 punti percentuali rispetto agli uomini)
Cefalea ed emicrania (interessa con una prevalenza del + 123% le donne rispetto agli uomini)
Reazioni avverse da farmaco (ADRs) (si presentano inoltre con livelli di gravità maggiori rispetto agli uomini)
Sottorappresentazione nei trials clinici (come rilevato per la valutazione di antidepressivi, antiaggreganti e statine)
Esclusione/sottorappresentazione nei protocolli di ricerca (pesati sul genere maschile).

Donne e salute, il rapporto 2010 della Commissione europea²³

A livello lavorativo, nonostante in media le donne abbiano un'istruzione maggiore (nel 2006 il 55,1% degli studenti delle scuole superiori erano donne), spesso ricevono salari inferiori rispetto agli uomini. Inoltre, in tutto il territorio europeo, sono frequenti le assunzioni femminili con part-time (nel 2007 il 31,2% delle donne e il 7,7% degli uomini), una condizione giustificabile solo in parte dal loro doppio ruolo casalingo e lavorativo. Dai dati analizzati è infatti emerso che in proporzione, le donne svolgono più spesso degli uomini, lavori che non prevedono retribuzione, come l'assistenza ai familiari malati, le cure parentali (alle quali le donne dedicano il triplo del tempo degli uomini, 60 minuti contro 22) e il volontariato.

La situazione lavorativa della donna si riflette anche sulla sua salute ma-

²³ Tratto da <http://www.epicentro.iss.it/> - da Rapporto della Commissione europea "Data and Information on Women's Health in the European Union"-2010

terna: la percentuale di infertilità femminile è infatti in aumento (il tasso di fertilità è passato da 2,6 nei primi anni '60, a 1,4 nel periodo 1995-2005) ed è legata sia al ritardo con cui si affronta la prima gravidanza (nel 2006 l'età media della prima gravidanza è di 30 anni in Spagna, Italia, Olanda, Svezia e Danimarca), sia all'aumento dell'incidenza di alcune patologie, come le infezioni da clamidia (in Francia nel periodo 1998-2007 l'incremento è stato +144%), che possono portare all'infertilità, e che affligge le donne nel 55% dei casi.

Le cause di morte più frequenti tra le donne europee sono le malattie cardiovascolari e i tumori (seno, colon-retto, utero e polmone), tuttavia, nonostante gli sviluppi scientifici abbiano portato al miglioramento dei dati sulla mortalità per molte forme tumorali (-2% nel periodo 1982-1992, -8% nel periodo 1992-2002), emerge la necessità di svolgere ricerche più approfondite volte a ridurre la mortalità attraverso politiche di prevenzione.

I dati sulla salute femminile indicano che attualmente il problema sanitario più importante è rappresentato dall'Hiv a causa del costante aumento dei nuovi casi (14.483 nuovi casi nel 2000 e 19.435 nuovi casi nel 2007).

Un altro problema, legato soprattutto all'aumento dell'aspettativa di vita delle donne, è rappresentato dai disordini mentali (la depressione colpisce il 18,2% delle donne e il 9,5% degli uomini). La demenza e l'Alzheimer sono le patologie più frequenti cui vanno incontro le donne con l'avanzare dell'età: l'assenza di dati di genere riferiti a queste malattie le rende problematiche da affrontare con urgenza.

Le patologie muscolo-scheletriche sono una delle principali cause di infermità nell'età adulta. Si tratta di disordini, come osteoporosi e artriti, spesso cronici, che tendono a svilupparsi più frequentemente nelle donne e, in generale, i dati disponibili indicano che le fratture ad avambraccio (80%), omero (75%), anca (70%) e colonna vertebrale (58%) hanno un'incidenza maggiore nella donna.

Gli stili di vita e i fattori di rischio come fumo, alcol, obesità e attività fisica, sono importanti nell'analisi sull'incidenza delle patologie nel sesso femminile. Il fumo è ritenuto responsabile di patologie come ictus, bronchiti croniche e tumori, e questo studio ha registrato anche un aumento del tasso di decessi legati al fumo. Nonostante queste evidenze, i dati seppur parziali, relativi alle donne fumatrici, riferiti al periodo 2003-2005, hanno evidenziato un incremento rispetto al periodo 1996-2003 (Portogallo +6,8% e Austria +32,2%).

Sebbene il consumo di alcol in Europa sia il più alto del mondo, sono disponibili pochi dati di genere, la tendenza è maggiore per gli uomini ma un dato preoccupante è rappresentato dall'uso dell'alcol durante la gravidanza (25-50% delle donne). Allo stesso modo, per quanto riguarda l'uso di sostanze stupefacenti e di droghe, la tendenza è soprattutto maschile, ma le donne primeggiano nell'uso di tranquillanti e sedativi durante il periodo scolastico (15-16 anni).

Sovrappeso e obesità sono problemi che riguardano l'intera popolazione europea (maschile e femminile) e sono associati all'insorgenza di patologie cardiovascolari, ipertensione e diabete di tipo 2. Tra le donne, le percentuali di obesità maggiori sono state riscontrate in Austria, Regno Unito e Germania. Alcuni studi hanno, inoltre, evidenziato che l'obesità femminile è associata a tumori al polmone, problemi muscolo-scheletrici e, nelle donne in menopausa, anche ai tumori all'endometrio.

USA: La *Society for Women's Health Research*, sostiene che le principali differenze di salute che intercorrono tra uomo e donna sono:

Donne e uomini: 10 differenze che fanno la differenza (2010, dati su popolazione Statunitense). Quando si parla di salute, ci sono molte differenze essenziali tra uomini e donne. Eppure molte donne non sanno di reagire in modo diverso ad alcuni farmaci, essere più vulnerabili ad alcune malattie, e presentare sintomi diversi rispetto agli uomini. La *Society for Women's Health Research* ha posto attenzione alle differenze di sesso nell'avvio dell'innovativo *2001 Institute of Medicine report*, esplorando il contributo biologico per la salute umana: il sesso delle persone è importante? La relazione ha sottolineato la necessità di comprendere meglio l'importanza delle differenze di sesso e di tradurre tale conoscenza in una migliore pratica medica e in migliori terapie. Di seguito sono riportati alcune brevi ma molto importanti dati, circa le differenze di sesso nella cura della salute, di cui probabilmente non eravate al corrente.

Malattie cardiovascolari - Le malattie cardiovascolari uccidono 500.000 donne americane ogni anno - ammontano a più di 50.000 le donne rispetto agli uomini - e le donne sono colpite, in media, con un ritardo di 10 anni rispetto agli uomini. Le donne sono più suscettibili degli uomini ad avere un secondo infarto entro un anno dal primo episodio.

Depressione - Le donne presentano una probabilità da due a tre volte maggiore di soffrire di depressione: risultano essere particolarmente vulnerabili alla depressione e ai disturbi dell'umore durante le transizioni ormonali nel ciclo di vita (pubertà, gravidanza, menopausa).

Osteoporosi - Le donne costituiscono l'80% della popolazione che soffre di osteoporosi. Fratture correlate all'osteoporosi sono una delle cause principali di disabilità e mortalità negli Stati Uniti.

Fumo - Malattie correlate al fumo uccidono più di 140.000 donne americane ogni anno. Il fumo ha un effetto maggiormente negativo sulla salute cardiovascolare nelle donne rispetto agli uomini. Le donne ottengono un minore successo nel tentativo di smettere di fumare e presentano sintomi più gravi.

STIs / HIV - Le donne sono due volte più esposte rispetto agli uomini a contrarre una infezione sessualmente trasmessa. L'HIV è tra le prime 10

cause di morte per tutte le donne di età compresa tra 25 e 54 anni e negli Stati Uniti è la causa numero uno di morte per le donne afro-americane di età compresa tra i 25 ed i 34 anni.

Malattie autoimmuni - Tre persone su quattro che soffrono di malattie autoimmuni come la sclerosi multipla, l'artrite reumatoide e il lupus, sono donne. Le malattie autoimmuni sono nella top 10 delle cause principali di morte (65 anni e più giovani) e sono la quarta tra le cause principali di disabilità tra le donne negli Stati Uniti.

Alcol - circa 1,6 milioni di alcolisti negli Stati Uniti sono donne, le quali risultano essere il segmento in più rapida crescita della popolazione. Le donne producono in quantità minore l'enzima alcol deidrogenasi che rompe l'etanolo, pertanto, dopo aver consumato la stessa quantità di alcol, le donne presentano un maggiore contenuto di alcol nel sangue rispetto agli uomini, anche dopo l'adattamento per dimensione.

Dolore - Molte condizioni di dolore cronico sono più comuni nelle donne, come l'artrite reumatoide, la fibromialgia, l'emicrania, l'artrosi (dopo i 45 anni di età). In generale le donne mostrano una maggiore sensibilità al dolore rispetto agli uomini.

Ictus - Ogni anno, circa 40.000 donne in più degli uomini sono colpite da ictus. Ciò è legato alla speranza di vita delle donne e al tasso più elevato di ictus nei gruppi di età più avanzata.

Tossicodipendenze - Le donne, nell'interrompere l'uso di una sostanza che causa dipendenza, hanno maggiori probabilità di manifestare sintomi di astinenza più gravi rispetto agli uomini e generalmente incontrano maggiori difficoltà nello smettere il loro utilizzo.



L'approfondimento - **Quali sono le differenze biologiche tra donne e uomini?**

La **Biologia delle differenze**²⁴ studia il ruolo del sesso e del genere nei tratti di salute e di malattia.

Dal momento del nostro concepimento, ognuno di noi ha un sesso. Il sesso ha un ruolo importante nel determinare le caratteristiche fisiche del nostro corpo, la struttura del nostro cervello, le nostre tendenze comportamentali, la nostra

²⁴ Organizzazione per lo studio delle differenze di sesso <http://www.ossdweb.org>

sensibilità e la reazione alle malattie; l'ambiente in cui siamo cresciuti, il nostro posto nella società, gli atteggiamenti degli altri verso di noi e la nostra concezione di sé. Anche se specialmente il sesso può essere considerato biologicamente determinate, il nostro genere (cioè, la percezione sociale e le implicazioni del nostro sesso), è probabilmente altrettanto o più importante per la nostra vita. Le differenze di sesso e di genere sono il frutto di una intricata interazione reciproca di numerose forze biologiche e ambientali.

C'è una crescente evidenza che maschi e femmine si differenziano per la loro fisiologia di base, e nella suscettibilità e progressione delle malattie. Le donne soffrono di malattie autoimmuni molto più frequentemente rispetto agli uomini. Per esempio, le donne hanno una incidenza di nove volte maggiore di lupus eritematoso sistemico rispetto agli uomini, e fino a tre volte maggiore incidenza di sclerosi multipla. I maschi soffrono di più da alcune malattie neurologiche come i disturbi da deficit di attenzione e iperattività, disturbi dello spettro autistico, sindrome di Tourette, malattia di Parkinson, ecc. Differenze di genere si evidenziano in malattie metaboliche, ipertensione, malattie cardiovascolari, cancro e nella risposta ai farmaci. In alcuni casi, le differenze su base sessuale sono complesse, cambiando nel corso di vita o in relazione all'ambiente e molti fattori sesso-specifici hanno bisogno di essere ancora compresi.

