

Genere e stress lavoro-correlato: due opportunità per il “Testo Unico”

Verso l’elaborazione di linee guida



Genere e stress lavoro-correlato: due opportunità per il “Testo Unico” Verso l’elaborazione di linee guida

INAIL - Direzione Centrale Comunicazione
P.le Giulio Pastore, 6 - 00144 Roma

ISBN 978-88-7484-154-7

Stampa: Tipolitografia INAIL - Milano - novembre 2009



Tra gli obiettivi che il Testo Unico sulla sicurezza si prefigge, la prevenzione e la salute nei luoghi di lavoro in ottica di genere è, senza dubbio, uno dei più complessi e più qualificanti al tempo stesso.

Il legislatore, recependo a livello nazionale le indicazioni fornite in materia dall'Unione Europea, per molti aspetti ha volutamente lanciato una sfida al welfare italiano; una sfida non solo metodologica - il Testo Unico, in effetti, si esprime compiutamente su "cosa" bisogna fare, ma non altrettanto su "come" farlo - ma anche e soprattutto culturale. Infatti, se è ormai noto che un approccio consapevole al tema della sicurezza sul lavoro non può prescindere dal riconoscimento

delle peculiarità legate al sesso dei lavoratori, è ugualmente vero che, a questo proposito, nel nostro Paese persistono ancora significative disparità di trattamento.

La questione è complicata e da tempo la ricerca sociologica ha evidenziato che questo scarto tra teoria condivisa e atto praticato si manifesta a monte, capillarmente, già a partire dalle relazioni tra i singoli e non solo nelle strutture complesse della società: basti pensare - per fare un esempio emblematico - che, a fronte della consapevolezza ormai matura della parità dei diritti di coppia, i comportamenti quotidiani realmente messi in atto dai partners, in particolare nel difficile compito di conciliare le responsabilità familiari e professionali, continuano quasi sistematicamente a penalizzare la donna.

Ecco, allora, che un volume come questo assume particolare rilevanza sia da un punto di vista squisitamente teorico, sia da un punto di vista strettamente "pratico". Proprio perché scevro da ogni semplicistico lancio di formule, lo studio, svolgendo una esaustiva disamina del Testo Unico (in special modo nei confronti della differenza di genere e dello stress lavoro-correlati), dimostra di raccogliere in toto la sfida posta dalla legge. Il volume, a sua volta, offrendo stimoli, proponendo domande e indicando ambiti di intervento, costituisce una utile "bussola" per orientarsi nei delicati risvolti della problematica, oltre a costituire una risorsa essenziale per l'eventuale, futura definizione di Linee Guida capaci di supportare l'attività di tutti gli operatori del sistema socio-sanitario nazionale. Se è vero, infatti, che la soluzione di un problema ne presuppone sempre la piena conoscenza, un simile contributo di chiarezza rappresenta, senz'altro, uno strumento di non poco conto.

In un contesto così dinamico l'INAIL è naturalmente chiamato a interpretare il proprio importante ruolo, tramite le competenze acquisite sul campo anche grazie alla frequente sperimentazione di progetti. Per il suo essere storicamente "laboratorio" di proposte e strategie, l'Istituto figura a giusto titolo tra i protagonisti del welfare italiano e fornisce una ulteriore, concreta attestazione della propria sensibilità al tema delle differenze di

genere, sollecitando autorevolmente una sinergia tra istituzioni, parti sociali e lavoratori e rendendosi disponibile a contribuire a uno sforzo comune che individui nel benessere psico-fisico e nella qualità della vita della donna un requisito fondamentale per lo sviluppo armonico del nostro Paese.

Marco Fabio Sartori
Presidente dell'INAIL



Il D.Lgs. n. 81/2008 rappresenta uno spartiacque fondamentale per la promozione di politiche di prevenzione al femminile e al maschile e proprio la sua recente adozione, per molti aspetti, fa di questa materia una sorta di terreno “pionieristico”.

È soltanto grazie all’articolo 28 del Testo Unico, infatti, che la sicurezza sul lavoro in un’ottica di genere - per la prima volta - consegue lo status di diritto riconosciuto per legge e da garantire, perciò, obbligatoriamente: un passaggio essenziale che segna un nuovo punto di partenza per il nostro welfare e pone, al contempo, obiettivi da raggiungere di valore imprescindibile.

Fino a oggi un approccio alla sicurezza sul lavoro declinato sulle specifiche esigenze della donna, non essendo un ambito presidiato da un rigido “vincolo” normativo, si è configurato come uno scenario di intervento lasciato per lo più alla “buona volontà” dei singoli soggetti interessati.

Non che questa attenzione sia mancata nell’esperienza del nostro Paese; ma, al di là dei tanti esempi virtuosi, quest’assenza ha comunque prodotto un approccio dal carattere disomogeneo e parziale. Anche laddove, infatti, è stata manifestata sensibilità al problema, questa spesso si è tradotta in una visione limitata, declinata per lo più come attenzione alla sicurezza nei confronti della donna in maternità piuttosto che a quella, più ampia, della donna/lavoratrice tout court.

Nessuno naturalmente esclude che la conciliazione tra vita professionale e vita privata sia una dimensione strettamente legata alla prevenzione. Lo dimostra l’andamento stesso del fenomeno infortunistico, che registra per le donne quasi la metà degli incidenti in itinere in una società dove i pericoli della strada interessano, invece, per il 75%, la popolazione maschile (come a dire: quando si guida la macchina per dirigersi in azienda o in ufficio il rischio di farsi male per le madri cresce a livello esponenziale).

Tuttavia la prevenzione al femminile è molto di più. È tutela della maternità, certo. È anche l’avvio all’interno delle aziende, pubbliche o private, di specifici programmi di conciliazione che permettano alle persone di coniugare le diverse sfere della propria vita. Ma è, prima di tutto, il sostegno nei confronti di una cultura della sicurezza in un’ottica di genere che sia capace di contrastare ogni forma di discriminazione sul lavoro, promuovendo - come l’INAIL cerca di fare al proprio interno - ambienti attenti alla persona, inclusivi delle differenze e, anzi, proiettati alla valorizzazione delle stesse. Obiettivi, questi, che devono, di necessità, tradursi in politiche ad hoc, in strategie “su misura” e in provvedimenti rispettosi di tali diversità.

Da questo punto di vista l'INAIL può senza dubbio vantare una storia di sperimentazioni importanti e una forte attività di sensibilizzazione. Lo dimostrano, solo a titolo di esempio, il progetto "Donna salute e lavoro" avviato nel 2000, la banca dati al femminile promossa a partire dalla fine degli anni Novanta (e segnalata dal Ministro Brunetta tra le cento best practices della Pubblica Amministrazione in occasione dell'ultimo Forum Pa), le numerose iniziative sviluppate con l'Anmil, la realizzazione di un nido aziendale nella sede dell'Istituto a piazzale Pastore, a Roma. Un interesse forte, dunque, originato dalla consapevolezza che rischio sul lavoro e diversità di genere sono dimensioni correlate e che permette oggi all'Istituto di avvicinarsi al Testo Unico con un solido bagaglio di conoscenze pregresse.

In tale contesto si inserisce anche la promozione di questo volume, la cui significatività va ben oltre i confini dell'INAIL. Si tratta di un'opera importante per due motivi essenziali ed entrambi riconducibili al senso profondo che ha guidato la formulazione dell'articolo 28 del D.Lgs. n. 81/2008: la consapevolezza che la comprensione del mondo del lavoro non può più esulare dal riconoscimento dell'appartenenza di genere e lo stimolo a tradurre questa indagine in Linee Guida che permettano a tutti gli operatori della sicurezza di applicare la norma nel miglior modo possibile. Si tratta, a ben vedere, di una delle prove più importanti a cui è chiamato a rispondere il welfare di domani; una prova che vedrà l'INAIL - e questo stesso libro lo dimostra - impegnato in prima linea con tutte le sue forze nella tutela della salute e del benessere delle lavoratrici italiane.

Rita Chiavarelli
Direttore Generale f.f. dell'INAIL



L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha affermato che il godimento del miglior stato di salute raggiungibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di "razza", religione, opinioni politiche, condizione economica o sociale. Il diritto alla salute in generale rientra, quindi, nella tutela antidiscriminatoria ed in una concezione estensiva della equità di opportunità per tutti. Non è casuale, infatti, che il Consiglio dei Ministri d'Europa abbia formulato, il 30 gennaio 2008, una raccomandazione agli Stati Membri in cui si sottolinea che "l'obiettivo per produrre uguaglianza, equità e rispetto dei diritti umani (...) nell'ambito della salute richiede che gli effetti delle differenze di genere

e le loro conseguenze siano prese in considerazione nella pianificazione delle politiche sanitarie nelle prestazioni sanitarie e nei processi derivanti".

Il D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (il Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro) propone all'intero sistema lavoro molteplici sfide che possono e devono trasformarsi in altrettante opportunità (anche in termini di competitività), a partire dall'introduzione di una concezione di "salute e sicurezza" e di "prevenzione" non più "neutra", ma che deve tenere conto delle differenze legate al genere: all'art. 1, infatti, fa espresso riferimento alla garanzia "dell'uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati". Proprio questo tenere nella dovuta considerazione le differenze tra i generi e le peculiari condizioni soggettive permette, nei fatti, di perseguire quel godimento del miglior stato di salute "senza distinzioni..." a cui fa riferimento l'OMS.

Tra i vari compiti attribuiti dalla Delega al Ministro vi è quello di promuovere azioni volte ad assicurare l'attuazione delle politiche concernenti la materia dei diritti e delle pari opportunità di genere, con riferimento, tra l'altro, al tema della salute, nonché alla promozione della cultura dei diritti e delle pari opportunità, con particolare riferimento alla prevenzione sanitaria. Il Ministro ha costituito ad ottobre 2008 una Commissione di Studio avente ad oggetto il tema della salute. La Commissione è, in particolare, incaricata di formulare proposte per l'attuazione di un programma diretto a promuovere la salute dei bambini/e e delle donne, anche attraverso il contenimento dei tagli cesarei; suggerire azioni positive volte ad offrire pari opportunità ai pazienti affetti da malattie neoplastiche al fine di implementare sul territorio strutture dedicate, profilassi adeguate e tempestività nella diagnosi e cura; proporre campagne promozionali e informative, indicare azioni positive per la promozione delle pari opportunità delle donne immigrate.

Già nel luglio del 2007 è stato siglato un Protocollo d'intesa tra Dipartimento Pari

Opportunità e INAIL mirante, tra l'altro, a "favorire il diffondersi di una cultura attenta ai temi della salute in ambito lavorativo che tenga in adeguata considerazione le diversità tra uomini e donne; favorire l'informazione e la comunicazione tra le istituzioni e i diversi soggetti impegnati sulle problematiche di genere, di dati e statistiche relativi al fenomeno infortunistico e tecnopatologico nel mondo del lavoro letto con una prospettiva di genere; mettere a disposizione le proprie competenze per la lotta ad ogni forma di discriminazione e per la repressione di ogni comportamento lesivo dei diritti umani, ivi comprese le forme di lavoro sommerso che ledono la dignità delle persone".

Il lavoro di ricerca e riflessione - nell'ambito del "Progetto nazionale di prevenzione della salute nei luoghi di lavoro in ottica di genere" derivante dal protocollo d'intesa citato - che ha portato alla pubblicazione del presente volume, è stato realizzato a partire da questa consapevolezza e dalla volontà di segnare un punto decisivo a sostegno del fatto che non si possa parlare di salute di donne e uomini sul lavoro se non a partire dalla promozione dell'equità di genere che interessa trasversalmente le peculiari condizioni di lavoratrici e lavoratori, comprese quelle legate all'età e alle diverse provenienze geografiche.

Il volume vuole offrire un primo solido contributo a tutte le istituzioni competenti, alle Parti sociali e ai professionisti del Sistema Salute e Sicurezza, collocandosi nel processo di elaborazione di Linee guida dedicate.

Diviene infatti indispensabile avviare un processo che porti in direzione di una modificazione dell'evoluzione culturale e dei comportamenti, in modo da dare concretezza al Mainstreaming di genere attraverso cambiamenti strutturali nell'ottica di un sostanziale rovesciamento di prospettive.

Parlando di genere si fa ancora riferimento a stereotipi, ovvero a mappe mentali che influenzano la comprensione della realtà, riproducendo modelli culturali e ruoli sociali con effetti segreganti e discriminanti.

Sia il termine genere che stereotipo sono stati mutuati dalle scienze sociali e riguardano il rapporto conoscitivo con la realtà esterna che non è diretto ma mediato dalle immagini mentali che di quella realtà ognuno si forma. Tali immagini non sono altro che semplificazioni piuttosto rigide che il nostro intelletto costruisce quali "scorciatoie" per comprendere l'infinita complessità del mondo esterno. Questa "costruzione mediata socialmente" (nel caso degli stereotipi) riveste una funzione difensiva dell'identità del gruppo che ha prodotto gli stereotipi, in quanto concorre al mantenimento dello stesso sistema sociale che li ha generati.

La caratteristica evidente degli stereotipi è la loro persistenza; direi che sono "idee" dure a morire ed incuranti non solo della complessità ma anche dei mutamenti della realtà.

Quando si associa, senza riflettere, una categoria o un comportamento a un genere, si ragiona utilizzando gli stereotipi di genere; il loro uso produce e comporta una percezione rigida e distorta nonché distorsiva, della realtà e di quanto comunemente si intende - appunto - per "femminile" e "maschile" e su ciò che ci si aspetta, quindi, dalle donne e dagli uomini.

L'effetto degli stereotipi di genere e dei pre-giudizi che ne derivano, è quello di una gabbia interpretativa e di un perimetro dato come stabilito che finisce per limitare e comunque condizionare lo stile di vita, le azioni ed i pensieri delle persone.

Il cimentarsi con l'applicazione del Testo Unico in materia di Salute e Sicurezza sul lavoro "obbliga" ad andare oltre lo stereotipo in quanto impone un processo di produzione di conoscenza situata con riguardo a peculiarità e differenze. Questo sia attraverso la produzione intenzionale e l'analisi di dati e informazioni "oggettive" che attraverso la raccolta di percezioni "soggettive". Rappresenta quindi una occasione ineguagliabile, essendo il campo di applicazione esteso a tutti i luoghi di lavoro e di studio.

Il Testo Unico va ad arricchire (e nel contempo implicitamente ricomprende) una serie di norme che, troppo spesso - quando si tratta di normative di parità e di pari opportunità - evidenziano nella loro applicazione uno scarto tra la parità normativa descrittiva cogente e la parità sostanziale, sociale ed effettiva. Questo è esattamente lo spazio molle in cui si annidano le forme di non attuazione dei principi di pari opportunità, affondano le radici e crescono tutti gli atteggiamenti discriminatori.

Quali sono gli altri elementi di criticità su cui occorre operare? Il principale riguarda senza dubbio i modelli di organizzazione del lavoro.

Noi viviamo in una società che viene definita post-fordista che ha modificato completamente il suo volto, una società in cui i modelli di organizzazione del lavoro si sforzano di inseguire i cambiamenti verificatisi, stentando ad adeguarsi alle nuove esigenze. In realtà noi viviamo ancora in un meccanismo estremamente rigido, pur invocando costantemente modelli di flessibilità di varia natura. È come se ci fosse uno scarto difficilmente riducibile tra le aspettative delle modifiche da introdurre e la possibilità di plasmare il modello di organizzazione del lavoro rispetto ad esse. Esiste, in definitiva, una riottosità dei modelli organizzativi rispetto ad una flessibilità concreta, che permetta la conciliazione tra vita lavorativa e vita privata. Un altro aspetto critico è quello legato alla rappresentanza femminile nelle posizioni manageriali. È evidente che bisogna immaginare politiche di gestione del personale che favoriscano e poi garantiscano l'equilibrio delle presenze femminili nelle posizioni dirigenziali e all'interno delle progressioni di carriera. In realtà, nonostante i tanti cambiamenti introdotti, i processi di carriera restano ancora fortemente condizionati da logiche stereotipate. Si riproducono cioè all'interno delle organizzazioni alcune logiche che si incontrano anche nella mentalità comune corrente. Imbattersi negli stereotipi nella vita privata o in un qualsiasi contesto sociale ha naturalmente un certo impatto, ma vederli legittimati all'interno di un contesto professionale produce un effetto di maggiore smarrimento. Esistono poi degli aspetti quantitativi che non possono sfuggirci, come i differenziali retributivi, annidati nelle competenze salariali accessorie, che vanno a svantaggio delle donne. Il processo di valutazione dei rischi deve partire dalla descrizione del personale suddiviso

per sesso, includendo la progettazione di indicatori di genere. Gli obiettivi da raggiungere sono: la rimozione delle discriminazioni, l'adozione di misure correttive (incluse le azioni positive) e la loro messa a sistema nell'organizzazione del lavoro. Quest'ultimo elemento prevede un'organizzazione strutturata su modalità che favoriscano la conciliazione dei tempi di vita e dei tempi di lavoro, nell'ottica di un'organizzazione amichevole rispetto alle esigenze dei dipendenti consapevole del fatto che la maggior parte delle disfunzioni che noi riscontriamo nasce dalle difficoltà di attuazione della conciliazione stessa.

Proprio per la grande presenza femminile, la Pubblica Amministrazione, ad esempio, rappresenta in un certo senso la metafora delle contraddizioni insolute, che può essere estesa alla rappresentanza femminile nelle istituzioni. Il meccanismo sociale che risulta dall'analisi è quello di una presenza forte di normative a garanzia dei diritti di pari opportunità, ma di uno scarto sostanziale nella loro applicazione.

Nel mondo del lavoro c'è una forte presenza di donne che non raggiungono le posizioni direttive, a fronte di una grande qualificazione delle donne lavoratrici. Se andiamo a vedere i titoli di studio ci rendiamo conto che si tratta in larga misura di personale qualificato.

Se, poi, la maternità ha un valore sociale questo valore va riconosciuto e ne deve conseguire un riconoscimento che deve essere valutato. Se gli aspetti legati al lavoro di cura, che riguardano la maternità, come pure l'assistenza alla terza e quarta età, incidono sul lavoro e sulla vita delle donne, essi devono essere presi in considerazione e devono essere valutati attentamente rispetto alla presenza, alla produttività e all'efficienza. Questo è un discrimine rispetto al quale o ci si pone da una parte oppure ci si pone dall'altra.

Il picco di discriminazioni legate alla maternità va contestualizzato: si lega alle criticità del mondo del lavoro in generale, agli effetti dei fenomeni della globalizzazione e anche ai fenomeni della delocalizzazione del lavoro. Tutte le forme più fragili, le forme parziali, le forme atipiche, precarie e a corto respiro, le forme di occupazione a prevalenza femminile, sono tutte soggette ad altissimo rischio.

Rischio di licenziamento, di discriminazione, di mobbing, con l'“aggravante” delle scelte di maternità. I dati ci dicono che l'autore del mobbing, il mobber, è più spesso uomo e che la vittima, in linea di tendenza, è più facilmente donna. Ma non è solo questo il punto: quando un uomo è vittima di mobbing generalmente lo è perché non è più utile all'azienda o perché ha delle aspirazioni di carriera disfunzionali all'organizzazione. Nel caso in cui la mobbizzata sia la donna, le cause, i tempi e le modalità sono altre. Le rilevazioni dicono che il fenomeno colpisce la donna, per lo più, al rientro dal congedo previsto dalla legge per maternità.

È a partire da queste considerazioni e constatazioni che l'applicazione in ottica di genere del Testo Unico non può che essere avviata a partire dalla valutazione dei rischi psicosociali e stress lavoro correlati per la loro paradigmatica interconnessione con le problematiche e i principi sopra esposti.

L'attuazione delle norme inerenti la Salute e Sicurezza sul lavoro dunque può essere utilizzata come occasione di rimozione degli aspetti discriminatori. In conclusione, sebbene tutti i diritti cui si è fatto riferimento siano garantiti sotto l'aspetto normativo, il problema resta sempre il medesimo: quello del reale accesso ai diritti, quello che viene definito tecnicamente il rischio di dumping dei diritti. Rispetto a tutto questo credo che continui a valere una sensibilità che spinge a non dare mai per scontato ciò che è o sembra garantito.

Isabella Rauti
Capo Dipartimento Pari Opportunità
Presidenza Consiglio dei Ministri

INDICE

PARTE PRIMA

Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere: riflessioni sulla evoluzione normativa	1
Antonella Ninci	
Due sfide e un unico paradigma per l'applicazione del Testo Unico	13
Paola Conti	

PARTE SECONDA

Alle radici epistemologiche del genere	35
Silvia Gherardi	
Donne, lavoro e salute: un alfabeto internazionale che declina il genere	41
Silvana Salerno	
Il silenzio del corpo e la costruzione sociale della mascolinità	49
Stefano Ciccone	
Stress e genere	59
Paola Marina Risi	
Di cosa parliamo quando parliamo di stress... scenari, studi e ricerche internazionali	63
Francesco Bottaccioli	
La medicina di genere e le iniziative italiane	79
Flavia Franconi	

PARTE TERZA

Differenze di genere nella valutazione del rischio lavorativo: temi per la formazione ed esigenze di ricerca	89
Irene Figà-Talamanca	
Verso la valutazione non neutra dei rischi	101
Attilio Pagano, Giusi Vignola	
Verso una proposta metodologica per la valutazione dei rischi da stress-lavoro correlato in ottica di genere	115
Lucina Mercadante, Elisa Saldutti	

La “tipicità” come concetto chiave per la salute e la sicurezza sul lavoro Cinzia Frascheri	121
La differenza di genere e il mondo del lavoro: rischi tradizionali e nuove tipologie Alessandra Pera, Giovanna Cangiano, Bruno Papaleo	131
L'ISPESL al crocevia delle politiche di genere per la SSL Maria Castriotta, Valentina Bucciarelli	139
Il ruolo attivo di prevenzione degli organismi di parità e di tutela della persona nella Pubblica Amministrazione Antonella Ninci	147
I Codici di Condotta come strumento di prevenzione dei rischi psicosociali Oriana Calabresi	159

PARTE QUARTA

La formazione per la salute e la sicurezza: nuove prospettive Paola Conti	169
Sviluppo della capacità di “attenzione consapevole” nei luoghi di lavoro Laura Bongiorno	177
Per non essere felici soltanto a metà Samantha Gamberini	183
Consapevolezza di genere per il miglioramento del sistema di prevenzione Renata Borgato	189

APPROFONDIMENTI

Determinanti di salute e rischi sul lavoro in Europa e in Italia Paola Conti	199
Discriminazioni come fattore di rischio per la salute A cura di Paola Conti con contributi di Maria Castriotta e Valentina Bucciarelli (<i>Ispesl</i>) e testi di Linda Laura Sabbadini (ISTAT)	213
Il fenomeno infortunistico in ottica di genere: la diffusione dei dati INAIL Liana Veronico	223
Esigenze e proposte dei professionisti del Sistema SSL: verso la progettazione di strumenti per l'applicazione in ottica di genere del Testo Unico Paola Conti e Laura Bongiorno	235

PARTE PRIMA

Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere: riflessioni sulla evoluzione normativa

Antonella Ninci

Key words: *prevenzione, diritto comunitario, legislazione nazionale, soggetti della sicurezza, femminilizzazione lavoro, diversificazione tipologie lavoro, strumenti valutazione rischi, informazione, formazione, sistema informativo, incentivi alla sicurezza, responsabilità sociale imprese.*

Premessa

La necessità di affrontare il tema della prevenzione in ottica di genere nasce dall'ovvia considerazione che non c'è nessun aspetto della salute e della sicurezza sul lavoro che possa prescindere dal fatto che esistono "uomini e donne" che lavorano.

Questa affermazione, che appare logica e conseguente, è tutt'altro che scontata: la salute e la sicurezza femminile sul lavoro sono ancora oggi, di fatto, scarsamente considerate.

Le battaglie delle donne per la salute sul lavoro sono state le più misconosciute, vittime di una doppia emarginazione, come lavoratrici e come donne; del resto nell'immaginario comune i pericoli del lavoro sono associati ad attività (edilizia, trasporti, miniere, pesca.....) quasi esclusivamente maschili piuttosto che alla sanità, al terziario o all'industria tessile nei quali l'occupazione femminile si concentra.

Esiste invece un legame molto stretto tra le questioni legate all'uguaglianza e alle pari opportunità e quelle attinenti alla salute sul lavoro.

Una distribuzione ineguale del lavoro comporta rischi diversi dovuti non solo a differenze biologiche o di esposizione a sostanze tossiche ecc., ma anche a un accesso ineguale ai posti di responsabilità e una maggior inconsapevolezza dei rischi per le lavoratrici.

Il dibattito su questi temi inizia a far data dagli anni 90: mentre si dava attuazione alle indicazioni europee in tema di sicurezza sui luoghi di lavoro con una normativa pregevole e complessa quale il D.Lgs. 626/94, ma del tutto "neutra" quanto al riferimento ai "lavoratori" (intendendo per tali anche le lavoratrici) si è fatta sempre più strada la convinzione che il tema della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro dovesse tenere nella adeguata considerazione le specificità delle lavoratrici in quanto tali e non solo in quanto madri. Così negli ultimi venti anni nelle organizzazioni sindacali, negli ambienti accademici, negli organismi di parità, nei luoghi di lavoro e nelle istituzioni si è aperto un dibattito teso a dimostrare che,

soprattutto nel mondo del lavoro, le donne sono spesso oggetto di pesanti discriminazioni che incidono sulla loro salute fisica e psicologica, che uomini e donne possono avere risposte diverse rispetto alla stessa esposizione a rischio, che il lavoro familiare e di cura può avere ripercussioni sul versante della sicurezza al lavoro, che una adeguata attenzione deve essere dedicata nell’individuazione dei mezzi di protezione anche in relazione agli utilizzatori dei medesimi.

Le profonde trasformazioni del mondo del lavoro e la progressiva femminilizzazione del medesimo (seppur in termini inferiori rispetto alle aspettative) hanno inevitabilmente determinato la necessità di un mutamento nei sistemi di tutela per le donne che devono tener conto delle peculiarità femminili in relazione anche ai rischi specifici che si registrano nelle attività lavorative svolte.

La storia poi ha insegnato come sia difficile realizzare una adeguata tutela della salute della donna, attuando interventi differenziati ma rispettando il principio di uguaglianza e non discriminazione: in sintesi l’obiettivo da raggiungere può essere così riassunto: “proteggere efficacemente senza discriminare”.¹

Questo significa che si deve aprire una stagione nella quale la tutela della salute della donna deve essere slegata dalla sua visione familiare, come madre e come moglie e deve essere ricondotta alla sua identità di lavoratrice.

Sono ormai lontani i tempi delle prime convenzioni internazionali dedicate al tema della salute sul lavoro e incentrate su tematiche legate al lavoro delle donne: risale al 1906 la convenzione che vietava il lavoro notturno delle donne e si inseriva in una strada protezionistica che salvaguardando le donne, al contempo ha portato a escluderle da alcuni settori produttivi.

Tutte queste considerazioni fanno intravedere l’importanza di un approccio positivo e di valorizzazione di tutte quelle norme che, seppur con grande ritardo, legittimano ora il dibattito giuridico e trasformano aspettative, raccomandazioni e studi accademici in imperativi cogenti che richiedono un approccio ai temi della salute e sicurezza sicuramente diverso da quello del passato.

La prevenzione in ottica di genere nella normativa comunitaria

Come normalmente accade con i temi della parità di trattamento e del contrasto alle discriminazioni, il merito di aver sollecitato l’attenzione a questa materia deve essere attribuito all’Unione Europea.

È circostanza nota che la produzione normativa comunitaria in materia sociale si è concentrata nel tempo su due ambiti principali: le pari opportunità fra uomini e donne e la salute sul lavoro. Quando le competenze sociali comunitarie hanno cominciato a essere definite, le “pari opportunità” erano sostanzialmente ignorate dai paesi membri.

¹ G. Prosperetti, Il problema degli effetti discriminatori dell’eccesso di tutela, in *La tutela della salute della donna nel mondo del lavoro*, F. Angeli, Milano 2007.

Il diritto comunitario ha così affrontato, prima dei vari ordinamenti nazionali, le tematiche relative alla parità tra i sessi e al divieto di discriminazione, nei loro molteplici aspetti e declinazioni. Per questo motivo, oltre che per la sua rilevanza come regolatore sociale, il principio di parità risulta essere uno dei temi del diritto comunitario più importanti e di più diretta incidenza.

Quanto alla salute l'articolo 136 del trattato del 1957 che istituisce la Comunità europea (CE) dispone, tra l'altro, che: "La Comunità e gli Stati membri ... hanno come obiettivi la promozione dell'occupazione, il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro". In conformità all'enunciazione di tale principio l'art.137 del trattato CE dispone che per conseguire gli obiettivi di cui all'art. 136 la Comunità sostiene e completa l'azione degli Stati membri volta, tra gli altri fini, al miglioramento dell'ambiente di lavoro e alla protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori.

Attraverso i vari programmi d'azione in tema di salute e sicurezza sul lavoro attuati dal 1978 sono stati definiti obiettivi specifici importanti quali:

- miglioramento delle condizioni di lavoro ai fini di una maggiore sicurezza, conformemente agli imperativi sanitari nell'organizzazione del lavoro;
- migliore conoscenza delle cause degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, al fine di individuare e valutare i rischi e di applicare i più efficaci metodi di controllo e prevenzione;
- miglioramento del comportamento umano, al fine di sviluppare e promuovere un atteggiamento favorevole alla necessità di salute e sicurezza.

Alla fine degli anni 80 e negli anni 90 sono stati fatti, a livello comunitario, decisivi interventi sul tema della sicurezza e della salute dei lavoratori e in particolare la normativa comunitaria si è suddivisa in due gruppi:

- la direttiva quadro 89/391/CEE che contiene disposizioni di base relative all'organizzazione sanitaria e alla sicurezza sul luogo di lavoro, alle responsabilità dei datori di lavoro e dei lavoratori, completata da 18 direttive particolari concernenti: alcuni luoghi di lavoro specifici (cantieri), industrie estrattive, navi da pesca; alcuni pericolosi agenti fisici (rumore), vibrazioni, campi elettromagnetici, chimici, biologici e cancerogeni; l'utilizzo di attrezzature di lavoro; alcune categorie di lavoratori (lavoratrici gestanti o in periodo di allattamento);
- direttive contenenti disposizioni precise e complete, non collegate a direttive quadro, in merito ad attività professionali (assistenza medica a bordo delle navi) o a determinate categorie di persone vulnerabili (lavoratori temporanei o giovani lavoratori).

La direttiva 83/391 concernente "l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza della salute dei lavoratori durante il lavoro" non solo si presenta come una direttiva quadro per fornire indirizzi generali nei quali inserire le norme specifiche emanate

dai singoli stati in materia di tutela dei lavoratori appartenenti a tutti i settori dell'attività sia pubblica sia privata, ma ha rappresentato lo spartiacque per una nuova concezione dell'impianto concettuale della tutela prevenzionale sul lavoro. Se da un lato la direttiva 89/391 ha introdotto un nuovo concetto di salute e sicurezza sul lavoro (basato sull'analisi preventiva del rischio e sulla centralità della persona sul lavoro)², tuttavia, almeno da un punto di vista terminologico, le norme sono dirette alla tutela dei “lavoratori” con ciò ricomprendendo anche le lavoratrici. Resta dunque fuori dalla direttiva il concetto di una necessaria attenzione, nella prevenzione, alle differenze legate al genere al di fuori di quanto necessariamente collegato o collegabile alla gravidanza e alla maternità.

Infatti la direttiva prevede espressamente i cosiddetti “gruppi a rischio”, ovverosia particolarmente esposti, tanto da dover essere protetti dagli specifici pericoli che li riguardano: tra i gruppi a rischio rientrano le lavoratrici gestanti e puerpere.

E così, nell'ottica della direttiva quadro, il 19 dicembre 1992 il Consiglio della Comunità ha emanato la direttiva 92/85/CEE relativamente alla attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento.

Si conferma così l'atteggiamento tipico degli anni 90 durante i quali l'attenzione alle lavoratrici, in materia di prevenzione, era legato soprattutto ai rischi connessi allo stato di gravidanza, mentre nessuna considerazione normativa era dedicata alla individuazione di fattori di rischio legati alla diversità biologica nonché ai cosiddetti rischi psico-sociali che trovano la loro origine nelle condizioni sociali di vita delle donne.

Se l'intento del legislatore comunitario prima, nazionale poi, era quello di ricomprendere con il termine neutro “lavoratori” entrambi i sessi, aprendo le porte a una tutela delle lavoratrici a tutto tondo, che travalicasse i confini della tutela legata alla maternità, sicuramente l'obiettivo non solo non è stato raggiunto, ma si è consolidata una cultura della prevenzione nella quale per anni non c'è stato spazio per una seria considerazione delle fonti di rischio legate all'appartenenza a un genere, sia esso maschile sia femminile.

Il recepimento della direttiva quadro è avvenuto, a opera dell'Italia, mediante il D.Lgs. 626/1994 con il quale, sostanzialmente, si è riconfermato l'atteggiamento “neutro” nei confronti del tema della prevenzione sul lavoro. Il D.Lgs. 626/94 si riferisce a un diverso trattamento per donne e uomini solo con riferimento ai servizi igienici, lavabi e spogliatoi nei luoghi di lavoro (che devono essere separati) nonché alle madri che allattano e alle donne in stato di gravidanza che devono avere la possibilità di riposarsi in posizione distesa e in condizioni appropriate.

Come al solito l'attenzione alle lavoratrici è rivolta solo in relazione allo stato di gravidanza o al periodo successivo al parto.

In conformità a una legislazione sicuramente attenta e favorevole alle lavoratrici madri, anche in relazione e confronto alle normative di altri paesi europei, la direttiva 92/85 è stata recepita

² Cfr. Cinzia Frascheri, La salute e la sicurezza sul lavoro nella differenza di genere - Le lavoratrici e il lavoro oggi.

attraverso il D.Lgs. n. 645 del 1996 “Miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere e in periodo di allattamento” che rappresenta l’armonizzazione della legge 1204/71 con il D.Lgs. n. 626/94 ai fini della tutela della lavoratrice madre.

Il panorama della prevenzione negli anni 90 dunque, vede “il lavoratore” sia uomo o donna come destinatario delle norme di prevenzione e sicurezza sul lavoro e la lavoratrice come soggetto da tutelare in maniera specifica solo in relazione al suo stato di gravidanza.

Gli anni 2000 sono caratterizzati da un diverso atteggiamento.

Si è dovuto attendere fino al XXI secolo perché le due politiche comunitarie in materia sociale, ovvero la parità di opportunità e la salute sul lavoro, si legassero ed entrassero a far parte l’una dell’altra.

Solo la strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro 2002-2006 ha iniziato a introdurre il tema della differenza di genere come strategico rispetto ai propri obiettivi. La Commissione ha elaborato un’analisi che evidenzia i mutamenti avvenuti nel mondo del lavoro: muovendo da femminilizzazione e invecchiamento della popolazione attiva, diversificazione delle forme di occupazione (lavoro temporaneo, orari atipici, telelavoro...), incremento di alcuni rischi sociali (stress, depressione, molestie, intimidazioni, violenze...). A seguito di tale bilancio la Commissione ha richiamato l’attenzione su tre requisiti da rispettare al fine di garantire un ambiente di lavoro sano e sicuro: il consolidamento di una cultura della prevenzione dei rischi (educazione, formazione e sensibilizzazione dei datori di lavoro), una migliore applicazione della normativa vigente e una strategia globale relativa al “benessere sul luogo di lavoro”. Per soddisfare queste condizioni, la strategia comunitaria propone tre interventi principali: l’adattamento del quadro giuridico, il sostegno alla “spinta al progresso” (elaborazione di pratiche ottimali, dialogo sociale, responsabilità sociale delle imprese) e infine l’integrazione della problematica della sicurezza e della salute sul luogo di lavoro con altre politiche comunitarie.

La strategia comunitaria 2002/2006, muovendo dalla considerazione della fase di transizione in cui si trova l’Europa, caratterizzata da profondi mutamenti relativi alla composizione della popolazione attiva, alle forme di occupazione e ai rischi sul luogo di lavoro, evidenzia tre nuove sfide in tema di salute e sicurezza sul lavoro:

- la necessità di prendere in considerazione la problematica della dimensione di genere nell’ambito della sicurezza e nella salute sul lavoro: migliore progettazione dei luoghi e dei posti di lavoro, organizzazione del lavoro e adattamento delle attrezzature di lavoro;
- l’anticipazione dei rischi nuovi ed emergenti, sia che si tratti di quelli legati alle innovazioni tecniche o di quelli dovuti alle evoluzioni sociali (l’obbligo di ottenere risultati e di dar prova di maggiore flessibilità, che comportano un incremento di malattie quali stress e depressione, nonché di molestie, intimidazioni o violenze);
- l’analisi delle esigenze legate all’ergonomia dei posti di lavoro, la necessità di tenere conto dei disturbi del sistema muscolo-scheletrico e il trattamento specifico dei rischi emergenti (quali mobbing e violenza sul posto di lavoro).

Dunque è con la strategia comunitaria in materia di salute e sicurezza sul lavoro per il periodo 2002-2006 che si sottolinea la necessità di intraprendere iniziative tese a integrare la parità di genere nell’ambito dell’intera strategia.

Questo orientamento, di promozione della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro in un’ottica di genere, è stato confermato con il Piano Strategico 2007/2012 nel quale si afferma espressamente che per migliorare l’attitudine occupazionale delle donne e degli uomini e la qualità della vita professionale, occorre fare progressi nel settore della parità tra i sessi in quanto le disparità, sia all’interno sia all’esterno del mondo del lavoro, possono avere conseguenze sulla sicurezza e la salute delle donne sul luogo di lavoro e quindi incidere sulla produttività.

L’inserimento della dimensione di genere nelle politiche di salute e sicurezza sul lavoro, in maniera diffusa seppur non dirompente, sembra confermato anche dalla direttiva 2007/30/CE del 20 giugno 2007 che modifica la direttiva 89/391, le sue direttive particolari e le direttive 83/477, 91/383, 92/29 e 94/33 ai fini della semplificazione e razionalizzazione delle relazioni sull’attuazione pratica. Non è senza rilevanza, infatti, la circostanza che la direttiva in questione introduca l’art. 17bis nella direttiva 89/391 prevedendo che nella relazione quinquennale sull’attuazione della direttiva vengano forniti, ove appropriati e disponibili, dati disaggregati per genere.

La previsione può apparire residuale e di scarsa importanza, ma è invece da considerare come un ulteriore tassello nel mosaico della prevenzione attuata con una adeguata considerazione alle differenze di genere.

Del resto l’acquisizione di dati disaggregati si presenta come il primo indispensabile passo per lo studio dei rischi lavorativi in ottica di genere.

La legislazione nazionale: il Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 - Testo Unico in materia di sicurezza sul lavoro

Il nuovo approccio alla prevenzione in ottica di genere

Parte delle indicazioni dell’Unione Europea sono state recepite, a livello nazionale, nel Testo Unico in materia di sicurezza sul lavoro D.Lgs. 9 aprile 2008 n.81, che finalmente introduce un’attenzione, seppur apparentemente modesta, a una concezione di “salute e sicurezza” e di “prevenzione” non più “neutra” ma che tiene nella dovuta considerazione le differenze legate all’appartenere al genere femminile o maschile.

Mentre il D.Lgs. 626/1994 aveva interpretato la parità di trattamento di lavoratori e lavoratrici mediante il riferimento generico ai “lavoratori”, come se l’uguaglianza si potesse raggiungere mediante l’abolizione delle differenze e non attraverso la loro giusta considerazione, la nuova normativa adotta un’attenzione mirata.

Con il D.Lgs. 81/08 si apre un nuovo capitolo nella storia della salute e sicurezza sul lavoro: sembra che i tempi siano maturi per cominciare a pensare, o ripensare, a un modello di prevenzione improntato in modo sistematico alle differenze di genere.

I riferimenti normativi alla necessità di considerare le peculiarità maschili e femminili legate non solo alla maternità, seppur “pochi” nella quantità, aprono comunque la strada a un approccio nuovo al tema della sicurezza sul lavoro.

Preliminare a ogni considerazione è la disamina delle norme del Testo Unico per verificare:

- se vi sono innovazioni nella individuazione dei protagonisti della prevenzione e le loro competenze;
- quali sono gli spazi che le norme riservano a interventi di formazione, sensibilizzazione e ricerca dei rischi in ottica di genere.

Se è vero che il D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81, attuativo dell’art. 1 della legge 3 agosto 2007 n.123, apre in maniera chiara a un approccio alla salute e sicurezza sul lavoro attento e rispettoso delle differenze di genere, è vero anche che i riferimenti espressi, pur ridotti in termini numerici, sono tuttavia inseriti in disposizioni chiave che consentono interventi sostanziali e non formali.

Fondamentale appare l’art. 1 che nell’enunciazione delle finalità del decreto legislativo, fa espresso riferimento alla garanzia “dell’uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati”. Questa dichiarazione di principio apre al superamento di ben tre fattori di rischio nei confronti di discriminazioni quali il genere, l’età e l’appartenenza territoriale, che possono colpire, anche in maniera multipla, lavoratrici o lavoratori. Trattandosi di una norma di carattere generale, contenuta nel Titolo I “Principi comuni” e in particolare nell’articolo che detta le finalità della legge, la portata non può che essere la più ampia e la norma è destinata a permeare e condizionare l’interpretazione di ogni articolo successivo.

I punti di attenzione per una prevenzione in ottica di genere

Seguendo l’impostazione data dal legislatore all’assetto del Testo Unico si possono individuare alcuni elementi fondanti intorno ai quali si sviluppa il concetto di sicurezza e di prevenzione in ottica di genere:

- a) la definizione di salute;
- b) i soggetti della sicurezza;
- c) gli strumenti di valutazione dei rischi;
- d) la formazione e l’informazione come veicolo fondamentale per la sicurezza e la prevenzione;
- e) gli incentivi alla sicurezza;

- f) i richiami all’impresa socialmente etica, alla responsabilità sociale delle imprese e ai codici etici;
- g) le nuove funzioni del medico competente.

a) La definizione di salute

Nell’ambito delle “Disposizioni generali” l’art. 2, nell’indicare le definizioni da adottare per alcuni termini “chiave” rispetto alle disposizioni del decreto, offre un primo quadro del sistema di sicurezza che il decreto intende introdurre.

In questo contesto, fra tutte le definizioni, molte delle quali di carattere tecnico, assume particolare interesse quella adottata per definire la “salute” come *“uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in una assenza di malattia o d’infermità”*. Tale ampia nozione di salute, accolta dal legislatore, evidenzia la necessità di realizzare ambienti di lavoro improntati a una organizzazione che garantisca il benessere delle persone. Vero è che questo obiettivo non può che comprendere uomini e donne, ma la condizione della donna, nel nostro sistema sociale e lavorativo non parte certo da una situazione di parità rispetto agli uomini: da qui l’importanza dell’adozione formale di un concetto di salute ampio, in grado di comprendere una tutela estesa non solo all’esposizione ai rischi fisici o chimici, ma anche ai fattori di rischio psico-fisico e allo stress lavoro-correlato, elementi questi ultimi che secondo significativi studi, possono avere conseguenze di danno diverse per la popolazione lavorativa femminile, tenendo conto anche del fatto che le forme di occupazione non standard sono in prevalenza declinate al femminile e incidono sulla sicurezza e sulla qualità della vita.

Si apre così l’attenzione al lavoratore a tutto tondo, non più entità neutra ma caratterizzato dalle diversità che appartengono al genere umano.

b) I soggetti della sicurezza e le loro competenze

Meritano un attento esame anche gli organismi previsti dalla legge per sovrintendere, garantire e promuovere la cultura della sicurezza e la sua pratica applicazione.

L’art. 5 del D.Lgs. 81/2008 prevede la costituzione, presso il Ministero della salute, oggi Ministero per il lavoro, la salute e le politiche sociali, di un “Comitato per l’indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro”. Tale organismo, che dovrebbe essere presieduto dal Ministro della salute, ora con la diversa configurazione ministeriale o dal Ministro del lavoro o dal sottosegretario con delega alla salute, ha funzioni di rilievo in quanto:

- individua obiettivi e programmi dell’azione pubblica;
- programma il coordinamento della vigilanza;
- individua le priorità di ricerca.

Tale Comitato costituisce la “cabina di regia” dell’intero sistema, di importanza strategica sia

per quanto concerne l'azione politica sia per quanto attiene al coordinamento delle attività di vigilanza e controllo; il Comitato deve stabilire le linee comuni delle politiche nazionali e assicurare la più completa attuazione del principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni.

All'art. 6 il Decreto legislativo prevede la costituzione di una "Commissione consultiva permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro".

Tale commissione è costituita da rappresentanti di dieci Ministeri, dieci rappresentanti designati dalla Conferenza permanente Stato-Regioni, dieci esperti designati dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori e da dieci esperti designati dalle organizzazioni sindacali dei datori di lavoro.

Da notare che alla Commissione possono partecipare anche rappresentanti di altre Amministrazioni centrali dello Stato in ragione di specifiche tematiche inerenti le relative competenze.

All'inizio di ogni mandato la Commissione può istituire Comitati speciali permanenti dei quali determina composizione e funzione.

La Commissione si avvale della consulenza degli Istituti Pubblici con competenza in materia di salute e sicurezza sul lavoro e può richiedere la partecipazione di esperti nei diversi settori di interesse.

La commissione ha funzioni propositive, consultive, di promozione e di validazione delle buone prassi.

Fra i compiti della Commissione destano interesse quelli di cui alla lettera h) valorizzare i codici di condotta ed etici che "adottati su base volontaria, in considerazione delle specificità dei settori produttivi di riferimento orientino i comportamenti dei datori di lavoro, anche secondo i principi della responsabilità sociale, del lavoratore e di tutti i soggetti interessati, ai fini del miglioramento dei livelli di tutela definiti legislativamente" e alla lettera l) promuovere la considerazione della differenza di genere in relazione alla valutazione dei rischi e alla predisposizione delle misure di sicurezza.

Completano il quadro degli organismi i Comitati Regionali di coordinamento previsti dall'art. 7 che hanno lo scopo di programmare e coordinare gli interventi e dare uniformità e raccordo al Comitato e alla Commissione di cui agli artt. 5 e 6.

Da ultimo, all'art. 8 si prevede che concorrano al sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro gli istituti di settore a carattere scientifico, ivi compresi quelli che si occupano della salute delle donne.

Tra gli attori della sicurezza previsti dal Testo Unico non potevano mancare l'ISPESL, l'INAIL, e l'IPSEMA (art.9), enti pubblici nazionali con competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro e che sono chiamati a operare interagendo per offrire:

- consulenza alle aziende;
- progettazione ed erogazione di percorsi formativi in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- formazione per i responsabili e gli addetti ai servizi di prevenzione e protezione;
- promozione e divulgazione della cultura della salute e sicurezza sul lavoro nei percorsi formativi scolastici previa stipula di apposite convenzioni;

- elaborazione, raccolta e diffusione delle buone prassi;
- predisposizione di linee guida.

L’elencazione dei soggetti della prevenzione e della salute e sicurezza sul lavoro, anche con riferimento alle competenze dei medesimi, non è una inutile esercitazione scolastica, ma induce a fare alcune riflessioni in merito all’opportunità, anzi alla necessità, di attivare le competenze di ciascuno anche in relazione a una completa tutela della salute e sicurezza in ottica di genere. Così non dovranno rimanere inesprese le competenze della Commissione consultiva permanente in materia di valorizzazione dei codici di condotta ed etici e nella promozione della considerazione della differenza di genere nella valutazione dei rischi e nella predisposizione delle misure di sicurezza, ma anche INAIL, ISPESL e IPSEMA potranno avere un ruolo fondamentale nella impostazione di una prevenzione attenta alle diversità impegnandosi a:

- progettare e impostare i percorsi formativi in maniera rispettosa delle differenze di genere;
- formare responsabili e addetti ai servizi di prevenzione e protezione che siano in grado di percepire e riconoscere l’incidenza delle diversità di genere nella valutazione dei rischi;
- veicolare una cultura della prevenzione rispettosa e attenta alle differenze;
- elaborare buone prassi;
- predisporre linee guida per la valutazione dei rischi in ottica di genere.

Se vogliamo dare concretezza al tema della prevenzione in ottica di genere dobbiamo utilizzare tutti gli strumenti che la legge mette a disposizione e conoscere in maniera approfondita aree e competenze di tutti coloro che, organismi ed enti, sono chiamati ad apportare il loro contributo in campo istituzionale perché proprio prevedendo interventi istituzionali si può sperare di incidere in maniera non episodica e progettuale, ma sistematica nel tema del diritto diseguale necessario per non discriminare ma considerare le differenze applicando i principi di parità.

È dunque necessario aver chiaro il ruolo e le competenze dei protagonisti per progettare interventi che abbiano efficacia sostanziale.

c) Gli strumenti di valutazione dei rischi

Veniamo qui all’argomento più tecnico, seppur in senso lato, ma di grande importanza: la valutazione del rischio aziendale.

Una corretta e veritiera valutazione del rischio presuppone soggetti che siano in grado di valutare i rischi tenendo in considerazione tutte le componenti che possono incidere su quel concetto ampio di salute che abbiamo trovato all’art.2 del Testo Unico.

L’art. 28 D.Lgs. 81/2008 afferma espressamente che *“nella valutazione dei rischi devono essere tenuti in considerazione tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori particolari, tra cui quelli collegati allo stress*

lavoro correlato e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età e alla provenienza da altri paesi".

È questa la norma che forse ha una maggiore portata attuativa concreta in quanto impositiva di un criterio metodologico di necessaria applicazione. La natura sintetica di questo excursus impone solo la segnalazione della disposizione, ma già si intravedono da un lato le difficoltà attuative che si verificheranno in sede di prima applicazione, dall'altro il necessario interesse che si focalizzerà intorno ai temi dei rischi di genere se si vuole dare un significato vero e sostanziale, come è giusto che sia, al documento di valutazione dei rischi.

d) La formazione e l'informazione come veicolo fondamentale per la sicurezza e la prevenzione

La norma sopra citata rappresenta un indubbio passo avanti rispetto alla legislazione precedente. Certo è che la valutazione dei rischi connessi alle differenze soggettive dei lavoratori, presuppone l'acquisizione di competenze specifiche per i valutatori.

In questa ottica diventa fondamentale la formazione, oltre che l'informazione, di tutti coloro che devono contribuire a creare l'impresa sicura: datori di lavoro, preposti, medici competenti, RLS, RSPP.

Ecco l'importanza di formare adeguatamente i soggetti della prevenzione per sensibilizzarli a riconoscere l'esigenza di tutele differenziate in presenza di rischi diversi o che hanno ripercussioni diverse su lavoratori e lavoratrici.

e) Gli incentivi alla sicurezza

Importante ai fini che ci interessano è anche l'art. 11 "attività promozionali".

Al fine di rendere concreta e agevolata l'attività delle aziende diretta alla prevenzione sono previsti finanziamenti alle imprese per progetti di investimento, formativi e di attività degli istituti scolastici.

Per quanto riguarda l'INAIL è interessante notare che il n. 5 dell'art. 11 citato prevede che l'Istituto possa finanziare progetti di investimento e formazione rivolti alle piccole, medie e micro imprese e progetti volti a sperimentare soluzioni innovative e strumenti di natura organizzativa e gestionale ispirati ai principi di responsabilità sociale delle imprese: "*costituisce criterio di priorità per l'accesso al finanziamento l'adozione di buone prassi*".

È vero che il concetto di responsabilità sociale delle imprese è ben più ampio rispetto al tema della prevenzione, ma è anche vero che, in sede attuativa, quale ulteriore stimolo all'adozione di strumenti di prevenzione orientati al genere, tra le buone prassi premiate, può essere richiesta l'attenzione alle diversità e il contrasto alle discriminazioni, ivi compresa quella di genere.

Il numero 6 dello stesso articolo prevede poi che le amministrazioni pubbliche promuovano attività specificamente destinate ai lavoratori immigrati o alle lavoratrici finalizzate a migliorare i livelli di tutela dei medesimi negli ambienti di lavoro. Anche se l'interpretazione letterale non è immediata, ci piace pensare che il legislatore abbia volutamente portato l'attenzione alle differenze di genere tra i lavoratori e le lavoratrici immigrate ai quali devono essere applicate tutte le considerazioni finora fatte.

f) I richiami all'impresa socialmente etica, alla responsabilità sociale delle imprese e ai codici etici

A voler ben considerare gli spazi aperti dalla legge a un approccio alla sicurezza e salute in luogo di lavoro in ottica di genere si nota che sono più ampi di quelli apparentemente aperti dalle norme che a tale fattispecie espressamente rinviando.

Il Testo Unico fa più volte riferimento alla responsabilità sociale delle imprese (menzionata anche tra le “definizioni di cui all’art. 2) nonché ai codici etici e di comportamento.

Tali riferimenti costituiscono sicuramente un approccio positivo e favorevole anche ai fini che qui ci interessano.

Responsabilità sociale e codici etici confermano l’attenzione del legislatore alla persona del lavoratore e della lavoratrice nel suo contesto più ampio, come soggetti portatori di valori etici e morali non solo da rispettare ma da salvaguardare e valorizzare anche nel contesto lavorativo. Da ciò discende la necessità di intraprendere tutte quelle iniziative che, combattendo ogni forma di discriminazione come possibile fattore di rischio, consentano il massimo rispetto e attenzione alla persona, intervenendo per eliminare ogni possibile forma di discriminazione.

Questa chiave di lettura sembra confermata anche dalla previsione della “premialità” riconosciuta alle aziende impegnate in una dimensione sociale che contribuirebbe ad attualizzare il riferimento alla “responsabilità sociale delle imprese” contenuta nell’art. 2 alla lettera f).

Infatti l’art. 11 al n. 5 prevede il finanziamento a cura dell’INAIL di progetti di investimento e formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro, rivolti alle piccole, medie e micro imprese, volti a sperimentare soluzioni innovative e strumenti di natura organizzativa e gestionale ispirati al principio di responsabilità sociale delle imprese.

Con ciò si riconoscerebbe valore economico all’impegno assunto dalle organizzazioni nel rispetto etico sia del mercato sia del proprio contesto organizzativo.

g) Funzioni del medico competente

Innovativo rispetto al passato è anche il ruolo del medico competente che, a norma dell’art. 40 deve trasmettere al servizio sanitario nazionale le informazioni relative ai dati sanitari e di rischio dei lavoratori, elaborate evidenziando le differenze di genere.

In conclusione il D.Lgs. 81/2008 costituisce dunque l’occasione per affrontare a tutto tondo il tema della sicurezza e della prevenzione in ottica di genere.

Le varie disposizioni che direttamente o indirettamente fanno spazio a un concetto di sicurezza e salute sul lavoro più complesso e completo, in quanto destinato ad attuare principi di parità nelle differenze, costituiscono un’occasione da non perdere.

Nell’attuale contesto normativo e soprattutto sociale, ove l’attenzione alla salute e sicurezza sul lavoro assume una importanza sempre più determinante, sembra di assoluta importanza che vengano assunte adeguate iniziative da parte di tutti gli attori del sistema con un’attività trasversale che favorisca il dibattito, lo studio e la ricerca.

Due sfide e un unico paradigma per l'applicazione del Testo Unico

Paola Conti

Key words: *ottica di genere, gender lens, competenze professionali gender-based, rischi psicosociali, stress lavoro-correlato, negoziazione, produzione di conoscenza, salute, sicurezza, determinanti di salute “gender sensitive-gender oriented”, gender mainstreaming interistituzionale, curriculum di studi in ottica di genere, gender based diversity management, direttive comunitarie, paradigma della complessità, visione sistemica, benessere, qualità della vita, tempi sociali, network, eustress-distress, tipologie di contratto, valutazione cognitivo-emozionale dello stress, omeostasi, multicausale, allostasi, carico allostatico, approccio olistico, linee guida.*

Premessa

Il D.Lgs. 81/08 pone tutti gli attori del sistema salute e sicurezza di fronte a un obbligo-opportunità per tener conto delle peculiarità legate al genere, all'età, alle provenienze geografiche e culturali dei destinatari degli interventi di prevenzione.

Il concetto di “genere” risulta ancora estraneo a molti e di difficile traduzione in prassi operative, eppure esso è un concetto pervasivo che attraversa tutti i target di destinatari e implica un approccio di analisi e di valutazione di impatto, “a matrice” (vedi *intersectionality*) necessario per leggere in modo adeguato le peculiarità *degli individui* in modo tale da poter poi comprendere in modo situato le differenze *tra gli individui*.

Il “genere” è, più di ogni altro, 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 e agiamo a partire dal nostro essere donna o uomo: non è dato essere “neutri” anche se spesso gli studi, le analisi, le azioni vengono rappresentati come se quella neutralità fosse invece possibile.

In questi lunghi mesi - dall'emanazione del Decreto a oggi - su tale obbligo ci si è soffermati in più ambiti ma, quando organizzazioni e professionisti si cimentano operativamente con il dettato di legge, la domanda più frequente è ancora: “cosa significa, come si fa?”

Anche i corsi di formazione erogati o in corso di erogazione - derivanti dagli obblighi di legge in materia di SSL (Salute e sicurezza sul lavoro) - glissano sulla tematica “genere” e

“diversity” eludendo il fatto che per formatori, professionisti e organizzazioni sia divenuto necessario apprendere contenuti, competenze e metodi apparentemente nuovi.

La formazione che mira a sviluppare le competenze professionali gender-based di medici, ingegneri, psicologi, tecnici, rappresentanti dei lavoratori ecc. è invece una formazione che mira necessariamente a un riposizionamento di competenze già presenti, ma le colloca entro un’ottica ove la condivisione di modelli, strumenti, metodologie non può che essere finalizzata all’operatività di interventi a partire da riflessioni maturate collettivamente.

La capacità di assumere un’ottica di genere e la capacità di gestione dei fattori legati all’incertezza e allo “stress”, sono infatti riconosciute a livello internazionale come competenze strategiche nelle organizzazioni e richiedono agli individui skills specialistiche, professionali e di vita. I due ambiti di competenze, apparentemente distanti tra loro, appartengono a una medesima “metacompetenza” e sono legati da meccanismi di apprendimento comuni.

Il possesso di tali competenze diviene un fattore di vantaggio competitivo per individui e organizzazioni: professioniste e professionisti capaci di vedere e anticipare i fenomeni nella loro complessità e specificità.

A partire da queste evidenti necessità di adeguamento del sistema SSL, il presente volume mira a fornire indicazioni, riflessioni e informazioni utili all’applicazione in ottica di genere del Testo Unico¹, compiendo un primo passo verso la redazione futura di Linee Guida e la riformulazione dei contenuti e dei metodi della formazione rivolta agli attori del sistema SSL, grazie al contributo di esperti/e che ogni giorno si cimentano col dipanare la complessità connessa all’interrogarsi e all’agire in modo non neutro.

Il libro si focalizza sullo specifico problema dei rischi psicosociali e stress lavoro correlati onde evitare di spaziare su un ambito talmente vasto da risultare inevitabilmente generico. In questa fase, più che fornire risposte, si vuole contribuire a far sì che ogni attore del sistema SSL si ponga le domande fondamentali in modo tale che le variabili di genere non vengano trascurate e si mira alla creazione di uno spazio di azione sociale relativo alla declinazione di genere degli interventi in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Un “luogo” ove l’idea di salute e sicurezza in ottica di genere, attenta alle specificità di età, provenienza geografica e culturale possa essere definita, negoziata e condivisa, attraverso la costruzione di significati comuni ai diversi attori del sistema.

¹ Il D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (il cosiddetto Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro) introduce una concezione di “salute e sicurezza” e di “prevenzione” non più “neutra”, ma che deve tenere conto delle differenze legate al genere:

- L’art. 1 (“Finalità”) fa espresso riferimento alla garanzia “dell’uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle *differenze di genere*, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati”.
- L’art. 28 (“Oggetto della valutazione dei rischi”) afferma che nella valutazione dei rischi devono essere tenuti in considerazione “tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui quelli collegati allo stress lavoro correlato (...) e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza (...), nonché quelli connessi alle *differenze di genere*, all’età e alla provenienza da altri Paesi”.
- L’art. 40 (“Rapporti del medico competente con il Servizio sanitario nazionale”) afferma che entro il primo trimestre dell’anno successivo all’anno di riferimento il medico competente trasmette, esclusivamente per via telematica, ai servizi competenti per territorio le informazioni, elaborate evidenziando le *differenze di genere*, relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, sottoposti a sorveglianza sanitaria secondo il modello in allegato 3B.

Esperti/e e soggetti istituzionali hanno qui avviato un processo di “ri-significazione sociale” del concetto di genere applicato alla SSL, volendo contribuire alla negoziazione intesa non già come trasmissione ma come produzione di conoscenza, attraverso dinamiche di appropriazione e produzione situata di significati che vengono elaborati da parte dei soggetti coinvolti per poi iscrivere nuove competenze all’interno del sistema nel suo complesso.

Le criticità su cui è necessario operare non possono essere, infatti, affrontate con approccio univoco e in base a strategie completamente definite dall’alto. Al contrario, è utile attivare le soggettività degli attori e la loro capacità di applicare le soluzioni identificate secondo modalità gestibili a livello organizzativo e individuale.

Un’efficace attività preventiva di infortuni e malattie da lavoro, infatti, è sempre stata il risultato della interazione di molteplici fattori: leggi, azioni delle parti sociali, norme e prassi proprie dei Medici del Lavoro e in generale dei tecnici della prevenzione, coinvolgimento degli stessi lavoratori. Tali fattori hanno diversamente interagito tra loro e sono diversamente risultati influenti a seconda del periodo storico, delle realtà lavorative e delle condizioni economiche, sociali e politiche.

Le leggi in quanto tali dovrebbero garantire livelli (minimi) di prevenzione e la loro estensione a tutte le realtà lavorative, a partire da quelle con minore tutela sindacale. Perché questo risultato sia raggiunto è però necessario che nell’applicazione delle leggi sia garantito un adeguato controllo. Il sistema sanzionatorio previsto dal D.Lgs. 81/08 risulta essere una condizione necessaria ma non sufficiente a garantire che le norme in esso contenute vengano applicate secondo lo spirito del legislatore.

Occorre allora promuovere una crescita di capacità e volontà complessive del sistema anche attraverso una strumentazione adeguata alla molteplicità dei fattori in gioco, come le Linee Guida dedicate alla specifica applicazione in ottica di genere dell’intero Testo Unico, con particolare attenzione al tema dello stress lavoro-correlato.

Dall’Europa all’Italia e ritorno

La Commissione Europea², prevedendo l’“integrazione” della dimensione di genere nelle politiche a sostegno della salute e sicurezza sul lavoro, riconosce da tempo la crescente importanza di recepire la problematica delle differenze tra uomini e donne: la strategia comunitaria sulla salute e sulla sicurezza sul lavoro 2000-06 prevedeva già l’inserimento delle variabili di genere (maschile e femminile) nelle attività di valutazione dei rischi, nell’attuazione delle misure preventive, nella definizione degli indennizzi e negli interventi di benchmarking.

² Risoluzione del Consiglio dell’Unione Europea del 25 giugno 2007 “Su una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro (2007-2012)”.

In Italia, il Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, ovvero Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro, conferisce organicità a un quadro legislativo fortemente frammentato, garantisce uniformità delle tutele e degli adempimenti sull'intero territorio nazionale, riordina le funzioni degli enti e organismi di studio, assistenza e controllo, realizza il coordinamento delle attività e degli indirizzi in materia di salute e sicurezza. Nelle Finalità (artt. 1 e 2) sono contenuti elementi di particolare rilevanza, anzitutto l'evidenziazione delle specificità di genere (lavoratrici e lavoratori) e la riaffermazione delle uniformità delle tutele, attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, avendo particolare riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati. Il campo di applicazione delle tutele (art. 3), e quindi dell'intero quadro normativo in materia di salute e sicurezza, è stato esteso a tutti i lavoratori prevedendo l'inclusione dei lavoratori autonomi, dei lavoratori delle imprese familiari e di tutte le tipologie generalmente riconducibili alla definizione di lavoro flessibile.

Si tratta ora di definire cosa significhi concretamente applicare delle norme così evolute e in linea con le più avanzate raccomandazioni di livello internazionale.

Infatti l'approccio d'intervento e le prassi operative in tema di salute e sicurezza sul lavoro sono, a oggi, nonostante gli sforzi compiuti, di tipo “neutrale rispetto al genere”, il che significa che le problematiche legate alle differenze tra uomini e donne vengono ignorate dalle politiche, dalle strategie e dagli interventi relativi all'applicazione delle norme in materia di SSL, ma spesso anche dalla ricerca. Molti standard riguardanti la salute e la sicurezza sul lavoro e i limiti dell'esposizione alle sostanze pericolose, per esempio, si basano su test di laboratorio effettuati sulla popolazione maschile e si riferiscono in misura maggiore ai settori lavorativi maschili. Inoltre, gli incidenti e le malattie professionali presenti negli elenchi ai fini della corresponsione degli indennizzi si riferiscono in misura maggiore a malattie e incidenti lavoro-correlati più comuni tra la popolazione maschile.

Ciò benché sia noto come le decisioni in ordine alle politiche di SSL che appaiono neutrali rispetto al genere possano avere un diverso effetto sulle donne e sugli uomini, anche quando tale effetto non è voluto né previsto.

Alcune scelte di carattere epistemologico

Adottare una prospettiva di genere nella prevenzione e disegnare la ricerca correlata come strumento di conoscenza delle specificità femminili e maschili è quindi, a norma di legge, una necessità e nel contempo una straordinaria occasione per ri-pensare a una salute a misura di donna e di uomo nei luoghi di lavoro: delle tante donne e dei tanti uomini accomunati dal genere di appartenenza, ma resi unici dalla irriducibile singolarità di condizione oggettiva e di percezione soggettiva.

Affrontare il tema della salute sul lavoro, tenendo concretamente conto di tali peculiarità può significare, allora, spostare il focus dell'attenzione dalla sola evasiva oggettività e staticità

del “rischio” tout court alla creazione, adattiva e dinamica, delle condizioni “dell’essere in buona salute”, con la conseguenza di poter andare a ricercare e valutare l’impatto sulla salute apportato dalle diverse variabili di contesto (in ottica di genere³) di tipo: organizzativo, produttivo e di gestione delle risorse umane. Implica inoltre, da un lato, progettare indicatori riferiti ai determinanti di salute, sia psicofisici che socioeconomici, e dall’altro, arricchire gli strumenti di indagine attraverso un paradigma “complesso” individuando interventi che siano contemporaneamente sostenibili e in grado di rispondere alle sfide della complessità. Adottando una visione di tipo sistemico è necessario, quindi, assumere la dimensione ormai nota di “salute organizzativa” pensando alle organizzazioni nel loro divenire di apprendimento funzionale o disfunzionale alla convivenza e al benessere individuale e collettivo.

Il Libro Bianco⁴ stesso sottolinea come “Promuovere la salute consente di ridurre la povertà, l’emarginazione e il disagio sociale e anche di incrementare la produttività del lavoro, i tassi di occupazione, la crescita complessiva della economia. Allo stesso modo, un aumento della qualità del lavoro e delle occasioni di impiego per un arco di vita più lungo, così come un contesto favorevole alla occupabilità e alla mobilità sociale, qualunque sia il punto di partenza di ciascuno, si traducono in maggiore salute e benessere psico-fisico”.

Il benessere diviene, sempre più, un “concetto contenitore” di grande rilevanza che ha così la necessità di essere definito nelle sue connotazioni. Una visione di benessere pertinente rispetto al tema affrontato è quella ispirata dalle riflessioni di Amartya Sen⁵ che utilizza, a tale proposito, il concetto di “funzionamento” (functioning) inteso come uno “stato di essere e di fare”, dotato di buone ragioni per essere scelto e tale da qualificare lo star bene. Con l’espressione capacità (capabilities), Sen intende la possibilità per l’individuo di acquisire funzionamenti di rilievo, ossia la libertà di scegliere fra una serie di vite possibili: “nella misura in cui i funzionamenti costituiscono lo star bene, le capacità rappresentano la libertà individuale di acquisire lo star bene”⁶. Secondo Sen, essendo tanti i fini e gli obiettivi che ciascun individuo può legittimamente perseguire, anche le *capabilities* sono una pluralità. Il benessere, inteso come pratica per la qualità della vita, ha, quindi, una natura interattiva rispetto a capacità diverse proprie di ciascun soggetto, derivanti dalla complessità individuale e dalla multidimensionalità che caratterizza diversamente gli uomini e le donne, definiti dalle loro capacità di fare e di essere, dai loro funzionamenti effettivi e dalla loro libertà di comporre le proprie vite e le proprie relazioni. Anche se “... chi deve subire la nuova mobilità planetaria non ha la libertà di ... spostarsi, scegliere, smettere di essere ciò che è, diventare ciò che ancora non è ...” (Z. Bauman, 2008).

³ A partire dal sesso biologico di appartenenza degli individui le variabili sono di carattere psicosociale: sociali, culturali, economiche, politiche, educative.

⁴ La vita buona nella società attiva, Libro bianco sul futuro del modello sociale. Il Libro Bianco è scaricabile dai siti www.lavoro.gov.it e www.ministerosalute.it. - Presentato nel 2009.

⁵ Premio Nobel per l’economia nel 1998.

⁶ A.K. Sen, *Inequality Reexamined*, Oxford, Oxford University Press, 1992. trad.it. *La disuguaglianza. Un riesame critico*, Bologna, Il Mulino, 1994.

Tutti, d’altro canto, siamo sottoposti continuamente a eventi che inducono stress di prevalente origine sociale, ai tempi sociali continui, incessanti e frenetici; sollecitazioni che spesso non riescono a trasformarsi in azioni che giustificherebbero l’avvenuta reazione di stress. Grazie ad Henri Laborit⁷ sappiamo ormai che l’inibizione dell’azione è alla base delle principali manifestazioni somatiche e psichiche della pressione sociale che, come è intuibile, ha importanti connessioni con il discorso intorno alla salute sul lavoro; ad Hans Selye⁸, dobbiamo l’intuizione che lo stress (inteso come eustress) è elemento essenziale per la vita, all’interno di un meccanismo continuo di adattamento alle situazioni esterne.

Alla luce di queste premesse diviene fondamentale analizzare i fattori che maggiormente condizionano la vita di donne e uomini in ambito lavorativo e che possono avere ripercussioni sulla loro salute, sottoponendoli a sollecitazioni fisiche e psicologiche tali da indurre uno stato di “assenza di benessere” inteso, anche e soprattutto, come assenza (reale o percepita) di possibilità di scelta.

Dalla ricerca sullo stress è emersa una nuova visione del funzionamento dell’organismo umano fondata sulle interrelazioni tra i grandi sistemi biologici dell’organismo e la psiche. La metafora scientifica che orienta questa ricerca è quella della rete, del network. L’organismo è visto come una totalità strutturata e interconnessa.

Genere e network umano sono, dunque, due paradigmi interpretativi profondamente correlati che rappresentano, dal punto di vista epistemologico, due tautologie che si rendono necessarie per superare le semplificazioni e inquadrare il tema della salute con un respiro proprio della complessità. Richiamano il pensiero analogico, il complesso, l’interdisciplinare. Evocano tipi di sensibilità, di sapienza, di competenze, di profondità e, non ultimo, scelte di tipo etico e volontà di azione.

Stress lavoro-correlato: un’emergenza europea

Indagini pubblicate da fonti dell’UE⁹ indicano che lo stress prolungato si correla significativamente con i fattori di iniquità sociale andando a creare impatti negativi sulla salute, particolarmente sui soggetti vulnerabili e, in generale, gli studi evidenziano un possibile addensamento di aspetti “negativi” per lo stesso soggetto. Si riscontrano, ad esempio, contemporaneamente: un elevato grado di precarietà del lavoro e vulnerabilità, un basso grado di occupabilità. Questo raggruppamento di aspetti negativi è più marcato nel caso delle donne e dei giovani. Tra le tante, un’indagine (Almeida e al., 2005)¹⁰ realizzata per capire come la seve-

⁷ Laborit H., *L’inhibition de l’action*, Masson, Parigi, 1986.

⁸ Selye H., *Stress without distress*, Lippincot, Philadelphia, 1974.

⁹ Quarta indagine europea sulle condizioni di vita e di lavoro 2005 e European Quality of Life Survey 2003 della “Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro”, Dublino.

¹⁰ David M. Almeida,, Shevaun D. Neupert, Sean R. Banks and Joyce Serido, *Structural patterns of health inequalities: Do Daily Stress Processes Account for Socioeconomic Health Disparities? National Study of Daily Experiences and the Midlife in the United States Surveys. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 60:S34-S39, 2005.

rità degli eventi stressanti quotidiani si correlasse con le disparità di salute riferite a fattori socioeconomici quali il livello di istruzione, ha ottenuto l'ulteriore conferma di una forte correlazione tra le diseguglianze di salute (impatto negativo degli stressor) e le diseguglianze socio-economiche stesse.

Come è noto, una delle più comuni cause di attivazione della reazione di stress è la mancanza di controllo sul proprio lavoro: lo stress psicologico nocivo (distress), infatti, si manifesta particolarmente quando le persone percepiscono uno squilibrio tra le richieste avanzate nei loro confronti e le risorse a loro disposizione per far fronte a tali richieste. Analizzando i risultati della quarta indagine europea sulle condizioni di vita e di lavoro¹¹, emerge ad esempio, che il 35% dei lavoratori europei dichiara di non poter decidere nulla sull'ordine in cui i compiti devono essere eseguiti e il 55% dei lavoratori dichiara di non avere nessuna influenza sulla durata del loro lavoro. Altri fattori di stress sono la monotonia, le scadenze troppo ravvicinate e l'intimidazione.

Anche il ritmo di lavoro ha una forte correlazione con i rischi per la salute: mentre solo il 3,7% di coloro che lavorano a basso ritmo afferma che la propria salute è a rischio, ben il 46,4% di coloro che lavorano a un ritmo sostenuto percepisce una relazione tra lavoro e rischi per la propria salute.

Una media del 23% dei cittadini lamenta di essere troppo stanca per svolgere lavori domestici quando torna a casa dal lavoro.

I dati prodotti dalle agenzie nazionali e internazionali confermano, inoltre, come i fattori che generano stress cronico siano ormai non solo le condizioni lavorative strettamente intese (carichi, ritmi, rapporto salario-prestazione, ecc.), ma anche e soprattutto le condizioni organizzative e contrattuali. Le tipologie di contratto meno tutelate determinano, infatti, traiettorie incerte, frammentate e discontinue delle vite di donne e uomini, connesse all'ansia di non poter mantenere il posto di lavoro per un tempo certo, all'impossibilità di progettare adeguatamente la propria vita e all'incertezza della sopravvivenza economica. Moltissime persone, specie giovani, nell'impossibilità di poter avere contratti a lunga scadenza, negano a se stessi l'opportunità di progettare altrettanto a lungo termine il proprio futuro personale e professionale. Evitano di fare figli, di radicarsi troppo nell'organizzazione del momento per non soffrire troppo il distacco e perché non sanno quali competenze verranno loro richieste nel prossimo incarico. D'altro canto molte organizzazioni non investono sugli individui (e quindi su se stesse) e, al di là della retorica dello sviluppo delle risorse umane, tagliano sulla prospettiva offerta ai propri dipendenti e si precludono, in vista di un risparmio immediato, le risorse migliori degli individui. La perdita di senso del proprio lavoro va di pari passo con la perdita di senso della propria vita. Questo dato si presenta in modo particolarmente marcato per tutta la crescente fascia di "over 45".

¹¹ Le indagini europee sulle condizioni di lavoro della "Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro" www.eurofound.europa.eu si effettuano ogni cinque anni dal 1990. La quarta indagine presenta i punti di vista dei lavoratori su una vasta gamma di argomenti comprendenti l'organizzazione del lavoro, gli orari di lavoro, le pari opportunità, la formazione, la salute, il benessere e la soddisfazione del lavoro. Le interviste sono state svolte alla fine del 2005 con la partecipazione di circa 30.000 lavoratori in 31 paesi (l'UE25, i due paesi candidati all'adesione, Bulgaria e Romania, nonché Croazia, Norvegia, Svizzera e Turchia).

In questo caso si perde il confine e la connotazione di stress lavoro-correlato per come le norme lo intendono in senso stretto.

La Risoluzione del Consiglio dell’Unione Europea del 25 giugno 2007 “Su una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro (2007-2012)” invita gli Stati membri a tener conto della valutazione dell’attuazione dell’accordo quadro a livello europeo relativo allo stress connesso all’attività lavorativa¹². Nel testo originario del 2004, i firmatari¹³ riconobbero nello stress-da-lavoro uno stato di malessere “che si manifesta con sintomi fisici, psichici o sociali legati all’incapacità delle persone di colmare uno scarto tra i loro bisogni, le loro aspettative e la loro attività lavorativa”. L’accordo individuava due tipologie di stress, uno, “oggettivo”, legato all’organizzazione del lavoro, alle condizioni e all’ambiente lavorativo, alla cattiva comunicazione interna, ecc., l’altro, “soggettivo”, causato da “le pressioni psicologiche e sociali, la sensazione di incapacità ad affrontarle, l’impressione di non essere sostenuti, ecc.”.

Cosa significa “riconducibile a stress”?

L’Agenzia Europea per la salute e sicurezza sul lavoro, in riferimento allo stress lavoro-correlato, scrive: “lo stress può alterare il modo in cui una persona si sente, pensa e si comporta” e in un documento prodotto a livello di Commissione UE si afferma: “tutte queste reazioni di stress possono indurre uno stato di sofferenza, di malattia e provocare persino la morte, per disfunzioni cardiovascolari o cancro (dovuti, per esempio, a tabagismo o all’assunzione eccessiva di grassi e all’apporto insufficiente di fibre). In tal modo, possono essere influenzati praticamente tutti gli aspetti dello stato di salute e di malattia in relazione al lavoro. L’effetto di questi fattori può essere mediato dalle condizioni emotive e/o da un’errata interpretazione sul piano cognitivo delle condizioni di lavoro considerate come minacciose anche se non lo sono. Sintomi e segni banali possono essere considerati manifestazioni di malattie gravi”¹⁴. La propensione che sembra scaturire da queste affermazioni è verso una interpretazione dello stress quale determinante di/determinato da erranee percezioni di pericolo e quale determinante di comportamenti dannosi per la salute. Pare essere tenuta in scarsa considerazione la possibilità di danni causati dallo stress cronico inteso come mani-

¹² L’accordo quadro europeo sottoscritto l’8 ottobre 2004 per combattere insieme lo stress sui posti di lavoro dalle quattro maggiori organizzazioni europee di lavoratori e imprenditori, è stato sottoposto alla Commissione europea, e firmato dopo 9 mesi di negoziati, con tre anni di tempo concessi agli Stati membri per trasporre nelle legislazioni nazionali le disposizioni contenute nel testo. L’accordo “volontario e non vincolante” è stato ratificato dall’Italia lo scorso giugno 2008 e recepito già dal D.Lgs. 81/08.

¹³ La CES, Confederazione europea dei sindacati; l’UNICE, Unione delle confederazioni industriali d’Europa; l’Ueapme-Pmi e il CEEP, rispettivamente l’Unione europea delle medie imprese e dell’artigianato e il Centro europeo delle imprese pubbliche e delle imprese di interesse economico generale.

¹⁴ Levi, L. and I.: *Guidance on Work-Related Stress. Spice of Life, or Kiss of Death?*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2000, trad. it. Commissione Europea, Direzione Generale Occupazione e Affari sociali unità n° 6 “Guida allo stress legato all’attività lavorativa”, “Sale della vita o veleno mortale?”, Bruxelles, 2000.

festazione fisiopatologica generante di per sé danni fisici nelle persone sottoposte costantemente a situazioni/agenti stressogene/i lavoro-correlate/i.

