



Prospettive di genere e salute Dalle disuguaglianze alle differenze



*Policy brief
Strumenti per l'Health Equity Audit di Genere*

Policy brief realizzato da:

Silvia Pilutti, silvia.pilutti@prospettivericerca.it

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

Angelo D'Errico, angelo.derrico@epi.piemonte.it

Roberto Di Monaco, roberto.dimonaco@unito.it

ISBN- 978-88-95525-34-1

Ottobre 2016

(immagine di copertina tratta dal sito <http://funambula.blogia.com/pagina/3/>)

Il presente policy brief rielabora alcuni contenuti del volume Costa G. e altri (a cura di). L'equità nella salute. Secondo Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, edito da Fondazione Smithkline presso Franco Angeli Editore, Milano 2014.



Executive summary

Questo documento affronta la questione delle disuguaglianze di salute tra uomini e donne con un'ipotesi forte: la persistenza delle disuguaglianze non deriva solo da limiti di conoscenza, ma scaturisce da relazioni asimmetriche di potere a da modelli culturali tradizionali, che operano sottotraccia e resistono al cambiamento. Da questa impostazione, che ha solide radici nella letteratura specializzata, derivano i punti in cui si articola la proposta e le sue caratteristiche, in primo luogo il fatto di essere interdisciplinare e di voler poggiare le proprie valutazioni sulla ricerca empirica.

Le evidenze, dunque, da cui questo documento prende movimento sono sostanzialmente tre.

- 1) L'esistenza di un rapporto tra la storica **asimmetria di potere in molte sfere sociali a svantaggio delle donne e la cattiva qualità della loro salute**, che le porta a vivere più degli uomini, ma con maggiori sofferenze e problemi di salute.
- 2) Per rilevare gli effetti delle disuguaglianze sociali, bisogna anche dipanare **l'intreccio tra differenze biologiche e disuguaglianze sociali**, che può oscurare e confondere alcuni aspetti delle disuguaglianze di salute.
- 3) Osservare e interpretare correttamente le disuguaglianze di salute per genere non è facile. Spesso **i dati non sono adeguati**, spesso non aiutano a collegare la dimensione

sanitaria e della salute con le informazioni di carattere sociale e culturale che potrebbero chiarirne i meccanismi generatori.

La **salute** di donne e uomini è al contempo un macro **indicatore dell'impatto delle disuguaglianze nelle esperienze di vita** e dei differenti gradi di controllo che le persone riescono ad esercitare sulle proprie scelte, ed anche un **obiettivo da perseguire**. Recuperare salute significa ridurre gli effetti evitabili sulla salute che derivano da specifiche "debolezze" che uomini e donne sperimentano in determinati contesti. Ma come raggiungere questo obiettivo rimane una sfida aperta.

Per questo motivo gli autori propongono alcuni esempi, tra i tanti possibili, che **evidenziano l'importanza di osservare, spiegare e "apprendere" sull'origine delle differenze** di salute tra donne e uomini, ancora nascoste tra le pieghe delle statistiche, nella oggettiva complessità dei meccanismi di generazione ed anche nel radicato ricorso a chiavi interpretative tratte da modelli culturali dominanti, spesso maschili, che sono ritenuti neutri e, quindi, applicabili a tutti, donne e uomini.

In questo scenario, la proposta che pare praticabile per lavorare alla riduzione delle disuguaglianze è potenziare la capacità di analisi e progettazione di cambiamenti, a cavallo tra i dati sanitari e sociali, ricostruendo su specifici problemi e oggetti di osservazione i meccanismi sociali che generano lo scarso controllo sulla salute. Ciò richiede di superare visioni omologanti e stereotipate di donne e uomini, ricostruendo i significati che determinati comportamenti connotati per genere, più o meno favorevoli

alla salute, assumono in specifici contesti sociali. **Per cambiare i comportamenti, infatti, non bastano risorse e norme, ma occorrono coerenti evoluzioni dei contesti culturali e di relazioni**, tali da modificare nell'azienda, nella famiglia, nel condominio, nell'accesso e nella fruizione dei servizi, il senso loro attribuito, ancorato a specifiche rappresentazioni di genere.

Secondo questo approccio, le pari opportunità nel campo della salute andrebbero promosse comprendendo innanzitutto quali pratiche sociali, importanti per la salute, sono precluse o ostacolate da modelli di genere attivi in specifici contesti. In secondo luogo, **sembirebbero necessarie azioni di lungo periodo sui medesimi contesti per svilupparne in concreto la pratica.**

In conclusione, il documento propone uno strumento di **Health Equity Audit** che può essere adottato, da un gruppo di attori individuali e/o collettivi interessati, per la valutazione di politiche e azioni positive. Le domande e i contenuti della scheda intendono guidare un approfondimento sui meccanismi fondati su asimmetrie sesso/genere-specifiche che sono alla base delle disuguaglianze di salute di genere. Intendono inoltre far riflettere sulle diverse opzioni possibili di intervento, soprattutto quelle che mirano a incidere sulla dimensione sociale dei meccanismi di generazione.

Questo documento propone a dirigenti e operatori pubblici e privati attenti alle problematiche di genere elementi di conoscenza sugli effetti delle disuguaglianze di genere sulla salute. Offre inoltre indicazioni e strumenti sulle modalità con cui organizzazioni, politiche e servizi possono promuovere l'equità nella salute.

E' un punto di partenza, che intende stimolare ulteriori attività di ricerca e di sperimentazione, che diventino visibili agli operatori e favoriscano la messa a fuoco di azioni efficaci contro le disuguaglianze.

Fonti e metodologie per l'analisi e la valutazione dell'impatto sulla salute attingono al Libro Bianco: Costa G. et al., L'Equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, Franco Angeli, Milano, 2014.

Scambi di esperienze e supporti alla valutazione e all'implementazione delle politiche saranno facilitati dalla partecipazione alla comunità di pratiche per la promozione dell'equità di genere attivata sul sito <http://www.disuguaglianzedisalute.it/>

Parole chiave

Salute, benessere, sesso, genere, differenze di genere

Sommario

Una prospettiva di genere: le dimensioni della complessità	3
<i>Disuguaglianze interne ai generi</i>	5
<i>Disuguaglianze socio-economiche in platee 'frammentate'</i>	7
<i>Disuguaglianze e differenze da contestualizzare</i>	8
<i>Ricostruire i significati</i>	8
Perché è necessario adottare una prospettive di genere?	10
<i>La medicina di genere e il riconoscimento delle differenze</i>	10
<i>Le politiche non sanitarie: scandagliare l'effetto dei determinanti</i>	12
<i>Specificità nazionali e fenomeni carsici</i>	17
Cambiamenti sociali per l'equità di genere	20
<i>Apprendimento e ottica di lungo periodo</i>	20
<i>Effetti di genere da decifrare e valutare</i>	21
<i>Lavoro e dintorni</i>	22
<i>Come valorizzare il lavoro familiare?</i>	25
<i>Diritti e cambiamenti culturali</i>	25
Health Equity Audit per comprendere e coinvolgere	27
Indicazioni bibliografiche	36

Una prospettiva di genere: le dimensioni della complessità

Quando si utilizza la categoria 'sesso' nelle ricerche di solito si tengono distinti i dati di femmine e maschi, tuttavia, analizzare un fenomeno sociale per genere non significa semplicemente distinguere e confrontare i due gruppi. Il genere è piuttosto una 'meta-variabile' il cui effetto è complesso e influisce contemporaneamente su tutti gli aspetti del fenomeno che stiamo esaminando. Il primo passo del nostro approfondimento è dedicato a questa specificità.

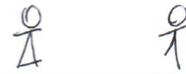
Dimensione biologica e dimensione psico-sociale

Innanzitutto è utile porre attenzione alla distinzione tra i **termini sesso e genere**. Il primo, infatti, definisce la dimensione biologica dell'essere femmina o maschio, mentre il secondo si riferisce al prodotto del condizionamento sociale, ovvero alle caratteristiche e ai comportamenti che un determinato contesto culturale attribuisce a femmine e maschi e al sistema di relazioni che intercorrono tra i soggetti, che contribuisce a rafforzare o indebolire e a modellare le identità femminili e maschili. Nell'ambito della salute, quindi, proprio **l'intreccio tra le due dimensioni** sembra rappresentare il terreno su cui potenziare la conoscenza e l'intervento in vista di una maggiore equità.