La scienza biomedica ha dimostrato una cecità riguardo al sesso

L'analisi della letteratura scientifica in numerose discipline porta alla conclusione generale che i maschi sono molto più studiati rispetto alle femmine, sia nella ricerca animale che umana, in modo tale che la biologia di base dei test medici appare rispecchiare meglio la biologia dei maschi rispetto a quella delle femmine. Lo sviluppo dei farmaci è basato su una ricerca al maschile, anche per malattie che sono più evidenti nelle femmine, nonostante le prove che il metabolismo dei farmaci e l'efficacia differiscono nei due sessi. Le differenze di sesso nella fisiologia e nella malattia non sono rilevabili solo perché non abbiamo i dati per sapere quando si verificano differenze, quanto grandi sono e le loro conseguenze. Importante ricordare, però, che alcuni fattori sesso-specifici si contrastano l'un l'altro, rendendo i due sessi più simili in uno specifico fenotipo piuttosto che causare differenze.

Lo studio delle differenze tra i sessi è un campo specifico di ricerca

Storicamente, le differenze sessuali sono state studiate più spesso negli ambiti coinvolti nella riproduzione: le gonadi, genitali interni ed esterni, il cervello e il comportamento. Questi studi hanno dato luogo a teorie generali sulla differenziazione sessuale, sulle origini genetiche delle differenze di sesso ed sui segnali sesso-specifici che guidano la differenziazione sessuale di molti tessuti, produ-

cendo un quadro comune per lo studio delle differenze sessuali che è in continua evoluzione.

L'importanza di ambienti specifici

E' evidente, dalla ricerca e dall'osservazione, che le ragazze ed i ragazzi crescono in ambienti parzialmente differenti, e ricevono una educazione che risente di aspettative di genere. Poiché le dimensioni ambientali sono così fortemente correlate ai fattori biologici specifici per sesso, spesso è impossibile separare i loro effetti. I fattori ambientali che causano differenze sessuali sono sistematicamente esclusi o ignorati dai biologi perché sono stati considerati al di fuori del regno della biologia. Tuttavia, tali forze interagiscono fortemente con fattori biologici ed è noto che gli effetti epigenetici dell'ambiente stanno appena iniziando ad essere apprezzati.

Studiare le differenze di genere è una strategia importante per la comprensione delle malattie e per lo sviluppo di terapie

L'esistenza di differenze di sesso nella malattia implica che un sesso ha un fattore sesso-specifico o un processo che protegge dalla malattia. Se questo fattore può essere potenziato o modificato, con la manipolazione diretta del fattore o dei suoi percorsi a valle, gli effetti della malattia possono essere mitigati in entrambi i sessi.

Uguaglianza e diversità nella pratica clinica

Il sesso e l'età sono i due principali determinanti di salute. Trattare un sesso come l'altro può essere inappropriato come il trattare un bambino come fosse un adulto. Il trattamento equo di femmine e maschi richiede la comprensione delle loro differenze, che fornisce una base necessaria per una risposta adeguata alle loro differenze individuali.



L'approfondimento - Females Are Mosaics

La donna può essere vista come un mosaico, perché in lei sono presenti due tipi di cellule, ciascuna con cromosomi funzionalmente diversi. Dal momento che i maschi hanno un solo cromosoma X (l'altro è un Y), mentre le donne sono caratterizzate dalla presenza di due cro-

mosomi X, qualche tipo di aggiustamento è sicuramente necessario: l'inattivazione di uno dei due X. Nello stesso tempo, causa l'inattivazione di un cromosoma X, le donne sono "mosaici naturali": tutte le loro cellule hanno gli stessi cromosomi, uno da entrambi i genitori.

I due tipi di cellule spesso funzionano in modo differente, specialmente, quando uno dei cromosomi ha un gene mal funzionante: per questa ragione, *Barbara Migeon* sottolinea nel suo *Females Are Mosaics: X Inactivation and Sex Differences in Disease* (Oxford University Press, New York 2007) come le donne siano superiori agli uomini nella lotta contro le malattie e l'ambiente. Hanno infatti in tutti gli organi due tipi di cellule, ciascuna con uno dei due cromosomi X attivo e l'altro silente. Questa situazione permette flessibilità, nel caso in cui uno dei due X sia portatore di mutazioni o polimorfismi che possono alterare la suscettibilità o la resistenza delle donne nei confronti di geni dannosi, agenti infettivi o altri pericoli ambientali. Molto è stato scritto sul cromosoma Y e sul suo ruolo nella fisiopatologia delle malattie umane. Poco è stato detto circa blue print per lo sviluppo femminile o circa il ruolo dei fattori biologici, o piuttosto degli ormoni, come causa delle differenze di genere nelle malattie. Il cromosoma X è straordinario, perché è l'unico cromosoma soggetto a inattivazione programmata.

Seguendo la concezione del mosaicismo, si introduce il tema delle differenze nelle malattie e l'evidenza che gli uomini sono biologicamente più vulnerabili delle donne per la maggior parte della loro vita. La vulnerabilità degli uomini porta al concetto di malattia genere-specifica. Questa considerazione fornisce gli elementi di prova che molte malattie genere-specifiche devono la loro patogenesi alla biologia del cromosoma X.

...benché si conosca qualcosa sul programma genetico dello sviluppo delle malattie legate al genere maschile, molto meno si sa riguardo quello legato al genere femminile. Un testicolo normale è essenziale per il caratteristico aspetto fisico degli uomini, mentre un ovaio normale è superfluo per il fenotipo femminile, quanto meno per le sue manifestazioni esteriori [...] la riproduzione sessuale si è evoluta al fine di garantire la sopravvivenza della specie, offrendo opportunità per nuove combinazioni di cromosomi negli individui per questo scopo i cromosomi X e Y si sono evoluti per isolare i geni necessari per la riproduzione [...] tuttavia la maggior parte del cromosoma X consiste di geni che hanno poco a che fare con la riproduzione degli individui. Il possesso dei determinanti genetici del genere maschile o femminile determina una cascata di eventi, per esempio la necessità del meccanismo della compensazione. Ciò crea a sua volta differenze biologiche tra i generi che interessano ogni aspetto della loro vita, non solo quelli sessuali...



L'approfondimento - **Diversa fisiologia in uomini e donne?**

Le differenze fondamentali funzionali tra uomini e donne sono riferibili praticamente a tutti i sistemi corporei. L'apparato gastrointestinale, per esempio, funziona in modo diverso tra uomini e donne e queste si ammalano, rispetto agli uomini, di morbo di Crohn il doppio degli uomini, 4 volte più per i calcoli della colecisti, subiscono 5 volte più spesso la sindrome del colon irritabile e 20 volte più spesso la stitichezza.

Ciò può essere spiegato in parte per la differente composizione dei fattori che influenzano la funzione gastrointestinale, compresi saliva e bile e dal tempo di passaggio significativamente inferiore dei fluidi e alimenti, sia nello stomaco che nell'intestino. Inoltre, sia gli estrogeni che il progesterone inibiscono le contrazioni della cistifellea e il processo di svuotamento è quindi ancora più lento durante l'ovulazione e durante la gravidanza.

I polmoni femminili sono più vulnerabili che i polmoni degli uomini alle malattie. Asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva sono di solito più gravi nelle donne che negli uomini.

Il cancro al polmone nelle donne è in costante aumento ed è attualmente considerato come il tumore più mortale nelle donne. In Europa ci sono ogni anno circa 400.000 casi nuovi di cancro del polmone, 30% dei quali si verificano nelle donne. In modo allarmante, 80.000 su 400.000 nuovi pazienti affetti da tumore del polmone non avevano mai fumato e la maggior parte di queste erano donne. Mentre l'incidenza di cancro al polmone negli uomini è costante, l'incidenza nelle donne è in aumento.

Ancor più impressionante è la scarsità di dati relativi alle malattie cardiovascolari nelle donne. Il presupposto comune è che gli uomini hanno più probabilità di soffrire di malattie cardiache rispetto alle donne. Questo è vero solo per le donne prima della menopausa a causa della tutela cuore dagli steroidi sessuali. Le donne attualmente muoiono ogni anno più per malattie cardiovascolari che per tutti i tipi di tumore. Eppure, fino anni 1990, quasi tutte le ricerche sul sistema cardiovascolare sono state condotte esclusivamente sugli uomini.

Più di 20 anni fa, Tobin et al. hanno riportato che il rischio per le donne con infarto di essere trattate erroneamente era due volte più alto che per gli uomini. Inoltre, molti farmaci anti-aritmici sono meno efficaci nelle donne che negli uo-

mini, e alcuni di questi farmaci si sono dimostrati essere effettivamente dannosi per le donne. Il cuore femminile risponde in modo diverso a stress continuo come l'ipertensione e gli strumenti di diagnostica come il stress test sono molto meno significativi e meno specifici nelle donne che negli uomini.

Un'altra importante area di differenze di genere è il dolore. Le donne hanno esperienza di dolore in modo diverso dagli uomini, hanno soglie diverse e reagiscono in modo diverso agli analgesici. Eppure, gli analgesici, come la maggior parte degli altri farmaci, di solito sono prescritti senza tener conto della sesso del paziente.

È ormai noto che gli uomini sono mediamente più suscettibili ai tumori e alle infezioni, mentre l'incidenza delle patologie femminili è maggiore nelle malattie autoimmuni, nei disturbi dell'umore e del comportamento alimentare, nella fibromialgia e nelle sindromi associate.

Nello specifico:

- le donne diabetiche hanno un rischio più alto rispetto agli uomini diabetici di sviluppare patologie coronariche, ipertensione, obesità e dislipidemia;
- il cancro polmonare predilige localizzazioni periferiche nelle donne e quindi sviluppa più tardivamente una sintomatologia;
- le donne hanno una soglia del dolore più bassa e tale soglia è estrogeno-dipendente;
- le donne hanno una frequenza cardiaca più alta, anche durante il sonno;
- gli estrogeni sono neuro protettori;
- le donne recuperano prima dopo un ictus;
- le donne che vivono uno stress lavorativo cronico hanno più possibilità di sviluppare un diabete di tipo II.

Le donne hanno una risposta immunitaria umorale e cellulare più attiva: sono, quindi, più efficaci nel controllo delle infezioni, ma più vulnerabili all'autoimmunità (i livelli di immunoglobuline circolanti sono più alti, il rigetto ai trapianti è più rapido, la tolleranza agli autoantigeni è minore).