Il D.Lgs. 81/08 rimanda all'accordo quadro europeo che recita: "Art. 3 - Descrizione dello stress e dello stress lavoro-correlato: 1. Lo stress è una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro (segue in nota)¹⁵".

In realtà, la "reazione di stress" (sia che gli stressor siano di natura fisica o psicologica) comporta una variazione rilevante di molti sistemi (nervoso, endocrino, immunitario, metabolico, circolatorio) che mette in condizione l'organismo di affrontare al meglio la situazione che ha originato la reazione medesima. In questo senso, Hans Selye ha affermato che "lo stress è l'essenza della vita". Senza la capacità di montare una reazione di stress non saremmo in grado di vivere. I problemi sorgono quando lo stress dura nel tempo e, soprattutto, quando viene interpretato e vissuto come una fonte di preoccupazione attraverso la valutazione cognitivo-emozionale della reazione di stress. Di fronte a un evento stressante "la persona deve decidere se quel che accade riguarda valori importanti o scopi. Mette in discussione la sua identità? Mette in luce le sue inadeguatezze? Rappresenta un pericolo per il suo status sociale? Produce una perdita importante? È una sfida che può essere superata? O è una fonte di felicità e orgoglio?"¹⁶.

Al fine della valutazione del rischio stress lavoro correlato, è fondamentale sottolineare che la "reazione di stress" evidenzia che i diversi tipi di stressors, siano essi psichici (che subiscono una valutazione emozionale-cognitiva) o biologici (che subiscono una valutazione da parte del sistema immunitario), seguono vie finali comuni.

Il tema dell'adattamento e dell'equilibrio è antico quanto la medicina, a oriente e a occidente. I fattori di malattia sollecitano l'organismo a una risposta. Se la risposta sarà adeguata, se la "forza curativa della natura", sarà adeguata, riavremo la salute, l'eucrasia¹⁷, la "costanza dell'ambiente interno"¹⁸, o per dirla con uno dei termini più celebri della medicina moderna: l'omeostasi. "Sono, per Cannon¹⁹, i meccanismi omeostatici a garan-

¹⁵ Art. 3 - Descrizione dello stress e dello stress lavoro-correlato: 1. Lo stress è una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro; 2. L'individuo è assolutamente in grado di sostenere una esposizione di breve durata alla tensione, che può essere considerata positiva, ma ha maggiori difficoltà a sostenere una esposizione prolungata ad una pressione intensa. Inoltre, individui diversi possono reagire diversamente a situazioni simili e lo stesso individuo può reagire diversamente di fronte a situazioni simili in momenti diversi della propria vita; 3. Lo stress non è una malattia ma una situazione di prolungata tensione può ridurre l'efficienza sul lavoro e può determinare un cattivo stato di salute; 4. Lo stress che ha origine fuori dall'ambito di lavoro può condurre a cambiamenti nel comportamento e ad una ridotta efficienza sul lavoro. Non tutte le manifestazioni di stress sul lavoro possono essere considerate come stress lavoro-correlato. Lo stress lavoro-correlato può essere causato da fattori diversi come il contenuto del lavoro, l'eventuale inadeguatezza nella gestione dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro, carenze nella comunicazione, etc.

¹⁶ Richard Lazarus, il teorico della valutazione cognitivo-emozionale della reazione di stress.

¹⁷ In opposizione alla discrasia per Ippocrate e Galeno.

¹⁸ Claude Bernard - 1860.

¹⁹ Walter Cannon, 1910, fisiologo americano.

tire la stabilità dell’organismo. Lo stress è quindi una perturbazione dell’omeostasi” (Bottaccioli, 2005).

L’omeostasi è, come noto, la proprietà degli organismi viventi di conservare relativamente costanti alcune caratteristiche interne, quali la temperatura, la pressione osmotica ecc., al variare delle condizioni esterne: “omeostasi e caos sono due termini in apparente contraddizione tra loro: l’omeostasi può venire associata a una funzione positiva e utile (mantenimento dello steady-state), mentre il caos può divenire sinonimo di patologia (disordine incontrollabile)”²⁰. L’approccio tradizionale alla prevenzione è monocausale e lineare mentre il nuovo approccio è invece multicausale e cioè mette in campo più indicatori di salute, scelti in base a una teoria scientifica, che valuta gli effetti della reazione neurobiologica di stress sui più importanti sistemi dell’organismo e quindi sull’equilibrio salute-malattia.

Saper “pensare nella complessità” è necessario sia per inquadrare l’intima dinamica dei processi patologici multifattoriali, sia per porsi in modo razionale di fronte al soggetto tenendo conto della sua integrità e individualità. Negli esseri viventi, ordine e disordine, stabilità e variabilità convivono in una produttiva armonia, tanto che la vita è stata definita sinteticamente ma efficacemente come un “disequilibrio controllato”²¹ (Guidotti, 1990). Si sta quindi sviluppando in campo scientifico il tentativo ambizioso, e allo stesso tempo difficile, di scoprire le regolarità nei fenomeni apparentemente disordinati, le leggi della complessità, che regolano anche molti fenomeni naturali, biologici e fisiopatologici. A tali problematiche è logicamente legata la distinzione tra stato di salute e malattia a un livello molto generale, in cui la patologia è vista come perdita di complessità o difetto di comunicazione dei sistemi dinamici. Lo stress comporta una comunicazione bidirezionale tra il cervello e il sistema cardiovascolare, immunitario, gli altri sistemi e meccanismi endocrini.

Una risposta utile ad affrontare il dilemma è stata offerta da Bruce McEwen (1993) che introduce il concetto chiave di allostasi, una condizione di stabilità mantenuta mediante il cambiamento (o equilibrio dinamico), per definire la reazione del nostro organismo a un evento stressante, sottolineando quanto essa sia positiva e necessaria. Con una serie di risposte mediate da messaggeri chimici, cioè ormoni e neurotrasmettitori, il corpo riesce infatti ad adattarsi subito a una sfida esterna e a sopravvivere: “Il cervello è l’organo chiave della risposta allo stress, perché determina ciò che è minaccioso e, quindi, potenzialmente stressante, così che il comportamento fisiologico e le risposte possono essere meno di danno e più adattive. Ci sono comunque eventi nella vita quotidiana che producono un tipo di stress cronico e causano nel corso del tempo un danno fisico (allostatic load). Eppure, ormoni legati allo stress proteggono il corpo nel breve periodo e promuovono l’equilibrio dinamico (“allostasis”) ... In aggiunta alla terapia farmaceutica, sociale e comportamentale, interven-

²⁰ P. Bellavite, G. Andrighetto e M. Zatti, *Omeostasi, Complessità e caos, un’introduzione*, Franco Angeli, Milano, 1995.

²¹ G. Guidotti, *Patologia Generale*, Ambrosiana, Milano 1990.

ti come un'attività fisica regolare e il sostegno sociale riducono il carico di stress cronico a beneficio della salute e della capacità di resilienza del cervello e del corpo ...”²².

Se però la situazione stressante si protrae, la risposta immunitaria invece si deprime a favore degli organi che hanno più bisogno di carburante, cuore e polmoni. E qui si comincia a vedere come l'allostasi possa diventare negativa. Quando le funzioni dell'allostasi non si accendono e spengono al momento giusto o si ripetono troppo di frequente, questo sistema di protezione si rivolta contro l'organismo e avviene ciò che McEwen chiama “sovraccarico allostatico”, cioè il danno da stress che attualmente è studiato da numerosi istituti di ricerca in tutto il mondo: “It has been hypothesized that cumulative lifetime exposure to social, psychological or environmental stressors increases the risk of multiple health problems by disrupting the physiological regulatory systems that mediate the stress response. Allostatic load has been put forth as a model for how features of the psychosocial environment “get under the skin” and give rise to disease... Chronic dysregulation is believed to confer cumulative physiological risk for disease and disability by causing damage to tissues and major organ systems”²³.

Applicando al tema della SSL tale principio, già un'indagine condotta in ambiente di lavoro (Volkswagen) in Germania²⁴ nel 2003 ha messo in relazione tre fattori connessi all'organizzazione (la posizione nel processo decisionale, il livello di richieste del posto di lavoro e il grado di sostegno sociale dei partecipanti studiando un campione casuale rappresentativo per sesso, età e altri parametri socioeconomici), con lo stato di salute biologica individuando 14 biomarkers per la misurazione del carico allostatico²⁵. L'indagine ha rivelato, ad esempio, che le persone anziane e gli uomini avevano punteggi significativamente più alti di carico allostatico rispetto ai più giovani o alle donne partecipanti. L'effetto delle pressioni lavorative è stato più incisivo nei più anziani di età. Sono emerse associazioni tra la pressione dei carichi di lavoro e la pressione sanguigna o CRP, e tra il basso sostegno sociale e secrezione notturna di cortisolo o livelli plasmatici di CRP.

C'è da chiedersi se, in prospettiva, sia “...possibile che l'interesse per la misurazione del

²² Mirsky A. E. Milliken Hatch H. and M., Laboratory of Neuroendocrinology, The Rockefeller University, New York, Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain - Bruce S. McEwen, *Physiol. Rev.* 87: 873-904, 2007 (nostra trad.): “The model (based on the concept of biological adaptation to duress first proposed by Cannon (1932) and Selye (1956, 1974), developed by McEwen and colleagues (McEwen and Stellar, 1993; McEwen, 1998; McEwen and Seeman, 1999; and elaborated most recently in a volume edited by Jay Schulkin, 2004) proposes that a key mediator of increasing risk for disease is the dysregulation of systems designed to balance the organism's responses to environmental demands”.

²³ Nielsen L., Seeman T., Behavioral and Social Research Program National Institute on Aging, National Institutes of Health, NIA Exploratory Workshop on Allostatic Load, Washington, DC, 2007.

²⁴ Pia Schnorpfeila, Alexander Nolla, Renate Schulze, Ulrike Ehlert, Karl Freya and Joachim E. Fischer, Allostatic load and work conditions, *Social Science & Medicine*, Volume 57, Issue 4, August 2003.

²⁵ Indice di massa corporea, rapporto vita-fianchi; pressione sanguigna sistolica e diastolica; i livelli plasmatici di proteina C-reattiva (CRP), TNF- α , HDL, colesterolo, deidroepiandrosterone solfato; emoglobina glicosilata; cortisolo urinario, epinefrina, noradrenalina e albumina.

carico allostatico²⁶ possa avere un effetto catalizzatore nell’incrementare gli studi sull’entità, la tipicità e il ruolo sulla salute dei danni prodotti dall’attivazione cronica della reazione da stress nei diversi individui e in modo peculiare in donne e uomini”.

La “gender lens”

Il “genere”, come è noto, rappresenta un paradigma interpretativo e costituisce, nell’ambito delle scienze sociali, la sintesi del processo attraverso il quale individui che nascono di sesso femminile o maschile entrano nelle categorie sociali di donne e uomini. Adottare una “gender lens”²⁷ in materia di salute permette, quindi, di prevedere, valutare e, possibilmente, misurare i diversi impatti dei determinanti socio-economici e culturali su donne e uomini. Ciò è reso possibile solo individuando specificità, variabili, differenze e differenziali.

Persino in contesti prestigiosi, dal punto di vista scientifico, vediamo però far ancora riferimento ai concetti relativi a sesso e a genere come se fossero equivalenti e/o interscambiabili. Si parla di medicina di genere o di politiche di genere per la salute e il lavoro, inoltre, con un appiattimento sul sesso femminile, biologicamente connotato, e si parla della salute delle donne facendo riferimento quasi esclusivamente alla salute riproduttiva.

Gli attuali studi scientifici che si ispirano alla metafora del network, evidenziano differenze di carattere fisiologico, biologico e cognitivo tra donne e uomini che non sempre, però, vengono adeguatamente correlati ai costrutti sociali e psicologici sopra evidenziati, cui sono inestricabilmente connessi.

²⁶ McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine* 1998;338:171-9. McEwen BS, Seeman TE. Protective and damaging effects of mediators of stress. In *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological and Biological Pathways*, Adler NE, Marmot M, McEwen BS (eds), NY: NY Academic of Sciences, 896:30-47, 1999.

McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual: mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine* 1993;153:2093-101.

Robert M. Sapolsky, Lewis C. Krey, Bruce S. McEwen, *The Neuroendocrinology of Stress and Aging: The Glucocorticoid Cascade Hypothesis*. *Endocr. Rev.* 7, 284-301 (1986). Bottaccioli F, Sito SIMAISS: “I primi studi di misurazione di quello che gli scienziati di lingua inglese chiamano “wear and tear”, che potremmo tradurre come “logoramento” dell’organismo, si sono basati su 10 marker: pressione sistolica (massima), pressione diastolica (minima), cortisolo urinario, norepinephrina urinaria, adrenalina urinaria, dheas (deidroepiandrosterone solfato) nel siero, emoglobina glicosilata, colesterolo HDL, rapporto tra il colesterolo totale e HDL, rapporto tra la circonferenza della vita e quella dei fianchi. L’ultimo studio su Pnas, di cui parliamo sopra, utilizza invece 13 marker. Tutti i precedenti meno il rapporto vita-fianchi e in più i marker dell’infiammazione: pcr, interleuchina-6, fibrinogeno, albumina. Da questi studi emergono delle “vie” di alto rischio. In generale avere alti livelli dei marker dello stress combinati con quelli dell’infiammazione porta ad una situazione di alto rischio (soprattutto per il cuore, ma non solo); sbocco che è attenuato e corretto, per esempio, da livelli alti di HDL, il colesterolo buono. Ma si può avere l’HDL basso (quindi non protettivo) senza essere ad alto rischio: basta avere sotto controllo lo stress”.

²⁷ Anna Day, University of Toronto: “The Gender Lens focuses our attention on gender by analysing the following factors: Biological differences; Social differences; Educational differences; Economic differences. Gender incorporates both biological and psychosocial aspects of a person’s life experience.”

SESSO E GENERE NELLA SALUTE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel documento 23 maggio 2007, definisce, in riferimento all'equità di genere nella salute, i seguenti obiettivi:

- formulare strategie nazionali per includere il genere nei programmi e nella ricerca nazionale; formare e informare sulla promozione dell'equità di genere e la salute della donna;
- sostenere e promuovere la ricerca e la formazione di genere in tutte le sedi istituzionali nazionali e internazionali;
- includere la prospettiva di genere a tutti i livelli, includendo i giovani;
- includere l'analisi di genere in tutti i campi della ricerca compreso quello epidemiologico e statistico;
- promuovere il progresso dell'equità di genere nel campo della salute affinché donne e uomini, bambine e bambini siano considerati nella politica, nella programmazione e nell'educazione di coloro che sono preposti alla cura;
- favorire lo sviluppo di farmaci e di nuovi approcci terapeutici mirati al genere favorendo la ricerca anche mediante l'uso di incentivi così come è avvenuto nella ricerca pediatrica;
- promuovere l'integrazione dei concetti di sesso e genere.

What do we mean by “sex” and “gender”? (OMS)

Sometimes it is hard to understand exactly what is meant by the term “gender”, and how it differs from the closely related term “sex”.

“Sex” refers to the biological and physiological characteristics that define men and women.

“Gender” refers to the socially constructed roles, behaviors, activities, and attributes that a given society considers appropriate for men and women.

To put it another way:

“Male” and “female” are sex categories, while “masculine” and “feminine” are gender categories.

Aspects of sex will not vary substantially between different human societies, while aspects of gender may vary greatly.

Some examples of sex characteristics :

- Women can menstruate while men cannot
- Men have testicles while women do not
- Women have developed breasts that are usually capable of lactating, while men do not
- Men generally have more massive bones than women

Some examples of gender characteristics:

- In the United States (and most other countries), women earn significantly less money than men for similar work
- In Viet Nam, many more men than women smoke, as female smoking has not traditionally been considered appropriate
- In Saudi Arabia men are allowed to drive cars while women are not
- In most of the world, women do more housework than men

Che genere di stress?

I cosiddetti stressor psicosociali sono potenti attivatori del sistema dello stress in tutti gli animali che vivono in comunità. Recentemente, un gruppo del “National Institute” statunitense che si occupa di ambiente e salute ha documentato, su *Proceedings of National Academy of Sciences*, che anche le capacità riproduttive delle donne sono fortemente influenzate dallo stress. Il rischio di aborto spontaneo, nelle prime tre settimane, è risultato in questo studio quasi tre volte superiore nelle gravide con livelli più elevati di cortisolo (indicatore di alti livelli di stress).

È dimostrato che le donne gestiscono in modo diverso dagli uomini l’asse dello stress (ipotalamo-ipofisi-surrene) e che, quindi, reagiscono diversamente agli stressor di qualsiasi natura essi siano: fisici, chimici e psichici. Al tempo stesso è noto che il rapporto tra femmine e maschi affetti da malattie autoimmuni - patologie dove gioca un ruolo centrale il sistema dello stress - è enormemente sproporzionato a svantaggio delle donne.

Eppure, le donne, anche se si ammalano più facilmente, posseggono sistemi biologici più plastici, che consentono loro di reagire positivamente alla malattia o di recuperare più facilmente uno stato di salute. Esse risultano essere più attive nella prevenzione e nel self care. Non può essere sottovalutato, inoltre, il fatto che le donne abbiano, più spesso rispetto agli uomini, problemi di conciliazione tra lavoro e responsabilità familiari.

Il ruolo riproduttivo e il periodo di astensione dal lavoro, legato alla maternità e alla cura dei figli, risultano essere ancora tra i principali motivi di discriminazione diretta e indiretta nei confronti delle donne. Tutto ciò mentre il tasso di natalità in Italia è sceso ai minimi storici, le traiettorie di vita e di lavoro (nonché i corrispondenti redditi) sono incerte.

Esperienze, ricerche e studi recenti e passati, hanno permesso di documentare 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 SSL siano correlate agli interventi volti alla realizzazione dell’equità di genere sul lavoro, e che vengano valutati gli impatti sulla salute in ottica di genere di tutte le iniziative e politiche.

Le donne sono ancora sottorappresentate nel processo decisionale riguardante la SSL che nasce con 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.

Esistono già esempi di iniziative andate a buon fine tese a inserire o convogliare elementi di attenzione al genere all’interno degli orientamenti di ricerca, degli interventi, degli strumenti e delle azioni di consultazione e decisionali. Le esperienze maturate, le attuali risorse e le

buone pratiche attuate nell'interazione e nell'adozione di un approccio sensibile al genere hanno, però, bisogno di essere oggetto di condivisione e scambio.

Le donne stesse non rappresentano un gruppo omogeneo, rientrano in fasce di età diverse, hanno origini etniche diverse e non tutte svolgono attività lavorative tradizionalmente "femminili". Lo stesso vale per gli uomini. Un approccio olistico dovrà, quindi, tenere conto della specificità a partire dagli interventi tesi a migliorare l'equilibrio lavoro-vita ed essere ideati in modo da risultare interessanti per entrambi.

È interessante al proposito ricordare come nel documento "Opinion on men in Gender Equality" - Advisory Committee on Equal Opportunities between Women and Men - del Luglio 2006, la Commissione Europea definisce obiettivi, strategie e tipologie di iniziative per coinvolgere attivamente gli uomini nelle politiche di Pari Opportunità: la mancata partecipazione attiva degli uomini al conseguimento di una maggiore equità tra i generi è ormai universalmente riconosciuta, infatti, come un ostacolo da superare con il loro attivo coinvolgimento, individuando specifici vantaggi e obiettivi per gli uomini e per un nuovo ruolo del "maschile" in una società più equa.

Verso le linee guida per l'applicazione in ottica di genere del Testo Unico

Con la pubblicazione del D.Lgs. 81/2008, si è proceduto alla definizione di concetti come LG, norma tecnica, buone prassi - richiamandole in alcuni articoli riguardanti il funzionamento di organi istituzionali - contenuti della riunione periodica, formazione, informazione e addestramento, valutazione di alcuni rischi, «linee guida»: atti di indirizzo e coordinamento per applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza predisposti dai Ministeri, dalle regioni, dall'ISPESL e dall'INAIL e approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano²⁸.

Le LG sono state inquadrare come "affermazioni sistematicamente sviluppate per supportare le decisioni in specifiche circostanze, per attuare interventi efficaci o come raccomandazioni di comportamento, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti".

In anni recenti è stata posta la questione del raccordo, in ambito medico-sanitario, nella fase di elaborazione e in quello di applicazione, dello strumento LG con altri (di cui, a volte, sono erroneamente ritenuti sinonimi) quali protocolli, procedure, standard operativi, consensus document. In generale essi si dovrebbero configurare come tecnologie in grado di aiutare il medico o il professionista a identificare e scegliere le modalità più appropriate di intervento e a diminuire quindi la parte di variabilità non giustificata nelle sue scelte.

²⁸ All'Articolo 9 comma 2 si specifica che "L'ISPESL, l'INAIL e l'IPSEMA operano in funzione delle attribuzioni loro assegnate dalla normativa vigente, svolgendo in forma coordinata, per una maggiore sinergia e complementarietà, le seguenti attività: i) elaborazione e raccolta e diffusione delle buone prassi di cui all'articolo 2, comma 1, lettera v); l) predisposizione delle LG di cui all'articolo 2, comma 1, lettera z)".

La differenza tra loro non è solo, o tanto, semantica, ma rimanda a concetti quali l'estensione delle raccomandazioni, la loro fondatezza sull'evidenza, il grado di consenso riscosso e quindi il vincolo che può derivare per chi le deve applicare:

- le LG quando il tema da trattare è vasto e può essere suddiviso in quesiti principali e secondari che non riguardano solo la dimensione clinica, ma anche quella organizzativa e gestionale; è necessario formulare raccomandazioni di comportamento relative alle diverse dimensioni del problema.

Per le LG è stata richiamata un'ampia variabilità per modalità di produzione; caratteristiche degli esperti; modalità organizzative; dimostrazione di validità e applicabilità. Sono inoltre stati sottolineati aspetti più attinenti alla applicabilità e accettazione delle LG; alla loro chiarezza, flessibilità; alla definizione di indicatori opportuni per monitorare e valutare efficienza ed efficacia nel conseguimento degli obiettivi.

Non vengono riportate le definizioni di altri strumenti poi citati in alcuni articoli quali “norma tecnica non armonizzata”, “codici di condotta”, “codici di comportamento”.

Le norme di buona pratica o buona prassi sono invece indicazioni formulate sulla base delle migliori conoscenze esistenti in un determinato ambito operativo destinate ad agevolare la soluzione dei problemi che si presentano.

Applicare il Testo Unico in ottica di genere

Il contributo che, a partire dal presente volume, il “Progetto Nazionale di prevenzione della salute in ottica di genere” vuole offrire, quindi, è anche quello di invitare i diversi attori a cimentarsi con l'elaborazione di linee guida dedicate all'applicazione del Testo Unico “in ottica di genere”²⁹, con la consapevolezza che il viaggio in sé (il processo di elaborazione) è più importante della meta.

Non si tratta infatti di inventare niente di nuovo, quanto piuttosto, di ottimizzare, far funzionare, mettere in relazione quanto già presente nel sistema salute inteso in senso ampio attraverso un modello di intervento innovativo ancorché sostenibile.

Un sistema salute ove sia possibile:

- recepire le linee di indirizzo e gli studi di organismi nazionali e internazionali (OMS, Unione Europea, Governo Italiano) volti al conseguimento dell'equità di genere nella salute, con particolare riferimento alla salute delle donne;

²⁹ Dipartimento Pari Opportunità - INAIL – Ispesl - (Consulenza Sintagmi srl). Riferimenti normativi: il D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (il cosiddetto Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro) introduce una concezione di “salute e sicurezza” e di “prevenzione” non più “neutra”, ma che deve tenere conto delle differenze legate al genere.

- adottare una “gender lens” in materia di salute e medicina, prevedendo, valutando e, possibilmente, misurando i diversi impatti dei determinanti di salute, dei rischi e degli interventi di prevenzione della salute e sicurezza su donne e uomini. Presupposto, è l’individuazione di specificità, variabili, differenze, criteri e metodologie. Chi si occupa di ricerca dovrebbe saper individuare i differenziali di genere nell’impostare un disegno di ricerca, nella sua realizzazione e nell’analisi dei dati;
- integrare norme, prassi e azioni riferite alla salute e sicurezza sul lavoro, all’equità di genere, alla responsabilità sociale delle imprese, ai sistemi di certificazione di qualità (UNI EN ISO); alla norma OHSAS 18001 per la gestione del Sistema di Salute e Sicurezza, alla prevenzione e contrasto alle discriminazioni sul lavoro, alla salute organizzativa, alla prevenzione e contrasto delle molestie sessuali sul lavoro, al mobbing (in particolare il mobbing strategico), al diversity management, ...;
- condividere i determinanti di salute “gender sensitive e gender oriented” per la qualità della vita e del lavoro;
- realizzare e integrare le banche dati con un approccio “gender sensitive” (a partire dalla BD INAIL al femminile);
- integrare gli interventi che riguardano l’attuazione, nella Pubblica Amministrazione, delle direttive emanate dal Dipartimento Funzione Pubblica - Presidenza del Consiglio dei Ministri in riferimento a equità di genere e salute organizzativa: Direttiva 23 Maggio 2007 (GU n. 173 del 27-7-2007), misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche e Direttiva 24 marzo 2004 (GU n. 80 del 5 aprile 2004), misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni;
- realizzare il “mainstreaming delle statistiche” attraverso le statistiche di genere in tema di salute lavoro-correlata;
- realizzare una azione di gender mainstreaming orizzontale e verticale a livello interistituzionale tra i soggetti deputati a intervenire a vario titolo in materia di salute e sicurezza sul lavoro (a partire dalla norma del Testo Unico);
- progettare un curriculum di studi in ottica di genere che vada a impattare i curricula universitari e la formazione continua dei professionisti operanti nel campo della SSL;
- declinare i curricula didattici rivolti a lavoratori/trici - RLS in ottica di genere.

Bibliografia

Almeida David M., Shevaun D. Neupert, Sean R. Banks and Joyce Serido, Structural patterns of health inequalities: Do Daily Stress Processes Account for Socioeconomic Health Disparities? National Study of Daily Experiences and the Midlife in the United States Surveys. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 60:S34-S39, 2005.

Avallone F. Paplomatas A., Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi, Cortina Raffaello, Milano, 2005.

Bauman Z., Liquid Modernity. Cambridge: Polity Press, 2000 trad. it. Modernità liquida, Roma - Bari, Laterza, 2003.

Bauman Z., Vita liquida, Laterza, 2008.

Bottaccioli, F. Psiconeuroendocrinoimmunologia, II ed., RED, Milano 2005.

Conti P. in Bottaccioli F., Geni e comportamenti scienza ed arte della vita, Red ed. 2009.

Conti P., L'altra metà dello studio medico, Collana Formazione e ricerche Fondoprofessioni, Romana ed., Roma, 2008.

Damasio A., L'errore di Cartesio, Adelphi, Milano, 1995.

Giaccone, M., European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Quality of work in Italy survey, 2002, Dublin, 2005, available online at: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/IT0503SR01/IT0503SR01.htm>.

Goleman D., L'Intelligenza emotiva, Rizzoli, Milano, 1996.

Isfol, La qualità del lavoro in Italia - seconda indagine [Quality of work in Italy - second survey], ISFOL, 2007.

Isfol, La qualità del lavoro in Italia [Quality of work in Italy], ISFOL, 2004, available online at http://www.isfol.it/isfol/download/pub_temstru2%20qualita%20lavoro.pdf.

Istat, Conciliazione dei tempi di vita e denatalità [Reconciling times of life and fertility rates], Rome, 2005, available online at: <http://www.istat.it/istat/eventi/conciliazionetempidenatalita/>.

Istat, La vita quotidiana nel 2006 [Everyday life in 2006], Rome, 2007, available online at: http://www.istat.it/dati/catalogo/20071106_00/inf0712_La_vita_quotidiana_2006.pdf.

Joyce J., “A portrait of the artist as a jung man”, citato da Joseph Campbell in “Mytological themes in creative lecteratures ed arts”, in “Myths, dreams and religion” E.P. Dutton & co. Inc., New York, 1970, p. 168.

Laborit H., L'inhibition de l'action, Masson, Parigi, 1986.

LeDoux J., *Il sé sinaptico*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.

Levi, L and I.: *Guidance on Work-Related Stress. Spice of Life, or Kiss of Death?*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2000. trad it. Commissione Europea, Direzione Generale Occupazione e Affari sociali unità n° 6 “Guida allo stress legato all’attività lavorativa”, “Sale della vita o veleno mortale?”, Bruxelles, 2000.

McEwen BS, Seeman TE. Protective and damaging effects of mediators of stress. In *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological and Biological Pathways*, Adler NE, Marmot M, McEwen BS (eds), NY: NY Academic of Sciences, 896:30-47, 1999.

McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual: mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine* 1993;153:2093-101.

McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine* 1998;338:171-9.

Ministero della Salute, *Lo stato di salute delle donne in Italia, Primo Rapporto sui lavori della Commissione, “Salute delle Donne”*, Roma, 2008.

Mirsky A. E. Milliken Hatch H. and M., Laboratory of Neuroendocrinology, The Rockefeller University, New York, *Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain - Bruce S. McEwen*, *Physiol. Rev.* 87: 873-904, 2007 (nostra trad.) : “The model based on the concept of biological adaptation to duress first proposed by Cannon” (1932) and Selye (1956, 1974), developed by McEwen and colleagues (McEwen and Stellar, 1993; McEwen, 1998; McEwen and Seeman, 1999; and elaborated most recently in a volume edited by Jay Schulkin, 2004).

Molino A., Tizian F., *L’arte dell’ascolto*, Promolibri, Torino, 1996.

Nielsen L., Seeman T., Behavioral and Social Research Program National Institute on Aging, National Institutes of Health, NIA Exploratory Workshop on Allostatic Load, Washington, DC, 2007.

Quarta indagine europea sulle condizioni di vita e di lavoro della “Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro”, Dublino, 2005.

Robert M. Sapolsky, Lewis C. Krey, Bruce S. McEwen, *The Neuroendocrinology of Stress and Aging: The Glucocorticoid Cascade Hypothesis*. *Endocr. Rev.* 7, 284-301 (1986).

Schnorpfeila Pia, Alexander Nolla, Renate Schulze, Ulrike Ehlert, Karl Freya and Joachim E. Fischer, Allostatic load and work conditions, *Social Science & Medicine*, Volume 57, Issue 4, August 2003, Pages 647-656.

Selye H., *Stress without distress*, Lippincott, Philadelphia, 1974.

Sen A. K., *Inequality Reexamined*, Oxford, Oxford University Press, 1992. trad.it. *La disuguaglianza. Un riesame critico.*, Bologna, Il Mulino, 1994.

Varchetta G. in: *Apprendimento di competenze strategiche*, ISFOL, Franco Angeli, Milano, 2004.

PARTE SECONDA

Alle radici epistemologiche del genere

Silvia Gherardi

Key words: *intersectionality, empirismo femminista, femminismo postmodernista, femminismo nero, epistemologia, posizionamento, conoscenza “situata”, pratiche discorsive, gender bias.*

Premessa

Il D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (il cosiddetto Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro) è destinato a passare alla storia non tanto per quanto contiene oggi, ma perché sarà foriero di produzione di nuova conoscenza in un prossimo domani.

Oggi esso è sicuramente importante perché accoglie un principio di ‘*intersectionality*’¹. Questo termine è entrato nel dibattito internazionale per identificare l’intrecciarsi di genere, razza e classe. Mentre il primo femminismo metteva sotto accusa in primo luogo la supposta neutralità delle posizioni da cui si produce conoscenza, successivamente il femminismo nero² poneva in evidenza le differenze legate a razza ed etnia, nonché alla classe sociale. Con questo termine si vuole designare come genere, classe e razza siano strettamente interrelati e siano intrinseci alle pratiche sociali che variamente li riproducono.

Le organizzazioni sono luoghi in cui le disuguaglianze di genere, razza e classe vengono quotidianamente riprodotte e il testo di legge, che nel suo primo articolo recepisce le differenze di genere, età e condizione di immigrazione, fa riferimento a un intreccio di posizionamenti che declinano le differenze in maniera complessa. In altri termini con questo testo viene affermato il principio che la sicurezza sul lavoro non è neutra e che genere, età e immigrazione costituiscono dei posizionamenti sociali di cui tenere conto nel tutelare la sicurezza nei luoghi di lavoro.

¹ Intersectionality is an important paradigm for sociological and cultural studies. Intersectionality is a theory which seeks to examine the ways in which various socially and culturally constructed categories interact on multiple levels to manifest themselves as inequality in society. Intersectionality holds that the classical models of oppression within society, such as those based on race/ethnicity, gender, religion, nationality, sexual orientation, class, species or disability do not act independently of one another; instead, these forms of oppression interrelate creating a system of oppression that reflects the “intersection” of multiple forms of discrimination.

² Con la locuzione “femminismo nero” ci si riferisce al contributo teorico di femministe afro-americane le quali, negli anni Ottanta e Novanta, elaborano approcci critici nei confronti del femminismo bianco euro-americano.

Affermare questo principio è importante perché equivale a prendere atto che esistono delle disuguaglianze nelle protezioni, ma questo è solo un primo passo. Subito dopo appare infatti una grande questione metodologica e pratica: come rendere visibili tali disuguaglianze e come quindi approntare politiche e strumenti che non siano ‘neutri’? In questo senso il testo di legge sarà foriero di nuova conoscenza. A partire dalla constatazione che oggi la conoscenza di cosa sia una ‘sicurezza di genere’ è ancora agli inizi, il testo, se opportunamente recepito da quanti hanno un interesse a utilizzarlo in chiave emancipativa, può costituire lo stimolo a interrogarsi su come la sicurezza possa essere letta in un’ottica di genere. Nel continuare questo ragionamento tralascio la complessità dell’*intersectionality* perché sono convinta che non abbiamo ancora gli strumenti concettuali per trattare contemporaneamente l’intrecciarsi dei tre fattori, ma che sia anche importante averli presenti per poter pensare a una linea di riflessioni e ricerche che sia di lungo periodo.

Cosa significa guardare alla sicurezza in un’ottica di genere? La risposta a questa domanda dipende anche da come viene definito il genere e da quale epistemologia si sceglie per dare una lettura ‘di genere’ al fenomeno in oggetto.

I contributi della teorizzazione del genere

Nel discutere le metodologie femministe Sandra Harding (1987; 1998) distingue tre posizioni epistemologiche: a) l’empirismo femminista; b) il punto di vista (standpoint) femminista e c) il femminismo post-moderno. Questa tripartizione è stata ripresa anche da Calás e Smircich (2009) per fare un bilancio della conoscenza prodotta negli studi organizzativi che hanno adottato una prospettiva di genere.

Per sintetizzare le tre epistemologie possiamo dire che:

- a) l’empirismo femminista punta a rendere problematica la nozione di oggettività e di conoscenza oggettiva a partire dall’affermazione che diversi soggetti conoscenti producono conoscenza a partire dal loro posizionamento e che quindi tutte le forme di conoscenza sono ‘situate’. Ciò comporta anche il rendere esplicito da quale prospettiva si produce conoscenza e come il ricercatore o la ricercatrice collocano la loro soggettività nel produrla;
- b) il punto di vista femminista privilegia il valore della conoscenza prodotta ‘dal basso’, cioè da soggetti in situazioni sociali non dominanti. È l’esperienza diretta che legittima la conoscenza prodotta come conoscenza ‘alternativa’. Se inizialmente il punto di vista privilegiato era quello delle donne, successivamente è stato esteso a tutti i soggetti che variamente si collocano ai margini rispetto al pensiero dominante. L’interesse principale di questa posizione epistemologica è rivolto a mostrare come le relazioni sociali siano ‘gendered’ e come il genere sia un processo, assieme alla classe e alla razza;
- c) il femminismo postmodernista mette invece l’accento sull’instabilità del soggetto conoscente e quindi problematizza la legittimità di ogni affermazione circa la conoscenza. Il

fuoco principale attorno al quale si organizza questa epistemologia è costituito dall'analisi discorsiva che per l'appunto esprime il processo attraverso cui il genere viene costruito e riprodotto.

Ciò che è interessante notare - e che Calás e Smircich sviluppano con sapienza - è un ripensamento rispetto all'enunciare le tre epistemologie come mutuamente inconciliabili. Da un certo punto di vista esse possono essere considerate tali dal momento che poggiano su diverse definizioni di cosa sia il genere e chi sia il soggetto conoscente, tuttavia se si assume un orientamento pragmatico più che ideologico, si può considerare come tutte e tre contribuiscano a produrre conoscenza 'utile' per un fine condiviso e formulato nei termini del cambiamento sociale e di una maggiore giustizia. Si può allora dire che la teorizzazione femminista del genere comprende diverse epistemologie e che ciascuna di esse fornisce conoscenze applicabili.

Una teorizzazione femminista del genere, cioè un movimento intellettuale e politico che si prefigge di produrre conoscenza sull'agire del genere (e non solo), si caratterizza per la tensione a esplorare la natura e le conseguenze sociali dell'essere nati (e socialmente definiti) come persone diversamente sessuate; a comprendere come l'attraversare il mondo con un corpo di donna o di uomo comporti anche condizioni materiali d'esistenza differenti; e infine mettere in discussione come il vivere in un mondo '*gendered*' influenzi il modo in cui la conoscenza del mondo viene prodotta. La conoscenza prodotta in un'ottica di genere mira dunque a destabilizzare la separazione tra la mente e il corpo, tra la cognizione e l'emozione, tra il soggetto conoscente e la conoscenza prodotta, nonché le pratiche discorsive stesse che sostengono e legittimano il linguaggio che esprime quanto viene considerato 'conoscenza'.

La teorizzazione del genere può dunque dirsi una teorizzazione pluralistica in quanto comprende diverse epistemologie.

Come produrre conoscenza utile alle pratiche di salute e sicurezza

Se partiamo dall'empirismo femminista e dal principio che uomini e donne attraversano il mondo con corpi diversi, dovremmo iniziare a chiedere e chiederci come la sicurezza costituisca un fenomeno diverso per corpi diversi. Un primo ed elementare passo, in analogia a quanto i comitati per le pari opportunità hanno fatto nelle aziende, è produrre conoscenza di tipo quantitativo per rendere il fenomeno visibile e dunque descrivibile. Come altri contributi in questo volume mettono bene in evidenza, un primo passo, non scontato, è costituito dallo smantellare la supposta neutralità degli incidenti e delle malattie connesse al lavoro. La medicina di genere ha in questi anni iniziato a rendere visibile il differenziale di salute tra uomini e donne e la disuguaglianza delle opportunità nella popolazione di vivere in buona salute (Facchini e Ruspini, 2001). Se la differenza 'biologica' può spiegare alcune differenze, altre cause di disuguaglianza sono da ricercare nelle specifiche condizioni ambientali, nei

luoghi di lavoro in primis e negli stili di vita. La conoscenza che possediamo su queste cause è ancora insufficiente anche perché in Italia l'entrata massiccia delle donne nel mercato del lavoro è un fenomeno relativamente recente.

Possiamo dunque ragionevolmente assumere che l'empirismo femminista, che parte dall'assumere la differenza tra uomini e donne (più che il genere), sia in grado di contribuire alla conoscenza del fenomeno della sicurezza sul lavoro in maniera considerevole dal momento che il tema della disegualianza nelle opportunità di salute e di protezione sui luoghi di lavoro è ancora in buona parte da esplorare, dal momento che tali disegualianze si producono spesso come sommatoria di varie disegualianze. 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'agire del genere possiamo poi vederlo meglio da una posizione epistemologica che si posizioni dal punto di vista delle donne. Innanzitutto si può fare riferimento a una esperienza collettiva del passato - The Boston Women's Health Collective - che forse è stata anche mitizzata, ma che rimane un simbolo dell'appropriazione della conoscenza da parte di un soggetto collettivo che afferma il valore dell'esperienza e di una soggettività autonoma³. Come elemento di critica attiva, da questa posizione viene avanzata la critica ai vari *gender bias* che, ad esempio, nel prendere in considerazione le donne le definiscono prevalentemente come esseri ormonali o in relazione alla funzione riproduttiva. Finora la salute delle donne nel lavoro è stata protetta da una legislazione indirizzata in primo luogo alla salute riproduttiva della donna e alla donna in quanto lavoratrice madre in relazione al bambino. Possiamo qui vedere l'agire del genere in quanto istituzione sociale che assegna ruoli di genere e che implicitamente valorizza maggiormente una funzione nella famiglia rispetto a quella sul lavoro. Produrre conoscenza da questo punto di vista può voler dire promuovere e supportare una partecipazione attiva delle donne e un loro coinvolgimento in quanto soggetto che si appropria della sicurezza sul lavoro. Un empowerment nella sicurezza potrebbe venir considerato come un obiettivo perseguibile attraverso una ricerca partecipativa sui luoghi di lavoro nei quali le donne venissero attivamente coinvolte.

Infine, da un posizionamento epistemologico postmoderno, il tema della sicurezza potrebbe essere analizzato attraverso le pratiche discorsive - tanto istituzionali, quanto interattive - che costruiscono l'oggetto 'sicurezza' e il suo contrario⁴. In questo caso il genere non viene fatto coincidere con le donne e gli uomini, né semplicemente con il femminile e il maschile, quan-

³ In 1969, as the women's movement was gaining momentum and influence in the Boston area and elsewhere around the country, twelve women met during a women's liberation conference. In a workshop on "women and their bodies," they talked about their own experiences with doctors and shared their knowledge about their bodies. Eventually they decided to form the Doctor's Group, the forerunner to the Boston Women's Health Book Collective, to research and discuss what they were learning about themselves, their bodies, health, and women.

⁴ Il lavoro oggi si caratterizza per il suo crescente contenuto di conoscenza e per il fatto che il sapere necessario a portare a termine un compito complesso è racchiuso entro le comunità e le loro pratiche lavorative. Il modello di analisi consente di interpretare il lavoro come pratica mediata da corpo, tecnologia, linguaggio e regole.

to piuttosto con un insieme di pratiche situate che attribuiscono significato alla categoria del genere. Ad esempio 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 in tante discipline la ricerca femminista ha messo in evidenza come i *gender bias* siano costitutivi delle modalità con cui la conoscenza è stata prodotta, nel campo della sicurezza sui luoghi di lavoro siamo appena agli inizi ed è pertanto bene inquadrare questo campo in modo non ideologico, ma neppure semplicistico. È bene incominciare a considerare i corpi diversamente sessuati e produrre conoscenza sulle donne così come sugli uomini, ma nel far questo è bene tenere anche presente che il genere è una istituzione e agisce principalmente nel modo in cui le relazioni tra donne e uomini vengono definite.

Bibliografia

Calás, M. and Smircich, L. (2006) "From the 'Woman's Point of View' Ten Years Later: Towards a Feminist Organization Studies" in S.R. Clegg, C. Hardy, T. B. Lawrence and W.R. Nord (Eds.) *The Sage Handbook of Organization Studies*, London: Sage, 284-346.

Facchini C., Ruspini E (2001). "In salute e malattia: un percorso di ricerca", in "*Salute e disuguaglianze*" F. Angeli, Milano.

Harding, S. (1987) 'Introduction: Is There a Feminist Method?' In S. Harding (Ed.) *Feminism & Methodology*, Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 1-14.

Harding, S. (1998) *Is Science Multicultural? Postcolonialisms, Feminisms, and Epistemologies*. Bloomington: Indiana University Press.

Pinnelli A., Racioppi F., Terzera L. (2007) "*Genere, famiglia e salute*" Franco Angeli Milano
Gherardi S., Il genere e le organizzazioni. Il simbolismo del femminile e del maschile nella vita organizzativa, Raffaello Cortina, 1998.

Bruni A., Gherardi S., *Studiare le pratiche lavorative*, Il Mulino, 2007.

Donne, lavoro e salute: un alfabeto internazionale che declina il genere

Silvana Salerno

Key words: *valutazione e prevenzione dei rischi, congressi internazionali, rischio psico-sociale, immigrazione, stress, sottosviluppo di genere, equità di genere, lavoro domestico, doppia esposizione, lavoro di cura, burnout, differenze retributive, segregazione verticale e orizzontale, malattie osteo-articolari, politiche di genere, violenza.*

Premessa

Il primo aspetto che dovrebbe essere affrontato nel discutere di donna, lavoro e salute, considerando anche il panorama internazionale, è proprio quello di riuscire a fornire un quadro completo, un modello degli aspetti diretti e indiretti che incidono sulla salute delle donne. La divisione di genere del lavoro organizzato, la legislazione, i nuovi mercati del lavoro, i cambiamenti sociali che stravolgono i sistemi sociosanitari (welfare), gli abusi sulle donne, il “trafficking” (reclutamento, trasporto e trasferimento di donne con l’uso della forza o altre forme di coercizione) sono i temi spesso trattati nei Congressi di Donna lavoro e salute¹ (Salerno S., Barbini N., Fano D., Finardi M., 2002), dal primo svoltosi a Barcellona nel 1996 fino all’ultimo di Zacatecas nel Messico dell’ottobre trascorso (Salerno S., 2009). È evidente che la complessità della relazione donna lavoro e salute andrà poi ricondotta dal globale al locale, ma è importante che la visione complessiva sia sempre presente perché il riduzionismo ignora proprio gli aspetti di salute più difficili da analizzare che pure esistono e vanno considerati in maniera corretta.

Attraverso alcune parole chiave presenti nei Congressi Internazionali sopracitati si vuole pertanto portare un contributo all’attenzione al genere nella valutazione e prevenzione dei rischi orientata al genere declinando alcuni temi trattati come un alfabeto al femminile (vedi tabella 1).

Ridefinire lavoro e salute in ottica di genere

Essere donna, l’esposizione a rischi psico-sociali, l’essere immigrate, lo stress rappresenta-

¹ Congresso Internazionale Donne Lavoro e Salute, Stoccolma, 2-5 giugno 2002.

no le quattro importanti novità del D.Lgs. 81/2008 che ci permettono di unire finalmente almeno quattro condizioni tipicamente femminili. Grazie dunque all’Europa, finalmente anche l’Italia deve per legge studiare gli aspetti di salute non legati alla sola salute fisica del corpo, ma anche quelli della mente e delle relazioni (Salerno S., Marchetti E., Figà Talamanca I., 2003).

Questa osservazione ci ricorda come prima di qualsiasi discorso sul genere sia importante definire la salute e definire il lavoro. Infatti la salute fino a oggi, malgrado lo sforzo nel 1948 dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, è stata concepita solo come salute fisica (maschile) e questa limitazione scientifica e socio-culturale ha portato a trattare solo alcune **(a)** dimensioni di salute al lavoro (**women’s integral health**) che incidevano nel corpo fisico lasciando da parte alcuni rischi specifici delle donne molto più legati alle dimensioni mentali e sociali del lavoro; un esempio per tutti il lavoro con impegno emotivo (relazione con bambini, anziani, con la morte, ecc.). Ma anche **(b)** il lavoro (**gender work**) necessita di essere definito soprattutto nel senso di lavoro formale e non formale, non retribuito (domestico) e retribuito, di lavoro regolare o irregolare, di lavoro legale o illegale (es. prostituzione, lavoro minorile), di lavoro delle immigrate, di lavoro precario o sicuro. Il lavoro e la sua precarietà, prevalentemente femminile, hanno una distribuzione per settore e una distribuzione orizzontale e verticale che vedremo successivamente.

Non bisogna tuttavia tralasciare il fatto che il lavoro retribuito di per sé rappresenti comunque una condizione importante di salute ed emancipazione per le donne in tutto il mondo. La percentuale di donne che lavorano in un paese è considerato infatti elemento importante di progresso in una politica di genere equa.

Rilevante è il **(c)** contesto sociale (**social context**) nel quale si affronta il problema del genere e del lavoro. È evidente che ogni Paese ha una sua storia, cultura e ha una condizione femminile diversa proprio in virtù di queste variabili socio-culturali ed economiche. Questo aspetto è stato determinante nei Congressi Internazionali sopracitati; infatti ognuno di essi ha riflesso i problemi di genere principali propri del contesto in cui si svolgeva, scoprendo e riscoprendo tuttavia, la trasversalità globale del problema femminile nel mondo. Gli indici relativi alla equità di genere (**gender inequality**) ci permettono da subito di capire come, ad esempio l’Italia, sia collocata a livello internazionale e quali siano gli aspetti più critici del *sottosviluppo di genere*.

All’interno di questo quadro si inserisce il carico del **(d)** lavoro domestico (**unpaid work**) svolto da tutte le donne nel mondo, definito come lavoro non retribuito e affrontato come causa di inequità, malattia e infortunio, fino a considerare anche la violenza domestica come fattore di rischio.

In Italia siamo ancora lontani dalla produzione di dati relativi sia alle donne esposte sia al loro stato di salute. Eppure il lavoro domestico rappresenta un importante fattore di rischio, così come il lavoro domestico retribuito, e spesso, proprio nel caso delle donne, rappresenta una **(e)** doppia esposizione (**double burden**) agli stessi fattori di rischio presenti nel lavoro retribuito e la causa per le donne di una **(f)** doppia giornata di lavoro (**dou-**

ble working day). Sarebbe sufficiente questa constatazione per dichiarare le donne ad alto stress semplicemente per il numero di ore lavorate. Non è un caso che il documento della *European Occupational Safety and Health Agency* (OSHA-EU) su genere e lavoro (*Including gender issues in risk assessment*²) sottolinei che il bilanciamento casa-lavoro debba essere studiato e che interventi specifici debbano essere attuati proprio a favore di un bilanciamento compatibile con la salute. Questo sbilanciamento si conferma come dannoso per la salute delle donne³.

Esistono, nel lavoro retribuito, dei settori di lavoro che sono storicamente di pertinenza quasi esclusivamente femminile e tra questi il **(g)** lavoro di cura (**health care workers**).

Il 70% del personale sanitario è femminile, questo in quasi tutto il mondo, eppure i rischi professionali dovuti all'esposizione in questo settore non si ritrovano nelle malattie professionali, né si trovano studi sul problema degli infortuni dovuti a "relazioni" quali ad esempio quelli da aggressione in ospedale, a scuola, a casa. Altro effetto è quello del **(h) Burnout** (letteralmente la sindrome del bruciarsi), spesso citato ma poco studiato. Curare in ospedale come infermiera e essere l' "infermiera di casa" sono tipici compiti attribuiti alle donne e che le donne affrontano con un doppio burnout a tutt'oggi non stimato, ma che genera nella popolazione femminile un carico di sofferenza "invisibile" che si manifesta con la depressione (Reale E., 2008). Non fa eccezione **(i)** il lavoro di educare (**teaching work conditions**) anche questo quasi esclusivamente femminile e anche in questo caso la donna insegnante dei bimbi/e è anche l'insegnante di casa, anche qui doppio carico e doppio burnout in assenza di malattie professionali specifiche denunciate. Proprio il tema **(l) Donne e depressione (gender and depression)** è stato uno degli argomenti chiave del congresso di Zacatecas orientato a ricordare, non solo gli effetti diretti del lavoro, ma anche quelli legati ai conflitti tra le scelte familiari e quelle lavorative. Il *tetto di cristallo* nella carriera femminile viene riproposto anche nella difficoltà delle donne di dislocarsi geograficamente per migliorare la propria condizione di lavoro⁴.

D'altro canto questi lavori tipicamente femminili nel mondo sono anche quelli che nelle **(m)** società non hanno uno status (**gender labor status**) determinando nella sottovalutazione anche la sottoretribuzione. Sappiamo infatti che, in tutte le società, il lavoro femminile, quando retribuito, è sottopagato. Le **(n)** differenze retributive (**gender salary gap**) a parità di lavoro raggiungono in Italia percentuali più elevate con un delta retributivo intorno al 20%.

Le donne subiscono una segregazione orizzontale e verticale, sono infatti sempre più istruite, svolgono sempre più spesso un lavoro retribuito, se non lo svolgono lo vorrebbero svolgere, ma sono collocate in una inferiore posizione giuridica, **(o)** di segregazione verticale (**vertical gender segregation**) e **(p)** di segregazione orizzontale per settori specifici, (**hori-**

2 <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/43>

3 Annika Hårenstam, Sweden Gendered organizational and working conditions and women's and men's health International Congress Women, Work and Health Zacatecas, Mexico, October 2008.

4 Mabel Burin Argentina. Gender and Depression International Congress Women, Work and Health Zacatecas, Mexico, October 2008.

zontal gender segregation) e addirittura segregazione per azioni tecniche ripetitive (8) che, a parità di posizione, sono meno pagate dei colleghi maschi.

Ancora più segregate sono le donne immigrate o quelle che lavorano in zone “franche” del mondo come quella della “*maquila*” (Mexico), aziende di assemblaggio al confine con gli Stati Uniti d’America dove donne giovani lavorano in condizioni di “semischiavitù” e sono esposte a morti violente a causa della mancata tutela, della corruzione e della povertà sociale di quel contesto. Analoga condizione vivono le prostitute minorenni che lavorano vicino agli insediamenti petroliferi della Nigeria e che rappresentano (q) gruppi vulnerabili nella vulnerabilità del genere (**vulnerables groups**).

In Italia sono più di mezzo milione le donne immigrate quasi esclusivamente addette a lavori di servizio, di assistenza e domestici anche in presenza di un elevato grado di istruzione e senza alcuna tutela.

Il lavoro femminile vive nella (r) monotonia e ripetitività sul lavoro (**monotony at work**), anche qui per quella atavica accettazione che nella differenza di genere la donna possa essere portata “per natura” alla maggiore pazienza/capacità per svolgere questi compiti (tra gli esempi più recenti i “call center”). Ma ecco di nuovo nascere la doppia esposizione anche nel lavoro legato ai piccoli muscoli delle mani. Le (s) malattie osteo-articolari, (**musculoskeletal disorder**) non rappresentano una novità, ma una novità sarebbe ricondurre la sua prevalenza tra le donne nella doppia esposizione lavorativa e domestica. Le donne operaie sono maggiormente a rischio così come le casalinghe ma la doppia esposizione ancora non è stata stimata anche se alcuni passi avanti nella sua conoscenza si intravedono (Mattioli S., Baldasseroni A., Curti S., Cooke RM., Mandes A., Zanardi F., Buiatti E., Campo G., Violante FS., 2009).

Ma oltre all’aspetto di disparità di presenza nei settori produttivi, di segregazione orizzontale e verticale esiste anche un problema di genere nella semplice progettazione ovvero di (t) ergonomia (**gender ergonomics**). Sempre più donne sono coinvolte in settori che prima erano di esclusiva pertinenza maschile e in questi casi vengono denunciate condizioni di lavoro che non tengono conto delle differenze di genere legate agli utensili, ai dispositivi individuali di protezione, alla posizione di lavoro spesso in piedi per tutto il turno⁵. Esiste inoltre un lavoro femminile in (u) contesti lavorativi quasi esclusivamente maschili (**problem in masculine work**) dove le donne sono esposte a maggiore rischio di (v) molestie sessuali e violenza (**violence and sexual harrassment**) (es. piattaforme petrolifere, guidatrici di autoveicoli, servizio militare, ecc.) o a elevati carichi di lavoro come nelle costruzioni.

Un capitolo a parte, trattato solo a livello internazionale, è quello della (w) **prostituzione (sex workers)**, delle relative violenze e infezioni e quello (x) del lavoro infantile (**child labour**) che spesso è legato alla prostituzione ma anche al lavoro nei campi e al lavoro domestico. Il fatto che nella legge italiana la prostituzione sia vietata porta a una totale assenza di

⁵ Messing Karen. “Changing Science to Change the World: *Evolution of the Women’s Occupational Health Field*” International Congress on Women, work and health, Zacatecas, 22-29 october 2008.

studi di questo “lavoro” in Italia, e dei problemi di protezione e salute che ne conseguono. Il problema dell’Aids ha portato alla ribalta i rischi per queste lavoratrici di contrarre malattie infettive e in effetti gli ultimi dati confermano l’incremento dell’infezione tra le donne nel mondo e anche in Italia tra le prostitute soprattutto se immigrate (Trani F., Altomare C., Nobile CG., Angelillo IF., 2005).

Lo studio del lavoro anche con un’ottica di genere tra le immigrate (D.Lgs. 81/2008) non potrà ignorare il “lavoro” delle minori costrette alla prostituzione e/o in regime di schiavitù. Nell’ambito della salute di genere è, infine, da sottolineare anche come sia scarsa **(y) la presenza di donne tra le figure preposte alla prevenzione nei luoghi di lavoro** (Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Rappresentante Lavoratori per la Sicurezza, ecc.) e come sia anche scarsa l’attenzione agli aspetti di salute e sicurezza nel mondo compresi quelli della ricerca. Questa scarsa partecipazione rappresenta un altro elemento denunciato a livello internazionale. Sarebbe importante per la salute delle donne che più donne fossero formate nella prevenzione nei luoghi di lavoro e che le differenze di genere fossero oggetto di studio in ogni settore disciplinare.

A livello internazionale molto lavoro sul campo viene svolto da organizzazioni non governative che operano per il miglioramento della salute al lavoro e che affiancano il lavoro di servizi pubblici o addirittura in loro assenza li sostituiscono. Questo elemento è poco presente nel nostro Paese e andrebbe favorito grazie a un lavoro di rete serio in cui i soggetti con gli stessi obiettivi possano dialogare e reciprocamente rinforzare gli interventi.

Le politiche di genere **(z) (gender legislative proposals)** rappresentano l’ultimo elemento di attenzione. L’attenzione verso la prevenzione nei luoghi di lavoro e l’equità di trattamento sono aspetti molto seguiti a livello internazionale ma purtroppo i segnali in questo senso non sono confortanti.

In Italia e in Europa a fronte di un rinnovato interesse con l’istituzione di Comitati per le Pari Opportunità non si vede a oggi una politica che aiuti il ribilanciamento di genere nella società, al contrario. L’estensione del turno di notte a tutte le donne, la recente richiesta di lavoro notturno anche in gravidanza, la proposta di una obbligatoria pari età per il pensionamento delle donne continua a dare voce a una politica che proprio non vede gli aspetti che qui abbiamo cercato di sintetizzare e che mostrano come, se il cambiamento deve avvenire, è proprio a monte, nel riconoscere queste differenze a oggi negate e il lavoro è proprio il luogo da dove iniziare!

L'alfabeto che declina il genere

Tabella 1: Lista dei principali aspetti del genere femminile discussi nei Congressi Women Work and Health (1986-2008)

	Italiano	English
a)	Salute globale (fisica, mentale e sociale)	Women's integral health
b)	Divisione del lavoro per genere	Gender work
c)	Contesto sociale e differenze di genere del Paese	Social Context
d)	Lavoro domestico non retribuito	Unpaid work
e)	Doppio carico di lavoro	Double burden
f)	Giornata lavorativa doppia	Double working day
g)	Il lavoro di cura	Health care workers
h)	Sindrome del bruciarsi	Burnout
i)	Il lavoro nell'educazione	Teaching work conditions
l)	La depressione femminile	Gender depression
m)	Lo status sociale del lavoro femminile	Gender labor status
n)	Differenze retributive nel genere	Gender salary gap
o)	Segregazione verticale (gerarchia)	Vertical gender segregation
p)	Segregazione orizzontale (tipo di lavoro)	Horizontal gender segregation
q)	Gruppi maggiormente vulnerabili (es. immigrate)	Vulnerable groups
r)	Monotonia nel lavoro	Monotony at work
s)	Disturbi muscoloscheletrici	Musculoskeletal disorders
t)	Ergonomia di genere	Gender ergonomics
u)	Problemi di ambienti di lavoro quasi esclusivamente maschili	Problem in masculine work
v)	Violenza e molestie sessuali	Violence and sexual harrassment
w)	Lavoratrici del sesso	Sex Workers
x)	Lavoro minorile	Child labour
y)	Presenza di donne nella prevenzione e formazione	Gender in occupational health
z)	Politiche di genere	Gender legislative proposals

Bibliografia

Mattioli S., Baldasseroni A., Curti S., Cooke RM., Mandes A., Zanardi F., Buiatti E., Campo G., Violante FS. *Incidence rates of surgically treated idiopathic carpal tunnel syndrome in the blue-/white-collar workers and housewives of Tuscany, Italy*. Occup Environ Med. 2009 Mar 1.

Reale E., *Prima della depressione. Manuale di prevenzione dedicato alle donne*. Franco Angeli, pag. 256. Milano, 2008.

Salerno S., Marchetti E., Figà Talamanca I., *Il concetto di salute nella legislazione italiana di salute al lavoro*. Epidemiologia e Prevenzione 2003, 27 (4): 229-234.

Salerno S. Congresso Internazionale Donna, Lavoro e Salute, Zacatecas (27-31 ottobre, 2008). *La Medicina del lavoro, gennaio/febbraio 2009 vol. 100 n.1*.

Salerno S., Barbini N., Fano D., Finardi M., Congresso Internazionale Donne Lavoro e Salute (Stoccolma, 2-5 giugno 2002), *La Medicina del lavoro, novembre-dicembre 2002 vol. 93 n. 6*.

Salerno S. *C'è un posto per la salute delle donne nel mercato del lavoro?* Medici e sociologi a confronto. Capitolo del libro (a cura di G. Chiaretti) Ed. Franco Angeli, 2005.

Trani F., Altomare C., Nobile CG., Angelillo IF., *Female sex street workers and sexually transmitted infections: their knowledge and behaviour in Italy*. J Infect. 2006 Apr;52(4):269-75. 2005 Aug 1.

Il silenzio del corpo e la costruzione sociale della mascolinità

Stefano Ciccone

Key words: *identità maschile, soggettività, corporeità, identità sessuata, protesi, cyborg, cura di sé, cura degli altri, precarietà, disoccupazione, sessualità, potere, trasmissione inter-generazionale.*

Premessa

La riflessione critica sulla costruzione sociale della mascolinità non si pone immediatamente come sapere disciplinare o competenza tecnica da cui trarre indicazioni operative nella definizione di procedure o criteri di valutazione nell'applicazione delle norme riguardanti la salute sul lavoro.

Il riconoscimento della centralità e ineludibilità della sessuazione delle persone nella valutazione del loro rapporto con il lavoro o con la salute e le loro relazioni sociali è stato oggetto di una riflessione teorica e di una pratica sociale delle donne e del femminismo che ha inciso sulla produzione normativa e sull'organizzazione del lavoro. Una simile operazione, declinata al maschile, ha certamente minore visibilità sociale e minor sviluppo teorico.

La riflessione critica sui ruoli sessuali, sulle relazioni e le disparità tra donne e uomini appare infatti ancora oggi un campo di ricerca e di impegno prioritariamente femminile.

Nella riflessione teorica - e ancor più nella pratica di associazioni, gruppi, collettivi, movimenti - questa dimensione della realtà, della storia, delle relazioni tra le persone, dei linguaggi e delle forme di costruzione della realtà, non vede una specifica parola maschile.

Per gli uomini, uno sguardo sul mondo e su se stessi che tenga conto del fatto che gli esseri umani sono sessuati, appare superfluo. Essere uomini è ancora una condizione *naturale* che non richiede ulteriori aggettivazioni.

Negli ultimi decenni il pensiero politico, i differenti saperi costruiti intorno alle relazioni umane e anche le nostre concrete vite di donne e di uomini hanno dovuto misurarsi con un cambiamento radicale nella rappresentazione della realtà: con la scoperta cioè che il mondo è abitato da individui la cui sessuazione non è né un dato accessorio né la declinazione di un neutro da ordinare gerarchicamente, ma è condizione costitutiva dell'esperienza umana.

Dagli anni Settanta del Novecento, con la comparsa di una nuova soggettività femmini-

le che ha disvelato l'apparente naturalità delle relazioni di potere, dei ruoli e delle rappresentazioni dei sessi, è finalmente divenuta visibile la presenza di due irriducibili forme dell'esperienza umana e della soggettività che, seppure continuamente ridisegnate storicamente e socialmente e plurali al proprio interno, si fondano nell'ineludibile materialità dei corpi.

Oggi è dunque diventato impossibile pensare un'idea della politica, della scienza, delle relazioni sociali, delle rappresentazioni del corpo, che non faccia i conti con il pensiero politico delle donne e con la critica che questo ha prodotto nei confronti di un sapere che si è presunto neutro ordinatore dei corpi e delle parole.

In realtà ciò che è divenuto visibile, che si è espresso, è stata la differenza pensata dalle donne; l'esperienza del maschile è rimasta non detta, confusa al sistema normativo patriarcale, alla sua rappresentazione storica che ne occulta la parzialità.

C'è stato dunque un sapere maschile che ha ordinato la nostra realtà e la nostra identità, e c'è oggi una parola, una pratica, uno sguardo femminile sul mondo che questo ordine ha messo a critica. Oggi percepisco che questo sapere maschile non permette agli uomini di dare voce a domande che percorrono la loro vita, di leggere cambiamenti che attraversano la loro relazione con il lavoro.

Il maschile emerge dunque come un nodo irrisolto e spesso invisibile. Come se le costruzioni linguistiche, simboliche, istituzionali prodotte dal maschile avessero reso gli uomini invisibili a se stessi nella loro esperienza di vita, dissimulando la materialità della loro realtà.

L'onnipresenza di parola maschile sulla morale, la scienza, la politica, la cultura, si accompagna infatti paradossalmente a un diffuso silenzio degli uomini su se stessi (Seidler, 1982). Anzi questa parola appare intimamente legata alla dissimulazione di quel silenzio. È, in parte, la stessa cosa. Non sarebbe possibile quel discorso neutro sul mondo senza quel silenzio su di sé; e quella ostentazione di parola su tutto è condizione per non esporre, per non vedere e mostrare la propria realtà parziale.

Eppure uno specifico sguardo sulla presenza degli uomini nei luoghi di lavoro, sulla loro rappresentazione del corpo, e dunque sulla relativa capacità di cura e riconoscimento della propria salute, mostra la sua attualità.

È oggi infatti possibile andare oltre la capacità di sottoporre a critica un sapere medico o relativo all'organizzazione del lavoro tendente a desessualizzare i corpi e ad assumere come riferimento il modello neutralizzato del maschio adulto. Quel modello neutro, infatti, non solo nega visibilità e cittadinanza ai corpi e alle soggettività femminili, ma propone anche una rappresentazione, e dunque una precisa esperienza, dei corpi maschili.

Pur non proponendo dunque un “sapere formalizzato”, la riflessione critica sulla mascolinità può fornire, nella definizione di *policies*, di procedure attuative e di standard di valutazione, spunti critici che non si limitino a riconoscere una specificità femminile, ma producano un nuovo sguardo sugli uomini, sul loro rapporto con il lavoro, la salute, il nesso tra identità sociale e corporeità.

Soggettività senza corpo. La genesi dell'identità maschile.

Nella costruzione della propria identità e nelle relazioni gli uomini paiono rimuovere il proprio corpo. A differenza del corpo femminile, rappresentato e percepito socialmente come ingombrante - perché segnato dalla materialità biologica - il corpo maschile è un corpo *silenzioso*: un corpo che apparentemente non è attraversato da cicli, che non vede eventi che ne segnino il raggiungimento dell'età adulta o la fine della fertilità, un silenzio rappresentato come condizione di salute e di libertà che non ostacola l'espressione di una soggettività che è percepita senza limiti nell'accesso a molteplici opportunità politiche, intellettuali, lavorative. Da piccoli abbiamo scoperto di non avere giorni in cui non poter fare il bagno, crescendo non ci è stato chiesto se intendessimo fare figli in un colloquio di lavoro, in seguito non abbiamo dovuto rinunciare a opportunità di carriera per una gravidanza.

L'uomo ha fatto dunque del *silenzio del corpo* la condizione per costruire una soggettività libera, un esercizio del potere e del governo ma anche una capacità di astrazione su cui si fonda l'idea occidentale di conoscenza scientifica della realtà, di giudizio razionale e di autonomia¹.

L'uomo non ha un corpo ingombrante: può prescindere nella costruzione del proprio progetto di vita e di realizzazione sociale, può fondare la sua autorevolezza etica sulla capacità di dominio del proprio corpo. Questa svalutazione del corpo della donna, che appare come frutto di un movimento di inversione che trasforma una sorta di invidia in irrisione, dileggio, si ripropone quotidianamente nei rapporti di lavoro, nei luoghi della scuola o dell'università dove il corpo delle donne è considerato un ingombro proprio per il suo non essere silenzioso, rimuovibile.

Nessuno ci chiederà mai se intendiamo avere figli per assegnarci un lavoro o proporci una progressione di carriera, nessuno ironizzerà sul nostro umore ipotizzando che sia attribuibile al nostro ciclo ormonale mensile, nessuno comparerà le nostre capacità professionali o politiche al nostro aspetto.

Una rappresentazione del *silenzio* del corpo come condizione di libertà è proposta nel testo delle Edizioni Paoline destinato alle giovani donne partecipanti a corsi prematrimoniali negli anni Cinquanta del secolo scorso:

[...] diversa è la psicologia maschile. Il destino dell'uomo è fisiologicamente invidiabile. Il suo equilibrio lo mette a un discreto riparo da disagi e da noie. Vive «in quell'assoluto silenzio fisiologico che si chiama la salute». Chi ne beneficia, ignora, per anni, di avere un fegato, uno stomaco, degli intestini. Per giunta, la sessualità maschile, a differenza di quella femminile, rende cosciente della sua esistenza l'adolescente e il giovanotto solo attraverso sensazioni spontaneamente piacevoli. Dal punto di

¹ L'accesso delle donne alla magistratura, ad esempio, è sancito nel nostro paese solo nel 1963; fino ad allora il sesso maschile era un prerequisito previsto per Legge per l'esercizio di funzioni giudiziarie. Nel dibattito sulla Legge Merlin nel 1950 alla camera, il deputato liberale Bellavista affermava: "Io sono personalmente contrario, come lo fui alla Costituente, all'accesso della donna in magistratura. Andrà bene tutti i giorni del mese, meno... quei tali altri. Domandate agli psichiatri. Quei tali giorni della donna dovrebbero essere causa di astensione dalla funzione di giudice, oppure la donna, nel giudicare, darà sfogo alla libido aggressiva che in lei, in quel determinato periodo scatena" (Bellassai, 2006, p. 78).

vista sociale, ad eccezione di grossi guai - importanti, d'accordo ma non continui come il servizio militare e quello in guerra - l'uomo, in apparenza, non trae che benefici dall'essere uomo. *La sua fisiologia non gli impedisce mai di attuare i suoi progetti*; tutti i posti nella società religiosa, politica, economica, sociale, gli sono teoricamente accessibili[...]. Sul piano strettamente fisico dell'amore, l'uomo ha tutti i vantaggi: ne prova i piaceri senza portarne il peso.[...] Ma l'uomo, sul piano spirituale, paga codesta condizione di favore con forte riscatto. Egli è molto più inclinato della donna all'egoismo, alle sensualità, al materialismo. [...] potrà anche desiderarla solo carnalmente, senza amore e senza tenerezza (Soubiran, pp. 46-47). [corsivi miei]

In questa rappresentazione colpisce l'apparente paradosso di un uomo che *si emancipa* dal corpo e fonda su questo la sua soggettività, la sua progettualità, e al tempo stesso è *vincolato* alla dimensione *materiale*, alla sensualità più egoista e meno incline all'amore e alla tenerezza.

Si potrebbe dire che questa scissione è fondativa, nella sua contraddittorietà, della problematicità dell'identità maschile.

L'emancipazione dalla corporeità come condizione per una capacità di conoscenza e dominio della realtà ritorna nella costruzione del sapere scientifico. Nel testo *L'ordine simbolico della madre*, Muraro riporta come esempio dell'esito della rimozione del rapporto con la madre, la modalità di conoscenza della realtà basata sulla *tendenza a raddoppiare il mondo dell'esperienza in un mondo ideale*. Muraro ricorda come questa tendenza non sia esclusiva degli idealisti,

la troviamo anche nella moderna scienza sperimentale [...] i laboratori e i linguaggi della fisica moderna mirano infatti a sostituire il mondo comune e i linguaggi comuni. Sembra in ogni caso che occorra rifare la realtà della nostra esperienza per poterla conoscere, rifarla esenta da oscurità e contraddizioni, e che perciò occorra, ad esempio, prendere le distanze dalla società della gente comune e costituirsi in società scientifica.

Il filosofo del diritto Hans Kelsen, formatosi nel circolo neopositivistico di Vienna, così spiega la tendenza al raddoppiamento: *«l'uomo manca evidentemente di piena fiducia nei propri sensi e nella propria ragione»*. Kelsen non dà un perché di questa mancanza di fiducia. Io la spiego con la rimozione culturale dell'antica relazione con la madre. *Questa troppo grande distanza dalla matrice della vita* - anzi, dal nostro rapporto attuale con essa - *ci toglie ogni fiducia nelle nostre forze passionali e razionali*, e nella possibilità di metterle tra loro in un rapporto di proficua collaborazione. Di conseguenza siamo simili ai nati prematuri, deboli e affidati per la loro sopravvivenza ad una incubatrice (Muraro, p. 28) [corsivi miei]

Questa sfiducia nei propri sensi e nella possibilità di mettere in relazione le nostre forze passionali e razionali, a mio parere parla non tanto dell'esito della distanza da una matrice della vita e dal suo nutrimento (sostituito da un'incubatrice) quanto della frattura con la propria corporeità, della scissione tra dimensioni della propria esperienza umana (quella definita di pensiero e quella definita di sensibilità corporea e di emozionalità), che l'uomo ha operato e subito nell'opera di rimozione di quella materialità dei corpi che il patriarcato ha percepito come luogo di un predominio femminile da contrastare.

Il modello di soggettività maschile si sarebbe costruito dunque non solo in relazione al materno come matrice e origine della vita, esperienza originaria da cui affrancarsi in una distanza che ci lascia simili ai nati prematuri, ma come esperienza che, misurando nella dimensione corporea della differenza tra i sessi uno scacco maschile, ha generato una rottura maschile con la corporeità che ci lascia come amputati, estranei ai nostri stessi corpi delle cui capacità di relazione e conoscenza della realtà dubitiamo.

Quali sono le *amputazioni* che il maschile ha percepito nella sua storia e che ha tentato di superare o di occultare? Quale esperienza della corporeità ha generato nel maschile il bisogno di una protesi² così pervasiva e *potente* come il potere?

Si può in questo senso dire che il corpo maschile si sia storicamente costruito come *cyborg*³, che abbia costruito miriadi di protesi di cui ha disseminato lo spazio sociale, l'immaginario, le relazioni, fino a perdere la percezione di quel corpo che ha generato il bisogno di quelle protesi e a produrre quella scissione che ci rende estranei al nostro corpo ridotto a strumento?

La crisi dei luoghi maschili di identità. Che ne è della salute degli uomini?

La mobilità sociale, la crisi di culture e grandi narrazioni su cui si costruiva coesione sociale, la trasformazione dei lavori e dei luoghi della socialità hanno “colpito al cuore” i percorsi di costruzione dell'identità maschile.

Il lavoro, nella sua accezione più ampia di esperienza di socialità, capacità di trasformazione della natura, di costruzione di saperi condivisi, di luoghi collettivi, di produzione di risorse e ricchezza, di fondazione di identità sociali e di appartenenze, ma anche come strumento di verifica del proprio ruolo basato sul *portare i soldi a casa*, di autonomia personale, ha rappresentato per gli uomini una dimensione decisiva.

La nuova precarietà e frammentazione del lavoro per gli uomini mette dunque in discussione la loro stessa funzione sociale. Credo che questo disagio abbia accompagnato processi di trasformazione del nostro paese producendo una specifica “tensione” spesso ignorata nella lettura politica ed economica che se ne è fatta. Penso alla condizione dei cassintegrati delle grandi fabbriche a partire dagli anni ottanta con la perdita del lavoro e la costrizione a stare in casa, magari con una moglie che lavora, penso alla grande urbanizzazione e alla migra-

² Dopo aver utilizzato con una certa titubanza la metafora della protesi per rappresentare la radice di costruzioni maschili, trovo nel libro di Lea Melandri la citazione di un brano di Pietro Barcellona che utilizza proprio la metafora della riduzione del mondo a una grande *protesi* del soggetto (P. Barcellona *Il capitale come puro spirito* Editori Riuniti, Roma, 1990).

³ Tra le differenti prospettive teoriche ed esistenziali che fanno riferimento al femminismo, la metafora del cyborg ha rappresentato uno strumento creativo nella prospettiva liberatoria e trasformatrice proposta da Donna Haraway (1995). Rispetto alla nostra riflessione sul maschile, la metafora del cyborg sembra offrire uno strumento concettuale fecondo per indagare la difficoltà maschile di corrispondere al proprio corpo, alle sue rappresentazioni, e le risposte che si sono culturalmente determinate. Cyborg come fusione tra *cibernetica* scienza del *controllo dei sistemi, vivi o non-vivi*, fondata nel 1948 dal matematico americano Norbert Wiener, e *organismo*. Il significato etimologico della parola “cibernetica” - “arte del guidare e del pilotare” “azione di manovrare un vascello, di governare” (dal Greco “Kubenêsis”) - pone l'accento sull'idea di controllo e programma.

zione dal mezzogiorno al nord negli anni '50 e '60, alla scolarizzazione di massa, alla frammentazione della grande fabbrica.

Non si tratta di semplice frustrazione, ma di una condizione percepita come capace di minare un'identità.

Oggi questa dinamica è in grande trasformazione, ma per generazioni di uomini costruire una posizione sociale per i propri figli, costruire sul lavoro una lettura del mondo e della società è stato tutt'uno con la propria idea di sé come uomini: idea che entra in crisi quando con la perdita del lavoro resta la donna a garantire un reddito o quando i propri saperi diventano obsoleti o non significanti per la costruzione di categorie interpretative della realtà dei propri figli.

I casi di cronaca di uomini che, perso il lavoro e incapaci di adempiere al dovere di mantenimento della famiglia, giungono all'uccisione dei propri familiari e al suicidio parlano di questa intima relazione tra perdita del lavoro e distruzione della propria identità sessuata.

Un caso che si potrebbe dire “estremo” di cortocircuito tra perdita di una collocazione sociale e culturale certa e perdita di identità sessuata lo racconta Thar Ben Jalloun (1999) in un libro dove questa crisi giunge a scavare nei corpi di immigrati magrebini in Francia, per i quali l'impotenza diventa il segno concreto di una crisi più generale per lo sradicamento che li colloca in un universo culturale e una socialità estranei.

Di essi vengono proposte e diffuse immagini terrificanti: il razzismo comune fornisce dei lavoratori immigrati l'immagine di una violenza sessuale che può appagarsi soltanto nella perversione, nello stupro e nel crimine. Da molto tempo si fa credere che i neri e gli arabi siano dotati d'una potenza sessuale straordinaria e ciò rappresenta per l'europeo una sfida alla sua virilità [...] [eppure] Degli uomini emigrano. Durante la loro permanenza all'estero, alcuni di loro diventano, a un certo momento, sessualmente impotenti [...] Il capitalismo vuole degli uomini anonimi (al limite astratti), svuotati dei loro desideri, ma pieni della loro forza lavoro [...]

Ciò che è allora paradossale, è il fatto che la stampa razzista diffonda in tal modo l'immagine di un continuo pericolo sessuale per la tranquilla famiglia francese [...]

La disorganizzazione della personalità (per esempio, turbe affettive e sessuali) va di pari passo con l'assenza di strutturazione nella società d'origine, soprattutto quando, in quest'ultima, la tendenza al consolidamento delle tradizioni è rafforzata da correnti integraliste...