L'interazione tra fattori biologici e sociali è alla base del cosiddetto 'paradosso di genere': il vantaggio che deriva alle donne da una maggiore longevità – considerando che l'aspettativa di vita in Italia è di 84,4 anni per le femmine e 79,6 per i maschi – è segnato da una più accentuata presenza di patologie nel corso degli anni, con esiti invalidanti soprattutto nella tarda età.

Alcuni studi hanno evidenziato per le donne un vantaggio di salute derivante proprio dal patrimonio biologico (Doyal, 2001). Di fatto, però, questo 'bonus' viene poi spesso giocato per contrastare effetti negativi derivanti dalle abitudini di vita e dall'inequiva distribuzione di beni e opportunità. Esempi estremamente significativi a tale riguardo vengono da studi effettuati nei paesi in via di sviluppo, dove l'aspettativa di vita delle donne, potenzialmente superiore a quella maschile, si abbassa notevolmente a causa della povertà e della discriminazione (Facchini, 2001).

In Italia, dai dati (vedi tabella 1) emerge che il differenziale di mortalità tra maschi e femmine, a svantaggio dei maschi, è elevato per tutte le principali cause di morte. Nel quadro delle patologie croniche, invece, si osserva, a parità di età, una maggiore prevalenza femminile per osteoporosi (F +486% vs M), cefalee ed emicranie (+104%), artrosi e artrite (+63%), disfunzioni della tiroide (+418%), depressione e ansia (+79%), allergie (+17%) e malattia di Alzheimer (+61%); contro una più accentuata prevalenza maschile di infarti del miocardio (M + 197% vs F), angina pectoris (+65%), insufficienza renale (+31%), bronchite cronica ed enfisema (+23%), ictus ed emorragie cerebrali (+16%), diabete (+16%) e altre malattie del cuore.

Tabella 1 - Tassi standardizzati di Mortalità (per 10.000 ab.)


tumori maligni mammella	3,06	
tumori maligni utero	0,74	
tumori maligni prostata		2,57
tumori	19,07	34,31
tumori maligni apparato respiratorio e organi intratoracici	2,43	9,45
tumori maligni trachea, bronchi, polmoni	2,24	8,51
tumori maligni apparato digerente	6,28	11,19
tumori maligni colon,retto,ano	2,09	3,59
tumori maligni tessuti linfatico ed ematopoietico	1,67	2,72
tumori maligni stomaco	0,99	1,99
malattie sistema circolatorio	25,66	35,3
malattie ischemiche cuore	7,33	13,32
malattie apparato respiratorio	3,95	8,44
malattie polmonari croniche ostruttive	1,74	4,69
traumatismi, avvelenamenti	2,16	4,67
malattie apparato digerente	2,57	3,95
disturbi circolatori encefalo	7,33	8,54
accidentiezzi trasporto	0,25	1,09
sucidio, autolesione	0,28	1,11
malattie ghiandole endocrine, nutrizione, metabolismo	3,35	4,1
malattie apparato genito-urinario	1,28	2,01
diabete mellito	2,57	3,24
cirrosi, altre malattie croniche fegato	0,63	1,29
polmonite,influenza	1,01	1,63
malattie sistema nervoso, organi dei sensi	3,08	3,64
malattie infettive	1,4	2,1
disturbi psichici	2,21	2,02
Mortalità per tutte le cause	67,42	103,29

Tassi standardizzati di Malattie croniche (per 10.000 ab.)


osteoporosi	101	17,21
cefalea o emicrania ricorrente	140,67	68,62
artrosi, artrite	180,67	110,37
malattie della tiroide	77,81	15,02
ansietà cronica, depressione	65,62	36,56
allergia	121,29	103,85
Alzheimer, demenze senili	8,46	5,25
ipertensione	156,92	155,6
tumore maligno	15,6	14,51
Parkinsonismo	3,4	3,47
cirrosi epatica	2,28	2,94
asma	41,03	42,67
ictus, emorragia cerebrale	11,29	13,09
Altre malattie del cuore	34,16	37,09
angina pectoris	4,57	7,56
insufficienza renale	9,71	12,75
bronchite cronica, enfisema	31,39	38,6
diabete	48,02	55,62
infarto del miocardio	9,04	26,81
TRE o più malattie croniche	158,81	96,58

Fonte: Istat, Health For All, 2013 – * Tassi standardizzati, per 10.000 ab.

Dunque, per le donne il guadagno in numero di anni di vita viene controbilanciato da una maggiore frequenza di malattia nel corso degli anni, soprattutto in età avanzata. Il bilancio complessivo di salute tra uomini e donne, può, quindi, ridursi a una contrapposizione tra quantità e qualità? Tra un minor numero di anni di vita in migliore salute e una vita più lunga, ma con più

acciacchi? In che misura sono i fattori sociali, distinti per genere, a creare questa divaricazione? E qual è il peso delle differenze biologiche?

Proprio rispetto agli aspetti biologici, infatti, la medicina si è spinta ben oltre la più evidente considerazione sulle patologie sesso-specifiche inerenti il sistema riproduttivo. Ha acceso un faro sulle differenze sessuali nel modo in cui si sviluppano le patologie, nella sintomatologia, nella differente compromissione degli organi e dell'intero sistema psico-fisico. Molte evidenze emerse stanno cambiando la storia naturale delle patologie. Un esempio emblematico ci arriva dagli studi di medicina di genere sulle patologie cardiovascolari. Si tratta di un ambito patologico in cui la medicina ha sperimentato per lungo tempo e a fondo su un'utenza prevalentemente maschile, producendo in qualche decennio un importante guadagno di salute e riuscendo a risparmiare molti decessi soprattutto tra gli uomini, molto meno tra le donne. Alla base di questo risultato c'è un tardivo riconoscimento da parte della comunità medica delle differenze biologiche che sottendono il manifestarsi delle patologie, cardiache in questo caso, e un uso di procedure di diagnosi e di cura che, di conseguenza, risultano inefficaci (Baggio, 2015; Franconi, 2015). Le recenti conoscenze, dunque, trasferite nella pratica dei dipartimenti di emergenza, ad esempio, consentono interventi tempestivi su donne che arrivano con sintomi anomali, non riconducibili a quelli dell'infarto maschile, e che rischierebbero il decesso se non trattate.

Un altro esempio in cui l'uso della lente sensibile al sesso si sta mostrando promettente riguarda la patologia di Alzheimer. Le donne hanno un rischio di Alzheimer quasi doppio rispetto agli uomini, in particolare associato alla menopausa. Gli studi dimostrano che una terapia ormonale sostitutiva può ridurre questo rischio (Gabelli, Codemo, 2015).

Di fatto, la complessità delle diverse esperienze di salute di uomini e donne rende indispensabile considerare la concomitanza tanto degli aspetti biologici quanto di quelli sociali.

In particolare, laddove similarità tra lo stato di salute di uomini e donne in analoghe condizioni economiche e lavorative sono sempre più evidenti (Hunt, Annandle, 1999), si dovrebbero reinterpretare gli elementi che entrano in gioco appurando la rispettiva importanza dei fattori sessuali e biologici da un lato e delle disuguaglianze di genere dall'altro, analizzando i loro effetti incrociati sulle circostanze materiali della vita quotidiana. Ad esempio, le responsabilità domestiche e di cura possono determinare sulla condizione di salute di chi se ne fa carico una serie di effetti che in se stessi non presentano caratteristiche di genere, ma le assumono perché vengono poi "mediati" dai differenti significati attribuiti in base al sesso dei soggetti stessi. Dunque, se prendersi cura di una persona non autosufficiente significa pagare un prezzo in termini di salute, ciò può essere vero sia nel caso in cui chi presta le cure è uomo, sia se si tratta di una donna; tuttavia, questa "neutralità" nei fatti potrebbe svanire e il costo variare in base a criteri di genere se, ad esempio, la scelta considerata è socialmente riconosciuta e "premiata", oppure ritenuta un obbligo, a seconda del genere della persona che la svolge (Payne, 2001).

Disuguaglianze interne ai generi

Un ulteriore aspetto di complessità nell'interpretazione dello stato di salute è rappresentato dalle forti differenze all'interno dello stesso sesso-genere.