6.3. - LE CONDIZIONI DIVERSE TRA DONNE E UOMINI NEL LAVORO E LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

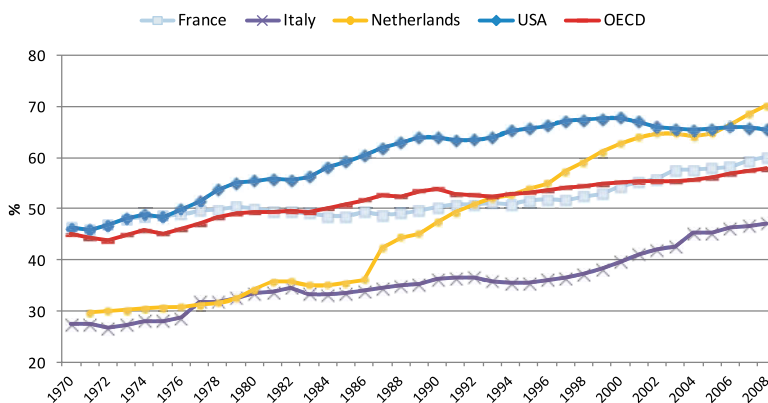
Vediamo in quale contesto di determinanti di salute connessi al lavoro si collocano le rispettive condizioni di donne e uomini in Italia, nel quadro degli altri paesi OECD (it.OCSE-Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico).

Abbiamo premesso come sia necessario prendere in considerazione il complesso dei determinanti di salute per considerare i possibili effetti diseguali delle misure di prevenzione e valutazione dei rischi in rapporto agli esiti di salute.

Vediamo prima di tutto il quadro della occupazione femminile che negli ultimi anni è cresciuta prevalentemente con tipologie di contratto a termine e con un tasso di stabilizzazione minore di quello maschile, mentre cresce il tasso di donne inoccupate specialmente nelle regioni del sud.

I due grafici a seguire descrivono l'andamento dell'occupazione femminile italiana tra il 1970 e il 2008 rispetto agli altri paesi OCSE.

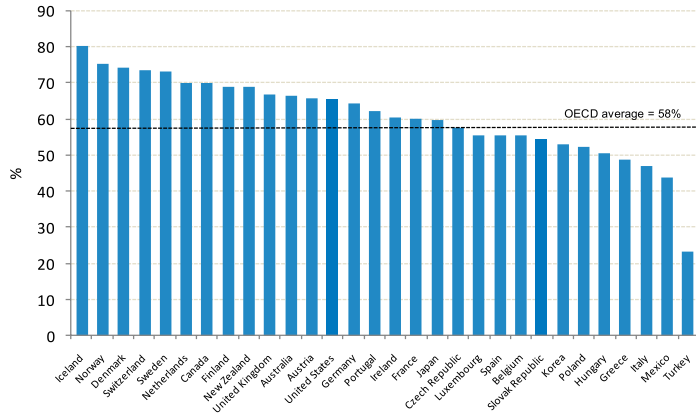
Tasso di occupazione femminile 15-64 anni per macro aree e Italia (1970-2008)



Source: OECD [Family Database](#) >LMF6 and OECD Statistics on [Labour Force Statistics by Sex and Age](#).

- Female employment rates vary widely across countries. While in 2008 more than 70% of women are in paid employment in the Nordic countries, less than 50% are employed in Greece, Italy, Mexico and Turkey. In a typical OECD country the proportion of women in paid work is on average 58%.

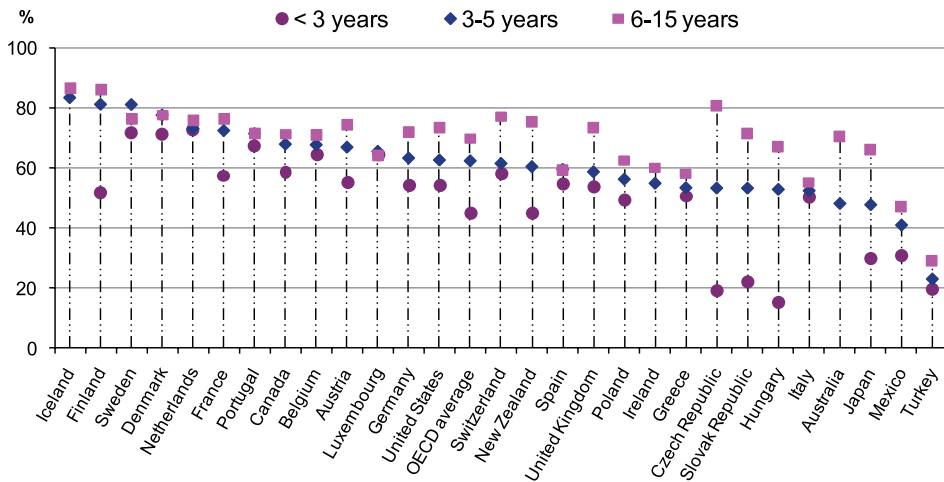
Tasso di occupazione femminile per paese nel 2008



Source: OECD Family Database >LMF6 and OECD Statistics on Labour Force Statistics by Sex and Age.

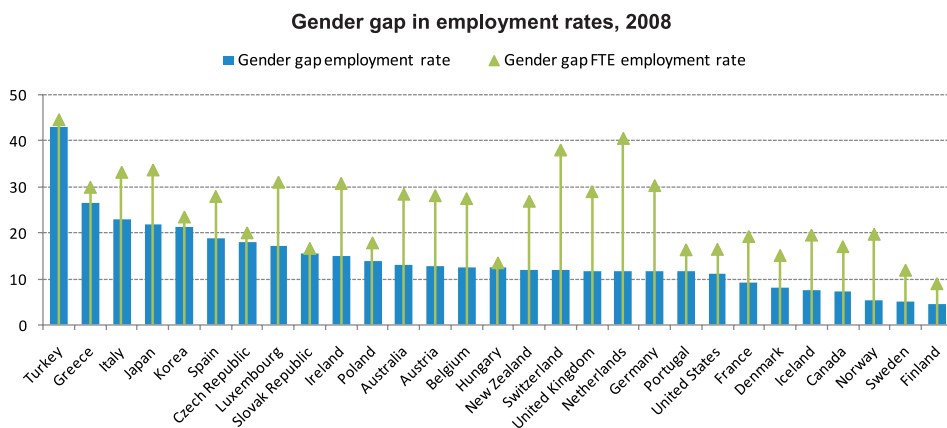
Il tasso di occupazione femminile correlato all'età dei figli ci dice come ancora sia condizionante ai fini dell'impiego l'essere madre e come questo si ripercuota poi in uno svantaggio rispetto agli uomini nel detenere un posto di lavoro sicuro e, quindi, maggiormente tutelato. Si veda come per le donne italiane il tasso di occupazione per le donne madri con figli resti sostanzialmente inalterato dalla nascita del figlio fino ai 15 anni di età, per fattori strutturali legati ai servizi di cura e per la difficoltà di rientro nel mercato.

Tasso di occupazione femminile-donne madri con figli età 0-15 anni paesi OCSE



Notes: Countries are ranked in descending order of maternal employment rates with the youngest child aged between 3 and 5. Source: OECD Family Database >LMF2.

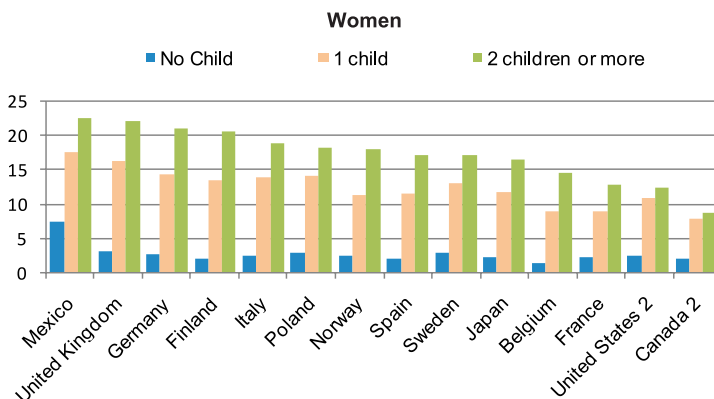
Il divario tra donne e uomini (gender gap) nell'occupazione diviene così una misura di un possibile rischio aumentato per la salute delle donne, essendo lo stato di occupazione un fattore evidentemente correlato alla disponibilità di reddito autonomo, di status sociale, di empowerment, determinati fondamentali di salute. Vedasi nel grafico a seguire il gap U/D in Italia.

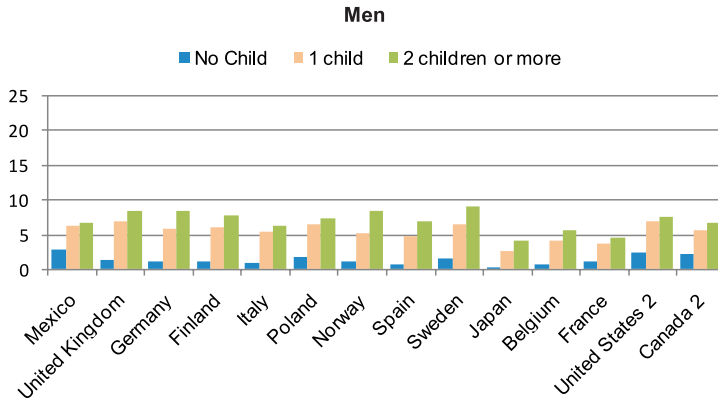


Source: OECD Factbook (2009) and OECD Family Database >LMF6.

È ormai assodato come **le donne dedichino più tempo degli uomini alla cura dei figli**. Nei due grafici a seguire possiamo vedere come il tempo dedicato alla cura dei figli cresca in modo esponenziale per le donne e come ciò si verifichi in modo molto minore per gli uomini. Vedasi soprattutto la differente quantità di tempo dedicato da donne e uomini alle attività di cura dei figli.

Percentage of time dedicated to care work, by number of children under school age¹

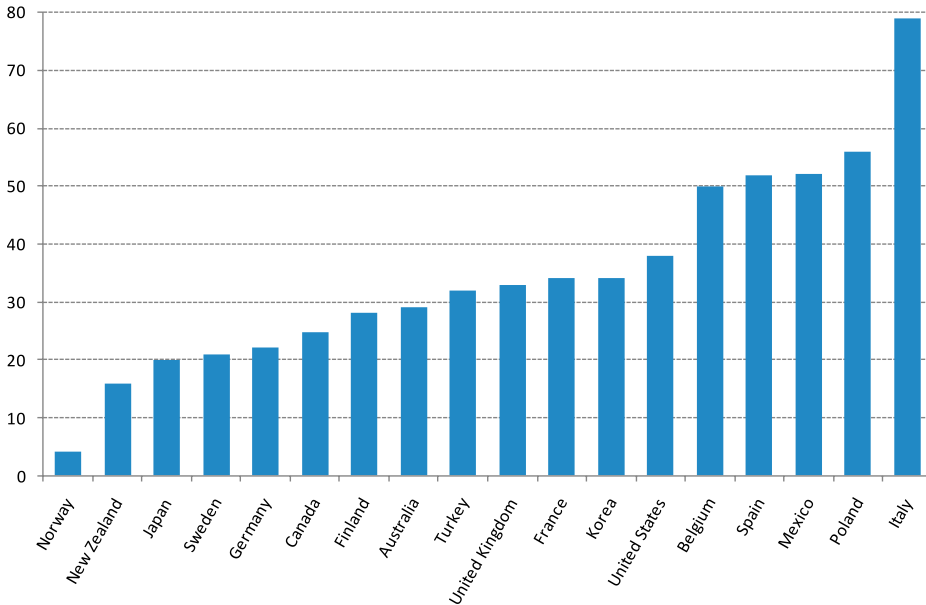




Notes: Countries are ranked by decreasing percentage of time dedicated to care activities by women with two children or more.
 1) School age refers generally to children under age 7, except for the US and Japan where data refer to children under 6, and to children under 5 in Mexico. 2) Care work includes here all episodes of care work declared as primary or secondary activity, except for the United States and Canada, where it also includes the time spent to care for household members or to informally help other households.
 Source: OECD Family Database >LMF11.