Quando sono arrivato in Francia, ero forte e in buona salute. Ci ero venuto uomo, con una forte vita tra le gambe. Il mio sesso era forte e grande...scopavo tutto. Nessun rifiuto. Ma adesso come sono ridotto? Una povera cosa. Non sono più uomo. Diventerò come una donna, che vergogna! Che decadenza. Oppure un pederasta. Io, un pederasta a dar via il culo! Io che mi scopavo gli altri, mi ridurrò a questo? Mai. Mio padre mi ucciderebbe se lo sapesse; e mia madre si seppellirebbe viva per la vergogna.. suo figlio non è più un uomo, è una mezza calzettina, una femminuccia, incapace di stare dritto, incapace di onorarla. Sono già morto e parlo. Tutto ciò me lo merito! Non potevo mai stare tranquillo. Le donne! ..e poi qui le donne sono dappertutto. Provocano[...] in fabbrica, per la strada, nel metrò, guardo gli altri. Stanno tutti bene. Solo io sono un essere inferiore, piccolo, insignificante, senza vita. Morire qua, è una brutta storia. Morire a pezzettini, che disgrazia.

La lunga citazione, anche nella sua frammentarietà, mi pare offra molti spunti di riflessione. Innanzitutto, la proiezione operata sugli immigrati è rivelatrice di una immagine della sessualità maschile la cui potenza è inversamente proporzionale al processo di civilizzazione dei costumi.

Al tempo stesso, la perdita di un universo condiviso di senso genera in questi uomini una crisi che giunge a inabilitarne il corpo. La loro impotenza diventa metafora concreta, scritta nel corpo, del disagio nel confronto con gli altri uomini e con le donne, del proprio senso di inferiorità. L'inferiorizzazione sociale viene espressa nella passività subalterna sessuale e questa condizione rompe la genealogia di cui si fa parte. Si smette di essere uomini e si muore, a pezzi. E la presenza ossessiva delle donne, al tempo stesso come oggetto di desiderio onnipresente, ostentato ma interdetto e come cittadinanza nello spazio pubblico, intraprendenza nelle relazioni sociali, è percepita come fonte di frustrazione, minaccia per la propria integrità a soggettività.

Forse la cosa che più mi colpisce è la sofferenza di questi uomini con cui, però, la pratica di riflessione critica costruita dai gruppi maschili italiani non è ancora riuscita a interloquire, a costruire una comunicazione basata su un reciproco riconoscimento e una capacità di sentire. Ritroviamo significativamente un'analisi paragonabile a quella appena proposta su una rivista di sessuologia clinica in un articolo riguardante i nessi tra patologie andrologiche e verifica dell'identità di genere maschile. Non solo nella forma prevedibile per cui una disfunzione sessuale mette in crisi un'identità e la corrispondenza a modelli di genere ma nella sua forma inversa in cui la fisiologia è messa in discussione dalla crisi di status sociale.

Appare da tutto principio come qualcosa di vulnerabile che reca con sé, inevitabilmente una sostanziale precarietà, in perenne discussione e continuamente sottoposta a verifiche e tentennamenti. [...] Se da un lato la biologia ha assicurato all'identità femminile segni certi e inequivocabili su cui basare la propria percezione di identità non altrettanto, in questo contesto, sembra ipotizzabile per il maschio adolescente.

Ecco allora che ci possiamo accorgere come fattori estranei al soma ma in grado di determinare un cambiamento di vita, possano indurre, con valenza patogenetica, reazioni e comportamenti biologici patologici. [...] è il cambiamento di status lavorativo ad avere maggiore rilevanza patogena nell'anamnesi dei nostri pazienti. Sembra lecito affermare che piuttosto che l'assenza di lavoro, condizione che potremmo definire attualmente endemica, siano le perturbazioni delle caratteristiche del lavoro le evenienze per cui viene messa, più facilmente, in discussione la nostra identità. Paradigmatico è l'esempio della cassa integrazione: nata con la logica dei cosiddetti ammortizzatori sociali sembra essere, dal punto di vista squisitamente andrologico, un vero e proprio mezzo di disintegrazione del proprio concetto di virilità. [...] è il tuo lavoro che in questo momento è così inutile che preferisco accordarti una quota rilevante delle retribuzione piuttosto che farti svolgere il tuo lavoro! Si aprono così lunghe giornate domestiche esposti alla "comprensione e solidarietà" della moglie, dei figli, del condominio, della piazza, del paese, alla ricerca di qualche attività che dia un senso sociale alla nostra giornata.

Se il corpo non c'è, come faccio a prendermene cura?

Questi frammenti solo accennati di una riflessione critica sulla costruzione sociale dell'identità maschile e della stessa rappresentazione ed esperienza del corpo maschile possono rappresentare altrettante piste di ricerca e di intervento sul rapporto degli uomini con il lavoro, con la propria salute e con la capacità di percepire i rischi e prevenire i danni derivanti dall'attività lavorativa per la propria integrità fisica e psicologica⁴.

La rimozione del corpo nell'esperienza maschile, la sua riduzione al silenzio come condizione per la fondazione della propria soggettività diventano un ostacolo a farne risorsa in relazioni di cura. Costruire la propria idea di sé tacitando il proprio corpo significa anche non prendersene cura.

L'attitudine socialmente costruita alla cura di sé e al rapporto con il proprio corpo rappresentano un possibile tema di ricerca in relazione al differenziale tra i generi nel rischio di infortuni. Nell'esperienza maschile non esiste una cura della propria sessualità paragonabile a quella che fa del ginecologo una presenza normale nella vita delle donne: se ci si reca da un andrologo è solo per una situazione percepita come patologica. Il proprio sesso è uno strumento da dimenticare, fino a quando non funziona⁵. In questo senso si apre lo spazio per una specifica riflessione su una diversa attitudine maschile alla prevenzione o meglio a comportamenti che forniscano elementi per diagnosi precoce di patologie con origine professionale lavorativa a carico del proprio apparato riproduttore o più in generale. Questa scarsa attitudine alla cura propria e degli altri si riflette anche nella qualità degli spazi sui luoghi di lavoro, nella loro pulizia e salubrità curate in modo differente tra donne e uomini.

Altra tematica riguarda l'investimento nella vita professionale e nella condivisione del lavoro di cura parentale e familiare. Nonostante le innovazioni normative, l'accesso alle opportunità relative ai congedi parentali da parte maschile è ancora molto limitato per la diffusa colpevolizzazione e svalutazione di una scelta maschile che prediliga funzioni rappresentate socialmente come femminili e “femminilizzanti”, così come opera una diffusa stigmatizzazione sociale per scelte femminili che antepongano una presunta scelta egoistica di carriera alla cura dei figli.

Se tra le minacce alla salute e al benessere di lavoratori e lavoratrici si individuano anche elementi riguardanti lo stress, una lettura delle differenti rappresentazioni di genere può fornire strumenti per leggere in modo nuovo fenomeni non attinenti strettamente al rischio di infortuni ma alla qualità delle relazioni nei luoghi di lavoro, alle forme di pressione sociale e stress generate, all'ansia vissuta in modo differente da donne e uomini in relazione al proprio successo lavorativo, alla propria realizzazione familiare e anche alla gestione dei conflitti sui luoghi di lavoro.

⁴ È opportuno ricordare che le seguenti suggestioni hanno luogo assumendo al tempo stesso una nozione ampia di salute e benessere lavorativo e della stessa condizione lavorativa. Mi riferisco, cioè, non solo alla condizione lavorativa stabile o precaria, ma anche a quelle fasi del lavoratore e della lavoratrice di interruzione o perdita del lavoro.

⁵ Disparità indennizzo.

Bibliografia

Seidler V.: *Riscoprire la mascolinità. Sessualità, ragione, linguaggio*, Editori Riuniti, Roma, 1982.

L. Muraro: *L'ordine simbolico della madre*, Editori Riuniti, Roma 2006.

D.J. Haraway: *Manifesto cyborg. Donne tecnologie e biopolitiche del corpo*, Feltrinelli, Milano 1995.

B. Duden: *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita* Torino, Bollati Boringhieri Editore 1994.

C. Botti: *C'è qualcuno che corrisponde al proprio corpo?*, in DWF 1994, 4 (24) pagg. 18-27
Tahar Ben Jalloun. *L'estrema solitudine* Bompiani 1999.

D'Ottaviano G., Marchionni L., Cardì A., Pagani R.: *L'andrologia come verifica dell'identità di genere maschile*, in Rivista di sessuologia clinica V-98/2, 2000, Milano Franco Angeli.

D'Ottaviano G.: 1994, *Cassa integrazione e inadeguatezza sessuale*, Rivista di Sessuologia Clinica, 2, pp. 29-38.

Stress e genere

Paola Marina Risi

Key words: *medicina di genere, stress, malattie stress correlate, paradosso femminile, stressors, Psiconeuroendocrinologia, fisiopatologia delle differenze sessuali, risposte fisiologiche allo stress.*

Premessa

Nascere di sesso femminile o maschile non è solo l'inizio di una vita caratterizzata da diverse strutture corporee e da differenti potenzialità riproduttive, ma rappresenta anche un'importante determinante per la salute umana.

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 associate¹.

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.

Fin dal 2001 l'OMS ha inserito la medicina di genere nell'*Equity act*, inteso non solo come

¹ Un discorso a parte meritano le patologie cardiovascolari, che rappresentano comunque la prima causa di morte nel mondo occidentale per entrambi i sessi, ma la cui insorgenza è più precoce negli uomini. Le donne raggiungono questa non invidiabile parità con un ritardo di 10-15 anni, grazie all'azione cardioprotettiva degli estrogeni.

equità di accesso alla cura, ma anche come appropriatezza di cura secondo il proprio genere. Inoltre, l'OMS ha individuato i criteri di ricerca della medicina di genere nei ruoli e nelle responsabilità delle donne e degli uomini, nella diversa posizione sociale, nell'accesso alle risorse e nelle regole sociali che governano i comportamenti di uomini e donne.

Per quanto riguarda lo stress cronico e, quindi, le malattie stress correlate le differenze biologiche giocano un ruolo determinante.

Il vero cambiamento potrà avvenire solo quando non ci sarà più bisogno di aggiungere la parola genere alla parola medicina, ovvero quando nell'idea di salute e malattia sarà stata integrata l'idea della differenza tra donne e uomini, senza giudizio di valore, senza che questa differenza debba più evocare scenari di inferiorità, superiorità, prepotenza o rivendicazioni.

La medicina dei *generi*

Un rischio a cui è doveroso fare attenzione è che la medicina di genere diventi sinonimo di salute della donna. Segnalare che la scienza medica abbia sinora valutato solo il punto di vista maschile della salute e della malattia, non significa che la si debba ribaltare dal punto di vista femminile.

Fin dalla vita intrauterina gli uomini lottano per sopravvivere: la percentuale di feti maschi abortiti è nettamente maggiore e hanno un rischio più alto di sofferenza durante lo stress del parto. A qualsiasi età gli uomini sono esposti a una maggiore mortalità: morti violente e suicidi nella giovane età, patologie cardiovascolari nell'età adulta più precoci che nelle donne, maggiore incidenza e peggiore prognosi nelle malattie tumorali e, infine, il primato femminile nei disturbi dell'umore potrebbe in parte essere dovuto alla difficoltà maschile di riconoscere ed esprimere un disagio psichico.

Vero è che le donne vivono più a lungo, ma la qualità della loro salute è meno brillante rispetto agli uomini: dolore cronico, depressione, ansia, sindrome del colon irritabile, stanchezza, cefalea, tiroiditi, artrite reumatoide, non sono certo dei buoni compagni di vita. E le percentuali femminili di prevalenza rispetto agli uomini sono impressionanti: 500% in più di patologie della tiroide, 123% in più delle cefalee, 300% in più di artrite reumatoide, 138% in più di depressione.

È questo il cosiddetto “paradosso femminile”, ovvero le donne hanno una speranza di vita maggiore, ma la loro qualità di vita è peggiore.

La medicina di genere è un'ottica che ha fatto una gran fatica a nascere e lotta ancor più strenuamente per crescere; ne consegue che gli studi scientifici sulla fisiopatologia delle differenze sessuali in salute e malattia rappresentano un insieme di informazioni non ancora ben consolidate e armonizzate, anche se quantitativamente rilevanti.

Un dato, però, sembra essere ormai acclarato: le differenze di genere della salute umana possono essere in parte spiegate dalla differente natura delle risposte fisiologiche allo stress.

La comprensione di questi diversi meccanismi necessita di un passo indietro, verso l'origine della vita umana.

Il sistema dello stress in ottica di genere

L'esposizione del feto alla impregnazione di estrogeni o androgeni secreti dalle gonadi fetali a partire dalla settima settimana di vita intrauterina comporta non solo una differente morfologia dell'apparato genitale e dei successivi caratteri sessuali secondari, ma anche una dotazione di pattern enzimatici, di potenzialità cognitive e comportamentali e di una modalità di risposta del sistema dello stress e del sistema immunitario che differisce in parte.

La produzione di ormoni gonadici, attiva durante la vita fetale, è quiescente nell'infanzia fino alla pubertà, epoca in cui, grazie a meccanismi di regolazione neuro-endocrina, inizia la maturazione sessuale.

L'asse dello stress (HPA o Ipotalamo-Ipofisi-Surrene) è composto da due bracci: uno endocrino e l'altro nervoso. Il primo inizia dai nuclei paraventricolari dell'ipotalamo da cui si producono CRF (fattore che rilascia corticotropina) e AVP (arginina-vasopressina) che stimolano l'ipofisi anteriore a produrre ACTH (ormone adrenocorticotropo), il quale a sua volta induce la produzione di cortisolo nella corteccia surrenale. Questo braccio possiede un meccanismo di controllo a feed-back, cioè il cortisolo retroagisce su specifici recettori ipotalamici e ipofisari per regolare la produzione dei suoi stessi stimolatori; tutte queste informazioni viaggiano nel sangue.

Gli estrogeni stimolano l'asse surrenalico più degli androgeni.

Infatti, durante la gravidanza e nella fase follicolare tardiva, condizioni di maggiore produzione estrogenica, la cortisolemia basale è più elevata. Inoltre, gli estrogeni sottoregolano i recettori ipotalamici e ipofisari ai glucocorticoidi, rendendo, quindi, il feed-back meno efficace.

Anche i recettori periferici vengono influenzati dagli estrogeni: sappiamo, per esempio, che il CRF svolge un ruolo chiave nell'attivazione della risposta viscerale allo stress (chi di noi non ha avuto un mal di pancia prima di un esame?); ebbene, gli estrogeni sensibilizzano i recettori al CRF dei muscoli intestinali, incrementandone la risposta contrattile.

Il braccio nervoso parte da un'area, il *locus coeruleus*, situata nel ponte i cui neuroni producono noradrenalina che, viaggiando lungo le fibre del simpatico, stimola la midollare surrenale a produrre catecolamine (adrenalina, noradrenalina e dopamina).

Queste due vie dell'asse dello stress sono anatomicamente connesse, si stimolano a vicenda e sono entrambe influenzate dagli ormoni sessuali.

Uno studio israeliano sui ratti nati da madre stressate ha evidenziato che nei figli maschi si riduce il testosterone circolante e l'attività dell'aromatasi nel cervello, mentre nelle femmine si assiste a una alterazione del metabolismo cerebrale delle catecolamine. Inoltre, osservando lo sviluppo dei ratti stressati si è notato una riduzione dell'apprendimento e della neurogenesi ippocampale nei maschi, mentre le femmine mostravano una maggiore incidenza di ansia e abbassamento della soglia dell'asse dello stress ai successivi *stressors*.

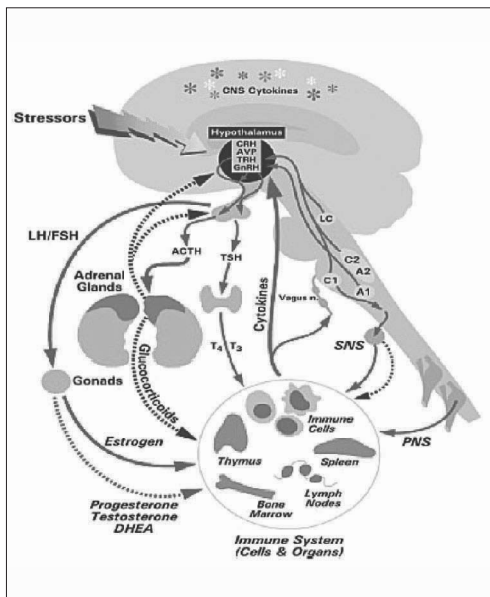
Altri studi evidenziano la maggiore produzione di dopamina nell'amigdala e di serotonina e norepinefrina nell'ippocampo di ratti femmine sottoposte a stress.

È, a questo punto, fondamentale chiarire che il sistema dello stress può essere attivato da stimoli (stressors) non solo di natura psicologica e sociale, ma anche fisica e infiammatoria e

la differente gestione femminile dell’immunità rappresenta uno dei cardini della diversa incidenza di patologie nei due sessi.

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).

E se la risposta infiammatoria è più imponente, anche l’asse dello stress sarà più stimolato, configurandosi, così, un circolo vizioso che rende ragione delle importanti differenze di genere riportate dall’epidemiologia.



La ricerca in ottica PNEI (Psico-neuro-endocrino-immunologia, ovvero il modello biomedico che studia la comunicazione tra i quattro sistemi di regolazione fondamentali dell’organismo umano) ci ha ampiamente dimostrato che i parametri dell’infiammazione sono direttamente correlati con i parametri dello stress.

Se ne deduce che, ai fini di una corretta valutazione dello stress, non si può prescindere dalla misurazione dei valori emato-chimici delle molecole che mediano lo stress - cortisolo, adrenalina e citochine infiammatorie -, poiché questi parametri posseggono un alto valore diagnostico e predittivo per la salute.

Alla luce delle più recenti ricerche scientifiche, risulta perlomeno riduttivo il metodo di valutazione dello stress solo dal punto di vista cognitivo-comportamentale, poiché è ormai un’evidenza la diversa ricaduta degli effetti dello stress sulla salute umana, complesso equilibrio influenzato da molteplici fattori, quali la predisposizione genetica, il genere e l’ambiente.

Di cosa parliamo quando parliamo di stress... scenari, studi e ricerche internazionali

Francesco Bottaccioli

Key words: *stress, sistema dello stress, Hans Selye, stressors psichici e biologici, immunità, infiammazione, malattie stress-correlate, stress correlato al lavoro, network sociale, isolamento sociale, competizione, precarietà, stato socio-economico, ictus, disturbi dell'umore, abortività, lavoro notturno, Psiconeuroendocrinoimmunologia.*

Premessa

Nel 1936, con un articolo pubblicato su "Nature", il medico e scienziato canadese, ma di origine ungherese, Hans Selye (vedi Box, *Il dottor Stress*) descrisse una "sindrome prodotta da diversi agenti nocivi" caratterizzata dalla medesima reazione, indipendente dal tipo di agente stressante somministrato all'animale da esperimento.

I suoi lavori e quelli di altri scienziati, nell'arco di diversi decenni, hanno stabilito che l'organismo dei mammiferi, di fronte a uno stimolo (stressor), sia esso fisico, tossico o psichico, reagisce attivando la stessa reazione biologica fondamentale, caratterizzata dall'attivazione del sistema simpatico e dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con sovrapproduzione di adrenalina, noradrenalina e cortisolo (Selye, 1976; Chramandari e al., 2005).

La reazione di stress comporta una variazione rilevante di molti sistemi (nervoso, endocrino, immunitario, metabolico, circolatorio) che mette in condizione l'organismo di affrontare al meglio la situazione che ha originato la reazione medesima. Come conseguenza dell'aumento dell'adrenalina, del cortisolo e di numerosi altri ormoni collegati all'attivazione dell'asse dello stress (vasopressina, ossitocina, oppioidi endogeni, ormoni sessuali e altro ancora), il cervello è più attivo e attento, i muscoli maggiormente irrorati e riforniti di substrati energetici, il sangue più ricco di sostanze utili a contrastare il dolore e a riparare eventuali ferite.

In questo senso, come più volte ha scritto e detto Hans Selye, "lo stress è l'essenza della vita". Senza la capacità di montare una reazione di stress, un animale (ma oggi sappiamo anche una pianta) non sarebbe in grado di vivere.

I problemi sorgono quando lo stress dura nel tempo e, soprattutto, quando viene interpretato e vissuto come una fonte di preoccupazione.

Come ha scritto Richard Lazarus, il teorico della valutazione cognitivo-emozionale della reazione di stress, di fronte a un evento stressante "la persona deve decidere se quel che accade

riguarda valori importanti o scopi. Mette in discussione la sua identità? Mette in luce le sue inadeguatezze? Rappresenta un pericolo per il suo status sociale? Produce una perdita importante? È una sfida che può essere superata? O è una fonte di felicità e orgoglio?” Ricerche di fine secolo hanno fornito le evidenze necessarie per comprendere le conseguenze di un cattivo controllo dello stress sul cervello e sul sistema immunitario.

Sul cervello, dopo studi ventennali sull’animale, si è avuto la prova che l’eccesso di cortisolo causa apoptosi (suicidio cellulare) anche nell’ippocampo umano, andando quindi a danneggiare un sistema chiave legato a funzioni collegate alla memoria, alla cognizione e alla regolazione neurofisiologica (McEwen, 2001).

Sul sistema immunitario, si ha la prova che l’ipercortisolemia moderata di tipo cronico sposta la reattività del sistema su una polarità (cosiddetta Th2) inadatta a contrastare patologie infettive e/o neoplastiche (Bottaccioli, 2008).

Inoltre, la visione contemporanea della reazione di stress evidenzia che i diversi tipi di stressors, siano essi psichici (che subiscono una valutazione emozionale-cognitiva) o biologici (che subiscono una valutazione da parte del sistema immunitario), seguono vie finali comuni.

Infine, abbiamo la dimostrazione che al sistema nervoso centrale arriva una fitta segnalazione periferica, ormonale e immunitaria, che è in grado di modificare l’equilibrio fisiologico del cervello e, per suo tramite, dell’organismo nel suo insieme (Besedovsky, del Rey 2001).

Ma vediamo più da vicino queste importanti evidenze scientifiche, iniziando dall’organizzazione del sistema dello stress.

Il sistema dello stress: come è fatto e come funziona

Il sistema dello stress è organizzato in due bracci: uno chimico e l’altro nervoso.

Il braccio chimico parte dall’ipotalamo, che, come sappiamo, è un’area cerebrale organizzata in nuclei. Dai neuroni dei nuclei paraventricolari (che stanno cioè attorno al terzo ventricolo cerebrale) viene liberato CRH (ormone che rilascia la corticotropina) e AVP (arginina vasopressina). Queste sostanze stimolano l’ipofisi a produrre ACTH (ormone adrenocorticotropico).

L’ACTH, liberato dall’ipofisi, giunge, con la circolazione sanguigna, alla corteccia delle surrenali, dal cui strato intermedio (cosiddetta zona fascicolata) viene rilasciato cortisolo. Il braccio chimico viene quindi anche definito asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

Il braccio nervoso è così organizzato. I nuclei ipotalamici parvocellulari sono strettamente collegati, tramite fasci di fibre nervose, a nuclei collocati nella parte iniziale del midollo spinale, nell’area del ponte e della medulla. Questi nuclei definiscono un’area chiamata *locus ceruleus*, che produce soprattutto noradrenalina. Il *locus ceruleus* e i nuclei parvocellulari ipotalamici sono reciprocamente intrecciati, nel senso che fasci di fibre nervose escono ed entrano dalle due aree.

Dal *locus ceruleus* parte quindi una segnalazione che, tramite il sistema nervoso simpatico, arriva a stimolare la parte interna delle surrenali, la cosiddetta midollare del surrene, a pro-

durre una miscela di sostanze eccitanti: adrenalina, noradrenalina e dopamina (catecolamine), in quantità variabili secondo un ordine decrescente. La midollare del surrene è capace di produrre neurotrasmettitori dal momento che contiene una popolazione di cellule, le cosiddette cromaffini, che hanno la stessa origine embriologica del tessuto nervoso.

Al tempo stesso, dai nuclei paraventricolari ipotalamici parte una innervazione verso il cosiddetto nucleo arcuato, che contiene neuroni che producono una grande molecola chiamata proopiomelanocortina (POMC in sigla), da cui deriveranno diverse altre importanti molecole, tra cui le endorfine, sostanze antidolorifiche.

Quindi, riassumendo, come mostra la figura (Fig.1) dai nuclei paraventricolari dell'ipotalamo parte una segnalazione chimica che, tramite l'ipofisi e la corteccia della surrenale, ha come esito finale la produzione di cortisolo. Al tempo stesso si attiva una segnalazione nervosa che, tramite il locus ceruleus e il simpatico, determina la liberazione di catecolamine da parte delle midollare. L'unità del sistema dello stress è data dal fatto che il CRH ipotalamico e la noradrenalina prodotta dal locus ceruleus si stimolano reciprocamente.

L'asse ipotalamo-ipofisi-surrene è autoregolante (feedback negativo) nel senso che i livelli circolanti di cortisolo vengono letti dall'ipotalamo e anche dall'ipofisi tramite recettori specifici che consentono così l'attivazione o l'inibizione del sistema a seconda dei livelli di cortisolo circolanti. Questi recettori sono chiamati di I e di II tipo o anche recettori per i mineralcorticoidi e per i glucocorticoidi, (MR e GR in sigla), che rivedremo in azione più avanti parlando degli effetti del cortisolo sul cervello.

Infine, va segnalato il fatto che numerosi sistemi neurotrasmettitoriali attivano o inibiscono il sistema dello stress. In particolare, serotonina e acetilcolina attivano, mentre le endorfine e l'acido gamma amino butirrico (GABA) inibiscono il sistema dello stress.

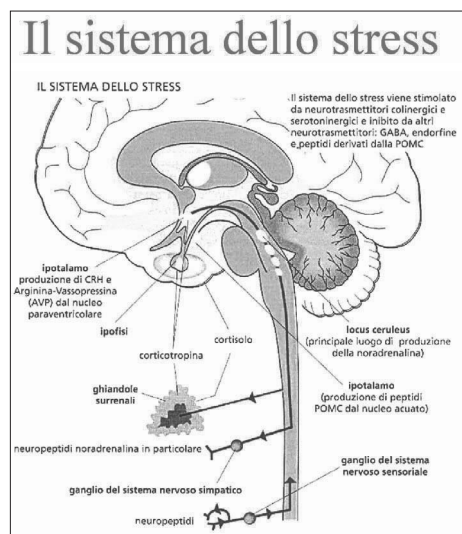


Figura 1 - L'immagine mostra i due bracci del sistema dello stress: l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e il circuito nervoso locus ceruleus-simpatico-midollare del surrene. Dai nuclei paraventricolari dell'ipotalamo viene liberato CRH (ormone che libera la corticotropina) e AVP (arginina vasopressina) che, insieme, sollecitano l'ipofisi a produrre ACTH (ormone adrenocorticotropo o corticotropina), il quale sollecita la corteccia delle surrenali a produrre cortisolo. I nuclei paraventricolari innervano anche il nucleo arcuato con produzione di POMC (proopiomelanocortina) e di endorfine antidolorifiche. I nuclei paraventricolari ipotalamici sono connessi a doppio senso al locus ceruleus, che produce noradrenalina, la quale ha effetti sia sull'ipotalamo sia sulla corteccia cerebrale. Dal locus ceruleus, tramite il neurovegetativo simpatico, viene sollecitata la midollare del surrene a produrre catecolamine, tra cui soprattutto adrenalina. L'asse dello stress è attivato o inibito da diverse sostanze: la serotonina e l'acetilcolina lo stimolano, mentre l'acido gamma amino butirrico (Gaba), le endorfine e i derivati dalla POMC lo inibiscono.

Fonte: Charmandari, E., Tsigos, C., and Chrousos G., *Endocrinology of the stress response*, Annual Review of Physiology 2005; 67: 259-84

Gli effetti “double face” dello stress sull’immunità

A partire dai lavori di Hugo Besedowsky negli anni '70, una quantità notevole di studi ha documentato l'azione immunosoppressiva del cortisolo.

Negli anni '90 si è visto che la sovrapproduzione di cortisolo, conseguente all'attivazione del sistema dello stress, inibisce la risposta Th1 e colloca il sistema su un profilo Th2. Al tempo stesso, in tempi recenti, è stata documentata un'azione analoga da parte delle catecolamine. È quindi assodato che i prodotti della reazione di stress hanno un effetto generalmente soppressivo della risposta immunitaria, in particolare di quella del tipo Th1, che è il circuito di risposta immunitaria che ci protegge dai virus e dalla trasformazione maligna delle cellule. *Sorge però spontanea una domanda: se la reazione di stress è una risposta biologica fondamentale, che mette in condizioni l'organismo di reagire al meglio di fronte a un evento stressante, perché viene soppressa la risposta immunitaria?*

A una gazzella che fugge di fronte a un leone che vuole ghermirla, la maggiore disponibilità di catecolamine e di cortisolo consente, indubbiamente, una risposta di fuga ottimale, poiché aumenta il battito cardiaco, innalza la pressione arteriosa e quindi fornisce all'animale una maggiore disponibilità di sangue e di nutrienti ai muscoli, impegnati al massimo per garantire una fuga veloce e la salvezza della vita.

Ma perché dovrebbe sopprimere l'immunità, quando la gazzella potrebbe averne bisogno per far fronte a conseguenze, eventualmente non mortali, dell'attacco: per esempio, per riparare una ferita?

È noto ed è intuibile, infatti, che l'attività del sistema immunitario è essenziale in corso di danni ai tessuti, sia perché contrasta eventuali infezioni sia perché è parte fondamentale del processo di riparazione delle ferite.

La spiegazione di questo paradosso è possibile se si vede lo stress sotto il profilo del tempo. Uno stress acuto, che dura quindi un tempo limitato (che certamente sarà variabile a seconda delle caratteristiche di specie e individuali), ha normalmente un effetto stimolante l'attività immunitaria.

Ciò è dimostrabile, sperimentalmente, con la somministrazione di basse dosi di cortisone e di catecolamine. Il cortisone, a dosi “fisiologiche” incrementa la produzione anticorpale e la proliferazione dei linfociti T. Anche le catecolamine, nel breve periodo, stimolano soprattutto le natural killer e i linfociti B.

Nel medio e lungo periodo, quindi in corso di stress cronico, invece, sia il cortisolo sia le catecolamine sopprimono l'attività immunitaria o, più esattamente, dislocano il sistema su una posizione Th2.

Il cortisolo ottiene questo risultato alterando il profilo delle citochine (sopprimendo IL-12 e favorendo IL-4 e IL-10), le catecolamine hanno lo stesso effetto perché i recettori beta-adrenergici che recepiscono il segnale non sono espressi sui linfociti precursori Th1, ma solo sui Th2. Da questo punto di vista quindi, lo stress cronico ha gli stessi effetti sull'immunità della terapia farmacologica a base di cortisone.

Vorrei che fosse chiaro il concetto appena espresso, che si può anche scrivere così: essere cronicamente sotto stress equivale a ingoiare ogni giorno una pillola di cortisone!

Si presenta, però, un altro paradosso: come è spiegabile il fatto che già nelle prime fasi della reazione di stress sia riscontrabile una riduzione del numero dei globuli bianchi nel sangue? Bruce McEwen ha dimostrato che in realtà non si tratta di una riduzione assoluta del numero dei leucociti, bensì una loro ridislocazione nei posti di combattimento. Le cellule immunitarie, infatti, nel corso di una reazione acuta di stress, passano dal sangue, dalla milza e dal timo alle superfici cutanee, a quelle mucosali respiratorie, intestinali, genitourinarie e ai linfonodi. In sostanza, in corso di stress acuto c'è un allarme generale che caccia le cellule immunitarie dalle retrovie (sangue e organi linfoidi centrali) e le indirizza là dove servono per fronteggiare l'eventuale aggressione di un microrganismo, nei linfonodi e nelle superfici: pelle e mucose.

Se, invece, lo stress dura nel tempo o in corso di terapia cortisonica, si registra il fenomeno inverso: i linfociti vengono sequestrati in caserma (soprattutto nella milza).

Stress e infiammazione

La relazione tra stress e immunità è quindi a doppia faccia, possiamo dire che dipende dal tempo e dalla quantità di ormoni dello stress immessi nella circolazione.

In corso di stress acuto la risposta immunitaria può essere fortemente esaltata. La febbre e il malessere da stress credo che sia un fenomeno che molti lettori avranno personalmente constatato.

Questo legame tra stress e infiammazione è stato indagato da vari punti di vista.

Sono ormai numerose le prove a sostegno di questo collegamento che ci consentono di concludere che l'infiammazione è parte integrante della reazione di stress (per una rassegna recente vedi Bottaccioli, 2008).

Numerosi sono i meccanismi, che qui non è opportuno dettagliare, incentrati sulla produzione di citochine infiammatorie in conseguenza della reazione di stress. L'interleuchina-6, in particolare, può essere rilasciata da parte dell'endotelio dei vasi, del grasso sottocutaneo e viscerale, come conseguenza dell'attivazione del simpatico e della produzione di cortisolo, che costringe i vasi e mobilita i depositi di grasso.

Del resto, va anche considerato che, come ho ricordato sopra, l'eccesso di cortisolo squilibra l'assetto del sistema immunitario, nel senso che lo colloca su un profilo Th2, che è comunque una modalità infiammatoria, anche se inefficace verso virus e tumori.

Da quanto detto, emerge con chiarezza che occorre riconsiderare la tradizionale visione che relegava le malattie stress-correlate all'incerto campo delle "somatizzazioni" o al più a quello altrettanto vago, in questa accezione, delle "malattie psicosomatiche", una sorta di pseudo-malattie, che interessano una piccola minoranza di persone e che vanno trattate più dallo psicologo che dal medico.

Uno stress acuto grave (trauma, shock) o uno stress cronico di entità variabile producono alterazioni documentabili sul cervello, sul sistema immunitario e sui sistemi metabolici fondamentali, tra cui quello dell'insulina (per una rassegna generale vedi Bottaccioli, 2005 e Ader, 2007). Dall'alterazione dei principali sistemi di regolazione fisiologica dell'organismo emerge, a seconda del soggetto, del suo profilo genetico, della sua vita e del suo lavoro, la varietà delle più comuni malattie umane: cardiovascolari, oncologiche, autoimmuni, metaboliche.

Socialità e lavoro come determinanti dello stato della salute. Un po' di storia...

Fino ai primi anni '80 del Novecento, i medici e i ricercatori che si occupavano del rapporto tra condizioni sociali e salute avevano in testa un modello ottocentesco: la salute può essere negativamente influenzata dalla povertà, che comporta vivere in ambienti freddi e malsani, mangiare poco e male, avere scarse possibilità di consultare un medico e di comprare medicine.

È il vecchio modello imperniato sull'Igiene, che ha dato vita a un glorioso movimento medico e sociale che ha rappresentato indubbiamente il volto più umano della medicina ottonevcentesca.

Questo modello, basato sul concetto di “soglia di povertà”, fondato quindi sul livello di reddito, è stato messo in discussione e poi liquidato da una serie di studi iniziati alla fine degli anni '70, che hanno indagato sia il rapporto con il lavoro sia le relazioni sociali.

A livello delle relazioni tra socialità e malattie, si va dai primi studi, degli anni '60, sull'aumentato rischio di morte che si registra in una persona che ha subito la perdita del coniuge, fino agli ampi studi degli anni '80, che si sono posti l'obiettivo di tradurre in statistiche l'influenza della socialità sulla salute. Questi studi si sono fondati su indicatori quali: una relazione affettiva stabile, contatti con gli amici, ruolo e partecipazione in gruppi informali e associazioni. L'insieme degli indicatori ha consentito agli epidemiologi di costruire un “indice di network sociale”, che dà la misura del grado di socializzazione di una persona.

I risultati sono stati netti: le persone che vivono più isolate, che quindi hanno un più basso “indice di network sociale”, hanno un tasso di mortalità quasi triplo rispetto a quelle che hanno più ampi, stabili e rassicuranti rapporti sociali. (Berkman, L.F., Syme 1979; House et al. 1984). Ma anche il lavoro è stato ampiamente indagato. Ovviamente, innanzitutto la disoccupazione. Impressionante è in proposito uno studio comparso nel 1984 su “Lancet”, dove alcuni ricercatori dell'Università di Londra, dimostrano che la condizione di disoccupato influenza non solo la salute ma addirittura incrementa il rischio di morte. Maschi tra i 15 e i 64 anni, che la settimana prima del censimento inglese del 1971, erano disoccupati, nel decennio successivo hanno avuto una mortalità superiore agli occupati di circa il 30 per cento! (Moser, K.A. et al. 1984). Lo studio è stato replicato dagli stessi autori nel 1987 e negli anni successivi è stato confermato da studi danesi, finlandesi e di altri paesi (Moser, K.A. e al. 1987).

Con alcuni studi, tra la fine degli anni '70 e metà degli anni '80, Michael Marmot, epidemiologo dell'Università di Londra, dimostra che esiste un gradiente economico-sociale da cui è possibile evidenziare differenze nelle malattie e nella mortalità.

Oggetto della ricerca sono lavoratori del servizio civile inglese, che sono stati seguiti per 25 anni. Avevano tutti un lavoro e nessuno poteva dirsi povero. Eppure, è possibile individuare differenze significative di mortalità tra le diverse classi di lavoratori. I lavoratori che occupano la posizione più bassa hanno una mortalità quattro volte più alta dei loro colleghi che sono al gradino più alto.

Questi studi liquidano il concetto di povertà, intesa come “privazione materiale”. Oggi, scrive lo studioso, autore di fondamentali testi citati in bibliografia, “privazione materiale non significa più non avere cibo, ma incapacità a partecipare pienamente alla società e a controllare la propria vita” (Marmot M. 1999). Entrano quindi in gioco concetti come: certezze, controllo sulle condizioni di lavoro, ambiente sociale stabile e simili. Per esempio, fa sempre notare Marmot, è ormai assodato che il livello di compattezza della compagine sociale ha un'influenza diretta sulla mortalità. Più la società è competitiva, più aumentano i delitti e la mortalità. È pertanto possibile costruire una relazione statistica tra ambienti urbani ostili a vario grado e mortalità cardiovascolare: la figura mostra come, crescendo il livello di ostilità sociale, cresce parallelamente anche la mortalità.

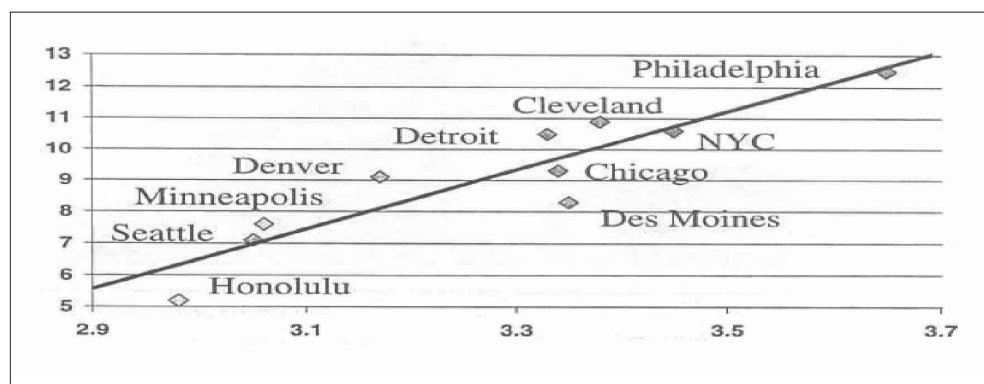


Figura 2 - A sinistra la percentuale di mortalità annua. A destra il tasso di ostilità sociale.

I due valori sono in relazione lineare diretta: più è difficile la vita sociale cittadina maggiore è il tasso di mortalità.

Fonte: Marmot, M., Epidemiology of socioeconomic status and health, in Adler, N., Marmot, M., McEwen, B., Stewart, J., Socioeconomic status and health in industrial nations. Social, psychological and biological pathways, Annals of New York Academy of Sciences 1999; volume 896, New York.

La salute delle donne è sensibile all’isolamento sociale

Recentemente è stato pubblicato uno studio, realizzato da un gruppo universitario californiano, che ha indagato il rapporto tra relazioni sociali e rischio di ictus (Rutledge T. et al. 2008). Sono state studiate circa 900 donne, età media 59 anni, che erano ricorse alle cure mediche per una sospetta ischemia del miocardio. Le signore in questione però, per fortuna, non avevano avuto un infarto né altri eventi significativi. Ma il sospetto che si fosse verificata un’ischemia transitoria c’era e quindi sono state tenute sotto controllo per alcuni anni: in media 6. Oltre alle solite analisi e verifiche strumentali (angiografia coronarica), le donne sono anche state studiate dal punto di vista delle loro relazioni sociali. Da tempo, gli epidemiologi hanno elaborato uno strumento, chiamato “Indice di network sociale” che, in base a 12 indicatori (relazioni coniugali e affettive, amicizie, lavoro, volontariato eccetera), stabilisce una scala di socialità, di apertura al mondo.

I risultati dello studio dicono in modo chiaro che le donne che vivevano più isolate erano anche quelle più a rischio di ictus, anche mortale. Tradotto in termini numerici, il rischio di ictus tra le più isolate era doppio di quelle che vivevano in una più ampia dimensione sociale.

Questo studio rimette in primo piano un’osservazione fatta in precedenza: la salute delle donne dipende di più di quella degli uomini dalla rete delle relazioni sociali e quindi anche dalla compattezza dei diversi ambiti, familiare, lavorativo, sociale.

Questo perché, probabilmente, le donne hanno una diversa modalità di reagire agli eventi stressanti evitando la classica reazione di lotta o di fuga (*fight or flight*), ma ricorrendo, più spontaneamente dal punto di vista evolutivo, a una modalità che alcuni autori hanno definito *tend and befriend* che comporta la ricerca e la tessitura di relazioni protettive di sé e della prole (Taylor S.E., 2000).

Anche queste rilevanti differenze uomo-donna andrebbero indagate per elaborare strategie efficaci di contrasto degli effetti dello stress economico-sociale sulle donne quale parte della popolazione più esposta nelle fasi di crisi sociale diffusa.

Il caso della Russia

Tamara Men e David Zaridze dell’Istituto di ricerca sul cancro di Mosca, in collaborazione con Paul Brennan e Paolo Boffetta dell’Agenzia internazionale di ricerca sul cancro (Iarc) di Lione, hanno documentato una realtà agghiacciante: la speranza di vita di un uomo russo è, attualmente, attorno ai 58 anni, quasi vent’anni di meno di un italiano (Men T et al. 2003). Trent’anni fa, la differenza tra l’Europa occidentale e quella che allora era l’Unione Sovietica era davvero modesta, adesso è abissale, per trovare un paragone occorre andare con la mente ai paesi più poveri del pianeta.

Dai dati si evince che la mortalità dipende strettamente dall’andamento della crisi economica e sociale in Russia. Dopo il crollo dell’Unione Sovietica, la mortalità ha avuto un’impen-

nata, che ha toccato il massimo nel 1994; dal '94 al '98 la situazione è migliorata per poi riprecipitare e raggiungere nel 2001 i livelli del 1994.

Di rilievo è l'impennata di una tipica malattia infettiva da povertà come la tubercolosi, e di tipiche malattie da disagio sociale come le cardiovascolari, le epatiti alcoliche e i suicidi.

Le principali cause di morte sono tipiche di un paese povero e socialmente disgregato: tubercolosi, cardiopatie, polmoniti e poi suicidi, diretti e indiretti, a causa dell'alcol, che ogni anno porta migliaia di persone al cimitero per intossicazione acuta oppure per degenerazione del fegato.

Dalla lettura dei dati epidemiologici, si evidenzia la stretta relazione temporale tra liquidazione del vecchio regime e mortalità e, nel nuovo ordine, tra crisi economico-sociali e mortalità. Nel 1989 cade il muro di Berlino e, con esso, si disgrega definitivamente il blocco sovietico e il centro di quell'Impero. L'andamento della mortalità segue le macerie: nel 1994, la Russia tocca il minimo della speranza di vita. Poi, nei successivi quattro anni c'è una lenta ripresa. Dal 1998 al 2001, in concomitanza con una nuova fase di crisi economica e di pesante incertezza sociale, l'aspettativa di vita torna praticamente ai livelli del 1994, cioè al minimo storico: 58 anni per i maschi e 71 per le donne.

Molto interessante è vedere l'andamento degli ultimi trent'anni, sulla scorta di altri studi epidemiologici. Dal 1970 al 1985, fase di massimo accumulo di contraddizioni all'interno del blocco sovietico, la speranza di vita dei maschi russi (le donne, come abbiamo visto, si difendono meglio) cala inesorabilmente, ma, quando Gorbachev sale al potere e, con lui la speranza e la pratica di una società più libera e democratica, l'aspettativa di vita ha un secco balzo in avanti tornando ai livelli d'oro della fine degli anni '60.

Certo, Gorbachev non infuse solo speranza, promosse anche una vigorosa campagna sociale contro l'alcolismo, ottenendo così una drastica riduzione della mortalità da intossicazione, da incidenti, da suicidi. Le due cose non sono indipendenti l'una dall'altra, discendono da una visione della salute dell'uomo che si fonda sul benessere e sulla coesione della società.

Il caso dell'Ungheria

Anche l'Ungheria, come altri paesi dell'ex-Blocco dell'Est, ha subito negli ultimi decenni una fase di forte e rapida trasformazione sociale, che ha avuto un inaspettato impatto sulla salute della popolazione, maschile in particolare. Nella classe di età 40-69 anni, nel periodo 1960-2005, i maschi hanno incrementato il tasso di mortalità del 33%, passando dal 12 al 16 x 1000.

A un'analisi più approfondita si vede che fino alla fine degli anni '60, i tassi di mortalità ungheresi erano del tutto simili a quelli dei paesi europei occidentali, poi, mentre in occidente essi sono andati calando, in Ungheria sono aumentati, con un picco alla fine degli anni '80, quando il rischio che correva un maschio ungherese con meno di 65 anni di morire d'infarto era più di tre volte quello che correva un suo omologo europeo occidentale.

Un gruppo dell'*Institute of Behavioral Sciences* dell'Università di Budapest (Kopp et al. 2007) ha dimostrato che le cause di questa tragedia non vanno ricercate nel peggioramento dei servizi sanitari o degli indicatori economici grossolani: gli ospedali hanno continuato a garantire livelli adeguati di assistenza e il Prodotto Interno Lordo è costantemente cresciuto. Ha fatto invece la sua comparsa la forte polarizzazione sociale e la conseguente competizione tra individui sul lavoro e a livello sociale facendo franare, in un tempo certamente troppo breve, tradizionali sicurezze e protezioni. I lavoratori sono rapidamente passati da un unico lavoro sicuro, sia pur a basso reddito, alla possibilità di guadagnare di più tramite due o tre o più lavori. È subentrata quindi instabilità, perdita di controllo sulle proprie condizioni di lavoro e di vita, scarso supporto sociale, che, come documentano i ricercatori ungheresi, sono all'origine dell'incremento di mortalità, soprattutto cardiovascolare.

Il fatto che le donne ungheresi non abbiano seguito questo trend è spiegabile, secondo questo studio, dall'accentuazione di alcune caratteristiche storicamente femminili e cioè il minor valore assegnato al lavoro, la maggiore rete di relazioni sociali, di partecipazione a organizzazioni civiche e religiose. Questo rifugiarsi della donna ungherese nella famiglia e nei brandelli di reti sociali sopravvissute spiegano il minor impatto su morbilità e mortalità femminile.

Il modello psicosociale che emerge dai nuovi studi epidemiologici reclama un forte cambiamento rispetto alla tradizionale medicina del lavoro.

È molto confortante in proposito che istituzioni come l'Accademia nazionale delle scienze e il Consiglio nazionale delle ricerche degli Stati Uniti sentano la necessità di una svolta in questo campo e più in generale in quello della prevenzione pubblicando un testo (*National Research Council*, 2001) le cui parole chiave sono: stress, psiconeuroimmunologia, status economico-sociale.

Stress lavoro-correlato malattie - Ictus

Un recente studio interuniversitario giapponese ha documentato una relazione diretta tra impegno lavorativo (job strain) e incidenza di ictus (Tsutsumi et al. 2009). Dopo aver “pesato” i tradizionali fattori di rischio per l'ictus, emorragico e ischemico (ipertensione, dislipidemia, diabete, obesità) e averli esclusi dall'analisi degli oltre 6500 lavoratori giapponesi maschi e femmine, lo studio ha trovato che i lavoratori sottoposti a elevato sforzo lavorativo hanno un rischio doppio di ictus rispetto a quelli a più basso impegno. Se si eliminano dall'analisi i tradizionali fattori di rischio, come hanno fatto i ricercatori, non resta che lo stress (e l'infiammazione che l'accompagna) a giustificare l'eccesso di *stroke* che è stato riscontrato tra i maschi.

Nelle donne non è stato possibile documentare una relazione tra condizioni di lavoro e ictus in quanto lo studio, a giudizio degli autori, non aveva abbastanza casi per raggiungere un adeguato potere statistico. I pochi casi femminili sono anche la conseguenza del basso livello di occupazione delle donne giapponesi rispetto alle donne degli altri paesi industrialmente avanzati.

Disturbi dell'umore

A partire dal fondamentale lavoro di R.A. Karasek (1979) è stato ripetutamente indagato un modello di valutazione delle conseguenze sulla salute dello stress correlato al lavoro, basato su elevate richieste al lavoratore che, dall'altro lato, non ha alcun potere di controllo sul suo lavoro e da cui riceve scarse soddisfazioni economiche, emotive, di ruolo.

Da allora diversi studi, rivisti in meta-analisi (Stansfeld, Candy 2006) e review sistematiche (Bonde 2008), anche se presentano gradi significativi di eterogeneità che rendono difficili conclusioni definitive, hanno documentato una associazione tra lavoro esecutivo impegnativo a scarsa soddisfazione e aumento del rischio di ansia e depressione.

In particolare i giovani e le donne che hanno una elevata esposizione al pubblico, nel senso che "lavorano con la gente", hanno anche una più elevata incidenza di ansia, mentre le persone più grandi d'età e maschi corrono maggiori rischi di sviluppare sindromi depressive (Wieclaw J et al. 2008).

Abortività

In un recente piccolo studio osservazionale è stata documentata una relazione diretta tra incremento della cortisolemia e abortività precoce (Nepomnascky PA et al. 2006). L'importanza del fenomeno è data dal fatto che l'abortività nelle prime 5 settimane dal concepimento rappresenta la gran parte degli aborti spontanei umani.

Successivamente su oltre 1800 donne è stata dimostrata una relazione diretta tra livelli alti di ansia in gravidanza e aumento delle nascite pretermine (Orr S.T. et al. 2007).

È evidente l'importanza di tali studi che, se replicati, fornirebbero indicazioni ben più efficaci delle attuali per la protezione della maternità delle lavoratrici.

Lavoro notturno e alterazioni neuroimmunologiche

Le relazioni tra disturbi del sonno e stress lavoro correlato sono state indagate in un campione di circa 1700 persone rappresentativo della popolazione lavoratrice americana (Knudsen H et al. 2007). In questo studio, in media i lavoratori americani hanno riportato nel mese precedente all'intervista 5,3 giorni di difficoltà ad addormentarsi, 6,6 giorni di disturbi del sonno e 5 giorni di difficoltà ad alzarsi al mattino per andare a lavorare. I ricercatori hanno trovato una relazione diretta tra superlavoro, conflittualità sul lavoro, compiti ripetitivi, scarsa autonomia e disordini del sonno. Gli effetti dei disturbi del sonno sulla salute sono stati ripetutamente indagati giungendo a conclusioni di notevole interesse.

Il lavoro più recente sulle relazioni tra sonno e salute è quello pubblicato da *Jama* il 30 dicembre 2008 (King et al. 2008). Ricercatori dell'università di Chicago hanno studiato lo

sviluppo della calcificazione delle arterie in quasi 500 maschi e femmine, di età variabile tra i 35 e i 47 anni. Lo studio, iniziato nel 2001 e concluso nel 2006, ha utilizzato strumenti di valutazione obiettiva della durata del sonno e ha correlato le ore di sonno all'evoluzione delle calcificazioni arteriose. La conclusione è che chi dorme meno ha un aumento dei depositi di calcio nelle arterie e che un'ora di sonno in più riduce del 33% il rischio di calcificazione. Poiché la calcificazione delle arterie è un chiaro segno di inizio di aterosclerosi, i ricercatori americani hanno paragonato il sonno al più classico fattore di rischio per questa patologia: l'ipertensione. Ebbene, dormire un'ora di sonno in più equivale a ridurre di 16,5 punti (mm Hg) la pressione arteriosa.

Del resto, è noto in letteratura che adolescenti che dormono poco (meno di 6 ore e mezzo per notte) hanno una pressione sanguigna più alta, al limite dell'ipertensione: è evidente che questi ragazzi, continuando a dormire poco, da adulti saranno ipertesi.

Particolarmente a rischio le donne. Uno studio recente, realizzato dal dipartimento di psichiatria e scienze comportamentali della Duke University a Durham in USA e pubblicato su *Brain Behavior and Immunity*, ha documentato che essere donna rappresenta un fattore di rischio aggiuntivo. Infatti, a parità di “cattivo sonno”, le donne hanno indici psicofisiologici peggiori degli uomini: un più alto indice di massa corporea, livelli più elevati di PCR e maggiore resistenza insulinica. Il che vuol dire, più obesità, più infiammazione e più diabete (Suarez EC 2008).

L'infiammazione è strettamente legata ai disturbi del sonno. È documentato un incremento di citochine infiammatorie in persone con un ritmo del sonno alterato. Di notte ormoni e circuiti immunitari si sincronizzano reciprocamente. Difficoltà ad addormentarsi, frequenti risvegli possono alterare questi delicati meccanismi con uno spostamento in avanti del picco della melatonina i cui livelli permangono alti al risveglio e per buona parte della mattinata: ciò incrementa l'infiammazione causando spossatezza e dolori. Un quadro simile è stato riscontrato da Maurizio Cutolo, reumatologo dell'università di Genova, in persone con artrite reumatoide.

Chi invece non dorme ma lavora di notte corre il rischio di avere inefficiente quel circuito immunitario che ci protegge dalle infezioni virali e dai tumori (chiamato di tipo Th1). Una serie di studi, in questo primo decennio del secolo presente, recentemente riassunti da Ester Franzese e Giuseppe Nigri del Policlinico S. Andrea di Roma, ha documentato un incremento del cancro al seno in infermiere che hanno svolto più frequentemente turni notturni. Il rischio diventa importante e crescente se si superano i 20 anni di attività. Infermiere con 30 anni di servizio a turni hanno un incremento del rischio di cancro al seno di oltre il 30% (Franzese, Nigri 2007). Infine, c'è uno stretto rapporto tra disturbi del sonno, disturbi dell'umore e della memoria. La depressione e l'ansia vanno a braccetto con la difficoltà a farsi delle belle dormite: spesso il disturbo del sonno è un segno premonitore del disturbo dell'umore; altre volte, persistendo anche quando l'umore è migliorato, è un segno di non completa guarigione. La memoria dipende dal sonno: l'area cerebrale da cui essa dipende, l'ippocampo, viene pesantemente danneggiata dallo stress cronico e dai disturbi del sonno. Esperimenti su animali dimostrano che lo scarso sonno blocca la neurogenesi e cioè la formazione di nuove cellule nervose che l'ippocampo usa per il suo fondamentale lavoro di costruttore di ricordi (Mirescu C. et al. 2006).

IL DOTTOR STRESS

HANS SELYE è passato alla storia della medicina come il “padre dello stress”, lo scienziato che, come ebbe a scrivere Henri Laborit, aprì un nuovo continente scientifico, di cui la Psiconeuroendocrinologia è certamente il frutto più maturo. Nelle prime pagine del suo libro più famoso, *The stress of life* (Lo stress della vita), pubblicato per la prima volta nel 1956, Selye racconta come ebbe il primo barlume di ragionamento sullo stress. Era il 1925 e, anche se appena diciottenne, era già al terzo anno di medicina, in una fase in cui iniziava lo studio di quella che allora era la materia clinica per eccellenza, la medicina interna. Vedendo una serie di malati illustrati dal professore, il giovane Hans, invece che concentrarsi sulle differenze e cioè su ciò che distingueva un quadro sindromico da un altro, colse le somiglianze. Notò che, pur essendo affetti da malattie diverse, molti pazienti presentavano una serie di segni e sintomi del tutto simili, soprattutto nella fase iniziale della malattia. Cominciò così a ragionare sulla malattia in generale, sulla specificità dei segni e dei sintomi, che spesso unificano quadri profondamente diversi. Quando poi nel 1932 divenne assistente di biochimica alla McGill University di Montreal, iniziò un lavoro sperimentale che lo portò a dimostrare che, indipendentemente dal tipo di sostanza somministrata o di procedura nociva (eccesso di caldo o di freddo) applicata al topolino era possibile identificare tre fasi della risposta, che chiamò “Sindrome generale di adattamento” (Gas, *General Adaptation Syndrome*), caratterizzata da precise modificazioni a carico degli organi dell’animale. Una prima fase, che Selye battezzò di allarme, caratterizzata dalla riduzione del timo e dei linfonodi e dalla comparsa delle ulcere nella mucosa dello stomaco; la seconda, che chiamò di resistenza, contrassegnata da un ingrossamento delle surrenali e della tiroide e da una atrofia delle gonadi; la terza, di esaurimento, con la morte dell’animale. Queste osservazioni vennero pubblicate in un brevissimo articolo apparso su *Nature* nel 1936. Ricerche successive, che sono parte integrante delle ricerche della nascente endocrinologia, dimostrarono che già nella fase di allarme era possibile registrare un aumento dell’Acth e del cortisolo nel sangue dell’animale: il primo ormone prodotto dall’ipofisi e il secondo dalla corteccia delle surrenali. Ma, il dato più interessante, è che anche uno stress psicologico (la visione di un predatore o l’immobilizzazione in una gabbia stretta) poteva causare la medesima sindrome. Tutta la successiva ricerca di Selye è concentrata nello studio dell’adattamento dell’organismo animale e umano ai diversi tipi di agenti stressanti (tossici, fisici, psichici). A differenza del concetto di «omeostasi» introdotto da Walter Cannon, per Selye l’adattamento può riuscire più o meno bene. Le malattie sono il frutto di un cattivo adattamento, che non è semplicemente una carenza di risposta. Selye introduce così il concetto oggi così familiare che ci possono essere malattie da eccesso di risposta, per esempio da eccesso di cortisolo causato da stress cronico. Un cattivo adattamento causa, nel tempo, un accumulo di alterazioni che sono fonte di una pluralità di malattie. Un concetto che, negli anni ‘90, riprenderà e svilupperà Bruce McEwen con la sua teoria del «carico allostatico». Quello che conta,

dice Selye, è quindi non l’eliminazione dello stress, che sarebbe come eliminare la vita, ma la sua gestione, «per la quale - scrive - non c’è una formula di successo uguale per tutti», anche se la strada da seguire è uguale per tutti: «Vivere in armonia con le leggi della natura, stabilendo il proprio personale ritmo di marcia».



L'immagine mostra la sua idea di traduzione in cinese della parola “stress”. Secondo Selye, i due ideogrammi, traducibili con «crisi» possono rappresentare da vicino il concetto di stress. L'ideogramma superiore - fa notare - significa pericolo, mentre l'inferiore opportunità. Le due facce dello stress.

Bibliografia

Ader, R. (2007) *Psychoneuroimmunology*, IV ed., vol. 1 e 2, Academic Press, Amsterdam
Berkman, L.F., Syme, S.L., Social network, host resistance and mortality, *American Journal of Epidemiology* 1979; 109: 186-204.

Besedovsky H.O., del Rey, A. (2001) *Cytokines as mediators of central and periferal immune-neuroendocrine interactions*, in Ader R. Felten D., Cohen N., *Psychoneuroimmunology*, III edizione, Academic Press, San Diego.

Bonde JP (2008) Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence, *Occup Environ Med* 65: 438-445.

Bottaccioli, F. (2005) *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente corpo. Le basi razionali della medicina integrata*, II ed, Red edizioni, Milano.

Bottaccioli (2008) *Il sistema immunitario, la bilancia della vita*, II ed. Tecniche Nuove, Milano.

Charmandari, E., Tsigos, C., Chrousos, G. (2005) Endocrinology of the stress response, *Annual Review of Physiology* 67: 259-84.

Franzese E, Nigri G. (2007) Il lavoro notturno quale fattore di rischio di cancro al seno nelle infermiere professionali. Correlazione dell'insorgenza della neoplasia con gli alterati livelli di melatonina plasmatica *Prof Inferm.* 60:89-93.

House, J.S., e al., Social relationship and health, *Science* 1988; 241: 540-544.

Karasek RA (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain: implication for job redesign, *Adm Sci Q.* 24: 285-309.

King CR et al. (2008) Short sleep duration and incident coronary artery calcification, *JAMA* 300: 2859-2866.

Knudsen H et al. (2007) Job stress and poor sleep quality: data from an American sample of full-time workers, *Soc Sci Med* 64: 1997-2007.

Kopp M. et al (2007) Chronic stress and social changes, *Annals of New York Academy of Sciences* 1113: 325-338.

Marmot, M., *Epidemiology of socioeconomic status and health*, in Adler, N., Marmot, M., McEwen, B., Stewart, J., *Socioeconomics status and health in industrial nations. Social, psy-*

chological an biological pathways, Annals of New York Academy of Sciences 1999; volume 896, New York.

McEwen, B. (2001) *Handbook of physiology. Coping with environment: neural and endocrine mechanisms*, vol. IV, sec. VII , Oxford University Press, Oxford.

Men T. e al., Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region, *BMJ* 2003; 327: 964-969 Moser, K.A. e al., Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study, *Lancet* 1984; 1324-1399.

Mirescu C. et al. (2006) Sleep deprivation inhibits adult neurogenesis in the hippocampus by elevating glucocorticoids *PNAS* 103: 19170-19175.

Moser, K.A. e al., Unemployment and mortality: a comparison of the 1971 and 1981 longitudinal census samples, *British Medical Journal* 1987; 294: 86-90.

National Research Council, *New Horizons in Health. A integrative approach*, National Academy Press, Washington D.C., 2001.

Nepomnascky PA et al (2006) Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans, *PNAS* 103: 3938-3942.

Orr ST et al. (2007) Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, maryland.

Rutledge T. et al. (2008) Social Networks and Incident Stroke Among Women With Suspected Myocardial Ischemia *Psychosomatic Medicine* 70: 282-287.

Selye, H. (1976) *The stress of life*, II ed., McGraw-Hill, New York.

Stansfeld S, Candy B. (2006) Psychosocial work environment and mental health, a meta-analytic review, *Scand J Work Environ Health* 32: 443-462.

Suarez E.C. (2008) Self-reported symptoms of sleep disturbance and inflammation, coagulation, insulin resistance and psychosocial distress: evidence for gender disparity, *Brain Behavior and immunity* 22: 960-969.

Taylor S.E. et al. (2000) Biobehavioral responses to stress in females : tend-and-befriend, not fight-flight, *Psychological Review* 107: 411-429.

Wieclaw J et al (2008) Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce, *BMC Public Health* 8: 280.

La medicina di genere e le iniziative italiane

Flavia Franconi

Key words: *disuguaglianze, pregiudizio di genere, medicina di genere, infortuni domestici, violenza, lavoro di cura, mobbing, molestie, ricerca farmacologica, biomarkers, comunicazione intergenerazionale, medicina traslazionale, ricerca in ottica di genere.*

Premessa

“Of all the forms of inequality, injustice in health care is the most shocking and inhumane”. Con questa frase di Martin Luther King rispondo a chi mi chiede perché ho cominciato a occuparmi del genere come determinante di salute¹: non vi è alcun dubbio, infatti, che il non tener conto della dimensione di genere produce delle disuguaglianze anche nel campo della salute. È paradossale che ancora oggi, nel primo decennio del terzo millennio, le donne e gli uomini debbano ancora acquisire la consapevolezza delle loro intrinseche differenze biologiche (sesso), culturali e sociali (genere) e di come queste si riflettono su quel bene primario che è la salute, definita dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”. Se la salute è il benessere complessivo della persona, diventa inevitabile prendere in considerazione il genere, ovvero quella costruzione poliedrica definita dal ruolo sociale, dai comportamenti, dai valori, dalle attitudini, dai fattori ambientali che interagisce con i fatti biologici (sesso).

Accanto alle malattie e a eventi fisiologici specifici delle donne e degli uomini (gravidanza, patologie dell’utero, delle ovaie, della prostata, dei testicoli ecc.), ci sono eventi in cui sesso e genere appaiono inestricabilmente legati (Butler J., 1990; Connell RW., Dowset GW., 1993) e non è possibile sottovalutare il ruolo di entrambi nella prevenzione, eziologia, diagnosi, nei trattamenti nonché negli *outcomes* (Legato MJ., 2004; Breen N., 2002; Franconi F., et al, 2007). Il genere, inoltre, gioca un ruolo centrale per quanto riguarda l’accesso e la qualità della cura. Tuttavia vi è una scarsa attenzione dei servizi sanitari verso i bisogni di salute del genere femminile (Moy E. e Dayton E., 2007).

¹ I determinanti di salute sono elementi che interagiscono nell’impostare, mantenere, alterare le condizioni di salute nel corso della vita. I determinanti di salute possono essere strettamente individuali, come il sesso, l’età, il patrimonio genetico, oppure individuati dal comportamento personale e dallo stile di vita, da fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio, da condizioni di vita, lavoro e accesso ai servizi sanitari, da condizioni generali socioeconomiche, culturali e ambientali.

Il genere come determinante di salute

La mancata considerazione delle differenze di genere ha danneggiato e danneggia la salute fisica e mentale di un numero incalcolabile di donne e, di conseguenza, di uomini, malgrado questi possano godere di maggiori benefici grazie alle risorse, al potere, all'autorità e al controllo di cui dispongono in misura più rilevante delle donne.

L'essere uomo o donna, identifica, quindi, differenze nei ruoli sociali che sono così codificate e cristallizzate da costituire vere e proprie gerarchie, nelle quali le donne occupano, nel mondo, i gradini più bassi avendo anche un livello di istruzione più basso e quindi sono più povere. Tra povertà e salute esiste una relazione che persiste anche in paesi che hanno sistemi sanitari universali come la Gran Bretagna, dove un recentissimo lavoro ha evidenziato che l'aspettativa di vita degli individui che vivono in povertà è di 54 anni, mentre è di 84 anni per chi vive nell'agiatezza (Wilensky GR e Satcher D., 2009). Per quanto riguarda la dimensione specificamente di genere, si possono evidenziare ulteriori importanti differenze:

- le donne sono assorbite dal ruolo di *caregiver* e da quello di *shock absorber* della famiglia, perciò hanno minore disponibilità di tempo da dedicare ai mezzi di informazione e tutto ciò le porta a fruire meno delle campagne di prevenzione primarie e secondarie;
- la responsabilità della cura dei famigliari e la coesistenza di più lavori riducono il tempo libero delle donne limitando la possibilità di svolgere una regolare attività fisica, favorendo quindi l'insorgenza dell'obesità con tutte le sue conseguenze;
- il lavoro casalingo inoltre produce un gran numero di infortuni domestici (4.500.000 l'anno) di cui 8.000 mortali con una ripartizione donna/uomo del 65% e 35% rispettivamente (ISPESL - Osservatorio Epidemiologico Nazionale sulle condizioni di salute e sicurezza negli ambienti di vita);
- un altro fattore che non trova la giusta attenzione è la violenza. Violenza che non riguarda solo gli altri, ma ci coinvolge tutti poiché 6 milioni e 743 mila donne tra i 16 ed i 70 anni sono state vittime di una violenza (ISTAT) e tra i 16 e i 44 anni la violenza uccide più donne del cancro e degli incidenti stradali. Se noti sono gli esiti immediati della violenza, meno note sono le conseguenze a lungo termine che vanno ben al di là di quelle psichiatriche arrivando a minare anche la vita delle figlie e dei figli.

Le donne possono subire più molestie sessuali e più mobbing nel mondo del lavoro, il che aumenta lo stress e questo può avere notevoli conseguenze nel campo della salute. È bene ricordare che l'uomo e la donna rispondono in maniera diversa allo stress e nelle donne la risposta è anche modulata dalle fasi della vita, mediante gli ormoni sessuali (Kajantie E. e Phillips DIW., 2006).

La *gender blindness* nella ricerca medica

Storicamente il corpo maschile è stato sempre considerato “normale” e questo ha determinato il fenomeno noto come “pregiudizio di genere” di cui si è preso atto solo nel 1991 quando Bernardine Healy, il primo direttore donna del *National Institute of Health*, evidenziò che le donne con infarto del miocardio erano curate meno rispetto agli uomini (Healy BN., Engl J., 1991). La *gender blindness* inoltre si evidenzia nell’esclusione delle donne dagli studi pre-clinici e clinici (Meinert CL et al., 2000). Pertanto, i dati provenienti dallo studio del maschio sono stati trasferiti alle donne, dimenticando che la biologia femminile può influenzare in maniera specifica lo sviluppo e la progressione delle malattie (Pinn., 2003; Sen G. et al., 2002). Non bisogna poi dimenticare il cosiddetto “*gender identification bias*” (Holmes DJ e Hitchcock CL., 1997).

In passato, i ricercatori, i medici e chi era deputato alla scelta dei progetti da finanziare erano quasi tutti maschi (Zuk M., 2002) e questo ha influenzato la scelta dei temi di ricerca, gli *outcomes* e l’interpretazione dei risultati (MacCoun RJ., 1998; Robinson ME e Wise EA Pain., 2003).

Aree di criticità e svantaggio delle donne si evidenziano, anche, nell’ambito delle sperimentazioni di farmaci per patologie non specificamente e tradizionalmente femminili dove si osserva una “inappropriatezza rappresentativa” o una “sottorappresentazione” delle donne. Il dosaggio dei farmaci è in genere misurato sugli uomini (di peso di 70 kg) senza considerare le variabili al modello maschile: la differenza di dimensione, di composizione corporea, il diverso metabolismo, la diversa eliminazione determinano variazioni dei parametri farmacocinetici, ossia un diverso modo in cui il farmaco viene assorbito, distribuito, metabolizzato ed eliminato (Franconi et al., 2007). Diversità sono presenti anche a livello farmacodinamico, ossia nel modo in cui il farmaco agisce. Ancora oggi, in presenza di evidenze scientifiche della specificità del corpo femminile, le donne sono generalmente incluse (ove lo siano) nella fase III dell’arruolamento della sperimentazione, ma non nella fase I e nella fase II della sperimentazione (fasi importanti per stabilire il dosaggio, gli effetti collaterali e la sicurezza nell’uso di farmaci). La mancanza di studi specifici sulle donne, soprattutto nelle fasi precoci della ricerca, non solo non permette di misurare la reale efficacia dei farmaci su di loro, ma potrebbe avere anche limitato l’identificazione di farmaci specifici per le donne (Holdcroft A., 2007). Questo senza contare i rischi che nascono dalla mancata attenzione alla specificità di genere da parte della ricerca farmacologica. Solo a titolo esemplificativo ricordiamo che le donne vanno più incontro a reazioni avverse da farmaci, reazioni che fra l’altro sono più gravi (Franconi F. et al., 2007). In particolare, le reazioni avverse ai farmaci sono 1,7 volte più frequenti nelle donne che negli uomini (Pirmohamed M. et al., 2004; Montilla S. et al., 2008). Alle reazioni avverse sono anche da imputarsi un maggior numero di ricoveri ospedalieri (59% nelle donne) (Pirmohamed et al, 2004). Le differenze riscontrate nell’ambito farmacologico possono estendersi a tutti gli xenobiotici e quindi agli inquinanti ambientali e a quelli presenti nell’ambiente di lavoro (Franconi F. et al., 2007). In linea

generale possiamo affermare che le donne sono soggette a un pericolo maggiore quando si tratta di tossici liposolubili perché hanno una maggiore quantità di tessuto adiposo (25% contro il 15% dei maschi) e quindi una maggiore possibilità di accumulo.

Aree di criticità e svantaggio delle donne si evidenziano nell’ambito della salute nei luoghi di lavoro dove i dati sperimentali e clinici che servono per stabilire i *biomarkers* di danno e i limiti di sicurezza derivano da ricerche condotte su animali maschi e su uomini adulti. Differenze significative si sono riscontrate con il piombo, l’arsenico, il cadmio (Vahter M. et al., 2007).

Una conseguenza non troppo studiata, ma che sempre più emerge, è l’influenza che la “cattiva salute”, le terapie inadeguate, le esposizioni ambientali, la violenza, la povertà hanno sulle generazioni successive. Eppure la ricerca moderna ha ben evidenziato che la malnutrizione materna, l’esposizione alle sostanze di abuso, i traumi psicologici e fisici (violenza), soprattutto nei cosiddetti periodi critici, hanno importanti conseguenze sulle generazioni future attraverso quel fenomeno che prende il nome di plasticità dello sviluppo e che coinvolge l’epigenetica (Osmania S. e Sen A., 2003; Seghieri G. et al., 2002; Loizzo A. et al., 2006; Barker DJ., 2008; Barker DJ., 2007). Il basso peso alla nascita, strettamente correlato allo stato di salute della madre, è un fattore di rischio per lo sviluppo delle pandemie del III millennio: l’obesità con le sue conseguenze, il diabete di tipo II, le malattie cardiovascolari e la depressione (Helweg-Larsen K, Kruse M. Scand J., 2003).

L’approccio di genere deve sempre considerare l’età e non deve limitarsi alla clinica dove, ad esempio, il calcolo del rischio cardiovascolare secondo lo *Score Framingham*² non va bene per le donne perché ne sottostima il rischio a lungo termine (Mosca L. et al., 2007), ma deve estendersi alla preclinica. E questo è necessario per arrivare a una buona medicina traslazionale³ usando modelli di malattia che riflettono la situazione clinica dell’uomo e della donna (Franconi F. et al., 2008) e adottando *animal facilities* che soddisfino il benessere degli animali di ambedue i generi, smettendo di considerare gli animali solo rispetto al sesso perché anch’essi sono sensibili alle condizioni sociali (Holdcroft A., 2007; Palanza P., 2001).

Ciò porta a considerare la possibilità di incentivare la ricerca in una prospettiva di genere sia per quanto riguarda i farmaci, sia per quanto riguarda gli altri xenobiotici così da avere parametri e *biomarkers* pensati per uomini e donne.

La mancata considerazione delle differenze si evidenzia con il cosiddetto *paradosso donna*, cioè con il fatto che “le donne, vivono più a lungo degli uomini, ma si ammalano di più e hanno un maggior numero di anni di vita in cattiva salute” (Barford A. et al., 2006).

I dati ISTAT del 2007 evidenziano, infatti, che le donne sono colpite dalle disabilità (donne 17%; uomini 8,9%), dalle patologie psichiatriche (donne 7,4%; uomini 3,1%) per non parlare dell’osteoporosi (9,2 % verso 1,1%).

² Il calcolo del Framingham Health Score è basato sulla misura della pressione arteriosa, della colesterolemia totale, della colesterolemia HDL e sul riscontro dell’abitudine al fumo di sigaretta, con il quale è possibile valutare se un individuo ha un rischio da 0 al 30% di avere un infarto del miocardio nei dieci anni successivi.

³ La medicina traslazionale rappresenta il *continuum* - “bench to bedside”, “dal laboratorio al letto del paziente” - con cui la ricerca biomedica focalizza le ricerche di laboratorio in modo da tradurle il più rapidamente possibile nella pratica clinica, per la diagnosi e la cura dei pazienti.

Nonostante le raccomandazioni dell'OMS (link in bibliografia) e della Commissione Europea (Road Map), in Italia resta molto da fare prima che si possa arrivare all'appropriatezza della prevenzione e della cura nonché alla corretta tutela della salute in una dimensione di genere. L'applicazione dell'ottica di genere impone, come auspicato dall'OMS (vedi bibliografia), il modello bio-psico-sociale⁴ di salute e malattia e ciò consente fra l'altro, come ben evidenziato dalla Banca Mondiale, anche un più rapido sviluppo economico del territorio, cosa non indifferente in un periodo di crisi come quello che stiamo attraversando. È evidente che ciò richiede la necessità di promuovere l'integrazione delle politiche poiché gli aspetti economici, sociali e psicologici giocano un ruolo importante nel determinare la salute di una comunità e nel produrre disuguaglianze di accesso e di trattamento fra uomini e donne di differenti categorie sociali.

La nascita della medicina di genere in Italia

In Italia, seppur lentamente, la salute e la medicina di genere stanno nascendo, ma si pensi che negli USA la *Food and Drug Administration* (FDA) ha attualmente un ufficio che si occupa specificamente della salute delle donne e della loro partecipazione ai *trials* clinici⁵ e che l'OMS ha organizzato un Ufficio "*Women's Health and Gender Mainstreaming*".

Ma torniamo al nostro paese. Nel 1999 è nato il gruppo di lavoro "Medicina Donna Salute" che ha dato un contributo fondamentale all'individuazione della tematica "genere" nel nostro paese. Nel 2005 è stato istituito dal sottosegretario alla Salute On. Elisabetta Alberti Casellati un tavolo tecnico con la partecipazione dell'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l'Agenzia Servizi Regionali Sanitari (ASSR), l'Università di Sassari e la Società Italiana di Farmacologia per formulare le linee-guida sulle sperimentazioni cliniche e farmacologiche con un approccio di genere.

Nella primavera del 2008 è stato pubblicato dal Ministero della Salute il rapporto "Lo Stato di Salute delle Donne in Italia" mentre, nel dicembre dello stesso anno, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha elaborato e pubblicato il rapporto dal titolo "La Sperimentazione Farmacologica sulle Donne" che riprende molti dei suggerimenti già presenti nel capitolo "Approccio di genere alla salute" presente nel rapporto in precedenza segnalato. Sempre nel 2008, l'AIFA ha introdotto l'equità uomo/donna tra i criteri della Commissione di valutazione degli Accordi di Programma per l'assegnazione di finanziamenti alle industrie che investono in Italia nell'ambito della ricerca farmacologica. Sempre l'AIFA, nell'ambito della ricerca indipendente sui farmaci, ha proposto temi relativi alla salute della donna.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha finanziato progetti strategici dedicati alla salute della donna, uno dei quali - quello coordinato dall'ISS - prevede unità

⁴ L'assunto fondamentale del modello bio-psico-sociale è che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali.

⁵ <http://www.fda.gov/womens/trials.html>

dedicate alla medicina del lavoro, alle malattie iatrogene, e alla produzione di linee guida che considerano anche il ruolo sociale. Un ruolo chiave nel promuovere l’ottica di genere in relazione alla salute è stato svolto dalle società scientifiche, molte delle quali si sono dotate di apposite sezioni che hanno contribuito alla diffusione della cultura di genere.

In conclusione, è importante sottolineare che alla fine del 2009 saranno diplomati i primi due dottorati in Farmacologia di Genere, dottorato istituito presso l’Università di Sassari. Dottorato che si propone di formare esperti in questo specifico ambito con lo scopo di arrivare alla cura più appropriata considerando il genere.

Bibliografia

Barker DJ. Nestle *Nutr Workshop Ser Pediatr Program*.61:21, 2008.

Barker DJ. *J Intern Med* 261, 412, 2007.

Butler J. *Gender Trouble*, Routledge, 1990.

Connell RW. Dowset GW (Eds), *Rethinking Sex*, Temple University Press, 1993.

Franconi F. et al *Pharmacol Res* 55, 81, 2007.

Healy BN. *Engl J Med* 325, 274, 1991.

Helweg-Larsen K. Kruse M. *Scand J Public Health*. 2003;31:51.

Holdcroft A. *Gend Med*. 4 Suppl B:S64-74, 2007.

Holdcroft A. *J R Soc Med*. 2007 100,2, 2007.

Holmes DJ. e Hitchcock CL. In: *Feminism and Evolutionary Biology* ed Gowaty PA Chapman & Hall, NY 184, 1997.

Kajantie E. e Phillips DIW *Psychoneuroendocrinol* 31, 151, 2006.

Krieger N. *Intl J Epidemiol* 32:652, 2003.