L'età è il fattore che meglio riflette i differenti processi di vita e di salute di donne e uomini. In una prospettiva strettamente biologica, le donne sono più esposte degli uomini a importanti cambiamenti ormonali nel corso dell'intera vita ed è dimostrato che la variazione di concentrazione degli ormoni influenza molti aspetti della salute. Proprio questa evoluzione nel tempo, secondo alcuni studi, spiega perché la prevalenza di casi di emicrania tra donne e uomini che, in età pre-puberale è analoga, mentre si differenzia molto dopo la pubertà, aumentando del 18% tra le ragazze e del 6% tra i ragazzi. (Fillingim et al., 2009)

L'età riflette anche i livelli e le caratteristiche della partecipazione alla vita sociale: nelle differenti fasi di vita cambiano i ruoli assunti, le opportunità di scelta, i tipi di relazioni che intercorrono con altri individui, in particolare familiari e amici, e l'esposizione a rischi o fattori protettivi per la salute.

Tuttavia, l'appartenenza ad una specifica coorte rappresenta un sistema di identità collettiva ("coscienza storica e sociale") che accomuna, per valori, regole, ruoli e condizioni economico-politiche, le donne e gli uomini che ne fanno parte, ma distingue, e talvolta contrappone con brusche fratture, le differenti coorti nel tempo (Arber et al., 2011).

Così, ad esempio, l'aumento della scolarizzazione a partire dagli anni '60 e la crescita della partecipazione femminile al lavoro retribuito hanno prodotto un cambiamento anzitutto nella vita delle singole persone. Ciò per le donne ha significato migliorare la condizione economica, disporre di un futuro pensionistico, ecc.; ma quelle coorti hanno anche sviluppato un'apertura culturale e sono state coinvolte in un cambiamento sociale che, attraverso la crescita dei sistemi di *welfare*, ha modificato i ruoli delle famiglie e delle altre istituzioni sociali.

L'età, dunque, per i suoi effetti biologici e sociali, rappresenta un determinante che influisce sui cambiamenti che si susseguono nella storia delle persone, che possono essere descritti da modelli di previsione lineare – ad esempio calcolando la probabilità che le ventenni di oggi abbiano tra 30 anni gli stessi problemi di salute delle 50enni di oggi. Tuttavia, attraverso l'effetto di coorte, si modifica nel tempo il significato stesso che donne e uomini di differenti fasce di età attribuiscono ai fenomeni sociali rilevanti per la salute.

Negli studi epidemiologici, tuttavia, emerge una minore intensità delle disuguaglianze di salute tra le donne piuttosto che tra gli uomini. Una prima possibile spiegazione di questa minore intensità segnalerebbe la presenza di un meccanismo di compensazione che riduce gli effetti delle disuguaglianze sociali sulla salute delle donne. Ad esempio, "i tumori femminili sono più frequenti tra le donne in carriera e questo smorza l'intensità delle disuguaglianze femminili di mortalità" (Libro Bianco, Costa, 2014, p.19), facendo crescere il tasso di mortalità delle donne con status socio-economico elevato, rendendolo più simile a quello delle donne con basso status.

Una seconda spiegazione è attribuibile allo sfasamento temporale delle curve epidemiche. In un contesto, ad esempio in Italia rispetto ad altri paesi europei, il processo di emancipazione femminile e quindi di differenziazione interna di questa popolazione, è in ritardo, e con questo sono in ritardo anche alcuni effetti sulla salute, che possono essere negativi, come stili di vita insalubri associati a maggiore autonomia e libertà di scelta. Confrontando le due popolazioni, diverse per sviluppo dell'emancipazione, si rischia di non tener conto del fatto che la migliore salute della popolazione più omogenea probabilmente cambierà in futuro, quando i livelli di emancipazione cresceranno e che il confronto attuale viene fatto su due fasi diverse di sviluppo.

Una terza ipotesi considera invece che il ridotto differenziale di salute tra le donne sia proprio il riflesso della minore intensità delle disuguaglianze tra i determinanti sociali. Possiamo ad esempio considerare, come segnali di maggiore omogeneità sociale, la concentrazione delle donne in specifici settori produttivi (più del 60% nei servizi contro il 32% degli uomini), nella gerarchia organizzativa (55% sono impiegate e solo 1,5% dirigenti), il differenziale salariale tra le lavoratrici è contenuto dall'uso massiccio di part time e tempi determinati nelle posizioni più qualificate, le donne sono mediamente più istruite (meno del 27% ha solo l'obbligo scolastico contro quasi il 40% degli uomini), ecc.

Infine, si può ipotizzare che a moderare le disuguaglianze giochi un fattore di resilienza specificamente femminile. In parte della letteratura medica e sociologica le donne assumono tratti di maggiore resistenza a stili di vita pericolosi o che espongono a rischi per la salute e si dimostrano, a parità di condizioni, più capaci degli uomini di prendersi cura di se stesse, oltre che degli altri. Giocano, infatti, un ruolo di mediatrici in contesti familiari e di garanti per un più diffuso livello di benessere tra i componenti del nucleo familiare. Uno studio racconta che in un contesto povero dei paesi in via di sviluppo, una politica di sostegno al reddito familiare scelse di assegnare il contributo alle donne più anziane del nucleo perché maggiormente attente alle esigenze di ciascun componente (Marmot review, 2009).

La medicina di genere, inoltre, ci offre interessanti spunti di riflessione tematizzando il complesso ruolo della biologia in interazione con i contesti culturali in cui le persone sviluppano la propria identità e agiscono. Si potrebbe pensare che quanto finora detto sia una disposizione in qualche modo indotta proprio dalle "pressioni" sociali che attribuiscono alle donne il ruolo di fornitrici di cure. Recenti studi sulle funzionalità del cervello, invece, dimostrerebbero che esiste una sostanziale specificità di funzionamento nei differenti centri di attività, pur non avendo rilevato alcuna differenza dal punto di vista morfologico tra cervello femminile e maschile. In conclusione, gli studiosi ammettono che alcune funzioni, come la capacità di essere impegnati in più attività contemporaneamente o le strategie comunicative ad esempio, possono essere più presenti in un sesso piuttosto che nell'altro (Glezerman, 2016).

Disuguaglianze socio-economiche in platee 'frammentate'

Sulla salute di donne e uomini, inoltre, hanno effetti le disuguaglianze socioeconomiche, che nascono da squilibri nella distribuzione del potere tra i due sessi. I percorsi di vita delle donne sono più frequentemente segnati da posizioni deboli sul mercato del lavoro, minore disponibilità di risorse economiche, minore libertà/opportunità di scelta, ecc. Le dimensioni geografica ed etnica sono espressione di specificità culturali che frammentano ulteriormente il quadro interpretativo della salute. Pur considerando contesti territoriali prossimi tra loro, come nel caso delle regioni italiane, si osserva, ad esempio, uno svantaggio di salute nelle regioni del Sud, più accentuato tra le donne; tuttavia nel tempo si registra una significativa riduzione del *gap* di salute tra Nord e Sud, e per le sole donne cresce il differenziale tra Nord e Centro Italia (Libro Bianco, Marinacci e Maggini, 2014, p. 55)

Disuguaglianze e differenze da contestualizzare

Per quanto detto, utilizzare la lente del genere per interpretare gli esiti di salute significa assumere una prospettiva storica definita e culturalmente orientata.

In differenti società (per epoca, area geografica, ecc.) agiscono norme, culture e sistemi simbolici in cui gli individui hanno posizioni sociali differenziate, diseguali diritti, doveri e opportunità, che spesso vengono arbitrariamente acquisiti/attribuiti in base a dimensioni ascritte (Barbera, Negri, 2008). I fattori culturali e le regole morali, quindi, costituiscono anche le identità e le aspettative sociali di genere e influenzano gli esiti di salute di donne e uomini.

Così, ad esempio, alcuni comportamenti "da macho" (come guidare ad alte velocità, bere alcolici, avere molteplici rapporti sessuali non protetti) sono alla base di processi di accreditamento del maschio in determinati contesti, dove sono socialmente accettati e promossi, sebbene pericolosi per la salute.

Ricostruire i significati

I condizionamenti sociali si intrecciano a processi psicologici che agiscono diversamente per donne e uomini e differenziano la percezione, l'espressione del proprio stato di salute, la tolleranza e la gestione del malessere e del dolore. Così, ad esempio, i ruoli di genere sono associati a specifici modelli di risposta al dolore: agli uomini, nell'espressione della loro mascolinità, è richiesta un'elevata tolleranza del dolore, mentre alle donne è concesso di poter esprimere il proprio dolore, poiché il dolore è considerato far parte della loro normale esperienza di vita. Alcuni studi sperimentali hanno indagato queste dimensioni, dimostrando che effettivamente gli individui riconoscono la relazione tra genere e reazione al dolore. Essi affermano che è vero che gli uomini tollerano meglio il dolore delle donne e che allineano le loro attese ai ruoli socialmente condivisi, ovvero si aspettano maggiore resistenza al dolore da parte degli uomini e, se uomini, in situazioni sperimentali si dimostrano più resistenti al dolore. Quindi, non solo gli individui agiscono sulla base della propria identità sociale, ovvero valutano cosa è bene fare in base ai giudizi condivisi con cerchie di persone prossime (Pizzorno, 2007), ma rafforzano questa identità proprio nella costante relazione con gli altri. Nel corso di uno studio sperimentale gli uomini hanno registrato minore percezione del dolore (al freddo) in presenza di sperimentatrici donne piuttosto che uomini; le donne, invece, hanno dimostrato indifferenza al genere dello sperimentatore. Meccanismi che si dimostrano efficaci per le donne non è detto che lo siano per gli uomini e viceversa.