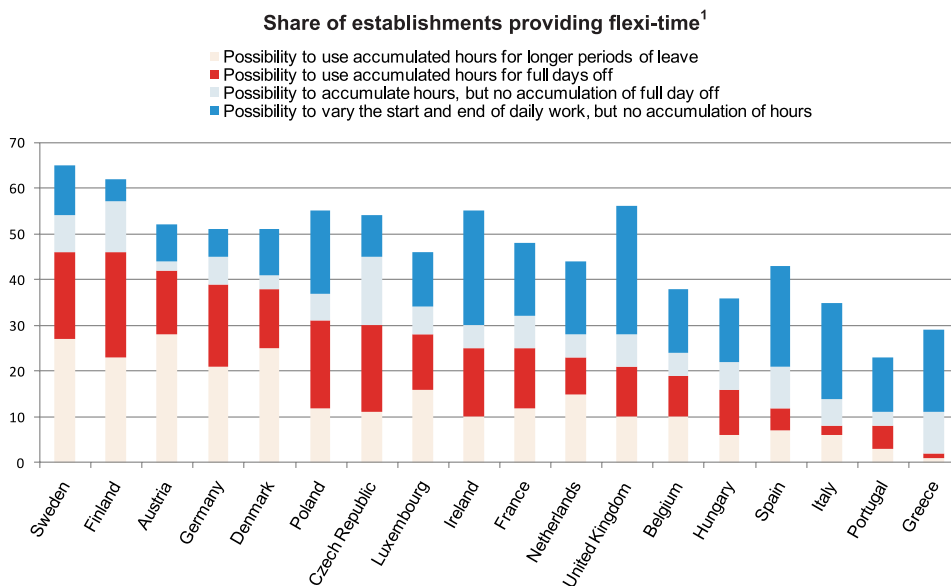
Il grafico seguente mostra come questo si traduca in un **vantaggio maschile** nel disporre di tempo per sé ogni giorno.

Maggior quantità di “Tempo per sé” di cui gli uomini dispongono quotidianamente rispetto alle donne - per paesi OCSE 2009



Source: Society at a Glance 2009.

Si veda, inoltre, come le modalità di **utilizzo dell'orario flessibile** si trasformi raramente in recupero di tempo realmente utilizzabile per sviluppare altre dimensioni della vita. Il grafico seguente illustra le modalità di utilizzo delle varie forme di flessibilità in grado di garantire un recupero sostanziale del "tempo liberato". Vedasi come in Italia le diverse forme di flessibilità amica siano ancora scarsamente utilizzate.

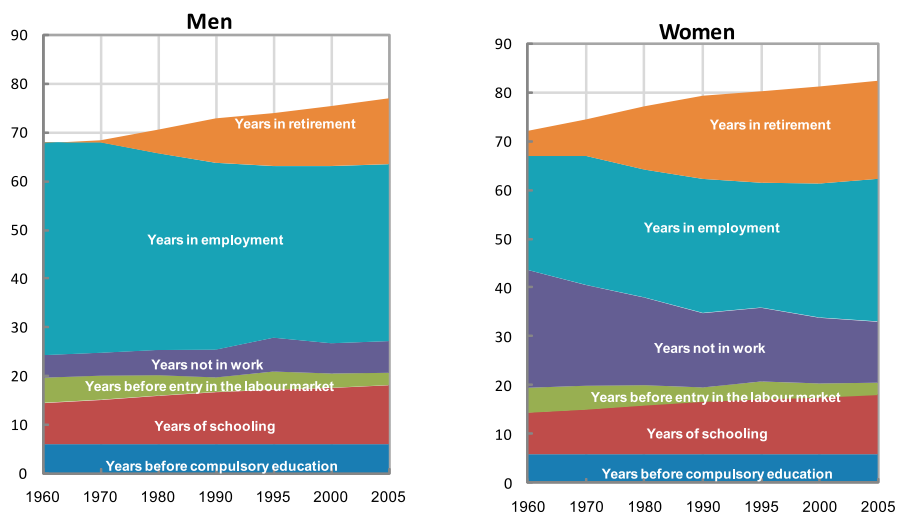


Notes: 1) Establishments with 10 or more employees; all economic sectors are covered, except for agriculture.
Source: OECD Family Database >LMF10.

Alla fine della vita questo tempo in più dedicato alla cura si trasforma **per le donne in anni lavorati e retribuiti in meno degli uomini!** Le conseguenze si vedono nei differenziali di reddito, nelle pensioni e nel più alto tasso di povertà delle donne nel corso di vita e nell'età anziana.

I due grafici a seguire rappresentano gli anni spesi nei diversi ambiti nel corso della vita: studio, lavoro retribuito e non, in pensione, ecc.

Years spent in different activities by men and women in a typical OECD country



Source: Society at a Glance 2009.

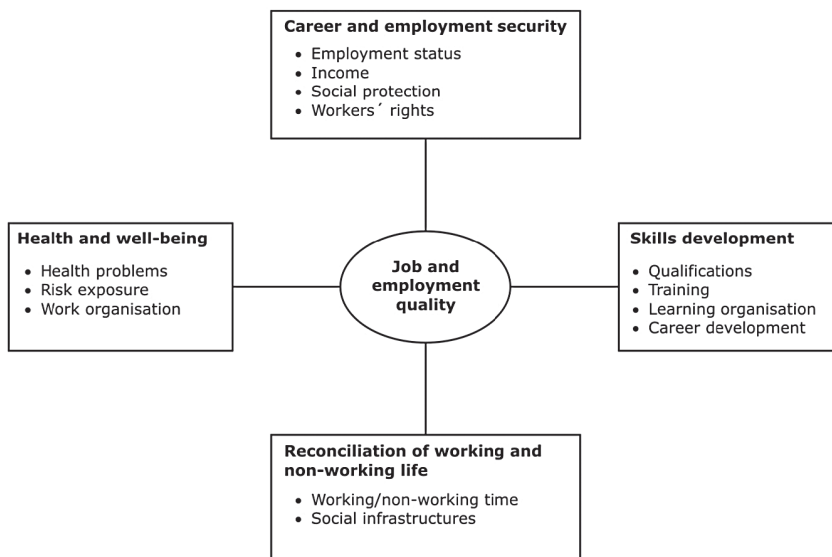
6.3.1. - Lo stato di salute sul lavoro: uno sguardo di genere all'Europa

Consapevoli dei limiti contenuti nelle analisi che prendono in considerazione dati che non sono sempre omogenei e raffrontabili in un'Europa a 27, abbiamo scelto gli ultimi dati EUROSTAT²⁵ per verificare quali fossero i trend e i fenomeni stabili e consolidati da cui avviare le nostre riflessioni "di genere".

L'obiettivo è quello di ricavare un possibile modello di analisi dei dati territoriali relativi alla salute e sicurezza sul lavoro entro una dimensione di salute strettamente interconnessa con la qualità del lavoro.

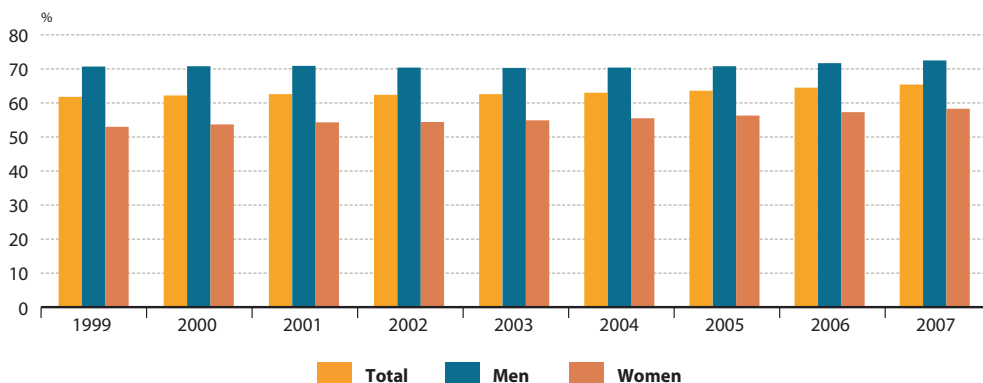
²⁵ Bart DE NORRE, Population and social conditions, 63/2009; Health and safety at work in Europe, (1999-2007) A statistical portrait, EUROSTAT 2010

Modello Eurofound di qualità del lavoro



Il punto di partenza è il tasso di occupazione maschile e femminile.

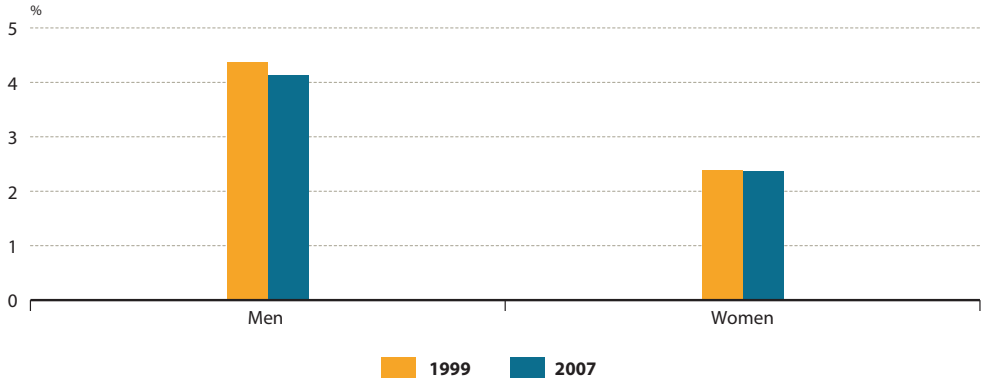
Employment rate by gender in the EU-27 (%)



Source: Eurostat, LFS 1999-2007⁸

Se gli uomini, che negli ultimi 12 mesi dichiarano di aver avuto uno o più incidenti sono diminuiti, il dato riferito alle donne è rimasto sostanzialmente immutato.