Legato MJ. *Principles of gender-specific medicine*. 1st ed. San Diego: Elsevier Academic Press; 2004; Breen N. In *Engendering International Health*, ed. Sen G. George A. e Ostlin P. Cambridge, Massachusetts Institute of Technology Press, 2002.

Loizzo A. et al *Pediatr Res.* 59, 111, 2006.

MacCoun R.J. *Ann Rev Psychol* 49, 259, 1998.

Meinert CL. et al *Controlled Clin Trials* 21, 462, 2000.

Montilla S. et al *La salute della donna, Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla.* Franco Angeli, 2008.

Moy E. e Dayton E. *Women's Health* 17,334, 2007.

Osmania S. e Sen A. *Economics and Human Biology* 1:91, 2003.

Palanza P. *Neurosci Biobehav Rev* 25, 219, 2001.

Pinn VW. *JAMA* 289:397, 2003.

Pirmohamed M. et al *BMJ* 15, 329, 2004.

Robinson ME. e Wise EA. *Pain* 104, 259, 2003.

Seghieri G. et al *Diabetes Care* 25,1761, 2002.

Sen G. et al, *In Engendering International Health*, ed. Sen G. George A. e Ostlin P., 1 Cambridge, Massachusetts Institute of Technology Press. 2002.

Wilensky GR. e Satcher D. *Health Affaire* 16 January 2009; 0.1377.28.2.w194.

Zuk M. *Sexual Selections*. Berkeley: University of California Press. 2002.

World Health Organization Commission on Social Determinants of Health, Table 2.1 in "Global Health Inequity - The Need for Action," chap. 2 in Closing the Gap in a Generation: Healthy Equity through Action on the Social Determinants of Health, Final Report.

WHO: World Health Report Geneva 1998; Women's Mental Health: An Evidence Based Review. Geneva 2000; Global Burden of Disease data, 2001. Accessible at www.fic.nih.gov/dcpp/gbd.html; World Bank. 1993. World Development Report: Investing in Health. New York: Oxford University Press.

PARTE TERZA

Differenze di genere nella valutazione del rischio lavorativo: temi per la formazione ed esigenze di ricerca

Irene Figà-Talamanca

Key words: *ottica di genere, differenze, salute delle donne, stress lavoro correlato, prevenzione, valutazione del rischio lavorativo, esposizione allo stress lavorativo, inquinanti ambientali, multifattorialità, esiti sanitari, metodi soggettivi, metodi obbiettivi, costrittività organizzative, infortuni, violenza, ricerca, conoscenza, nuove forme di lavoro, igiene mentale, carenze conoscitive.*

Premessa

Sia il concetto di “genere” sia di rischio da “stress” sono assolute novità nella normativa relativa alla prevenzione nei luoghi di lavoro. La nuova normativa infatti, introducendo l’attenzione alle differenze di “genere” e ai problemi dello “stress” in un’ottica di genere costituisce un primo passo verso il riconoscimento e la soluzione dei problemi.

Sono novità dovute ai cambiamenti sociali ed economici, che nel giro di pochi anni hanno rivoluzionato la vita delle donne in Europa e in Italia. Il lavoro oggi ha un ruolo molto importante nella vita delle donne in Europa, dove il 44% della manodopera è composta da donne¹. Nonostante i ritardi accumulati dal nostro paese negli obiettivi fissati a livello europeo (vedi dati in nota a piè di pagina), il crescente impegno nel mondo del lavoro delle donne istruite, e la crescente richiesta di lavoro delle donne del Sud pur prive di servizi e sovraccariche dal doppio lavoro, sono tutti fenomeni che chiedono urgenti soluzioni.

¹ Questa percentuale è diversa da paese a paese, essendo più alta nei paesi del Nord Europa e più bassa nell’Europa del Sud. Infatti, risulta che il “gap” nell’occupazione dei due generi è ancora molto più forte in Italia (24%), in Grecia (28%), in Spagna (25%), in confronto per esempio con la Svezia (3%) e la Danimarca (8%) (1). In Italia la condizione delle donne ha avuto una importante svolta già dagli anni ’70. Oltre al primato mondiale della longevità (ora di 84 anni contro i 78 degli uomini), il ritardo d’età alla prima maternità e la riduzione della natalità hanno contribuito a un forte aumento dell’occupazione femminile, e un più elevato livello di istruzione rispetto agli uomini. Il tasso di occupazione femminile è passato dal 20% del 1970 al 45% del 2007, mentre un altro 10% è in cerca di lavoro. Il progresso però non è uniforme. Le donne del Sud Italia, specialmente se madri di famiglia e con un livello di istruzione non alto, difficilmente lavorano fuori casa. Il tasso di occupazione in questo gruppo è solo del 25%. La carenza di strutture per la cura dei bambini in età prescolare e degli anziani, costringe ancora molte donne al ruolo della “casalinga”, cioè a un lavoro invisibile e gratuito (2). Anche la limitata partecipazione delle donne ai vertici della vita economica e politica del paese, è un ulteriore motivo per il quale l’Italia risulta ancora in una posizione svantaggiata rispetto ai paesi occidentali nella graduatoria del gap di sviluppo nei due generi: tra 128 paesi che comprendono il 90% della popolazione mondiale, l’Italia occupa l’84esimo posto (3).

A questo scopo infatti, la legge prevede tra l'altro la necessità di formare chi si occupa della prevenzione negli ambienti di lavoro per affrontare questi temi con la necessaria competenza specifica.

Anche se alcuni illustri medici del 1900 hanno denunciato le condizioni di lavoro delle donne (4), fino a tempi molto recenti tuttavia, il tema della salute delle donne che lavorano non faceva parte di nessun insegnamento universitario. Il primo libro di testo in Medicina di Lavoro con un capitolo specifico sui rischi del lavoro femminile risale al 1993. (5) In questi anni sono state condotte anche molte ricerche a livello internazionale e in Italia, e si sono così scoperti numerosi agenti chimici e fisici che incidono negativamente sulla salute riproduttiva sia maschile sia femminile (6,7). Questi studi hanno anche consentito di prendere misure di prevenzione e di ridurre le esposizioni dei lavoratori sia maschi sia femmine. Buoni esempi sono gli studi sui metalli e pesticidi che danneggiano l'apparato riproduttivo maschile, i gas anestetici, i solventi e gli IPA che danneggiano il sistema endocrino femminile e il feto, ecc.

Ma le conoscenze scientifiche, come spesso capita, non si traducono velocemente in misure di prevenzione. Infatti manca tuttora una diffusione capillare delle conoscenze e una cultura della prevenzione su questi temi non solo tra i lavoratori, ma anche tra gli operatori della prevenzione.

Il tema dei rischi lavorativi per la riproduzione maschile e femminile, per esempio, è totalmente assente dai testi e i programmi di studio delle varie figure professionali che si occupano della prevenzione negli ambienti di lavoro, quali tecnici dell'ambiente, igienisti industriali, ingegneri della sicurezza, e persino medici.

Per tentare di coprire questo divario tra il dettato della nuova normativa e la capacità degli addetti alla sua applicazione, è necessario introdurre nuovi elementi formativi. È necessario per esempio che gli operatori capiscano che esistono differenze tra uomini e donne sia nella valutazione dei rischi lavorativi (compreso il rischio “stress”), sia nei possibili effetti che questi possono provocare.

Esaminiamo alcuni dei concetti che questi programmi di formazione devono comprendere.

Differenze tra donne e uomini nell'esposizione ai rischi ambientali e lavorativi

Storicamente già dal secolo scorso i medici sostenevano che le donne sono più “suscettibili” alle malattie del sistema nervoso. Per Freud l'isteria colpiva selettivamente le donne mentre per i medici del lavoro statunitensi di inizio secolo “le donne sono a rischio di reazioni a stress da lavoro e ad ammalarsi di neurastenia, perché hanno un temperamento più nervoso”. Simile suscettibilità alle neurosi era attribuita anche agli Ebrei e ad alcuni altri gruppi immigrati come gli Italiani e gli Irlandesi. Quindi era sconsigliato alle donne di lavorare fuori casa (8).

L'attribuzione di particolare "suscettibilità" alle donne e agli immigrati per la malattie "nerve" da lavoro degli anni '20, è un tipico errore nel ragionamento epidemiologico. In quel periodo, le donne e gli immigrati (compresi gli ebrei russi) sono entrati in massa nel mercato del lavoro, delle comunicazioni e dell'industria, e hanno reso visibile patologie "nuove" (da stress, da movimenti ripetitivi della mano ecc.) osservata per la prima volta su larga scala. Più recentemente le ricerche nel campo delle "differenze" hanno identificato e definito due diversi ordini di "differenze" tra sessi:

- *differenze biologiche* (sessuali) dal punto di vista dell'apparato riproduttivo e le sue funzioni biologiche (in particolare genetico e ormonale) e
- *differenze socio-ambientali (di genere)*, dal punto di vista della percezione e dell'ambiente sociale circostante (fattori "contestuali").

Una differenza biologica per esempio è il fatto che le donne in età riproduttiva hanno una concentrazione di Cadmio (Cd) maggiore dei loro compagni di lavoro. Questo è dovuto a una differenza biologica, avendo le donne più frequentemente una deficienza di ferro, e quindi una tendenza a un maggiore *uptake* di Cd. Durante la gravidanza, l'allattamento e in menopausa, le donne hanno livelli più elevati di Piombo (Pb) rispetto ai loro colleghi. Anche questa è una differenza biologica dovuta alla demineralizzazione delle ossa, e al rilascio di Piombo libero con possibile rischio di intossicazione.

Fattori comportamentali diversi tra uomini e donne invece sono differenze di *genere*, o contestuali. Esempi sono le differenze dovute alla dieta, al fumo, all'attività fisica, all'uso di cosmetici, agli hobbies, all'uso di farmaci ecc. Tali fattori possono incidere sulle esposizioni, sull'assorbimento, sulla metabolizzazione ed eliminazione dei tossici indipendentemente dal grado di esposizione, che può essere uguale tra maschi e femmine.

Ovviamente spesso non è facile distinguere tra differenze di sesso e di genere. Questo è illustrato dall'attuale dibattito sulla maggiore (o minore) suscettibilità delle donne al potere cancerogeno del fumo. Alcuni ricercatori sostengono che le donne sono più suscettibili (a parità di esposizione) per differenze enzimatiche nella capacità di metabolizzare i prodotti cancerogeni del tabacco (differenze di *sesso*).

Altri sostengono che le differenze sono dovute non a fattori biologici, ma a fattori comportamentali-sociali (*genere*) come per esempio il tipo di sigarette fumate, l'età di iniziazione al fumo, il grado di inalazione, la capacità di smettere, la ragione per la quale fumano (più stress) ecc.

Anche per quello che riguarda il rischio della presenza degli inquinanti presenti negli ambienti di lavoro, ci possono essere effetti diversi tra donne e uomini. Il carico biologico ("body burden") per esempio, è spesso diverso tra uomini e donne. Esempi sono il "body burden" per il piombo (più alto per i maschi), per il cadmio (più alto per le femmine), per il cobalto (più alto per le femmine), per gli ftalati (più alto per le femmine), per i difenilipoli-bromurati eteri (PBDE) (più alti per le femmine). Alcune di queste differenze sono attribuite a fattori biologici come per esempio la differenza nella percentuale di grasso nei tessuti di accumulo delle donne e degli uomini, mentre per altre la spiegazione non è nota.

In generale, nella valutazione del rischio lavorativo chimico, è necessario tenere presente che l'esposizione personale dipende da molteplici fattori che influenzano l'iter dei tossici nell'organismo umano, tra cui l'ambiente personale (dose disponibile), il contatto con la barriera corporea (cutanea, respiratoria, ingestione), la dose somministrata e/o assorbita o “uptake”, la dose all'organo bersaglio (dose biologicamente attiva).

Ci possono essere differenze tra donne e uomini lungo tutto questo iter. Per esempio ci possono essere differenze di dosi disponibili e assorbite, anche tra lavoratori che espletano la stessa mansione, per la frequente segregazione dei compiti per genere. Differenze possono nascere da diversi livelli di istruzione e formazione tra donne e uomini (specialmente nei paesi più poveri dove le donne provengono da zone rurali e non sono alfabetizzate). Un'altra frequente differenza (*di genere*) è dovuta al diverso uso di mezzi di protezione individuale. Questi mezzi (es. maschere, guanti) sono spesso disegnati per lavoratori maschi, e non sono ergonomicamente (ed esteticamente) adatti per le donne.

Differenze di *genere* possono anche determinare differenti modalità di assorbimento dei tossici, come per esempio il tipo di abbigliamento, le condizioni della cute, l'uso di cosmetici, mezzi di rimozione dei tossici (lavaggio) dopo il lavoro, ecc. che spesso sono diversi tra uomini e donne. Anche il trasporto, il metabolismo e l'escrezione dei tossici possono essere influenzati da fattori di sesso e di genere: le donne hanno un peso medio più basso, una percentuale di grasso più alta, un volume plasmatico più basso e un flusso del sangue agli organi interessati più basso.

Gli ormoni sessuali (estradiolo e testosterone) influiscono in tutte queste fasi come è noto dalla sperimentazione farmacocinetica. Il benzene per esempio è escreto sia per via respiratoria sia renale più lentamente nelle donne, e lo stesso vale per la *clearance* del tricloroetilene (TCE), che è più veloce tra i maschi, mentre la concentrazione nel sangue è più elevata tra donne.

Esistono quindi differenze nell'esposizione e negli effetti dei tossici tra maschi e femmine. Queste possono essere dovute sia a fattori biologici, sia a fattori di “genere” legate alle diversità nelle esposizioni e nei comportamenti.

Le conoscenze di queste differenze sono limitate, anche perché gli studi spesso non riportano i risultati delle ricerche disaggregando i dati per donne e per uomini. Altre volte, riscontrate tali differenze, non si approfondisce l'indagine per capirne le ragioni.

Differenze di genere negli esiti sanitari dovuti a stress lavorativi

È ben documentato che le malattie lavoro-correlate sono diverse tra uomini e donne: questo è dovuto soprattutto alle differenze del lavoro dei due generi.

I problemi prevalenti tra lavoratori maschi sono gli infortuni, i danni uditivi da rumore, i tumori professionali, le sindromi osteoarticolari da lavoro muscolare pesante. Tra le donne invece, sono più comuni le sindromi osteoarticolari da lavoro ripetitivo (es. tunnel carpale), le malattie della cute, le malattie infettive (es. insegnanti e personale sanitario), i danni alla salute riproduttiva e i problemi dovuti allo stress da lavoro di “cura”, l'inqùità, la violenza morale.

Finora dall'elenco delle malattie da lavoro correlate mancavano quelle dovute allo stress. Questa lacuna è ora sanata con il D.Lgs. 81/08, che introduce per la prima volta, l'obbligo di valutazione del rischio dello stress, con particolare attenzione alle differenze di genere.

L'ambiente di lavoro infatti rappresenta un serbatoio di molteplici stress lavorativi sia fisici sia psicologici. Nei paesi industrializzati lo stress psicologico è più frequente dello stress fisico.

La risposta agli stress ambientali è una reazione "normale" e necessaria che ha lo scopo di proteggere l'individuo. Tuttavia, le ripetute e prolungate esposizioni a fattori stressanti possono comportare notevoli danni alla salute.

I danni da stress lavorativo sono bene documentati e coinvolgono praticamente tutti gli apparati e i sistemi dell'organismo umano, dal sistema cardiovascolare (es. ipertensione) al sistema endocrino-metabolico (disturbi mestruali, obesità, malattie tiroidee), a disturbi gastrointestinali (gastrite, ulcera, colite), a quelli mentali (depressione, nevrosi, insonnia, ansia), e perfino a disturbi dermatologici quali alopecia, psoriasi, dermatite.

La non specificità e la multifattorialità delle patologie stress-correlate rende difficile stabilire un nesso causale tra queste malattie e l'esposizione allo stress lavorativo. Questo spiega anche perché il rischio "stress" è stato a lungo trascurato nella medicina e nella prevenzione nei luoghi di lavoro.

Un'altra peculiarità di questo rischio è che è presente in tutti gli ambienti di lavoro, anche se in diversi gradi. Tra le professioni più esposte ci sono alcune delle più tipiche professioni femminili: infermieri, medici, assistenti sociali, insegnanti, e altre attività che richiedono "cura degli altri". Anche alcune professioni tipicamente maschili espongono a elevato stress lavorativo: piloti, controllori di volo, lavoratori industriali in catena di montaggio, dirigenti e altri con elevata responsabilità.

Per il genere femminile, lo stress è spesso doppio, perché a quello lavorativo si aggiunge quello da lavoro di cura in famiglia.

Secondo i dati di un'indagine Istat, mentre i lavoratori maschi dedicano in media 2 ore al giorno per assistere i familiari, le donne ne dedicano in media 5 e mezza (9). Il superlavoro stressante delle donne costa caro alla loro salute non solo nella vita di tutti i giorni, ma anche a lungo termine. Secondo uno studio che ha seguito 105.560 residenti di Torino dal 1991 al 2005, le donne con il "doppio carico" hanno un rischio maggiore per malattie coronariche e questo rischio è raddoppiato per donne lavoratrici non sposate con figli (10). Stress lavorativi possono provocare effetti patogeni diversi tra donne e uomini. Anche uno studio della European Heart Network (1998), ha stimato che lo stress può essere responsabile per il 16% delle malattie cardiovascolari tra uomini, e il 22% tra donne. Evidentemente fattori biologici e psicosociali interagiscono in modo diverso nei due generi, ma poco si sa sui processi che mediano questi meccanismi.

Come è noto, lo stress incide in maniera pesante sul sistema endocrino con noti effetti sul ciclo mestruale e sulla salute riproduttiva delle donne. Sindromi quali polimenorrea, amenorrea, ipermenorrea, sono legate all'anovulazione, all'infertilità, alle perdite fetali e alla

menopausa precoce. Anche la fertilità e gli esiti della gravidanza possono essere influenzate dallo stress lavorativo. (7)

Come si può valutare lo stress lavorativo

La valutazione dello stress lavorativo, previsto dalla nuova normativa, è un altro argomento che gli addetti alla salute nei luoghi di lavoro devono affinare con adeguata preparazione. Esistono diversi metodi di valutazione dello stress lavorativo, alcuni più laboriosi (e affidabili) e altri più semplici (e meno affidabili). Il tema non può essere discusso in queste brevi pagine. Per una utile e pratica trattazione si rimanda alle linee guida fornite da INAIL(11). I metodi disponibili sono sia “soggettivi” sia “obiettivi”. I metodi *soggettivi*, basati su *questionario di autovalutazione*, per esempio, sono facili da compilare poiché semplice e poco costosi, ma probabilmente portano a risultati instabili e di bassa ripetibilità. Il loro uso può però essere utile per confrontare le dimensioni del problema “stress” in diverse situazioni lavorative, per valutare il suo andamento nel tempo e in seguito a interventi di miglioramento delle condizioni di lavoro.

Sono più affidabili per valutare il disagio da stress lavorativo i *test* basati su alcuni parametri come la capacità di memoria, gli errori commessi nello svolgimento di vari compiti mentali, i cambiamenti di postura ecc. Questi sono più indicati per valutare le circostanze di stress “acuto” e il ritorno alla normalità dopo eventi di stress acuto.

Anche i *test fisiologici* che sono basati sull’elettroencefalografia, sulla frequenza cardiaca, sull’attività oculare oppure su indicatori biochimici (ormoni), misurano con maggiore precisione lo stress dell’organismo, ma sono poco praticabili per la valutazione dello stress lavorativo.

Infine risulta utile la valutazione delle “Costrittività Organizzative” che cerca di valutare il livello di stress lavorativo sulla base di parametri obiettivi delle circostanze di lavoro come le seguenti:

- Precarietà al lavoro
- Ritmo di lavoro elevato o basso o discontinuo
- Carico di lavoro eccessivo monosensoriale (es. app.to visivo) o plurisensoriale (es. guida)
- Lavoro a turni e notturno
- Responsabilità elevata o bassa o impropria
- Assenza di sostegno sociale nel gruppo di lavoro
- Presenza di analoghe cause di stress nel lavoro domestico
- Scarso compenso e/o incentivo
- Alta domanda di lavoro e basso controllo
- Assenza di prospettive di sviluppo professionale.

La scelta del metodo di valutazione dello stress nell’ambiente di lavoro dipende ovviamente

da diversi fattori, tra i quali il numero e le caratteristiche dei lavoratori, il tipo di lavoro svolto, le risorse del servizio di prevenzione, la partecipazione e l'interesse dei lavoratori stessi, le reali possibilità di apportare miglioramenti dell'organizzazione del lavoro per la riduzione dello stress, ecc.

Genere, infortuni e violenza

Un altro aspetto trascurato nella rilevazione dei problemi sanitari in ambito lavorativo rispetto al genere sono le differenze tra lavoratori e lavoratrici negli infortuni al lavoro. Le donne, lavorando prevalentemente nel terziario, sono complessivamente meno colpite da infortuni rispetto agli uomini. Tuttavia ultimamente si nota una tendenza alla diminuzione degli infortuni per i maschi, mentre per le donne si nota un aumento (nei numeri assoluti). La maggioranza di questi infortuni avviene nel settore dell'industria e dei servizi, in particolare nei servizi sanitari.

Come già noto, nel mondo della medicina del lavoro, l'ospedale è uno dei luoghi lavorativi ad alto rischio. Nello stesso tempo, dovrebbe anche essere un luogo dove la prevenzione è più fattibile. Tuttavia, il lavoro ospedaliero, come anche altre professioni "di cura", occupate in Italia per il 60% da donne, presenta rilevanti rischi di infortuni e violenza fisica e morale (12,13).

Secondo il recente rapporto dell'OMS (14), la violenza e gli incidenti provocano a livello mondiale oltre 5 milioni di morti all'anno. Le vittime di violenza sono prevalentemente donne maltrattate o uccise nell'ambiente domestico. I dati relativi alle violenze sul lavoro sono limitati, ma considerando che milioni di giovani donne dei paesi in via di sviluppo sono reclutate dalle multinazionali, per i lavori rifiutati dai lavoratori occidentali, è evidente l'importanza del problema. A questo va aggiunto il traffico di donne e bambine schiave obbligate alla prostituzione, problema del tutto omesso da qualsiasi statistica e indagine scientifica.

In Italia, dai dati Istat provenienti da un'indagine del 2006 che ha coinvolto oltre 25.000 donne, risulta che sono stimate a **6.7 milioni** le donne da 16 a 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale **nel corso della vita** (il 31,9% della classe di età considerata). Cinque milioni di donne hanno subito violenze sessuali (23,7%), 3,9 milioni violenze fisiche (18,8%). Circa 1 milione di donne ha subito stupri o tentati stupri (4,8%) (15).

L'indagine ISTAT non riporta dati relativi a episodi di violenza nei luoghi di lavoro. Si tratta di eventi non frequenti. Inoltre, è probabile che episodi come per esempio le molestie sessuali, le minacce più o meno velate e le discriminazioni salariali e di progressione nella carriera, non siano percepiti come atti di "violenza".

Tuttavia, laddove il problema è stato studiato con dovuta attenzione, questi problemi sono emersi con chiarezza. Nell'indagine EU "*Fourth European Working Conditions Survey*" del 2005, la violenza al lavoro è stata riportata dal 5% dei lavoratori intervistati.

I settori con maggiore incidenza erano la sanità, l'insegnamento, gli addetti al contatto con

il pubblico e gli addetti al trasporto di persone. Le vittime più comuni di molestie sessuali e maltrattamenti sono per la maggior parte le donne giovani con una incidenza dell'8%. L'indagine ha anche riscontrato una forte variazione da un paese all'altro della EU. I tassi più alti sono stati riportati nei paesi nordici (17% in Finlandia) e i più bassi nei paesi del Sud (2% in Italia).

È probabile che questo divario sia dovuto alla minore coscienza da parte della popolazione italiana, ancora poco sensibile a questi problemi. Tuttavia, non riconoscere e non esternare un disagio lavorativo di questo tipo, non significa che esso sia innocuo e non comporti danni alla salute. Lo stress lavorativo vissuto in isolamento e in silenzio è probabilmente un fattore che contribuisce in modo non indifferente alla crescita di disturbi della salute fisica e mentale. Infatti da questo studio risulta chiaramente che i lavoratori sottoposti a varie forme di violenza e discriminazione riportavano anche con maggiore frequenza problemi sanitari lavoro-correlati come irritabilità, ansia, problemi del sonno, fatica, problemi gastrici, ecc. (16).

I gruppi a maggior rischio di violenza e discriminazione sono le donne immigrate, quelle con basso livello di istruzione e quelle molto giovani o anziane. Nessuno di questi gruppi è stato oggetto di studi mirati e di attenzione specifica.

Il tema delle lavoratrici anziane, con la prospettiva di un previsto ritardo dell'età di pensionamento in Italia, è di particolare interesse. Secondo una ipotesi, le lavoratrici più anziane vanno incontro ad una maggiore tendenza alla discriminazione, alla dequalificazione e alla difficoltà di progredire nella carriera. Le donne sono “etichettate” come “troppo vecchie” per posizioni di prestigio e responsabilità prima degli uomini, anche se spesso le donne sono soggettivamente e biologicamente più giovanili degli uomini della stessa età.

La prevenzione degli infortuni e degli episodi di violenza tra donne è in questo momento particolarmente urgente. Questo per varie ragioni:

- le donne stanno entrando sempre più numerose nel mondo del lavoro (anche in mansioni precedentemente riservate agli uomini);
- gli infortuni tra donne sono in aumento;
- le donne infortunate sono spesso vittime di discriminazione e licenziamenti. Da un'indagine che ha esaminato il destino lavorativo delle donne che hanno subito un infortunio sul lavoro, risulta che molte (specialmente se di età oltre i 50 anni), hanno dovuto cambiare occupazione dopo l'infortunio, mentre il 40% ha subito pressioni per licenziarsi (17).

Bisogni specifici nella ricerca sulle differenze di genere e nella prevenzione negli ambienti di lavoro

Dagli studi condotti nei paesi occidentali, emerge che il rischio “stress” è quello dove si riscontra un maggior differenziale uomo/donna. Secondo il *National Institute of Occupational Health and Safety* degli Stati Uniti per esempio, il 60% delle lavoratrici inter-

vistate hanno riportato lo stress come primo problema della loro vita lavorativa (18). Le patologie stress - correlate erano due volte più comuni tra le donne rispetto agli uomini nel *Fourth European Working Conditions Survey*. La percentuale dei lavoratori che hanno riportato stress e irritabilità era il 37%, ma i dati non erano disaggregati per genere.

Purtroppo molte ricerche sono “neutrali” rispetto al genere, oscurando le differenze tra donne e uomini.

Intraprendere ricerche che consentano di identificare i settori lavorativi più stressanti e le caratteristiche dei lavoratori più suscettibili (es. gender, ma anche età, etnia, precedente formazione ecc.), è una priorità per chi deve realizzare la nuova normativa e prevenire i rischi in “ottica di genere”.

Oltre allo stress lavorativo, anche altri fattori di rischio devono ancora essere affrontati dalla ricerca in ottica di genere. Alcuni di questi riguardano rischi lavorativi tradizionali come i fattori chimici e fisici.

Un gruppo di fattori chimici con effetti diversi tra maschi e femmine sono gli inquinanti che interferiscono con il sistema endocrino e riproduttivo. Queste sostanze, note come “Interferenti Endocrini” comprendono diversi prodotti che inquinano l’acqua, l’aria, il suolo e gli alimenti, come per esempio i pesticidi, i composti organici persistenti presenti nelle plastiche, gli ftalati, i ritardanti di fiamme, alcuni metalli ecc. Spesso questi inquinanti sono presenti in concentrazioni più elevate negli ambienti di lavoro. I loro effetti sulla salute, essendo di natura ormonale, sono diversi nei due sessi, e potrebbero essere implicati non solo in alcune patologie emergenti tra lavoratori ma anche nella popolazione generale (per esempio riduzione della fertilità maschile, tumori della prostata e del testicolo, difetti congeniti dell’apparato genitale nelle progenie degli esposti ecc.). Le ricerche in questo campo sono ancora all’inizio ma, data l’ubiquità e le possibili conseguenze a lungo termine di queste sostanze, devono essere sostenute e incoraggiate.

I medici del lavoro hanno per anni studiato il lavoro a turni e il lavoro notturno. Nonostante ciò solo recentemente si è scoperto il ruolo del lavoro notturno come fattore di rischio per il tumore alla mammella. Infatti, secondo il recente rapporto dell’*International Agency for Research on Cancer*, (19) il lavoro notturno può essere considerato un “accertato” fattore di rischio per questo tumore. L’evidenza epidemiologica accumulata è notevole, e il meccanismo d’azione, che coinvolge alterazioni ormonali dovute alle alterazioni del ritmo circadiano, è stato confermato. Le implicazioni per la prevenzione sono ovviamente di grande rilevanza, dato che una forte percentuale di donne nel settore sanitario lavorano attualmente di notte. Fino a che punto sarà possibile proteggere le donne infermiere da questo rischio?

Anche l’età e gli effetti della menopausa possono essere influenzati dalle condizioni lavorative.

Uno studio francese, condotto su 1.594 donne, ha mostrato che l’età precoce alla menopausa è associata a turni di lavoro troppo lunghi, lavoro pesante, lavoro stressante e fumo di sigaretta (20). Altra priorità attuale per la ricerca sulle problematiche di genere in ambito occupazionale, è quella relativa a una migliore conoscenza dei rischi nelle nuove forme di lavoro quali il tele-

lavoro, il lavoro interinale, il part-time, il lavoro flessibile ecc. dove sono spesso concentrate molte donne. Molte di queste forme di lavoro atipico, possono essere sia a beneficio sia a danno della donna. I rischi sono meno ovvi dei benefici. Il rischio principale è associato allo stress causato dalla precarietà e dall’incertezza caratteristica per queste forme di lavoro. Per le donne è indispensabile la pianificazione e la prevedibilità del lavoro, altrimenti è impossibile mantenere quel labile equilibrio tra obblighi famigliari e obblighi lavorativi.

Per il momento, non sappiamo fino a che punto le nuove forme di lavoro incidano sulla salute fisica, psichica e sociale delle donne, né sui loro effetti sanitari e sociali a lungo termine. Questo è sicuramente un argomento importante per future ricerche ma anche per i decisori delle politiche del lavoro.

Le donne e gli uomini a maggior rischio, quelli cioè con lavori pesanti e spiacevoli, gli immigrati, (totalmente ignorati da questo punto di vista), i lavoratori anziani e quelli troppo giovani sono un altro tema trascurato dalle ricerche. In questi gruppi si trovano le maggiori differenze di genere, il maggiore stress, le maggiori discriminazioni, infortuni e violenze. Sono anche quelli con meno voce e minore possibilità di difendere i loro diritti e la loro salute.

Un settore molto trascurato dalla ricerca e di grande attinenza nella prevenzione dello stress è quello dell’igiene mentale. Le donne sono più soggette a depressione (il 19% contro il 11% degli uomini) e usano più psicofarmaci. È possibile che questo maggiore malessere sia attribuibile alla combinazione di stress, molestie e frustrazioni in ambito lavorativo. Purtroppo questi problemi sono raramente oggetto di studio e di interventi preventivi da parte dei servizi sanitari.

Esistono molte altre carenze conoscitive (e anche strategie preventive) in una serie di temi. A titolo esemplificativo se ne possono elencare alcune:

- per quali rischi lavorativi dobbiamo rivedere i limiti di esposizione lavorativa con attenzione alle differenze tra uomini e donne e di genere? Spesso infatti tali limiti sono stabiliti in base a studi di soli lavoratori maschi e non prendono in considerazione differenze biologiche e di genere (21);
- per quello che riguarda i tumori e le malattie cardiovascolari, è necessario estendere gli studi nei due sessi, in quanto ci sono evidenze che alcuni agenti cancerogeni (es. bromoetano, radiazioni) possono avere organi bersaglio ed effetti diversi tra maschi e femmine;
- per la tutela della salute riproduttiva, esistono ancora molti interrogativi e dubbi sulla adeguatezza delle norme di protezione dell’apparato riproduttivo sia maschile sia femminile.

Ovviamente questa elencazione di problemi aperti è lontana dall’essere esaustiva. Inoltre, si esclude un importante campo di ricerca che è quello della ricerca valutativa degli interventi di prevenzione. Le nuove norme che impongono la tutela della salute nei luoghi di lavoro nell’ottica di genere hanno l’obiettivo della riduzione dei rischi e il miglioramento della salute dei lavoratori. Come raggiungere questi obiettivi nel modo più efficace ed efficiente possibile deve essere il tema prioritario della ricerca scientifica.

Bibliografia

- (1) *The Fourth European Working Conditions Survey*, 2007.
- (2) ISTAT *Approfondimenti: le Statistiche di Genere*, 2007.
- (3) *Global Gender Gap Report*, 2007.
- (4) Figà-Talamanca I. e Salerno S., "Towards a history of the health of working women in Italy". In *Contributions to the History of Occupational and Environmental Prevention*. Grieco A., Iavicoli S., Berlinguer G. (a cura di), Elsevier 1999 pp. 269-275.
- (5) Figà-Talamanca I. e Berlinguer G., *Medicina del Lavoro* di D. Casula (a cura di), Monduzzi Editore 1993.
- (6) Figà-Talamanca I., *Tossici Ambientali e Lavorativi e la Riproduzione Umana*. Piccin Padova, 1994.
- (7) Figà-Talamanca I., *Occupational risk factors and reproductive health of women Occupational Medicine*. 2006;56:521-531.
- (8) Dembe AE., *Occupation and Diseases. How Social Factors Affect the Conception of Work-related Disorders*, Yale University Press 1996.
- (9) ISTAT. *Differenze di Genere nelle Attività del Tempo Libero*, Anno 2006.
- (10) D'Errico A., et al, *Child Care and the Risk of Coronary Heart Disease*, presented to the 5th International Congress on Women Work and Health, Mexico 2008.
- (11) Salerno S. e Tartaglia R., *Pesare il carico mentale per prevenire la fatica mentale*. Tipografia INAIL Milano 2005
<http://www.istitutoaffarisociali.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/193>
- (12) Siminowitz JA., *Health care workers and work place violence. Violence in the workplace*, Robert Harrison (Ed.) vol.11,(2), 277-291 Hanley & Belfus, Philadelphia 1996.
- (13) Salerno S., Dimitri L., Canulla M., Figà-Talamanca I., *Gli infortuni da violenza in Ospedale: il caso delle aggressioni nell'unità di psichiatria*, G Ital Med Lav Erg 2008; 30:1 Suppl 233-237.

- (14) *World Health Organization: Injuries and Violence in Europe. Why they matter and what can be done.*
- (15) ISTAT *Rapporto sulla violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia*. 17 Febbraio 2007.
- (16) <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys>
- (17) ANMIL (Associazione Nazionale Mutilati e Infortunati sul Lavoro), *Le Condizioni della donna infortunata nella Società*, 2003.
- (18) NIOSH *Fact Sheet* 2001- 123.
- (19) IARC *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Fire fighting, Painting and Shift-Work*. Vol. 98, 2007.
- (20) Cassou et al. *Work-related Factors Associated with Age at Natural Menopause in a Generation of French Gainfully Employed Women*, *American Journal of Epidemiology* (2007) 166:429-438.
- (21) Figà-Talamanca I. *Limiti di Esposizione per la Prevenzione dei Danni alla Riproduzione: una proposta operativa*, *Gir Ital Med Lav e Erg.* 1998 20(1):5-9.

Verso la valutazione non neutra dei rischi

Attilio Pagano e Giusi Vignola

Key words: *valutazione, rischio, pericolo, stima del rischio, programmazione delle misure, prevenzione, bias cognitivo, rischio di stress lavoro correlato, indicatori oggettivi, percezioni soggettive, valutazione organizzativa, ottica di genere, criteri di indagine, operationalizzare, coping.*

Premessa

Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 81/08, tra i contenuti della valutazione dei rischi rientra anche la considerazione delle differenze di genere (art. 28).

Nella nostra attività di formazione e consulenza, abbiamo avuto modo di verificare che, nella maggioranza delle situazioni, le valutazioni dei rischi svolte con crescente diffusione dall'entrata in vigore del D.Lgs. 626/94 sono state condotte con riferimento ad astratte caratteristiche dei lavoratori, prescindendo dalle differenze di genere, di età e di provenienza, come, invece, viene oggi richiesto in modo esplicito dalla nuova norma vigente, il D.Lgs. 81/08.

In effetti, anche nella situazione originata dal decreto 626 doveva essere svolta una valutazione che tenesse conto delle diverse caratteristiche dei lavoratori. Tuttavia la riflessione metodologica sui processi di individuazione dei pericoli, di stima del rischio e di valutazione del rischio è stata generalmente povera di indicazioni operative in questo senso.

Si può dire che la gran parte delle valutazioni dei rischi su cui oggi le imprese e gli enti pubblici basano le proprie attività di prevenzione sono neutre. Con l'eccezione di alcune esplicite richieste normative relative alla protezione delle lavoratrici con riferimento al tema della fertilità (in attuazione della direttiva 92/85/CEE concernente il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento), il valutatore dei rischi ha, sino a oggi, assunto un'idea generica di essere umano. Di fatto, questa idea generica di essere umano è sostanzialmente coincisa con l'idea di un lavoratore maschio di età matura, in buone condizioni di salute individuale e non troppo vicino né all'inizio né alla conclusione della sua fase di vita lavorativa.

La prevenzione può invece avere maggiore efficacia se le valutazioni dei rischi vengono svolte con una comprensione non neutra dei soggetti implicati, non soltanto perché oggi lo richiede esplicitamente il D.Lgs. 81/08, ma anche per l'articolazione dei processi conoscitivi

vi e decisionali con cui si sono rappresentate le valutazioni dei rischi da esposizione a pericoli fisici, chimici e biologici da un lato e al rischio di stress lavoro correlato dall’altro.

Il concetto di genere non si esaurisce nelle differenze biologiche legate al sesso. A distinguere i generi concorrono anche aspetti che sono oggetto di studio della psicologia sociale e della sociologia. L’educazione a svolgere un dato ruolo sociale, le aspettative sul comportamento delle persone, la categorizzazione di attributi della personalità degli altri in base alla loro appartenenza ai gruppi dei maschi o delle femmine sono alcuni aspetti indagati dalla psicologia sociale. L’accesso a livelli di responsabilità nelle organizzazioni di lavoro, i differenziali retributivi, l’esposizione a diverse condizioni di (in)compatibilità tra vita lavorativa e vita extralavorativa sono aspetti indagati dalla sociologia.

Il concorrere delle differenze biologiche e delle differenti condizioni di svolgimento di un ruolo sociale genera configurazioni di fattori che entrano in gioco nel rapporto tra salute/sicurezza ed esperienza lavorativa di tutti gli individui. Con “valutazione dei rischi in ottica di genere” ci si riferisce quindi a una valutazione che intende tenere conto della specificità femminile, per differenza da quell’idea astratta di essere umano a cui ci si è riferiti nelle valutazioni dei rischi che, in prevalenza, sin’ora sono state condotte in modo neutro. Ma, se è vero che molte informazioni, ad esempio nel campo della fisiologia umana, *di default* vengono riferite al sesso maschile e che occorre dunque intenzionalmente correggere il tiro per comprendere nella valutazione dei rischi anche aspetti di fisiologia femminile, è, però, anche vero che nell’approccio neutro sono stati anche trascurati alcuni aspetti della specificità maschile.

Le differenze sessuali (fisiologia e biologia della riproduzione), comunque, non esauriscono il discorso sulle differenze di genere nella diversa esposizione ai rischi per salute e sicurezza. Tuttavia, queste differenze legate al sesso sono un primo importante criterio per articolare la Valutazione dei Rischi.

La valutazione dei rischi (neutra)

Il D.Lgs. 81/08 prefigura lo svolgimento di due processi di valutazione. Il primo processo di valutazione riguarda i rischi emergenti dalla interazione delle persone con aspetti del mondo fisico, chimico e biologico dotati della caratteristica del pericolo.

Il secondo processo di valutazione riguarda il rischio di stress lavoro correlato e, dunque, richiede di considerare anche aspetti organizzativi, psicologici e sociali della domanda lavorativa, ai quali, come si vedrà, non è possibile attribuire la caratteristica intrinseca del pericolo. Dunque, se tra le metodologie dei due processi di valutazione esistono alcune somiglianze, tra esse esistono anche alcune importanti differenze.

La valutazione dei rischi emergenti da interazione con pericoli fisici, chimici e biologici

Quando si valutano i rischi emergenti dalla interazione con gli aspetti fisici, chimici e biologici dell'ambiente di lavoro si svolge un processo rappresentabile nelle seguenti quattro fasi (*figura 1a*):

a) *Individuazione dei pericoli*

Il pericolo consiste nella esistenza di un oggetto, una sostanza, un ambiente, un organismo vivente che, per una sua caratteristica, sia potenzialmente in grado di procurare un danno alle persone. Questa caratteristica non è evidenziabile a seguito di una mera percezione sensoriale. Il pericolo non è un aspetto autoevidente del mondo. Per individuare un pericolo, occorre disporre di una preesistente struttura cognitiva in grado di associare una qualsiasi caratteristica dell'oggetto (o sostanza o ambiente o organismo vivente) a un potenziale danno. L'individuazione dei pericoli è sempre un ri-conoscimento. La domanda guida per svolgere il riconoscimento di almeno un pericolo è “questo oggetto (o sostanza o ambiente o organismo vivente) *come è fatto*”? Per inciso, va sottolineato che la risposta a questa domanda dovrebbe anche basarsi su una esplorazione sensoriale dell'oggetto (sopralluogo e osservazione degli ambienti di lavoro) e non soltanto su fonti di conoscenza astratta (schemi di impianto, descrizioni di macchine, attrezzature ecc.).

Dunque, anche una matita ben temperata è pericolosa, perché dotata delle caratteristiche della resistenza alla penetrazione e dell'acuminatazza. Si tenga presente che tali caratteristiche non ci vengono “dette” dalla matita e che è la nostra mente che deve riconoscerle nella matita stessa. Da qui discende la necessità di una preparazione alla identificazione dei pericoli (ampliamento delle categorie di riconoscimento delle diverse caratteristiche del pericolo).

Inoltre, va evidenziato che la pericolosità non è una qualità che o c'è o non c'è. Essa può assumere intensità variabili in un *continuum*. È, dunque, ragionevole dire che ci possono essere cose più pericolose di altre.

Talvolta i valutatori credono che la domanda guida per l'identificazione del pericolo in un oggetto non sia “*come è fatto?*”, ma sia “*come lo si usa?*”. In effetti, questa seconda domanda non riguarda l'individuazione del pericolo, ma la seconda fase del processo che è la stima del rischio.

b) *Stima del rischio*

Una volta che si sia identificato un pericolo o, meglio, un punto di pericolo, ci si può chiedere se esiste e che caratteristiche abbia l'interazione con persone. Quando esiste una interazione tra un punto di pericolo e una o più persone, da questa interazione emerge un rischio. Nei contesti organizzativi in cui si applicano le norme di sicurezza, per persone intendiamo individui o gruppi di lavoratori a vario titolo legati all'organizzazione o soggetti esterni all'organizzazione, come visitatori, utenti, clienti ecc.

La stima del rischio consiste nell’attribuire a questa interazione un giudizio di probabilità di accadimento di un evento negativo e di un giudizio sul prevedibile danno conseguente. Anche in questo caso, il processo cognitivo di attribuzione di valori di probabilità e di danno è ricco di insidie. In particolare per l’apparente oggettività di alcuni aspetti del ragionamento. A esempio è illusorio credere che sia possibile rifarsi a criteri di attribuzione della probabilità di tipo frequentista, come nel caso della probabilità che esca il 3 quando lancio un dado a sei facce. In questo caso, io posso dire che la probabilità è 1/6 (1 evento desiderabile o indesiderabile su 6 possibili). È possibile esprimere la probabilità in base a un ragionamento basato sulle frequenze (probabilità frequentista) quando si dispone di tutte queste informazioni. Ma quando si esaminano i rischi (a esempio, le interazioni tra un punto di pericolo e i lavoratori) in contesti socio tecnici come le organizzazioni di lavoro, semplicemente, non si hanno tutte queste informazioni. Metaforicamente, non si sa quante facce ha il dado che qualcuno sta per lanciare. In questi casi, inevitabilmente, l’attribuzione di probabilità seguirà altri processi di giudizio più soggettivi. (N.B. il solo ricorso alla frequenza degli accadimenti in passato può essere intrinsecamente fallace, perché se un evento non è mai accaduto in passato, non per questo, non potrà accadere in futuro. Ogni volta che accade una cosa per la prima volta, prima non era mai accaduta).

Per tornare all’esempio della matita appuntita, ci possono essere tre diverse situazioni di interazione. In un primo caso, la matita è appoggiata sul tavolo e nessuno la sta maneggiando (*rischio zero*). In un secondo caso, la matita è nelle mani di una persona adulta che sa e intende usarla nel modo corretto (*rischio diverso da zero, ma sostanzialmente trascurabile*). In un terzo caso, la matita è nelle mani di un bambino di 9 mesi seduto sul pavimento (*rischio non trascurabile*). Immaginiamo che chiunque vedesse un bambino di 9 mesi con una matita appuntita si preoccuperebbe di togliergliela o, quanto meno, di assisterlo da vicino nella esplorazione di questo oggetto.

Dunque, stimare un rischio (R) significa attribuire valori soggettivi, arbitrari e talvolta convenzionali a probabilità di accadimento (P) e danno conseguente (D). Ciò si esprime con un numero:

$$R = P \times D.$$

Questo numero è una *stima* del rischio. Perché si possa parlare di *valutazione* del rischio, occorre riferire questo numero a stabilite soglie di attivazione di provvedimenti. Questo è l’obiettivo della terza fase del processo di valutazione.

c) *Valutazione del rischio*

La valutazione del rischio consiste nella collocazione delle stime realizzate nella seconda fase in un gradiente di attività. Ciò, tipicamente, è stato realizzato collocando ogni stima effettuata in una matrice a due dimensioni. Gli incroci delle classi di probabilità e di danno si evidenziano con il criterio del “semaforo”. Nelle caselle in cui si incrociano le classi di

intensità più bassa di probabilità e di danno, si evidenzia una situazione corrispondente al “semaforo verde” (attività permessa). Agli incroci delle classi di intensità più alta di probabilità e danno, si evidenzia una situazione corrispondente al “semaforo rosso” (attività non permessa). Nelle situazioni intermedie, si avranno le diverse sfumature di “semaforo giallo” (attività permesse a determinate condizioni come, a esempio, la formazione e l’addestramento degli operatori e l’uso dei Dispositivi di Protezione Individuale).

d) Programmazione delle misure

L’analisi dei pericoli e dei rischi può evidenziare l’esistenza di situazioni non conformi a specifiche prescrizioni di legge. In questi casi il provvedimento non può che essere l’adeguamento. Ma possono anche evidenziarsi situazioni in cui non sussiste una carenza esplicitata da una norma. Anche per queste situazioni occorre programmare le azioni di riduzione della probabilità e/o di mitigazione del danno secondo criteri di priorità che vanno esplicitati nel Documento di Valutazione dei Rischi. A questa programmazione vanno applicati i principi gestionali del lavoro per obiettivi ormai consolidati in tanti ambiti della vita delle organizzazioni di lavoro: definizione di obiettivi verificabili, identificazione delle risorse, attribuzione delle responsabilità, pianificazione delle scadenze di verifica, azioni di controllo dei risultati e di miglioramento continuo.

Questa rappresentazione della valutazione dei rischi emergenti da una interazione tra individui o gruppi e punti di pericolo fisici, chimici e biologici ha le seguenti **implicazioni**:

- a) **separabilità del punto di pericolo dalle persone.** Se il pericolo è una caratteristica intrinseca di un oggetto o una sostanza o un ambiente, si può considerare la possibilità di interrompere l’interazione con le persone, eliminando di conseguenza il rischio alla fonte. Ciò può essere fatto eliminando il punto di pericolo oppure sostituendolo con altre risorse meno pericolose oppure confinandolo con protezioni che impediscano l’interazione con le persone;
- b) **gerarchia delle misure di prevenzione.** L’eliminazione delle cose pericolose, la loro sostituzione con cose meno pericolose e il loro confinamento corrispondono alle prime azioni nell’ordine di priorità delle misure di prevenzione. Solo se queste misure risultano non praticabili, allora si presenta il problema della gestione del rischio in base alle risultanze della valutazione. Le misure di prevenzione che agiscono sul rischio sono quelle che riducono la probabilità di accadimento (a esempio, le barriere anticaduta) o che riducono le conseguenze del danno (a esempio, il legarsi con l’imbragatura anticaduta) o che aumentano le competenze del lavoratore (informazione, formazione e addestramento). Le misure collettive di prevenzione hanno la priorità sui Dispositivi di Protezione Individuale;
- c) **bias cognitivo e vantaggio della consultazione nella prima fase.** Un singolo valutatore isolato può commettere errori in ognuna delle diverse fasi del processo per la limita-

tezza delle informazioni disponibili e delle risorse di trattamento delle informazioni a sua disposizione (tempo e algoritmi di decisione). C'è però una differenza sostanziale tra la prima fase e le successive. Mentre per le fasi da 2 a 4, un singolo valutatore isolato può avvalersi del consiglio di altre persone per svolgerle meglio (ma le avrebbe comunque svolte, magari commettendo errori), per lo svolgimento della fase 1, l'acquisizione di un parere di altre persone può generare la differenza tra svolgerla e non svolgerla. Infatti, si ricordi, l'individuazione di un punto di pericolo richiede la disponibilità di una struttura cognitiva di riconoscimento e se il singolo valutatore isolato non dispone di tale struttura cognitiva, semplicemente, non potrà individuare il pericolo. Per questi motivi, la consultazione delle altre persone (dei lavoratori e degli RLS, in particolare) diventa un fatto essenziale per la qualità della prima fase.

Nella prospettiva di una valutazione “sensibile al genere” il superamento del *bias* cognitivo qui individuato dovrebbe passare, perlomeno, dalla consultazione non soltanto di persone che svolgono altri ruoli rispetto al valutatore, ma anche di persone che appartengono a un genere diverso da quello del valutatore.

La valutazione del rischio di stress (psicologico) lavoro correlato

La valutazione del rischio di stress lavoro correlato è un processo conoscitivo e decisionale che si articola in fasi di attività diverse da quella dei rischi relativi all'esposizione a fattori fisici, chimici e biologici. Per un confronto con il precedente tipo di valutazione, possiamo rappresentare le seguenti quattro fasi (*figura 1b*):

1) *Rilevazione di indicatori di manifestazione, rischio generico e condizioni protettive*

Per la valutazione del rischio di stress psicologico lavoro correlato non è possibile fare riferimento a una relazione causale semplice e lineare tra fattori antecedenti e manifestazioni. Ogni persona attribuisce un significato più o meno stressante alle proprie esperienze lavorative in funzione delle risorse individuali e sociali di *coping* (capacità di fronteggiamento) che ha a disposizione. A esempio, nella relazione tra capo e collaboratore, un dato stile di leadership non può essere giudicato come “pericoloso” per le sue caratteristiche specifiche senza tenere conto anche delle caratteristiche delle persone implicate dalla relazione stessa. Così, a parità di stile di comando, per una persona possono esserci conseguenze distressanti e per un'altra persona invece no. Il concetto di pericolo non è dunque utilizzabile nel caso delle dimensioni psicosociali della domanda lavorativa e la prima fase del processo conoscitivo e decisionale di valutazione del rischio non può essere il riconoscimento di ipotetiche caratteristiche di pericolo. Ciò che occorre rilevare sono indicatori di 3 tipi:

- a) di manifestazione di uno stato di stress, come a esempio fuga, disimpegno, conflittualità interpersonale, alterazioni del comportamento ecc.

- b) di rischio generico, come a esempio orari prolungati, carenza di feedback organizzativi sulle prestazioni, ridotta attività formativa ecc.
- c) di condizioni protettive (disposizioni organizzative che aumentano la disponibilità per i lavoratori delle risorse individuali e sociali di *coping*), come, a esempio, eventuali azioni di monitoraggio del mobbing, di compatibilità vita lavoro, di sostegno alla mobilità ecc.

2) *Valutazione organizzativa basata sulle frequenze degli indicatori “oggettivi”*

La valutazione organizzativa si basa sulle frequenze con cui gli indicatori di manifestazione, di rischio generico e di protezione ricorrono nei vari gruppi di lavoratori. In questo modo il valutatore riesce a rilevare l'entità del fenomeno, indicare i gruppi più esposti e le relative priorità di azione, raccogliere alcuni dati utili nella eventuale fase successiva basata sulla rilevazione delle percezioni soggettive.

3) *Valutazione delle percezioni soggettive*

Scopo della eventuale integrazione con la valutazione delle percezioni soggettive è valutare il rischio stress accedendo al giudizio che le persone elaborano sulla propria esperienza. Per la rilevazione delle percezioni soggettive dello stato di stress, delle strategie di fronteggiamento disponibili e dei fenomeni psicosociali rilevanti nell'esperienza lavorativa è necessario impiegare gli strumenti di indagine quantitativi (questionari) e qualitativi (interviste e focus group) caratteristici della ricerca psicosociale.

4) *Programmazione delle misure*

Per il rischio di stress lavoro correlato, non è possibile indicare misure di prevenzione/gestione astratte dalle specifiche manifestazioni del problema. Valutare, fare prevenzione, correggere le disfunzioni organizzative e potenziare le capacità degli individui di fare fronte alla “domanda” sono tutte attività strettamente interrelate.

In termini molto generici, la prevenzione del rischio di stress lavoro correlato può essere realizzata con provvedimenti che ottimizzano (non minimizzano) la domanda lavorativa (a esempio, miglioramento della struttura e dei processi di comunicazione, formazione dei dirigenti sull'adozione di stili di comando situazionali); aumentano il controllo esercitabile dai lavoratori (a esempio, arricchimento ed estensione delle mansioni, creazione di gruppi di lavoro autonomi); aumentano il supporto e le risorse di *coping* (intensificazione e miglioramento del feedback, arricchimento del sistema premiante e dei riconoscimenti, miglioramento del clima).

Assunto che lo stress psicologico è l'esito di uno squilibrio tra una domanda percepita come superiore a una capacità di risposta (*coping*), si dovrebbe agire anche con interventi di sostegno al *coping* stesso, in entrambe le sue due dimensioni: cognitiva ed emotiva.

La disponibilità di indicatori di verifica, sostanzialmente basati sulle dimensioni considerate nella fase di valutazione organizzativa, renderà praticabile una funzione di con-

trollo nel tempo, premessa indispensabile per la rilevazione sin dai primi segnali delle manifestazioni di problemi di stress lavoro correlato.

Questa rappresentazione della valutazione del rischio di stress lavoro correlato ha le seguenti **implicazioni**:

- **non ha senso distinguere il concetto di pericolo da quello di rischio.** Le dimensioni psicosociali della domanda lavorativa non possono essere considerate pericolose o non pericolose in sé, prescindendo dalle risorse di *coping* disponibili ai lavoratori. Per poter attribuire a uno specifico aspetto della domanda lavorativa il carattere del rischio di stress, è necessario riferirsi anche alle evidenze di una disponibilità di risorse individuali e sociali di *coping*. Per esigenze di argomentazione credibile dei risultati di una valutazione del rischio di stress lavoro correlato, la ricorrenza di indicatori di rischio generico, di manifestazione e di azioni protettive va rilevata in modo verificabile e documentabile. Da ciò deriva un importante impegno di operazionalizzare gli indicatori, ovvero di esprimerli in comportamenti osservabili (vedi Box). Non è sufficiente esprimere gli indicatori in forme di giudizio sintetico (come, a esempio, “elevata o bassa riduzione dell’impegno”), ma occorre esplicitare quali sono le condizioni osservabili, misurabili e verificabili che consentono di trarre il giudizio di “elevata o bassa riduzione dell’impegno”. Per restare su questo esempio, si cercheranno manifestazioni osservabili, misurabili e verificabili del numero di errori, di dimenticanze, di non raggiungimento degli obiettivi assegnati ecc. Ciò consente anche di esaminare le eventuali diverse distribuzioni di questi indicatori tra i diversi gruppi di lavoratori di una stessa organizzazione;
- **vantaggi conseguibili dallo svolgimento della valutazione organizzativa.** La valutazione organizzativa consente di riconoscere in modo argomentato e basato su evidenze la necessità o la non necessità di accedere alle percezioni soggettive di stress; fornire elementi per circoscrivere le aree organizzative in cui attuare la eventuale valutazione delle percezioni soggettive e per programmarla secondo criteri di priorità esplicitabili; definire gli obiettivi conoscitivi della eventuale valutazione delle percezioni soggettive; ricavare dati che saranno utili nella eventuale valutazione delle percezioni soggettive; reiterare nel tempo la valutazione del rischio di stress lavoro correlato a costi decrescenti;
- **bias cognitivo ed esigenze di consultazione nell’ultima fase (programmazione delle misure).** Questa fase è molto delicata per la presenza di possibili *bias* cognitivi da parte dei decisori che potrebbero impedire di vedere opzioni diverse dal modo attuale di concepire il rapporto tra individuo e lavoro. Anche per questo, è importante la disponibilità di un gruppo di progetto composto da persone eterogenee per funzione organizzativa oltre che per alcune significative variabili personali (sesso, età, anzianità lavorativa). Le azioni di miglioramento dovranno essere impostate con la precisazione di indicatori di verifica.

I due tipi di processo di valutazione dei rischi a confronto



Figura 1a



Figura 1b

Approcci alla valutazione dei rischi in ottica di genere

Ogni singola fase dei due processi di valutazione dei rischi può essere svolta con una sensibilità non soltanto alle somiglianze, ma anche alle differenze tra le persone. Di queste differenze, quella che viene espressa dal concetto di genere richiede di affrontare ciascuna fase dei processi di valutazione attrezzati con particolari criteri di indagine e giudizio. La scoperta di questi criteri di indagine e giudizio può venire dal porsi alcune “domande guida”.

Le differenze sessuali non esauriscono il discorso sulle differenze di genere nella diversa esposizione ai rischi per salute e sicurezza, tuttavia può essere utile considerare questo aspetto nell’articolazione del processo di valutazione dei rischi emergenti da interazione con pericoli fisici, chimici e biologici.

Il primo tipo di domande da farsi riguarda, quindi, l’eventuale esistenza di caratteristiche del mondo fisico, chimico e biologico che possano dare luogo a danni diversi se le persone esposte sono di sesso diverso.

In questo luogo di lavoro - o in questa attività lavorativa - le caratteristiche fisiche, chimiche e biologiche sono tali da assumere la caratteristica del pericolo in modo diverso se le persone sono di sesso diverso? Queste eventuali differenze riguardano la probabilità o l’intensità del danno? E queste differenze possono riguardare anche le misure di prevenzione (a esempio la forma e le dimensioni dei DPI)?

Gli studi sugli effetti sulla salute hanno fornito una gran mole di risposte a queste domande identificando, a esempio, i rischi per le funzioni riproduttive e le implicazioni per la prole (in gestazione o durante l’allattamento) derivanti dalle diverse esposizioni di maschi e femmine ad agenti chimici, fisici e biologici.

La “*Comunicazione della Commissione sulle linee direttrici per la valutazione degli agenti chimici, fisici e biologici, nonché dei processi industriali ritenuti pericolosi per la sicurezza o la salute delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento* (direttiva 92/85/CEE del Consiglio)” costituisce un riferimento fondamentale per elaborare una *check list* ampia, anche se non esaustiva, di queste situazioni di rischio. Un principio generale stabilito dalla direttiva europea 85 del 1992 è che condizioni suscettibili di essere considerate accettabili in situazioni normali non possono più esserlo durante la gravidanza (il Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151 “*Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell’articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53*” ha recepito nella normativa italiana questa direttiva).

Ma il genere non si esaurisce nelle differenze biologiche legate al sesso. Con “genere”, come è noto, ci riferiamo a un costrutto culturale in cui convergono molteplici aspetti della vita degli individui, dalla educazione a svolgere un certo ruolo nella società, alle forme di categorizzazione sociale e di aspettativa che comunemente usiamo per regolare il nostro comportamento nelle diverse situazioni di interazione sociale.

Per la valutazione dei rischi per salute e sicurezza e per la migliore programmazione delle misure di prevenzione non vanno soltanto tenute in considerazione le differenze “natural” di sesso, ma anche le differenze “culturali e sociali” di genere.

Una ipotesi di lavoro per svolgere le valutazioni dei rischi in modo non neutro è articolare le fasi del processo di valutazione dei rischi emergenti da interazione con pericoli fisici, chimici e biologici in ragione delle differenze di sesso e le fasi del processo di valutazione dei rischi di stress lavoro correlato in ragione delle differenze di genere.

Questa ipotesi di lavoro appare ragionevole anche in considerazione del fatto che le differenze di genere si riferiscono a costrutti psicosociali e culturali per i quali non sembra applicabile il concetto di pericolo come caratteristica intrinseca e analizzabile in modo indipendente e slegato dalle persone implicate.

Le domande di un secondo tipo da farsi in questo caso sono le seguenti:

Le frequenze degli indicatori di manifestazione, di rischio generico e di contrasto¹ variano in funzione delle differenze di genere?

¹ Con “indicatori di manifestazione” si considerano i comportamenti dei lavoratori che possono essere ricondotti a uno stato di stress (assenteismo, errori, fallimento degli obiettivi, conflittualità interpersonale ecc.); con “indicatori di rischio generico”, si considerano le caratteristiche del lavoro e dell’organizzazione del lavoro che la letteratura più frequentemente associa alla presenza di elevati livelli di stress (lavoro a turni, sovraccarico di lavoro/responsabilità, carenza di feedback dai superiori ecc.); con “indicatori di contrasto”, si considerano i provvedimenti organizzativi e manageriali orientati a rendere disponibili risorse individuali e sociali di coping (formazione, autoregolazione delle variazioni dei turni impreviste, sostegno alle reti sociali di mutuo aiuto).

Con questa domanda, possiamo orientare la raccolta dei dati e la loro elaborazione e interpretazione a una rappresentazione più articolata del rischio di stress lavoro correlato. Però, restando a questo livello di analisi, rimane il dubbio di avere usato indicatori del fenomeno ancora troppo “neutri”. Dobbiamo, quindi, porci una domanda più radicale:

Gli indicatori di manifestazione, di rischio generico e di contrasto da considerare variano se la valutazione del rischio passa da neutra a “sensibile al genere”?

Proviamo a fare qualche esempio. Tra gli indicatori di manifestazione potremmo considerare l’assenteismo. Si tratta di raccogliere informazioni sulle giornate lavorative perse per le diverse possibili cause (malattia, infortunio di lavoro, infortunio in itinere, maternità, congedi parentali ecc.). Questi dati possono essere aggregati in base alle partizioni dell’organizzazione considerate come diagnosticamente rilevanti (a esempio organizzazione del tempo di lavoro su base giornaliera o a turni, lavori in front-office o in back-office ecc.) e anche in base al sesso dei lavoratori. Ma se volessimo allargare l’esame al concetto di “genere”, dovremmo considerare anche aspetti caratterizzanti in modo diverso i lavoratori in base alle aspettative e alle categorizzazioni sociali, come, a esempio, l’essere single con figli in età scolare. Questa caratteristica sociale potrebbe aiutare a comprendere l’analisi dell’assenteismo che mostrino ‘picchi’ in corrispondenza con le vacanze del calendario scolastico.

Proseguendo con altri esempi, tra gli indicatori di rischio generico potremmo considerare il numero di lavoratori che partecipano ai corsi di formazione e la durata di tali corsi. Ancora una volta, a un primo livello di valutazione del rischio, potrebbe essere utile indagare le differenze tra donne e uomini in riferimento a questi indicatori. Ma se, anche in questo caso, volessimo allargare la valutazione al concetto di “genere”, dovremmo considerare anche una caratterizzazione sociale dei lavoratori come l’aver un carico di cura nella propria condizione di vita extralavorativa e nell’esame della formazione in azienda come possibile rischio generico di stress, si dovrebbe anche considerare se l’organizzazione dei corsi avviene con modalità residenziali e in sedi lontane da quella abituale di lavoro.

Anche le iniziative aziendali di sostegno alle risorse di *coping* disponibili ai lavoratori possono essere rilevate in modo più sensibile al genere. A esempio, l’utilizzo della “banca delle ore” può essere messo in relazione alle diverse eventuali forme di difficoltà nel rapporto vita-lavoro (a esempio, auto-organizzazione della copertura del turno nell’eventualità di variazioni impreviste).

In alcune realtà sono state realizzate prime esperienze di valutazione del rischio di stress lavoro correlato con la rilevazione dal sistema informativo aziendale di indicatori di manifestazione, di rischio generico e di azioni di contrasto. Gli indicatori rilevati possono essere ricondotti alle seguenti macrofamiglie:

- tempo di lavoro (durata e struttura dell’orario);
- movimenti di personale (ingressi e uscite);
- effetti sul risultato del lavoro (raggiungimento obiettivi, errori ecc.);

- relazioni sociali nell’organizzazione (informazioni ai lavoratori, feedback sulle prestazioni, funzionalità delle relazioni sindacali ecc.);
- formazione (tipologie di obiettivi di apprendimento, numero di persone coinvolte, durata dei corsi ecc.);
- organizzazione del lavoro (esistenza di sistemi di gestione, vincoli all’autonomia di compiti priorità, pause ecc.);
- infortuni (frequenza e gravità);
- condizioni ergonomiche e microambientali (complessità del controllo, ripetitività ecc.);
- situazioni gravi o degradate (casi di molestie, mobbing, suicidi ecc.);
- attività del medico competente (richieste di visite non programmate, inidoneità ecc.).

Di ogni indicatore utilizzato nell’analisi “neutra” è possibile chiedersi se lo si può misurare separatamente per il sottogruppo dei lavoratori maschi e delle lavoratrici femmine. Ma, ancora più impegnativamente e significativamente, ci si può chiedere se la stessa formulazione dell’indicatore non possa essere rielaborata sulla base di ipotesi di differenze rilevanti nella concezione sociale di genere.

Inoltre, si possono raccogliere dati sulla caratterizzazione sociale **dei lavoratori e delle lavoratrici** per verificare ipotesi di ricerca con tecniche di raggruppamento e suddivisione dei dati (*cluster analysis*). La tabella degli indicatori potrebbe essere rielaborata anche tenendo conto delle correlazioni causali tra gli stessi. In questo senso, una struttura di dati che potrebbe essere utilizzata per la caratterizzazione sociale di lavoratrici e lavoratori è rappresentata con lo schema seguente.

sesso	Età (anni)	Titolo di studio			Figli	Età dei figli	Altri oneri familiari (anziani / disabili)	Richieste di flessibilità oraria o part-time
		Media inferiore	Media superiore	Laurea				
	< 18							
	18-30					< 3 anni		
						Età scolare		
	30-45					< 3 anni		
						Età scolare		
	45-65							
	> 65							

La raccolta di una parte di questi dati non richiede un'indagine di percezioni soggettive e può essere basata su archivi e documenti del sistema informativo aziendale. Ma anche in questo caso, si pone comunque un problema di consenso consapevole da parte dei lavoratori. Anche da questo punto di vista, per lo svolgimento della valutazione dei rischi in ottica di genere, l'informazione e la partecipazione si impongono come requisiti necessari.

IL PROBLEMA DELLA OPERAZIONALIZZAZIONE DEGLI INDICATORI DI GENERE

Operazionalizzare significa esprimere un costrutto psicosociale in variabili osservabili e misurabili. Chiaramente, non è possibile dare indicazioni dettagliate e di applicabilità generale su come operazionalizzare gli indicatori per la valutazione organizzativa del rischio di stress lavoro correlato eventualmente distinti per donne e uomini e/o ri-articolati per genere. Si può, però, elaborare qualche criterio generale per riconoscere le condizioni di operazionabilità degli indicatori.

Questi criteri potrebbero rientrare tra le linee guida della valutazione dei rischi in ottica di genere, anche perché non si tratta soltanto di *registrare* la loro eventuale disponibilità, ma anche, se non soprattutto, di prendere provvedimenti per *organizzare* la loro disponibilità.

Tra i criteri o regole generali per la operazionabilità degli indicatori, segnaliamo:

- **rilevabilità.** Perché gli indicatori siano rilevabili è necessario definire specifici comportamenti o effetti di comportamento e incaricare (e preparare) qualcuno della loro osservazione. A esempio, la conflittualità interpersonale può essere operazionalizzata se si individuano specifiche forme in cui può manifestarsi (come interazioni verbali squalificanti) e se si preparano alcune persone (i preposti, i coordinatori di *equipe*, i capisquadra) a osservare e rilevare tali interazioni in contesti definiti come le riunioni periodiche di *equipe*, di gruppo di progetto ecc.;
- **misurabilità.** Occorre valutare se degli indicatori operazionalizzati è possibile misurare solo la frequenza con cui vengono rilevati o anche un gradiente di intensità;
- **registrabilità.** Per registrare gli eventi osservati, occorre predisporre delle procedure (schede, registri, verbali) in modo da potere riferire, per un certo intervallo di tempo, una frequenza (eventualmente anche una intensità) del fenomeno osservato in modo documentabile e non basato su impressioni o memorie fallaci.

In conclusione, conviene riaffermare l'impossibilità di affrontare il problema della valutazione dei rischi in ottica di genere con la utilizzazione di *check list*, per quanto preparate da "esperti", con una diffusione di un metodo di valutazione da un centro (presunto) intelligente a una periferia operativa (approccio *broadcasting*). Al contrario, va perseguita una creazione diffusa delle conoscenze e una socializzazione delle stesse attraverso supporti progressivamente incrementati dagli operatori che si concepiscono come membri di una comunità di pratiche. In questi "supporti" alla socializzazione delle conoscenze, è già oggi possibile immaginare repertori delle soluzioni e buone prassi, database dei metodi di valutazione dei rischi in ottica di genere (approccio *network*).

Verso una proposta metodologica per la valutazione dei rischi da stress-lavoro correlato in ottica di genere

Lucina Mercadante - Elisa Saldutti

Key words: *differenza di genere, organizzazione, processi organizzativi, ciclo produttivo, approccio olistico, diversità, benessere organizzativo, benessere psico-sociale, rischio stress lavoro-correlato, stress correlato alla vita extra lavorativa, dati aggregati e disaggregati per genere, banca dati Inail, promozione della salute, responsabilità sociale, criteri metodologici, valutazione.*

Il D.Lgs. 81/08¹ nel suo titolo 1 all'art. 2 preannuncia, ribadendo il testo della L. 123/07², la necessità che ogni organizzazione valuti al proprio interno i rischi correlati alla differenza di genere, intendendo con ciò confermare come il genere implichi diversità, non esclusione, nella occupazione, nello svolgimento di mansioni, nei rischi lavorativi connessi.

L'attenzione al genere, non al genere femminile, rivela in realtà la volontà di penetrare nei processi organizzativi e lavorativi, volendone conoscere a fondo un numero sempre più elevato di variabili e parametri che influenzano e condizionano il ciclo produttivo, con il fine ultimo di valutare i rischi in una ottica sempre più allargata di prevenzione e tutela.

È l'approccio olistico alla sicurezza che si vuole perseguire, costruendo step by step processi, procedure, istruzioni che colgano le differenze e le gestiscano, le organizzino e le rendano arricchimento per l'intera organizzazione.

Forse il nodo è proprio qui: la presenza di generi differenti è ricchezza che il mondo del lavoro offre; ai datori di lavoro spetta la capacità di una gestione efficace, orientata a rendere la diversità un valore aggiunto. È vero che esiste una differenza fra mondo maschile e femminile; è altrettanto vero che acquisirne la consapevolezza permette una migliore allocazione delle risorse, che significa e comporta anche una aumentata probabilità di dare a ciascuno il ruolo più adatto.

È il passaggio verso il lavoro “*tailored*”, tagliato a misura sull'individuo.

Ovviamente, in questa prospettiva, auspicabile, si inserisce ancora di più, e sempre più, il

¹ D.Lgs. 81/08 “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro” - Suppl. G.U. n. 101 del 30 aprile 2008.

² Legge 123/07 “Misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia” G.U. n. 185 del 10 agosto 2007.

tema del benessere organizzativo, ove è centrale lo stato psico-fisico del lavoratore e la relativa tutela. Ciò rimanda, naturalmente, ad un altro ambito connesso: è il tema di vita sociale e vita lavorativa; è il tema del tempo di occupazione e tempo libero, ma può anche essere il tema della pluralità di ruoli nella unicità della persona.

In questo ultimo spaccato si inserisce, e vive profondamente, la necessità di valutare la differenza nel genere e di studiarne le cause, e gli effetti che provocano sul dualismo, di sempre, dell’essere donna e al lavoro.

Stress-lavoro correlato dunque: quale ambito è di maggiore pertinenza nel voler discutere della opportunità di studiare come le differenze di genere impattino sui processi lavorativi, su cicli e fasi produttive, sul singolo agente stressogeno, da cui potenzialmente far derivare ricadute anche su salute e sicurezza sul lavoro?

Viene in aiuto l’art.40 del D.Lgs. 81/08 che prevedendo per il medico competente (MC) l’obbligo di trasmettere al Servizio Sanitario Nazionale le informazioni relative ai *dati aggregati sanitari e di rischio* dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, vincola la trasmissione stessa all’uso di un modello³ contenente informazioni a vario titolo, fra cui il “numero di giorni di assenza”. Viene offerta con ciò una opportunità, voluta, per raccogliere informazioni che, indirettamente, esplicano i diversi impegni extralavorativi, e potenzialmente stressogeni, ai quali sono esposti i lavoratori, senza tener conto, in questa istanza, di alcuna differenza legata al genere.

La raccolta di informazioni sui “giorni di assenza”, che deve essere effettuata dal datore di lavoro e trasmessa al medico competente, potrebbe però diventare ulteriore spunto per un’analisi più dettagliata delle cause da cui derivano le assenze stesse. In tal senso è stata strutturata la Banca dati del personale INAIL, che computa le assenze, a diverso titolo, con voci riferite, ad esempio, a:

- Malattia
- Congedo di maternità
- Malattia bambino
- Congedo parentale
- Congedo parentale per figlio disabile
- Assenza per assistenza familiare disabile (L.104/92)
- Permesso per motivi personali/familiari
- Assenza per lutto.

Un primo momento interpretativo dei dati, effettuato esclusivamente in conformità alla normativa vigente e dunque relativo soltanto al *numero dei giorni di assenza* del personale, ha evidenziato una sostanziale parità numerica fra i diversi generi.

La curiosità degli AA., femminile, ha suggerito invece una raccolta, seguendo il modello in uso in INAIL, aggregando i dati per differenti causali, fra cui quelle sopra riportate. Ne è emerso uno scenario differente, ma non meno interessante, che riporta come, a parità di giorni di assenza, vi sia una diversa distribuzione delle motivazioni delle stesse: il numero di

³ D.Lgs. 81/08 - Art. 40 comma 1 all. 3B.

assenze del genere maschile è per la maggior parte riconducibile a malattia personale; il numero di assenze del genere femminile è associato a più causali, fra cui la malattia personale è voce di minor peso. È la conferma di come la donna rappresenti il riferimento materiale ed emotivo nell'assistenza familiare e come su di lei vadano a concentrarsi il peso fisico e psichico dell'attività lavorativa e privata.

Alla luce di quanto emerso, pur consapevoli che il D.Lgs. 81/08 possa andare incontro a modifiche e/o revisioni anche per quanto attiene l'art.40, sembrerebbe comunque utile mantenere la raccolta delle informazioni nella strutturazione proposta, cioè aggregata per genere e per differenti causali, per costituire spunto di valutazione dello stress in ottica di genere, da cui far conseguire, giusto sottoinsieme, la valutazione dello stress lavoro correlato.

A tal proposito, in accordo a quanto espressamente previsto all'art. 28 del D.Lgs. 81/08 che chiede anche la valutazione dei rischi "... (omissis) collegati allo stress-lavoro correlato, secondo i contenuti dell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004, (omissis) nonché quelli connessi alle differenze di genere", e in assenza di una specifica modalità di valutazione richiamata dalla normativa vigente, si propone di seguito una possibile modalità di valutazione, elaborata avendo tenuto conto della letteratura specialistica, nazionale e internazionale, prodotta in merito.

Criteri metodologici

Il metodo di valutazione sviluppato, e di seguito presentato, si propone di seguire un approccio per fasi successive, basato su:

1. una indagine *top-down*, che permetta di valutare gli aspetti organizzativi, cioè il clima aziendale e il modo in cui l'organizzazione stessa garantisce il benessere psicosociale delle proprie risorse (approccio oggettivo);
 2. una indagine *bottom-up*, che permetta di valutare come il lavoratore percepisce e colloca il proprio ruolo all'interno della propria organizzazione (approccio soggettivo).
- Nella prima fase, *top-down*, la valutazione, che ha tenuto come riferimento l'Accordo europeo espressamente richiamato dal D.Lgs. 81/2008, integrata dei contenuti suggeriti dalle Factsheets n. 22⁴, 31⁵ e 32⁶ pubblicate dall'Agenzia Europea per la salute e la sicurezza sul lavoro e delle regole comportamentali individuate nei codici di condotta^{7 8} di cui si è dotato l'INAIL, è condotta mediante l'utilizzo di una check-list elaborata sulla

⁴ Facts 22 - "Stress legato all'attività lavorativa". Agenzia Europea per la Salute e Sicurezza sul Lavoro 2002.

⁵ Facts. 31 - Consigli pratici destinati ai lavoratori su come affrontare lo stress legato all'attività lavorativa e le sue cause. Agenzia Europea per la Salute e Sicurezza sul Lavoro 2002.

⁶ Facts. 32 - Combattere la pressione psicosociale e ridurre lo stress legato al lavoro. Agenzia Europea per la Salute e Sicurezza sul Lavoro 2002.

⁷ "Codice di condotta da adottare nella lotta contro le molestie sessuali" - Delibera del C.d.A. INAIL n. 353 del 24 ottobre 2007.

⁸ "Codice di condotta da adottare nella lotta contro le violenze morali e la persecuzione psicologica a tutela della dignità degli uomini e delle donne nell'ambiente di lavoro (mobbing)". INAIL Circolare n. 42 dell'11 luglio 2008.

base dei documenti di riferimento citati e ulteriormente arricchita dalle voci di assenza, nella aggregazione per genere e per differenti causali sopra richiamata.

Piace pensare che, secondo tale approccio, il processo di valutazione dei rischi possa avvenire con il coinvolgimento del Consigliere di fiducia istituito nell’ambito dei due Comitati Paritetici attualmente presenti in INAIL.

- Nella successiva fase, *bottom up*, è previsto un coinvolgimento dei lavoratori, finalizzato ad acquisire informazioni sulla loro percezione dell’ambiente di lavoro sia dal punto di vista del benessere organizzativo sia ambientale. Ciò potrebbe realizzarsi, ad esempio, mediante la somministrazione di questionari e/o interviste che esplorino gli stessi fattori di rischio ricercati tramite la check list di cui all’approccio *top-down*.

Per questa fattispecie gli strumenti di indagine verrebbero gestiti solo dal MC il quale, nell’ambito del segreto professionale, avrebbe modo di raccogliere e analizzare le informazioni fornite dai lavoratori, relative in tal caso ai potenziali agenti stressogeni presenti nella vita lavorativa ed extra lavorativa.

- Nella fase conclusiva, di *analisi congiunta*, le informazioni raccolte seguendo i due approcci diventano oggetto di analisi da parte del Datore di lavoro, dell’RSPP, del MC e dell’RLS, permettendo così di valutare il *rischio stress lavoro correlato*.

Di più, il metodo illustrato offre la possibilità di distinguere il rischio da *stress lavoro correlato* dal rischio da *stress correlato alla vita extra lavorativa*, nei limiti per cui ciò sia possibile e nella consapevolezza della difficoltà di separare in maniera netta e univoca le differenti cause, posta l’inscindibilità dell’individuo.