Non stupisce, quindi, che uomini e donne dimostrino specifiche modalità, socialmente radicate, di fronteggiare le patologie: nelle strategie cognitive di rappresentazione del problema, di espressione del disagio, ma anche nell'agire e quindi nell'uso dei servizi, nel consumo di farmaci, nell'attivazione di reti sociali di appoggio. Non sempre, tuttavia, le strategie hanno un orientamento pro-salute, come ad esempio emerge da uno studio di fine anni '80 (Graham, 1987), nel quale l'abitudine al fumo di donne con figli, impegnate a tempo pieno nella cura della famiglia e in ristrettezze economiche, viene interpretata come una **modalità per riuscire a far fronte** ("coping") alla difficoltà della loro situazione.

La componente psicologica generata in specifici contesti sociali, inoltre, gioca un ruolo chiave nella definizione dello stato di equità percepita dai singoli individui. Anche in presenza di disuguaglianze oggettive – come nel caso della divisione tra donne e uomini del lavoro domestico – può non emergere la percezione di iniquità se l'individuo – donna e uomo – riconosce la propria esperienza coerente per valori, tradizioni, opinioni, ecc. con quella della rete sociale di riferimento (Todesco, 2013; Barbera, Negri, 2008) e la percezione può variare notevolmente a seconda di quale sia il gruppo con il quale ci si confronta.

Così il malessere psicologico che affligge prevalentemente le donne a fronte di un'oggettiva diseguale distribuzione dei carichi di cura in famiglia, può avere gradi di intensità e significati differenti in base a quanto sia da loro percepito come iniquo. I processi di costruzione sociale hanno quindi un ruolo rilevante nella riduzione delle disuguaglianze di salute.

Perché è necessario adottare una prospettive di genere?

Pare, dunque, evidente che i determinanti biologici e sociali della salute non sono neutri, ma assumono significati specifici per genere. Le traiettorie dei corsi di vita, differenti tra donne e uomini, contribuiscono a moltiplicare la complessità che le analisi dovrebbero mettere a fuoco. Se si parte da questi presupposti, pare altrettanto evidente che politiche volte a riequilibrare le disuguaglianze di salute - di reddito, di accesso ai servizi, ecc. - o politiche che mirino a ricalibrare l'azione per garantire pari opportunità agli individui abbiano necessità di assumere una prospettiva di genere (WHO, 2009) e di valorizzare le specificità di genere, piuttosto che trascurarle.

La medicina di genere e il riconoscimento delle differenze

In **ambito sanitario** la "Medicina di Genere" riconosce, unitamente a specifici tratti genetico-biologici, per donne e uomini il valore delle differenti esperienze di vita, delle differenti modalità di rappresentazione e gestione della quotidianità e della salute. Questa prospettiva ha fatto emergere la necessità di riorientare la ricerca, la formazione, la capacità terapeutica e di diagnosi in medicina.

Molti **studi sperimentali** i cui risultati sono applicati in modo esteso a tutti gli individui, vedono la partecipazione quasi esclusiva di maschi. In ambito farmacologico, ad esempio, tutti i farmaci continuano ad essere testati sull'ideal-tipo maschio di 70 kg e i dosaggi consigliati fanno riferimento a questo standard. Eppure è dimostrato che donne e uomini hanno differenti capacità di metabolizzare i principi attivi contenuti nei farmaci. Come conseguenza del mancato riconoscimento delle differenze fisiologiche tra femmine e maschi, le donne hanno maggiore vulnerabilità agli effetti avversi di inappropriate somministrazioni di farmaci. Un esempio emblematico offerto dalla medicina di genere riguarda l'assunzione di farmaci antidepressivi che, particolarmente in donne in età fertile, si associano all'insorgenza di aritmie anche fatali (Franconi, 2015). Un altro caso significativo riguarda gli effetti avversi alla vaccinazione monovalente contro l'influenza A. Nel 2009, tra gli adulti di 20-59 anni, si è osservato un tasso di reazione avversa tra le donne quattro volte superiore agli uomini (Brunelleschi, 2016).

E', pertanto, evidente il vantaggio di salute che la ricerca, farmacologica e clinica, può generare ponendosi in una chiara prospettiva sesso-specifica.

Secondo la medicina di genere acquisire conoscenze sesso/genere-specifiche in merito al manifestarsi delle patologie, alle conseguenze sull'organismo maschile e femminile e agli effetti delle cure farmacologiche, deve andare di pari passo con il potenziamento della formazione medica, e di tutti gli operatori della salute, per rendere più efficace l'identificazione, la diagnosi e la cura delle patologie che affliggono donne e uomini.

La pratica clinica, che trae dall'esperienza un importante insegnamento, è esposta al rischio di utilizzare schemi connotati per genere, culturalmente radicati, sulla base di pratiche guidate da casistiche in cui è prevalente un genere, assunte come "standard". Uno dei casi emblematici che la medicina di genere ci offre riguarda le patologie cardiache. Un paziente, uomo, che arrivi al

pronto soccorso con dolore schiacciante, oppressivo al petto, che si irradia magari anche al braccio sinistro viene immediatamente ricoverato con diagnosi di infarto, trattato e spesso salvato. Tuttavia, nel caso dell'infarto del miocardio, donne e uomini manifestano sintomi differenti: la donna ha dolori al collo, al dorso, oppure non ha alcun dolore ma solo irrequietezza, ansia, lieve dispnea. A causa di questi sintomi atipici potrebbe non ricevere un adeguato intervento clinico. Una migliore consapevolezza di genere in **fase diagnostica**, dunque, può letteralmente fare la differenza nella sopravvivenza femminile.

Anche l'utilizzo di tecniche diagnostiche, come la coronarografia, tradizionalmente prescritte per evidenziare alterazioni nelle grandi arterie e dimostratesi efficaci per gli uomini, possono non dimostrarsi utili nel caso la paziente sia donna, poiché nelle donne si ammalano più frequentemente le piccole arterie.

Nella **cura dei pazienti** la prospettiva di genere è importante sia nel caso in cui si tratti di somministrare dei farmaci - dovendo considerare le differenze nel modo di metabolizzare i farmaci di donne e uomini e le reazioni avverse che prevalentemente le donne hanno dimostrato alla somministrazione di alcune sostanze - sia nella chirurgia e nei percorsi riabilitativi. Un esempio, che suggerisce un approccio aperto a soluzioni di cura differenziate per genere per fronteggiare il mal di schiena, è offerto da uno studio dal quale è emerso che per gli uomini ha una maggiore efficacia un trattamento fisioterapico classico, mentre per le donne funzionano meglio esercizi fisici intensi e dinamici (Fillingim et al., 2009).

Le politiche di prevenzione sanitaria e di diagnosi precoce realizzate con gli **screening di popolazione** possono trarre notevole vantaggio da una prospettiva *gender sensitive*. È dimostrato che i tempi di insorgenza e di manifestazione delle patologie possono essere differenti tra i generi, come nel caso del cancro del colon, che colpisce la donna con 5 anni di ritardo (Baggio et al., 2014). Questo suggerisce una differenziazione del target d'età femminile da sottoporre a screening, rispetto al target maschile.

Molte delle politiche sanitarie di prevenzione e cura trovano però ostacoli già nella prima fase di **accesso ai servizi**. Si alimentano in tal modo importanti meccanismi di iniquità tra chi ha accesso ai servizi e chi no. Una parte della letteratura sanitaria e sociologica si è concentrata su questo aspetto, sottolineando il ruolo chiave che ha l'analisi e l'interpretazione di genere, sia in termini di mancanza di pari opportunità - più spesso le donne sono penalizzate rispetto agli uomini - sia per quanto riguarda l'opportunità di raggiungere target di popolazione attraverso canali preferenziali.