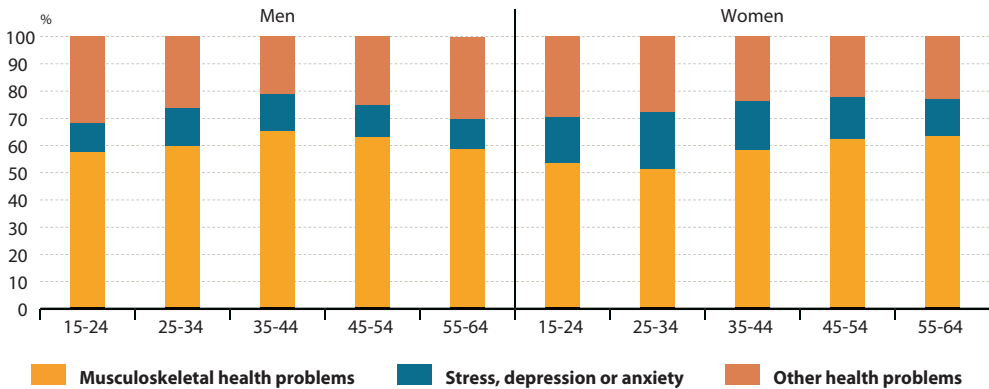
Workers reporting one or more accidental injuries at work or in the course of work in the past 12 months by gender and year (%)



Source: LFS ad hoc module 1999 and 2007 – 10 countries included

Dallo studio emerge, inoltre, che nell'Unione Europea il problema di salute più frequente riguarda disturbi all'apparato muscolo-scheletrico seguito da sindrome da stress, ansia e depressione.

Contribution of musculoskeletal health problems and stress, depression or anxiety to work-related health problems in employed persons in the EU27 by gender and age (%)



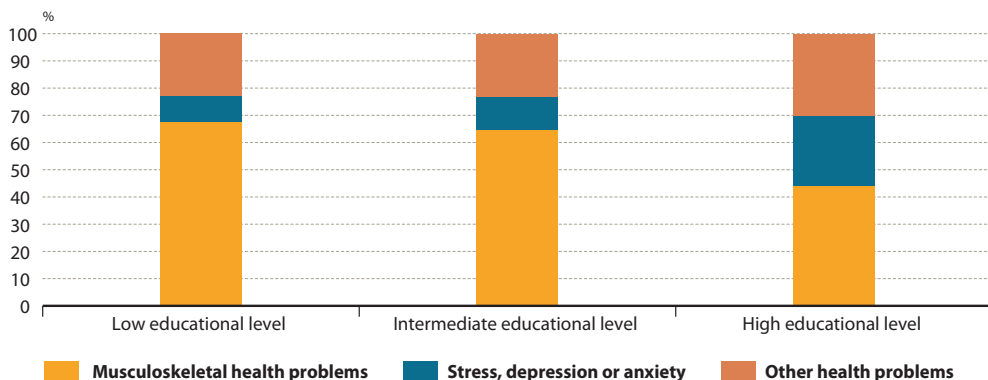
Source: LFS ad hoc module 2007 - FR not included

I problemi di salute legati al lavoro aumentano con l'aumentare dell'età mentre diminuisce con l'età il tasso di infortuni.

Si registra una incidenza maggiore tra i lavoratori con un basso livello d'istruzione.

Questi denunciano di soffrire maggiormente di disturbi all'apparato muscolo scheletrico mentre lavoratori con un livello più alto di istruzione denunciano di soffrire di stress, depressione e ansia.

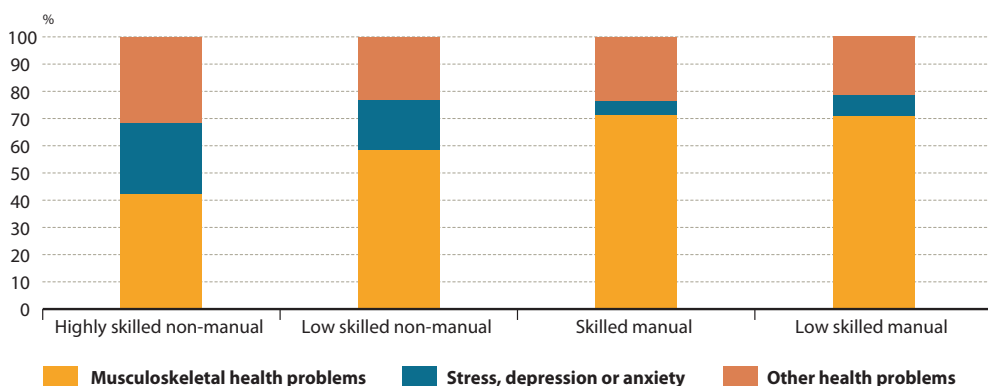
Contribution of musculoskeletal health problems and stress, depression or anxiety to work-related health problems in persons in the EU27 by educational level (%)



Source: LFS ad hoc module 2007 – FR not included

Il numero dei problemi di salute è in aumento per tutte le categorie ed età di lavoratori, sia maschi che femmine ed è correlato con la condizione occupazionale.

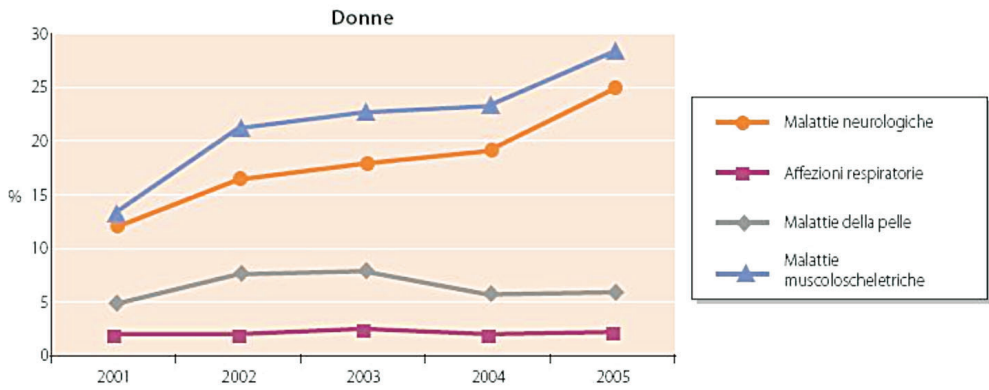
Contribution of musculoskeletal health problems and stress, depression or anxiety to work-related health problems in different occupations* in employed persons in the EU27 (%)



Source: LFS ad hoc module 2007 – FR not included

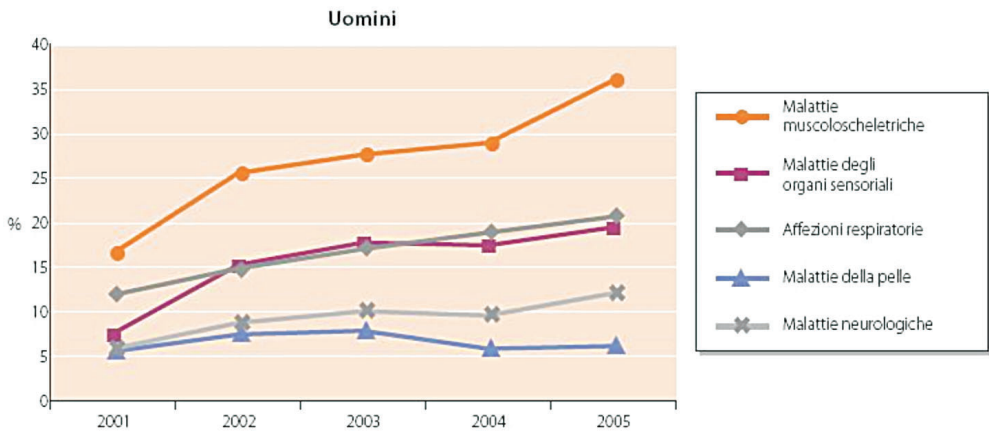
*sample size below publication limit for 'army'