Conclusioni

Il coinvolgimento delle diverse figure professionali che operano a vario titolo nell’ambito della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro rende ancora più evidente il ruolo che ciascuna di esse è chiamata a svolgere, nella consapevolezza di una eticità che accomuna e porta verso livelli di tutela più elevati.

È il riferimento esplicito al Datore di Lavoro, invitato a orientare i propri comportamenti secondo i principi della responsabilità sociale, come d’altra parte i lavoratori e ogni altro soggetto interessato per migliorare i livelli di tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro⁹. È il riferimento al Medico Competente chiamato a collaborare all’attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute secondo i principi della responsabilità sociale¹⁰ e a svolgere i propri compiti secondo i principi del Codice Internazionale di Etica (ICOH)¹¹.

⁹ D.Lgs. 81/08 art. 6 comma 8 lett. h.

¹⁰ D.Lgs. 81/08 art. 25 comma 1 lett. a.

¹¹ D.Lgs. 81/08 art. 39 comma 1.

È il naturale sviluppo, normativo, di una attenzione sempre maggiore verso l'individuo, colto nella sua specificità e nelle sue esigenze, vincolate a un mondo lavorativo e privato inscindibili.

Differenze di genere diventano aspetti da tutelare per cogliere l'essenza e/o la natura del bisogno e soddisfarlo, in una gradualità di interventi e attività che promuovano benessere psicofisico, tutela, prevenzione in un ambito che esce dai meri confini della tutela della salute e sicurezza sul lavoro per giungere alla sfera del sociale *tout court*, considerandone previdenza, garanzia, welfare.

La “tipicità” come concetto chiave per la salute e la sicurezza sul lavoro

Cinzia Frascheri

Key words: *medicina del lavoro, prevenzione, analisi dei rischi, tipicità, valutazione, approccio a matrice, fonti di rischio, danni extrauditivi, fertilità, ergonomia, danni apparato muscolo-scheletrico, sostanze nocive, stress lavoro-correlato, organizzazione del lavoro, analisi tipicizzata.*

Premessa

Con l’emanazione della direttiva quadro europea 89/391, il variegato e ampio scenario delle disposizioni regolative esistenti in materia di prevenzione nei diversi Paesi europei, ha trovato non solo un sistema coerente a cui riferirsi, orientando e assorbendo tutte le prescrizioni fino a quel momento vigenti, ma ha modificato radicalmente l’impianto concettuale di tutela prevenzionale sul lavoro.

Ridisegnando completamente l’intero assetto relazionale e di ruolo, delle figure della prevenzione, all’interno della realtà lavorativa e sul territorio, la direttiva europea pose un definitivo termine tra il passato (basato sul mero modello risarcitorio) e il nuovo concetto di salute e sicurezza sul lavoro (basato sull’analisi preventiva del rischio), dal quale positivamente non si sarebbe più tornati indietro.

La centralità della persona nel lavoro, fino a quel momento negata o quanto meno disconosciuta¹ negli atti e negli interventi aziendali, tornava a emergere prepotentemente, non solo in modo teorico e concettuale, ma supportata e facilitata dall’insieme di precetti coercitivi e vincolanti previsti dalla nuova legislazione a carico delle figure della prevenzione, a partire dal datore di lavoro, gravato di responsabilità reali e concrete.

¹ Se nella legislazione infortunistica italiana degli anni cinquanta è totalmente assente il ruolo e il coinvolgimento dei lavoratori sul tema della sicurezza sul lavoro, anche dopo l’avvento dello Statuto dei Lavoratori (L. 300/70) e dei diritti con questo acquisiti, sulla tematica specifica nessun passo avanti significativo, si può ritenere venne fatto, in modo diffuso, nelle aziende italiane.

Il superamento del “neutro” tra “vecchio e nuovo mondo”

Tante furono le conquiste culturali che si andarono pertanto ad affermare sul lavoro in tema di prevenzione, grazie al recepimento della direttiva europea nelle diverse legislazioni nazionali². Molte furono quelle per le quali la dottrina giuridica spese e riempì parole e pagine di commenti e interpretazioni rafforzandone l'importanza e i riflessi positivi che ne sarebbero discesi; diverse invece furono, in parallelo, quelle novità che, riconosciute da tutti innegabili e coerenti, entrarono in una indifferenza “di pratica”. Tra queste, l'estensione della tutela della salute e sicurezza sul lavoro non solo ai lavoratori, ma anche alle lavoratrici, intesa per tutto l'arco della vita lavorativa e non solo per lo specifico tempo della gravidanza e maternità.

Il termine “lavoratori”, in effetti, introdotto con il preciso valore di termine “neutro”, venne inserito non declinato in base alla differenza di genere³, con il chiaro intento di voler superare gli stretti confini della forzata coincidenza dell'essere donna sul lavoro solo in relazione alla nascita di un figlio (già legislativamente tutelata), aprendo a una stagione di più ampi interventi preventivi e di sensibilità sul posto di lavoro. I fatti e l'esperienza di questi anni, anche solo dall'emanazione del D.Lgs. n.626/94 a oggi, tutt'altra fotografia hanno rappresentato da quella immaginata: dall'introduzione con forza e convinzione del concetto di “neutralità di genere” - a favore di un significativo salto culturale che si poneva a sdoganamento di un passato “sessuato” e costringitivo - a una consolidata trascuratezza e irrilevanza della tipicità e del genere, sia esso femminile sia maschile, nella più consueta e comune prassi di valutazione dei rischi e di esposizione a pericolo.

Di certo lontani dalle affermazioni di una medicina del lavoro ancora “ignorante” e pertanto goffamente maschilista, (che ancora riteneva, nel solo secolo scorso, che le ripetute crisi di isteria delle lavoratrici alle macchine da cucire - costrette a lavorare più di dieci ore al giorno in capannoni al buio - fossero determinate dalle continue pulsioni sessuali determinate dallo fregamento delle gambe l'una contro l'altra⁴), ci troviamo (ancora) oggi, in un panorama di dati, ricerche e studi inconsistenti, a dover recuperare il vuoto del passato, tornando a riaffermare, “facendo un passo indietro per guardare avanti”, quei diritti e quelle differenze (e non diversità) ritenute, forse troppo presto e facilmente, superate.

Se nel percorso evolutivo del tema relativo alla salute e sicurezza sul lavoro, di certo il D.Lgs. n.626/94 (quale recepimento della direttiva europea 89/391) ha rappresentato - conservandone oggi ancora tutto il valore - il confine tra il “vecchio e il nuovo mondo” della tutela antinfortunistica in ambiente di lavoro, e se tale passaggio è stato epocale nei riguardi dell'introduzione di un nuovo modello di concepire la prevenzione (e con esso un nuovo sistema di relazioni e ruoli aziendali dedicati alla tutela della salute e sicurezza), a mancare sono state le modalità di accompagnamento e facilitazione per la concreta realizzazione di tale passaggio culturale e procedurale.

2 Cfr. Prospettive di genere applicate alla salute e sicurezza del lavoro - Stato dell'Arte, ISPESL, 2003.

3 Cfr. C.Frascheri, Prefazione in L.Vogel, *La salute delle donne nei luoghi di lavoro in Europa*, Edizioni Lavoro, 2006.

4 Cfr. F.Carnevale, *Tre secoli di lotte*, in Salute e territorio, n.130, 2002.

Oggi, la disciplina introdotta dal recente D.Lgs. n. 81/2008, portando a sistema l’esperienza, pone le condizioni per un concreto nuovo passaggio culturale, andando a intervenire non solo sulle mancanze e i necessari aggiornamenti nei riguardi della legislazione precedente, ma in particolare sulle modalità di applicazione e intervento delle disposizioni in essa previste, ritenute determinanti per il raggiungimento di una diffusa, efficace e migliore condizione di tutela nei posti di lavoro, che pone la lavoratrice e il lavoratore al centro dell’organizzazione del lavoro.

Il legislatore del nuovo D.Lgs. n. 81/2008 si pone di perseguire un obiettivo che sposa prioritariamente l’esigenza di elaborare un “manuale d’uso”, anziché un testo legislativo. Trasversalmente, in questo senso, dal testo emergono con chiarezza alcuni principali indicatori di tale scelta di fondo.

L’introduzione dell’obbligo di individuazione delle procedure e l’inserimento di queste nel documento di valutazione dei rischi, ne è uno degli esempi più significativi, così come la precisione nel definire il ruolo del dirigente e del preposto e del relativo inserimento nel documento di valutazione dei rischi dell’organigramma aziendale in tema di sicurezza. Ma il cardine centrale è sicuramente rappresentato dall’introduzione della “tipicità” dei lavoratori, nel nuovo modello di valutazione del rischio.

Per la prima volta in maniera espressa (ponendoci in linea con le priorità del programma europeo⁵), si prevede di coniugare la valutazione dei diversi rischi, potenzialmente esistenti in ambiente di lavoro, con le specificità delle lavoratrici e dei lavoratori, tenendo conto delle variabili relative alla tipicità della popolazione lavorativa. Oltre a considerare la componente “età” delle lavoratrici e dei lavoratori, il nuovo articolato legislativo prevede che si considerino le potenziali influenze dello “stress lavoro-correlato⁶”, della “provenienza da altri Paesi” e della “differenza di genere”.

L’introduzione esplicita della componente relativa alla “differenza di genere”, rappresenta sicuramente una spinta di grande valore non solo sul piano culturale, ma senza dubbio per la ricerca e gli studi sul tema. Divenendo un obbligo specifico il tener conto dell’influenza della componente di genere nell’analisi e valutazione dei rischi, le diverse discipline scientifiche dovranno intensificare le ricerche e gli studi, giungendo a integrare, sviluppare e aggiornare le informazioni e i dati (ancora scarsi) a disposizione.

L’attenzione utilizzata dal legislatore nel richiamare puntualmente nella valutazione dei rischi l’ottica della “differenza di genere” - superando la mera attenzione al solo mondo del femminile in ambiente di lavoro per il periodo circoscritto della maternità (riferito al quale se ne conferma, comunque, nel nuovo testo legislativo la piena tutela) - non solo pone in evidenza e concretezza la valorizzazione e specificità, in ambiente di lavoro, dei due sessi durante tutto l’arco della vita lavorativa, ma rafforza di riflesso anche un’attenzione alla tute-

⁵ La Strategia di Lisbona (2000) ha previsto di realizzare, quale impegno sottoscritto da parte di tutti i Paesi europei, il pieno raggiungimento dell’obiettivo generale di “più lavoro e migliore” entro il 2010, tenendo in specifico conto alcuni elementi di rilievo tra i quali: l’organizzazione del lavoro nel rispetto della persona e la valorizzazione delle pari opportunità.

⁶ Cfr. C. Frasccheri, *Stress sul lavoro. I rischi emergenti nelle organizzazioni pubbliche e private*, Maggioli, Bologna 2006.

la specifica del genere maschile che, sotto l’insegna della prevenzione a carattere “neutro” è andata perdendosi negli anni, rischiando una sotto-valutazione in alcuni casi anche potenzialmente generatrice di specifici rischi per la salute e sicurezza sul lavoro, ma senza dubbio sul piano degli studi e della ricerca di forme nuove e sempre più adeguate di tutela.

Il disagio e i danni da lavoro delle lavoratrici

Se poca è la letteratura scientifica e statistica sul mondo del femminile al lavoro in base agli aspetti inerenti la medicina del lavoro (a partire dalla fase più importante rappresentata dalla prevenzione), non per questo le conoscenze in nostro possesso non ci permettono già di poter attuare una adeguata e puntuale analisi dei rischi⁷ in ciascun ambito lavorativo che vada a garantire un significativo livello di protezione psico-fisica delle lavoratrici, per tutto l’arco della loro vita lavorativa, che garantendo la piena tutela, tenda al raggiungimento di uno stato di benessere sul luogo di lavoro.

Escluso l’apparato riproduttivo, altre sono le rilevanti differenze che emergono tra l’uomo e la donna e che possono influire significativamente sull’esito dell’analisi dell’esposizione al rischio. Dal punto di vista dell’analisi biologica, le differenze relative alle dimensioni e al volume della struttura corporea, come il peso, la superficie, la percentuale di acqua, la composizione ossea, di certo rappresentano degli elementi di grande rilievo ai fini del metabolismo e della farmaco-cinetica dei tossici. È difatti accertato ad esempio che per le donne l’esposizione a sostanze quali il benzene, il piombo, il cloro e l’etilene, sia maggiormente dannosa che per gli uomini, al di là del tempo specifico di gravidanza e allattamento, proprio a causa delle caratteristiche strutturali del genere femminile.

Se le schede di rischio, oggi presenti negli ambienti di lavoro, sono principalmente ancora tarate su di un lavoratore maschio di media costituzione, il dato certo dell’importanza, ad esempio, del maggiore o minore volume adiposo nella percentuale di rischio da assorbimento di sostanze nocive, quali ad esempio il DDT o la diossina, porta a valutare che il rischio di una tutela non adeguata e non attenta alle tipicità di genere, determini conseguenze di rischio o di danno rilevanti, prioritariamente per il mondo femminile, come nel caso specifico dell’assorbimento di sostanza, ma al contempo (valutando altri elementi) anche per

⁷ Analizzando anche solo il fenomeno degli infortuni (INAIL, 2008), il quadro che emerge al femminile rileva che un infortunio sul lavoro, su quattro, riguarda una lavoratrice. I settori nei quali maggiormente si registrano infortuni e casi mortali sono la sanità, i servizi sociali, il commercio, gli alberghi e i ristoranti, le attività immobiliari e i servizi alle imprese. La fascia di età a essere maggiormente colpita è quella centrale che riguarda le lavoratrici in età dai 35-49 anni, seppur la percentuale più alta dell’incidenza infortunistica si concentra nella fascia di età dai 50-64 anni. Le parti più colpite, nell’ambito degli infortuni, risultano gli arti (inferiori e superiori, con particolare accentuazione delle mani e caviglie), la colonna vertebrale e la testa. Livellato il quadro su tutto il territorio nazionale, le maggiori concentrazioni, sia per gli infortuni sia per i casi mortali, si registrano nelle regioni dell’Emilia Romagna, Lombardia e Veneto, mentre per i soli casi di infortunio, si evidenziano le regioni della Toscana e del Piemonte. Il confronto sul piano europeo, sempre non facile data la differenza di modalità di registrazione dei casi, vede l’Italia collocarsi a metà della lista dei Paesi europei, distanziata significativamente sul dato positivo, dalla Spagna (che risulta il Paese con il più alto tasso di infortuni al femminile), dalla Francia e dal Portogallo.

quello maschile, nel caso il lavoratore non rientrasse nello standard previsto di “maschio medio” e, pertanto, di “lavoratore tipo”, parametri fino ad oggi dati per scontati e per questo sottovalutati nelle analisi di rischio al maschile.

È in questo senso che deve essere positivamente e pro-attivamente colta la rilevante novità introdotta dal legislatore del D.Lgs.81/08 che, inserendo l’attenzione al “genere⁸” (e non alle sole lavoratrici), ponendo l’elemento della tipicità dei prestatori di lavoro al centro del processo di valutazione dei rischi svolto secondo una nuova ottica - declinata in funzione dei soggetti e delle loro caratteristiche - supera, da un lato, la mera attenzione alle sole lavoratrici-madri ma, dall’altro, porta a emersione e attenzione le tipicità e specificità dei soggetti, anche all’interno dei due generi, sia femminile sia maschile.

Un ulteriore elemento di differenziazione tra i generi, a potenziale rilevanza per quanto concerne la maggior esposizione a rischio correlato al lavoro, è la statura, generalmente inferiore quella delle donne nei confronti di quella degli uomini che, ponendole più vicine al terreno, giunge a comportare, in determinate lavorazioni, una maggiore intensificazione degli effetti delle vibrazioni sugli arti inferiori e superiori e, comunque, su tutto il corpo. Seppure sono le vibrazioni ad alta e media frequenza che comportano maggior rischio, quella a bassa frequenza, presenti in genere nei mezzi di trasporto (settori oggi sempre più caratterizzati da popolazioni lavorative femminile), possono costituire una significativa fonte di rischio nel tempo, in quanto, colpendo il corpo intero della lavoratrice, strutturalmente più debole, determinano con più frequenza conseguenze di danno e inidoneità temporanee o, peggio, permanenti.

Correlando l’elemento del genere con l’elemento dell’età, evidenziando a pieno gli aspetti di grande positività che l’approccio a “matrice⁹”, previsto dal legislatore della riforma, di certo offre allargando gli ambiti di analisi, di approfondimento e, pertanto, di specifico intervento preventivo, ai fini dello sviluppo di una azione di tutela sempre più mirata e adeguata alla salvaguardia della salute e della sicurezza sul lavoro di ciascuna lavoratrice e lavoratore, non può di certo essere trascurata una necessaria particolare attenzione da dedicare alla fascia di età che va dai 40-50 anni. Se rilevanti e necessari sono gli interventi da porre in essere nei riguardi della popolazione lavorativa al maschile, in specifico intorno alla soglia dei cinquant’anni, per una maggiore esposizione statistica ai rischi cardio-vascolari o da sindrome metabolica, per la popolazione lavorativa al femminile, tale fascia di età rappresenta un periodo di grande cambiamento del corpo, sia dal punto di vista fisico sia psichico, determinando un nuovo e particolare rapporto con l’esposizione a specifiche fonti di rischio.

⁸ Il termine “genere” (in inglese *gender*) è stato introdotto nel linguaggio al fine di superare il concetto di differenza tra uomo e donna, senza per questo volerla ridurre alla mera valutazione in base al parametro del sesso e quindi a una dimensione prettamente biologica e corporea, ma volendo intendere la complessità di caratteristiche correlate ai modelli relazionali, di ruolo, di aspettative, di vincoli opportunità che appartengono a ciascuna delle due dimensioni. Il termine “genere” racchiude in sé la componente culturale e sociale della differenza tra uomo e donna, superando la diversità tra femmina e maschio.

⁹ Il nuovo modello di valutazione dei rischi che si è delineato con il D.Lgs. n. 81/2008 ha richiesto, nell’analizzare «tutti» i rischi, un approccio “a matrice”, cioè trasversale, che tenga in particolare conto (declinando i risultati oggettivi dell’analisi di ciascun rischio), delle tipicità della popolazione lavorativa, quali l’età, la differenza di genere e la provenienza da altri paesi. In questo senso, di grande rilievo, anche le due aree relative ai “soli” gruppi di lavoratori/trici esposti a rischi particolari, quali lo stress lavoro-correlato e lo stato di gravidanza (art. 28, comma 1).

Ampiamente conosciute le conseguenze determinate dalle alterazioni ormonali, quali l'osteoporosi, causa di una rarefazione progressiva del tessuto osseo tale da rendendolo fragile e indebolito al punto di determinare spesso danni all'apparato muscolo-scheletrico, anche la riduzione progressiva del contenuto idrico, del volume e della elasticità del nucleo gelatinoso interposto tra le vertebre, utile nell'assorbire le sollecitazioni meccaniche che si creano tra le vertebre, rappresentano alcune delle sempre più frequenti cause, non solo di una maggior esposizione al rischio di micro-traumi ripetuti, ma più spesso di infiammazioni (osteoartriti) determinate da movimenti ripetitivi e rapidi o da sovraccarico a seguito di operazioni di trasporto, sostegno, sollevamento e spostamento di carichi.

Pur registrando un crescente e diffuso aumento di conoscenza e consapevolezza delle cause scatenanti le condizioni di disturbo e danno in ambito lavorativo, è comunque ancora oggi (purtroppo) più diffusa la conoscenza delle patologie che delle fonti di rischio, segno incontestabile non solo di una protratta disattenzione all'analisi e valutazione dei rischi accurata e specifica per genere, ma ancor più di una carente e poco diffusa attività informativa volta al promuovere, *in primis*, un'azione costante di auto-tutela e prevenzione da parte delle stesse lavoratrici e lavoratori nei riguardi delle fonti di rischio. Così, tra le più frequenti patologie oggi sofferte, ma di riflesso, meno preventivamente evitate, si registrano: la sindrome del tunnel carpale; la tendinite; l'epicondiliti (dolore al gomito); le periartriti, gli avvelenamenti da sostanze chimiche, i danni da agenti cancerogeni e le lesioni dorso-lombari. In questo senso grande importanza assumerà non solo la valutazione specifica della mansione, ma anche la valutazione “ergonomica” della postazione di lavoro. Una valutazione che se dovrà di certo prevedere e riguardare un'analisi di natura strutturale e strumentale (a carico, senza dubbio, del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, a confronto costante con il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza), non potrà non ricomprendere anche una specifica e mirata osservazione (più a carico del Medico competente) dell'ordinario svolgimento della mansione da parte della lavoratrice, al fine di evidenziare, da un lato, la postura, i gesti e lo spazio di azione ma, dall'altro, i tempi di intervento, i ritmi, le frequenze e i carichi di lavoro, il tutto comprensivo di un'attenzione particolare rivolta anche alle possibili “cattive abitudini” da ricondurre a giusta regola, mediante specifici interventi info-formativi mirati nei riguardi delle lavoratrici e dei lavoratori.

Spostando l'attenzione invece a un'altra fascia di età, significativa per quanto concerne la tutela della salute per entrambi i generi, non si può (più) trascurare il periodo dell'età fertile. Superando una considerazione miope che per troppo tempo ha attribuito il tema alla sola sfera del femminile in ambiente di lavoro (seppur anche in questo ambito di certo poco approfondita), la prevenzione riservata alle lavoratrici e ai lavoratori ricompresi in questa fascia di età, non ha mai determinato un elemento di analisi certa e ricorrente nelle tante valutazioni dei rischi svolte negli anni nelle diverse realtà lavorative, soprattutto sottovalutandone le conseguenze di disagio e danno, non solo dal punto di vista meramente fisico, ma fortemente psicologico, intaccando o forse distruggendo la possibilità di portare a frutto un progetto di maternità e/o paternità e quindi di famiglia. I dati degli ultimi anni, in questo

senso, parlano chiaro registrando un aumento (ancora comunque ampiamente sottostimato) di casi di infertilità al maschile e di casi di aborti spontanei pre-clinici al femminile¹⁰. Non essendo difatti considerata, nel primo caso, malattia professionale e, nel secondo, evento infortunistico, in entrambi i casi i giovani si trovano nella ingiusta condizione di essere portati a occultare in contesto lavorativo l'evento di danno, giungendo, da un lato a "colpevolizzarsi", attribuendo tale triste evento a una propria personale inadeguatezza fisico-genetica, dall'altro trascurando le possibili correlabilità degli eventi (infertilità e perdite fetali) con le eventuali mancate o carenti valutazioni dei rischi specifiche e interventi relativi di tutela declinati in funzione delle diverse mansioni svolte dalle giovani lavoratrici e lavoratori. Di accertata e confermata dannosità in questo senso ormai risultano alcuni fattori (ripro-tossici), quali l'esposizione a: antiparassitari, pesticidi, gas anestetici, solventi (glicol eteri, solfuro di carbonio, toluene, glicetilene, ossido di etilene), metalli (piombo, mercurio, manganese, nichel, cadmio), radiazioni ionizzanti, radiazioni elettromagnetiche, alcune sostanze chimiche come il benzene, e alcuni fattori quali il calore, il rumore, le vibrazioni e, da non trascurare, i potenziali effetti determinati dai fattori a carattere organizzativo come la fatica mentale, l'orario di lavoro (turni, lavoro notturno) e lo stress lavoro-correlato. Su questo piano, più note, in quanto più facilmente conosciute perché immediatamente riconoscibili, seppur (purtroppo) ancora molto frequenti nelle lavorazioni, si distinguono le sostanze classificate secondo le seguenti frasi di rischio: R60, R61, R62, R63¹¹, per le quali, grazie a una consolidata e ampia diffusione info-formativa, hanno raggiunto una elevata "notorietà" di rischio tale da determinare un'allerta preventiva da parte di molte lavoratrici, in età fertile, sul posto di lavoro.

Rimanendo in tema di fertilità, una rilevante attenzione inoltre deve essere rivolta ai risultati di alcuni specifici studi¹² che hanno messo in evidenza il rapporto tra il rumore e determinati effetti nocivi sull'apparato riproduttivo femminile (danni extrauditivi). Sottoposta una popolazione lavorativa femminile a esposizione al rumore intermittente per due ore consecutive, sono stati registrati, nei casi più rilevanti, significativi aumentati di escrezione di ormone luteinizzante, disturbi mestruali e rilevante riduzione della fertilità, mentre, a seguito di esposizioni prolungate, si sono registrati casi di gastriti ed emorragie interne determinate da lacerazioni (ulcere) causate dalle oscillazioni degli organi sospesi interni, sollecitati dalle onde (prodotte in costanza di rumore) infrante sui tessuti.

¹⁰ In aumento si registrano anche i casi di tumore al seno, alla cervice e il danneggiamento dell'informazione genetica nelle ovocellule.

¹¹ Tali frasi di rischio si riferiscono a specifiche sostanze dannose per la fertilità. Sono classificate in: Sostanze note per gli effetti di danneggiamento della fertilità degli esseri umani (cat.1). Sostanze che dovrebbero considerarsi di danneggiamento della fertilità degli esseri umani (cat.2). Sostanze da considerarsi con sospetto per i possibili effetti di danneggiamento della fertilità degli esseri umani (cat.3). Per le sostanze che rientrano in queste categorie (Frase di Rischio: R60, R61, R62, R63), con gradazioni diverse, si hanno prove che stabiliscono un certo nesso causale tra l'esposizione della lavoratrice, la sostanza e un significativo calo della fertilità. Cfr. La lavoratrice in gravidanza, il rischio, la prevenzione e la tutela, INAIL, 2002.

¹² *Folia Medica*, 71 (3) 571-578, 2000 "Esposizione professionale a rumore effetti extrauditivi" di R. Leonori, S.F. Levin, T. Morabito, G.L. Forte.

Con una specificità di genere, invece, ma a conseguenza di danno indifferenziata, si confermano i dati riferiti ai casi di tumore lavoro-correlati, rappresentando oggi la seconda causa di morte, dopo le malattie cardio-vascolari. Se è difficile poter stipulare una statistica puntuale e precisa dei diversi casi, visto l’attuale non ancora adeguato sistema di raccolta dei dati e delle informazioni relative - tenuto conto anche della natura multi-fattoriale della patologia - certo è che se per gli uomini i decessi per tumore del polmone, del colon-retto, dello stomaco e della prostata rappresentano circa il 60% dei casi di mortalità complessiva, mentre per le donne, i tumori del seno, del polmone, del colon, e dello stomaco¹³, rappresentano il 50% dei casi di mortalità complessiva, con un trend che vede, per gli uomini, negli ultimi anni, una leggera ma costante inflessione, non confermata invece per le donne, con dati in significativo aumento (pur essendo cresciute negli anni forme diverse di prevenzione e diagnosi precoce, mediante la diffusione di screening mammografico, promossi e previsti, seppur ad adesione volontaria, anche in alcune realtà lavorative, quali interventi di promozione alla salute nell’ambito di programmi di responsabilità sociale delle imprese¹⁴).

Se nessuna causa oggi sembra confermarsi quale fonte certa di danno per i casi di tumore, in particolare per quelli al seno, per le donne-lavoratrici, negli ultimi anni si è registrata una rilevante conferma nella correlazione tra l’avvento della malattia e il ritardo della prima gravidanza o del non allattamento, entrambi fattori che oggi sempre più giungono a non risultare più così distanti e non correlabili con le inadeguatezze delle condizioni di lavoro e dei modelli organizzativi adottati dalle realtà lavorative, vista la mancata possibilità per le lavoratrici di poter agevolmente¹⁵ coniugare (come negli altri Paesi europei) scelte di vita (come l’avere una propria famiglia) e di lavoro (trovando non solo un’occupazione, e quindi una retribuzione, ma anche una propria realizzazione e soddisfazione in esso).

Un altro aspetto da non trascurare, tipico nei riguardi delle sole lavoratrici, è che da sempre le donne sono state adibite spesso a lavori che, oltre a essere considerati “leggeri¹⁶”, hanno richiesto una capacità minuziosa di controllo, di meticolosità o di predisposizione alla relazione. Così, come per anni il settore tessile e calzaturiero ha visto impegnate popolazioni lavorative quasi completamente formate da personale femminile per la riconosciuta miglior capacità di poter svolgere certi compiti di precisione (“le rammendine” di storica memoria), oggi la situazione torna a ripetersi, come nel caso dell’analista di laboratorio o dei controlli

¹³ Occorre sottolineare che tali organi-bersaglio risultano comunque essere gli organi più colpiti da tumore, sia nelle donne sia negli uomini, al di là della fonte di rischio rappresentata dal contesto lavorativo. Specificatamente le percentuali risultano, in riferimento alle donne: tumori al seno 17,1%; tumori al polmone 9,5%; tumori del colon 9,1%; tumori dello stomaco 7,9%. In riferimento agli uomini: tumori del polmone 28,3%; tumori della prostata 8,1%; tumori dello stomaco 8%; tumori del colon-retto 7,3%; tumori del fegato 6,4%. Cfr. A.M.De Padova, *Tumori professionali*, Edizioni Lavoro 2008.

¹⁴ Cfr. C. Frascheri, *Oltre il limite quale limite. I nuovi confini della Responsabilità Sociale delle Imprese*, Edizioni Lavoro 2006.

¹⁵ Non va dimenticato che l’art.37, comma 1, della Costituzione, recita: “La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l’adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione”.

¹⁶ Il ritenere certi lavori “leggeri” è uno degli esempi più chiari di come la valutazione dei rischi legati alla mansione è sempre stata svolta con i soli parametri tipici relativi ai rischi di natura fisica e sulla base di scale di valori al maschile.

qualità (a maggioranza femminile), dove le donne vengono a essere impiegate in lavori di precisione, ordine, meticolosità, curandone però solo, sul piano della valutazione dei rischi, gli aspetti “residuali” delle conseguenze di rischio di natura meramente fisico-meccanica, valutando le eventuali movimentazioni manuali dei carichi o la vista, ma trascurando ben più gravi fattori quali la ripetitività dei gesti, la monotonia, la postura, i ritmi, l’usura degli arti, la tensione, ma anche la solitudine prolungata, la minima possibilità di poter determinare o pianificare il proprio lavoro, la scarsa considerazione sociale della propria mansione, la limitata valorizzazione da parte dei propri superiori gerarchici, la retribuzione (effettiva) non equiparata a quella maschile.

I grandi ritardi accumulati in questi anni e i danni determinati dalle disattenzioni in questo senso, ecco che oggi trovano, almeno sul piano regolamentare, una risposta significativa e ferma. Per questo, grande rilevanza merita la novità introdotta dal legislatore con il D.Lgs. 81/2008, nell’aver previsto che il processo di valutazione dei rischi debba obbligatoriamente tenere conto sia delle differenze di genere sia degli elementi relativi allo *stress lavoro-correlato* e, pertanto di tutte quelle variabili collegate all’organizzazione del lavoro.

Un passo importante su questa strada l’aveva già avanzato il decreto ministeriale relativo all’elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia (D.M. 27 Aprile 2004, oggi aggiornato con il D.M. 14 Gennaio 2008¹⁷), che previste tre liste¹⁸, già nel 2004, ricomprendeva nella Lista II, al pari di altre patologie più inerenti gli aspetti fisici, le *disfunzioni della organizzazione del lavoro* (tra cui malattie psichiche e psicosomatiche derivanti da costrittività organizzativa quali disturbo dell’adattamento cronico da stress). Ma se sul piano della tutela risarcitoria, le frontiere del riconoscimento di una fonte di rischio nel dover affrontare mansioni o compiti in condizioni non adeguate e disagiati erano così già state superate, l’intervento del legislatore del D.Lgs. 81/08 nel disporre l’obbligo di un’analisi tipicizzata che correli gli elementi del genere, dell’età e dell’esposizione potenziale a stress lavoro-correlato, ha coerentemente posto l’attenzione anche alla tutela preventiva di tali fattori di rischio.

La vera sfida che quindi oggi si apre è quella di rendere tutte queste innovazioni di garanzia, reali interventi posti in essere in tutte le realtà lavorative a tutela di ogni lavoratrice e lavoratore senza alcuna distinzione o mancanza.

¹⁷ Il Ministero del lavoro ha provveduto all’aggiornamento dell’elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia da parte del medico con il D.M. del 14 gennaio 2008, determinando così la sostituzione del precedente D.M. del 27 Aprile 2004.

¹⁸ La Commissione scientifica, istituita dal Ministero del Lavoro nel 2001 (D.M. 23 marzo, in applicazione del disposto dell’art.10 del D.Lgs. 38/2000), per l’elaborazione dell’elenco delle malattie professionali (e delle relative liste), alla luce dell’art.139 del T.U. 1124/65, ha differenziato le malattie sulla base di parametri quali: la consistenza, la forza, la specificità, la temporalità e la coerenza.

Bibliografia

Carnevale F., *Tre secoli di lotte*, in Salute e territorio, n.130, 2002.

De Padova A.M., *Tumori professionali*, Edizioni Lavoro 2008.

Frascheri C., *Oltre il limite quale limite. I nuovi confini della Responsabilità Sociale delle Imprese*, Edizioni Lavoro 2006.

Frascheri C., Prefazione in L.Vogel, *La salute delle donne nei luoghi di lavoro in Europa*, Edizioni Lavoro, 2006.

Frascheri C., *Stress sul lavoro. I rischi emergenti nelle organizzazioni pubbliche e private*, Maggioli, Bologna 2006.

ISPESL, *Prospettive di genere applicate alla salute e sicurezza del lavoro - Stato dell'Arte*, 2003.

Leonori R., S.F. Levin, T. Morabito, G.L. “*Esposizione professionale a rumore effetti extrauditivi*”, Forte. Folia Medica, 71 (3) 571-578, 2000.

La differenza di genere e il mondo del lavoro: rischi tradizionali e nuove tipologie

Alessandra Pera, Giovanna Cangiano, Bruno Papaleo

Key words: *Medicina del lavoro, rischi per la salute, nuove tipologie di lavoro, valutazione dei rischi, ISPESL, ricerca, affaticamento psico-fisico, stress lavoro-correlato, analisi della normativa, siti internet, interferenti endocrini, patologie riproduttive, rischi occupazionali, discriminazione positiva, progetti di ricerca.*

Premessa

L'ambiente lavorativo, con le sue caratteristiche sociali e culturali, oltre che fisico-chimiche, costituisce uno degli elementi più significativi nella configurazione qualitativa e quantitativa della condizione umana. I rapidi cambiamenti del mondo del lavoro hanno influenzato anche le modalità di esposizione ai rischi per la salute in campo professionale. Stiamo assistendo al passaggio da un "modello tradizionale" di esposizione a fattori di rischio ben identificabili e misurabili a modelli in cui l'esposizione a basse dosi e ad agenti multipli, la complessità e la flessibilità delle mansioni, le nuove organizzazioni di lavoro (lavoro atipico, flessibilità, part-time, ecc.), le caratteristiche della forza lavoro (lavoro femminile, invecchiamento della popolazione lavorativa, lavoratori immigrati, ecc) rendono complicata l'individuazione dei determinanti di salute tra le condizioni di lavoro e, conseguentemente, la valutazione dell'esposizione.

Cambiano anche i numeri dell'occupazione in termini di incremento delle donne in diverse realtà lavorative, i dati ISTAT(1) evidenziano un completo cambiamento della situazione lavorativa nel rapporto uomini/donne, con un incremento costante della presenza femminile in ogni ambiente lavorativo. Non ultimo in termini di importanza il fenomeno "immigrazione": in Europa vivono circa 17 milioni di immigrati e le donne che nella maggior parte dei casi svolgono lavori domestici e/o di assistenza a domicilio sono carenti non solo di informazioni, ma anche di assistenza. Il Piano Sanitario Nazionale prende in considerazione la comparsa dei nuovi rischi e la mutata organizzazione del lavoro (telelavoro, esternalizzazione della produzione), la comparsa e il rapido incremento di nuove tipologie di lavoro flessibile (lavori atipici, lavori interinali) nonché le diverse caratteristiche della forza lavoro, che introducono modifiche nella distribuzione e diffusione dei rischi.

Nel corso degli anni questi cambiamenti hanno portato il mondo scientifico ad avere un'at-

tenzione maggiore per la “Salute al femminile”, attenzione che ha portato al crescere di studi il cui focus era quello di mettere in evidenza le problematiche e i rischi che il mondo del lavoro ha riservato o potrebbe riservare alle donne. Si assiste così a un grande incremento di studi su quella che venne chiamata “salute riproduttiva” così come definita dall’OMS(2) e dal Global Policy Council “... *uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non come la semplice assenza di malattia o infermità,*” definizione ripresa ogni volta che si parla di salute in generale ma soprattutto in ambito occupazionale, dove entrano in gioco anche le componenti psico-sociali. Si parla di salute riproduttiva rivolta *ai sistemi, ai processi e alle funzioni riproduttive in tutti gli stadi della vita umana*” ponendo le basi per avviare studi a livello nazionale e internazionale da parte della comunità scientifica con ricerche rivolte a studiare l’esposizione lavorativa ed eventuali danni sia in termini di salute riproduttiva sia di sviluppo.

È lo stesso Ministero della Salute che decide di incrementare non soltanto gli investimenti, ma anche la ricerca sulla donna e sulla differenza di genere, spinti anche dalla proposta dell’Unione Europea di creare un Istituto per l’Approccio del Genere, evidenziando quanto il livello della discussione sia di respiro internazionale.

Comprendere il concetto di genere significa comprendere le opportunità e le limitazioni esistenti tra i due sessi. Le definizioni dei “ruoli” spesso sono stereotipate e non sempre vanno di pari passo con i cambiamenti sociali. Realtà più evidente in alcuni paesi che in altri, in particolare in quelli in via di sviluppo. La disuguaglianza di genere rimane diffusa. Si tratta certamente di un problema pubblico. La stessa World Bank afferma che la disuguaglianza di genere pregiudica lo sviluppo di un paese, mentre crescita economica e aumento dei redditi riducono la disuguaglianza stessa.

Predire la variabilità di rischio tra uomini e donne richiede la necessità di indagini mirate sugli effetti che diverse sostanze e/o ambienti hanno sui due sessi. È noto come molti tipi di malattie possano avere incidenza dissimile in un individuo di sesso maschile e femminile e un diseguale decorso, come diversa può talvolta essere la risposta alle *noxae* esterne.

Le valutazioni dei rischi dovranno necessariamente considerare che i lavoratori possiedono caratteristiche diverse a partire dal genere e che uomini e donne (non solo le lavoratrici in gravidanza) reagiscono con effetti differenti sulla salute all’esposizione ai rischi non solo fisici, chimici e biologici, ma anche organizzativi.

La Commissione Europea (3) ha stipulato un documento, programmatico per il 2002 - 2006 poi rinnovato, che interessa tutti gli attori della medicina nel campo occupazionale, dove si nota l’esigenza di integrare la dimensione di genere nella valutazione del rischio, ribadendo la necessità che le misure preventive e i sistemi di valutazione includano gli aspetti ergonomici, la progettazione del posto di lavoro, l’esposizione agli agenti fisici, chimici e biologici, nonché la valutazione delle differenze fisiologiche e psicologiche nell’organizzazione del lavoro.

Questo documento e tutti quelli a esso correlato, hanno aperto diverse strade per le ricerche di genere in diversi settori.

La sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro: le ricerche dell'ISPESL

Nella storia di ogni essere umano, le disuguaglianze possono nascere precocemente; già nel grembo materno potrebbero verificarsi alterazioni che potrebbero avere ripercussioni in età adulta. Alla programmazione biologica si associa la programmazione sociale con l'influenza di fattori ambientali, di vita e di lavoro. Nonostante l'ampia legislazione in tema di tutela della salute, l'ambiente di lavoro rimane comunque un luogo dove sono presenti condizioni di rischio documentate dall'insorgenza di malattie legate a esposizione prolungata nell'esercizio della mansione, dal verificarsi di infortuni, dalla comparsa di nuovi rischi. Il Ministero della Salute richiama l'attenzione della ricerca sulla "Medicina di Genere" e sulla salute delle donne e questo per quattro ragioni:

- le donne si ammalano di più degli uomini;
- le salute della donna è un vero e proprio paradigma del livello di civiltà, di democrazia e di sviluppo di un Paese;
- è necessario superare i ritardi della Ricerca sviluppando quella di genere;
- innovare la formazione dei medici sulla "medicina di genere".

Già da un punto di vista biologico, per esempio, le donne hanno una aspettativa di vita più lunga degli uomini e si è notato che molti tipi di malattie hanno incidenza e decorso diverso nei due sessi (4).

Con l'entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008 diventa un obbligo l'approccio al genere per tutti coloro che operano nella sicurezza e prevenzione nei luoghi di Lavoro con l'art.1 (finalità), l'art. 28 (Valutazione dei rischi) e l'art. 40 (Rapporti del Medico competente con il servizio sanitario Nazionale).

Nasce così la necessità di poter fornire agli attori del sistema degli strumenti che li aiutino ad applicare la normativa.

Il nostro gruppo all'interno dell'ISPESL è orientato da diversi anni a indagare con diverse linee di ricerche questi aspetti con l'obiettivo di promuovere iniziative di educazione alla salute della donna, con particolare riferimento ai fattori di rischio professionali, per diffondere le conoscenze nel settore specifico e di promuovere una maggiore sensibilizzazione sui problemi correlati.

Dall'attività del gruppo sono stati messi a punto e ultimati diversi progetti relativi alla tematica in oggetto.

- 1) Il progetto, cofinanziato dal Ministero del Lavoro dal titolo "*Rischio Riproduttivo ed outcome della gravidanza nelle lavoratrici agricole*" aveva lo scopo di sviluppare uno studio di prevalenza delle patologie riproduttive e di sviluppo in un campione di lavoratrici agricole e prevedeva il confronto con la popolazione generale; la valutazione del rischio riproduttivo e di sviluppo; l'identificazione delle cause legate all'ambiente di lavoro; l'individuazione dei criteri di gestione del rischio attraverso le misure di controllo dell'esposi-

zione e della sorveglianza sanitaria. Non abbiamo potuto riscontrare patologie legate alla gravidanza, né alterazioni dell’andamento della gravidanza stessa né soprattutto casi di malformazioni o teratogenesi che potevano essere messe in relazione all’esposizione con sostanze di sicuro effetto tossico. La lettura dei questionari ha portato a fare delle riflessioni sull’importanza dei programmi di formazione da sviluppare e implementare tra i lavoratori riscontrando carenza di informazioni riguardanti le caratteristiche delle sostanze che le lavoratrici hanno utilizzato e/o utilizzano (5).

- 2) Il progetto cofinanziato dal Ministero della Salute dal titolo *“Donna, Salute, Lavoro: nuovi orientamenti della ricerca”* ha permesso di implementare un archivio storico di migliaia di casi di tumori infantili con l’analisi della professione dei genitori, dato normalmente mancante nei registri ora esistenti; di condurre un’indagine retrospettiva (storico-longitudinale) di mortalità su una coorte di lavoratori che prestavano servizio presso l’Azienda Ospedaliera Senese focalizzando l’attenzione sull’influenza sul sesso femminile dei fattori di rischio specifici; di valutare danni riproduttivi da esposizione professionale diretta e/o indiretta ad agenti chimici in ambiente ospedaliero; di studiare gli effetti dell’attività lavorativa sull’omeostasi del calcio e la messa a punto di un programma di formazione e informazione con la realizzazione di un manuale informativo per la lavoratrice in ambiente agricolo.
- 3) *“L’affaticamento psico-fisico come fattore di rischio per la salute delle lavoratrici ospedaliere”* condotto in collaborazione con l’Università di Firenze, ha esplorato il tema della fatica nell’ambito del lavoro sanitario femminile, valutandone il rilievo come fattore di rischio e proponendo alcune ipotesi di intervento ai medici del lavoro e più in generale agli attori della prevenzione.
- 4) Il progetto *“Aspetti etici legati alla condizione della donna nei luoghi di lavoro”*, realizzato con l’Università di Firenze, ha concretizzato l’obiettivo di offrire un panorama dello stato dell’arte intorno al tema della condizione della donna nel mondo del lavoro. Sono stati indagati due campi: quello legislativo nazionale ed europeo e quello relativo al materiale divulgativo presente sui siti internet delle più importanti istituzioni che si occupano di lavoro e di lavoro femminile in particolare. Attraverso interviste realizzate con testimoni privilegiati, è stato possibile constatare (a conferma di dati precedentemente rilevati) che, all’interno della normativa relativa al genere, è presente una concezione della donna come di un soggetto sostanzialmente debole e fragile, da tutelare con un sistema normativo che crei dei canali di accesso privilegiati al mondo del lavoro e della politica, un soggetto da aiutare mediante una “discriminazione positiva” come rimedio alle discriminazioni passate. La tutela e l’aiuto *di legge* promuovono quindi un adeguamento al “paradigma maschile” del lavoro. In altre parole il mondo del lavoro, storicamente e culturalmente “maschile”, viene assunto come una sorta di variabile indipendente rispetto alla quale misurare l’inserimento e l’adattamento delle donne. L’idea di fondo è che le donne possano essere “aggiunte” tout court al mondo del lavoro in nome di un condiviso sentimento di uguaglianza, di promozione di pari opportunità, di garanzia di accessi non discriminanti e che questa “aggiunta” non cambi in nulla il mondo del lavoro.

- 5) Altro campo da noi ampiamente indagato, e sul quale sono ancora in corso ricerche che vedono la collaborazione di Unità Operative universitarie e non in ambito nazionale, è quello dei cosiddetti “Interferenti endocrini”, sostanze che hanno la capacità di mimare l’attività di alcuni ormoni interferendo così sull’equilibrio endocrino dell’organismo causando danni anche irreversibili. Gli studi mirano a stabilire come le sostanze in esame (EDCs) o l’ambiente di lavoro agiscono sull’uomo verificando la suscettibilità individuale intesa come differenza di genere; questo ha permesso di stabilire sistemi database facilmente accessibili e aggiornati sui EDCs e realizzare studi epidemiologici su larga scala e materiali di informazione e formazione per gli addetti al settore (6,7,8). Ottenere informazioni su esposizione, modalità di azione, sviluppo di test e strategie di monitoraggio ci permetterà di definire una strategia europea per testare gli “interferenti endocrini”, per fornire strumenti ai legislatori e datori di lavoro e organizzare migliori programmi di prevenzione. Inoltre, l’analisi delle tematiche dell’uguaglianza e della differenza permetterà di approfondire le problematiche legate alla progettualità di maternità/paternità e alla compatibilità tra lavoro e famiglia da una parte e, dall’altra, alla cultura del lavoro e ai valori di cui le donne sono portatrici con particolare riferimento agli aspetti di confronto con quelli maschili. Da queste esperienze scaturiranno informazioni utili sia agli attori del sistema della salute e sicurezza (datori di lavoro, medici del lavoro, responsabili della prevenzione ecc) sia ai contesti locali in cui si è svolta l’esperienza a cui si potranno proporre azioni avanzate di ricerca e di intervento.
- 6) *“Donna e lavoro: il punto di vista delle istituzioni attraverso un’analisi quali-quantitativa dei documenti presenti sul web”* è un’indagine sul tema della condizione della donna nel mondo del lavoro; è stata condotta esplorando due elementi importanti che concorrono a determinare la cultura sul fenomeno: l’insieme delle leggi a livello nazionale ed europeo e il materiale presente in internet sui siti dei principali enti e istituzioni. La massiccia entrata delle donne nel mondo del lavoro ha introdotto una serie di problematiche, di natura trasversale, che interessano non soltanto il singolo lavoratore/lavoratrice e il sistema organizzativo in cui si muovono. Tali problematiche, infatti, obbligano a una riformulazione generale dell’insieme di valori - identitari, culturali e relazionali - dell’intera comunità. Sul materiale raccolto in internet è stata eseguita un’analisi quali-quantitativa attraverso l’ausilio del software T-LAB, un applicativo che permette la comparazione e la mappatura dei contenuti presenti in documenti di vario tipo. Dall’analisi della normativa e dei documenti presenti in rete, emerge che l’unica differenza riconosciuta alla donna è quella, biologica, della maternità. La complessità psicologica, invece, sia fa del lavoro un luogo di investimenti affettivi, pulsionali ed emozionali sia per gli uomini che per le donne, e in modo diverso per gli uomini e per le donne, fatica ad affiorare e non riesce a tradursi in una cultura diversa del lavoro (9).
- 7) *“Il Lavoro e la differenza di genere: uomini e donne a confronto in relazione ai rischi occupazionali”*, in collaborazione con la Cattedra di Psicologia Generale (Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli

Studi di Firenze), nasce dall’osservazione che l’ambiente di lavoro e il modo di lavorare sono costruiti secondo un modello culturale dominante che è prettamente maschile. Le donne sono portatrici di una cultura, di valori, di punti di vista diversi, ritenuti tuttavia subordinati ai modelli dominanti maschili, con cui spesso si sviluppano conflitti perché sentiti estranei e poco praticabili. Il fatto che il mondo del lavoro sia un mondo prevalentemente maschile dipende dal fatto che esso costituisce una parte rilevante della “sfera pubblica” e la sfera pubblica, nella modernità occidentale, è una sfera quasi esclusivamente maschile. Alla sfera pubblica si contrappone la “sfera privata” considerata di pertinenza tipicamente femminile, avendo a che fare con la famiglia, la sessualità, la cura dei figli, con i lavori domestici e il “campo della gestione delle emozioni”. Il continuo aumento del numero delle donne lavoratrici ha ripercussioni sui rischi occupazionali che, nelle indagini epidemiologiche più recenti, cominciano a manifestarsi diversamente. Le donne soffrono due volte di meno di infortuni sul lavoro ma due volte di più di malattie professionali. Lo stress, dovuto soprattutto ai ritmi accelerati del lavoro, alla necessità di contenere i costi, alla maggiore precarietà del lavoro si unisce alla fatica di “tenere a mente” il lavoro e la casa, intesa soprattutto come cura dei figli, compito per ora poco alleviato dal contributo maschile. Per questo il problema più frequentemente denunciato dalle donne che lavorano è attualmente lo stress: in una ricerca del NIOSH (2001) circa il 60% delle lavoratrici intervistate citava lo stress come il problema numero uno sul lavoro. Inoltre i livelli di malattie correlate allo stress sono circa il doppio per le donne rispetto agli uomini. Molti fattori contribuiscono: sollecitazioni mentali e psicologico-emotive, carichi di lavoro pesanti, scarso controllo e autonomia sul lavoro, ambiguità e conflitti di ruolo, cattive relazioni all’interno dell’ambiente di lavoro, lavoro monotono, ripetitivo. Inoltre molestie sessuali, difficoltà a equilibrare lavoro e famiglia, discriminazioni legate al genere, anche dal punto di vista economico. Anche per gli uomini, comunque, lo stress al lavoro costituisce un fattore importante di morbilità: esso è correlato con malattie cardiovascolari (insufficienza coronarica e ipertensione), disordini muscoloscheletrici, depressione, burnout. Lo stress influisce sul comportamento individuale, condizionando la qualità del lavoro e la produttività, aumenta il rischio di infortuni e le assenze per malattia. A lungo termine influenza lo stile di vita inducendo tabagismo, dipendenza da alcool o stupefacenti. Per quanto riguarda le donne sono sempre più segnalati in letteratura (10) rischi da stress per l’apparato riproduttivo, parti prematuri per eccessivo carico fisiologico, per stazione eretta prolungata, aumento dei decessi perinatali. Il lavoro a turni è associato con irregolarità mestruali, disturbi della riproduzione, rischio di gravidanze complicate o a esito sfavorevole, disturbi del sonno (11). Nelle nostra ricerca sull’affaticamento delle donne lavoratrici ospedaliere abbiamo notato come la soddisfazione lavorativa o, di converso, la fatica dipendano dal tipo di occupazione (tipo di pazienti), dall’ambiente (condizioni fisiche del reparto), dalle relazioni all’interno del gruppo di lavoro/reparto, dal grado di coinvolgimento e dall’autonomia. Considerata l’antica capacità della donna di fronteggiare molteplici situazioni, questa maggiore vulnerabilità femminile allo stress riportata dalle statistiche sembra pertanto ascrivibile alla difficoltà per la donna di doversi adeguare

a un modo di costruire la realtà, anche quella lavorativa, profondamente maschile, a ordini di valori non sempre condivisi, a modalità sentite distanti, a punti di vista troppo diversi ma dominanti, contro cui è difficile pronunciarsi. Il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 imponendo la valutazione di “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” (art. 28), ha richiamato in maniera ineludibile l’attenzione sui rischi psicosociali nel mondo del lavoro. La terminologia “stress lavoro-correlato” è piuttosto ampia e perciò stesso invita a identificare con precisione le variabili che possono contribuire al formarsi dello stress. La fatica è senz’altro una di queste variabili; svolge pertanto un ruolo cruciale non solo nella valutazione dello stress ma anche in una prospettiva preventiva, che è la prospettiva generale da cui guardare a tutti i rischi. La nostra ricerca ha concentrato l’attenzione sul mondo del lavoro sanitario, esplorando il ruolo giocato dalla variabile “genere” sia nella costruzione dell’ambiente di lavoro sia nel modo di vivere il lavoro da parte degli attori sociali. Si è così proseguita l’esplorazione iniziata da alcuni anni sui temi della fatica, del rapporto fatica/genere, delle caratteristiche peculiari del lavoro femminile con una specifica attenzione alla sanità.

Nell’ambito delle nostre competenze è necessario considerare il quadro generale dell’occupazione e valutare i cambiamenti che stanno avvenendo nel mondo del lavoro per mettere a punto ricerche in campo epidemiologico e clinico per evidenziare gli effetti provocati da agenti fisici, chimici e biologici e studiare iniziative di educazione alla salute sia per l’uomo sia per la donna in relazione ai rischi occupazionali con particolare riferimento alla salute riproduttiva, patologie cronico degenerative, alle interrelazioni con i cosiddetti “interferenti endocrini”, e allo stress lavoro correlato.

Tra gli obiettivi della nostra ricerca c’è la realizzazione di un’analisi di natura psico-sociale delle tematiche dell’uguaglianza e della differenza, attraverso lo studio della relazione tra esperienza lavorativa (aspettative, motivazioni, tipologia di lavoro, scolarità, ruolo del lavoro...) e alcuni aspetti legati alla “salute riproduttiva”. A questo proposito ci si prefigge di far emergere le problematiche legate alla maternità e alla compatibilità tra lavoro e famiglia da una parte e, dall’altra, la cultura del lavoro e i valori di cui donne e uomini sono portatori, individuando in particolare le “competenze” femminili che possono essere valorizzate nell’interesse delle donne e più in generale delle organizzazioni di lavoro che le accolgono e del contesto sociale in cui si muovono.

Bibliografia

- (1) ISTAT, *L’Italia in cifre 2008*, 2008.
- (2) World Health Organization, Definition of Reproductive Health. In: *Health Population*

and Development, WHO's position paper for the International Conference on Population and Development. WHO/FHE/94.2. World Health Organization, Geneva, 1994.

(3) Comunicazione della Commissione delle Comunità Europee “*Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006*”, Bruxelles 11.03.2002, COM (2002).

(4) Pera A., Benagiano G., *A ridge tragedy: why do women not always live longer than men*, *Aging Clin. Exp. Res.*, 2000; 12: 321-322.

(5) Pera A., Papaleo B., De Rosa M., Caporossi L., *I rischi per la “salute riproduttiva” in agricoltura*, ISPESL Dipartimento di Medicina del Lavoro, Centro Ricerche Monteporzio Catone - Roma, 2004.

(6) Papaleo B., Pera A., Caporossi L., De Rosa M., Bentivenga G., Colagiaco C., Coscia M., Vita I., *Gli Interferenti Endocrini negli ambienti di vita e di lavoro*, ISPESL Dipartimento di Medicina del Lavoro, Centro Ricerche Monteporzio Catone - Roma, CD-ROM, 2005.

(7) Pera A., Caporossi L., De Rosa M., Vita I., Bastianelli C., Papaleo B., *Studio degli effetti biologici degli endocrine disrupters chemicals (EDC) sulla salute riproduttiva*, *G. Ital. Med. Lav. Erg.*, 2006; 28: 3.

(8) Papaleo B., Pera A., Caporossi L., De Rosa M., Bentivenga G., Colagiaco C., Coscia M., Vita I., “*EDC in rete*”. *Strumenti interattivi per la ricerca in internet di documentazione riguardante gli interferenti endocrini*, ISPESL Dipartimento di Medicina del Lavoro, Centro Ricerche Monteporzio Catone - Roma, CD-ROM, 2005.

(9) Cangiano G., Guerra G., Bentivenga G., Pera A., Papaleo B., *Donne e lavoro: il punto di vista delle istituzioni attraverso un'analisi quali-quantitativa dei documenti presenti sul web*, *Prevenzione Oggi*, 2008; Volume 4, n. 2: 83-104.

(10) Messing, K., Tissot, F., Saurel-Cubizolles, M-J., Kaminski, M., Bourguin, M., *Sex as a variable can be a surrogate for some working conditions: factors associated with sickness absence*, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1998; 40: 250-260.

(11) Labyak S., Lava S., Turek F., Zee P., *Effects of shiftwork on sleep and menstrual function in nurses*, *Health Care Women Int*, 2002; Sep-Nov;23(6-7): 703-14.

L'ISPESL al crocevia delle politiche di genere per la SSL

Maria Castriotta, Valentina Bucciarelli

Key words: *salute delle donne, gender mainstreaming, gender governante, ISPESL, OSHA, valutazione dei rischi, processo gestionale integrato, buone prassi, principi guida per la valutazione in ottica di genere, patologie muscolo-scheletriche, funzione riproduttiva, ricerche di settore, quadro europeo della SSL*

Premessa

Il tema della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro sta vivendo una nuova stagione di interesse grazie all'emanazione del D.Lgs. 81/08 e, per quanto attiene alla salute delle donne, l'Ispesl riprende il cammino avviato nel 2002, con un progetto europeo che prevedeva la realizzazione di un rapporto sullo stato dell'arte delle attività portate avanti in questo settore dai quindici paesi allora aderenti all'UE, anche sulla base di numerosi documenti programmatici pubblicati dalle organizzazioni internazionali sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (ONU, ILO, OMS). Fino a quel momento, ci si era sempre occupati di normativa sulla salute e sicurezza del lavoro (SSL) con riferimento alla Direttiva Quadro 391/89 (CEE/DIR, 1989) che, come è noto, è stata trasposta nella legislazione italiana con il D.Lgs. 626/94.

La novità del 2002 era costituita dal fatto che la strategia comunitaria per la SSL 2002-2006 (CE/COM, 2002) fosse il primo documento che incorporava formalmente le tematiche di genere nell'agenda comunitaria SSL, includendo l'obiettivo dell'integrazione della dimensione di genere in tutte le attività relative alla prevenzione nei luoghi di lavoro, in primo luogo, dunque, nello stilare il documento di valutazione del rischio, che costituiva la più importante novità della Direttiva Quadro.

L'approccio della normativa era stato fino ad allora di tipo neutro rispetto al genere, cioè le differenze di genere erano ignorate. Per molti operatori SSL termini quali "sensibilità di genere" e "integrazione delle tematiche di genere" rappresentavano quindi aree nuove e si profilava la necessità di un ampio dibattito per diffondere la consapevolezza verso questi temi. Ancora oggi, nonostante gli sforzi di sensibilizzazione a livello comunitario, le politiche relative alla SSL, alle pari opportunità (PO), al *welfare*, risentono ancora di una forte compartimentazione che comporta dispersione di impegni e difficoltà a identificare i risultati raggiunti e "fare sistema".

La stretta correlazione tra la SSL delle donne e le politiche sociali e occupazionali riferite alle PO tra donne e uomini è stata evidenziata anche dalla seconda Strategia europea per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, riferita al periodo 2007-2012 (CE/COM, 2007). In questo documento programmatico si ricorda “l’obiettivo, fissato nel 2001 dal Consiglio europeo di Stoccolma per il 2010, di portare al 50% il tasso medio d’occupazione nell’UE per la fascia d’età fra i 55 e i 64 anni, sia per gli uomini sia per le donne”. La CE sottolinea “l’aspetto dell’attitudine occupazionale delle donne e degli uomini e la qualità della vita professionale e la necessità di un loro miglioramento. Al tal fine, il progresso della parità tra i sessi diviene un aspetto fondamentale. Le disparità, sia all’interno sia all’esterno del mondo del lavoro, possono infatti avere conseguenze sulla sicurezza e la salute delle donne sul luogo di lavoro e quindi incidere sulla produttività e la crescita occupazionale”.

Inoltre, seppure la partecipazione delle donne al mondo del lavoro sia in continua crescita, la segregazione fra i sessi sul mercato del lavoro è ancora un aspetto molto forte. Diventa a questo punto necessario prendere in considerazione gli aspetti della salute e della sicurezza che sono specifici per le donne.

Le sfide per migliorare il nostro approccio alle tematiche di genere in SSL consistono in primo luogo nell’evitare gli stereotipi e nel rifiutare quello che possiamo definire un modello “deficitario” delle donne lavoratrici, quindi la considerazione delle donne come sesso debole, più vulnerabile, o più suscettibile a una data esposizione. In questo caso, la soluzione tradizionale consiste nel pensare che tutti i problemi potrebbero essere risolti se le donne fossero come gli uomini. Al contrario, il bisogno di analizzare i rischi incontrati da donne e uomini non significa la reintroduzione di politiche protettive di esclusione, né di ghettizzazione.

Rimane aperta la sfida del *gender mainstreaming*, ovvero dell’integrazione degli aspetti di genere in tutte le politiche. Non c’è dubbio che la situazione attuale sembri più matura e che la volontà di collaborare tra Istituti e Dipartimenti in stretta sinergia costituisca un cammino molto promettente.

Anche se oggi si preferisce parlare di *governance* più che di *mainstreaming*, rimane il fatto che singole iniziative specificamente rivolte alle donne, sebbene necessarie, non sono sufficienti da sole a operare grandi cambiamenti. Nonostante molte di tali iniziative siano innovative e portino benefici alle donne che vi prendono parte direttamente, non riescono, tuttavia, ad avere un impatto sufficiente sulla distribuzione dei servizi o delle risorse e pertanto fanno ben poco per ridurre o porre fine alle disparità tra uomini e donne (ISFOL, 2005).

È in questo senso che una ipotizzabile *gender governance* può intervenire, avendo come obiettivo politiche economiche e sociali di ampio respiro che erogano risorse importanti. È proprio l’aspetto finanziario, di allocazione e gestione delle risorse, quello che spesso viene trascurato, senza la cui considerazione risulta difficile la messa in atto di politiche e azioni concrete per la parità di genere.

L'ISPESL quale Focal Point dell'OSHA

La CE ha individuato nell'OSHA il soggetto cui viene affidato il compito di elaborare, attraverso il suo *Osservatorio dei Rischi* (OSHA OR), un'analisi delle sfide specifiche che pone, in materia di salute e di sicurezza, una maggiore integrazione delle donne nel mercato del lavoro, sulla base anche dei risultati del progetto cui si è accennato all'inizio del presente contributo. Tra questi, l'evidenza che la segregazione di genere costituisca uno dei fattori che influenza maggiormente la diversità di esposizione occupazionale (Houtman, 2003).

Per diffondere i risultati del progetto europeo a livello nazionale, l'ISPESL ha realizzato nel 2004 il sito web "Donna, Salute, Lavoro" (ISPESL DSL) allo scopo di raccogliere e diffondere le informazioni esistenti in tema di salute e sicurezza sul lavoro della donna. Tale strumento si inserisce nell'ambito delle attività di comunicazione e diffusione delle informazioni sulla SSL in una prospettiva dinamica, al fine di ampliare la visibilità del tema e costituire un punto di riferimento, scambio e confronto con le istituzioni e i vari soggetti che si occupano di SSL delle donne e di tematiche correlate alle PO in generale; costituisce, inoltre, attualmente, una base di partenza fondamentale per dare ampia diffusione alle buone prassi che verranno via via prodotte sulla valutazione dei rischi di genere, come stabilito dall'art 28 del D.Lgs. 81/08.

Ma è all'art. 9, c.2, che l'ISPESL è chiamato, insieme con gli altri Istituti nazionali di settore, alla predisposizione di linee guida e alla elaborazione, raccolta e diffusione delle buone prassi, affidando la relativa istruttoria tecnica all'ISPESL, come richiamato all'art. 2, c.1, l.v, "che provvede ad assicurarne la più ampia diffusione".

Le buone prassi sono definite come "soluzioni organizzative o procedurali coerenti con la normativa vigente e con le norme di buona tecnica, adottate volontariamente e finalizzate a promuovere la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro attraverso la riduzione dei rischi e il miglioramento delle condizioni di lavoro". La loro elaborazione e raccolta ha costituito un costante impegno dell'Istituto, anche in raccordo con l'OSHA, che ogni, anno, in occasione della Campagna europea sulla SSL, identifica, raccoglie e diffonde, mediante i Focal Point nazionali, le buone pratiche relative al tema della campagna, organizzando una cerimonia di premiazione per assegnare dei riconoscimenti a quelle valutate come migliori da una giuria europea. Il tema scelto quest'anno (2008-2009) per la Campagna europea (ISPESL EW) riguarda la valutazione dei rischi e ha lo scopo di promuovere un processo gestionale integrato, che tenga conto delle diverse tappe del processo. La valutazione dei rischi consiste in un esame sistematico di tutti gli aspetti dell'attività lavorativa, volto a stabilire cosa può provocare lesioni o danni, se è possibile eliminare i pericoli e, nel caso in cui ciò non sia possibile, quali misure di prevenzione o di protezione sono o devono essere messe in atto per controllare i rischi. La Campagna mira a mostrare che la valutazione dei rischi non è necessariamente complicata, burocratica o un compito destinato ai soli esperti in materia, ma va intesa come processo partecipativo in cui vengono consultate e coinvolte tutte le persone presenti sul luogo di lavoro, per garantire che vengano rilevati tutti i pericoli, non solo in base a principi teorici, bensì anche attraverso la conoscenza effettiva delle condizioni di lavoro e delle situa-

zioni che producono effetti avversi sui lavoratori. Il concetto fondamentale è che una valutazione dei rischi capace di coinvolgere i lavoratori e le lavoratrici è alla base di una cultura della prevenzione sostenibile.

Il processo di valutazione dei rischi neutra

L’OSHA individua i principi guida (OSHA, 2008) che occorre considerare nell’intero processo di valutazione dei rischi e che possono essere suddivisi in cinque fasi distinte.

La **Fase 1** “Individuare i pericoli e i rischi” prevede l’individuazione dei fattori di rischio sul luogo di lavoro che sono potenzialmente in grado di provocare infortuni o malattie e l’identificazione dei lavoratori che possono essere esposti a tali rischi.

La **Fase 2** “Valutare e attribuire un ordine di priorità ai rischi” riguarda la valutazione dei rischi esistenti (la loro gravità, probabilità ecc.) e la loro classificazione in ordine di importanza. È essenziale che ogni attività volta a eliminare o prevenire i rischi sia fatta rientrare in un ordine di priorità.

La **Fase 3** “Decidere l’azione preventiva” riguarda l’identificazione di misure adeguate per eliminare o controllare i rischi.

La **Fase 4** “Intervenire con azioni concrete” definisce l’implementazione di misure di protezione e di prevenzione attraverso un piano di definizione delle priorità e l’identificazione delle persone responsabili di attuare determinate misure e il relativo calendario di intervento, le scadenze entro cui portare a termine le azioni previste, nonché i mezzi assegnati per attuare tali misure.

L’**ultima fase** “Controllo e riesame” prevede che la revisione della valutazione dei rischi sia effettuata a intervalli regolari per garantire che essa sia aggiornata. Tale revisione deve essere effettuata ogni qualvolta intervengono cambiamenti significativi nell’organizzazione del lavoro o del luogo di lavoro o alla luce dei risultati di indagini concernenti un infortunio o una malattia professionale, anche potenziali.

È importante ricordare, nel nostro contesto, che l’attuale Campagna europea costituisce quindi un ulteriore tassello per l’implementazione del D.Lgs. 81/08, che ha rilanciato, all’art. 28, la valutazione dei rischi come momento fondamentale per analizzare tutti i rischi, compresi quelli connessi alle differenze di genere.

L’OSHA aveva già messo a punto nel 2003 (OSHA, 2003) i principi guida per effettuare la valutazione dei rischi in un’ottica di genere, al fine di rendere sensibili al genere tutte le fasi del processo di valutazione e prevenzione dei rischi, dalla fase di individuazione fino a quella di monitoraggio e revisione.

In particolare, i principi che riguardano la valutazione del rischio in un’ottica di genere sono i seguenti:

- considerare i rischi più frequenti nelle mansioni prevalentemente maschili e in quelle prevalentemente femminili;

- considerare le effettive mansioni svolte nel contesto lavorativo reale;
- esercitare accuratezza nel definire l'incidenza di genere, assegnando priorità ai rischi in termini di alto, medio e basso;
- verificare che gli strumenti e i dispositivi usati per la valutazione tengano conto dei problemi specifici per le donne e per gli uomini e in caso negativo, adeguarli;
- coinvolgere le lavoratrici nella valutazione dei rischi, soprattutto nel processo decisionale e nell'attuazione delle soluzioni.

L'OSHA aveva inoltre individuato alcune misure generali per promuovere la sensibilità al genere nella gestione della SSL tra cui:

- riesaminare le politiche di SSL, aggiungendovi un impegno specifico per l'integrazione della dimensione del genere, e i relativi obiettivi e procedure;
- fornire un'adeguata formazione e informazione sulle tematiche di genere correlate ai rischi di sicurezza e salute, indirizzate ai responsabili della valutazione dei rischi, ai responsabili della loro gestione, ai responsabili del controllo, ai rappresentanti sindacali, ai lavoratori ecc.

L'obbligo di tenere conto delle differenze di genere in tutti gli aspetti di valutazione del rischio e prevenzione della SSL e la definizione di buone prassi e linee guida tra i compiti affidati al nostro Istituto, evidenzia l'esigenza di correlare i due aspetti e di rinnovare l'impegno sul tema, in un'ottica di ripresa di interesse verso una materia che negli ultimi anni sembrava esclusa dalle priorità dell'agenda politica del nostro paese.

Un esempio di buona pratica è quello presentato dalla Danimarca, dove sono state eliminate dalle lavorazioni delle tinture alchilate e sostituite con tinture idrosolubili. Prima le donne in gravidanza venivano allontanate dal lavoro; dopo l'introduzione delle tinture sostitutive, hanno potuto continuare a lavorare. Questo significa che il lavoro è stato adattato alle persone, e non viceversa. Per questo le donne sono più soggette allo stress da lavoro, ai disturbi muscolo-scheletrici soprattutto agli arti superiori, ad affezioni cutanee e a intimidazioni nell'ambiente di lavoro, mentre gli uomini sono più esposti a infortuni e ad agenti fisici, come il rumore. I problemi di salute dell'uomo sembrano più visibili e legati a una singola causa, mentre per le donne i rischi sono più multifattoriali, per questo forse più difficili da indagare.

Tra le azioni fondamentali per migliorare la conoscenza delle diversità di genere, occorre dunque realizzare ricerche di settore che tengano conto delle lacune ancora presenti. Ad esempio, gli studi epidemiologici si sono occupati tradizionalmente degli effetti di esposizione in occupazioni tipicamente maschili. Per quanto riguarda le associazioni tra esposizione professionale e sedi di neoplasie, gli studi casi-controllo sono stati effettuati su sedi di neoplasie con minore incidenza tra le donne (tessuti molli, vescica). Nel programmare qualunque studio epidemiologico sarebbe quindi necessario tenere conto della preponderanza di

genere nelle professioni e nella potenziale diversa suscettibilità di uomini e donne alla stessa esposizione, oltre che nella esposizione extra occupazionale legata all’ambiente di vita e ai ruoli multipli svolti dalle donne.

Un altro tema di ricerca di notevole interesse per le tematiche di genere è costituito dalle patologie muscolo-scheletriche, che rappresentano il disturbo correlato al lavoro più comune tra donne e uomini, con una prevalenza dei disturbi agli arti superiori per le donne, che sono ascrivibili ad attività lavorative con posizioni scorrette, a movimenti ripetitivi, a ritmi intensi di lavoro, a vibrazioni trasmesse alle mani e alle braccia, ad ambienti freddi, oltre che a fattori psicosociali. In questo caso, ciò che va migliorata è l’organizzazione del lavoro e in particolare le caratteristiche ergonomiche delle condizioni di lavoro. In particolare, l’uso di apparecchiature, macchinari e attrezzi progettati per gli uomini possono contribuire ad aggravare situazioni patologiche nelle donne.

Valutazioni diverse riguardano la ricerca sui rischi per la funzione riproduttiva. Qui occorre rilevare come la ricerca si sia incentrata quasi interamente sulla gravidanza, considerando la donna unicamente per la sua funzione di portatrice del bambino e di responsabile del suo benessere. Sul piano legislativo le politiche di prevenzione della gravidanza e del puerperio in Europa e in Italia sono molto avanzate, ma talvolta si è ritenuto che in questo modo si sia salvaguardata per intero la salute della donna che lavora. Anche se ben intenzionate, tali politiche non solo ignorano il fatto che nel periodo precedente alla nascita anche la funzione riproduttiva degli uomini è esposta a pericoli, ma restringono la portata del problema (Vogel, 2006).

L’evidente diversità tra gli apparati riproduttivi di uomini e donne fa sì che la salute delle rispettive funzioni riproduttive riceva influenze di natura diversa dalle esposizioni all’ambiente di lavoro, con effetti di patologie neonatali, aborti spontanei, basso peso alla nascita, parto prematuro, diminuzione della fertilità, ciclo mestruale irregolare. Tali problematiche dovrebbero quindi essere considerate nel contesto esistenziale delle lavoratrici, prestando anche maggiore attenzione agli effetti esercitati dalle esposizioni subite durante il lavoro sul prematuro inizio della menopausa.

Un altro tema ancora poco indagato riguarda la salute delle lavoratrici meno giovani (oltre i 45 anni), che occupano per la prima volta un posto importante nel mondo del lavoro. Tra le problematiche più rilevanti: gli aspetti legati alla menopausa; la segregazione delle mansioni che vede le donne meno giovani più relegate alla tradizionali occupazioni femminili, avendo beneficiato meno delle politiche di PO, quindi minori gratificazioni e scarsa considerazione sociale; stress e carichi di lavoro domestico, poiché nelle coppie più anziane la suddivisione delle responsabilità domestiche è ancora più ineguale che nelle coppie giovani; queste lavoratrici hanno inoltre un ruolo preminente nell’assistenza a parenti anziani.

Tra i rischi emergenti, ancora poco studiati, va citata la violenza sul lavoro, diffusa soprattutto nelle attività caratterizzate da contatto con il pubblico, settori in cui la presenza femminile è massiccia. La sottostima del fenomeno, dovuta alla mancanza di denunce (paura di perdere il posto di lavoro, emarginazione sociale sul luogo di lavoro) rende il problema particolarmente difficile da studiare.

Bibliografia

CE/COM 2002, Comunicazione della Commissione europea *“Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e dalla società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006”*, Bruxelles, 11.03.2002 COM(2002) 118 definitivo.

URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2002:0118:FIN:IT:PDF>

CE/COM 2007, Comunicazione della Commissione europea *“Migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro: strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro”*, Bruxelles, 21.2.2007 COM (2007) 62 definitivo.

URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0062:FIN:IT:PDF>

CE/REL 2009, Relazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni *“Parità tra donne e uomini - 2009”* Bruxelles, 27.2.2009 COM (2009) 77 definitivo.

URL: [http://www.lex.unict.it/eurolabor/documentazione/com/2009/com\(2009\)-77.pdf](http://www.lex.unict.it/eurolabor/documentazione/com/2009/com(2009)-77.pdf)

CEE/DIR 1989, Direttiva 89/391 del Consiglio, del 12 giugno 1989, concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro.

URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:IT:HTML>

CENSIS 2008, *42° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese 2008*.

D.Lgs. 626/94, *Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42, 98/24 e 99/38 riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro*.

URL: http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/C61492F5-9E9E-4B33-8AF5-12E6201D8A93/0/19940919_DLGS_626.pdf

D.Lgs. 81/08, *Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*.

URL: http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/0D78BF49-8227-45BA-854F-064DE686809A/0/20080409_Dlgs_81.pdf

FEWCS 2007, *Fourth European Working Conditions Survey*, Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, Dublino.

URL: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>

Houtman I., Kauppinen K., Kumpulainen R., *Gender issues in safety and health at work*, 2003, European Agency for Safety and Health at Work, Luxembourg. (Trad. it. *Prospettive di genere applicate alla salute e sicurezza del lavoro - Stato dell'arte*, ISPESL, 2004).

URL: <http://osha.europa.eu/it/publications/reports/209>

ISFOL 2005, *Guida al Mainstreaming di genere. EQUAL II fase, 2004-2008*.

URL: http://www.equalitalia.it/documenti/pdf/guida_mainstreaming_gen.pdf

ISPESL DSL, Sito web *Donna, Salute, Lavoro*

URL: <http://www.ispesl.it/dsl/default.asp>

ISPESL EW, Sito web *Campagna europea 2008-2009*

URL: <http://www.ispesl.it/ew/ew2008/>

MINWELFARE 2008, *La vita buona nella società attiva - Libro Verde sul futuro del modello sociale*. Documento per la consultazione pubblica. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. URL: <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/B8453482-9DD3-474E-BA13-08D248430849/0/libroverdeDEF25luglio.pdf>

OSHA 2003, Factsheet n. 43 “*Inserire le problematiche legate al genere nella valutazione dei rischi*”, Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute del Lavoro.

URL: <http://osha.europa.eu/it/publications/factsheets/43>

OSHA 2008, Factsheet n. 81 “*La valutazione dei rischi, la chiave per garantire ambienti di lavoro sani e sicuri*”, Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute del Lavoro.

URL: <http://osha.europa.eu/it/publications/factsheets/81>

OSHA OR, Sito web *Osservatorio dei Rischi*

URL: <http://osha.europa.eu/en/riskobservatory/>

Rauti I. *Percorsi di parità*, Le monografie del Centro studi e ricerche. Ufficio della Consigliera nazionale di parità, 2005.

URL: <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/8C9A2D26-4D41-4CC8-974D-8EDF37B5449B/0/Percorsidiparita.pdf>

Vogel L. *La salute delle donne nei luoghi di lavoro in Europa. Con sei saggi sul caso italiano*. 2006, Edizioni Lavoro, Roma.

Il ruolo attivo di prevenzione degli organismi di parità e di tutela della persona nella Pubblica Amministrazione

Antonella Ninci

Key words: *Organismi di parità e di tutela della dignità della persona, Comitati per le pari opportunità, Comitati “antimobbing”, Consiglieri di fiducia, Commissioni etiche, discriminazioni, azioni positive, molestie sessuali*

Premessa

Gli Organismi di parità e di tutela della dignità della persona - Comitati per le pari opportunità, Comitati “antimobbing”, Consiglieri di fiducia e Commissioni etiche - costituiscono indubbiamente un importante contributo nel sistema di prevenzione per un ambiente di lavoro che salvaguardi la salute intesa come benessere fisico e psicologico.

È recente, anche a livello comunitario, l’acquisizione della consapevolezza e la trascrizione normativa dello stretto legame esistente tra pari opportunità e sicurezza sul lavoro.