Riguardo al primo aspetto, dagli studi emerge il ruolo dei contesti sociali prossimi, che rendono le persone più o meno 'capaci' di esercitare un controllo sulla propria salute (Di Monaco, Pilutti, 2014). Quando determinate opzioni non sono disponibili, o quando le persone non sono in grado di sceglierle, la loro libertà è limitata. Ad esempio, il permanere, anche in paesi sviluppati come il nostro, di culture familistiche impedisce ad alcuni membri, in particolare donne, di usufruire dei servizi sanitari (Crepaldi et al., 2009). Riconoscere il bisogno di intervento sanitario, accettare la presa in carico e relazionarsi col personale sanitario, sono momenti per nulla scontati, se il contesto di appartenenza dell'individuo non ne riconosce la necessità o, peggio, li giudica pericolosi. In tema di contraccezione, ad esempio, le resistenze all'accesso di alcune donne ai

consultori familiari derivano da pressioni culturali dei partner che rifiutano *tout court* la contraccezione, ma anche dalla difficoltà delle donne a farsi visitare da medici uomini.

Per quanto riguarda, invece, il secondo aspetto citato, relativo all'importanza dei target delle politiche, alcune ricerche evidenziano il ruolo di intermediazione che le donne svolgono tra le esigenze di alcuni componenti della famiglia (bambini, partner e anziani) e il sistema sanitario (Pesce e Pesca, 1993). Questo spiegherebbe anche perché le donne fanno un uso maggiore dei servizi sanitari rispetto agli uomini.

Più in generale, gli studi dimostrano l'importanza del ruolo delle donne e soprattutto delle madri nei confronti dei figli all'interno della famiglia, ma anche nei luoghi di lavoro, nel veicolare comportamenti a rischio o pratiche salutari (Facchini, 2001; Richardsen et al., 2015).

Le politiche non sanitarie: scandagliare l'effetto dei determinanti

L'adozione della stessa prospettiva *gender sensitive* in **politiche non prettamente sanitarie** può rendere possibile generare altri vantaggi sulla salute di donne e uomini, poiché agire sulle asimmetrie sociali di genere significa incidere sul funzionamento dei meccanismi sociali che determinano il benessere e i rischi per la salute.

La sfida, quindi, non sta solo nell'osservare gli eventi per genere – come si fa utilizzando una tabella con colonne separate per maschi e femmine – ma nella capacità di individuare processi differenziati per genere. E' importante notare che molti fenomeni hanno 'direzioni opposte' per genere, che rischiano di essere difficilmente visibili o perfino di 'scompare' – come opposti che si neutralizzano - se osservati senza la lente del genere. Inoltre, i meccanismi sociali e le logiche di azione di donne e uomini sono spesso diverse, e quindi richiedono differenti interpretazioni.

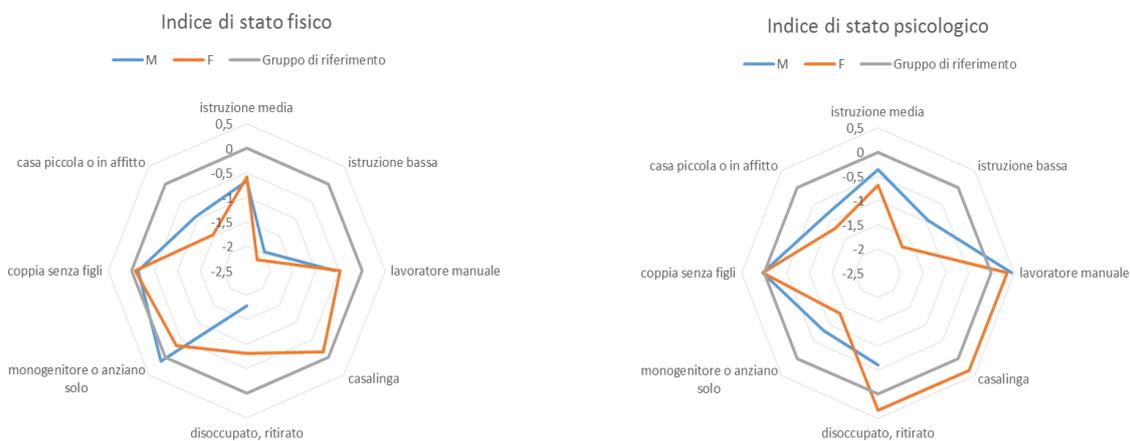
L'indagine ISTAT sulla salute percepita restituisce un quadro di benessere fisico e psicologico molto differenziato per donne e uomini a seconda dei principali determinanti sociali della salute. In particolare la mono-genitorialità o il vivere soli affligge maggiormente la salute fisica e psicologica delle donne, anche perché sono le donne che spesso sopravvivono ai coniugi in età più anziana. A parità di titolo di studio emerge uno svantaggio nella salute, soprattutto psicologica, delle donne. Essere occupati ha un effetto positivo sulla percezione dello stato psicologico per donne e uomini.

Rispetto ad una rappresentazione che vede un effetto lineare del gradiente sociale sulla salute, diretto se il benessere cresce con l'aumento dei redditi, della stabilità professionale, dell'istruzione, ecc. o inverso quando il benessere diminuisce con l'aumentare delle problematiche, dei carichi familiari, ecc., l'introduzione della lente del genere pare modificare pesantemente la forma della relazione e perfino il suo segno. Infatti, osservando i dati dell'indagine ISTAT, ad esempio, si può notare come la stessa condizione di disoccupazione o di ritiro dal lavoro per gli uomini genera malessere fisico e psicologico, mentre per le donne pare avvenire l'opposto, dato che il loro benessere psicologico mediamente sembra crescere. Per gli uomini, è ben documentato in letteratura l'impatto negativo sulla salute derivante dalla perdita del ruolo attivo nel mercato del lavoro, che si tratti di pensionamento o, a maggior ragione, di disoccupazione. Per le donne la

disoccupazione e il pensionamento segnano contemporaneamente la perdita del ruolo lavorativo ma anche l'assunzione a tempo pieno del ruolo familiare, con effetti di compensazione, di identificazione con un ruolo socialmente accettato e di riduzione del carico prima legato alla doppia presenza¹. Inoltre, le donne che arrivano alla pensione godono di maggiore autonomia economica rispetto alle donne che non hanno mai lavorato. Quindi, il dato indifferenziato per genere nasconde il fenomeno e la spiegazione richiede di far riferimento ai differenti ruoli sociali di genere, percepiti e condivisi dai contesti di riferimento.

Per esemplificare (figura 2), l'indagine Istat multiscope sulla Salute chiede a donne e uomini come si sentono, rispetto allo stato fisico e psicologico (Marinacci e Maggini, Libro Bianco, p.50). Si tratta di una valutazione soggettiva che è stata messa in relazione a indicatori di posizione sociale disponibili nell'indagine. Valori inferiori o superiori allo zero indicano condizioni di salute percepita peggiori o migliori rispetto a un valore di riferimento: ovvero come varia lo stato di salute per chi ha un titolo di studio medio e basso rispetto ad un titolo alto (valore zero di riferimento); chi svolge un lavoro manuale o è casalinga, disoccupato, pensionato, rispetto a chi ha un lavoro non manuale; chi è mono-genitore o anziano solo o in coppia senza figli, rispetto a chi è in coppia con figli; chi ha una casa grande o di proprietà, rispetto a chi ce l'ha piccola o in affitto.

Figura 2



Quest'esempio di analisi per genere suggerisce alcune domande. Si può davvero affermare che donne e uomini esprimono differenti gradi di benessere a "parità di condizioni sociali"?