Tasso di Incidenza malattie professionali donne



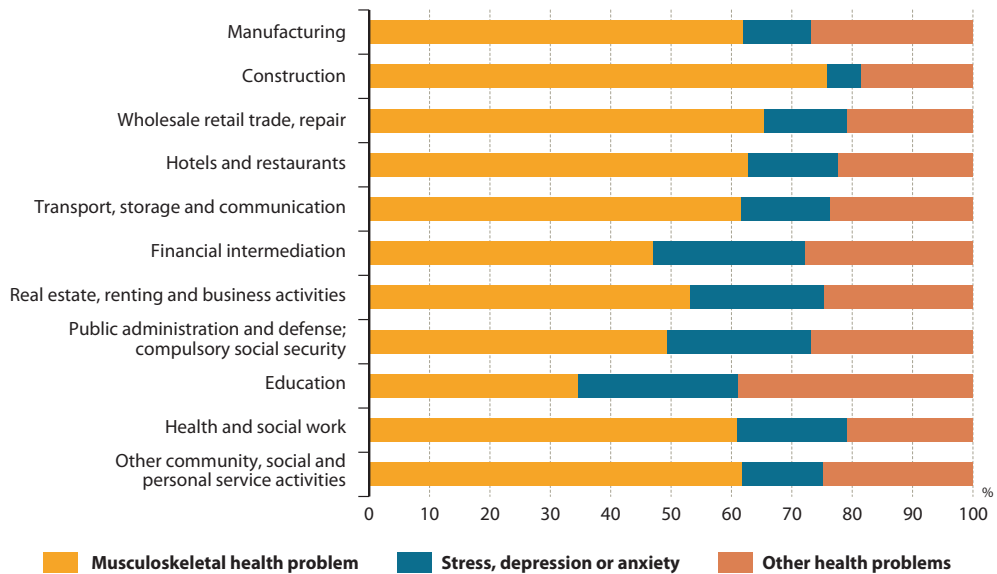
Fonte OSHA 2009

Tasso di incidenza malattie professionali uomini

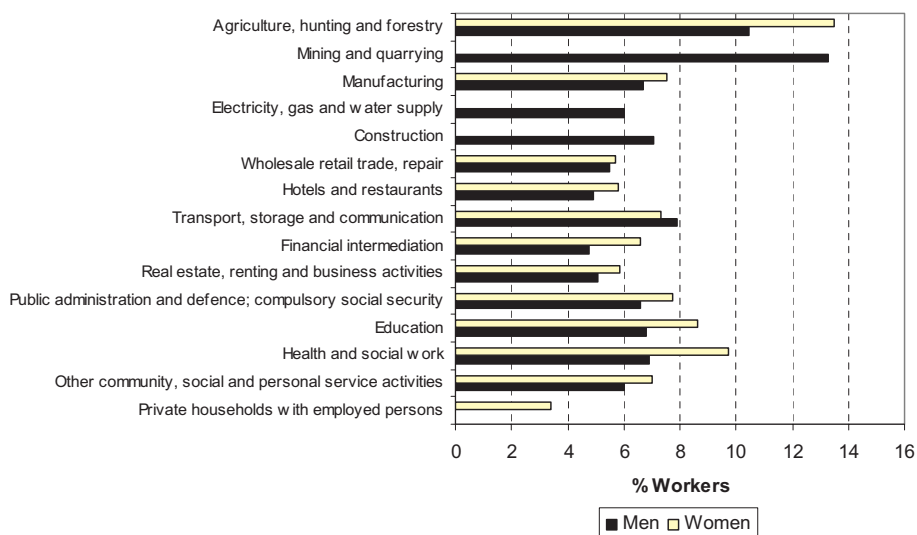


Fonte OSHA 2009

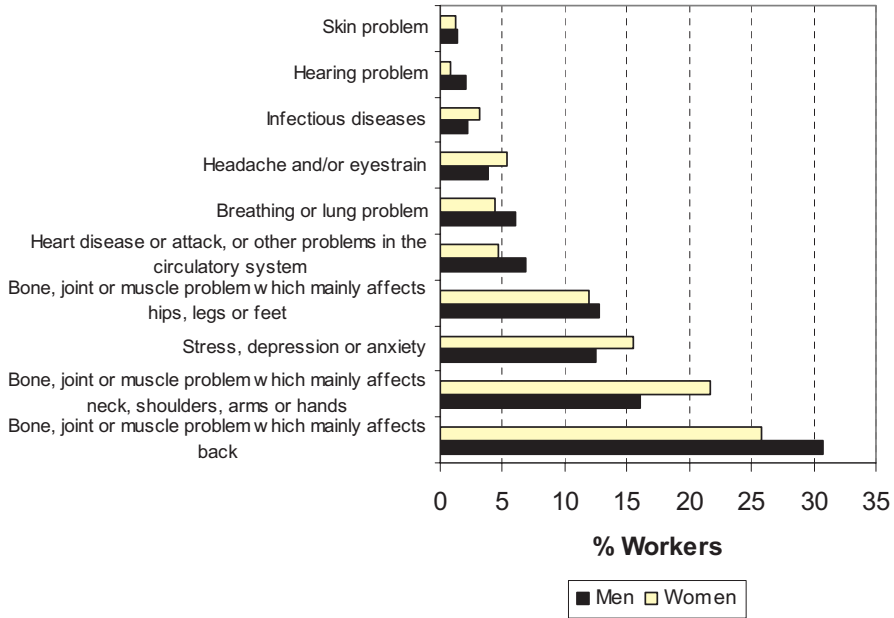
Contribution of musculoskeletal health problems and stress, depression or anxiety to work-related health problems in different sectors* in employed persons in the EU27 (%)



Work-related health problems in the past 12 months among workers in different sector



Work-related health problems experienced in the past 12 months



⁴ FR not included, EU-27 figures reflect EU-27 without FR (see Methodological Notes)

Le donne che contraggono malattie professionali sono impiegate, per numerosità, nel settore del commercio e nel campo della salute, nel settore educativo e dei servizi alla persona. Problemi di salute totali sono registrati più spesso nel settore dell'agricoltura per le donne e delle costruzioni per gli uomini.

Le malattie professionali colpiscono maggiormente gli uomini impiegati nel campo manifatturiero e edile.

Le giornate di assenza dal lavoro per problemi di salute ammontano a più di 367 milioni di giorni solari, lavorativi e non.

Should studies of musculoskeletal disorder risk factors be stratified by gender?

Table 3. Variables shown to have a statistically significant association with each musculoskeletal outcome in final gender stratified MLR models and in unstratified MLR models for the total study population.

	Variables significant among both male and female workers in stratified MLR models and in unstratified MLR models for total population	Variables significant <i>only among male workers</i> in the stratified MLR models	Variables significant <i>only among female workers</i> in the stratified MLR models	Variables significant in unstratified MLR models for the total population and in <i>only one</i> of the stratified analyses (male or female)
Neck pain ^a	Sitting posture Repetitive hand or arm movements Intimidation at work High psychological job demands	Hand-arm vibration Whole body vibration Difficult situation with public Handling heavy loads (inverse relationship)	Unwanted sexual attention >40 hours/week paid work) and ≥2 children (<18 years) at home	Hand-arm vibration Whole body vibration Difficult situation with public Unwanted sexual attention >40 hours/week paid work and ≥2 children (<18 years) at home ^b Handling heavy loads (inverse relationship)
	High psychological distress	Absence of leisure physical activities Having a high school diploma ^c	Being an ex-smoker Age ≥40 years	Absence of leisure physical activities Being an ex-smoker Age ≥40 years ^b
Low back pain among sitting workers ^d	Forceful exertion Difficult or tense situations with the public	Night shift Whole body vibration ^{c, e}	High job strain	Night shift High job strain
	High psychological distress	Age 40–49 years ^a	Age 18–24 years Exercising once or twice per week ^e	Age 18–24 years Age 40–49 years ^{b, e}
Low back pain among standing workers ^f	Moving around ^g Handling heavy loads all the time High psychological job demands	Standing in a fixed position ^g Hand-arm vibration Handling heavy loads fairly often Intimidation at work ^g	Difficult situation with public >40 hours/week paid work and ≥2 children (<18 years) at home Unwanted sexual attention ^f	Standing in a fixed position ^g Hand-arm vibration Handling heavy loads fairly often ^g Intimidation at work Difficult situation with public ^b >40 hours/week paid work and ≥2 children (<18 years) at home ^b
	High psychological distress Leisure physical activities once or twice a week (inverse relationship)	Smoking Being an ex-smoker ^g	Age 18–24 years Overweight Exercising ≥three times a week (inverse relationship) ^e Smoking (inverse relationship)	Age 18–24 years Overweight ^g Smoking ^b Smoking (inverse relationship) ^{b, e} Being an ex-smoker ^b
Lower leg/calf pain ^h	Moving around, longer distance ⁱ Moving around, short distance ⁱ Standing in a fixed position ⁱ	Standing with the possibility of sitting down at will ^g Whole body vibration Intimidation at work Passive job strain (inverse relationship)	Handling heavy loads all the time Handling heavy loads fairly often ^c	Standing with the possibility of sitting down at will Whole body vibration Intimidation at work Passive job strain (inverse relationship) ^g Handling heavy loads all the time
	High psychological distress Age ≥50 years	Absence of leisure physical activities Having a preschool child Underweight	Age 40–49 years Lower household income	Absence of leisure physical activities Age 40–49 years Lower household income ^g Having a preschool child ^h Underweight ^h
Ankle/foot pain ⁱ	Moving around, longer distance ⁱ Moving around, short distance ⁱ Standing in a fixed position ⁱ	Standing with the possibility of sitting down at will ^{c, e, i} Whole body vibration Intimidation at work	Repetitive hand and arm movements Handling heavy loads all the time ^{c, e}	Whole body vibration Intimidation at work Repetitive hand and arm movements
	High psychological distress Age ≥50 years Lower household income	Obesity Underweight ^g Having a preschool child	Age 18–24 years ^g	Obesity Age 18–24 years ^g Underweight ^{b, e} Having a preschool child ^b

^a See appendix table A

^b The variable was retained in the model for the total population because it interacted significantly with gender

^c The variable was significant among female workers or among male workers in the gender stratified analyses but not in the unstratified analysis for the total study population

^d See appendix table B

^e Tendency

^f See appendix table C

^g Reference category: Standing with freedom to sit at will

^h See appendix table D

ⁱ Reference category: Sitting with freedom to stand up at will

^j See appendix table E

6.3.2. - Le percezioni dei lavoratori e delle lavoratrici

Il 41% dei lavoratori denuncia di essere stato esposto a rischi che possono causare danni fisici.

La maggior parte dei lavoratori hanno dichiarato che i rischi cui sono stati esposti più spesso e più a lungo sono: posizioni scomode, faticose e dolorose per lavorare, trasporto e movimentazione di carichi pesanti.

Meno frequente l'esposizione a rumore, vibrazioni, fumo, esalazioni, polveri e agenti chimici.

La grande maggioranza dei lavoratori individua nei ritmi lavorativi troppo sostenuti e nel sovraccarico lavorativo i principali fattori di rischio per il benessere psicofisico.

Gli uomini più che le donne sono esposti a rischi per l'incolumità fisica mentre non si registra, *nell'indagine*, differenza tra uomini e donne per la percezione all'esposizione al rischio stress lavoro correlato.

L'esposizione al rischio ergonomico, biologico e chimico è lievemente diminuito, secondo i lavoratori, mentre si è registrato un forte aumento di esposizione a ritmi di lavoro con scadenze serrate e ritmi troppo sostenuti.

6.3.2.1. - Ipotesi di lavoro, intervento e monitoraggio in ottica di genere

Dallo studio EUROSTAT possiamo ricavare un quadro d'insieme che viene riconfermato negli anni e nei diversi contesti territoriali, pur con variazioni che, però, non inficiano il quadro d'insieme:

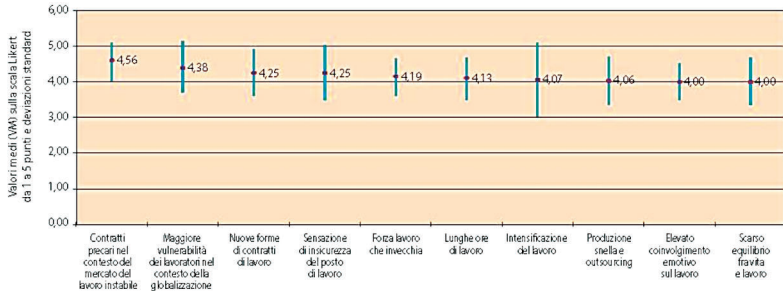
- il settore occupazionale, le mansioni, il livello d'istruzione, la condizione occupazionale sono direttamente correlati rispetto agli esiti di salute sia per gli uomini che per le donne;
- il sesso di appartenenza e l'età correlano in modo parzialmente divergente rispetto ad alcuni esiti di salute di donne e uomini.

6.3.2.2. - I rischi emergenti

Lo studio dei rischi nuovi ed emergenti nel mondo del lavoro è stato oggetto di attenzione negli ultimi anni. Molte ricerche hanno monitorato e previsto le nuove tendenze degli incidenti sul lavoro, e soprattutto delle malattie professionali, ai fini di una migliore prevenzione. Ad esempio, l'Osservatorio Europeo del Rischio ha recentemente pubblicato uno studio sui rischi nuovi ed emergenti sul lavoro nell'Unione Europea.

I rischi sul lavoro nuovi ed emergenti possono essere originati dalle innovazioni tecniche o da cambiamenti sociali o aziendali:

I dieci principali rischi psicosociali emergenti identificati a livello europeo²⁶

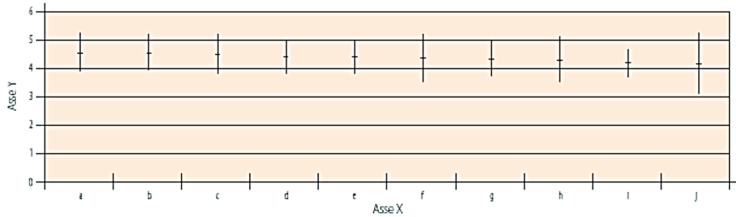


I dieci rischi psicosociali emergenti più importanti individuati nello studio.