La Commissione europea ha elaborato un’analisi che evidenzia i mutamenti avvenuti nel mondo del lavoro muovendo da femminilizzazione e invecchiamento della popolazione attiva, diversificazione delle forme di occupazione (lavoro temporaneo, orari atipici, telelavoro...), incremento di alcuni rischi sociali (stress, depressione, molestie, intimidazioni, violenze...). A seguito di tale bilancio la Commissione ha richiamato l’attenzione su tre requisiti da rispettare al fine di garantire un ambiente di lavoro sano e sicuro: il consolidamento di una cultura della prevenzione dei rischi (educazione, formazione e sensibilizzazione dei datori di lavoro), una migliore applicazione della normativa vigente e una strategia globale relativa al “benessere sul luogo di lavoro”. Per soddisfare queste condizioni, la strategia comunitaria propone tre interventi principali: l’adattamento del quadro giuridico, il sostegno alla “spinta al progresso” (elaborazione di pratiche ottimali, dialogo sociale, responsabilità sociale delle imprese) e infine l’integrazione della problematica della sicurezza e della salute sul luogo di lavoro con altre politiche comunitarie.

Interessante e urgente, dunque, per quanto riguarda il tema della salute e sicurezza sul lavoro con attenzione al genere, è indagare quanto e come, ad esempio, il tema della conciliazione possa assurgere, da problematica di carattere sociale, a strumento di prevenzione in ambito lavorativo.

Il dibattito è quanto mai attuale. Proprio in relazione all’analisi dell’andamento infortunisti-

co delle donne si è riscontrato, anche nel 2008, un preoccupante innalzamento del numero delle lavoratrici coinvolte in infortuni “in itinere”, dunque nel percorso per andare o tornare dal lavoro.

Se si considera che, in generale, le donne sono percentualmente meno coinvolte degli uomini in incidenti stradali, viene da pensare che la necessità di conciliare le incombenze familiari (bambini, anziani, orari di vita e di lavoro) producano conseguenze anche sulla condotta di guida (distrazione, pensieri, fretta....) soprattutto in particolari fasce orarie della giornata. Va da sé che per ovviare a tali rischi devono essere previsti e attuati modelli di prevenzione non tradizionali quali orari di lavoro flessibili, micronidi o ludoteche aziendali ecc.

Il tema è comunque ampio e interessante. Se le donne aggiungono il rischio “genere”, nella trattazione del tema della salute e sicurezza condividono comunque con i lavoratori dell’altro sesso tutta una serie di rischi che travalicano la dimensione fisica e biologica e che attengono al contesto dei rischi psico sociali e stress-lavoro correlati.

L’Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro evidenzia come lo stress legato all’attività lavorativa sia una delle sfide principali con cui l’Europa deve confrontarsi nel campo della salute e della sicurezza.

Questa condizione interessa quasi un lavoratore su quattro e dagli studi condotti emerge che una percentuale compresa tra il 50% e il 60% di tutte le giornate lavorative perse è legata allo stress. Ciò comporta costi enormi in termini di disagio umano e pregiudizio del risultato economico. La necessità di porre una adeguata attenzione a una opportuna gestione dello stress lavorativo trova, come è noto, un suo esplicito riferimento normativo all’interno del Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro D.Lgs. 81/2008. In quest’ottica l’istituzione di organismi di tutela della parità e della dignità della persona, come i Comitati per le pari opportunità e i Comitati “antimobbing” o meglio i Comitati integrati di cui si dirà, oltre ai consiglieri di fiducia, ha sicuramente un importante ruolo di prevenzione che si attua in primo luogo attraverso la promozione di una cultura organizzativa attenta alla persona.

Vi sono alcuni aspetti dell’attività di questi organismi e dei consiglieri che hanno sicuramente un impatto considerevole sul clima organizzativo e favoriscono la nascita di uno spirito di collaborazione tra i vari servizi dell’ente e l’emergere di una nuova mentalità nell’organizzazione. L’attività dei Comitati, l’adozione di codici di comportamento ed etici, la nomina di consiglieri di fiducia possono fortemente contribuire, se adeguatamente compresi e supportati, a creare un ambiente di lavoro inclusivo, nel quale i rapporti interpersonali siano improntati alla correttezza e al rispetto della libertà e della dignità della persona, con inevitabili ripercussioni sulla salute dei lavoratori e delle lavoratrici anche in termini di eliminazione dello stress.

Ciò coinvolge tutto il tema della parità uomo/donna e il contrasto a ogni forma di discriminazione, molestia fisica o morale, vessazione e mobbing.

Comitati e consiglieri, raccordati, possono portare nel sistema della prevenzione un valore aggiunto di altissimo livello e contribuire efficacemente alla rilevazione del clima aziendale sia con indagini conoscitive, sia attraverso la proposizione di azioni positive per intervenire efficacemente per rimuovere le situazioni critiche.

Benessere ed efficienza: un binomio imprescindibile per l'organizzazione del lavoro

L'efficienza, l'efficacia dell'azione amministrativa e la produttività del lavoro passano necessariamente attraverso il miglioramento dell'organizzazione, intesa anche come contesto lavorativo improntato al benessere dei lavoratori, elemento imprescindibile per garantire il maggior apporto dei medesimi sia in termini di produttività sia di affezione al lavoro.

È circostanza nota che un ambiente di lavoro ove si verificano episodi di discriminazione, vessazione, molestia o mobbing comporta inevitabilmente prestazioni lavorative peggiorate e spesso ridotte e, oltre al disagio arrecato alle persone dei lavoratori, provoca ripercussioni negative sia sull'immagine dell'amministrazione pubblica sia sulla sua efficienza.

È ormai accertato sia nel pubblico sia nel privato, che le organizzazioni più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti e un "clima interno" sereno e partecipativo. Diversi studi hanno dimostrato infatti che un buon ambiente lavorativo (in termini di motivazione, collaborazione, leadership, coinvolgimento, flessibilità e fiducia delle persone) può aumentare la *customer satisfaction* fino al 47% e la produttività fino al 27,8%.

Nella pubblica amministrazione il tema del benessere organizzativo¹ è stato oggetto, specialmente negli ultimi anni, di grande attenzione culminata nel 2004 nella Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica "Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni". A tale direttiva hanno fatto seguito iniziative istituzionali del Dipartimento della Funzione Pubblica che hanno consentito la rilevazione delle istanze delle persone, l'analisi degli assetti organizzativi e delle dinamiche della convivenza nei luoghi di lavoro, con l'obiettivo di favorire la diffusione di una cultura attenta al rapporto tra le persone e il proprio contesto di lavoro e alla cura delle relazioni attraverso la focalizzazione di tematiche quali l'ascolto, il rispetto reciproco, i valori condivisi².

Se un adeguato ed elevato livello di benessere organizzativo è l'obiettivo cui tendere in ciascun contesto per garantire al lavoratore un reale benessere lavorativo, il raggiungimento di questo all'interno di un ambiente nel quale la relazione con l'utente è centrale, come nel settore pubblico, necessariamente comporta un significativo miglioramento della prestazione, non solo sul piano della produttività, dell'efficienza e del benessere, ma anche sul piano dell'efficacia e conseguentemente un miglioramento sul livello sociale³.

In questo contesto si inseriscono gli organismi di parità e di tutela della dignità della persona: Comitati per le pari opportunità, Comitati paritetici per il contrasto del fenomeno del mobbing e, per l'attuazione di codici di condotta e di codici etici, i consiglieri di fiducia e talvolta le commissioni etiche.

¹ Si intende per benessere organizzativo la capacità di una organizzazione di promuovere e di mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori durante l'intero arco di vita lavorativa.

² Progetto "Magellano" del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione.

³ Cfr. Cinzia Frascheri, "Stress sul lavoro. I rischi emergenti nelle organizzazioni del lavoro pubbliche e private", Maggioli, 2006, p.77 ss.

Gli organismi di parità nel pubblico impiego: ruolo e funzioni dei Comitati per le pari opportunità

Il principio della parità tra uomo e donna è da tempo acquisito dall’ordinamento italiano: non solo l’art.3 della Costituzione sancisce il principio di uguaglianza davanti alla legge senza distinzione di sesso, ma anche gli artt. 51 e 117 garantiscono parità e uguaglianza di uomini e donne per l’accesso agli uffici pubblici e alle cariche elettive. Per assicurare il raggiungimento di tali obiettivi la Repubblica assume anche un ruolo attivo e, a norma dell’art. 51 della Costituzione, “promuove” con appositi provvedimenti le pari opportunità tra donne e uomini. Nell’ambito del lavoro, poi, l’art. 37 della Costituzione apre affermando che “la donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore”. L’ordinamento italiano, nel sancire la parità sul lavoro, ha recepito in gran parte i principi veicolati dall’Unione Europea in tema di parità uomo/donna sul lavoro e contrasto a ogni forma di discriminazione. Rimane il problema, non di poco conto, di dare concreta attuazione ai principi enunciati: la strada del diritto dall’uguaglianza formale a quella sostanziale è come una linea ascendente che si va costruendo grazie a strumenti di analisi e di intervento sempre più adeguati al mutare delle realtà.

Si è così assistito all’evolversi di un diritto del lavoro che prima ha rispettato (e in seguito valorizzato) la differenza tra le persone, cercando l’equilibrio tra i principi di uguaglianza e rispetto delle identità.

L’evoluzione è passata attraverso tre fasi temporali: la fase dei divieti di discriminazione, la fase delle pari opportunità, la fase della considerazione delle differenze nelle politiche del diritto.

In questo modo le tutele del lavoratore e della lavoratrice sono state progressivamente differenziate, per adattarle proprio a quelle differenze che, in forza del principio di uguaglianza formale, dovrebbero essere utilizzate per differenziare il trattamento di soggetti “eguali”, ma in realtà diversi.

È indubbio che l’approccio del legislatore, nei confronti delle differenze, ha preso le mosse da un fattore di differenziazione che può essere considerato trasversale rispetto a tutti gli altri: il genere.

Per il genere per primo, accanto al tradizionale divieto di discriminazione, hanno cominciato ad affiancarsi politiche di pari opportunità che hanno imposto la necessità di avvalersi di strumenti di diritto diseguale quali le azioni positive⁴.

Questa del resto è la strada per la quale si arriva dal principio di uguaglianza formale a quello di uguaglianza sostanziale.

⁴ Le azioni positive possono essere definite come “misure preferenziali volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità”. Sono dirette a realizzare l’uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro, ancora non ottenuta nonostante l’uguaglianza formale definita dalla legge.

In questo contesto si inseriscono i Comitati per le pari opportunità, organismi pensati per contribuire ad attuare, negli ambienti di lavoro, i principi di pari opportunità uomo/donna anche attraverso lo strumento delle azioni positive.

I Comitati per le pari opportunità, quale strumenti per realizzare uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro, sono stati costituiti nel pubblico impiego grazie alla contrattazione collettiva che ha risposto all'invito contenuto nei D.P.R. 8 maggio 1987, n. 267, art. 33 e 23 agosto 1988, n. 395 art. 16 ("in sede di contrattazione di comparto saranno definiti misure e meccanismi atti a consentire una reale parità uomo-donna nell'ambito del pubblico impiego"): fin dal 1990 si è avviato il processo di istituzione dei Comitati per le pari opportunità⁵ e le "misure per favorire pari opportunità nel lavoro" sono entrate a far parte delle materie oggetto di contrattazione decentrata.

Organismi di tutela della dignità della persona: i Comitati per il contrasto del fenomeno del mobbing

Con la tornata contrattuale del 2002 è stata prevista nelle pubbliche amministrazioni l'introduzione dei Comitati paritetici per il contrasto del fenomeno del mobbing.

Le motivazioni che hanno indotto l'adozione di organismi specificamente deputati a contrastare il mobbing nelle pubbliche amministrazioni sono indicate nell'articolo 8 del contratto (per gli E.P.N.E. è quello che riguarda il quadriennio normativo 2002-2005) che istituisce i Comitati e così apre: *"1. Le parti prendono atto che nelle pubbliche amministrazioni sta emergendo, sempre con maggiore frequenza, il fenomeno del mobbing, inteso come forma di violenza morale o psichica in occasione di lavoro - attuato dal datore di lavoro o da altri dipendenti - nei confronti di un lavoratore. Esso è caratterizzato da una serie di atti, atteggiamenti o comportamenti, diversi e ripetuti nel tempo in modo sistematico ed abituale, aventi connotazioni aggressive, denigratorie e vessatorie tali da comportare un degrado delle condizioni di lavoro, idoneo a compromettere la salute o la professionalità o la dignità del lavoratore stesso nell'ambito dell'ufficio di appartenenza o, addirittura, tale da escluderlo dal contesto lavorativo di riferimento.*

2. In relazione al comma 1, le parti, anche con riferimento alla risoluzione del Parlamento Europeo del 20 settembre 2001, riconoscono la necessità di avviare adeguate ed opportune iniziative al fine di contrastare la diffusione di tali situazioni, che assumono rilevanza sociale, nonché di prevenire il verificarsi di possibili conseguenze pericolose per la salute fisica e mentale del lavoratore interessato e, più in generale, migliorare la qualità e la sicurezza dell'ambiente di lavoro".

⁵ I Comitati per le pari opportunità sono organismi paritetici composti da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali di comparto firmatarie del CCNL e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione e presieduti da un rappresentante dell'amministrazione. Le norme sono sostanzialmente analoghe nella contrattazione di tutti i comparti.

Il contratto elenca espressamente le funzioni assegnate a questi Comitati:

- a) raccolta dei dati relativi all’aspetto quantitativo e qualitativo del fenomeno del mobbing;
- b) individuazione delle possibili cause del fenomeno, con particolare riferimento alla verifica dell’esistenza di condizioni di lavoro o fattori organizzativi e gestionali che possano determinare l’insorgere di situazioni persecutorie o di violenza morale;
- c) formulazione di proposte di azioni positive in ordine alla prevenzione e alla repressione delle situazioni di criticità, anche al fine di realizzare misure di tutela del dipendente interessato;
- d) formulazione di proposte per la definizione dei codici di condotta.

Anche i Comitati “antimobbing”, in maniera analoga ai Comitati per le pari opportunità, hanno composizione paritetica e sono formati da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali di comparto rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell’ente.

Il ruolo del Comitato dunque è principalmente propositivo e di analisi.

Tra le proposte da avanzare indicate dalla stessa contrattazione collettiva c’è quella relativa alla costituzione e al funzionamento di sportelli di ascolto, alla istituzione della figura del consigliere/consigliera di fiducia nonché alla definizione dei codici.

Poiché per prevenire il fenomeno del mobbing assume decisiva importanza la formazione, la norma contrattuale prevede che i Comitati valutino l’opportunità di attuare, nell’ambito dei piani generali per la formazione, previsti dall’art. 12, idonei interventi formativi e di aggiornamento del personale, che possono essere finalizzati, tra l’altro, ai seguenti obiettivi:

- a) affermare una cultura organizzativa che comporti una maggiore consapevolezza della gravità del fenomeno e delle sue conseguenze individuali e sociali;
- b) favorire la coesione e la solidarietà dei dipendenti, attraverso una più specifica conoscenza dei ruoli e delle dinamiche interpersonali all’interno degli uffici, anche al fine di incentivare il recupero della motivazione e dell’affezione all’ambiente lavorativo da parte del personale.

Anche i Comitati “antimobbing” sono previsti sia nei contratti per il personale delle aree sia in quelli per la dirigenza: l’applicazione alla lettera delle norme contenute nei contratti collettivi produrrebbe l’aberrante conseguenza della duplicazione anche dei Comitati per il contrasto del fenomeno del mobbing che, aggiunti ai due Comitati pari opportunità farebbero salire a quattro gli organismi di parità e di tutela della dignità della persona.

Di fatto mentre si conoscono molte realtà ove i Comitati per le pari opportunità sono duplicati, fortunatamente non altrettanto si può dire per i Comitati “antimobbing” che, anzi, spesso non sono stati neppure costituiti.

La coesistenza di Comitati per le pari opportunità e di Comitati per il contrasto del fenome-

no del mobbing ha fatto sì che tutto ciò che attiene alla sfera della molestia/violenza di carattere psicologico uscisse dalla competenza dei CPO, anche se in passato i medesimi si erano occupati del fenomeno mobbing prima studiandolo in relazione alla componente “genere”, poi trattandolo come fenomeno che può colpire sia uomini sia donne.

A ciò si aggiunga che la compresenza dei due Comitati ha fatto sì che le competenze siano state divise, con conseguenze anche poco razionali quali l’adozione di Codici di condotta separati, uno contro le molestie fisiche, afferente al Comitato per le pari opportunità, e uno contro le molestie psicologiche e il mobbing afferente al Comitato “antimobbing”.

Nella composizione i due Comitati sono analoghi: entrambi paritetici con la rappresentanza di tutti i sindacati firmatari del contratto, con componenti titolari e supplenti.

Altrettante analogie si ritrovano nei regolamenti di funzionamento: riunioni periodiche mensili, modalità di svolgimento dei lavori mediante attività in sottocomitato.

Discriminazioni, molestie sessuali, vessazioni morali e psicologiche, mobbing: codici di condotta e codici etici, consiglieri di fiducia e commissioni etiche

L’argomento meriterebbe da solo una trattazione dedicata tante sono le considerazioni da fare su ciascuna singola fattispecie considerata.

Tutto invece va ricondotto al filo logico che interessa ora e che è legato alla funzione e al ruolo che, nella pubblica amministrazione, svolgono gli organismi che si occupano, per compito istituzionale, di parità, dignità e tutela della persona nel contesto lavorativo.

A questi limitati fini si prende in esame il tema delle molestie e del mobbing, con riferimento all’attività di competenza dei Comitati per le pari opportunità e dei Comitati per il contrasto del fenomeno del mobbing.

Stante la divisione di competenze che la contrattazione ha inteso assegnare a questi due organismi spetta al Comitato per le pari opportunità occuparsi di tutto ciò che attiene alle discriminazioni legate al genere e alle molestie sessuali, mentre rientra nel campo del Comitato “antimobbing” occuparsi in primo luogo di mobbing, estendendo poi per connessione la sua attività anche a ciò che riguarda le violenze o vessazioni morali o psicologiche.

L’art. 8 del Contratto collettivo del 2002-2005 appare a prima vista abbastanza limitativo in quanto correla la costituzione di appositi Comitati al fenomeno del mobbing in senso stretto e addirittura si azzarda a fornire del mobbing una delle tante definizioni che in questi anni sono state date.

A essere rigoristi, dunque, solo il mobbing in senso stretto dovrebbe costituire l’interesse del Comitato, ma questo pare quantomeno fuori logica, antieconomico oltre che riduttivo.

Forse, ma sono opinioni puramente personali, l’area contrattuale è stata attratta dal grande impatto “mediatico” del mobbing che pur riguardando patologie organizzative gravissime e situazioni che investono la persona in modo devastante, ha incontrato tuttavia l’enorme pru-

denza degli studiosi. Di conseguenza se le competenze dei Comitati fossero legate esclusivamente al mobbing (fattispecie assai complessa condizionata al verificarsi di una serie di presupposti individuati, in assenza di una regolamentazione normativa, da dottrina e giurisprudenza) sarebbero assai limitate: di fatto invece l’attività del Comitato “antimobbing” si è diretta a ricomprendere tutte quelle situazioni di disagio e di molestia morale che mobbing non sono, ma che possono costituire o la fase anticipatoria del medesimo o comunque una situazione illecita che causa danni e disagi. Forse sarebbe stato meglio, anche se di minor impatto emotivo, attribuire ai Comitati “antimobbing” il tema del benessere organizzativo che è concetto più ampio, ma inevitabilmente comprensivo di tutte quelle fattispecie che lo limitano e lo ostacolano quali il mobbing e le molestie morali e psicologiche.

Fatta questa premessa è evidente che l’azione sinergica e congiunta dei due Comitati copre tutto il campo delle discriminazioni di genere e delle lesioni della dignità della persona nel corpo e nella mente.

Nella realtà mai o quasi mai le due fattispecie discriminatorie o vessatorie sono così distinte: non importa far ricorso a competenze specifiche e professionali per constatare quanto sia frequente che molestie sessuali e psicologiche siano di fatto coesistenti e difficilmente scindibili, così come può essere sottile la linea di demarcazione tra mobbing e molestia e come l’una possa trasformarsi nell’altra fattispecie e così via.

Da un punto di vista strettamente giuridico e di disciplina vi è una palese differenza tra le molestie sessuali legate all’appartenenza a un genere, le vessazioni morali e psicologiche e il mobbing. Mentre il mobbing non ha ancora avuto una definizione giuridica, il tema delle molestie è entrato nel nostro ordinamento con il D.Lgs. 145/2005 (Attuazione della Direttiva 2002/73/CE in materia di parità di trattamento tra gli uomini e le donne, per quanto riguarda l’accesso al lavoro, alla formazione e alla promozione professionale e le condizioni di lavoro) che ha recepito l’ordinamento comunitario in materia di discriminazioni e molestie sessuali, modificando la legge n.125/1991 sulle azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro e adeguando la disciplina interna a quella europea⁶.

Nel Codice delle Pari Opportunità, D.Lgs. 198/2006, viene recepita la definizione delle molestie e delle molestie sessuali e la loro esplicita considerazione come discriminazioni di genere (art. 26).

Tale equiparazione da un lato fa sì che i fenomeni di molestia possano beneficiare di tutti gli strumenti che l’ordinamento predispone contro le discriminazioni (ad esempio l’inversione parziale dell’onere della prova, l’intervento giudiziale o stragiudiziale della Consiglieria di parità), dall’altro attenua l’attenzione sul fatto che comunque la molestia ha in sé il connotato dell’illiceità in quanto tale⁷.

⁶ Sull’argomento si veda Chiara Lensi, *Le molestie in ambiente di lavoro*, in *Codice delle Pari Opportunità* a cura di Giuseppe Marzo, Milano 2007; G. De Simone, *Le molestie di genere e le molestie sessuali dopo la direttiva CE 2002/73*, in *Riv. It. Dir. Lav.*, 2004,3,399

⁷ Così R. Del Punta, *Atti del Convegno “Mobbing e molestie sessuali sul lavoro”*, 2001.

Ovviamente le molestie di cui al D.Lgs. 145/2005 e al D.Lgs. 198/2006 sono quelle motivate da ragioni di sesso; diverso è il caso delle molestie morali o psicologiche che trovano la loro ragione in elementi diversi dalla sessualità e dall'appartenenza a un genere. Queste ultime, in presenza di una serie di elementi e circostanze, elencate da dottrina e giurisprudenza, possono diventare mobbing nel senso tecnico giuridico della parola, ma costituiscono comunque un illecito giuridico a prescindere da qualsiasi altra qualificazione.

Molestie sessuali e discriminazioni da un lato, molestie morali e psicologiche e mobbing dall'altro costituiscono temi di competenza rispettivamente dei Comitati per le pari opportunità e dei Comitati "antimobbing".

Tra le competenze del Comitato per il contrasto del fenomeno del mobbing, il CCNL prevede espressamente la formulazione di proposte per la definizione di codici di condotta; analoga previsione non è contenuta nelle disposizioni relative ai Comitati pari opportunità, ma è evidente che i codici di condotta hanno rappresentato e rappresentano ancora uno degli strumenti più diffusi per contrastare le molestie.

Si è assistito e si assiste così al proliferare nella pubblica amministrazione di codici di condotta, alcuni dei quali relativi solo alle molestie sessuali, altri solo alle violenze morali e psicologiche e al mobbing, altri integrati volti alla tutela della dignità della persona in tutti i suoi aspetti.

Anche i codici di condotta sono frutto della trasposizione nel modello di organizzazione del lavoro italiano di principi che si sono sviluppati nell'Unione Europea: li troviamo nella raccomandazione della Commissione europea 92/131 relativa alla "Tutela della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro".

I codici di condotta sono atti scritti di autoregolamentazione su base volontaria: un esempio ne è il codice di comportamento dei dipendenti pubblici del 1993, modificato nel 2000.

I codici di condotta relativi alla dignità delle persone costituiscono un momento di autonormazione dell'amministrazione, ma poi diventano vincolanti con l'assunzione dell'atto da parte dell'Ente, ad esempio mediante approvazione con delibera e successiva diffusione.

Quindi i codici di condotta possono essere definiti come atti di carattere volontario, assunti dal datore di lavoro, pubblico o privato, al fine di promuovere un clima favorevole rispetto alla dignità della persona che lavora.

Il codice si integra, affianca e supporta le regole contenute nei contratti collettivi e nelle leggi. Ha specifiche funzioni di prevenzione dei comportamenti vietati, crea procedure utili alla soluzione delle vicende rientranti nel suo campo di applicazione, favorisce l'emersione delle situazioni latenti e cerca, al contempo, di formare e informare.

I codici di condotta se non vogliono rimanere esercitazioni accademiche e risultare invece efficaci strumenti di prevenzione oltre che di repressione, devono poter essere attuati attraverso idonee figure. Ecco che se i Comitati sono necessari, non sono però sufficienti a garantire l'applicazione dei codici di condotta.

A questa funzione sono strumentali le figure dei consiglieri/e di fiducia, la cui istituzione, peraltro, è generalmente prevista nei codici stessi. Si tratta di persone, dotate di competenze

specifiche, che sono chiamate a rendere possibile il funzionamento del codice. I consiglieri di fiducia, in sintesi poiché anche l'analisi di queste figure richiederebbe una riflessione ad hoc, sono chiamati a svolgere un ruolo che comprende più attività. Intanto svolgono una funzione importante quando si verificano casi concreti di molestie, mobbing o vessazioni psicologiche o morali: in questa ipotesi il consigliere partecipa alla procedura informale di trattazione del caso, se richiesto dall'interessato e può, ascoltando in una posizione di terzietà, contribuire efficacemente alla risoluzione del caso singolo.

Al di là dei casi concreti il consigliere può e deve informare nell'ambiente di lavoro circa l'esistenza del codice di condotta, proporre attività formative e partecipare alle medesime per quanto di sua competenza, proporre azioni positive.

Per tutte queste sue attività il consigliere deve rapportarsi o con il Comitato pari opportunità o con il Comitato “antimobbing” e relazionare periodicamente a questi organismi che, di conseguenza potranno far proprie le azioni positive proposte, suggerirne altre all'amministrazione, collaborare per un clima aziendale migliore e per il contrasto delle discriminazioni.

Di recente, anche nella pubblica amministrazione e in particolare nelle Università, si sta evidenziando la necessità di cercare forme più evolute dei codici cd. “di prima generazione” e si sta facendo strada l'ipotesi di codici etici, come strumenti evoluti rispetto al codice di condotta in quanto mentre quest'ultimo è legato solo ai comportamenti, il codice etico fa propri una serie di principi dell'etica che superano il solo e semplice comportamento.

Il codice etico è un'esperienza che nasce negli USA e viene recepita in Italia già negli anni '60. Molte imprese private, quasi il 90% delle grandi imprese, è dotato di un codice etico in quanto si è accreditato il principio secondo il quale la produzione e l'etica sono strettamente correlati.

Anche nelle pubbliche amministrazioni i codici etici si vanno diffondendo, soppiantando e integrando i codici di condotta.

Ne è un esempio il codice etico dell'Università di Camerino promosso su impulso del Comitato per le pari opportunità di ateneo, teso a creare un ambiente “improntato al dialogo e alle corrette relazioni interpersonali, all'apertura e agli scambi con la comunità scientifica internazionale, all'educazione ai valori e alla formazione della persona in tutti i suoi aspetti”.

Il codice si pone come uno strumento per contrastare ogni ingiusta discriminazione, abusi e fastidi sessuali oltre una serie di malcostumi tipici dell'ambiente universitario. Per il funzionamento del codice è prevista la figura del consigliere di fiducia, persona esterna all'Istituto, individuata dal Comitato pari opportunità, con incarico attribuito dal Rettore.

Oltre al Consigliere di fiducia è prevista anche una Commissione etica, della quale il consigliere fa parte e anzi la presiede, composta da due componenti del Comitato per le pari opportunità, dal Rettore e dal Direttore amministrativo.

La commissione etica:

- a) ha funzioni consultive, di ricerca, di indagine e di controllo in merito all'attuazione e al rispetto delle norme del codice;

- b) favorisce, ove possibile, la composizione amichevole delle eventuali controversie;
- c) può proporre agli organi competenti l'azione disciplinare nei confronti degli inadempienti;
- d) sottopone agli organi competenti proposte di revisione o di integrazione del codice.

Commissioni etiche, consiglieri di fiducia, Comitati quali attori di un sistema all'interno dei luoghi di lavoro pubblici, hanno in sé altissime potenzialità per contribuire alla realizzazione di quel benessere organizzativo tanto evocato anche come espressione di un ambiente garantista della salute e della sicurezza delle persone che vi operano.

Ovviamente la molteplicità dei soggetti deve indurre quantomeno a un riesame del modello al fine di evitare che sovrapposizioni, duplicazioni, ridondanze, anche nelle competenze, creino un sistema perfetto sulla carta ma di fatto incapace a funzionare.

I Codici di Condotta come strumento di prevenzione dei rischi psicosociali

Oriana Calabresi

Key words: *rischi psicosociali, norme di buona tecnica, organizzazione del lavoro, codici di condotta, codici di comportamento, codici etici, buone prassi, stress lavoro correlato, mobbing, burnout, molestia sessuale, violenza, accordi di clima, protocolli sulla responsabilità sociale dell'impresa, violenza sul luogo di lavoro.*

Dalle norme alle azioni di tutela, dalla prevenzione alla promozione della salute

La Comunità Europea ha progressivamente riconosciuto per i lavoratori la necessità di tutela dai rischi materiali e dai rischi derivanti dalle relazioni fra gli individui, dai rapporti gerarchici, dall'organizzazione del lavoro e, pertanto, dalle molestie sessuali e morali, dalle discriminazioni di genere, dalle differenze legate all'origine etnica, dallo stress correlato al lavoro. Nel 1989 con la direttiva 89/391¹ la Commissione Europea ha previsto, ancorché indirettamente, la valutazione da parte dei datori di lavoro dei rischi psicosociali legati all'attività lavorativa e nel 2002 ha esplicitamente affermato che *“i cambiamenti dell'organizzazione del lavoro, in particolare le modalità più flessibili di organizzazione nell'orario di lavoro e una gestione delle risorse umane più individuale e orientata al risultato hanno un'incidenza profonda sui problemi legati alla salute sul luogo di lavoro o più in generale sul benessere sul luogo di lavoro”*.²

In Italia sino alla fine degli anni '80, la normativa era volta a tutelare in via prioritaria la salute fisica ma una interpretazione illuminata del concetto di salute fa tuttavia ritenere applicabili le disposizioni esistenti anche ai rischi psicosociali, a partire dal dettato Costituzionale; in particolare l'art. 41 *“l'iniziativa economica privata è libera, non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà e alla dignità umana”* e l'art. 97. 1° comma *“I pubblici uffici devono essere organizzati secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'Amministrazione”* rivelano già tutta l'attenzione del legislatore costituzionale alla salute psicofisica del lavoratore.

L'art. 2087 c.c., poi, prevedendo che *“L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'im-*

¹ Direttiva 89/391/CEE del Consiglio del 12 giugno 1989 “concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro”.

² Commissione delle Comunità Europee, COM (2002), Comunicazione della Commissione: “Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006”, Bruxelles 11.3.2002.

presa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro” detta regole ben precise nel richiedere al datore di lavoro l'adozione di misure che rimuovano tutte quelle situazioni di pericolo per la salute psicofisica del lavoratore e, conseguentemente, anche se indirettamente, una valutazione dei rischi a cui il lavoratore nell'adempire alle sue funzioni è sottoposto. È con il Decreto Legislativo 626/94 (come modificato dal Decreto Legislativo 242/96), che, espressamente, viene richiesto al datore di lavoro, di *“valutare tutti i rischi per la salute e la sicurezza”*; con il decreto legislativo *de quo* viene imposto il *“rispetto dei principi ergonomici nella concezione dei posti di lavoro, nella scelta delle attrezzature e dei metodi di lavoro e produzione, anche per attenuare il lavoro monotono e quello ripetitivo”*, con particolare attenzione *“all'affaticamento fisico e mentale del lavoratore a causa del posto di lavoro”*, viene prevista *“l'informazione, la formazione, la consultazione dei lavoratori ovvero dei loro rappresentanti sulle questioni riguardanti la sicurezza e la salute sui luoghi di lavoro”*, viene affidato al medico competente il compito di collaborare con il servizio di prevenzione e protezione per la *“predisposizione dell'attuazione di misure volte alla tutela della salute e dell'integrità psicofisica dei lavoratori”* e infine viene prevista tra gli obiettivi di apprendimento dei corsi di formazione per Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) anche la conoscenza dei rischi di natura psicosociale.

I contenuti della formazione che deve essere rivolta ai Rappresentanti del Servizio Prevenzione e Protezione sono esplicitati prima nel Decreto Legislativo 195/03 e successivamente nell'Accordo scaturito dalla Conferenza Stato-Regioni del gennaio 2006, secondo il quale la programmazione didattica per il Modulo C deve contenere *“elementi di comprensione e differenziazione fra stress, mobbing e burnout, conseguenze lavorative dei rischi da tali fenomeni sulla efficienza organizzativa, sul comportamento di sicurezza del lavoratore e sul suo stato di salute”*.

È soltanto con la Legge 123/2007 e con il Decreto Legislativo n. 81/2008, che, però, si ha un punto di svolta in quanto tali norme esplicitano un nuovo e più esteso concetto di salute.

L'art. 1, 1° comma del Decreto Legislativo 81/08 annovera tra le proprie finalità quella di garantire, nell'ambito della competenza concorrente con le Regioni e le Province autonome *“il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali”*, anche se con un esplicito richiamo alla sola tutela delle discriminazioni, mentre l'art. 2 comma 1 lett.o) definisce la salute come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale non consistente nella sola assenza di malattia o di infermità”*, per il raggiungimento del quale l'azienda mette in atto buone prassi (art. 2 lett v) intendendo con tale definizione *“soluzioni organizzative o procedurali coerenti con la normativa vigente e con le norme di buona tecnica, adottate volontariamente e finalizzate a promuovere la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro attraverso la riduzione dei rischi e il miglioramento delle condizioni di lavoro, elaborate e raccolte dalle regioni, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) e dagli organismi paritetici di cui all'articolo 51, validate dalla Commissione consultiva permanente di cui all'articolo 6, previa istruttoria tecnica dell'ISPESL, che provvede a assicurarne la più ampia diffusione”*.

L'art. 6 ricomprende tra i compiti della Commissione Consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro, quello di *“valorizzare sia gli accordi sindacali, sia i codici di condotta ed etici, adottati su base volontaria, che in considerazione delle specificità dei settori produttivi di riferimento, orientino i comportamenti dei datori di lavoro, anche secondo i principi della responsabilità sociale dei lavoratori e di tutti i soggetti interessati, ai fini del miglioramento dei livelli di tutela definiti legislativamente”* (comma 8, lett. h).

L'art. 28 1° comma stabilisce che la valutazione deve riguardare tutti i rischi, 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 del 2004”*³.

La norma quindi, non definisce la locuzione “stress lavoro correlato”, ma fa espresso riferimento ai contenuti dell'Accordo Europeo sullo Stress dell'8 ottobre 2004 recepito, in Italia dopo la pubblicazione del Testo Unico Sicurezza, da Sindacati e Associazioni di Categoria in un Accordo Interconfederale⁴.

L'Accordo del 2004 chiarisce e circoscrive la definizione giuridica di stress lavoro correlato, fornisce indicazioni sulle modalità della sua individuazione, prevenzione o gestione, e in particolare, precisa di non essere riferito ai fenomeni della violenza, delle molestie e dello stress post traumatico sancendo la distinzione con questa altra tipologia di rischi, disciplinate dalla Comunità europea con un separato e successivo Accordo⁵.

L'Accordo Interconfederale del Giugno 2008 riprende i contenuti dell'Accordo Europeo del 2004, e stabilisce l'obbligo giuridico delle aziende di tutelare la salute e la sicurezza anche in presenza di problemi di stress lavoro correlato *“..in quanto essi incidano su un fattore di rischio lavorativo rilevante ai fini della tutela della salute e della sicurezza”* (art. 5, 1 comma).

Merita particolare attenzione anche il 2° comma dell'art. 5, nella parte in cui dichiara che *“la valutazione dello stress lavoro correlato può essere condotta sulla scorta del generale processo di valutazione dei rischi ovvero attraverso l'adozione di una separata politica sullo stress”*.

La valutazione dei rischi psicosociali e l'evoluzione dei Codici come strumento di prevenzione

La valutazione dei rischi di natura psicosociale nel documento obbligatoriamente redatto dal datore di lavoro, ancorché previsto dall'art. 4 del Decreto Legislativo 626/94, è stata lunga-

³ Accordo Europeo sullo Stress da Lavoro (Accordo siglato da CES - Sindacato Europeo; UNICE - “Confindustria Europea”; UEAPME - Associazione Europea Artigianato e PMI; CEEP - Associazione Europea delle imprese partecipate dal pubblico e di interesse economico generale) - Bruxelles , 8 ottobre 2004.

⁴ Accordo Interconfederale stipulato il 9 giugno 2008 tra CONFINDUSTRIA, CONFAPI, CONFARTIGIANATO, CASARTIGIANI, CLAAI, CNA, CONFESERCENTI, CONFSCOOPERATIVE, LEGACOOOPERATIVE, AGCI, CONF-SERVIZI, CONFAGRICOLTURA, COLDIRETTI e CGIL, CISL, UIL per il recepimento dell'Accordo Quadro Europeo sullo stress lavoro correlato concluso l'8 ottobre 2004 tra UNICE/UEAPME, CEEP e CES.

⁵ Molestie (sopraffazione sul lavoro), violenza e stress post traumatico (Framework agreement on harassment and violence at work) sono oggetto di uno specifico Accordo Europeo siglato il 12 aprile 2007 tra i Segretari Generali delle Confederazioni che riuniscono le Associazioni nazionali dei sindacati europei (ETUC-CES), delle grandi imprese (BUSINESSEUROPE), delle imprese medio piccole (UEAPME) e delle aziende pubbliche (CEEP).

mente disattesa. Molti documenti di valutazione non li menzionano o si riferiscono a essi in maniera generica, indiretta, e ancor meno indicano criteri di misurazione oggettivi e contro-misure da mettere in atto laddove i rischi siano evidenziati o evidenziabili.

La mancanza di prescrizioni normative ha reso l’attenzione al fenomeno da parte dei datori di lavoro discrezionale, eterogenea e, talvolta, poco efficace.

La pubblicazione del decreto 81/08 obbligando il datore di lavoro a fornire elementi certi circa i rischi di natura psicosociale ha, comunque, aperto la strada a una nuova consapevolezza da parte delle Aziende che, se in un primo momento hanno ritenuto di dover subire un ennesimo oneroso aggravio, successivamente si sono rese conto che un’organizzazione di lavoro migliore dà certamente una minore probabilità di accadimenti di infortuni, di malattie professionali o di danni alle persone in quanto l’individuo può adattarsi ad affrontare un’esposizione alla pressione a breve termine, ma ha una maggiore difficoltà a sostenere un’esposizione prolungata e una pressione intensa e, conseguentemente, una maggiore produttività e un beneficio finale per l’azienda che riesce, conoscendo i rischi ad attuare misure anti stress.

Codici di comportamento e buone prassi possono prevenire i rischi di infortuni e di malattie professionali anche in considerazione del fatto che i Codici di Condotta sono divenuti oggi uno degli strumenti di prevenzione che deve essere valorizzato dalla Commissione Consultiva permanente presso il Ministero del Lavoro di cui all’art. 6 del decreto 81/08.

I codici di condotta sono atti di volontaria autonormazione del datore di lavoro, previsti da Raccomandazioni Europee, ossia disposizioni non imperative, il cui recepimento da parte degli Stati membri è lasciato alla sensibilità sociale dei singoli Paesi e spesso è correlato a benefici economici.

La Comunità Europea li ha incentivati, sin dai primi anni ’90, per reprimere e punire le molestie sessuali, allargandone successivamente l’oggetto alle discriminazioni e al mobbing.

Tali strumenti si inseriscono nella gerarchia delle fonti in posizione sussidiaria, poiché integrano, affiancano e supportano le regole contenute nei contratti collettivi e nelle leggi e, specialmente nell’ambito del pubblico impiego, nella normativa interna (circolari, regolamenti ecc.).

Potrebbero essere definiti il risultato di un processo di elaborazione partecipata con le parti sociali, in forma diretta o mediata, attraverso la costituzione di Comitati in quanto previsti dalle Contrattazioni Collettive di Lavoro che, con rinvio, rimandano alla normativa europea, e in particolare dai CC.CC.NN.LL. dei Comparti Pubblici⁶.

Il Codice di Condotta, a sua volta, definisce ambiti e competenze del Consigliere di Fiducia, figura prevista dalla normativa Europea⁷ e in particolare dalla Risoluzione del Parlamento

⁶ Il CCNL per il personale non dirigente del Comparto degli Enti Pubblici non Economici, quadriennio normativo 2002-2005, all’art. 8 tratta della problematica del mobbing, riconoscendo la progressiva insorgenza del fenomeno e la necessità di contrastare e prevenire la diffusione di tali situazioni, migliorando la qualità e la sicurezza dell’ambiente interessato. Il Contratto prevede l’istituzione di un Comitato Paritetico che, fra i propri compiti, ha quello di redigere il Codice di Condotta e istituire la figura del Consigliere di Fiducia. Va osservato che il CCNL degli Enti Pubblici non Economici limitato al mobbing la propria attenzione, poiché la più ampia problematica delle discriminazioni di genere e delle molestie sessuali era già stata disciplinata nel precedente contratto (1999-2001).

⁷ Risoluzione Parlamento Europeo A5/0283/2001; Raccomandazione Commissione Europea 92/131; Dichiarazione del Consiglio d’Europa 18/12/2991.

Europeo A3/0043/94; figura che nasce nell'ambito della tutela dalle molestie sessuali e delle discriminazioni di genere, quale professionista "di fiducia dell'azienda", chiamato ad attuare il Codice di Condotta, con l'obiettivo di eliminazione dei fattori negativi e di promozione di un clima favorevole nel luogo di lavoro, secondo precise procedure (prevalentemente attraverso una procedura informale, diretta a prevenire, mediare e risolvere i conflitti).

I Codici di Condotta esistenti oggi, nel pubblico impiego come in alcune grandi aziende private, sono stati redatti a partire dai primi anni 90, e hanno subito nel tempo una profonda evoluzione in termini di ambiti di tutela, di competenze, di effettiva prevenzione.

I Codici di fine secolo, definiti di "prima generazione", sono rivolti in via prioritaria, se non esclusiva, alla tutela contro le molestie sessuali o le discriminazioni di genere, in particolare contro le discriminazioni su sesso, razza, etnia, religione, handicap e orientamento sessuale.

L'evoluzione sociale, legislativa e giurisprudenziale ha portato alla redazione dei Codici di "seconda generazione", che partendo da un più generale concetto di protezione della dignità umana prevedono l'estensione della tutela dei lavoratori e delle lavoratrici anche contro le molestie morali e psicologiche e il mobbing.

La strada per l'evoluzione dei codici di condotta non sempre è stata nitida e lineare e, talvolta, essi contengono dichiarazioni generiche e di principio attuati esclusivamente per assolvere a obblighi formali piuttosto che per una consapevole rappresentazione delle problematiche da risolvere e, spesso, sono redatti con competenza circoscritta alle sole molestie o alle discriminazioni di genere anche perché, sovente, sono copiati da modelli standard.

I limiti circa l'efficacia di questi documenti, e lo svilupparsi dell'attenzione alle più ampie problematiche del benessere organizzativo, hanno indotto parte della dottrina a proporre la redazione di nuovi codici, superando sia la tipizzazione delle casistiche, sia l'aspetto meramente negativo/repressivo (divieto di operare azioni quali molestie, discriminazioni o mobbing), per disciplinare azioni positive, volte a realizzare - quanto più possibile - un clima favorevole al rispetto della dignità del lavoratore.

I "codici di ultima generazione" prendono in considerazione tutte le fattispecie di possibile turbamento della vita lavorativa, promuovono le modalità con le quali ricercare e correggere le situazioni che incidono negativamente sul clima aziendale, costituendo un supporto normativo per l'azienda che ricerca il benessere psicosociale del dipendente.

È implicita l'inclusione, con procedure di intervento mirate (quali ad esempio la procedura informale, già prevista in quasi tutti i codici), delle fattispecie più critiche, quali le molestie sessuali o il mobbing.

In questo modo i Codici potrebbero efficacemente inserirsi nella gerarchia delle fonti, quali atti di normazione interna, richiamati anche dal decreto legislativo 81/08, nell'ambito del più ampio quadro giuridico volto a disciplinare le azioni dirette al conseguimento del benessere organizzativo in azienda.

Nel Pubblico Impiego, dove la cultura del benessere aziendale, dei diritti alla dignità della persona e alla serenità lavorativa, dovrebbero essere patrimonio acquisito e consolidato, non solo esiste un'ampia forbice fra i diversi Codici, ma molte Amministrazioni non ne possie-

dono alcuno e, nel Rapporto 2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri sulle “Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle Pubbliche Amministrazioni”⁸ viene segnalato che su 27 Pubbliche Amministrazioni solo il 33% ha adottato un Codice di Condotta.

Per il lavoro privato la questione è decisamente più complessa, poiché sussistono settori e aziende che aderiscono ad Accordi di Clima e Protocolli sulla Responsabilità Sociale dell’Impresa, che si dotano di Codici Etici e sviluppano ambiziosi progetti per il benessere aziendale e altresì un più vasto mondo di piccole e medie imprese, in cui invece la sola problematica delle molestie sessuali non trova ancora alcuna tutela se non quella della via giudiziaria anche se, nel 2007 le parti sociali europee hanno siglato un accordo sul tema delle molestie e della violenza sul lavoro, con l’obiettivo di aumentare la consapevolezza e la conoscenza del tema da parte degli imprenditori, dei lavoratori e dei loro rappresentanti nei luoghi di lavoro e fornire a questi soggetti un quadro pratico di riferimento per identificare, prevenire e gestire i problemi che riguardano le molestie e la violenza.

In particolare l’accordo recepisce il principio secondo il quale *“il rispetto reciproco della dignità a tutti i livelli sul luogo di lavoro è una delle caratteristiche principali delle organizzazioni di successo. Per questo motivo le molestie e la violenza sono inaccettabili”*.

È quindi nell’interesse sia del datore di lavoro quanto dei lavoratori affrontare la questione, che può comportare gravi conseguenze sociali ed economiche. E sono le legislazioni nazionali e comunitaria a stabilire l’obbligo dei datori di lavoro di proteggere i lavoratori contro le molestie e la violenza sul luogo di lavoro.

Bibliografia

Regione Veneto, Note sui rischi psicosociali e loro effetti sulla salute in ambiente di lavoro, 2006.

Barnaba, Ceppi Ratti: *Il rischio da stress e la nuova normativa*.

Attilio Pagano: *Diagnosi preliminare del rischio da stress lavoro correlato*.

Attilio Pagano: *Rischio da stress lavoro correlato; valutazione e prevenzione nell’Accordo Europeo dell’8/10/2004*.

Nadia Pasotti: *Accordo Europeo sulle violenze sul lavoro, 2007*.

⁸ Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica/Dipartimento per le Pari Opportunità- “Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle Amministrazioni Pubbliche - Rapporto di sintesi per l’anno 2007 sull’attuazione della direttiva emanata in data 23 maggio 2007”.

Marcello Aragona: *Relazione tra Stress e tumori*, 2001.

Corrado Marino: *Stress e cancro*, 1998.

Maria Giulia Catemario, Paola Conti: *Donne e Leadership: per lo sviluppo di una cultura organizzativa delle amministrazioni pubbliche in un'ottica di genere*, 2003.

INAIL - Direzione Centrale Prevenzione: *Corso per responsabile del servizio di prevenzione e protezione ai sensi del D.Lgs. 81/2008 Modulo C - schede di programmazione didattica*.

Claudio Calabresi: *Percorso formativo destinato a responsabili e addetti dei servizi di prevenzione e protezione RSPP/ASPP in applicazione del D.Lgs. 195/2003 Modulo C*, 006.

INAIL/CGIL: *Idee per un cambiamento: una ricerca sulle condizioni di lavoro nella realtà dei call center*, Ed. INAIL 2007.

ISPELS/Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro: *Lo stress in ambiente di lavoro - Linee guida per i datori di lavoro e il responsabile del servizio di protezione*.

Laura Damiani: *INAIL e Benessere Organizzativo*, 2007.

Kenneth Blanchard: *La Leadership dell'Eccellenza*, Ed Sperling & Kupfer, 2007.

Patrizia Rebora: *Lo stress lavoro correlato nel documento di valutazione dei rischi. Quale ruolo per la consigliera di fiducia?* Università di Verona.

PARTE QUARTA

La formazione per la salute e la sicurezza: nuove prospettive

Paola Conti

***Key words:** ottica di genere, competenze gender based, analisi delle competenze, approccio partecipativo, riflessività, logica combinatoria, benessere individuale, salute organizzativa, metacompetenza, competenze per la salute, health literacy, empowerment, competenze emozionali, intuizione, creatività, sperimentazione, metafora generativa*

Competenze *gender based*

Il metodo delle competenze per avviare la declinazione dei contenuti in ottica di genere, è stato qui scelto in quanto esso permette di seguire “passo passo donne e uomini nel loro essere nell’organizzazione e in questo modo inventare l’organizzazione che andiamo scoprendo. Sono proprio la ricchezza e la diversità esperienziale delle donne e degli uomini che hanno moltiplicato i nostri vocabolari di lettura, rompendo il mito dell’analista organizzativo” [Varchetta, 1993]. Dunque, “la competenza può essere definita in vari modi a seconda dell’angolo visuale da cui la si osserva e la si descrive, dei contesti all’interno dei quali viene evocata e, perfino, delle metodologie operative che ispira. Questa varietà di definizioni ha indotto a parlare di “concetto valigia” (Le Boterf, 1994).

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” [Sarchielli, 2002].

Essere competenti, afferma Le Boterf, significa sempre più, in contesti di lavoro in evoluzione, essere capaci di gestire situazioni complesse e instabili. Quelle che vengono elencate sono le risorse che la persona deve possedere, ma la persona è competente solo se sa mobilitare queste risorse nel modo appropriato nella situazione di lavoro [Le Boterf, 2000].

Le Boterf non parla di somma, ma di una logica combinatoria, in cui ogni elemento si modifica in funzione dell’insieme che viene mobilitato. La competenza è il processo che

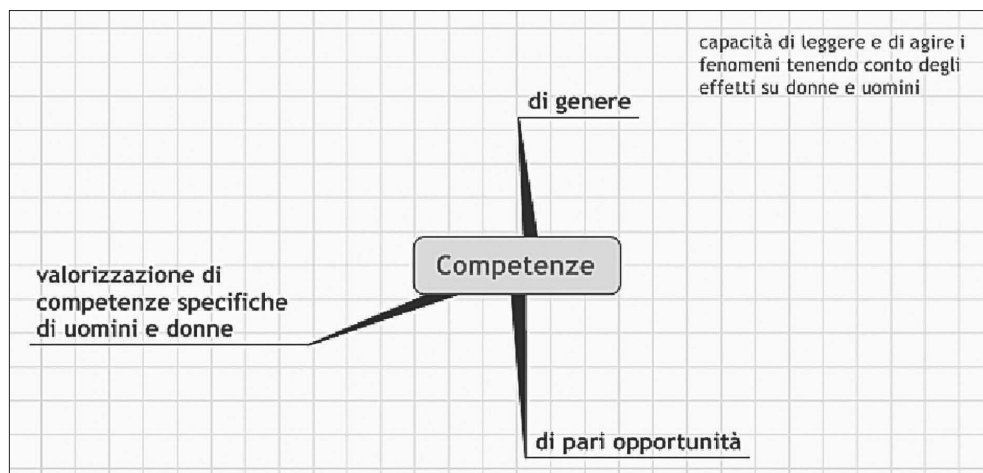
collega la combinazione di risorse in funzione del compito. In molte organizzazioni le prescrizioni ci sono, ma poi tocca agli operatori interpretarle e modificarle secondo le situazioni. E se la competenza reale dell'operatore consiste nella capacità di interpretare, per poter dare una risposta, bisogna che ogni operatore possa costruire la sua propria risposta pertinente. D'altra parte, la risposta competente non è un prodotto esclusivamente individuale.

La competenza è il risultato di tre fattori: saper agire, voler agire e poter agire: per agire con competenza, una persona dovrebbe sempre più combinare e mobilitare non solo le proprie risorse ma anche le risorse del proprio ambiente: reti professionali, reti documentarie, banche dati, manuali di procedure...[Le Boterf, 2000]. E, di fatto, lo sviluppo delle competenze in una organizzazione presuppone due condizioni fortemente intrecciate: scelte organizzative tendenti a promuovere la riflessione in corso d'azione e sull'azione da parte dei singoli, e una cultura di impresa come organizzazione che apprende. [Schon, 1983, Argyris-Schon, 1996].

Secondo tale logica, quindi, fanno quindi parte dell'analisi per competenze e ne rappresentano esiti, gli approfondimenti relativi alle competenze strettamente intese (saper agire); quelli relativi alle motivazioni e percezioni degli intervistati (volere agire) e, infine, quelli relativi alle condizioni organizzative di esercizio della competenza (poter agire). Nell'ottica di una lettura di genere dei fenomeni, l'attenzione è stata posta nell'evidenziare le possibili similitudini e differenze del voler agire e del poter agire, considerandole premesse inevitabili del saper agire: la competenza concepita come entità molare, ma al tempo stesso articolata in componenti/elementi riconoscibili quali conoscenze, capacità/abilità, risorse psicosociali/comportamenti organizzativi.

Facendo un esercizio di formulazione delle competenze, secondo l'approccio sopra descritto, chi si occupa a livello professionale di salute e sicurezza dovrebbe essere in grado di:

- assumere un'ottica di genere per saper riconoscere le differenze tra sesso e genere;
- spiegare come il genere di appartenenza degli individui possa influenzare lo stato di salute per quanto riguarda: esposizione ai rischi e allo stato di vulnerabilità;
- comprendere natura, severità o frequenza dei problemi di salute di donne e uomini;
- riconoscere i modi in cui i sintomi vengono percepiti, 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 di salute di donne e uomini;
- descrivere come siano fondate sul genere di appartenenza, in relazione alla salute, le iniquità nell'accesso alla formazione, alle risorse economiche e alla carriera;
- saper individuare i differenziali di genere nell'impostare un disegno di ricerca, nella sua realizzazione e nell'analisi dei dati;
- identificare le disuguaglianze di genere nelle politiche e nei programmi. Dovrebbe saper operare di conseguenza ed agire come positivo agente di cambiamento.



Le tre dimensioni delle competenze *gender-based*

Esiste, inoltre, un sapere minimo da condividere sul discorso “genere” attraverso le scelte e le metodologie adottate a livello di progettazione formativa, qualunque sia l’ambito di contenuto:

- **teorico**
 - (a) il genere come epistemologia;
 - (b) la relazione di genere: il genere come concetto relazionale;
 - (c) le differenze di genere: livelli di definizione (la rappresentazione; le posizioni; i ruoli; le disposizioni personali e i sistemi di preferenza);
 - (d) differenze nel genere: il genere come tessuto connettivo di rappresentazioni di ruolo multifattoriali (genere e generazioni; genere e etnia o gruppo culturale; genere e posizione socio-economica; genere e disabilità);
 - (e) il sistema sociale dei vincoli di genere: discriminazioni dirette e indirette
- **normativo**
 - (a) snodi normativi di rilievo sull’equità di genere;
 - (b) il livello comunitario, nazionale, locale
- **metodologico**
 - (c) un drive cognitivo per analizzare la differenza tra i generi e nel genere (il profilo minimo di genere);
 - (d) genere e organizzazione dello spazio di vita: una mappa per analizzare i vincoli alla condivisione/conciliazione (il prisma delle conciliazioni);
 - (e) per un’analisi della topografia sociale delle differenze

- **tecnico**

- (a) per un’analisi dei valori: valore di riferimento, realtà sociale e bisogno di intervento;
- (b) per un’analisi di genere del contesto: il concetto di osservazione ed i suoi metodi;
l’informazione e le sue fonti; il genere come variabile; statistiche di genere;
- (c) per l’individuazione degli obiettivi in una prospettiva di genere;
- (d) per la costruzione del piano di valutazione;
- (e) per la costruzione ed implementazione di strumenti di monitoraggio adeguati alle esigenze del progetto.

La riflessività professionale nel SSL

Secondo l’approccio della riflessività professionale, un professionista è abitualmente considerato un esperto che risolve problemi applicando nella pratica teorie e tecniche prodotte in campo scientifico.

Se un 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; gran parte delle situazioni reali affrontate dai professionisti si presentano come situazioni aggrovigliate, caratterizzate da incertezza, disordine e indeterminazione, dove il primo nodo da sciogliere è proprio la definizione del problema e, quindi, dei fini da perseguire e dei mezzi da scegliere.

Di fronte al dilemma tra rigore e pertinenza, i professionisti migliori non seguono il modello della razionalità tecnica, e sviluppano processi cognitivi basati sull’intuizione e sulla creatività. Nel caso di situazioni uniche, caratterizzate da incertezza, instabilità e conflitto di valori, la pratica di questi professionisti si trasforma in una ricerca in cui, nella definizione del problema, fini e mezzi risultano interdipendenti, conoscenza e azione inscindibili. Schön definisce questa pratica come riflessione nel corso dell’azione e ritiene che il dilemma tra rigore e pertinenza possa essere rimosso qualora sia possibile costruire “un’epistemologia della pratica che collochi la soluzione tecnica dei problemi all’interno di un più ampio contesto di indagine riflessiva, che mostri che la riflessione nel corso dell’azione può essere rigorosa per propri meriti, e che leghi l’arte dell’esercizio della pratica in condizioni di incertezza e unicità, all’arte della ricerca propria dello scienziato”.

Riflettere nel corso dell’azione per Schön vuol dire comportarsi come dei bravi musicisti che improvvisano durante una sessione di jazz: “ascoltandosi reciprocamente e ascoltando se stessi, sentono in quale direzione sta andando la musica e di conseguenza adattano il proprio modo di suonare... L’improvvisazione consiste nel variare, combinare e ricombinare un insieme di motivi all’interno dello schema che definisce i limiti dell’esecuzione e le dà coerenza”. Mentre per il modello della razionalità tecnica esiste un mondo conoscibile in modo oggettivo, indipendente dai valori e dai punti di vista del professionista e verso il quale egli

assume un atteggiamento di spettatore-manipolatore, per il modello riflessivo di Schön il professionista partecipa della situazione su cui deve intervenire e che cerca di comprendere; pertanto riflessione e azione si combinano “in un processo transazionale, indeterminato e intrinsecamente sociale”, e il professionista si comporta come un agente-sperimentatore.

Schön analizza diversi casi concreti per mostrare come la riflessione nel corso dell'azione si realizzi attraverso la sperimentazione. Per formulare il problema il professionista esprime un'ipotesi sulla situazione che affronta, e la sperimentazione consiste nel far sì che l'ipotesi si realizzi; l'azione con cui egli verifica la sua ipotesi è insieme una mossa con cui cerca di introdurre un cambiamento nella situazione, e una sonda attraverso cui la esplora. L'attività sperimentale “è contemporaneamente esplorazione, verifica di mosse e verifica di ipotesi. Le tre funzioni sono soddisfatte proprio dalle azioni. E da tale circostanza deriva il carattere distintivo della pratica”. La sperimentazione consiste, dunque, in una spirale di successive fasi di azione e di apprezzamento dei risultati dell'azione, che definiscono nuovi problemi e nuove finalità sino al raggiungimento di una situazione soddisfacente. I cambiamenti sono l'essenza del metodo, perché il professionista comprende la situazione solo strutturandola, cercando di trasformarla in un'altra che preferisce attraverso l'imposizione di un suo criterio d'ordine. I tentativi di trasformazione produrranno anche risultati non intenzionali, e il professionista deve rimanere aperto alle risposte impertinenti della situazione, perché se ignorasse la resistenza al cambiamento esercitata dalla situazione, l'esperimento diventerebbe una mera profezia che si autorealizza; il rigore della sperimentazione consiste non solo nel cercare di strutturare la situazione, ma nell'accettare il fallimento del proprio tentativo di strutturarla.

Anche se 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. La strategia del professionista consiste nel 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 quella, può agire in questa situazione come in quella. 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.

Il modello riflessivo sottolinea più che la responsabilità dell'esperto come rappresentante del sapere scientifico, la sua responsabilità come attore nel contesto decisionale dell'agire politico; i professionisti sono visti come partecipanti a una vasta conversazione con la società, in cui cittadini ed esperti condividono la responsabilità di quanto accade.

Competenze per la prevenzione e gestione dello stress

Quali sono le competenze specifiche che oggi individui ed organizzazioni debbono posse-

dere per mantenere o ristabilire la propria salute in situazioni di emergenza, sofferenza, instabilità? 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?

La gestione dei fattori legati all’incertezza, alla contraddittorietà delle spinte endogene ed esogene con cui gli individui si trovano a fare quotidianamente i conti, richiede sempre più competenze specialistiche, professionali e di vita. Un particolare tipo di competenze che si configurano come un’area di capacità definibile come una metacompetenza: “la metacompetenza definisce un territorio oltre, di secondo ordine, nel quale le donne e gli uomini dispiegano le proprie abilità/dimensioni più alte, nel tentativo di inventare un senso a quanto sta loro accadendo rispetto alle interazioni diverse intrapsichiche e intersichiche, delle quali sono autori e coautori, all’interno di un processo di comunicazione non predefinito da procedure impositive ma caratterizzato da una forte disponibilità all’ascolto, al confronto, all’attenzione”¹.

La capacità di gestire il proprio stato di salute, così come la capacità di gestione dei fattori legati all’incertezza e allo “stress”, sono divenute, quindi, competenze strategiche sia a livello professionale che di vita, mentre fino ad oggi, sono state trascurate le potenzialità insite nell’accogliere un paradigma che permetta di guardare all’individuo coniugando in modo intenzionale: il tema delle sue competenze nella vita e nel lavoro, la sua capacità di apprendere e di gestire le informazioni e le emozioni e il suo stato di salute.

Competenze individuali per la salute

L’*“health literacy”* è un concetto relativamente nuovo nell’educazione alla salute che in italiano trova il suo corrispettivo nei termini “competenze chiave per la salute” o “alfabetizzazione alla salute”. Recentemente sta ricevendo un’attenzione sempre maggiore, in quanto componente critica 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 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. È importante porre attenzione sulla costru-

¹ Giuseppe Varchetta in: Apprendimento di competenze strategiche, ISFOL, Franco Angeli, Milano, 2004.

zione di significati, sulla possibilità di interiorizzare e socializzare valori quali “sicurezza”, “cambiamento” e “differenza”.

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 è guidata da un'intenzionalità, 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. 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. La tendenza è oggi, invece, a riconsegnare all'individuo tutta la propria capacità od incapacità di risultato lavorativo. L'individuo, riflettendo, è in grado di generare una combinazione di risorse adatte a fronteggiare una specifica situazione. Si potrebbe asserire che la capacità di combinare efficacemente le risorse è, anch'essa una sorta di “meta competenza”.

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, lavora sull'*empowerment* e cioè, in primo luogo, sullo sviluppo di competenze di consapevolezza del sé e di padronanza di sé, motivazione, empatia, resilienza, *coping*, abilità sociali, ovvero le classi di competenze emozionali evidenziate in letteratura come competenze professionali attese.

Bibliografia

Conti P., *L'altra metà dello studio medico*, Fondo Professioni - Ministero del Lavoro, 2008.

Conti P. in *Sperimentare in ottica di genere*, Cantieri, Dipartimento Funzione Pubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ed. Scientifiche Italiane, Roma, 2005.

Conti P. in, *Servizi innovativi per il lavoro in Campania, Il progetto mirato per l'analisi e il monitoraggio dei fabbisogni professionali del territorio*”, ARLAV, Napoli, 2004.

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.

Conti P., *Genere, lavoro, salute e competenze*, Commissione Pari Opportunità della Regione Veneto, 2003.

Le Boterf G., *De la compétence à la navigation professionnelle*, Les Editions d'Organization, Paris, 1997.

Le Boterf, G., *De la compétence*, Paris, Les Éditions d'Organisation, 1994.

Schön Donald A., *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, 1993, Traduttore Barbanente A., Bari, Dedalo ed.

Sviluppo della capacità di “attenzione consapevole” nei luoghi di lavoro

Laura Bongiorno

Key words: *corpo, tensioni muscolari, polarità opposte, conflitto, capacità di contatto, pratica dell'attenzione consapevole, consapevolezza di sé, narrazione, approccio biografico-narrativo, discontinuità, adattamento, orientamento, ricostruzione di senso.*

“L'attenzione è molto più che un mezzo per scoprire qualcosa, l'attenzione è un fattore di sanità in se stesso” (C. Naranjo, 2009). Dando uno sguardo al panorama di testi, corsi, documenti e proposte relative alla salute e sicurezza sul lavoro, salta subito agli occhi che, a fronte di un interesse crescente per questi temi, mancano quasi del tutto riferimenti a quello che dovrebbe essere il vero protagonista di queste riflessioni e proposte. Il “protagonista dimenticato” o comunque trascurato, nei percorsi sulla salute e sicurezza è il corpo.

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.

Siamo abituati a far finta che il corpo non esista, a considerarlo come qualcosa di esterno, che ci appartiene, una “carrozzina” che accompagna la nostra mente e, soprattutto sul luogo di lavoro, ce ne dimentichiamo se non quando “crea” dei problemi a noi o all'organizzazione in cui lavoriamo.

Come amava sottolineare F. Perls, il padre della Psicoterapia della Gestalt, non *abbiamo* un corpo, *siamo* il corpo: mente e corpo sono parti integranti di un'unica realtà, costituita da un processo di rinnovamento continuo in cui gli aspetti e le esperienze psicologiche non sono separabili da quelle corporee.

Le emozioni diventano concrete ed esperibili attraverso la modulazione delle tensioni muscolari; con il corpo entriamo in contatto o inibiamo il contatto con l'ambiente; attraverso la modulazione della tensione muscolare aumentiamo o diminuiamo la nostra attenzione al mondo interno ed esterno.

Quando l'organismo non riesce a esprimere emozioni, sentimenti e bisogni, impara a bloccare l'espressione corporea, inibendo i movimenti che li formano. Il movimento viene inibito concretamente, contrastandolo con un'eguale forza di muscoli opposti, che quindi sono mobilitati ma impediti nel movimento, ad esempio un pugno stretto ma immobile. L'espressione di un'emozione così interrotta può cronicizzarsi e rimanere presente nell'organismo sotto forma di tensione quasi invisibile. Implicita in queste inibizioni muscolari è una scissione del funzionamento della persona in parti (polarità) opposte: una parte che vorrebbe

agire e l'altra che blocca l'azione, per esempio desiderio di colpire e contemporaneamente paura di farlo. Nei luoghi di lavoro spesso le persone soffrono di tensioni legate all'impossibilità di gestione di questi conflitti tra polarità opposte. L'impossibilità non è legata solo alla pericolosità dell'espressione di alcune emozioni (ad esempio l'espressione della rabbia verso i colleghi o i superiori è spesso difficile e svantaggiosa) ma alla mancanza di consapevolezza e alla difficoltà di decodificazione di queste tensioni. Non è un caso se i manuali e le offerte di corsi per la gestione dei conflitti sui luoghi di lavoro sono in aumento.

Imparare ad ascoltare il corpo richiede lo sviluppo di capacità di contatto e attenzione. In un mondo in cui i moderni mezzi di comunicazione ci permettono un costante contatto con tutti, stiamo perdendo il contatto con noi stessi, abituandoci a mantenere un'attenzione parziale, magari su più livelli contemporaneamente, rischiamo di perdere la capacità di rimanere davvero presenti a noi stessi e di concentrarci su quello che sentiamo, pensiamo, facciamo.

Per usare le parole di Bruno Callieri, “l'attenzione è una funzione che focalizza e indirizza l'attività mentale cosciente verso determinati oggetti, azioni, scopi e che è capace di mantenersi per un periodo di tempo più o meno lungo a determinati livelli di tensione mentale”.

La pratica dell'attenzione permette di accorgersi dei momenti in cui il contatto con l'ambiente è interrotto, insufficiente o insoddisfacente.

La possibilità di prestare attenzione prevede un livello ottimale di tensione muscolare: un eccessivo rilassamento non ci rende vigili, ma una tensione eccessiva si traduce in contrazione che impedisce la sensibilità e la consapevolezza di quello che succede nel corpo. Raggiungere e mantenere questo stato di “vigilanza rilassata” non è un compito facile: occorre un esercizio costante, un addestramento a riportare continuamente indietro l'attenzione quando ci accorgiamo che tende a vagare.

La disattenzione costante ha delle ripercussioni su tutti gli ambiti della vita di una persona, dalla vita privata a quella lavorativa e gli incidenti sui luoghi di lavoro sono spesso riconducibili a processi di disattenzione a livello organizzativo e individuale.

Prestiamo attenzione a quello che succede dentro di noi e intorno a noi in modo discontinuo e di solito siamo lontani dal contatto reale con quello che ci sta accadendo nel presente, presi dall'anticipare continuamente gli eventi o dal ricordare quelli passati.

Anche in questo momento, mentre leggiamo, siamo consapevoli di cosa attira la nostra attenzione? Cosa ci piace e cosa non ci piace di quello che leggiamo? Come stanno i nostri piedi? E la nostra schiena? Stiamo comodi o scomodi? Possiamo fare qualcosa per stare più comodi? Imparare ad ascoltare il corpo significa osservare quello che accade “qui e ora”: tensioni muscolari, respiro, postura, emozioni, pensieri, suoni, odori...

La pratica dell'attenzione permette lo sviluppo della capacità di auto-osservarsi, di percepire con consapevolezza l'oggetto dell'attenzione, esterno o interno che sia.

L'attenzione è guidata dall'interesse per gli oggetti, per quello che si fa. Il primo passo è quindi provare interesse per quello che succede al corpo e con umiltà imparare a dargli ascolto. Imparare a riconoscere i primi segnali di tensione, stanchezza, stress, permetterebbe di individuare l'insorgere di problematiche tipiche degli ambienti di lavoro che a lungo trascu-

rate possono portare anche a gravi patologie. Basta pensare ai numerosi danni causati dall’assunzione di posture errate. Quante volte riusciamo ad avvertire i piccoli segnali di tensione alle spalle o al collo dovuti alla posizione davanti al computer? E quando riusciamo ad avvertirle, quante volte gli diamo ascolto? Di solito non cambiamo posizione e non prendiamo precauzioni fino a quando la tensione si trasforma in dolore costringendoci magari ad abbandonare il posto di lavoro per giorni.

Se noi *siamo* il corpo, imparare a prestargli attenzione equivale a prestare attenzione a noi stessi, ad ascoltarci. Il corpo racconta continuamente la nostra storia: chi siamo, da dove veniamo, i sentimenti, i nostri stati di benessere o malessere, ma non sempre sappiamo come ascoltarlo.

L’approccio biografico-narrativo

L’approccio biografico-narrativo, partendo dall’attenzione alla biografia dell’individuo, permette di dar voce alle esperienze scritte nel corpo, rendendole consapevoli e “narrabili” a se stessi e agli altri.

La narrazione da sempre è uno strumento fondamentale per conoscersi e farsi conoscere, attraverso la narrazione diamo spessore alla nostra esperienza, la rendiamo viva e condivisibile. Continuamente raccontiamo la nostra vita lavorativa agli altri e a noi stessi ma raramente prestiamo attenzione a quello che diciamo o ci fermiamo a riflettere sull’importanza che questi racconti hanno per la nostra identità professionale. Utilizzare un approccio narrativo nei luoghi di lavoro significa dare alle persone la possibilità di scoprire (o ri-scoprire) il piacere e/o il senso del proprio lavoro.

La narrazione non si esaurisce nello scambio di racconti o testimonianze lavorative, ma prevede la possibilità di rielaborare i contenuti della propria storia. Attraverso il racconto possiamo rileggere gli eventi che ci hanno portato a una determinata condizione, riconoscere e valorizzare le nostre risorse e inventarci continuamente nuovi paesaggi possibili in cui inserire le nostre esperienze.

Un forte elemento di sofferenza nei contesti lavorativi (non solo nei casi di burnout e mobbing) è sicuramente legato al senso di impotenza e di mancanza di controllo sugli eventi, dovuto anche all’aumento del numero di contratti a breve termine. Questa situazione porta con sé un’esperienza di discontinuità, precarietà, frammentazione, mancanza di punti di riferimento, perdita del senso di autoefficacia professionale, che rende necessaria l’acquisizione di una maggiore capacità di adattamento alla realtà lavorativa poco prevedibile e in continuo mutamento.

Bisogna ricordare che non sono gli eventi stressanti in sé a causare lo sviluppo di malattia, ma il modo di interpretarli e di reagire ad essi. Seguire un approccio biografico-narrativo permette di aiutare le persone a sentirsi protagonisti della propria storia, a ricostruire la trama degli eventi principali della vita e accompagnarli alla scoperta delle emozioni legate (e spes-

so nascoste) in questi eventi. La ricostruzione narrata permette alla persona di orientarsi tra gli eventi del passato, mettendo ordine e forse trovando nuove modalità per costruire la sua relazione con il mondo lavorativo.

Per ricostruire il proprio percorso professionale e personale bisogna riprendere in mano pezzettini di esperienze isolate e organizzarli restituendo un senso di continuità, per trasformarli in percorsi dotati di senso e scoprire che, quando si riflette davvero su sé stessi e sui cambiamenti avvenuti nella propria vita, tutte le esistenze, in quanto uniche e irripetibili, diventano interessanti e preziose.

Inoltre, acquistare consapevolezza di come le storie familiari e professionali si intrecciano e si modificano a vicenda aiuta a colmare la distanza che spesso si crea tra queste due aree fondamentali della vita delle persone e a trovare nuove strategie individuali per migliorare questo delicato rapporto.

Ma cosa significa nella pratica lavorativa quotidiana prendere in considerazione e promuovere le condizioni che favoriscono nei lavoratori i processi di ascolto, attenzione e consapevolezza? Perché un intervento sui luoghi di lavoro finalizzato al benessere dei lavoratori sia davvero efficace è importante partire dalla consapevolezza di sé e delle proprie specificità. Il D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 introduce una concezione di “salute e sicurezza” e di “prevenzione” che deve tenere conto delle differenze dei lavoratori/lavoratrici (differenze legate a sesso, genere, età, provenienza...). Imparare a riconoscere le differenze (le proprie prima di tutto e quelle degli altri) è il primo passo per potersi appoggiare ad esse e trasformare l’eterogeneità in risorsa preziosa.

Promuovere lo sviluppo di queste competenze sul luogo di lavoro significa creare spazi (fisici e di ascolto) in cui le persone, guidate da formatori esperti, possano apprendere strategie per affinare attenzione, contatto e gestione dello stress, non solo ai fini dell’assolvimento delle norme, ma per garantire un processo continuo di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro.

Utilizzare un approccio narrativo nei luoghi di lavoro:

- permette alle persone di imparare a leggere la propria storia professionale facilitando l’assunzione di responsabilità (non di “colpa”!) per i propri atteggiamenti/comportamenti disfunzionali (“sono gli altri che sbagliano”...);
- aiuta le persone ad uscire dai ruoli in cui sono spesso inconsapevolmente incastrati (es. vittima/carnefice);
- può ridurre il senso di impotenza (“Non è giusto!”, “che ci posso fare”, “mi sento in trappola”...);
- può alleviare il senso di solitudine e isolamento (“nessuno mi può capire”...);
- permette la valorizzazione dell’esperienza (propria e dei colleghi) e il riconoscimento di limiti e risorse;
- aiuta a cambiare punto di vista e stimola una modalità di approccio creativa ai problemi;
- incoraggia il senso di appartenenza al gruppo attraverso la condivisione di racconti, miti e pettegolezzi sui colleghi e sull’organizzazione; può rafforzare il senso di identità professionale.

Esercitare la pratica dell’attenzione consapevole serve a chiarire dove la nostra attenzione tende a soffermarsi prevalentemente e cosa tende ad evitare. È utile per rendersi conto di quali canali percettivi vengono privilegiati e quali trascurati; di quanto l’attenzione segue le sensazioni fisiche, le percezioni sensoriali, le emozioni, i pensieri, l’immaginazione, il ricordo; quanto la persona è in contatto con l’esterno e quanto con il proprio vissuto interiore.

Lo sviluppo di un’attenzione consapevole favorisce l’apprendimento, permette l’osservazione di se stessi e degli altri da una posizione di maggiore indipendenza, mette le persone in condizioni favorevoli al confronto e al lavoro in team e riduce i danni causati dallo stress cronico. Sviluppare queste competenze gioverebbe quindi non solo al benessere del singolo lavoratore ma di tutta l’organizzazione.

Bibliografia

Ginger, S., Ginger A., *La Gestalt. Terapia del con-tatto emotivo*, ed. Mediterranee, 2004.

Kabat-Zinn J., *Riprendere i sensi*, ed. Corbaccio, 2006.

Naranjo C., *Per una Gestalt Viva*, Astrolabio Edizioni, 2009.

Polster E., *Ogni vita merita un romanzo*, ed. Astrolabio, 1988.

Rossi O., *L'utilizzazione clinica dell'attenzione e della consapevolezza nella psicoterapia della Gestalt*, INFormazione n. 32-33.

Schnake A., *I dialoghi del corpo*, ed. Borla, 1998.

Per non essere felici soltanto a metà

Samantha Gamberini

Key words: *formazione, prevenzione, valutazione, analisi dell'impatto di genere, stereotipi, logistica, genere, ottica di genere, ottica neutra.*

Premessa

Per riuscire a far fronte in modo adeguato alle esigenze della sicurezza, la leva della formazione, soprattutto in un'ottica preventiva, diventa un utile, se non indispensabile, strumento. Lo sforzo che occorre compiere è notevole, ma sicuramente stimolante. Si richiede infatti un cambio di paradigma, che porti a un "dosaggio adeguato" che in prospettiva dovrebbe divenire personalizzato. Da questo punto di vista la formazione deve necessariamente comprendere elementi sia organizzativi sia culturali, compresa la pratica, poco utilizzata, della valutazione dell'impatto delle scelte effettuate.

Tempo fa una mia conoscente, un manager di sesso femminile, si trovò spiazzata di fronte a un colloquio di lavoro, nel quale una delle leve utilizzate dal selezionatore (di sesso maschile) era la promessa come benefit di un'auto prestigiosa di grossa cilindrata. All'espressione turbata della donna, il selezionatore, che aveva interpretato la mimica, come un chiaro segnale di sdegno nei confronti di marca e modello, aveva cominciato a rilanciare marche e modelli sempre più costosi. Arrivato al top della categoria dei veicoli possibili, stremato si era rivolto alla manager e con aria affranta le aveva chiesto "ma insomma si può sapere che auto vuole?". La risposta fu per il selezionatore sorprendente "guardi, non conosco i modelli che mi ha proposto, ma a me andrebbe bene un'utilitaria facile da parcheggiare, quello che mi interessa non è la macchina, ma poter avere mezz'ora di flessibilità in entrata al lavoro".

L'acquisto ad esempio di una flotta di auto aziendali, sempre più sicura e performante, può essere sicuramente un investimento intelligente da parte di un'azienda, al fine di ridurre il più possibile le conseguenze di incidenti stradali, ma perché non affiancarla a un utilizzo sempre maggiore di tecnologie di comunicazione, che suppliscano all'esigenza di spostamenti fisici dei dipendenti. Questo consentirebbe di spendere meno, ottimizzare i tempi, ridurre i pericoli dovuti alla movimentazione di persone e contestualmente venire incontro alle esigenze soprattutto (ma non solo) della compagine femminile, consentendo orari più elastici e trasferite meno pesanti.

In questo modo anche comportamenti discriminatori dovuti alla minor disponibilità di tempo (a volte reale altre volte presunta) potrebbero essere limitati, forse con l’ulteriore vantaggio di incidere positivamente sul *work-related stress*.

Perché inoltre non rendere (dove possibile) flessibile l’orario in modo da evitare le punte di traffico che ovviamente incidono sul fattore sicurezza?