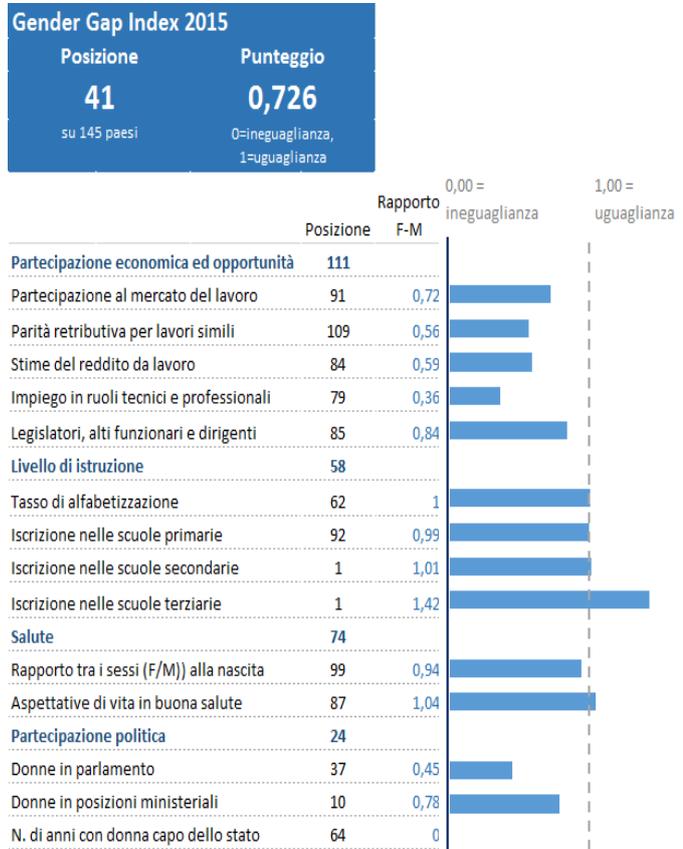
Non sono, piuttosto, così diversi i percorsi e i vissuti tra i generi da rendere non assimilabili le stesse condizioni sociali, come laureato o occupato, che ritroviamo sotto la stessa 'etichetta'?

E se è vero che donne e uomini sperimentano percorsi diversi nei differenti ambiti della loro vita (la famiglia, la scuola, il lavoro, il caseggiato, l'associazionismo), l'attenzione delle politiche non dovrebbe proprio **concentrarsi sulle specificità per genere di questi percorsi**, tenendo conto degli effetti differenziati per genere all'interno di questi ambiti, al fine di migliorare la salute?

¹¹ Sarà necessario indagare gli effetti sulla salute determinati dai cambiamenti strutturali del mercato del lavoro e dalla crisi, che ha creato aree di disoccupazione e sotto-occupazione anche tra lavoratori con posizioni più stabili, e dalle riforme pensionistiche che allontanano l'orizzonte del pensionamento e, soprattutto per i più giovani, rendono scarsamente definito o quasi evanescente l'obiettivo del pensionamento,

Come la ricerca medica effettua sperimentazioni solo su uomini, producendo parametri ritenuti generalizzabili e quindi assumendoli come neutri, anche nell'analisi delle disuguaglianze sociali e di salute si rischia di operare sulla base di criteri standard che vengono poi proposti come generalizzabili e neutri. Facciamo due esempi, sui titoli di studio e sulle professioni.

Il **titolo di studio** viene spesso ridotto a due o tre valori (alto-medio-basso oppure obbligo-diploma-laurea) da cui non emergono gli orientamenti differenziati di ragazze e ragazzi nei percorsi di studio. In Italia i diplomati negli istituti tecnici sono per i 2/3 maschi, mentre l'istruzione magistrale vede una netta prevalenza di ragazze (90% circa). Analoga forte differenziazione di genere si ritrova nel sistema universitario nel quale si osserva, ad esempio, un minore orientamento delle ragazze verso corsi di ingegneria, in cui le iscritte/laureate sono ancora oggi meno del 15%, e una netta prevalenza in scienze della formazione, in cui sono il 95%. Il titolo di studio, si è dimostrato essere un ottimo indicatore per l'analisi delle disuguaglianze sociali e di salute (Zengarini, Spadea, Ranzi e d'Errico, Libro Bianco, p.81). A partire da questo presupposto, sono state realizzate



Fonte: World Economic Forum, 2015

delle stime sul guadagno di salute (in termini di riduzione della mortalità) che si otterrebbe annullando le disuguaglianze nell'istruzione, immaginando quindi di avere una popolazione che raggiunge i massimi livelli di istruzione, associati ad una più bassa mortalità. La simulazione mostra che la mortalità diminuirebbe del 30%. Ma, dato molto interessante, in alcuni contesti europei permarrrebbe un *gap* tra donne e uomini: per gli uomini il guadagno di salute si muoverebbe tra il 30% e il 35%, mentre per le donne rimarrebbe circoscritto tra il 20% e il 30%. Questa differenza potrebbe segnalare proprio l'effetto dei diversi percorsi e titoli che donne e uomini acquisiscono. In una prospettiva di genere la questione potrebbe essere approfondita utilizzando una grana più fine nelle analisi, e quindi valutando le differenti scelte di donne e uomini nell'istruzione, alla ricerca di spiegazioni sui differenti rendimenti dei titoli di studio sulla salute. Le scelte scolastiche, inoltre, sono spesso dei binari che predefiniscono gli **sbocchi professionali** e sono credenziali che facilitano o meno l'ingresso nel mercato del lavoro. Quindi, quando in molte analisi si distinguono occupati e non occupati, in realtà si sta semplificando un sistema professionale che spesso vede le donne in posizioni differenti da quelle assunte dagli uomini. Sono da tener presenti soprattutto i fenomeni di segregazione orizzontale, che vedono le donne concentrate in pochi settori o comparti produttivi, e di segregazione verticale, che si verificano quando le donne sono meno presenti nelle aree più importanti delle occupazioni da un punto di

vista gerarchico o professionale. Questo significa, ad esempio, che le donne italiane occupate, sebbene abbiano livelli di scolarizzazione più elevati dei loro colleghi uomini (tra gli occupati laureati le donne sono il 53,6%), non raggiungono in egual proporzione posizioni di comando nella gerarchia professionale, ma occupano mediamente solo un quarto delle posizioni di vertice. Gli studi epidemiologici mostrano come la differente posizione nelle professioni si traduca in diseguaglianze nella speranza di vita (Libro Bianco), tanto che i dirigenti possono contare su una speranza di vita nettamente maggiore degli operai. Ma una lettura dello stesso dato per genere ci informa che una donna dirigente ha in media una speranza di vita a 35 anni di circa 1 anno e mezzo in più rispetto ad un'operaia; mentre un uomo nella medesima posizione può contare mediamente su 5 anni e mezzo di vita in più rispetto ad un operaio non qualificato.

Riguardo al lavoro operaio, tradizionalmente le analisi sui rischi professionali hanno contribuito a descrivere un sistema occupazionale in cui gli uomini assumono posizioni a più elevato rischio, con maggiore esposizione a sostanze nocive, all'uso di macchinari che producono forti vibrazioni, molto rumore, a turni, ecc. Per altro la letteratura si sofferma meno sull'esposizione ai rischi e sulle conseguenze di salute derivate da lavori ripetitivi, ad alta velocità, in posizioni scomode o mantenute per lungo periodo, che caratterizzano maggiormente il contenuto professionale dei

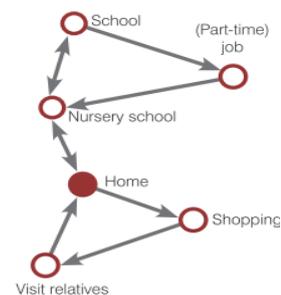
lavori svolti dalle donne. In questa ottica, la differente esposizione ai rischi professionali è sostanzialmente spiegata dal fatto che uomini e donne fanno lavori diversi.

Studi più recenti, tuttavia, informano che anche a parità di professione persistono rischi differenti per genere (Eng e al, 2011). Ciò è possibile perché, pur guardando ad una stessa professione, oggettivamente le mansioni assegnate a donne e uomini sono differenti e riproducono il consolidato di "lavori più ripetitivi, veloci, ecc." per le prime e "lavori più pesanti" per i secondi.

Ancora una volta, dunque, si deve constatare che le definizioni e le posizioni relative di laureato, di occupato o disoccupato, di pensionato, di dirigente o operaio hanno contenuti e significati diversi per genere e che i modelli culturali di genere e gradiente sociale si esprimono nelle vite di donne e uomini attraverso meccanismi differenti, che possono essere ricostruiti a partire dalle differenti specificità. Un ulteriore esempio viene dal modo in cui donne e uomini **vivono e si muovono nella città**, che riflette la differenziazione dei ruoli nella società. Così, una madre lavoratrice potrebbe essere in difficoltà se lavora lontano da casa a conciliare alcuni aspetti della vita familiare, come accompagnare i figli a scuola, recarsi dal medico, fare la spesa. L'analisi della mobilità di donne e uomini mostra degli elementi ricorrenti come il fatto che frequentemente le donne viaggiano con bambini

Examples of mobility chains

Mobility chain of an everyday life involving a combination of paid employment, caring and homemaking.