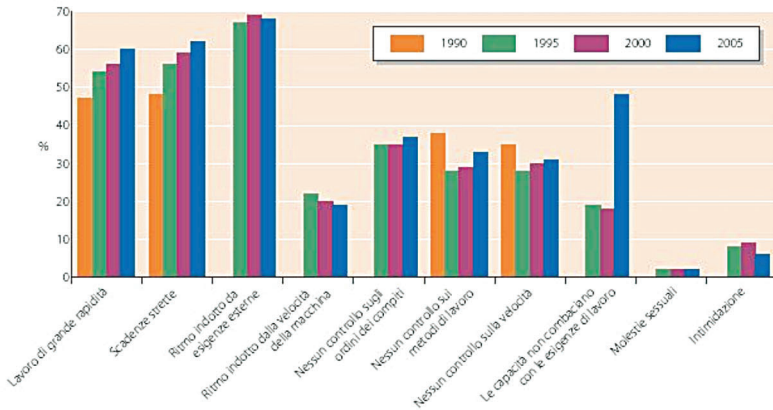
NB: VM > 4: rischio considerato emergente dalla stragrande maggioranza di esperti; 3,25 < VM ≤ 4: rischio considerato emergente.

Fattori di rischio che causano stress sul lavoro, incluse le molestie sessuali

I dieci principali rischi fisici emergenti, nel campo della SSI, identificati dallo studio (asse Y: valori medi secondo la scala Likert da uno a cinque punti e deviazioni standard; asse X: rischi)



- a. Mancanza di movimento
- b. Esposizione combinata a vibrazioni e posizioni scomode
- c. Scarso livello di sensibilizzazione sui rischi termici tra gruppi di lavoratori di basso livello soggetti a condizioni termiche sfavorevoli
- d. Rischi multifattoriali
- e. Esposizione combinata a disturbi muscoloscheletrici e fattori di rischio psicosociale
- f. Condizioni termiche sfavorevoli
- g. Esposizione combinata a vibrazioni e lavoro muscolare
- h. Complessità delle nuove tecnologie, dei processi di lavoro e dell'interfaccia uomo-macchina
- i. Protezione inadeguata di gruppi ad alto rischio da rischi ergonomici già noti
- j. Aumento generale dell'esposizione a radiazioni ultraviolette durante e fuori dall'orario di lavoro

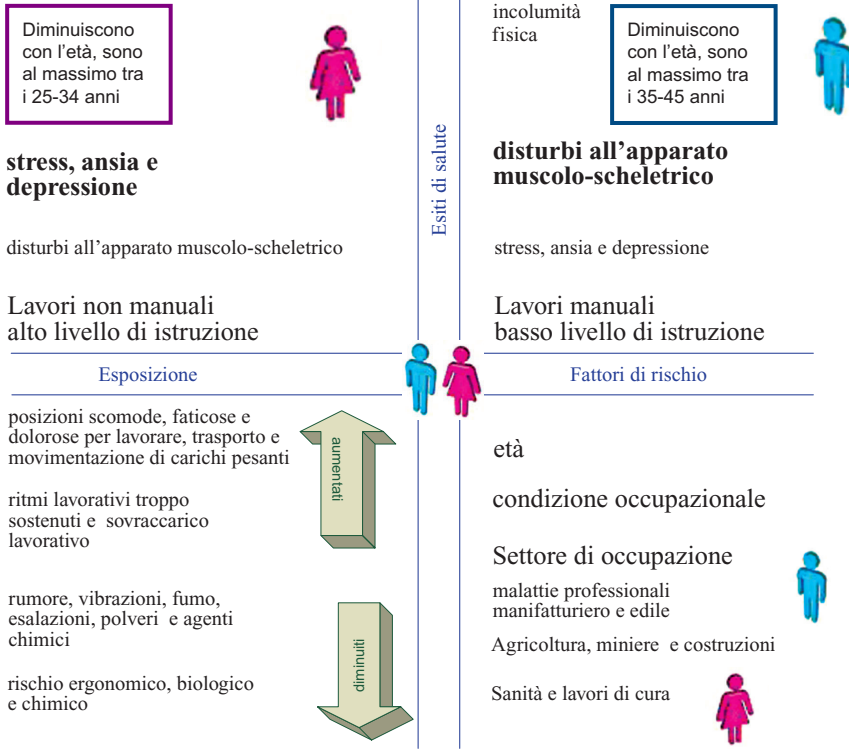


Fonte: ESWC, EU-15, 1995 and 2000; EU-27, 2005

Fonte OSHA 2009

²⁶ Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, Outlook 1 - Rischi nuovi ed emergenti in materia di sicurezza e salute sul lavoro, 2009.

6.3.3. - SSL: chiavi di lettura dei principali fenomeni emergenti a livello europeo



Elaborazione su dati Eurostat

7. - RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Agenzia europea per la sicurezza e la salute e sul lavoro, *Inserire le problematiche legate al genere nella valutazione dei rischi*, FACTS - n. 43.

Arnold, A.P., *Promoting the understanding of sex differences to enhance equity and excellence in biomedical science*, Department of Integrative Biology and Physiology, University of California, Los Angeles, *Biology of Sex Differences*, 1:1, 2010

Artuso P, Mason G, in *La Nuova Comunicazine interna*, Franco Angeli, 2008

Barker, G., Ricardo, C., Nascimento, M., *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from program interventions*, Department of Gender, Women and Health (GWH), Family and Community Health (FCH), World Health Organization (WHO), 2007

Canadian International Development Agency (CIDA) Guide to Gender-Sensitive Indicators, Minister of Public Works and Government Services Canada, 1997

Castriotta, M., a cura di, *Prospettive di genere applicate alla salute e sicurezza del lavoro. Stato dell'arte*, Dipartimento Documentazione, Informazione e Formazione, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, Focal Point Italiano dell'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, 2004

Conti, P., a cura di, *Genere e stress lavoro-correlato: due opportunità per il "Testo Unico". Verso l'elaborazione di linee guida*, Sintagmi - Inail, 2009

Conti P. in *Sperimentare in ottica di genere*, Cantieri, Dipartimento Funzione Pubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ed. Scientifiche Italiane, Roma, 2005

Conti P., Catemario MG., (a cura di), *Donne e leadership. Per lo sviluppo di una cultura organizzativa delle amministrazioni pubbliche in ottica di genere*, Rubettino ed. Roma, 2003

Costa, G., Cislighi, C., Caranci, N., *Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura*, Salute e Società, Franco Angeli, 2009

Directorate general for internal policies policy department -Economic and scientific policy employment and social affairs indicators of job quality in the european union IP/A/EMPL/ST/2008-09

Eco, U., *Segno*, in *Enciclopedia Einaudi*, 12: 628-68

Essers, C., Benschop, Y., *Muslim Businesswomen Doing Boundary Work: The Negotiation of Islam, Gender, and Ethnicity within Entrepreneurial Contexts*, *Human Relations*, 62, 3:403-423, 2009

European Agency for Safety and Health at Work, *Gender issues in safety and health at work. A review*, 2003, Ed. it. Castriotta, M., a cura di, *Prospettive di genere applicate alla salute e sicurezza del lavoro. Stato dell'arte*, Dipartimento Documentazione,

Informazione e Formazione, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, Focal Point Italiano dell’Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, 2004

Fagan, C., *Analysis Note: Men and Gender Equality - tackling gender segregated family roles and social care jobs*, Report for the EU Expert Group on Gender and Employment [EGGE] to the European Commission’s Directorate of Employment and Social Affairs (DGV), Equal Opportunities Unit (G1), 2010

Franconi, F., *La gender blindness nella ricerca medica*, in Conti, P., a cura di, *Genere e stress lavoro-correlato: due opportunità per il “Testo Unico”*. Verso l’elaborazione di linee guida, Sintagma - Inail, 2009

Höpflinger, F., et al., *Arbeit und Karriere: Wie es nach 50 Weitergeht. Un’intervista con responsabili delle risorse umane di 804 imprese svizzere*, Avenir Suisse, 2006

IEA technical committee on Gender and Work - IEA comitato tecnico sulle questioni di genere e di lavoro, 2006

Ilmarinen, J., *Towards a Longer Worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union*, Finnish Institute of Occupational Health (FIOH), Helsinki, 2005

Jenson, J., *Writing Women Out, Folding Gender In: The European Union “Modernises” Social Policy*, Social Politics, 15, 2: 131-153, 2008

Keuken, D.G., Haafkens, J.A., Moerman, C.J., Klazinga, N.S., Ter Riet, G., *Attention to sex-related factors in the development of clinical practice guidelines*, Journal of Women’s Health, 6: 82-92, 2007

Kim¹, A. M., Tingen¹, C. M., Woodruff, T. K., *Sex bias in trials and treatment must end: Gender inequalities in biomedical research are undermining patient care*, Nature 465, 688-689, 2010

Kopp Viglino, Y., *Life-Domain-Balance: Die Balance zwischen der Erwerbsarbeit und den Ubrigen Lebensbereichen*, Berna, 2008

Lagro, Janssen. A., Minne W., *Gender specific recommendations to three NHG guidelines*, Nijmegen University Medical Centre, 2006

Lagro, Janssen A., Botden M., *Training gender specific medicine in post graduate general practitioners*, Nijmegen University Medical Centre, 2006

Lazarsfeld, P.F., *Evidence and Interference in Social Research*, “Daedalus”, LXXXVII, 1958

Le Boterf, G., *De la compétence*, Les Éditions d’Organisation, Paris, 1994

Le Boterf G., *De la compétence à la navigation professionnelle*, Les Editions d’Organization, Paris, 1997

Lombardo, C., *La congiunzione inespresa. I criteri di selezione degli indicatori nella ricerca sociale*, Franco Angeli, Milano, 1994

Lombardo, C., *Teorie, modelli di senso commune e modelli dell'attore sociale nell'istituzione del rapporto di indicazione*, Sociologia e ricerca sociale, 47 - 48, Franco Angeli, Milano, 1995

Marradi, A., *Referenti, pensiero e linguaggio: una questione rilevante per gli indicatori*, Sociologia e ricerca sociale, XV, 43, Franco Angeli, Milano, 1994

Mason G., *Intranet 2.0*, HOPS, Tecniche Nuove, 2010

Migeon Barbara, *Females Are Mosaics: X Inactivation and Sex Differences in Disease* (Oxford University Press, New York 2007

Ministry of foreign affairs of Denmark, Danida, *Gender-sensitive monitoring and indicators*, Ministry of Foreign Affairs of Denmark Denmark, 2006

Morschhäuser, M., Sochert, R., *Beschäftigungsfähigkeit erhalten! Strategien und Instrumente für ein langes gesundes Arbeitsleben*, BKK Bundesverband, 2007

Moser, R., Egger, M. e Thom, N., *Arbeitsfähigkeit und Integration älterer Arbeitskräfte in der Schweiz - Datenlage und Implikationen*, in Die Volkswirtschaft, 1-2, 2008, SECO, 67-70, 2008

Ninci, A., *Le differenze di genere e l'impatto su salute e sicurezza in ambito lavorativo: alcune riflessioni all'indomani della presentazione del Rapporto annuale Inail 2008 sull'andamento infortunistico*, Bollettino ADPT, 2009

OECD, *Babies and Bosses: reconciling work and family life. A synthesis of findings for OECD Countries*, OECD, Paris, 2007

OECD, *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*, OECD, Paris, 2008

OECD, *Women and Men in OECD Countries*, OECD, Paris, 2008

OECD, *Society at a Glance: OECD Social Indicators*, OECD, Paris, 2009

OMS, Gender and health, What is "gender mainstreaming"?