Certo se si affronta la tematica dal punto di vista delle pari opportunità, il rischio di incorrere in atteggiamenti di chiusura (basti pensare a quanto poco è utilizzato il telelavoro o le resistenze che esistono in ordine alla flessibilità dell’orario) è quasi inevitabile o comunque deve essere preso in considerazione, mentre un discorso che comprenda anche elementi di carattere economico, di ottimizzazione delle risorse e di sicurezza può (e sottolinea può) avere maggiori possibilità di essere recepito.

Citando l’esempio dell’innovazione tecnologica appena riportato, senza un intervento culturalmente adeguato, dobbiamo considerare la possibilità di avere diverse valutazioni a seconda del genere: lei usa le tecnologie perché poveretta non ha tempo, lui le usa perché è un mago dell’informatica.

Risulta infatti palese, per chi si occupa di negoziazione e di valutazione delle ricadute in un ottica di genere, la presunta neutralità del nostro mercato del lavoro che spesso si associa a costrutti e stereotipi che sono difficili da contrastare senza un’adeguata operazione formativa ed informativa. Teoricamente infatti le aziende dovrebbero essere le prime ad avere l’interesse di un’adeguata gestione delle risorse anche “umane”, gestione che può essere quantificata economicamente, ma questo nella realtà non sempre accade, come non sempre viene fatta un’adeguata operazione di analisi dell’impatto di genere da parte di chi opera per le organizzazioni sindacali.

Cecità culturalmente costruita

«È un contrasto grandioso nello spazio, nel tempo e nei suoi personaggi, ma com’è paurosamente meschino il modo in cui viene condotto! Nonostante la loro statura eccezionale, queste due donne rimangono comunque donne, non riescono a liberarsi della debolezza del loro sesso, non riescono a combattere lealmente le loro battaglie, lo fanno sempre in maniera subdola e meschina. Se invece di Maria Stuarda ed Elisabetta si fronteggiassero due uomini, due re, si giungerebbe subito ad uno scontro aperto, a una guerra dichiarata.»¹

Questo breve brano, tratto dall’opera di uno degli scrittori più tradotti del suo tempo, consente di porre l’accento su uno dei più complessi scenari con i quali confrontarsi: quello culturale. Le riflessioni che possono essere fatte sono molteplici e credo che ognuno possa trovare interessante affrontarle, sia in merito alla lista delle “virtù” comunemente attribuite a un genere rispetto a un’altro, ma anche alla diversa valutazione che allo stesso comporta-

¹ Stefan Zweig, *Maria Stuarda, le grandi biografie*, Fabbri Editori, 2000, pag. 89.

mento viene attribuito, dipendentemente dal fatto che a compierlo sia un uomo piuttosto che una donna.

L'assunto di base, senza il quale si rischia di non cogliere alcuni aspetti di particolare rilievo, è che *"il genere è un costrutto culturale, verso il quale abbiamo una cecità culturalmente costruita"*².

Questa cecità spesso non ci consente un'analisi realmente neutra delle situazioni sulle quali desideriamo intervenire, e azioni positive rischiano di non avere gli impatti sperati e a volte di essere addirittura controproducenti. Chi si occupa, inoltre, di tematiche legate al genere, ha spesso potuto constatare quanto la neutralità, nell'attuale condizione, non sia un costrutto reale, ma un sinonimo di maschile.

Quando si parla al neutro si parla di uomini, per visualizzare il concetto basta pensare a un fatto in realtà molto banale: le donne sono le più grandi consumatrici di farmaci (ne prendono fra il 20% e il 30% in più rispetto agli uomini), eppure gli effetti dei farmaci sono studiati prevalentemente sugli uomini e le dosi medie sono calibrate su un uomo dal peso di 70 chilogrammi³.

L'aspetto della formazione alla sicurezza in un ottica di genere, si confronta, o meglio, sta iniziando a confrontarsi con questa cecità culturalmente costruita, unitamente a un elemento che la pervade e che è costituito dal diverso valore del maschile rispetto al femminile. A volte può sembrare una lotta impari, a causa del fatto che i cambiamenti culturali richiedono molto tempo, altre volte perché si ha la sensazione di confrontarsi con tematiche che lasciano il tempo che trovano, e che non solo non sono prioritarie, ma il frutto di stati d'animo emotivi e non razionali.

Dalla pubblicazione dell'*European Agency for Safety and Health at Work* dal titolo *Gender issues in safety and health at work*⁴ emergono diversi spunti interessanti sui quali vale la pena di soffermarci: il primo è la necessità di contestualizzare l'elemento della sicurezza sul posto di lavoro con la condizione lavorativa delle donne. A causa infatti della forte segregazione sia orizzontale sia verticale, i generi sono esposti a diversi tipi di rischi e di *stressors* professionali (anche quando sono occupati nello stesso settore). La concentrazione inoltre delle donne, nei contesti meno retribuiti e un differenziale salariale piuttosto marcato anche a parità di lavoro svolto, è un ulteriore elemento da prendere in considerazione. A questo ovviamente deve essere aggiunto una maggiore precarietà, e un più elevato utilizzo del part time (per far fronte alle cosiddette esigenze di cura).

Premesso questo, la ricerca citata, esplicita con disarmante chiarezza che l'approccio alla sicurezza e alla salute anche in termini legislativi risulta *neutro*, il che significa che le questioni di genere e le differenze vengono ignorati in politica, nelle strategie e nelle azioni. Le differenze inoltre sono spesso ignorate nella ricerca. Decisioni e politiche in materia di salute e sicurezza sul lavoro che appaiono neutre rispetto al genere possono avere un diverso

² Silvia Gherardi, *il genere e le organizzazioni*, Raffaello Cortina Editore, 1998, pag. 15.

³ http://www.sifweb.org/gruppilavoro/gender_main.php.

⁴ <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/209>.

impatto sulle donne e sugli uomini, anche quando un tale effetto non era né previsto né desiderato. Questo perché esistono differenze sostanziali nella vita lavorativa e nella vita sociale intesa in senso più ampio.

D’altro canto (continua l’Agenzia) vi è la prova che l’assunzione di una prospettiva di genere neutra nell’ambito dell’approccio alla salute e sicurezza sul lavoro contribuisca al mantenimento di lacune nelle conoscenze e alla formulazione di politiche meno efficaci di prevenzione.

Per esempio, essa contribuisce a:

- trascurare o ignorare le differenze di genere;
- porre meno attenzione ad alcune ricerche nei settori “tipicamente” femminili;
- sottovalutare la portata dei rischi per le donne;
- non considerare come azione positiva l’aumento del numero di donne in grado di prendere decisioni in temi di sicurezza;
- scarsa adeguatezza delle politiche di prevenzione.

Da questo punto di vista, risulta sicuramente un elemento fortemente positivo la recente decisione dell’Inail di costruire una banca dati al femminile in grado di fornire indicazioni estremamente utili, in merito alle differenze di genere, sia in ambito di malattie professionali sia di infortuni.

Ma anche un altro fattore risulta evidente dallo studio citato, la lotta alle discriminazioni costituisce un elemento indispensabile nell’ambito della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

La formazione può fare molto anche in ordine ai cambiamenti culturali, che possono incidere positivamente sia sull’organizzazione del lavoro, sulla qualità del lavoro (anche della compagine femminile) e sulla sicurezza.

Questo per evitare paradossi nei quali in questo periodo storico si rischia di incorrere con maggior frequenza anche rispetto al passato.

Il primo è quello della crisi, che può far applicare politiche conservative in contesti in continuo mutamento. La parola d’ordine sembra essere “ringrazia che hai un lavoro” e questo sottintende a un approccio che paradossalmente riducendo spazi alla ricerca, all’innovazione, alla sperimentazione e talvolta anche all’applicazione delle normative, finisce per determinare costi individuali e collettivi, oltre che aziendali, che ancor più del passato, non sono sostenibili.

Esiste inoltre il rischio di identificare la normativa di riferimento, a tutela delle donne, come il problema che deve essere rimosso. La maggior tutela di determinati periodi della vita (che mi piace ricordare non durano per sempre), costituirebbe la penalizzazione principe per il lavoro femminile. Tramite la loro rimozione, o il loro “adeguamento” risulterebbe possibile rendere più appetibile la componente femminile per il mercato del lavoro. Questo per la maternità, ma anche per la sicurezza, o per elementi legati alle obbligazioni

datoriali. Se questo pensiero è dotato di una sua logica non tiene però conto di diversi elementi. La problematicità nell'ambito non della qualità del lavoro, ma di un'organizzazione rigida e poco propensa ad attribuire valore se non al tempo dedicato al lavoro a dispetto di un concetto più ampio di meritocrazia, non è legata esclusivamente al costruito normativo. Inoltre se il presupposto di base fosse l'unico da tener in considerazione, passati i quarant'anni le donne dovrebbero fare una carriera folgorante, riprendendo il passo rispetto a momenti nei quali la maternità le ha costrette ad alcuni mesi di assenza totale o parziale dal lavoro. Questo nella pratica (dagli studi statistici di riferimento) non avviene, le donne continuano a essere inserite in un contesto che promuove segregazioni verticali ed orizzontali, e il dramma è che spesso nemmeno se ne accorgono percependo il problema a livello personale e non di genere.

Il secondo paradosso riguarda la seconda faccia della medaglia della presunta neutralità normativa, che comunque riguarda anche gli uomini, basti pensare alla tutela in merito alla maternità per quanto riguarda la donna, mentre la salute riproduttiva maschile risulta praticamente ignorata.

Forse le parole di Aristotele - che sicuramente non era un femminista - possono farci riflettere: *“quegli stati, infatti, nei quali la natura delle donne è di scarso valore, come accade tra gli Spartani, sono felici soltanto a metà”*⁵.

⁵ Aristotele, Retorica, retorica I, 1361a.

Consapevolezza di genere per il miglioramento del sistema di prevenzione

Renata Borgato

Key words: *approccio reattivo, approccio proattivo, congedi parentali, conciliazione, formazione, norme, orientamento, tutela, soggettività, principio di soggettività, modalità formative innovative, teatro.*

Nel 1860 - era appena iniziata la rivoluzione industriale - **Jules François Simon**, futuro primo ministro francese, ebbe a dire “una donna che lavora non è più una donna”.

La frase di Simon presentava con forza un’immagine stereotipa e tranquillizzante del ruolo della donna alla quale per gli uomini era difficile rinunciare e riproponeva icasticamente, senza tener conto delle profonde modificazioni in atto, un modello di società in cui la reale attività femminile era condannata all’invisibilità.

Ovviamente oggi le cose sono molto cambiate. Ma le nostre radici culturali affondano in quel terreno e da un riesame critico di esso occorre partire per ripensare alle differenze in una più lungimirante prospettiva.

È proprio dalla presenza delle donne, visibili nel mercato del lavoro, ormai riconosciute nella loro specificità di genere e dalla loro incompressibile differenza che si può addirittura trarre stimolo per un miglioramento complessivo delle condizioni di tutte le lavoratrici e di tutti i lavoratori.

In questa prospettiva si può riconoscere ai temi della sicurezza in ottica di genere una doppia funzione: specifica e di orientamento.

Il modo di trattare queste tematiche può essere riconducibile a due approcci: quello reattivo e quello proattivo. È reattivo in caso sia la conseguenza di un cambiamento culturale già intervenuto e ormai sedimentato nella società, proattivo quando invece esprime un pensiero ancora poco diffuso di cui diventa strumento di promozione.

Sono in larga misura reattive varie disposizioni che hanno l’obiettivo specifico di garantire una più puntuale tutela delle donne¹.

¹ In particolare tra esse segnaliamo: il D.Lgs. 81/2008, il D.Lgs. 151/2001, le linee direttrici della UE. Il D.Lgs. 81/2008 fa vari riferimenti al tema della tutela di genere, a partire dal comma 1 dell’art. 28 in cui prevede esplicitamente una valutazione dei rischi riguardante le lavoratrici in stato di gravidanza. Esso ha recepito la direttiva UE 92 /85 e, tenendo conto dei suoi dettagli, ha stabilito che il datore di lavoro debba: 1. valutare i rischi per la sicurezza delle lavoratrici in gravidanza, puerperio o durante il periodo di allattamento della prole, con particolare attenzione ai rischi di esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici, processi o alle condizioni di lavoro che vengono indicate in un apposito allegato. La valutazione sessuata deve essere effettuata anche qualora non ci siano lavoratrici in gravidanza allo scopo di individuare anticipatamente le misure di prevenzione e protezione da adottare in caso di bisogno. 2. informare le lavoratrici e gli RLS sulla valutazione dei rischi e sulle conseguenti misure modificare, se necessario, le condizioni o l’orario di lavoro della lavoratrice gestante.

Pur definendo norme nuove, il decreto si iscrive in una linea di continuità: le misure di tutela della donna incinta sono tutt’altro che innovative: le prime leggi risalgono addirittura ai primi anni del Novecento e, come ho già accennato, ponevano l’accento più sulla funzione materna che sui diritti della donna in quanto lavoratrice (vedi Box).

Proprio per evitare che la tutela di una specificità possa causarne la discriminazione - e per evitare ogni implicito ricatto - è conveniente che le tutele non riguardino solo alcuni segmenti di lavoratori, ma siano estese al maggior numero possibile di persone.

Alcune disposizioni del D.Lgs. 151 vanno in questo senso, soprattutto nei passi in cui contiene norme utili a favorire una più agevole distribuzione degli impegni di cura tra i genitori e rendere effettivi i divieti di discriminazione. E proprio queste acquisiscono una funzione proattiva, spingono cioè a una nuova distribuzione di compiti tra donna e uomo.

Le disposizioni infatti facilitano la condivisione dei compiti genitoriali e premiano con la concessione di un periodo più lungo di congedo le coppie in cui il padre accudisca il neonato.

Esse danno la possibilità di migliorare la qualità complessiva di vita delle lavoratrici e dei lavoratori. In varie interviste infatti le lavoratrici hanno lamentato gli effetti sul loro stato di salute del dover conciliare il proprio ruolo di madri o la propria funzione di accadimento a familiari in difficoltà e hanno spontaneamente ricondotto la loro percezione di essere stressate a un senso di inadeguatezza sia sul lavoro che in famiglia: “è un continuo correre. E quando sono con i bambini mi viene da pensare a quel che ho trascurato sul lavoro. Ma quando sono al lavoro penso che non sono andata in farmacia per mia suocera...e devo fare tutto io” testimonia emblematicamente Eloisa.

Ma il disagio di non riuscire a conciliare i diversi aspetti della propria vita è stato registrato anche da dei giovani padri, che avvertono come frustrante e ansiogeno il non potersi dedicare abbastanza ai propri figli.

Quindi le norme che permettono di gestire più flessibilmente i congedi tra genitori possono contribuire indirettamente anche a ridurre la presenza di eventi stressogeni.

Il benefico effetto delle norme dettate dal D.Lgs. 151 viene ulteriormente dilatato dall’applicazione delle norme contenute nella legge 53/00 che tendono a migliorare la complessiva qualità di vita delle persone.

In questa direzione vanno le misure che prevedono programmi di formazione finalizzati sia a rispondere a esigenze di sviluppo personale sia a facilitare il reinserimento dopo periodi di congedo nonché i permessi per la cura dei famigliari e le disposizioni per il coordinamento dei tempi della città.

L’insieme di queste norme permette una gestione meno rigida dei tempi e dei ruoli, e quindi riduce almeno in parte le tensioni. Non si tratta certo di strategie risolutive, ma comunque adatte a favorire il mantenimento della salute intesa come “stato di benessere fisico, mentale e sociale non consistente solo in un’assenza di malattia o infermità²”.

² Art. 2 D.Lgs. 81/2008.

Con riferimento a questa definizione, si supera il concetto di una tutela esplicitamente - e riduttivamente - legata al genere e si giunge a una più complessiva funzione di orientamento: il raggiungimento dello stato di salute è possibile infatti solo se si pensa alle persone come soggetti con caratteristiche soggettive, con bisogni che si modificano nel tempo, come donne e uomini con peculiarità non omologabili a uno standard predefinito.

Un primo riconoscimento del fatto che le persone sono diverse tra loro viene introdotto formalmente proprio dal D.Lgs. 151 nell'art. 20 che sancisce la flessibilità nella fruizione del congedo di maternità.

Nel concedere infatti una discrezionalità nella scelta della data di inizio del congedo, il decreto ammette implicitamente che esistono peculiarità personali che non è utile omologare.

In ragione di questa soggettività (riconducibili alle condizioni fisiche, alle specificità del lavoro e a una serie di altri fattori che devono essere di volta in volta valutati) starà in ultima istanza alla donna, debitamente indirizzata dal medico curante, decidere se proseguire il lavoro fino all'ottavo mese di gravidanza e fruire successivamente di quattro mesi di congedo o se sospendere il lavoro al settimo mese e quindi rientrare dopo tre mesi dal parto.

Si tratta di una vera piccola rivoluzione copernicana che non pone più al centro la norma, ma il bisogno individuale e la scelta del soggetto: "sto benissimo. Non sono mai stata così bene e il mio lavoro non mi stanca. Non ho particolari contatti con il pubblico - se no preferirei starmene a casa, sono diventata una balena! - quindi mi è molto più comodo lavorare il più a lungo possibile. Così in seguito avrò più tempo per stare col bambino" dice Marta.

È ovviamente necessario che ciò corrisponda, però, al riconoscimento di un'effettiva esigenza della donna e non a condizioni in qualche modo imposte.

Proprio a partire da questo riconoscimento "ufficiale" del principio di soggettività, si potrebbe cominciare il cammino per estenderlo ad altre esigenze personali.

Infatti, se la salute è intesa così come viene definita nel D.Lgs. 81, bisogna riappropriarsi del concetto di soggettività e di difesa di essa, naturalmente nel quadro di norme di garanzia dei diritti individuali e collettivi.

Riconoscere il valore della differenza fa sì che si tutelino meglio tutte e tutti. Per fare un esempio solo apparentemente banale, aiuta a ricordare che la tutela di genere non può applicarsi solo alle donne in età fertile, ma deve tener conto delle diverse coorti di età. Le donne di età matura sono sempre più numerose nel mercato del lavoro e in prospettiva saranno presenti sempre più a lungo. Di conseguenza sono necessarie misure specifiche che riconoscano le fisiologiche modificazioni del loro organismo e che ne tengano conto anche nella valutazione dei rischi: "lavoro da ventisei anni in una scuola materna. Sono stanca, mi fa sempre male la schiena a forza di chinarmi sui bambini ... e per ora non se ne parla di andare in pensione ..." dice Carla.

E si rende necessario indagare anche sulle correlazioni tra le condizioni di salute e il lavoro svolto: "vorrei sapere perché ho le palpitazioni e la pressione alta solo quando sono al lavoro. In ferie sto benissimo..." dice Emanuela, cinquantanovenne ancora attiva nell'ufficio contabilità di una piccola azienda.

Queste considerazioni possono aiutare a inquadrare correttamente i problemi di tutela e prevenzione e a prendere consapevolezza che il benessere fisico e psichico sono strettamente connessi alla soggettività.

Le persone non sono e non devono essere considerate tutte uguali: ci troviamo di fronte a un principio cardine, che può guidare nell'affrontare correttamente soprattutto nella valutazione dei rischi psicosociali alla cui esposizione le risposte sono estremamente differenziate. Però far acquisire questa consapevolezza è tutt'altro che facile. Come tutti i cambiamenti culturali richiede tempo e impegno per sedimentarsi. E va pazientemente costruita.

Una delle leve elettive è la formazione

Come formatrice, ho riflettuto su quale potrebbe essere un percorso adatto a favorire la crescita di una sensibilità diffusa a questo tema.

Mi sembra che il prerequisito fondamentale sia che qualunque progetto finalizzato a questo obiettivo sia diretto a donne e uomini: se si vuole costruire una cultura diffusa occorre infatti che essa sia condivisa il più trasversalmente possibile.

L'intervento potrebbe partire da una riflessione sulle più evidenti differenze di genere, far riflettere sulle specifiche disposizioni di tutela e poi allargare il ragionamento fino a mostrare le potenzialità connesse alla capacità di tutelare flessibilmente tutte le differenze e non solo quelle di genere.

Per fare ciò è necessario che si pongano al centro dell'attenzione non le sole ragioni del lavoro, ma quelle delle persone, quali che esse siano: donne e uomini, giovani, vecchie e vecchi, italiane e italiani, straniere e stranieri, con le proprie diverse abilità e le proprie diverse caratteristiche, con le proprie infinite variabili.

Per impostare in questo modo un programma formativo si rende necessario, però, poter contare sulla sensibilità dei soggetti cui è affidata la progettazione e la programmazione della formazione o quanto meno sull'attenzione di coloro che devono esprimere il proprio parere sulle proposte (RSPP e RLS).

Cruciale diviene quindi il ruolo degli RSPP e degli RLS.

La funzione di queste figure risulta strategica, ma la loro sensibilità in materia non può essere data per scontata.

Essi stessi dovrebbero essere preparati a intervenire in tal senso: è necessario che sappiano che le norme prevedono una valutazione dei rischi sessuata, (“ma anche se da noi non ci sono donne incinte?!!!” chiede Piero, RLS di un'azienda tessile, dove le lavoratrici sono quasi tutte donne). Ma non basta. Occorre anche che siano pronti a promuovere una più complessiva cultura della soggettività in materia di prevenzione e protezione.

Per sedimentare una cultura che riconosca e valorizzi le differenze si dovrebbe cominciare con l'introdurre il concetto di soggettività tra i contenuti minimi della formazione che la conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome deve indicare (art. 37 c. 2).

Su questo punto le parti sociali potrebbero avere un ruolo dirimente. Ma è abbastanza probabile che neppure esse siano preparate a riconoscere e a sostenere un messaggio di questo tipo.

A questo punto il discorso che dalle donne era partito potrebbe tornare alle donne.

Abitualmente le organizzazioni sia datoriali sia sindacali hanno delle sedi di riflessione legate al genere. Da esse potrebbe venire lo stimolo e la proposta di ripensare il tema della differenza in modo più ampio e inclusivo.

In base a queste considerazioni, lo schema dell'intervento complessivo potrebbe essere il seguente:

<i>Soggetto promotore</i>	<i>Azione</i>
Donne di organizzazioni di rappresentanza (sindacali e datoriali)	Proposta di riflessione e di condivisione
Organizzazioni di rappresentanza	Pressione sulle istituzioni perché includano il concetto di soggettività nei contenuti minimi
Conferenza stato regioni	Elaborazione di linee guida in questo senso
RLS e RSPP	Diffusione diretta
Lavoratrici e lavoratori	Acquisizione e diffusione
Cittadine e cittadini	Interiorizzazione della proposta culturale

Per individuare le modalità con cui avviare questo percorso è necessario ricordare che quando si tratta di promuovere delle modificazioni culturali è poco efficace far leva solo sugli aspetti cognitivi.

Sapere una cosa, persino riconoscere che sia veritiera, non basta a promuovere modifiche nei comportamenti e negli atteggiamenti. Affidarsi solo agli assunti di base delle teorie comportamentiste e cognitiviste dell'apprendimento è limitante e ingenuo.

Se l'obiettivo è produrre attivazione e cambiamento, occorre fare uso di modalità formative innovative: simulazioni, studi di caso, discussioni di gruppo. Il Teatro stesso potrebbe diventare uno strumento privilegiato.

Attraverso di esso si possono infatti far vedere le differenze tra le persone e legare il concetto di soggettività a emozioni positive, coinvolgere e rendere empatici gli spettatori con le vicende dei personaggi.

Si possono far sentire le parole di persone diverse tra loro, con reazioni particolari, con esigenze, soggettività diverse. Si può provocare un'emozione e far sì che ci si interessi attivamente all'idea che si vuole trasmettere. Le enunciazioni, le statistiche hanno minor presa

delle storie. Le persone sono programmate per reagire le une alle altre, non verso entità astratte.

Il teatro mette in scena le situazioni, le persone in situazione e per questo risulta efficace. Quando si assiste a uno spettacolo non si è di fronte a un problema astratto, a una massa indifferenziata (i lavoratori in genere) con cui è difficile identificarsi, ma a personaggi, donne e uomini, con le loro specificità, a “quello specifico” lavoratore con quello specifico problema e quindi l’empatia è favorita.

L’impatto di una rappresentazione è molto più forte di quello di qualunque lezione, ha molta più possibilità di fare presa, anche perché la rappresentazione teatrale si avvale di una leva preziosa perché le persone si interessino a qualcosa: dà un contesto ai concetti che si vogliono veicolare.

E permette un rispecchiamento attraverso il quale il diritto a una prevenzione non asettica e omologata, ma soggettiva e personalizzata è riconosciuto non come astratta linea di principio, ma come diritto concreto.

LE MISURE DI TUTELA DELLA DONNA INCINTA. UN PO' DI STORIA...

La prima legge fu presentata nel 1902 dall'on. Carcano; in essa si stabiliva la durata della giornata lavorativa in un massimo di 12 ore per donne e minori e si istituiva un congedo di maternità della durata di 4 settimane, ma essa non prevedeva alcuna retribuzione né indennizzo: la Cassa di maternità venne istituita infatti solo nel 1910. Dai benefici della legge erano escluse molte lavoratrici: quelle del settore agricolo, le occupate a domicilio, nel lavoro familiare e domestico, le maestre, le ostetriche, le impiegate e le commesse. Nel 1907 fu emanato anche il Testo Unico 636, che sanciva l'interdizione obbligatoria per un mese prima del parto e il riposo per allattamento. Viste nel loro contesto storico, è evidente che queste misure di tutela avevano anche la finalità strumentale, avallata dalle organizzazioni operaie, di limitare la presenza delle donne nel mercato del lavoro. “Le leggi di tutela invertirono infatti il processo di femminilizzazione dell'industria tessile e scoraggiarono l'assunzione delle donne nell'industria pesante, anche negli ambiti in cui la meccanizzazione eliminava lo sforzo fisico”. Questo aspetto di disincentivazione dell'uso della forza lavoro femminile non fu solamente italiano. Esso fu denunciato qualche anno dopo da una donna americana del movimento “social reformer” che nel 1919 parlò di “quanto sia difficile battersi per i diritti delle donne e al tempo stesso per la loro protezione”. Lo stesso, spinoso argomento, fu affrontato nell'Avanti dell'8 marzo 1898 da Anna Maria Mozzoni. Ella, a proposito di una legge protettrice delle donne che i socialisti si preparavano a difendere, scrisse che un'analoga proposta aveva provocato (in Inghilterra) già nel primo giorno migliaia e migliaia di licenziamenti e “ricaccia (la donna) nella casa, come una gallina nel suo pollaio a covare le sue uova nella solitudine e nel silenzio”. Mozzoni quindi invitava i socialisti che, peraltro “non si occupano quasi mai delle donne e delle questioni che le toccano” a lasciare che “la questione femminile proceda da sé” e li esortava a lasciare “che l'operaia competa con l'operaio nel lavoro”. Continuò poi sostenendo che è “per l'interesse della specie e della famiglia che si moltiplicano i ceppi intorno alle donne”. La sua posizione era motivata dalla domanda “che cosa, dio santo, è mai l'igiene, quando è in questione la fame?” e si basava sulla sua esperienza “girando anni sono per l'inchiesta governativa sulle condizioni delle classi rurali ed operaie le regioni più industriali del Lombardo Veneto mi venne fatto di trovarvi intere, e non poche famiglie di contadini, che nei lunghissimi inverni vivevano di sola polenta, esclusivamente guadagnata coi 12, 15, 20 centesimi portati a casa dalle bambine che lavoravano negli incannatoi... Ho incontrato persino delle bimbe di 4 anni sole, pallide, tristi, sbigottite dalla rigida disciplina dell'opificio, stanche da morire, in piedi sempre e sempre allo stesso posto, vigili e silenziose, per 12, 14 e fin 15 ore sulle 24.” Ciò avveniva anche in presenza di una legge che stabiliva l'età minima per lavorare, ma veniva disattesa dietro richiesta delle famiglie e delle bimbe stesse perché “senza i pochi centesimi guadagnati con tanto martirio i bimbi e la intera famiglia morivano di fame. Non c'era altro”. La posizione della Mozzoni fu, però, contestata, sempre nell'Avanti del 19 marzo 1898 da Anna Kuliscioff, che sostenne che “le conseguenze disastrose che prevede la signora Mozzoni, sarebbero forse da temersi se le donne dessero alle industrie un contingente trascurabile... Dato questo enorme esercito femminile impiegato nelle industrie, è strano davvero il timore che gli industriali possano disfarsene in un giorno.” E aggiunse “le sue (della Mozzoni) argomentazioni sono quelle stesse di cui si vale la borghesia per difendere da ogni tentativo di legislazione sociale.” Inoltre “combattendo per strappare una legge in favore del lavoro delle donne, noi combattiamo ... per conquistare alla lavoratrice italiana quelle condizioni di vita civile ... che per altra via non potrà raggiungere mai: - quelle condizioni che le permettano di organizzarsi in società di resistenza, di entrare nelle associazioni di mestiere, di discutere dei propri interessi professionali, di resistere negli scioperi, di prendere parte accanto al proletariato maschile alla vita politica e sociale; che trasformino insomma la donna, da forza inibitrice qual è adesso, in forza motrice nella lotta di classe del proletariato. Finché lavorerà le dodici, le quattordici, le sedici ore sulle ventiquattro, guadagnando da 40 centesimi a lire 1,25 al giorno, la donna potrà diventare forse una buona macchina da lavoro, ma non potrà mai assurgere a dignità di donna e di cittadina.” Le diverse posizioni di Mozzoni e Kuliscioff illustrano chiaramente due filoni di pensiero che si sarebbero più volte in seguito contrapposti e che, seppure in un contesto profondamente cambiato e con meno inquietanti implicazioni, hanno ancora un senso.

APPROFONDIMENTI

Determinanti di salute e rischi sul lavoro in Europa e in Italia

Paola Conti

Premessa

Viene di seguito presentata una selezione di dati tratti dalle principali fonti di informazioni circa le condizioni di lavoro in Italia e in Europa, secondo criteri riferibili ai determinanti di salute individuale ed organizzativa (vedi box). Si sono privilegiate le fonti che riportano dati disaggregati per sesso e analizzati, ove possibile, in ottica di genere.

Il problema della scarsità di studi e ricerche che permettono la comprensione dei fenomeni in ottica di genere è drammaticamente evidente e si riverbera nei contributi di tutti gli esperti e le esperte che hanno partecipato alla realizzazione del presente volume, costretti ad attingere tutti/e ad un numero limitato di fonti, sempre e solo le stesse.

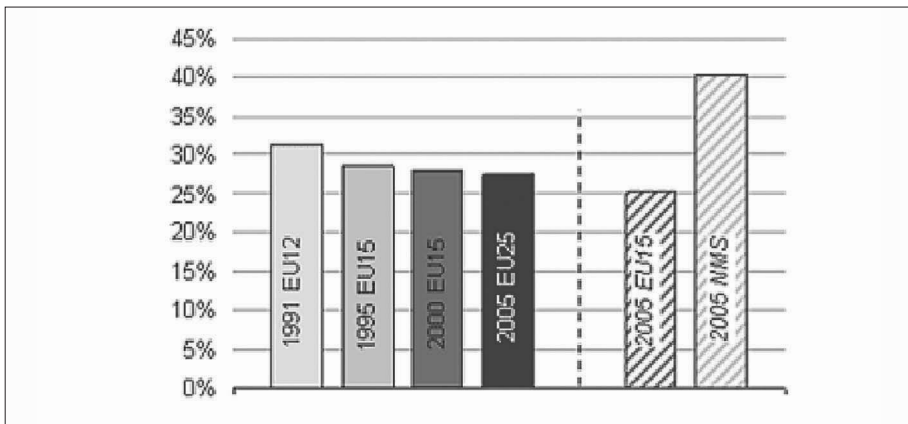
Rischi per la salute

I dati dimostrano come negli ultimi cinque anni tra i lavoratori europei è aumentata la percezione della presenza di rischi per la salute e la sicurezza (+ 9,1 punti percentuali tra il 2002 e il 2006), con alcune differenze tra i sessi¹ e “lo stress è il secondo problema sanitario legato all’attività lavorativa segnalato più di frequente e colpisce il 22% dei lavoratori dell’UE (2005)”².

¹ Quarta Indagine de “European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition”, “Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro” www.eurofound.europa.eu

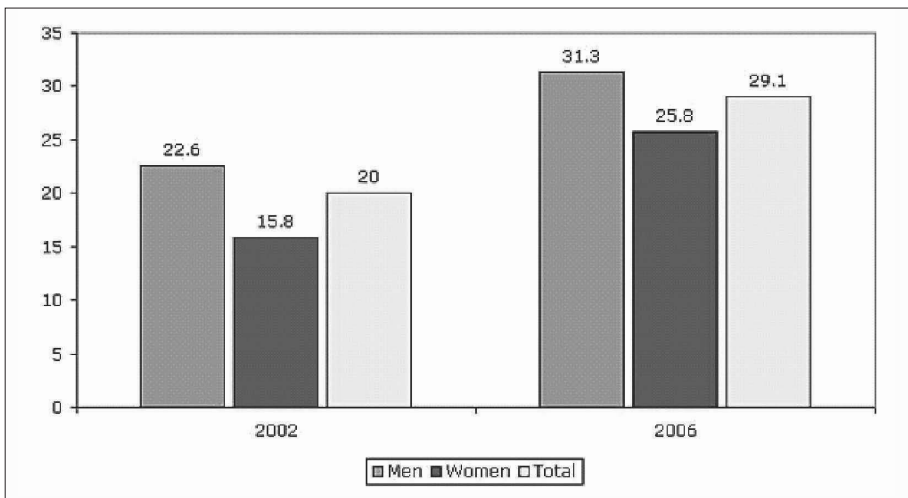
² ibidem

Perception that health and safety is at risk because of work



Fonte: 15 years of working conditions in the EU

Health at risk, by sex, 2002 - 2006 (% of workers exposed)



Source: Isfol, 2007 - Dati Italia

Il maggior numero di infortuni in tutti i settori, dall'industria pesante al lavoro d'ufficio, è dovuto a scivolamenti, *inciampate* e cadute. Tra gli altri pericoli si annoverano la caduta di oggetti, le ustioni termiche e chimiche, gli incendi e le esplosioni, le sostanze pericolose e lo stress psicologico.

Si calcola che 16% dei disturbi cardiovascolari degli uomini e 22% di quelli delle donne nell'UE siano dovuti allo stress sul lavoro. Tra le altre malattie e condizioni associate a questo problema figurano i disturbi muscolo scheletrici e i problemi di salute mentale.

È calcolato in circa 40 milioni il numero dei lavoratori dell'Unione Europea "affetti da stress", con costi annui stimati di circa 20 miliardi di Euro³ e con ricadute di ordine sanitario, sociale ed economico: a livello europeo emerge che una percentuale compresa tra il 50% e il 60% di tutte le giornate lavorative perse è riconducibile allo stress. Tutti gli studi, settoriali e nazionali tendono in ogni caso a confermare un trend di tale fenomeno in preoccupante crescita⁴.

Salute sul lavoro, un fenomeno complesso "sensibile al genere"

Dalla "Quarta indagine europea sulle condizioni di vita e di lavoro", emerge come i lavoratori italiani, ad esempio, siano meno soddisfatti delle loro condizioni di lavoro rispetto alla media dei lavoratori europei e affermano che negli ultimi cinque anni vi è stato un deterioramento significativo.

Satisfaction with specific aspects of job, by sex, 2002-2006 (% of workers)

This table outlines men's and women's satisfaction with their working time, autonomy, job security, pay, work climate, work tasks and career opportunities.

	2002			2006		
	Men	Women	Total	Men	Women	Total
Working time	77.3	81.1	78.7	75.6	81.4	77.9
Autonom	91.3	89.2	90.5	83.2	82.9	83.1
Job security	84.3	85.9	84.9	79.9	77.6	79.0
Pay	65.4	61.8	64.0	59.9	50.8	56.3
Work atmosphere	88.3	91.3	89.4	90.8	90.7	90.8
Tasks and type of work	90.4	91.4	90.8	88.4	90.5	89.2
Career opportunities	60.8	54.4	58.4	48.9	40.1	45.5

Note: Slight discrepancies arise between the above totals for 2002 and those cited in the previous survey data report; the above are drawn from the original microdata.

Source: Isfol, Quality of Work Survey 2002 and Second Quality of Work Survey, 2007.

3 Terza indagine europea sulle condizioni di lavoro della "Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro" www.eurofound.europa.eu 2002 - "The survey has been carried out four times: in 1990/91, 1995/96, 2000 (extended to cover the 10 new member states, Bulgaria, Romania and Turkey in 2001/02) and 2005 (31 countries)".

4 In Italia le Associazioni datoriali e Organizzazioni sindacali, recependo lo spirito e le direttive contenute nell'Accordo del 2004 hanno sottoscritto a loro volta un "accordo confederale volontario" il 9 giugno del 2008, nel quale vi si legge che: "Affrontare la questione dello stress lavoro-correlato può condurre ad una maggiore efficienza e ad un miglioramento della salute e sicurezza dei lavoratori, con conseguenti benefici economici e sociali per imprese, lavoratori e società nel suo complesso". Composto da sette articoli l'Accordo confederale italiano riconosce la necessità di intraprendere una specifica azione congiunta volta sia a monitorare il fenomeno, sia a individuare tempi e strumenti per contenere il problema dello stress correlato al lavoro.

È probabile, come sostiene l'INAIL in un proprio documento, che questi "fattori di stress" contribuiscano a determinare l'attuale quadro di sintomi patologici accusati dai lavoratori: fatto cento il numero di lavoratori e lavoratrici intervistati che manifestano un qualche problema di salute, il 13 per cento di essi riferisce di soffrire di cefalea, il 17 per cento di dolori muscolari, il 20 per cento di affaticamento, il 28 per cento di generico "stress" e il 30 per cento di rachialgia; vengono accusate inoltre numerose altre patologie, alcune delle quali hanno esiti potenzialmente fatali."

La nuova normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/08) ha esplicitato in modo incisivo l'obbligo di valutare i rischi "...anche quelli connessi allo stress lavoro-correlato".

Secondo l'indagine europea solo un lavoratore italiano su due (51%) godrebbe di **sostegno e assistenza da parte dei colleghi** rispetto ai due lavoratori su tre (67%) nel resto dell'Europa. Da parte di un superiore gerarchico ci si sente sostenuti solo nel 34% dei casi rispetto al 56% per l'UE25. Ciò riflette livelli comparativamente più bassi di possibilità di lavorare in gruppo nei luoghi di lavoro italiani: solo quattro lavoratori italiani su dieci (39%) riferiscono che il loro lavoro comporta una costante collaborazione di gruppo, rispetto a una media di oltre cinque lavoratori su dieci (55%) nei rimanenti paesi dell'Unione europea a 25. I lavoratori italiani lamentano **disturbi e patologie legati al lavoro** (mal di schiena, cefalee, affaticamento generale) analogamente alla media dei loro colleghi nei 25 paesi dell'Unione europea, ma un numero significativamente più levato di lavoratori italiani (27%), rispetto al resto dell'Europa (22%), collega lo **stress** con il lavoro.

Una nota positiva si registra invece quando la relazione rivela che, in Italia, le restrizioni per i fumatori sul luogo di lavoro sono risultate efficaci. Unitamente agli altri paesi europei nei cui luoghi di lavoro il fumo è stato bandito o limitato negli anni recenti (ad esempio Irlanda, Paesi Bassi, Svezia), l'Italia presenta uno dei tassi più bassi di esposizione al fumo passivo sul luogo di lavoro, il 9% rispetto a una media del 20% per l'UE25.

Le differenze di genere riscontrate a livello di **condizioni di lavoro** in Europa (ambiente di lavoro, natura e organizzazione delle mansioni di lavoro ed esposizione ai rischi fisici) scaturiscono, di frequente, dalla divisione del lavoro in base al genere e dal fatto che le donne svolgono un impiego a tempo parziale più spesso degli uomini. Per esempio, i lavoratori a tempo parziale non godono della stessa assistenza e degli stessi sostegni di carattere sociale dei lavoratori a tempo pieno e hanno meno probabilità di essere coinvolti in un lavoro di squadra. Le donne operaie hanno molte più probabilità di svolgere **mansioni** monotone rispetto alle altre. Inoltre, gli operai in generale rappresentano la categoria di lavoratori cui vengono offerte meno **opportunità formative** e le donne in questa categoria sono le più numerose: 9 operaie su 10 riferiscono di non aver ricevuto alcuna formazione nel corso dell'anno precedente.

Benché l'occupazione a tempo parziale offra alle donne un certo sollievo in termini di carichi, esse continuano ad avere, in totale, un orario di lavoro più lungo rispetto a un uomo impiegato a tempo pieno. Quindi, mentre il lavoro **part-time** è spesso annoverato tra le misure di conciliazione tra vita privata e lavoro, le donne che hanno scelto questa soluzione in genere hanno, nel complesso, un orario di lavoro settimanale più lungo rispetto agli uomini. Numerosi elementi indicano l'esistenza di una polarizzazione nell'orario di lavoro di uomini e donne nei nuovi Stati membri, dove gli uomini tendono ad avere un orario di lavoro più dilatato, mentre le donne optano sempre di più per un tipo di occupazione a tempo parziale. L'occupazione è caratterizzata da un'elevata segregazione tra i sessi: in base alla proporzione generale degli impieghi svolti, le donne sono sovrarappresentate in alcune tipologie professionali e sottorappresentate in altre. I **mestieri** riservati alle donne sono, come media europea, ancora riferibili alle professioni tradizionali, al contrario, gli uomini tendono a dominare nei due estremi della piramide professionale: le posizioni di dirigenti e i lavori manuali.

Dai dati emergono infine i segnali di una discriminazione nella **retribuzione** di uomini e donne: le donne sono per lo più concentrate nella fascia più bassa della distribuzione del reddito, mentre gli uomini sono più numerosi nella fascia più alta.

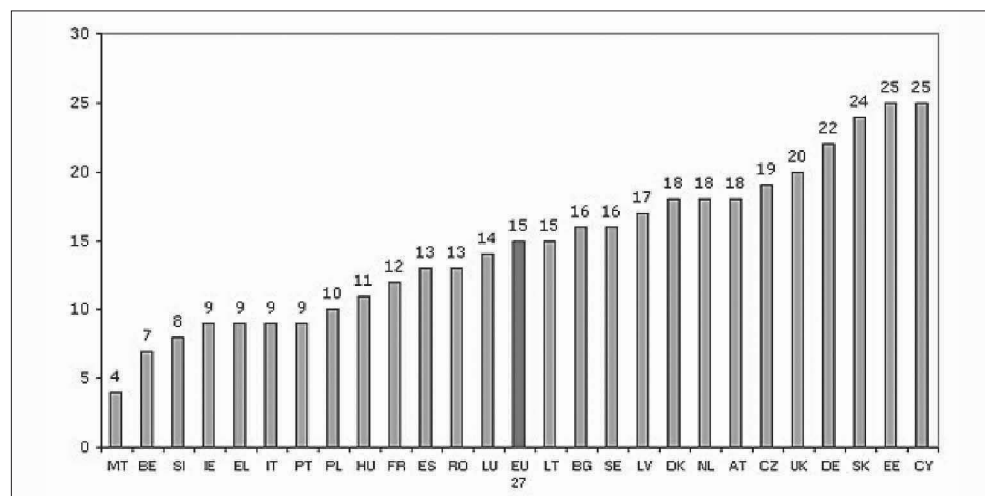
Differences in the gender pay gap across countries

Table 1: *Gender pay gap in unadjusted form, EU27 (as a % of men's pay)*

2000	2001	2002	2003	2004	2005
16	16	16	15	15	15

Note: The gender pay gap is measured as the difference between men's and women's average gross hourly earnings, as a percentage of men's average gross hourly earnings (for employees working 15+ hours in paid employment). Source: Eurostat, structural indicators

Unadjusted gender pay gap, as a % of men's gross hourly earnings, 2005



Note: Data for Finland not available. Source: Eurostat, structural indicators Unadjusted gender pay gap, as a % of men's gross hourly earnings, 2005.

Monthly net earnings distribution, by employment status (% of workers)

This table outlines how much self-employed, permanent and temporary workers earn per month.

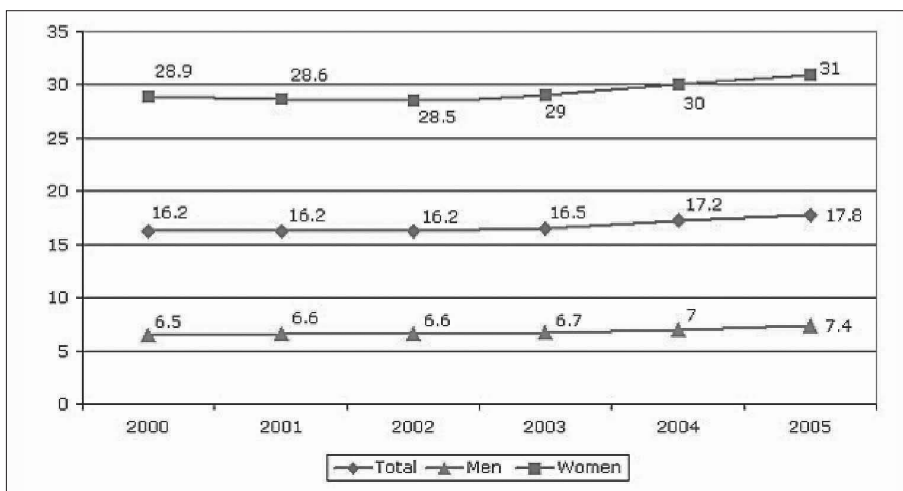
	Self-employed persons	Permanent employees	Temporary workers
Less than € 250	1.0	0.2	2.8
€ 250 to € 550	5.7	1.9	18.4
€ 550 to € 900	10.7	13.1	25.6
€ 900 to € 1,250	25.7	36.9	33.3
€ 1,250 to € 1,750	28.3	33.3	13.7
€ 1,750 to € 2,500	13.2	9.5	6.1
More than € 2,500	15.3	5.0	0.1

Source: Isfol, 2007

Analizzando le cause di tali differenze, valutando cioè se siano dovute o meno alla diversità di tipologia professionale dei lavoratori, la discriminazione salariale resta evidente anche dopo avere tenuto conto delle differenze in termini di caratteristiche personali e professionali.

Di solito, le donne guadagnano meno degli uomini. Gli uomini con un’occupazione a tempo pieno hanno maggiori probabilità di percepire uno stipendio nella fascia medio-alta o alta della distribuzione del reddito. Le donne con un’occupazione a tempo pieno hanno molte meno probabilità di percepire una retribuzione che rientra nello scaglione di reddito più alto, e soltanto il 47% delle donne ha un reddito elevato.

Le donne con un lavoro a tempo parziale hanno probabilità ancora superiori di percepire una retribuzione inferiore rispetto ai colleghi con un contratto di lavoro part-time.

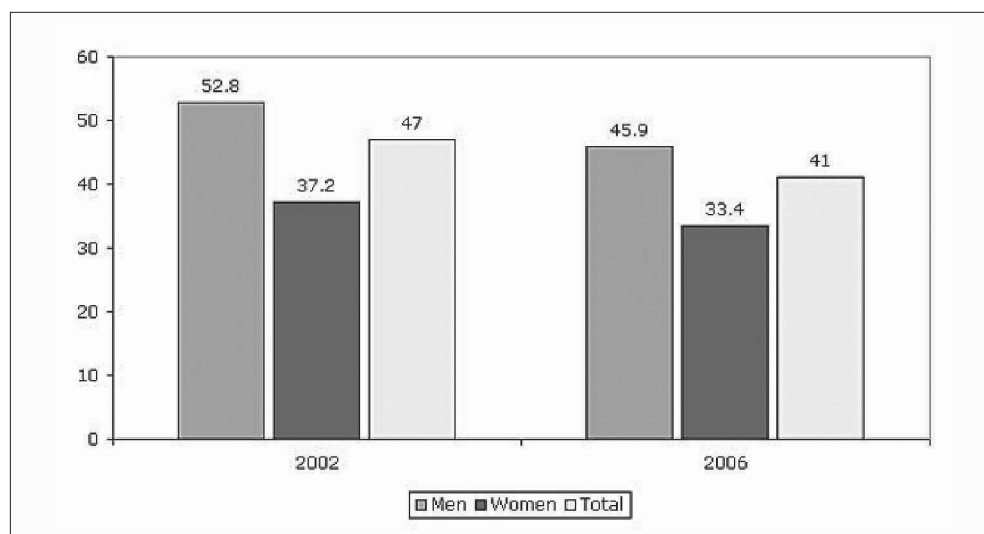
Employees working part time, by sex, EU27, 2000–2005 (% of total employees)

Source: LFS, main indicators Employees working part time, by sex, EU27, 2000–2005 (% of total employees).

Poco più di un uomo su cinque con un impiego a tempo pieno (23%) ha una qualche responsabilità di supervisione rispetto ad appena il 15% delle donne impiegate a tempo pieno. Ciò significa, da un'altra prospettiva, che i $\frac{3}{4}$ della forza lavoro sono gestiti dagli uomini. È più frequente che la supervisione delle attività lavorative delle donne sia assegnata ad altre donne. I dirigenti e i supervisori donna prevalgono nelle fasce più basse delle gerarchie organizzative.

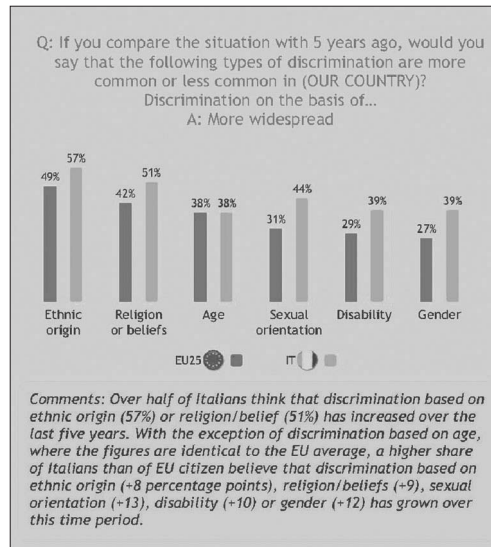
La percentuale di uomini e donne con un orario di lavoro lungo è determinata dai requisiti e dalle regole delle rispettive occupazioni. Un fattore che contribuisce a preservare il dominio maschile tra le posizioni direttive è che questi posti di lavoro comportano solitamente un orario di lavoro più lungo, che spesso limita i rapporti sociali al di fuori dell'ambiente di lavoro. Inoltre, nelle posizioni direttive e professionali occupate dalle donne, queste ultime hanno meno autonomia rispetto agli uomini per mitigare le conseguenze di un orario di lavoro lungo e incompatibile con la vita sociale.

Career opportunities, by sex, 2002–2006 (% of workers reporting same)



Source: Isfol, 2007

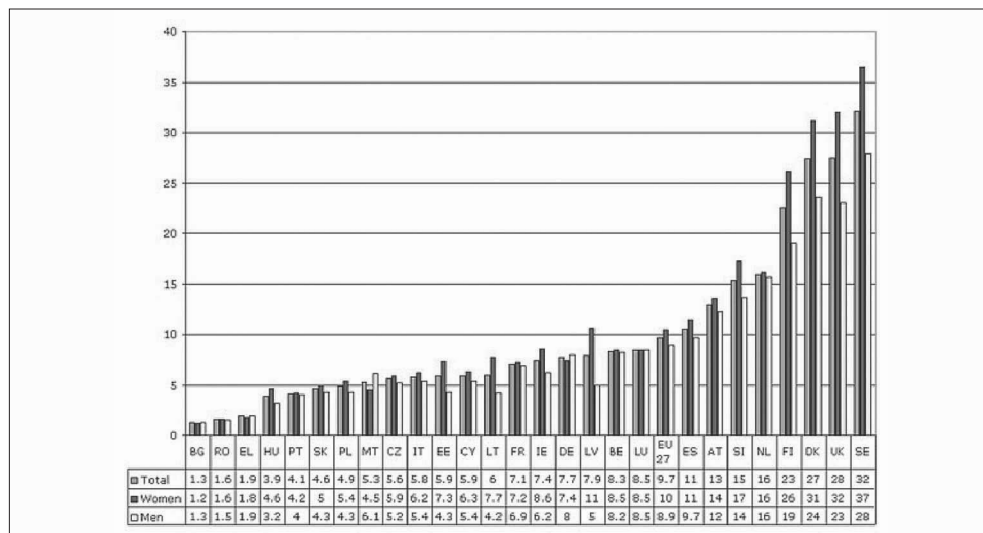
Le donne sono più esposte al fenomeno della **violenza, alle attenzioni sessuali indesiderate e alla discriminazione sessuale.**



Fonte: sintesi Italiana - Eurobarometro/discriminazioni - 05

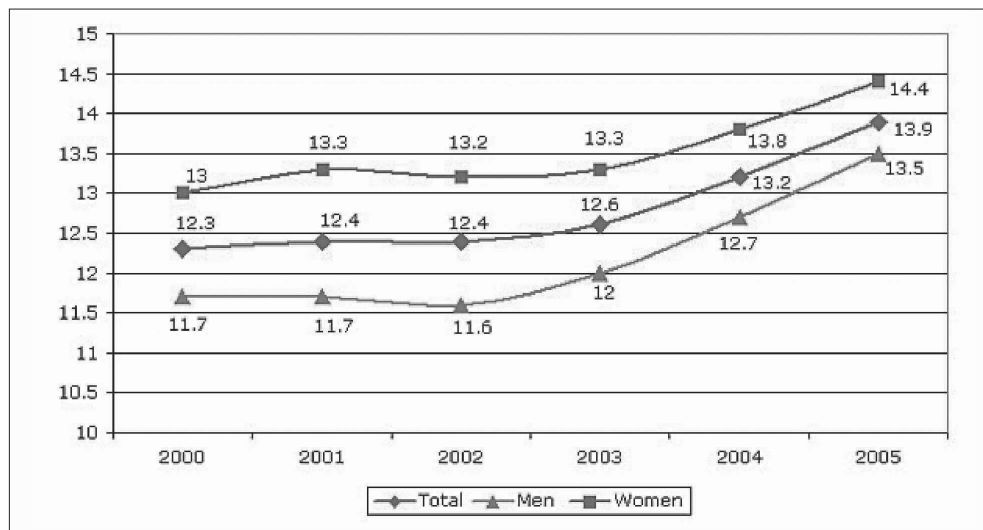
In generale, l'occupabilità media è inferiore per le lavoratrici. Se, da un lato, il fattore della **“formazione formale”** dell'occupabilità è più elevato per le donne, dall'altro lato gli altri due fattori (apprendimento e rotazione delle mansioni) sono più incisivi per gli uomini.

Participation in lifelong learning, 2005 (% of employed)



Source: Eurostat, structural indicators Participation in lifelong learning, 2005 (% of employed)

Entrambi i fattori tendono a diminuire con l'età, mentre l'apprendimento raggiunge il suo apice tra i soggetti di età compresa tra i 30 e i 49 anni.

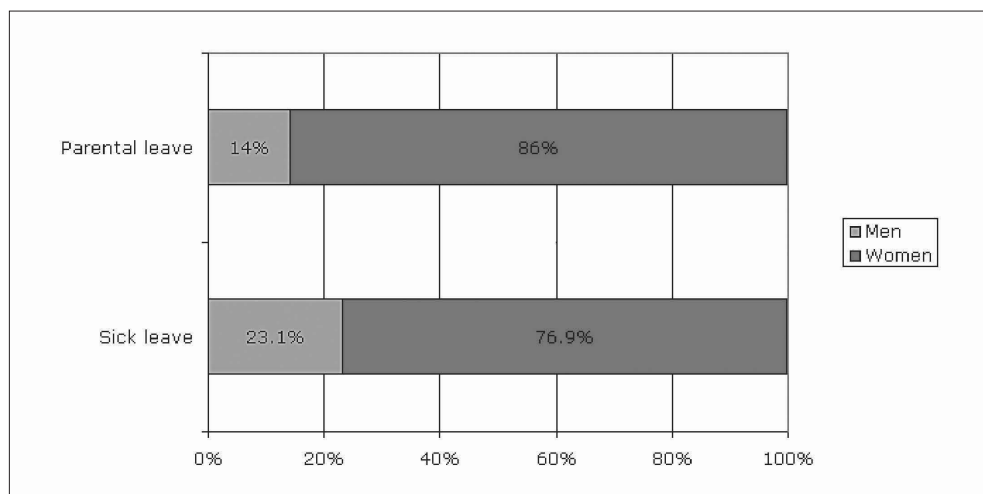
Employees with temporary contracts, by sex, EU27, 2000–2005 (% of total employment)

Source: Eurostat, LFS main indicators Employees with temporary contracts, by sex, EU27, 2000–2005 (% of total employment)

I lavoratori con **contratti di lavoro** a tempo determinato o quelli senza un contratto tendono a riferire un minor livello di soddisfazione professionale rispetto ai lavoratori con contratti a tempo indeterminato. I lavoratori autonomi e i soggetti con un lavoro interinale riferiscono, in media, lo stesso grado di soddisfazione professionale rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato.

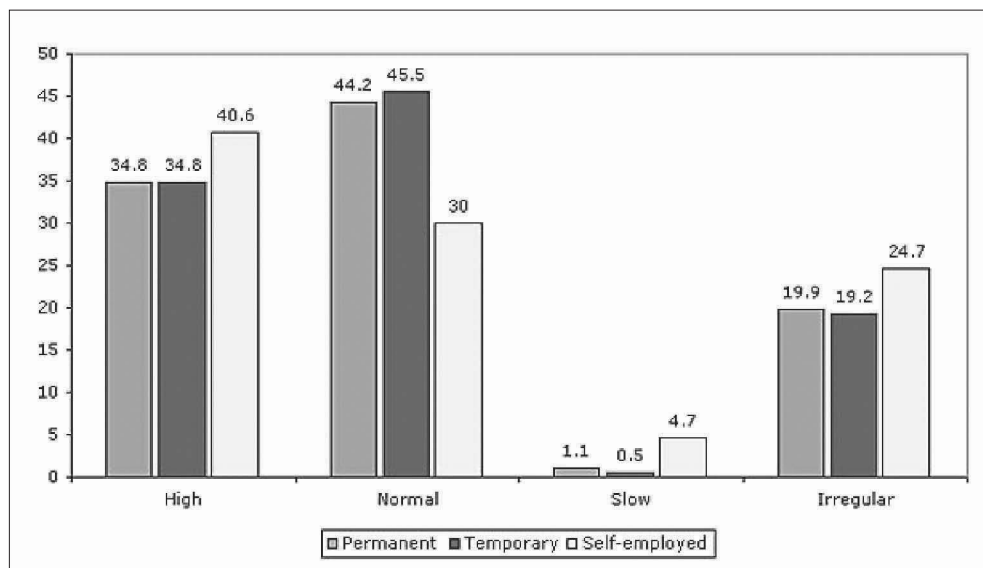
Sorprende in certa misura constatare che le persone senza un contratto di lavoro e i soggetti con un lavoro interinale riferiscono meno problemi di salute dei colleghi con contratti di lavoro a tempo indeterminato. Una spiegazione potrebbe essere ricercata in un “minor attaccamento al lavoro”: un elevato ricambio di personale e periodi di impiego più brevi, infatti, riducono l’esposizione temporale ai rischi per la salute associati a un impiego specifico come pure la percezione di tali rischi. Al tempo stesso, per quanto riguarda la salute, non si deve dimenticare che il fattore temporale è un fattore cruciale: i problemi di salute, infatti, possono comparire in un secondo momento, quando il contratto di lavoro è terminato. Un’altra spiegazione possibile può essere collegata all’età dei lavoratori: questi lavoratori tendono a essere più giovani e, quindi, meno soggetti a problemi di salute.

Employees with children aged 0-8 years using leave, by sex (%)



Source: ISTAT, 2005, based on 2002-2003 Time Use Survey

Pace of work, by employment status (% of workers)



Source: Isfol, 2007

I DETERMINANTI DELLA SALUTE⁵

Peculiarità primarie (innate)

età, sesso, origine etnica, provenienza geografica, fattori biologici specifici, caratteristiche fisiche e tratti caratteriali...

Peculiarità secondarie (acquisibili e modificabili) istruzione, reddito, lingua, religione, collocazione geografica, occupazione, competenze professionali, orientamento sessuale, ruolo, condizioni di salute, identità genere, nazionalità ...

Composizione nucleo familiare

Condizioni legate al ruolo di genere (status vs. coniuge, carichi di cura, ripartizione carichi lavoro familiare, caratteristiche cultura di equità di genere)

Network relazionale/di cura

Stato di salute

Percezione salute

Esperienze di vita

Coping/resilienza/autoefficacia/empowerment

Stili di vita

Abitudine al fumo

Alimentazione

Attività fisica

Abuso di sostanze e farmaci

Socio-economici

Condizioni economiche

Condizione occupazionale

Condizione professionale

Contesto socio-culturale di vita

Migrazioni da e vs. territorio

Grado di sicurezza (criminalità)

Accesso e qualità servizi

Sistema istruzione /formazione

Sistema sanitario

Servizi sociali

Trasporti

Attività ricreative

Ambientali

Aria

Acqua ed alimenti

Area di residenza

Abitazione

⁵ I determinanti della salute sono i fattori la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di una popolazione.

Bibliografia

Giaccone, M., European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Quality of work in Italy survey, 2002*, Dublin, 2005, available online at: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/IT0503SR01/IT0503SR01.htm>.

Isfol, *La qualità del lavoro in Italia - seconda indagine* [Quality of work in Italy - second survey], ISFOL, 2007.

Isfol, *La qualità del lavoro in Italia* [Quality of work in Italy], ISFOL, 2004, available online at http://www.isfol.it/isfol/download/pub_temstru2%20qualita%20lavoro.pdf.

Istat, *Conciliazione dei tempi di vita e denatalità* [Reconciling times of life and fertility rates], Rome, 2005, available online at: <http://www.istat.it/istat/eventi/conciliazionetempidenatalita/>.

Istat, *La vita quotidiana nel 2006* [Everyday life in 2006], Rome, 2007, available online at: http://www.istat.it/dati/catalogo/20071106_00/inf0712_La_vita_quotidiana_2006.pdf.

Levi, L. and I.: *Guidance on Work-Related Stress. Spice of Life, or Kiss of Death?*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2000. trad. it. Commissione Europea, Direzione Generale Occupazione e Affari sociali unità n° 6 “Guida allo stress legato all’attività lavorativa, “Sale della vita o veleno mortale?”, Bruxelles, 2000.

Ministero della Salute, *LO STATO DI SALUTE DELLE DONNE IN ITALIA*, Primo Rapporto sui lavori della Commissione “Salute delle Donne”, Roma, 2008.

Quarta indagine europea sulle condizioni di vita e di lavoro della “Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro”, Dublino, 2005.

Discriminazioni come fattore di rischio per la salute

A cura di Paola Conti con contributi di Maria Castriotta e Valentina Bucciarelli (Ispesl) e testi di Linda Laura Sabbadini (ISTAT)

Il fenomeno delle discriminazioni sul lavoro basate sul sesso, pur essendo molto diffuso, è caratterizzato da un livello di consapevolezza ancora limitato da parte di lavoratrici e lavoratori, così come da parte dei datori di lavoro. Le direttive europee e la normativa italiana focalizzano con chiarezza il fenomeno nel suo complesso ma la loro applicazione risente dell'obiettivo difficoltà di riconoscere i casi di discriminazione e di interpretarli correttamente laddove ne sussistono i presupposti giuridici. Anche gli attori sociali e istituzionali chiamati a fronteggiare i casi di discriminazione in maniera diretta o indiretta non hanno ad oggi un mandato univoco e delle univoche chiavi interpretative, tali da consentire loro un'azione preventiva o risolutiva efficace ed adeguata alle specifiche competenze e potenzialità.

Il Consiglio dell'Unione Europea lo ha affermato già nella risoluzione del 3 giugno 2002 concernente una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro nella quale, tra l'altro, dice che:

1. il Consiglio prende atto che a parere della Commissione, per conseguire l'obiettivo di un continuo miglioramento del benessere sul luogo di lavoro, i soggetti interessati devono perseguire svariati obiettivi, tra cui i seguenti:[omissis] Individuare, diffondere e sviluppare buone prassi che creino condizioni di lavoro che favoriscano una maggiore sicurezza e salute dei lavoratori;
2. d'altro lato il Consiglio prende atto che, per poter instaurare una cultura della prevenzione e modificare i comportamenti, è necessario migliorare la conoscenza dei rischi dei soggetti interessati attraverso l'educazione, la sensibilizzazione e l'anticipazione dei nuovi rischi. La parità di trattamento sui luoghi di lavoro prevede che le discriminazioni, con particolare riferimento alle discriminazioni di genere, vengano considerate quali fonti di rischio per l'integrità delle lavoratrici e dei lavoratori, causa di danno alla salute fisica e psichica, fattore di insicurezza e aggravante del rischio infortunistico.

L'Organizzazione internazionale del lavoro ha pubblicato il rapporto "Equality at work: tackling the challenges", in cui vengono analizzate le discriminazioni sul mondo del lavoro e il loro effetto sulla salute. Accanto a quelle "storiche" (etniche, sessuali, religiose) stanno aumentando sempre di più quelle legate a questioni sanitarie e di stili di vita: sono discriminati i disabili, i sieropositivi e i fumatori. Negli ultimi tempi poi si è posto il problema delle discriminazioni in base a caratteristiche genetiche.

La discriminazione di genere nel mercato del lavoro

Dalle statistiche diffuse dall’Ocse nel Factbook 2008 emerge che in Italia solo il 46% delle donne in età lavorativa ha un’occupazione: una delle percentuali più basse sia tra i paesi europei che fra quelli Ocse (superiore solo al Messico e alla Turchia). Questo dato è dovuto non solo alla scarsa partecipazione femminile al mercato del lavoro, ma anche a pratiche discriminatorie. E se la progressiva liberalizzazione dell’economia può contribuire a ridurle, una rigorosa legislazione è strumento irrinunciabile.

Nonostante tra il 1994 e il 2005 siano state almeno 1,5 milioni le donne entrate nel mercato del lavoro (contro i 625 mila della componente maschile) l’Italia, in materia, presenta ancora una condizione critica, facendo registrare differenze sensibili rispetto sia ai dati europei sia a quelli dei paesi Ocse. I dati dell’Ocse mostrano come il tasso di occupazione femminile in Italia sia del 46% contro il 69,9% di quello maschile, mentre a livello europeo le stime parlano di un dato occupazionale delle donne pari al 57,4% mentre quello degli uomini si attesta al 72,9%. Guardando alle rilevazioni relative alla disoccupazione la situazione non migliora. Il tasso di disoccupazione delle donne in Italia è del 10,1% a dispetto di quello maschile pari al 6,2%, mentre in Europa corrisponde al 9% per le donne e al 7% per gli uomini.

La scarsa partecipazione femminile al mercato del lavoro in Italia è dovuta principalmente a fattori ben noti quali la scarsa disponibilità di asili nido, di strutture di supporto alle famiglie, l’insufficienza delle detrazioni fiscali a favore delle coppie multi-reddito, ma anche e soprattutto alle aspettative di occupazione e di retribuzione troppo penalizzanti. Da ciò deriva lo scoraggiamento che porta alcuni a uscire dal mercato del lavoro e a rientrare nella categoria delle cosiddette persone inattive. Non meraviglia, dunque, l’ampio divario che si registra tra il nostro paese e l’Unione Europea proprio sul tasso di inattività. Sempre secondo i dati relativi al capitolo “occupazione” dell’Ocse Factbook 2008, in Europa il tasso medio, in rapporto al numero totale delle donne in età lavorativa, è pari al 36,8% mentre in Italia esso balza al 49,6%. Concentrato soprattutto in alcune regioni del mezzogiorno il numero delle donne inattive aumenta sensibilmente in rapporto all’aumentare dell’età (tra i 35 ed i 64 anni).

Come già sottolineato le opportunità di lavoro per le donne tendono a essere meno attraenti rispetto a quelle degli uomini così come il fatto che le donne, pur a parità di qualificazione, tendono a essere pagate molto meno dei loro colleghi maschi. Tale aspetto non può essere spiegato solo con il campo di specializzazione professionale prescelto dalle donne che tenderebbero a concentrarsi in settori a più bassa produttività e più soggetti a fluttuazione della domanda con conseguente prevalenza dei contratti a tempo determinato. Gli studi empirici dell’Ocse hanno infatti dimostrato come, sia negli avanzamenti professionali sia nelle assunzioni, sussistano ancora pratiche discriminatorie spiegabili come diversità di trattamento dovute unicamente all’appartenenza di genere.

Infine, dai risultati di un’ulteriore ricerca pubblicata sempre dall’Ocse nel 2008 che mette in relazione la liberalizzazione dei mercati di beni e servizi di 21 paesi tra il 1975 ed il 2003,

con le disparità di occupazione e salario tra uomini e donne, si rileva come la discriminazione basata su pregiudizi da parte del datore di lavoro associata a una maggiore concorrenza, che riduce già di per sé i margini di profitto delle imprese, creerebbe non solo una maggiore perdita di quote di mercato, ma anche, nei casi più gravi, il rischio di fuoriuscita più rapida dell'impresa stessa dal mercato. La conclusione, quindi, è presto detta: discriminare non soltanto è moralmente inaccettabile ma è anche economicamente non conveniente.

Il quadro attuale in tema di PO¹

La recentissima Relazione 2009 della Commissione Europea (CE) sulla parità tra uomini e donne (CE/REL, 2009) pone in primo piano il contesto attuale di recessione economica globale, collegata alla crisi finanziaria, causa di ripercussioni negative sulla crescita e sull'occupazione nell'UE, e presenta i dati più recenti disponibili sullo stato dell'occupazione femminile, sulla sua evoluzione e sugli aspetti di divario tra uomini e donne ancora persistenti nell'UE. Il rapporto riferisce che un maggior numero di donne si è inserito nel mercato del lavoro, il che ha reso più vicini gli obiettivi di Lisbona, ma l'obiettivo quantitativo (più posti di lavoro) non è coinciso con quello qualitativo (posti di lavoro migliori). Le donne lavorano tuttora a tempo parziale più degli uomini, sono in maggioranza in settori e posti di lavoro meno valorizzati, sono in media pagate meno degli uomini e occupano meno posti di responsabilità.

Per far fronte al rallentamento dell'economia, la CE individua negli investimenti in capitale umano e in infrastrutture sociali gli obiettivi per dare modo, alle donne e agli uomini, di sfruttare appieno il loro potenziale. Nella rinnovata Agenda Sociale, la Commissione ha riaffermato il suo impegno a creare posti di lavoro più numerosi e di migliore qualità nel quadro della Strategia europea per l'occupazione e la crescita. La parità tra donne e uomini è confermata fattore chiave per il successo di tale strategia, per far fronte alla penuria di manodopera e alle esigenze di nuove competenze.

A oggi le donne ottengono quasi il 60% delle lauree universitarie nell'UE, mentre la percentuale dei diplomi in materia di scienze e tecnologie rimane bassa. D'altra parte, esistono tuttora ostacoli che impediscono alle donne di realizzare pienamente il proprio potenziale e di accedere alle attività e ai posti di lavoro per i quali sono qualificate. La difficoltà nel conciliare il lavoro e la vita familiare è uno degli ostacoli principali all'occupazione e alla carriera femminile. Una serie di stereotipi legati al sesso, difficili da sradicare, limita le donne e gli uomini nella scelta dei loro studi e delle loro carriere, il che comporta una segregazione dal mercato del lavoro a seconda del sesso. Inoltre, le donne sono più esposte degli uomini alle conseguenze della recessione economica, in quanto occupano più spesso posti di lavoro precari.

¹ Maria Castriotta e Valentina Bucciarelli.

La parità tra donne e uomini non è soltanto un obiettivo in sé, bensì una condizione preliminare per la realizzazione degli obiettivi generali di crescita, di occupazione e di coesione sociale dell'UE. Una più forte partecipazione delle donne al mercato del lavoro offre sia una garanzia della loro indipendenza economica, sia un contributo fondamentale allo sviluppo economico e alla sostenibilità dei sistemi di protezione sociale. Essendo fortemente presenti in lavori precari basati su contratti a breve termine, le donne sono più colpite dal rallentamento dell'economia nel mercato del lavoro. È dunque essenziale proseguire e rafforzare l'integrazione dei due sessi nel settore dell'occupazione e delle politiche sociali, incluso quello della flessicurezza e continuare gli sforzi per eliminare gli ostacoli alla piena partecipazione delle donne e degli uomini al mercato del lavoro.

In sintesi i dati fondamentali contenuti nella relazione: il tasso di occupazione femminile nell'UE è passato dal 51,1% nel 1997 al 58,3% nel 2007, avvicinandosi attualmente all'obiettivo di Lisbona del 60% nel 2010. Lo scarto medio tra i tassi di occupazione delle donne e quelli degli uomini si sta riducendo: dai 17,1 punti percentuali nel 2000 ai 14,2 punti percentuali del 2007. Tuttavia, il tasso di occupazione delle donne diminuisce di 12,4 punti se esse hanno bambini, mentre aumenta di 7,3 punti per gli uomini anch'essi con bambini, il che rispecchia l'ineguale ripartizione delle responsabilità parentali e l'insufficienza delle strutture e dei servizi per la custodia dei bambini e delle azioni di conciliazione della vita privata e della vita professionale. Nel 2007 il 31,2% dei lavoratori dipendenti di sesso femminile lavoravano a tempo parziale. Tale percentuale è quattro volte superiore a quella relativa agli uomini. Quantunque il tempo parziale e altre modalità flessibili di lavoro possano rappresentare preferenze personali, l'ineguale ripartizione delle responsabilità domestiche e familiari induce un numero maggiore di donne che non di uomini a optare per tali modalità. Nell'UE oltre 6 milioni di donne nel gruppo di età 25-49 anni dichiarano di essere indotte a rinunciare al lavoro o a lavorare soltanto a tempo parziale a causa delle loro responsabilità familiari.

Sul versante dell'istruzione, la situazione delle donne è migliorata: nel 2006 esse hanno ottenuto il 58,9% delle lauree universitarie nell'Unione europea (56,7% nel 2004). Sussistono peraltro differenze nei campi di studio, ad esempio, negli studi di ingegneria (18% di laureati di sesso femminile) e in quelli di informatica (20%), mentre le donne predominano nei campi di studio del commercio, della gestione e del diritto (60%). Le donne sono tuttora di meno rispetto agli uomini per quanto riguarda l'utilizzazione di nuove tecnologie e riscontrano difficoltà nell'accesso a lavori più specialistici connessi alle ICT.

L'elevato livello di istruzione delle donne non si rispecchia direttamente nei posti che esse occupano nel mercato del lavoro. Per lo più, le donne prestano lavoro in settori e professioni 'femminilizzate' e restano in categorie di occupazione minori con un accesso limitato alle cariche elevate. Nella maggior parte degli Stati membri la segregazione professionale e settoriale è rimasta pressoché invariata negli ultimi anni, il che significa che l'aumento del tasso di occupazione femminile si è realizzato in settori in cui le donne erano già in maggioranza. Una delle conseguenze della segregazione dei sessi sul mercato del lavoro è il persistente scarto di retribuzione (mediamente il 17,4% nell'UE), dovuto in parte al fatto che le donne

sono concentrate in occupazioni e posti di lavoro meno valorizzati. Più disposte a lavorare a tempo parziale e a interrompere la propria carriera per ragioni familiari, le donne sono più esposte alle conseguenze negative di tali scelte in materia di retribuzione, di evoluzione della carriera e di diritti al pensionamento. Questo fatto comporta anche il rischio di povertà, in particolare per genitori singoli, che per lo più sono donne (con un tasso di rischio di povertà del 32%) e per le donne di età superiore ai 65 anni (con un tasso di rischio di povertà del 21%, ossia superiore di 5 punti a quello degli uomini). Le donne sono altresì più vulnerabili in periodi di aumento della disoccupazione dal momento che esse hanno, più degli uomini, contratti a durata determinata (15% contro 13,9%).

Il tema della qualità dell'occupazione delle donne, intesa come lavoro dignitoso, costituisce anche il filo conduttore di uno studio in ambito italiano (Rauti, 2005), che sottolinea come il lavoro femminile sia riconosciuto universalmente come fattore imprescindibile e indicatore allo stesso tempo di una società buona, garanzia di democrazia, sviluppo e progresso non solo economico, ma soprattutto etico.

La necessità di aumentare il numero di donne occupate (concorrendo al raggiungimento degli obiettivi occupazionali dettati dalla Strategia di Lisbona) e, contemporaneamente, di assicurare loro le condizioni per una stabile permanenza nel mercato del lavoro, frutto di un delicato equilibrio tra politiche di flessibilità e sicurezza, ha portato alla predisposizione di numerosi interventi normativi a livello nazionale, come richiesto dall'UE.

Permangono tuttavia ancora numerosi ostacoli che dimostrano l'esistenza di un *gap* profondo tra la parità cosiddetta formale, disciplinata appunto dalla norma, e la parità sostanziale in tutti gli ambiti di vita e di lavoro. La nostra società, più ancora che in Europa, è infatti ancora fortemente legata a stereotipi legati al sesso, modalità di pensiero radicate nella nostra cultura che interventi legislativi non sono sicuramente sufficienti a scardinare. La destrutturazione di questi modelli negativi e di comportamenti viziati da tali pregiudizi passa solamente attraverso un percorso lento e in salita, che deve investire la nostra società in tutti gli ambiti: politici, economici, culturali-educativi e familiari.

Un percorso che vede l'immissione di valori e principi, stabiliti in primo luogo dalla nostra Costituzione, nella vita privata e sociale di ognuno di noi, anche per mezzo di una riforma comunicativa ed espressiva, in cui gli strumenti dell'informazione assumono un ruolo fondamentale per veicolare tali principi capaci di abbattere gli stereotipi più diffusi. In questo percorso le donne devono necessariamente essere protagoniste. Il loro protagonismo deve essere inteso come aumento della loro partecipazione a tutte le scelte, politiche e azioni di genere. Si tratta del cosiddetto *empowerment* delle donne, un processo di attribuzione alle donne di poteri e responsabilità, attraverso la valorizzazione delle esperienze e competenze che le donne stesse costruiscono, per superare come negli ultimi anni si sta cercando di fare, la concezione della tutela delle donne orientata alla predisposizione di azioni ed interventi di protezione passando ad un'ottica di promozione della piena ed effettiva partecipazione delle donne alla vita politica, sociale ed economica, presupposto inderogabile verso la compiuta affermazione dell'identità di genere e la valorizzazione delle rispettive specificità di uomini e donne.

Il quadro attuale in tema di *welfare*²

I dati suesposti vengono confermati anche dalla rilevazione effettuata nel 1997 sui lavoratori europei a cura della Fondazione Europea di Dublino (FEWCS, 2007), che ha coinvolto trentuno paesi: l'UE a 25, i due paesi di recente adesione (Bulgaria e Romania), due paesi candidati (Croazia e Turchia), la Svizzera e la Norvegia. L'indagine presenta le opinioni dei lavoratori europei raccolte tramite questionario e si sofferma anche sulle condizioni di lavoro delle donne, mettendo a confronto i dati disaggregati per sesso, oltre che per paese.

Nonostante un numero maggiore di donne occupi posti dirigenziali, persiste il divario retributivo tra i generi e la segregazione verticale. La percentuale di donne inserite nel mercato del lavoro è in aumento, tuttavia i contratti a tempo determinato sono appannaggio soprattutto delle donne (14%) rispetto agli uomini (10%). Persiste anche la segregazione orizzontale: le donne sono il 75% nei settori dell'istruzione e della sanità e il 55% per cento in quello del commercio all'ingrosso e al dettaglio. Questi settori insieme occupano quasi il 50% della manodopera femminile. Per quanto riguarda l'orario di lavoro, la maggior parte degli occupati part-time sono donne (il 33% contro il 4% di uomini). In tutti i paesi intervistati gli uomini trascorrono un maggior numero di ore sul posto di lavoro retribuito rispetto alle donne, ma se l'orario di lavoro viene calcolato sommando alle ore retribuite le ore non retribuite dedicate ai lavori domestici e alla cura dei figli o dei cari, emerge che le donne lavorano un maggior numero di ore rispetto agli uomini.