Mobility chain of an everyday life involving paid employment

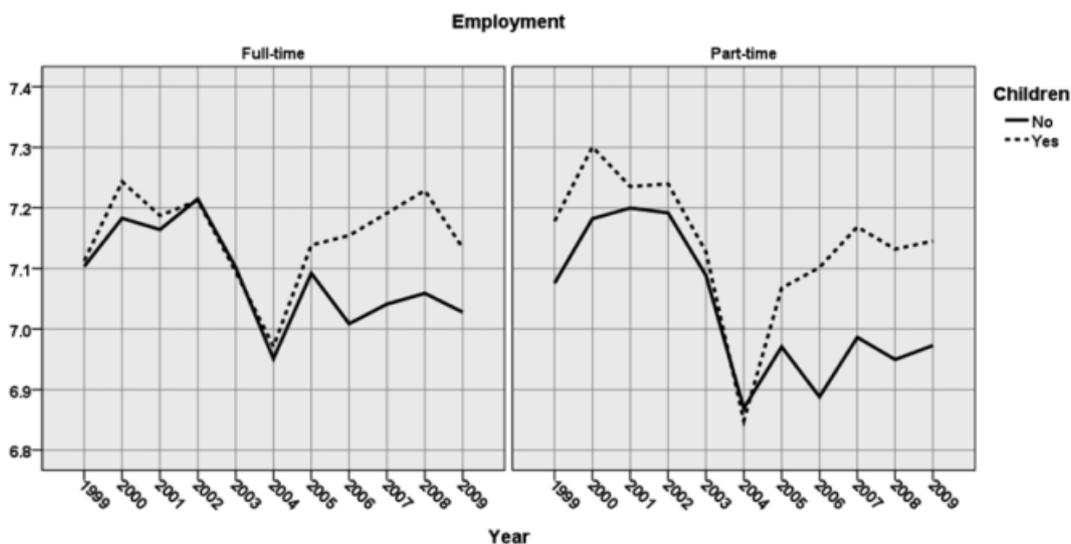


Fonte: Manual for Gender Mainstreaming in Urban Planning and Urban Development

e portano pacchi, pesi e ingombri; viaggiano in orari differenti rispetto agli uomini, usufruendo di misure di flessibilità d'orario sui posti di lavoro; hanno minore accesso all'automobile degli uomini e hanno la patente in percentuale inferiore agli uomini, di conseguenza utilizzano maggiormente mezzi di trasporto pubblici e camminano; sono più condizionate nella loro libertà di movimento dal livello di sicurezza dell'ambiente circostante (Conti, Nenci, 2013).

Questi fattori contribuiscono ad aumentare l'esposizione a specifici rischi di salute, a determinate malattie e allo stress, per lo più in una situazione segnata dalla "doppia presenza" delle donne tra lavoro e famiglia – che è poco visibile, non risulta dai dati se non dopo complesse ricostruzioni e non è facilmente decodificabile. Questa complessità, però, pone importanti dilemmi alle politiche finalizzate a ridurre gli effetti negativi sulla salute. Promuovere il part-time, ad esempio, può rappresentare un'opportunità di conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro, ma può anche essere letto come un modo per mantenere la tradizionale divisione del lavoro familiare (Stier, Lewin-Epstein, 2007) a svantaggio delle donne, e quindi generare conseguenze sociali e di salute su altri piani.

In letteratura non troviamo molti studi che abbiano indagato le ricadute sulla salute delle donne derivanti dall'introduzione di specifiche politiche, ma è significativo uno studio condotto in Germania (Camp et al., 2016) per stimare il grado di benessere sperimentato dalle lavoratrici a seguito dell'introduzione, nel 2005, di una molteplicità di misure rivolte alle famiglie e all'occupazione femminile. Nella figura di seguito si osserva che l'impatto delle politiche non ha prodotto un generale aumento del benessere nelle donne, ma l'effetto positivo ha interessato specificamente le lavoratrici part-time con figli, mentre le madri che lavorano full-time, dopo un'iniziale crescita del benessere, nel tempo hanno peggiorato il livello di benessere percepito. Si deve, tuttavia, aggiungere che le autrici attribuiscono grande rilievo proprio alle caratteristiche socio-culturali del contesto, in questo caso del mercato del lavoro e del contesto familiare tedesco, in cui l'uso del part-time da parte delle lavoratrici corrisponde molto spesso ad una libera e consapevole scelta di vita, per riuscire a gestire la famiglia. In Italia solo un terzo circa dei part-time femminili risulta essere "scelto", e non imposto dalla mancanza di lavoro a tempo pieno o dai carichi di lavoro familiare non diversamente gestibili.



Average satisfaction of women aged 18–62 with and without children by employment (Authors Calculations: Based on data from the German Socio-

economic Panel Survey (SOEP) between the years of 1999–2009. Life satisfaction based on a scale between 1 and 10)

Specificità nazionali e fenomeni carsici

Politiche pubbliche dirette a specifici target - più che quelle universalistiche - possono essere efficaci solo se fondate su una definizione accurata degli effetti voluti e non voluti, diretti e indiretti, che generano sul loro bersaglio, indipendentemente dalle intenzioni di chi le promuove o dai principi di equità sociale cui eventualmente si ispirano. Per questo, la prospettiva di genere costituisce, a nostro avviso, un fondamento irrinunciabile e le ricerche possono offrire un ottimo materiale per orientarsi.

Un recente studio (Fritzell et al., 2012) propone un confronto internazionale sulla salute percepita dalle madri (quindi donne con figli) a seconda che siano occupate o no e che vivano in coppia o sole. Rispetto al gruppo di riferimento di madri in coppia occupate (O.R.=1), in tutti i paesi considerati, la salute percepita peggiora tra coloro che vivono sole e, ancor più, se non sono occupate. In Svezia le madri sole e inattive hanno un rischio di salute quasi 5 volte superiore (4.82) alle occupate in coppia; in Gran Bretagna quasi 3 volte superiore (2.79) mentre in Italia il rischio di salute delle madri sole e inattive è molto più modesto (1.45).

Salute percepita di Madri sole e in coppia

		INATTIVE	OCCUPATE
ITALIA	SOLE	1.45 (1.29-1.64)	1.07 (0.98-1.16)
	IN COPPIA	1.08 (1.03-1.13)	1
UK	SOLE	2.79 (2.33-3.34)	1.66 (1.42-1.94)
	IN COPPIA	1.71 (1.50-1.95)	1
SVEZIA	SOLE	4.82 (3.56-6.53)	1.80 (1.46-2.22)
	IN COPPIA	2.02 (1.67-3.44)	1

E' evidente lo **svantaggio di salute a carico delle**

madri sole e inattive. Come mai, però, in Italia la condizione di madri sole e inattive è meno esposta al rischio di salute, rispetto alle inglesi o alle svedesi?

Possiamo ipotizzare che in Italia il loro svantaggio di salute sia ridotto per effetto di un ritardo nella manifestazione del malessere (Costa, 2014, Libro Bianco). Paesi caratterizzati da un elevato grado di emancipazione femminile, vedono più frequentemente madri che, indipendentemente dal proprio status socio-economico e pur non avendo un'occupazione (o almeno non un'occupazione stabile), decidono di separarsi.

In Italia la decisione di separarsi è ancora molto vincolata allo status socio-economico delle coppie in crisi, pertanto il migliore stato di salute delle madri sole e inattive, rispetto agli altri paesi europei, può essere il riflesso del fatto che si separano solo quelle che hanno buone condizioni socio-economiche.

Rispetto al gruppo dei mono-genitori, sappiamo che in Italia tra il 2004 e il 2014 (ISTAT, 2016) si è registrata un crescita delle esperienze di separazione o divorzio, a seguito delle quali sono soprattutto le donne ad avere l'affidamento dei figli: circa un terzo delle donne giovani con meno di 35 anni e oltre il 45% delle donne tra i 35 e i 54 anni che si separa o divorzia costituisce un nucleo mono-genitoriale. Sono quelle madri sole che, come abbiamo visto dalle esperienze d'oltre confine, rischiano di vedere compromessa la propria salute, soprattutto di fronte alla minaccia di

Fonte: Fritzell et al, Health & Place 18 (2012) 199–208.

perdita dell'autonomia economica e del lavoro. Possiamo ritenere che anche in Italia, con la diffusione delle separazioni, peggiori progressivamente la salute delle madri sole.