<http://www.who.int/gender/mainstreaming/en/>

Peirce, C.S., a cura di Maddalena, G., *Scritti scelti*, UTET economica, Torino, 2008

Ray, R., Gornick, G., & Schmitt, J., *Parental leave policies in 21 countries: Assessing generosity and gender equality*, retrieved from http://www.cepr.net/documents/publications/parental_2008_09.pdf, 2008

Report from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, *Equality between women and men*, 2010

Riedmann A., Bielenski H., Szczurowska T. and Wagner A., *Working Time and Work-Life Balance in European Companies*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2006

- Risberg, G., *I'm just a civil; servant - neutral and sexless'. About the resistance against the gender perspective and the risk of gender bias in medicine*, *Lakartidningen*, 102:2852-2854, 2005
- Sartori, G., a cura di, *Social Science Concepts. A Systematic Analysis*, Sage Publications Inc., Beverly Hills - London, 1984
- Schön Donald A., *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Traduttore Barbanente A., Bari, Dedalo ed., 1993
- Smith, M., Plantenga, J., Bettio, F., Fagan, C. and Remery, C., *Analysis Note: A Gender Equality Index for the European Union*, Report for the EU Expert Group on Gender and Employment [EGGE] to the European Commission's Directorate of Employment and Social Affairs (DGV), Equal Opportunities Unit (G1), 2009
- Servidori, A. *Rischi sul luogo di lavoro e prospettive di genere*, *Bollettino ADPT*, 2009
- Society for Women's Health Research, web site
<http://www.womenshealthresearch.org/>, 2010
- Thümmler, K., Britton, A., Kirch, W., *Data and Information on Women's Health in the European Union* European Commission, European Communities, 2009
- UNI-INAIL-ISPEL-Parti Sociali, *Linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro*, 2001
- UNFPA, *Involving Men in Promoting Gender Equality and Women's Reproductive Health*, 2003, <http://www.unfpa.org/gender/men.htm>
- Verdonk, P., Benschop, YWM, de Haes, JCJM, Lagro, Janssen, ALM, *From gender bias to gender awareness in medical education*, in *Gender matters in medical education: integrating a gender perspective in medical curricula*, Verdonk P. Harderwijk, Drukkerij Wedding, 11-25, 2007
- Verloo, M., *Multiple Inequalities, Intersectionality and the European Union*, Radboud University, Nijmegen, *European Journal of Women's Studies*, 13, n. 3: 211-228, 2006
- Walby, S., *Complexity Theory, Systems Theory, and Multiple Intersecting Social Inequalities*, *Philosophy of the Social Sciences*, 1, 37: 449-470, 2007
- Woodward, A. E., *Too late for gender mainstreaming? Taking stock in Brussels*, *Journal of European Social Policy*, 1, 18: 289-302, 2008

Note sugli autori

Paolo **Citti**: Professore ordinario di Qualità e Sicurezza delle Costruzioni Meccaniche e Preside della Facoltà di Scienze e Tecnologie Applicate presso l'Università degli Studi Guglielmo Marconi di Roma. Dal 1974 al 2010 professore ordinario presso l'Università degli Studi di Firenze; dal 1980 si occupa di ricerca in ambito Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro è inoltre da alcuni anni coordinatore di un gruppo di ricerca multidisciplinare sul tema.

Paola **Conti**: Sociologa, è Amministratore unico della Sintagmi srl. Opera nel campo della salute e del lavoro, del gender mainstreaming e dell'innovazione organizzativa, svolge attività di ricerca, consulenza e formazione, collaborando con Enti, Imprese, Università e Centri di ricerca. Già consulente in materia di salute-sicurezza e prevenzione in ottica di genere, per il Dipartimento Pari Opportunità - Presidenza del Consiglio dei Ministri e INAIL, ha curato *Genere e stress lavoro correlato. Due opportunità per il Testo Unico*.

Paolo **Guidelli**: Ingegnere elettronico in forza alla Consulenza per l'Innovazione Tecnologica INAIL attivo in Direzione Regionale Toscana. Operativo in progetti mirati all'automazione di processi che coinvolgono attori interni ed esterni all'Istituto a carattere sia locale che nazionale. Proattivo nell'adozione dei dettami del Codice dell'Amministrazione Digitale. Attento conoscitore del patrimonio informativo dell'INAIL, caratterizzazione utile nei processi decisionali, di controllo di gestione, di progettazione delle azioni di prevenzione oltre che di studio dei fenomeni infortunistici e del mercato del lavoro.

Andrea **Meneghin**: lavora presso la Facoltà di Ingegneria dell'Università di Firenze occupandosi di tecnologie applicate alle utenze deboli e di analisi ed ottimizzazione dei processi. Nel presente volume si è occupato delle analisi statistiche del database INAIL allo scopo di fare emergere indicatori significativi in ottica di genere.

Monica **Morelli**: Laureata in Giurisprudenza nel 2008 con la tesi dal titolo: "Infortunio sul lavoro: responsabilità civile del datore di lavoro e concorso di colpa del lavoratore". Assegnataria di una borsa di studio rilasciata dal C.E.S.P.R.O, Università degli Studi di Firenze. Collabora dal 2008 presso Studio legale di Firenze. Le materie d'interesse e di lavoro attengono oltre che alla salute e sicurezza sul lavoro, il diritto amministrativo con particolare riguardo ai contratti pubblici ed al diritto dell'edilizia ed urbanistica.

Antonella **Ninci**: Avvocato, esercita la attività professionale presso la Avvocatura INAIL della Regione Toscana. Da molti anni si occupa dei temi legati alle discriminazioni e alla parità di opportunità; è stata Presidente del CPO dell'INAIL e ora Presidente del Comitato Unico di Garanzia. È consulente esperta di diritto antidiscriminatorio presso la Presidenza del Consiglio - Dipartimento per le pari Opportunità - ed in particolare presso l'UNAR (Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali)

Lorenzo **Paciscopi**: Titolare di una Assegno di Ricerca dal titolo Sviluppo ed applicazione di una metodologia per l'analisi ed il miglioramento dei processi presso il Dipartimento di Meccanica e Tecnologie Industriali (DMTI) dell'Università degli Studi di Firenze. Fa parte dal settembre 2003 del Gruppo Sicurezza del DMTI, un gruppo di lavoro che svolge una funzione di supporto al Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Ateneo Fiorentino, con lo scopo di garantire il massimo livello di sicurezza ed adeguatezza alle norme vigenti. RSPP (Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione) per i settori Ateco 1, 6, 8, e 9 ai sensi del D.Lgs. 195/2003 dal 2006.

Chiara **Parretti**: Assegnista di ricerca presso il CESPPO, Università degli Studi di Firenze, sul tema "Studio dei modelli e metodi per l'analisi e la gestione dei rischi per la Salute, Sicurezza ed Ambiente, finalizzati alla progettazione e sviluppo di strumenti comunicativi, informativi e formativi finalizzati a veicolare e far crescere la cultura della prevenzione". Dal 2006 fa parte del gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato dal prof. Citti che svolge attività di ricerca sul tema Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro.

Giada **Polillo**: Sociologa, esperta in analisi della normativa in materia sanitaria. Ha lavorato per istituzioni e pubbliche amministrazioni, occupandosi anche della organizzazione di campagne di comunicazione. Attualmente collabora con l'Università di Firenze svolgendo attività di ricerca in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Francesca **Ricci**: si occupa di mercato del lavoro e differenze di genere. Collabora con istituti nazionali (Isfol, Italia Lavoro) e regionali (Irpel). Tra le pubblicazioni più recenti: *Le cittadine toscane fra occupazione e occupabilità*, in Pescarolo A., *Donne, lavoro e risorse economiche* (Irpel, Firenze 2011); *Donne, figli e lavoro. L'esperienza della maternità nei percorsi professionali delle utenti dei servizi per l'impiego*, in Pescarolo A., *L'occupazione femminile, Rapporto di ricerca 2008* (IRPET, Firenze, 2009). È attualmente responsabile dell'Ufficio Studi della Cisl Toscana.

Cristina **Sanna**: Giornalista pubblicitaria, esperta in comunicazione pubblica-istituzionale ha maturato una significativa esperienza presso Enti, Imprese, Università e Centri di ricerca. Autrice di alcuni saggi dedicati alla comunicazione istituzionale, attualmente collabora con l'Università di Firenze per l'attività di ricerca in materia di salute e sicurezza sul lavoro in ottica di genere.

Teresa **Savino**: ricercatrice presso l'IRPET, si occupa di lavoro e immigrazione, con particolare attenzione al tema delle pari opportunità. Tra le sue pubblicazioni in materia: *Donne migranti in bilico tra segregazione e integrazione*, in Pescarolo A. (a cura di), *Donne, lavoro e risorse economiche* (Irpel, Firenze 2011); *Immigrati in Toscana. Occupazione e sicurezza sul lavoro nell'industria diffusa*, con Giovani F. e Valzania A. (IRPET, Firenze, 2005).

Ringraziamenti

Si ringraziano l'Assessore alla Diritto alla Salute della Regione Toscana, dr.ssa Daniela Scaramuccia, che il 6 settembre 2010 ha sottoscritto, con il Direttore Regionale INAIL della Toscana, dott. Aniello Spina, il protocollo d'intesa, che ha dato l'avvio al progetto.

Alla sottoscrizione del citato protocollo ha presenziato il Direttore Generale dell'INAIL, dott. Giuseppe Lucibello, che si ringrazia per la sua immediata e convinta condivisione dell'iniziativa.

All'avv. Antonella Ninci un ringraziamento, non tanto e non solo come professionista dell'INAIL coinvolta nel progetto, quanto come promotrice dello stesso nella veste di Presidente del C.P.O. dell'INAIL, organismo che rappresenta un evidente ed imprescindibile punto di riferimento per la specificità degli argomenti trattati.

In tale contesto non può mancare un ringraziamento alla Consigliera Nazionale di Parità ed alla Consigliera Regionale per la Toscana di Parità, per il sostegno fornito e che vorranno continuare a fornire.

Come attuale Direttore Regionale INAIL della Toscana, oltre al già menzionato mio predecessore Aniello Spina, ringrazio i componenti del gruppo di ricerca e del gruppo di progetto per il lavoro fin qui svolto, augurando a tutti noi la prosecuzione sempre più proficua della reciproca collaborazione.

Bruno Adinolfi
Direttore Regionale INAIL Toscana