Per quanto riguarda nello specifico la SSL, gli uomini sono più esposti delle donne a determinati rischi e viceversa. Gli uomini che dichiarano di essere esposti ai rischi fisici tradizionali (ad esempio rumore e vibrazioni) per tutto il tempo lavorativo sono il 15%, al contrario del 5-7% delle donne. I rischi di tipo ergonomico (movimenti ripetuti delle mani e delle braccia, posture disagiati o faticose) sono egualmente distribuiti tra uomini e donne. Per alcuni rischi la prevalenza è più elevata tra le lavoratrici, soprattutto nel settore dell'istruzione e della sanità. Ad esempio, circa il 5% delle donne afferma che la mansione che svolgono le obbliga a sollevare o spostare regolarmente le persone rispetto all'1% degli uomini. Per quanto riguarda la violenza, le intimidazioni nei luoghi di lavoro e le molestie sessuali e le varie forme di discriminazione le donne, soprattutto le più giovani, sono maggiormente esposte a intimidazioni e molestie rispetto agli uomini.

Mettendo a confronto i dati europei con quelli riguardanti la situazione italiana elaborati dal Censis (CENSIS, 2008) sui dati forniti dall'ISTAT, si registrano segnali di crescita della componente femminile nei diversi contesti sociali, ma associati a dati contraddittori che evidenziano situazioni di esclusione sociale e lavorativa a scapito delle donne, soprattutto dall'ambito della rappresentanza politica e del governo economico, oltre che dalle aree a forte connotazione tecnologica.

² Maria Castriotta e Valentina Bucciarelli.

Altra nota negativa è quella relativa al ruolo e all'immagine che viene associata alla donna italiana, in particolare dai *mass media*. Alle donne viene rivolta attenzione soprattutto se correlate agli ambiti moda, spettacolo, estetica e bellezza o peggio violenza, criminalità, disagio. Scarsissima attenzione è rivolta alle donne impegnate nei settori scuola, formazione e impegno sociale.

Tuttavia vengono registrati una serie di elementi positivi che denotano un cambiamento in atto della condizione femminile, specialmente in alcuni settori. La presenza femminile è in continuo aumento nelle professioni intellettuali, in particolare medici (35,7%), specialisti in scienze della vita (55%), dirigenti di organizzazioni nazionali e sopranazionali (40,5%), in magistratura (26,3%), nella pubblica amministrazione (47,2%), nei servizi di ricerca e sviluppo (44,5%) nelle attività immobiliari e nei servizi alle imprese (44,1%).

In Italia, più che negli altri paesi europei, deve ancora affermarsi il concetto dell'*'empowerment'* delle donne, mettendo in atto interventi reali che favoriscano le esigenze di conciliazione tra vita familiare e vita lavorativa. Ritorna, sempre, il tema del doppio ruolo femminile, diviso tra lavoro e famiglia, che da sempre connota la condizione della donna lavoratrice. Le difficoltà, che a causa degli stereotipi sessisti richiamati in precedenza, ancora affossano le donne nei luoghi di lavoro, impedendo loro la carriera professionale e il raggiungimento della parità retributiva con l'uomo, sono nel riuscire a far comprendere che questa questione non può configurarsi come un problema esclusivo delle donne, ma riguarda la società nella sua interezza ed impone la realizzazione di un nuovo modello di *welfare*, in grado di fornire più servizio ai lavoratori in genere e alle famiglie, quindi non solo alla donna, contribuendo in tal modo ad accrescere la qualità della vita di tutti i cittadini, non solo delle donne (MINWELFARE, 2008).

Il nuovo modello di *welfare* sottintende uno sforzo congiunto tra politiche di livello centrale e politiche regionali con la partecipazione e il raccordo delle parti sociali e l'adozione di nuovi strumenti di *governance* realmente efficaci. Il nuovo modello di *welfare* deve investire contemporaneamente tre sistemi: la famiglia e la giusta condivisione tra i sessi del lavoro domestico e di cura, le imprese con nuovi modelli di organizzazione del lavoro capaci di rendere attuabili i principi di pari opportunità e la società intesa come combinazione di responsabilità e competenze dei diversi soggetti che hanno il compito di erogare servizi in grado di sostenere la conciliazione tra vita professionale e vita familiare.

La discriminazione di genere attraversa le altre discriminazioni?³

“Il genere influisce anche sulle diversità e vulnerabilità legate ad altre differenze quali razza/appartenenza etnica, classe sociale, età, disabilità, orientamento sessuale, ecc., spesso

³ Linda Laura Sabbadini, Global Forum on gender statistics, Rome, 10-12 December 2007, Violenza di genere, discriminazione, statistiche economiche: nuove sfide nella misurazione in un'ottica di genere; Istat - Direzione Centrale per le indagini su condizioni e qualità della vita.

rafforzandole. Molte ricerche hanno messo in luce questo aspetto ma a livello di statistiche ufficiali siamo ancora molto indietro nella concettualizzazione e operazionalizzazione dei concetti. Su come definire e misurare la discriminazione sono stati sviluppati studi dagli anni '70 negli Stati Uniti, a partire dalla disuguale partecipazione al lavoro delle donne, dei migranti e degli afroamericani. Col passare degli anni altri tipi di discriminazioni hanno ricevuto crescente interesse, in particolare in relazione ai disabili, alle persone di diverso orientamento sessuale, agli anziani. Misurare la sistematica posizione svantaggiata nella società dovuta a caratteristiche personali considerate differenti dalla norma è fondamentale. Le analisi condotte mettono in luce in alcuni casi come non solo si esprima una discriminazione per etnia, o per generazione, ma che questa è accompagnata da una discriminazione di genere, che si configura come una ‘discriminazione nella discriminazione’. Per esempio in Italia, la situazione degli immigrati nel mercato del lavoro non è particolarmente positiva: pur presentando più alti tassi di occupazione degli italiani (67,3% contro 57,9% nella media del 2006) ciò avviene al prezzo dell’inserimento nei lavori di più bassa specializzazione, minor reddito, in aziende più piccole e maggiormente vulnerabili. Tra l’altro gli immigrati con quel lavoro, di reddito più basso devono mantenere in proporzione famiglie con un numero di componenti più alto (il 46,8% delle famiglie immigrate con 4 o più componenti sono mono-reddito rispetto al 36,0% delle italiane).

Sembrerebbe esistere soltanto un problema di differenza tra immigrati e italiani, in realtà non è così perchè la condizione delle donne immigrate è comunque peggiore (tassi di occupazione dell’84,2% per gli uomini e del 50,7% per le donne). Le donne migranti presentano tassi di occupazione più bassi degli uomini e più alti delle donne italiane. Ma se si analizzano i tassi di occupazione per ruolo in famiglia emerge che le donne migranti in coppia con figli hanno un tasso di occupazione più basso anche delle italiane (41,5% contro 48,3%). I problemi di conciliazione lavoro e famiglia sono per le migranti molto più gravi in un Paese come l’Italia dove la rete di servizi sociali per l’infanzia è scarsa, i servizi privati alle famiglie sono molto costosi e le migranti non possono avvalersi delle reti di aiuto informale, fondamentale supporto per le donne italiane. Le immigrate dunque, in Italia soffrono un doppio problema e spesso una doppia discriminazione sia essa diretta o indiretta rispetto al lavoro. Ma che succede rispetto agli altri aspetti della vita sociale ed economica? Quanto e come si esprime la discriminazione nella discriminazione? Esistono scarsissime fonti per rispondere a questa domanda, dovremmo cominciare a lavorare di più su questi aspetti. Sull’orientamento sessuale della popolazione la situazione è ancora più critica perché non esistono studi ancora sufficienti. Si parla di discriminazione basata sull’orientamento sessuale in riferimento a qualsiasi svantaggio subito da una persona in virtù della sua non eterosessualità, anche nel caso di un silenzio autoimposto (Bonini Baraldi 2004). Sarebbe fondamentale ricostruire i possibili legami con episodi discriminatori nell’esperienza lavorativa sia che essi vengano riconosciuti come tali dagli intervistati sia che non lo siano, o nell’accesso all’abitazione o più in generale nella vita sociale. Sarebbe fondamentale comprendere quando e per quali fasce della popolazione le esperienze punitive siano vissute come atti

discriminatori in ragione del loro orientamento non eterosessuale oppure come semplici risultati di cattive performance lavorative. Sarebbe fondamentale capire se esiste oppure no una differenza di genere. La statistica ufficiale è molto indietro nella stessa misurazione della consistenza delle famiglie con partner dello stesso sesso e dovrebbe cominciare a darsi una strategia su questo terreno. Il fatto che da studi internazionali non condotti a livello di statistiche ufficiali il numero di lesbiche è più basso del numero di gay e che in alcuni Paesi la differenza tende a diminuire, cela forse un clima di condanna sociale più pesante nei confronti delle donne? I dati quasi inesistenti non permettono di dare una risposta adeguata al problema, né di capire se esistono differenze nell'esposizione al rischio di discriminazione, ma esiste ormai una domanda crescente della società civile e dei policy makers su questo terreno e dovremo prima o poi riuscire a dare una risposta.

È ancora poco studiata la discriminazione dovuta alla condizione di disabilità anche nel mondo del lavoro rispetto ad altre cause di discriminazione quali sesso, razza e origine etnica, e età. La gran parte degli studi si è concentrata sulla discriminazione nella fase di accesso al lavoro, la segregazione occupazionale, e la bassa qualifica attribuita (da cui deriverebbe anche una discriminazione salariale affatto trascurabile). Dai dati dell'Istat in Italia emerge che la disabilità è un fattore che fa incrementare l'esposizione al rischio di povertà. Complessivamente tra le persone con disabilità ben il 47% riferisce risorse scarse o insufficienti contro il 31% della popolazione non disabile e tale differenza si mantiene stabile nelle diverse classi di età. Sono peraltro i segmenti meno istruiti della popolazione ad essere maggiormente disabili, in particolare tra gli ultrasessantacinquenni è disabile il 21,2% delle persone con basso titolo di studio contro il 10,1% delle persone con titolo di studio medio alto (tra le donne anziane meno istruite la quota aumenta al 25% contro il 15% degli uomini). Le persone con disabilità, inoltre, subiscono una discriminazione anche in termini di segregazione occupazionale, perché spesso svolgono lavori con scarse barriere di entrata, o che prevedono delle quote dedicate alle c.d. "categorie protette", in occupazioni specifiche, o svolgono le mansioni meno qualificanti all'interno delle stesse occupazioni. Restano in ogni caso tra i più vulnerabili, "gli ultimi ad essere assunti, i primi a doversene andare" come detto dall'Ilo (2003). La quota di persone disabili tra le donne è circa il doppio rispetto a quella degli uomini (6,1% contro 3,3%) ma la differenza è imputabile soprattutto alle differenze di genere che si registrano dopo i 65 anni (22,5% contro 13,3%). Le donne anziane peraltro cumulano più facilmente degli uomini le diverse tipologie di disabilità: quella motoria fino al confinamento, della comunicazione, delle funzioni dell'attività quotidiana: il 13,2% ne ha almeno due, mentre per gli uomini la quota scende al 7,2%. Sarebbe fondamentale capire quanto anche in questo caso lo svantaggio femminile si esprime anche nell'emergere di una diversa esposizione al rischio di discriminazione.

Un piano di rilancio delle statistiche di genere non può non prevedere un punto sulla sovrapposizione di discriminazione di genere con altri tipi di discriminazione.

È fondamentale che in un piano di rilancio delle statistiche di genere si ponga al centro anche la misurazione delle discriminazioni e ciò venga fatto con un approccio di genere, perché la

discriminazione di genere potrebbe essere trasversale a tutte le discriminazioni. Numerose sfide abbiamo di fronte. La discriminazione può avvenire in luoghi diversi, a scuola, al lavoro, in altri ambienti sociali. I meccanismi possono cambiare, possono essere espliciti e diretti, o possono essere indiretti e quindi più difficili da misurare. Inoltre, solo una piccola parte dei casi di discriminazione viene denunciata e quindi i dati amministrativi non possono essere di particolare aiuto perché raccolgono solo la punta di un iceberg come nel caso della violenza contro le donne. Una misura della discriminazione proveniente solamente dagli archivi amministrativi porterebbe una misura distorta di discriminazione così come avviene per le misure sulla violenza contro le donne.

Ovviamente è molto difficile individuare una misura oggettiva di discriminazione, misurare la discriminazione attraverso la percezione soggettiva è molto pericoloso. I tentativi condotti di recente, come l'indagine europea Eurobarometro non hanno dato felici risultati. Non permettono di misurare la reale estensione del fenomeno.

L'indagine Eurobarometro ha presentato dei limiti di fondo non solo perché non è possibile capire chi ha subito discriminazioni, di quale religione, razza o etnia, ecc, ma anche perché la metodologia non è adeguata, usando termini complessi, imprecisi, inadeguati, poco conosciuti dalla popolazione. Per cogliere realmente l'eventuale esistenza di discriminazione e di sovrapposizione tra le discriminazioni è necessario progettare con cura nuovi strumenti metodologici. Una vera e propria sfida per le statistiche ufficiali, una tematica di frontiera emergente di grande valore per la progettazione di politiche adeguate su cui è necessario cominciare a lavorare.

Il fenomeno infortunistico in ottica di genere: la diffusione dei dati INAIL

Liana Veronico

In applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza, al fine di consentire un'efficace attività preventiva di infortuni e malattie da lavoro, l'Istituto Nazionale per gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) mette a disposizione il proprio patrimonio informativo, consultabile tramite il portale istituzionale (www.inail.it).

A partire dagli archivi gestionali è possibile individuare dettagliatamente le caratteristiche delle aziende assicurate e dei percettori delle prestazioni per infortuni e malattie professionali. Ruolo istituzionale dell'ente è anche la diffusione di dati statistici che consentano di studiare il mondo assicurativo sotto i profili previdenziale e sanitario, nonché sotto il profilo della rischiosità legata alla particolare attività svolta. Molte differenze sono riscontrabili nello studio e nell'analisi dei dati relativi al tipo di lavoro svolto in ottica di genere, pertanto la diffusione delle statistiche istituzionali si è proposta tra i vari obiettivi quello di seguire le peculiarità concernenti la variabile sesso. In questa ottica l'INAIL, che ha organizzato il proprio sistema informativo realizzando diverse banche dati, rende accessibili informazioni sul fenomeno infortunistico distintamente per gli uomini e per le donne.

In primo luogo è stata costruita, alla fine degli anni novanta, la **Banca Dati Statistica**, che contiene dati e informazioni utili per una analisi dettagliata sull'andamento e sulle caratteristiche degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. È rivolta alle università, medici del lavoro, ASL, ISPESL, consulenti del lavoro, ecc. Attraverso varie modalità di consultazione, è possibile individuare, per zone geografiche e per settori produttivi, le attività lavorative più rischiose, le diverse modalità di accadimento degli infortuni, la frequenza e la gravità degli eventi lesivi: tutte informazioni sul rischio lavorativo indispensabili per la prevenzione sui posti di lavoro. I dati si presentano articolati in tavole molto dettagliate, secondo la modalità di consultazione richiesta dall'utente e forniscono le informazioni sia in termini assoluti (valori annui relativamente all'ultimo quinquennio disponibile), sia in termini relativi (indici di frequenza e di gravità). La Banca Dati è strutturata in quattro aree tematiche, di contenuto strettamente statistico: "Aziende assicurate", "Eventi denunciati", "Eventi indennizzati", "Rischio" e una area tematica di natura amministrativa: "Dati mensili". È in fase di realizzazione una ristrutturazione integrale della Banca dati al fine di recepire nuovi segmenti informativi emergenti (lavoratori stranieri, lavoratori atipici, infortuni in itinere, ecc.) e le nuove disposizioni legislative stabilite, tra le altre, dal D.Lgs. n. 38/2000. Attualmente la banca dati è aggiornata semestralmente e prevede la diffusione di dati stati-

stici al 30 aprile (dati provvisori dell'anno precedente) e al 31 ottobre (dati definitivi dell'anno precedente) di ogni anno.

La diffusione dei dati aggiornati al 30 aprile è effettuata anche tramite i Flussi Informativi, costituiti da dati di dettaglio (non dati aggregati come nelle diverse banche dati) a livello di azienda e di singola azienda sanitaria locale, che, per il rispetto delle norme sulla tutela della privacy, sono resi disponibili a seconda della competenza territoriale delle singole ASL per gli operatori che operano nel campo della prevenzione.

È inoltre disponibile la **Banca Dati dei Disabili** che fornisce una vista esauriente del mondo dei reddituari disabili INAIL, contiene informazioni statistiche utili anche per una conoscenza di base sulle potenziali capacità ed abilità residue degli invalidi in funzione di un loro reinserimento nel contesto lavorativo. È rivolta ad ASL, giornalisti, ditte, università, altre pubbliche amministrazioni. Fornisce, inoltre, indicazioni concrete circa l'attività lavorativa svolta dal disabile prima del verificarsi dell'evento dannoso, nonché sulla sua condizione professionale attuale ovvero se lavora in aziende assicurate presso l'INAIL. Le disabilità, raggruppate in tre categorie (motorie, psicosensoriali e cardiorespiratorie) si riferiscono, per quanto riguarda la posizione professionale del disabile, unicamente ai settori Industria e Servizi.

Per consentire agli utenti un parallelo con la situazione infortunistica a livello europeo è disponibile la sezione delle **Statistiche Europee**. Le statistiche riportate all'interno sono state rilevate da pubblicazioni EUROSTAT e comprendono tutti i casi di infortunio che abbiano provocato un'assenza dal lavoro superiore a tre giorni di calendario (al netto, quindi, delle franchigie), esclusi gli infortuni in itinere. Oltre ai dati in valore assoluto, sono disponibili anche i “tassi di incidenza standardizzati” (per 100.000 occupati) elaborati da EUROSTAT per consentire confronti omogenei tra i dati infortunistici relativi ai diversi Stati membri. Infatti, le statistiche prodotte dai diversi paesi sono difficilmente confrontabili a causa delle diverse normative vigenti sia in materia assicurativa che di previdenza sociale. Per i raffronti tra i vari paesi EUROSTAT ha più volte espresso la raccomandazione di utilizzare esclusivamente i tassi di incidenza standardizzati elaborati da loro tecnici intervenendo sui dati assoluti con appropriati procedimenti statistici sia per armonizzare le diverse strutture produttive nazionali, sia per rapportarli alla corrispondente forza lavoro. La popolazione di riferimento, persone occupate di età superiore a 15 anni, viene ricavata dai dati dell'indagine sulle forze di lavoro della Comunità (I.F.L.). I tassi sono calcolati per tutti gli Stati membri della UE considerando le cosiddette “9 sezioni comuni” della classificazione internazionale NACE che comprendono: Agricoltura; Industria Manifatturiera; Elettricità, Gas ed Acqua; Costruzioni; Commercio e Riparazioni; Alberghi e Ristoranti; Trasporti, Magazzinaggio e Comunicazioni; Intermediazione Finanziaria ed Attività Immobiliari. L'aggiornamento di questa banca dati avviene annualmente, in occasione della pubblicazione dei dati da parte di Eurostat con i dati relativi a 2 anni prima e con la serie storica dell'ultimo decennio disponibile.

A maggio 2008 è stata rilasciata la **Banca Dati al femminile** con l'obiettivo di indagare specificamente il lavoro femminile e i suoi rischi, anche con riferimento alla salute della donna.

Oltre alla grande mole di informazioni provenienti dalla base dati dell'INAIL, la banca dati prevede l'utilizzo di flussi informativi provenienti da altri Enti che consentono di comporre un quadro d'insieme più completo sul mondo dell'occupazione femminile e di impostare una analisi dettagliata del fenomeno "donna" dal punto di vista sociale e sanitario.

La presente relazione segue con una descrizione analitica della struttura e del contenuto di questa banca dati per concludersi con un commento delle informazioni più significative che da essa si possono desumere.

La Banca Dati al femminile è articolata in 2 aree tematiche: Donna, Lavoro e Società e Donna, Rischi e Danni da Lavoro, con contenuti informativi e provenienza nettamente diversi.

La prima area tematica è stata costruita scegliendo tra i flussi informativi provenienti da fonti ufficiali le informazioni ritenute più significative in relazione all'obiettivo che ci si è posti ovvero quello di esaminare in maniera dettagliata le differenze di genere a più livelli. Si tratta di tavole già predisposte dagli appositi Enti, principalmente ISTAT e INPS e disponibili su pubblicazioni e/o su internet.

All'interno sono stati individuati tre rami: Donna, Lavoro e Società, per ognuno dei quali sono state indagate le caratteristiche principali.

Il ramo "Popolazione" è suddiviso in: Italiana (con tavole statistiche relative a Struttura e Indicatori) e Straniera (nel complesso e relativamente alla sola componente europea).

Nelle tavole presenti nella sezione sono riportate le principali informazioni sulla dinamica demografica nelle province e regioni italiane relative agli ultimi anni ed alcune distribuzioni che focalizzano l'attenzione su condizione lavorativa e titolo di studio. Una delle tavole estraibili da questa sezione è, ad esempio la distribuzione della popolazione per classe di età e per regione.

Il ramo "Lavoro" si compone di un Quadro generale e tavole specifiche per Forza Lavoro, Occupati e Assicurati INAIL. Le tavole di questo ramo, a esclusione della sezione Assicurati, provengono dall'indagine ISTAT sulle forze di lavoro. Troviamo, ad esempio, la distribuzione della popolazione per condizione professionale (occupati, in cerca di occupazione, casalinghi, ritirati ...), inoltre le forze di lavoro disaggregate per età, titolo di studio, e provincia; un elevato numero di tavole relative agli occupati per settore di attività economica, territorio, tipologia di orario, carattere dell'occupazione, titolo di studio; i tassi di occupazione per titolo di studio, territorio ed età.

La sezione "Assicurati INAIL", in fase di realizzazione, sarà alimentata dallo stesso flusso di dati dell'area "Assicurati" della Nuova Banca Dati Statistica e conterrà tavole relative agli assicurati, disaggregate per tipologia di assicurato (dipendente, parasubordinato, interinale, artigiano autonomo), informazioni sugli iscritti alla "Assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico".

Il ramo "Società" è a sua volta suddiviso in Maternità (per Tutte le Donne e Straniere), Assistenza e Previdenza e Indicatori Socio-sanitari.

Nelle tavole relative al sottoramo "Maternità" sono presenti i principali indicatori di fecondità (il numero medio di figli per donna, i tassi di fecondità per età della madre) e altre informazioni sulla dinamica delle nascite per sesso, stato civile ed età della madre, l'età media dei

genitori alla nascita del figlio. È presente anche un focus sulle donne straniere, distinte anche per cittadinanza.

Nel sottoramo “Assistenza” troviamo informazioni sugli interventi e servizi sociali dei Comuni articolate secondo le diverse aree di utenza dei servizi, quali famiglia e minori, disabili, anziani, immigrati, in particolare le spese per gli interventi per regione e per area di utenza.

Le tavole relative al sottoramo “Previdenza” contengono stime del numero dei beneficiari dei trattamenti pensionistici e dell’importo del loro reddito lordo annuo da pensione. Sono stati analizzati diversi gruppi di percettori di pensioni, quali quelli di vecchiaia, di invalidità, ai superstiti, di invalidità civile.

Nel sottoramo “Indicatori Socio-sanitari” sono presenti tavole statistiche relative alla speranza di vita alla nascita, alle persone che dichiarano malattie croniche e al tipo di malattia dichiarata, alle persone disabili e al tipo di disabilità.

La seconda area tematica “Donna, Lavoro e Società” contiene dati esclusivamente di fonte INAIL: infortuni sul lavoro e malattie professionali. Le tavole relative a queste 2 sezioni seguiranno la struttura già prevista per la nuova Banca Dati Statistica, attualmente in fase di validazione per la certificazione dei dati, ma saranno realizzate con l’obiettivo di focalizzare la componente femminile. Saranno riportate le informazioni statistiche per un quinquennio distinte per denunce e definizioni (con particolare riguardo agli indennizzi).

Attualmente questa area è ancora in fase sperimentale e presenta soltanto un ridotto set di tavole elaborate ad hoc e relative ad alcune caratteristiche peculiari del fenomeno infortunistico e tecnopatologico aggiornate al 31 ottobre 2008, data dell’ultimo aggiornamento della banca dati statistica a cui fa riferimento.

La Banca Dati viene aggiornata al 31 dicembre di ogni anno.

I dati del ramo Donna, Lavoro e Società sono aggiornati sulla base delle disponibilità delle fonti informative esterne, mentre i dati del ramo Donna, Rischi e Danni da Lavoro sono aggiornati in linea con la Banca Dati Statistica generale con i dati definitivi dell’anno precedente.

Nel prosieguo della relazione si riportano e si commentano alcune informazioni significative desumibili dalla banca dati al femminile.

Secondo i dati provenienti dall’ISTAT, oggi su una popolazione di circa 60 milioni di persone residenti in Italia, le donne rappresentano il 51,4%, circa 31 milioni. Dal punto di vista occupazionale, invece, le donne rappresentano soltanto il 39,5% del totale, vale a dire solo un occupato su 3 è donna e quello dell’occupazione della popolazione in età lavorativa rappresenta uno degli indicatori chiave per misurare le differenze di genere. Analizzando il tipo di lavoro svolto, risulta che la maggior parte degli occupati sono dipendenti, e questo è vero soprattutto per le donne (80% contro il 73% del complesso); caso a parte è rappresentato dall’agricoltura, dove la quota dei lavoratori dipendenti è uguale a quella dei lavoratori indipendenti. Il settore di attività economica maggiormente rappresentato è quello dei servizi e se la quota dell’occupazione nel ramo è nel totale pari al 66%, per la componente femminile tale proporzione sale all’80%, tutto a sca-

pito dell'industria, in quanto l'agricoltura rappresenta una struttura occupazionale sostanzialmente uguale a livello di genere.

I livelli più elevati di occupazione femminile si registrano nel Nord Italia, in particolare in Emilia Romagna, che presenta un tasso pari al 62%, raggiungendo quindi l'obiettivo della strategia di Lisbona (60%). Nel Nord, inoltre, più bassi sono i differenziali tra i due sessi, al contrario del Mezzogiorno, ad esempio in Puglia, dove tra l'altro il tasso di occupazione è meno della metà di quello obiettivo.

La classe di età maggiormente rappresentata a livello professionale è quella delle quarantenni: tra i 35 e i 44 anni troviamo circa un terzo delle lavoratrici.

I differenziali di genere si riducono anche al crescere del livello di istruzione della popolazione. Infatti il 40% delle occupate è diplomata e il 20% è laureata, mentre nel complesso la percentuale dei diplomati risulta più bassa, precisamente pari al 37%, così come quella dei laureati, pari al 16%.

Dal punto di vista infortunistico e tecnopatologico la situazione per le donne è invece molto favorevole: 1 infortunio su 4 è rosa, e la proporzione è la stessa per le malattie professionali. Si tratta di circa 250mila infortuni su un totale di più di 910mila (27,5%) e la percentuale si abbassa se si passa all'esame dei casi mortali: meno di 100, che corrispondono all'8% del totale. In effetti le lavoratrici non operano in settori ad alto rischio, come la siderurgia, la metallurgia e il legno, e gli infortuni si verificano piuttosto nella sanità e nei servizi sociali, nel commercio, negli alberghi e nei ristoranti, in termini assoluti. Se si procede ad un'analisi della composizione per genere, si rileva che quasi il 90% degli incidenti al personale domestico è relativo alle donne, il 73% agli operatori nella sanità, il 56% agli addetti della pubblica amministrazione. Anche nell'ambito dei vari settori, alle donne vengono spesso affidati compiti "leggeri", ripetitivi e monotoni.

Particolarmente rilevante il fenomeno tra i Dipendenti Conto Stato (gestione particolare dell'INAIL) dove, coerentemente all'alta presenza femminile, il 71% degli infortuni e il 57% dei decessi è occorso a lavoratrici. In Agricoltura un quarto degli infortunati e 1 vittima su 10 è donna. A livello territoriale, la percentuale degli infortuni occorsi alle donne è più elevata al Centro (30,5% del totale), dove elevata è la presenza di uffici della pubblica amministrazione centrale (principalmente nella capitale) e di un significativo numero di imprese operanti nei servizi e nel terziario avanzato con maggiore presenza di donne. Un'altra area che supera la media nazionale è il Nord-Ovest, con oltre il 28% di infortuni femminili sul totale degli incidenti. Per i casi mortali, si registra un'incidenza femminile del 10,5% nelle Isole, seguita dal Nord-Est (9,6%), mentre il Centro con l'8% è perfettamente in linea con la media nazionale.

Quote rilevanti nella distribuzione degli infortuni in itinere e degli infortuni stradali sono rappresentate dalle donne: rispettivamente il 46% (circa 45.000 infortuni) e il 38% (circa 135.000): si tratta di infortuni occorsi durante il normale percorso di andata-ritorno dal luogo di abitazione al luogo di lavoro (in itinere) e infortuni avvenuti sulla pubblica via che coinvolgono un mezzo di trasporto stradale (stradali). Molto significativa la percentuale degli infortuni mortali avvenuti in itinere tra le donne, oltre il 50% dei decessi (contro il 22,3% tra gli uomini).

Anche per gli infortuni occorsi a lavoratori atipici la componente femminile risulta elevata:

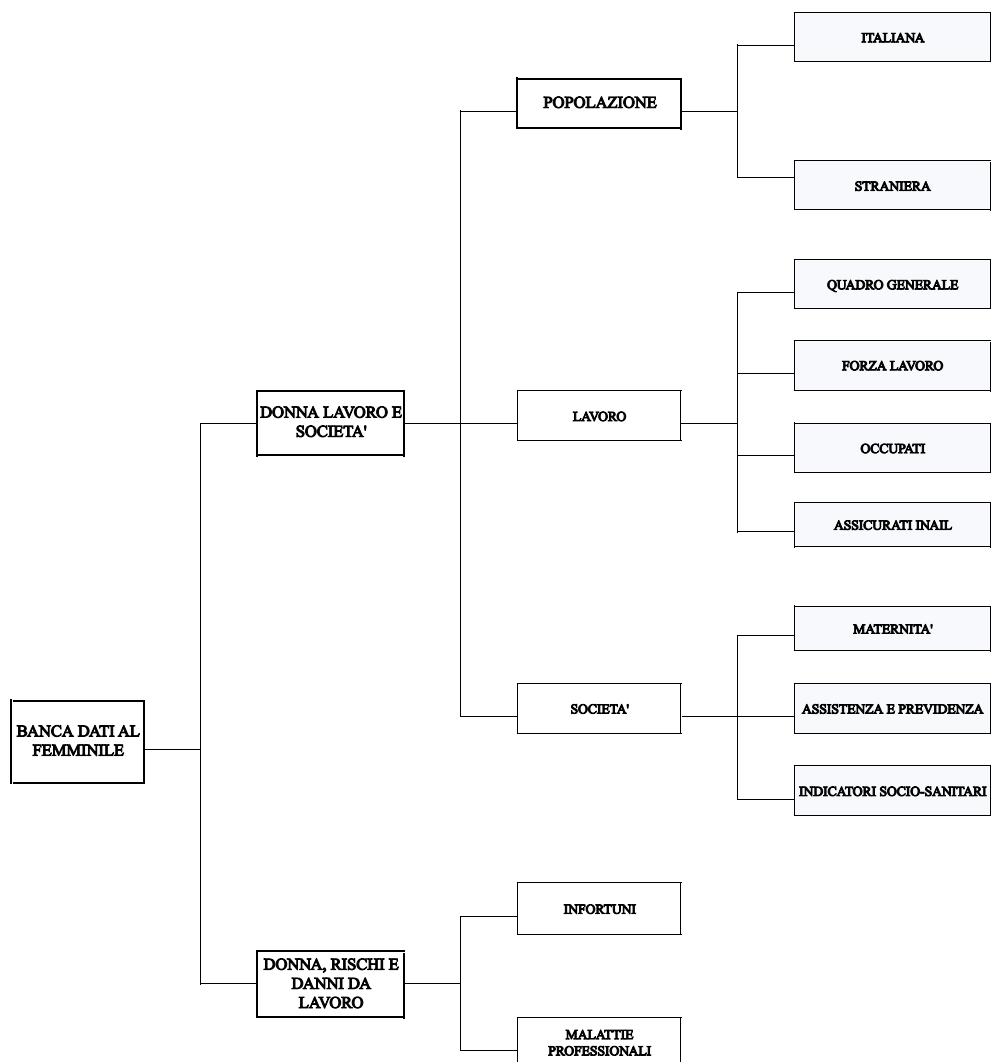
23% (circa 4.000 infortuni) per gli interinali e 37% (circa 3.000) per i parasubordinati. A livello generale, per quanto riguarda i lavoratori interinali bisogna tener conto che svolgono lavori temporanei e di durata generalmente inferiore all'anno e, in termini di rischio, presentano una frequenza infortunistica nettamente più elevata di quella media che si registra per gli addetti dell'Industria e Servizi. I lavoratori parasubordinati (ex contratti di collaborazione coordinata e continuativa), invece, presentano un indice infortunistico sensibilmente più basso di quello medio generale, in linea con le caratteristiche lavorative prevalentemente impiegatizie di questi lavoratori.

Se consideriamo la nazionalità degli infortunati, la quota delle donne infortunate straniere scende al 20,3% (rispetto al 28,8% delle italiane).

Situazione del tutto particolare è quella dell'assicurazione in ambito domestico (legge n. 493/1999): circa 1.700 richieste di prestazioni per la quasi totalità da parte di donne (98%). Con riferimento agli eventi occorsi nel 2007 sono state erogate 66 rendite di inabilità permanente con grado compreso tra il 27% e il 100%: si tratta di eventi che hanno luogo a fratture (in 3 casi su 4), che hanno colpito ultracinquantenni, riportando un grado di inabilità in più della metà dei casi inferiore al 33%. I casi mortali sono stati 13.

Un'ultima nota relativa alle malattie professionali. L'INAIL distingue le malattie in “malattie tabellate”, che godono di presunzione legale di origine, e “malattie non tabellate”, patologie lavoro-correlate per le quali spetta al lavoratore la dimostrazione del nesso eziologico. Questo “sistema misto” è stato introdotto a partire dal 1988 e da allora, in generale, le malattie tabellate hanno visto diminuire sensibilmente la loro consistenza negli anni (grazie anche a interventi di prevenzione e di adeguamento a norma sempre più mirati ed efficaci) a favore delle non tabellate, oramai diventate figure di primo piano nell'evoluzione del fenomeno tecnopatico. Le malattie professionali denunciate dalle donne sono quasi 6.400, circa un quarto di quelle denunciate nel complesso. Per quanto riguarda le malattie tabellate, un terzo delle donne è colpito da malattie cutanee, mentre nel complesso un terzo dei lavoratori sono colpiti da ipoacusia e sordità. Nella distribuzione delle non tabellate, più del 50% delle donne devono fronteggiare malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (tendiniti, sindromi del tunnel carpale..), mentre nel totale la quota di tali tecnopatie è inferiore al 40%.

Per concludere si riporta un esempio di possibile analisi utilizzando la banca dati al femminile. Sono stati costruiti i tassi di incidenza infortunistica per 1000 occupate ISTAT e analogamente per 1000 occupati ISTAT nel complesso. Gli infortuni considerati sono esclusivamente quelli avvenuti in occasione di lavoro (al netto quindi degli infortuni in itinere). La situazione che si presenta non è distinguibile per genere all'interno della graduatoria: al primo posto si trova l'Emilia Romagna e all'ultimo posto la Campania, con tassi femminili pari rispettivamente a 36,7 e 12,3, ma quello che è più importante e conferma quanto detto finora è che il tasso di incidenza infortunistica delle donne è notevolmente più basso rispetto al complesso, pari a 22,5 di 13 punti percentuali al di sotto di quello complessivo, pari a 35,1, a conferma della minore rischiosità del lavoro svolto dalle donne, per lo più in comparti a maggiore vocazione impiegatizia e amministrativa.



Occupati per settore di attività economica, posizione nella professione e classe di età
Femmine - Media 2007 (in migliaia)

CLASSI DI ETÀ	Agricoltura			Industria			Servizi			Totale		
	Dipendenti	Indipendenti	Totale	Dipendenti	Indipendenti	Totale	Dipendenti	Indipendenti	Totale	Dipendenti	Indipendenti	Totale
15-24 anni	6	3	9	98	8	106	391	73	464	495	84	579
25-34	31	15	46	417	39	456	1.496	399	1.895	1.943	453	2.397
35-44	45	38	83	442	67	510	1.902	478	2.380	2.390	584	2.973
45-54	39	51	91	289	49	338	1.535	335	1.871	1.864	435	2.299
55-64	18	27	45	64	28	92	538	161	699	620	216	836
65 e oltre	..	8	8	1	8	9	19	45	64	21	60	81
TOTALE	139	142	281	1.312	198	1.510	5.882	1.492	7.374	7.333	1.832	9.165

Maschi e Femmine - Media 2007 (in migliaia)												
CLASSI DI ETÀ	Agricoltura			Industria			Servizi			Totale		
	Dipendenti	Indipendenti	Totale	Dipendenti	Indipendenti	Totale	Dipendenti	Indipendenti	Totale	Dipendenti	Indipendenti	Totale
15-24 anni	26	20	46	495	48	543	750	153	902	1.271	221	1.492
25-34	100	64	164	1.630	296	1.926	2.724	931	3.655	4.454	1.291	5.745
35-44	140	124	265	1.791	496	2.287	3.547	1.279	4.826	5.479	1.899	7.378
45-54	119	132	251	1.250	366	1.616	2.992	982	3.973	4.361	1.480	5.840
55-64	56	89	145	338	222	560	1.142	544	1.686	1.536	855	2.391
65 e oltre	1	52	53	9	62	71	57	195	252	67	309	376
TOTALE	442	481	924	5.513	1.490	7.003	11.211	4.084	15.295	17.167	6.055	23.222

Infurtuni sul lavoro avvenuti nel 2007 e denunciati all'INAIL per settore di attività economica

Infurtuni in complesso				
Rami / Settori	Maschi	Femmine	Tutti	% Femmine
AGRICOLTURA	43.735	13.471	57.206	23,5
INDUSTRIA di cui:	290.472	34.174	324.646	10,5
Industria tessile e abbigliamento	4.786	4.514	9.300	48,5
Industria del cuoio, pelle e similari	2.247	1.337	3.584	37,3
Agrindustria	3.399	1.643	5.042	32,6
Industria alimentare	12.664	5.329	17.993	29,6
Industria chimica	4.500	1.290	5.790	22,3
SERVIZI di cui:	205.963	139.597	345.560	40,4
Personale domestico	336	2.602	2.938	88,6
Sanità e servizi sociali	9.234	25.633	34.867	73,5
Pubblica Amministrazione	11.027	14.021	25.048	56,0
Alberghi e ristoranti	16.030	18.324	34.354	53,3
Commercio	52.858	24.765	77.623	31,9
Non determinato (*)	112.805	42.970	155.775	27,6
DIPENDENTI CONTO STATO	8.402	20.821	29.223	71,2
IN COMPLESSO	661.377	251.033	912.410	27,5

(*) tanza principalmente di casi con assenza dal lavoro non superiore a 3 giorni, per i quali non c'è obbligo della denuncia da parte del datore di lavoro.

Fonte: INAIL

Infurtuni mortali

Rami / Settori	Maschi	Femmine	Tutti	% Femmine
AGRICOLTURA	94	11	105	10,5
INDUSTRIA di cui:	571	18	589	3,1
Industria tessile e abbigliamento	6	2	8	25,0
Industria alimentare	23	4	27	14,8
Industria del cuoio, pelle e similari	6	1	7	14,3
Industria chimica	14	2	16	12,5
Industria della gomma e plastica	14	2	16	12,5
SERVIZI di cui:	402	59	461	12,8
Personale domestico	0	2	2	100,0
Sanità e servizi sociali	6	11	17	64,7
Alberghi e ristoranti	28	11	39	28,2
Attività immobiliari e servizi alle imprese	54	13	67	19,4
Pubblica Amministrazione	11	1	12	8,3
Non determinato	37	1	38	2,6
DIPENDENTI CONTO STATO	6	8	14	57,1
IN COMPLESSO	1.110	97	1.207	8,0

Assicurazione Infortuni in ambito domestico

(legge n.493 del 3 dicembre 1999)

Infortuni avvenuti nell'anno 2007 e indennizzati dall'INAIL (*)

<i>Natura delle lesioni</i>	<i>Donne</i>	<i>Donne e uomini</i>
Fratture	59	59
Traumi	6	6
Ustioni	4	4
Ferite		
Perdita anatomica	1	1
Contusioni	1	1
Altro (lesioni, ecc.)	8	8
<i>totale</i>	79	79

(*) Rendite di inabilità permanente con grado pari o superiore al 27%

Fonte: INAIL

**Malattie professionali manifestatesi per tipo di malattia e anno
Gestione Industria e Servizi**

Donne		2005	2006	2007
Malattie Professionali				
MALATTIE TABELLATE di cui:		506	430	383
MALATTIE CUTANEE		169	121	111
NEOPLASIE DA ASBESTO		57	76	52
ASBESTOSI		34	33	26
ASMA BRONCHIALE		37	33	21
MALAT OSTEOARTICOLARI		18	31	35
IPOACUSIA E SORDITA'		33	28	22
MALATTIE NON TABELLATE di cui:		5.052	5.587	5.669
tendiniti		1.288	1.524	1.769
sindrome del tunnel carpale		751	814	713
affezione dei dischi intervertebrali		564	779	772
altre neuropatie periferiche		472	536	511
ipoacusia		191	169	161
INDETERMINATA		112	124	341
IN COMPLESSO		5.670	6.141	6.393

Fonte: INAIL

Donne e Uomini		2005	2006	2007
Malattie Professionali				
MALATTIE TABELLATE di cui:		4.520	4.244	4.040
IPOACUSIA E SORDITA'		1.329	1.269	1.111
NEOPLASIE DA ASBESTO		806	858	814
ASBESTOSI		612	555	610
MALATTIE CUTANEE		454	330	296
SILICOSI		312	326	263
MALATOSTEOARTICOLARI		181	207	222
MALATTIE NON TABELLATE di cui:		19.912	19.955	20.611
ipoacusia		5.363	4.827	4.730
affezione dei dischi intervertebrali		2.090	2.583	2.818
tendiniti		2.366	2.800	3.364
sindrome del tunnel carpale		1.395	1.546	1.314
altre neuropatie periferiche		743	843	888
INDETERMINATA		590	713	1.947
IN COMPLESSO		25.022	24.912	26.598

Tassi di incidenza infortunistica (*)

Regione	Donne	Donne e uomini
Emilia-Romagna	36,7	60,2
Trentino-Alto Adige	33,7	62,4
Friuli-Venezia Giulia	29,5	49,1
Abruzzo	28,1	40,8
Umbria	26,7	45,3
Toscana	26,5	41,3
Liguria	25,9	39,8
Marche	25,9	43,5
Molise	24,0	31,7
Basilicata	24,0	30,1
Veneto	24,0	45,9
Valle d'Aosta	23,2	39,0
Piemonte	22,7	34,7
Puglia	20,4	29,9
Lazio	18,7	22,9
Lombardia	17,9	31,2
Sardegna	17,6	26,9
Calabria	16,4	22,5
Sicilia	16,2	21,7
Campania	12,3	16,8
Italia	22,5	35,1

(*) Infortuni in occasione di lavoro denunciati nel 2007 per 1000 occupati ISTAT

Fonte: Elaborazione su dati INAIL-ISTAT

Esigenze e proposte dei professionisti del Sistema SSL: verso la progettazione di strumenti per l'applicazione in ottica di genere del Testo Unico

Paola Conti e Laura Bongiorno

Premessa

Nell'ambito delle funzioni di indirizzo e coordinamento del "Progetto nazionale di prevenzione della salute nei luoghi di lavoro in ottica di genere", il Dipartimento Pari Opportunità - Presidenza del Consiglio dei Ministri - ha inteso realizzare, attraverso affidamento alla SINTAGMI s.r.l., iniziative volte ad integrare la prospettiva di genere nelle iniziative inerenti l'applicazione del D.Lgs. 81/08 - TU relativo alla tutela della Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Nell'ambito del progetto, professionisti appartenenti a diverse aree disciplinari e a diversi ambiti di esperienza, si sono confrontati su come applicare il Testo Unico in modo da tenere in considerazione le peculiarità di donne e di uomini, fornendo indicazioni utili all'elaborazione di linee guida per la valutazione dei rischi in ottica di genere.

Nell'ambito del presente volume si è scelto di valorizzare il contributo offerto da uno dei momenti di confronto¹, provando, al contempo, ad avviare la sistematizzazione di alcuni strumenti-modalità utili ai professionisti nel loro lavoro di tecnici nei vari ruoli del Sistema SSL.

Una sintesi del confronto

Il numero di persone presenti all'incontro e le differenti professionalità rappresentate² ren-

¹ Milano, 22 gennaio 09 - Incontro di discussione tra professionisti nell'ambito del "Progetto nazionale di prevenzione della salute in ottica di genere" - Dipartimento Pari Opportunità - INAIL.

² Partecipanti: Conti Paola-facilitazione - Sociologa del lavoro, dell'organizzazione e della salute - Sintagmi srl - Consulente del Dip. Pari Opportunità, Pres. Consiglio dei Ministri

Pagano Attilio-facilitazione- Formatore esperto e consulente in salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Bellocchi Loredana RSPP ASUR Marche Zona Territoriale 4 Membro Ufficio di Presidenza e Coordinatore Regionale AIREPSA (associazione dei responsabili dei servizi di prevenzione delle strutture sanitarie)

Bodini Laura Medico del lavoro - servizio di vigilanza ASL Milano 3 - Vicepresidente della CIIP (Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione)

Bongiorno Laura Psicologa - esperta in prevenzione stress lavoro-correlato - Sintagmi - Roma

Guardavilla Anna Giurista esperta di sicurezza sul lavoro

Cantoni Susanna Responsabile Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro ASL Città di Milano

Camussi Elisabetta Professore di Psicologia Sociale c/o Università di Milano Bicocca e consigliere di parità

Monica Forghieri Psicologa - formatrice operatori socio sanitari in materia di Salute sul lavoro

Muto Antonella Psicologa del lavoro e delle organizzazioni - consulente ADES associazione esperti della sicurezza di Bolzano

Soldi Adelina Chimica - esperta di prevenzione salute pubblica - Sintagmi - Cremona

Stenico Eleonora Consigliera di parità della Provincia Autonoma di Trento - Dottore di ricerca in Diritto del Lav. all'Univ. di Trento

Vignola Giuseppina Ingegnere - esperta in valutazione dei rischi - docente nei corsi di formazione per RSPP.

dono il confronto complesso ma ricco di spunti di riflessione. Del resto voler affrontare il tema della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro in modo non riduttivo richiede necessariamente l’apporto di competenze specifiche e diversificate.

In un clima di curiosità e interesse per il tema e per l’occasione di confronto interdisciplinare emerge subito come esigenza principale delle persone che si occupano di SSL quella di ottenere indicazioni chiare e operative sull’applicazione dell’ottica di genere alla valutazione dei rischi.

Partendo dalla propria professionalità e competenza, ogni partecipante ha provato a evidenziare il proprio punto di vista sull’argomento, esprimendo esigenze, dubbi e criticità.

Questo ha permesso di osservare il tema della salute nei luoghi di lavoro anche attraverso gli sguardi degli altri, consentendo di prendere in considerazione esigenze e aspetti diversi.

La necessità di una maggiore chiarezza nasce già dalla confusione rispetto al concetto di genere, spesso erroneamente sovrapposto alla semplice differenza biologica tra maschi e femmine. Si sottolinea come importante il non dare per scontata l’acquisizione di questo concetto nemmeno tra i professionisti e prevedere una formazione specifica all’ottica di genere per tutti gli attori del sistema SSL. Infatti le competenze per valutare gli impatti su donne e uomini sono il prerequisito per l’utilizzo di strumenti e per la realizzazione di analisi e proposte di miglioramento.

Si suggerisce, intanto, di realizzare indagini per comprendere quanti siano gli uomini e donne con incarichi di RLS.

L’esperienza insegna come, quando ci si trova di fronte ad una norma quale questa in oggetto (applicazione in ottica di genere del TU), c’è una sorta di “panico”: nessuno sa cosa deve fare.

Non c’è conoscenza e tempo per prendere in considerazione tutte le tipologie di rischio. Gli addetti ai servizi di prevenzione hanno bisogno di uno strumento pratico e semplice (es. check list) per le diverse fasi (punti di verifica, fattori di rischio, pesatura) non neutro.

Si sottolinea l’esigenza di trovare strumenti (quali check list non neutre, pur avendo le check list già ampiamente dimostrato una funzionalità dubbia in molti casi quali l’analisi del ciclo produttivo e organizzativo) e indicatori per realizzare una valutazione dei rischi il più possibile oggettiva, che consenta di capire come valutare anche gli aspetti più soggettivi in modo quantitativamente significativo.

Infatti il tentativo “tecnico” di rendere oggettivo il rischio si scontra con la necessità di rilevare la percezione soggettiva del rischio dei lavoratori/lavoratrici e di avvicinarsi il più possibile alle peculiarità dei singoli.

Se l’esigenza principale degli esperti “tecnici” è quella di trovare strumenti standardizzati, l’esigenza di altri professionisti (medici del lavoro, psicologi, esperte di politiche di genere e pari opportunità) è quella di sottolineare l’importanza dell’ascolto del singolo. Sarebbe importante che la valutazione non si facesse **sulle** persone ma **con** le persone e che a questo processo partecipasse anche il medico competente.

A questo proposito bisognerebbe prevedere un maggiore coinvolgimento dei lavoratori anche attraverso una formazione ai diritti e favorire una partecipazione attiva consapevole di tutti i lavoratori/lavoratrici al processo di valutazione.

Alcuni/e professionisti/e sottolineano l'esigenza di tener conto di:

- stereotipi e aspettative del contesto rispetto ai ruoli di donne e uomini;
- diverse tipologie di lavoro che possono essere influenzate in modo diverso da sesso e genere;
- analisi del ciclo produttivo e organizzativo;
- coinvolgimento di più attori nell'analisi del rischio;
- tema della conciliazione dei carichi e tempi della cura (tema della vulnerabilità);
- bisogno di indicare con chiarezza dove si possono trovare le informazioni su flussi di comunicazione e i ruoli all'interno delle aziende;
- specificità legate alla condizione di immigrato/a;
- specificità legate alle diverse tipologie contrattuali (diverse dal tempo indeterminato);
- effetto dello stress lavoro-correlato da inquadrare nell'ottica dello sbilanciamento tra richieste ricevute e risorse per rispondere a quelle richieste;
- settori maggiormente femminilizzati e sindacalizzati da porre sotto la lente perché teoricamente più sensibili;
- attenzione alle discriminazioni multiple.

Nel corso dell'incontro si è cercato di immaginare quali strumenti e prassi della valutazione del rischio possono essere ri-letti attraverso la *gender lens*.

Alle specifiche sollecitazioni legate al processo di valutazione dei rischi rispondono prevalentemente i professionisti con ruoli tecnici: prendere in considerazione questi aspetti, arrivando alle diverse caratterizzazioni dei pericoli legati alla differenza di sesso rappresenta un livello minimo di analisi.

- sostanze chimiche: non ci sono indicazioni su una possibile specificità di risposta all'esposizione diversificata tra donne e uomini (es. non tengono in considerazione agenti quali gli interferenti endocrini). Le figure RSPP devono collaborare con il medico competente per caratterizzare le diverse sostanze e iniziare a raccogliere evidenze scientifiche
- rischio biologico, tenere in considerazione risposte individuali e diversificate al microclima
- esposizione a radiazioni - specificità legate al sesso biologico legate alla sola funzione riproduttiva (limite)
- movimentazione carichi - aumentare l'attenzione alle differenze uomo/donna
- aspetto ergonomico delle attrezzature - idem
- aspetto ergonomico dell'ambiente - idem

Per molti di questi punti si può far riferimento alla normativa già antecedente al TU³, che però non tiene in considerazione le caratteristiche legate al ciclo di vita di donne e uomini e altre caratteristiche fisiologiche non legate alla gravidanza.

In che modo si può tenere conto della differenza di rischio dovuta al sesso degli esposti (diversa Probabilità, diverso Danno)?

La distribuzione dei sessi/generi nei gruppi di esposti ai pericoli deve essere considerata in una fase precoce della valutazione dei rischi. È necessario identificare mansioni/inquadramento/livello di responsabilità tipicamente distribuite tra i sessi (quanti m e quante f fanno quel lavoro all'interno della struttura?)

A questo proposito è stato proposto di far riferimento, ove possibile, al format richiesto per il rapporto biennale (legge 4 agosto 2006, n. 248. Codice delle pari opportunità (già art. 9 Legge 125/1991) e alla Direttiva Pari Opportunità nella Pubblica Amministrazione - 27 luglio 2007, la direttiva sulle “Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche” che vincolano rispettivamente strutture private (con più di 100 dipendenti) e pubbliche, ad inviare un rapporto sul personale con i dati disaggregati per sesso e che sarebbe utile non solo per evidenziare possibili discriminazioni (le discriminazioni sono comunque un fattore di rischio) ma anche perché restituisce una fotografia importante per avviare l'analisi organizzativa di sfondo al processo di valutazione dei rischi.

Sarebbe utile sollecitare i datori di lavoro sottolineando come per ottemperare a due adempimenti in modo correlato ottimizzando i tempi e le risorse impegnate, amplificando l'impatto degli interventi e delle misure atte al superamento di eventuali situazioni disfunzionali alla salute organizzativa.

In relazione agli **aspetti organizzativi** (ad esempio quelli legati alla vulnerabilità diversa tra donne ed uomini in determinate circostanze: illuminazione dei parcheggi, mancata chiusura di alcune porte che rendono gli ambienti accessibili a tutti, modalità di raggiungimento del luogo di lavoro, turni notturni, ecc.)

In questi casi rilevare la “preoccupazione” delle donne per la loro sicurezza diventa uno spunto per aumentare la sicurezza anche degli uomini (ad esempio anche gli uomini possono essere derubati più facilmente nei parcheggi bui!), questo costituisce un valore aggiunto dell'analisi di genere. Si sottolinea la difficoltà di comprensione delle **aspettative di genere** (come le operazionalizzo? Cosa devo osservare? È possibile tradurle in domande tipo?)

³ Sicurezza e salute delle lavoratrici gestanti, puerpere e in periodo di allattamento: Estensione del divieto di adibire al lavoro le lavoratrici madri (art. 17 del D.Lvo 26.3.01 n. 151 - Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità).

Fase di analisi

Indicazioni per la diagnosi preliminare:

1. raccogliere i dati
2. analizzare se ci sono fattori di rischio canonici (legge 151)
3. determinare se ci sono altri fattori di rischio che hanno un'influenza trasversale (stress...)
4. sulla base della ricognizione dei punti precedenti indagare sui fattori relazionali, aspettative di genere, ecc...a livello individuale, di piccolo gruppo e organizzativo.

Verso la progettazione di strumenti per l'applicazione in ottica di genere del Testo Unico

La ricchezza del confronto e la complessità delle risposte da fornire non può, ovviamente esaurirsi in un tempo breve o in modo semplicistico. Vale la pena, d'altro canto, cominciare a “raccolgere” strumenti, metodologie, prassi già esistenti, sperimentate in altri ambiti e cominciare a sistematizzare, intanto, il processo di valutazione dei rischi in un modo “non neutro”.

Di seguito una prima breve rassegna di strumenti e informazioni utili esistenti.

Statistiche di genere⁴

Con il termine statistiche di genere si fa riferimento all'identificazione, acquisizione, elaborazione e pubblicizzazione di dati DATI NON NEUTRI (*gender-blind data*)

Le statistiche di genere sono:

1. sensibili alle differenze di genere (*gender-sensitive*)
2. 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). “Se le politiche sono impostate senza considerare il genere, uomini e donne non possono che beneficiare in modo diseguale dei loro effetti... Donne e uomini hanno differenti ruoli all'interno della società e ineguale accesso alle risorse, quindi risentono in modo diverso delle politiche e misure che vengono messe in atto. Se ci sono problemi, o carenze nelle statistiche e nell'approccio di genere adottato, diminuirà la possibilità di individuare politiche adeguate per risolvere i problemi sociali ed economici del paese, soprattutto sul piano delle differenze di genere; ciò limiterà la possibilità di cambiare le cose e perpetuerà gli stereotipi esistenti. Molte politiche possono sembrare neutre rispetto al genere, ma a un esame più attento risultano diverse nei loro effetti per le donne e per gli uomini, perché esistono diversità sostanziali e di fondo nella vita delle donne e degli uomini nella maggior parte degli ambiti della vita sociale. Diversità che fanno sì che politiche apparentemente neutre si ripercuotano in modo differenziato sulle donne e sugli uomini e possano rafforzare le disparità esistenti, trasformando le differenze in disuguaglianze. La differenza di genere esiste nella nostra società ed è necessario misurarla sui terreni fondamentali della vita sociale ed economica.... Le statistiche di genere non solo permettono un confronto per sesso degli indicatori, ma assicurano che la partecipazione di uomini e donne alla vita sociale ed economica, il loro contributo alla società sia correttamente misurato e valutato”.

⁴ Linda Laura Sabbadini, Global Forum on gender statistics, Rome, 10-12 December 2007, Violenza di genere, discriminazione, statistiche economiche: nuove sfide nella misurazione in un'ottica di genere; Istat - Direzione Centrale per le indagini su condizioni e qualità della vita.

Indicatori di genere

Un indicatore può essere 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 a un gruppo di riferimento o ad un valore standard) (Beck, 1999). 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 e 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” (Bimbi, 1998). Essi, quindi, non isolano la donna focalizzando l'attenzione unicamente sulle sue situazioni di vita, ma si fondano su una concezione relazionale (uomo-donna).

Alla base di ogni analisi sociale e organizzativa sta l'identificazione degli ambiti di indagine che interessano, 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”.

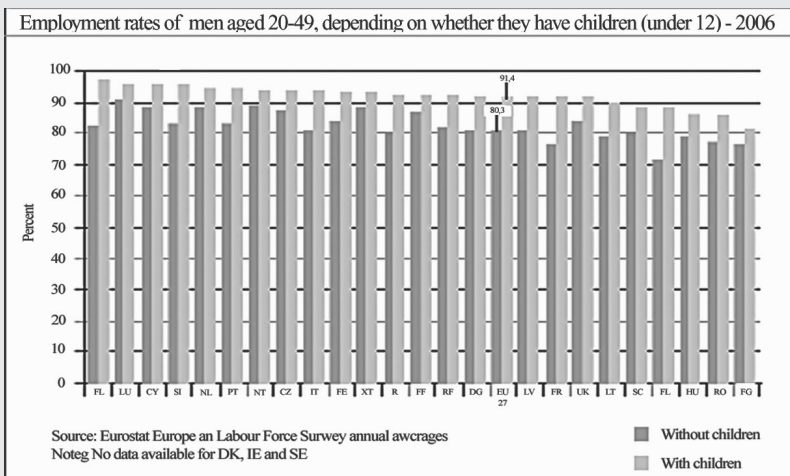
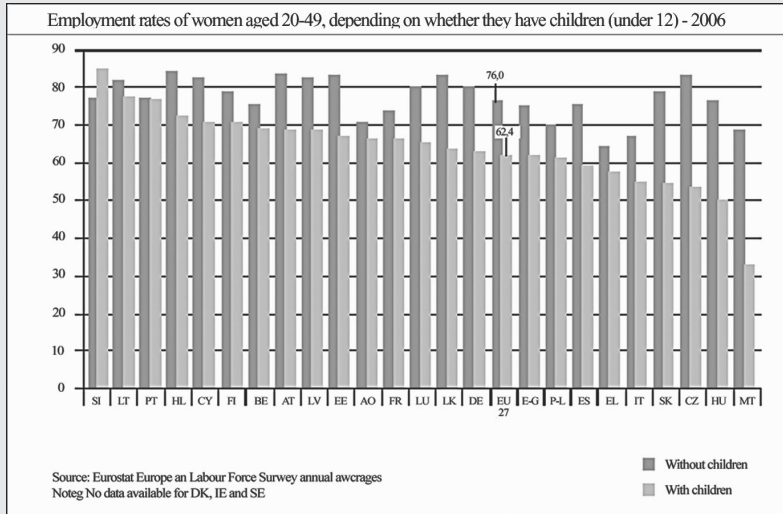
La loro complessità e multidimensionalità, rende necessario fare ricorso a proprietà specifiche la cui rilevazione sia effettivamente praticabile, cioè a caratteristiche dell'unità di analisi, sia quantitative sia qualitative.

Con il termine “indicatori sociali” designiamo tutti quegli elementi che vengono utilizzati per descrivere fenomeni sociali complessi e non direttamente rilevabili.

Gli indicatori sono frutto di un processo di *definizione operativa* dei concetti, con cui si passa da un livello di forte astrazione a 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.

Un esempio concreto da cui è possibile rilevare come il tasso di occupazione femminile diminuisca in presenza di figli al di sotto dei 12 anni di età mentre quella maschile aumenti nella stessa condizione.



Analisi di sfondo del contesto di lavoro, in ottica di genere

La focalizzazione delle differenze nell'analisi organizzativa si esprime nella scelta delle variabili (indicatori) nella costruzione e nell'analisi dei dati.

L'analisi della realtà in un'ottica di genere: serve per valutare l'impatto delle misure su donne e uomini ma ancora prima serve come **analisi di sfondo per la valutazione dei rischi**.

Come si fa: Gli strumenti, I dati, Gli indicatori, L'analisi.

Analisi di contesto

- 1. Fotografare l'insieme di condizioni su cui intervengono:** la decisione politica/manageriale e l'allocatione di risorse finanziarie/strumentali/umane
- 2. Analizzare le caratteristiche della popolazione femminile e maschile**
- 3. Evidenziare eventuali "gap di genere"** scegliendo delle misure in grado di descrivere al meglio le condizioni dei lavoratori e delle lavoratrici: le variabili, gli indicatori, le statistiche di genere. Gli indicatori possono essere:
 - numeri, fatti, opinioni o percezioni che misurano i cambiamenti di specifiche condizioni o situazioni.

I criteri per definire dei buoni indicatori: Specifico, Misurabile, Accessibile, Realistico, e Temporalmente definito (SMART).

Le variabili

1. di base: residenza, sesso, età, stato civile, cittadinanza, titolo di studio ...
 2. mercato del lavoro: condizione e posizione lavorativa, settori produttivi ...
 3. capitale umano: istruzione, formazione
 4. reddito: livelli di reddito, l'accesso al salario accessorio, alle forme di premialità, ...
 5. demografiche e di conciliazione: carichi familiari, servizi alle persone e alle famiglie
- alcune variabili sono di facile reperimento, alcune non sono facili, ma si possono trovare, altre andrebbero rilevate ad hoc.

Le statistiche di genere

Qualcosa di più complicato di una disaggregazione per sesso: sono statistiche che riflettono la realtà delle vite di donne e uomini, istanze e bisogni connessi al genere. Consentono uno studio sistematico delle differenze tra i generi e le questioni legate al genere:

- Ogni tema determinato da differenze basate sul sesso o sul genere
- Tutti gli aspetti relativi alle modalità di interazione tra uomini e donne, le loro differenze nell'accesso e nell'uso delle risorse, le loro attività, il modo di reagire ai cambiamenti.

Modalità di rilevazione dei dati sul personale in ottica di genere (esempio)

Personale femminile e maschile per tipo di contratto

Anno		Mese	
------	--	------	--

Personale a tempo indeterminato	Donne		Uomini		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Personale a tempo pieno		0,0%		0,0%	-	0,0%
Personale con part-time inferiore al 50 %		0,0%		0,0%	-	0,0%
Personale con part-time superiore al 50 %		0,0%		0,0%	-	0,0%
Totale personale a tempo indeterminato	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
% di personale a tempo indeterminato sul totale complessivo	----	0,0%	----	0,0%	----	0,0%

Personale a tempo determinato	Donne		Uomini		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Personale a tempo determinato		0,0%		0,0%	-	0,0%
Personale con part-time inferiore al 50 %		0,0%		0,0%	-	0,0%
Personale con part-time superiore al 50 %		0,0%		0,0%	-	0,0%
Totale personale a tempo determinato	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
% personale a tempo determinato	----	0,0%	----	0,0%	----	0,0%

Personale utilizzato con forme di lavoro flessibile	Donne		Uomini		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Personale in contratto di apprendistato		0,0%		0,0%	-	0,0%
Personale utilizzato con contratto in somministrazione		0,0%		0,0%	-	0,0%
Personale con contratto co.co.co/co.co.pro.		0,0%		0,0%	-	0,0%
Personale con contratti di consulenza occasionale		0,0%		0,0%	-	0,0%
Personale con altre tipologie di contratto (specificare)		0,0%		0,0%	-	0,0%
Totale personale utilizzato con altre forme di lavoro flessibile	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
% personale utilizzato con altre forme di lavoro flessibile sul totale complessivo	----	0,0%	----	0,0%	----	0,0%
TOTALE PERSONALE COMPLESSIVO	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%

Personale femminile e maschile per qualifica, posizione ed età

		Anno		Mese		
	Donne		Uomini		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Dirigenti/manager di prima fascia		0,0%		0,0%	-	0,0%
Meno di 30 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
31-40 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
41-50 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
Oltre 50 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
Totale dirigenti/manager di prima fascia	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
% di dirigenti/manager di prima fascia sul totale complessivo	-----	0,0%	-----	0,0%	-----	0,0%
Dirigenti/manager di seconda fascia						
Meno di 30 anni		0,0%		100,0%		100,0%
31-40 anni		0,0%		100,0%		100,0%
41-50 anni		0,0%		100,0%		100,0%
Oltre 50 anni		0,0%		100,0%		100,0%
Totale dirigenti/manager di seconda fascia con incarichi di prima fascia	-	0,0%		100,0%		100,0%
% dirigenti/manager di seconda fascia con incarichi di prima fascia sul totale complessivo	-----	0,0%	-----	100,0%	-----	100,0%
Quadri						
Meno di 30 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
31-40 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
41-50 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
Oltre 50 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
Totale quadri	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
% quadri sul totale complessivo	-----	0,0%	-----	0,0%	-----	0,0%
Terza area (a seconda del CCNL)						
Meno di 30 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
31-40 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
41-50 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
Oltre 50 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
Totale terza area	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
% di terza area sul totale complessivo	-----	0,0%	-----	0,0%	-----	0,0%
Altri dipendenti						
Meno di 30 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
31-40 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
41-50 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
Oltre 50 anni		0,0%		0,0%	-	0,0%
Totale altri dipendenti	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
% altri dipendenti sul totale complessivo	-----	0,0%	-----	0,0%	-----	0,0%
TOTALE PERSONALE COMPLESSIVO	-	0,0%				

Riequilibrio di genere

SI **NO**

Nell'organizzazione esistono settori o livelli professionali (es. dirigenti) che presentano un divario tra donne e uomini superiore ai due terzi? _____

Se sì, specificare i primi tre settori o livelli professionali ove esiste questa differenza specificando anche la percentuale di donne e di uomini

F **%** **M**

.....

.....

.....

Descrivere più in generale le azioni effettuate per rimuovere il divario di genere e per ridurre il differenziale salariale.

Partecipazione alla formazione

Indicare il numero e le ore di formazione fruite dai dipendenti nello scorso anno

n° di part. g/annue di form.per part..

Esempio

	F	M	F	M
dirigenti I fascia				
dirigenti II fascia				
quadri				
terza area (a seconda dei CCNL)				
alti dipendenti				
totale	0	0	0	0

Le attività formative si svolgono:
durante il normale orario di lavoro

SI **NO**

al di fuori del normale orario di lavoro (es. sera, sabato)

Nelle schede di valutazione degli interventi formativi viene chiesto il sesso del partecipante?

In caso affermativo i dati vengono elaborati e interpretati considerando il sesso dei partecipanti (es.analizzando in maniera separata le risposte date dalle donne da quelle date dagli uomini ed effettuando un confronto)?

SI **NO**

Reinserimento del personale assente

Sono state adottate misure per favorire il reinserimento del personale assente per lunghi periodi (es. maternità, congedi parentali, ecc)?

SI NO

Se sì, descrivere quali:
informazione a domicilio

altro (specificare)

Congedi parentali

Indicare il numero e la durata dei congedi parentali che sono stati utilizzati nell'organizzazione nel periodo es.2007- 2008

F M

numero di persone

durata media congedo per persona (in giorni)

Quali dei seguenti casi si sono verificati?

durante l'assenza per congedo parentale sono state inviate informazioni a domicilio sui corsi di formazione?

la formulazione dei calendari dei corsi ha tenuto conto di modalità favorevoli alla partecipazione di donne e uomini con carichi di cura?

è stato favorito, ove possibile, il rientro del personale dalle assenze per congedo parentale e lavoro di cura, nella propria unità operativa, in modo da non interrompere i percorsi di carriera?

Raccolta informazioni da parte del medico competente, dati disaggregati per sesso

Scheda per la raccolta delle informazioni da parte del medico competente di cui al D.Lgs. 81/08, art. 40, comma 1				
1	Anno di riferimento della Comunicazione			numerico
INTERSTAZIONE SCHEDA (da compilare dal Medico Competente)				
2	Ragione Sociale Impresa			testo
3	Denominazione Unità Locale			testo
4	Partita IVA della Ragione Sociale			alfanumerico
5	Codice Fiscale della Ragione Sociale			alfanumerico
6	Indirizzo Unità locale (via e numero civico)			testo
7	Comune dell'Unità locale			
DATI RESI DISPONIBILI DAL DATORE DI LAVORO *				
DATI SULLA IMPRESA *				<i>tipo di dato</i>
8	Indirizzo Sede Legale (via e numero civico) (da indicare qualora diverso dall'Unità Locale)			testo
9	Comune della Sede Legale (da indicare qualora diverso dall'Unità Locale)			testo
10	Codice attività economica (ATECO) ¹			testo
DATI SU OCCUPATI, INFORTUNI E ASSENZE *	DATI SU OCCUPATI, INFORTUNI, MALATTIE, ASSENZE E IDONEITA'			
		Maschi	Femmine	
11	N. totale lavoratori subordinati equivalenti ²			numerico
12	N. totale lavoratori equivalenti con altri tipi di contratto ³			numerico
13	N. infortuni denunciati			numerico
14	N. giorni assenza per infortunio e/o malattia professionale DI COMPETENZA INAIL			numerico
15	N. giorni assenza per malattia non di competenza INAIL			
16	N. giorni assenza per congedo di maternità (sia obbligatoria che facoltativa) e paternità			numerico
DATI FORNITI DAL MEDICO COMPETENTE				
DATI SUL MEDICO COMPETENTE				<i>tipo di dato</i>
		Cognome	Nome	
17	Medico Competente (Cognome Nome)			testo
18	Codice Fiscale Medico Competente			alfanumerico
19	Indirizzo Medico Competente			testo
20	Recapito telefonico Medico Competente			testo

21	Indirizzo posta elettronica Medico Competente			testo
DATI SU MALATTIE PROFESSIONALI E IDONEITA'				
		Maschi	Femmine	
22	N. MP segnalate			numerico
23	Tipologia MP segnalate (codifica DM 14.01.08) ⁴			testo
24	n. lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria			numerico
25	n. lavoratori visitati nell'anno di riferimento			numerico
26	n. idonei			numerico
27	n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) temporanee			numerico
28	n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) permanenti			numerico
29	n. inidoneità temporanee			numerico
30	n. inidoneità permanenti			numerico
DATI FORNITI DAL MEDICO COMPETENTE				
PROTOCOLLO SANITARIO				
31	PROTOCOLLO SANITARIO ADOTTATO IN RELAZIONE ALLE MANSIONI LAVORATIVE E AI RELATIVI RISCHI (riportare per ogni mansione le visite mediche e gli accertamenti integrativi previsti dal protocollo sanitario con le relative periodicità)			testo in campo libero
ESPOSIZIONE A RISCHI LAVORATIVI DEI LAVORATORI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA				
	RISCHI LAVORATIVI	numero lavoratori esposti		
		Maschi	Femmine	
32	N. ESPOSTI A MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI			numerico
33	N. ESPOSTI A SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI			numerico
34	N. ESPOSTI AD AGENTI CHIMICI			numerico
35	N. ESPOSTI AD AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI			numerico
36	N. ESPOSTI AD AGENTI BIOLOGICI			numerico
37	N. ESPOSTI VIDEOTERMINALI (VDT)			numerico
38	N. ESPOSTI VIBRAZIONI CORPO INTERO			numerico
39	N. ESPOSTI VIBRAZIONI MANO BRACCIO			numerico
40	N. ESPOSTI RUMORE			numerico
41	N. ESPOSTI CAMPI ELETTROMAGNETICI			numerico
42	N. ESPOSTI RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI			numerico
43	N. ESPOSTI RADIAZIONI IONIZZANTI			numerico
44	N. ESPOSTI MICROCLIMA SEVERO			numerico
45	N. ESPOSTI INFRASUONI			numerico
46	N. ESPOSTI ULTRASUONI			numerico
47	N. ESPOSTI ATMOSFERE IPERBARICHE			numerico
48	N. ESPOSTI STRESS LAVORO-CORRELATO			numerico
49	N. ADDETTI LAVORO NOTTURNO			numerico
50	N. ESPOSTI AD ALTRI FATTORI EMERSI IN SEGUITO ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI (SPECIFICARE QUALI)			numerico

LEGENDA

- * se non sono disponibili dati su impresa e/o occupati in quanto il datore di lavoro non li ha messi a disposizione riportare nella casella corrispondente la dicitura "DATO NON FORNITO"
- 1 = va indicato il codice ATECO (Codice ISTAT di attività dell'ultimo Censimento Nazionale) corrispondente all'attività svolta dall'azienda
- 2 = va indicato il numero di lavoratori subordinati o equiparati (a tempo indeterminato o a tempo determinato) espresso come lavoratori equivalenti (somma di tutti i mesi lavorati diviso per 12)
- 3 = va indicato il numero di lavoratori equivalenti (calcolato come al punto 2) che operano presso le aziende come "atipici": collaboratori a progetto, stagionali, somministrati o altre forme di lavoro atipico
- 4 = le malattie professionali segnalate dal medico competente vanno riportate specificando il codice identificativo della malattia come indicato nel DM 14/1/08

Principali indicatori correlati potenzialmente alla reazione di stress sul lavoro: come renderli “di genere”?

Secondo l’Accordo europeo sullo Stress sul Lavoro, siglato nell’Ottobre 2004 da tutti i Paesi europei (e oggi recepito a livello italiano e inserito nella legislazione nazionale in materia di salute e sicurezza sul lavoro), i principali indicatori correlati potenzialmente ai fenomeni di stress sul lavoro, oggetto di necessaria analisi preventiva sul livello collettivo e nell’ambito del contesto lavorativo, sono:

- l’organizzazione del lavoro e i processi (disposizioni di orario di lavoro, grado di autonomia, abilità e requisiti professionali dei lavoratori, carico di lavoro, ecc.),
- condizioni di lavoro e ambiente (esposizione a comportamenti negativi, rumore, calore, sostanze pericolose, ecc.),
- comunicazione (incertezza circa che cos’è previsto sul lavoro, prospettive di carriera, cambiamenti, ecc.),
- fattori soggettivi (pressioni emotive e sociali, incapacità di fare fronte alle richieste, percezione della mancanza di supporto, ecc.).

Secondo la European Agency for Safety and Health at Work (2000), gli indicatori di rilievo da prendere in esame per un’adeguata analisi del clima organizzativo in azienda, **in base al contesto organizzativo sono:**

- la cultura organizzativa;
- le modalità di gestione dei ruoli;
- i processi di sviluppo di carriera;
- i criteri di decisione e controllo;
- le relazioni interpersonali;
- il livello decisionale.

In base alle modalità di lavoro, sono, invece:

- il carico di lavoro e i ritmi di lavoro;
- l’ambiente;
- la programmazione del lavoro;
- lo svolgimento della funzione.

Tipologie di rischio lavorativo: come tenere conto “del genere”?

Fattori di rischio fisico qui sintetizzati in quattro aree: la prima include l’esposizione a polveri, gas, esalazioni, fumi, sostanze chimiche; la seconda l’esposizione a rumori eccessivi o vibrazioni; la terza riguarda l’assunzione di posture dannose, spostamenti di carichi pesanti o movimenti che si ripercuotono negativamente sulla salute, la quarta riguarda l’esposizione a rischi psicosociali: **fattori di rischio che possono compromettere l’equilibrio psicologico:** il carico di lavoro eccessivo, fenomeni di prepotenza o discriminazione, minacce o violenze, ecc.

Costrittività organizzative e Disturbi professionali⁵: come tenere conto “del genere”?

Secondo un'interpretazione aderente all'evoluzione delle forme di organizzazione dei processi produttivi e alla crescente attenzione ai profili di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, la nozione di causa lavorativa consente di ricomprendere **non solo la nocività delle lavorazioni in cui si sviluppa il ciclo produttivo aziendale** (siano esse tabellate o non) **ma anche quella riconducibile all'organizzazione aziendale delle attività lavorative.**

I disturbi psichici quindi possono essere considerati di origine professionale solo se sono causati, o concausati in modo prevalente, da specifiche e particolari condizioni dell'attività e della organizzazione del lavoro.

Si ritiene che tali condizioni ricorrano esclusivamente in presenza di situazioni di incongruenza delle scelte in ambito organizzativo, situazioni definibili con l'espressione “costrittività organizzativa”.

Le situazioni di “costrittività organizzativa” più ricorrenti sono riportate di seguito, in un elenco che riveste un imprescindibile valore orientativo per eventuali situazioni assimilabili.

ELENCO DELLE “COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVE”

- Marginalizzazione dalla attività lavorativa
- Svuotamento delle mansioni
- Mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata
- Mancata assegnazione degli strumenti di lavoro
- Ripetuti trasferimenti ingiustificati
- Prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto
- Prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psico-fisici
- Impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie
- Inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro
- Esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale
- Esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo.

⁵ Circolare n. 71 del 17 dicembre 2003(*): Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche.

* V. sentenza del TAR del Lazio n. 5454 del 4 luglio 2005, e successiva decisione del Consiglio di Stato n. 1576 del 17 marzo 2009.

Nel rischio tutelato può essere compreso anche il cosiddetto “mobbing strategico” specificamente ricollegabile a finalità lavorative. Si ribadisce tuttavia che le azioni finalizzate ad allontanare o emarginare il lavoratore rivestono rilevanza assicurativa solo se si concretizzano in una delle situazioni di “costrittività organizzativa” di cui all’elenco sopra riportato o in altre a esse assimilabili.

Le incongruenze organizzative, inoltre, devono avere caratteristiche strutturali, durature e oggettive e, come tali, verificabili e documentabili tramite riscontri altrettanto oggettivi e non suscettibili di discrezionalità interpretativa.

Sono invece **esclusi dal rischio tutelato**:

- i fattori organizzativo/gestionali legati al normale svolgimento del rapporto di lavoro (nuova assegnazione, trasferimento, licenziamento);
- le situazioni indotte dalle dinamiche psicologico-relazionali comuni sia agli ambienti di lavoro sia a quelli di vita (conflittualità interpersonali, difficoltà relazionali o condotte comunque riconducibili a comportamenti puramente soggettivi che, in quanto tali, si prestano inevitabilmente a discrezionalità interpretative).