Ulteriore attenzione, tuttavia, deve essere rivolta alle casalinghe. In una società caratterizzata da una sbilanciata divisione del lavoro familiare tra i partner (Todesco, 2013), la transizione alla vita matrimoniale o di convivenza per le donne è segnata da un aumento dei compiti di cura (ISTAT, 2016). Il tempo dedicato al lavoro familiare cresce ulteriormente in presenza di figli. In letteratura sappiamo che il carico di cura, unitamente a una scarsa valorizzazione sociale del ruolo di chi della cura si occupa, ma non percepisce reddito, condiziona il benessere. La routine e la scarsa visibilità di molte delle attività nel lavoro familiare, le maggiori difficoltà economiche delle famiglie monoreddito e, secondo alcune teorie psicosociali, la debole capacità negoziale e lo scarso potere di chi si occupa "solo" della famiglia, minerebbero anzitutto il benessere psicologico delle donne più che degli uomini.

Dagli studi, pochi per la verità quelli specifici sulla condizione di casalinga, emergono chiaramente tassi più elevati di malessere psicologico e stress tra le casalinghe piuttosto che tra le lavoratrici (Hange et al., 2013), con conseguenze severe anche sulla salute fisica. Le casalinghe sono anche una categoria a forte "rischio professionale", come dimostra uno studio italiano che valuta gli interventi chirurgici per tunnel carpale in cui emerge che le casalinghe hanno un rischio molto simile alle lavoratrici manuali, quasi 4 volte superiore alle lavoratrici non manuali (Mattioli et al. 2009). Inoltre, le casalinghe in quanto prestatrici di cure sono esposte a rischi pari a quelli delle lavoratrici in ambito sanitario e delle "caregivers". Un caso emblematico è quello vissuto da una donna ammalatasi di mesotelioma per esposizione all'asbesto: pur non avendo mai lavorato fuori casa, in ambienti contaminati da asbesto, è stata esposta a questa sostanza lavando gli abiti impolverati del marito che per 34 anni ha prestato servizio in un cantiere navale (Huncharek et al., 1989).

Lo stile di vita e la dieta adottati da donne che lavorano per il mercato, oltre che in casa, rispetto alle casalinghe, sono alla base della maggiore incidenza di obesità soprattutto tra queste ultime. Per gruppi di donne unicamente impegnate in casa, di basso status sociale, più anziane e con grandi carichi familiari si osservano tassi di obesità anche due volte superiori a donne di pari condizioni, ma impegnate anche nel lavoro extra-domestico (Navadeh et al., 2011). Nell'insieme, sebbene le lavoratrici siano gravate dal "doppio carico" paiono trarre un fattore protettivo per la salute dal reddito che ottengono, dalla rete di contatti e relazioni che attivano e dalla soddisfazione che genera il lavoro. Questo vantaggio aumenta con la stratificazione sociale, ma varia in funzione del tipo di indicatore che si utilizza (es. la mortalità, piuttosto che le patologie cardiache). Un recente studio sulla valutazione di impatto di un programma iraniano molto vasto di interventi di comunità rivolti alle donne per migliorare il loro stile di vita, evidenzia che è difficile intercettare le necessità del target a cui il programma si rivolge, e trovare indicatori di impatto adeguati (Sedeghi et al, 2011). Gli autori hanno osservato un miglioramento complessivo delle condizioni di vita, seppure differenziato tra casalinghe, maggiori beneficiarie, e lavoratrici. Per queste ultime, dunque, dovrebbero essere messi a punto interventi maggiormente modellati sulle loro specifiche esigenze.

Il sostegno all'occupazione femminile, più in generale, si conferma essere lo strumento per contrastare le disuguaglianze di reddito e, di conseguenza, di salute. La crescente partecipazione al mercato del lavoro delle donne negli ultimi 50 anni ha sostenuto l'aumento dei redditi familiari, 'calmierando' le disuguaglianze sociali (Warner, 2015). Eppure, stringendo il fuoco su queste lavoratrici, a fronte di una così grande acquisizione sociale, si iniziano ad osservare per le donne gli effetti negativi sulla salute derivanti dall'esposizione a un **fattore di rischio** che deriva dalla **combinazione** (non solo dalla compresenza) **di rischi da lavoro e rischi da carico familiare**. Un recente studio ha dimostrato che per le lavoratrici con più di un figlio aumenta del 20% il rischio di infarto (D'Ovidio et al., 2015). Questo vuol dire che non basta avere un lavoro per recuperare salute. Deve essere un lavoro di qualità e un lavoro che possa essere gestito nel rispetto dei tempi di vita delle singole persone.

Quindi, politiche di inclusione delle donne nel lavoro possono essere ancor più efficaci se accompagnate da investimenti in 'infrastrutture sociali' (Carlini, 2015), prime tra tutte le politiche di conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro.

Rimane aperta, tuttavia, la questione se le politiche di conciliazione siano **misure a sostegno delle donne o misure orientate ad una maggiore equità** nella distribuzione delle attività domestiche tra i partner. I risultati degli studi sono contraddittori: politiche a difesa dell'occupazione femminile (es. divieto di lavoro notturno) e congedi genitoriali di lunga durata sarebbero associati a una maggiore equità di impegno nelle attività domestiche tra donne e uomini, mentre politiche per l'attivazione di servizi all'infanzia e per riservare spazi specifici alle donne (es. quote rosa) non pare abbiano alcun effetto sull'equità (Todesco, 2013; Fuwa e Cohen, 2007); per contro altri autori hanno dimostrato che politiche a sostegno dell'occupazione (dai congedi ai servizi per l'infanzia) servono unicamente per sostenere l'impegno delle donne, ma non hanno alcun effetto sull'equità donne-uomini nello svolgimento delle attività domestiche (Stier, Lewin-Epstein, 2007).

Il già citato studio di D'Ovidio (D'Ovidio et al., 2015), inoltre, per la prima volta fa emergere un ulteriore elemento di preoccupazione. Il carico di cura verso i figli delle madri lavoratrici raddoppia il rischio di malattia coronarica in presenza di almeno 2 figli maschi, mentre non sono stati evidenziati eccessi di rischio in presenza di due figlie femmine. Sebbene il contributo nelle attività di lavoro domestico dei figli nel complesso sia modesto (1-4 ore a settimana) e, quindi non sufficiente a riequilibrare l'eccesso di carico sulle madri, molti studi fanno emergere che già nell'infanzia/adolescenza si riconosce un differente impegno di maschi e femmine nel lavoro familiare (Todesco, 2013). Una specifica indicazione da trarre, in questo caso, è che "socializzare all'equità di genere" richiede **attenzione al genere fin dalla più tenera età**. Inoltre, nella letteratura di genere, si fa spesso riferimento a immagini metaforiche come "andamento carsico" (Pilutti, 2009) o "effetto elastico" (Meta, 2016) per sottolineare la difficoltà a conquistare stabilmente dei posizionamenti, come ad esempio una significativa presenza di donne nelle cariche politiche, una maggiore reciprocità tra donne e uomini nella divisione dei compiti. L'**attenzione** in questo caso non dovrebbe essere solo al genere, ma al **sistema di relazioni tra i generi e al contesto** che le crea e le alimenta (Di Monaco, Pilutti, 2014, Libro Bianco, p.137).

Cambiamenti sociali per l'equità di genere

Apprendimento e ottica di lungo periodo

Per far guadagnare benessere a donne e uomini, nel corso della vita, si possono attivare azioni anti-discriminatorie che "preservino o soccorrano" target specifici per genere, oltre che per età, provenienza, ecc. Tuttavia, data la natura dei meccanismi sociali che generano le disuguaglianze di salute per genere, sottolineata dai pochi esempi su cui ci siamo soffermati, qualsiasi azione dovrebbe essere accompagnata da un'evoluzione coerente dei contesti sociali prossimi ai soggetti. Ciò significa che le politiche dovrebbero proporsi di incidere sia sulle interazioni tra i diversi problemi che mettono in difficoltà la persona, sia sui significati che vengono attribuiti a determinati eventi o comportamenti. Solo in questo modo sembra possibile evitare che misure a favore della salute delle donne possano generare attraverso effetti indiretti e inattesi un peggioramento della loro condizione complessiva, o assumano significati diversi da quelli voluti. Non mancano riconoscimenti autorevoli a questa impostazione: nel dibattito internazionale e nelle dichiarazioni di intenti per contrastare le disuguaglianze e la violenza di genere e sostenere l'*empowerment* (dalla piattaforma di Pechino del 1995 all'Agenda 2030 ONU per lo sviluppo sostenibile) appare ormai chiaro che per ottenere dei cambiamenti sostanziali occorrerebbe attivare una pluralità di azioni che coinvolgano in modo coordinato i differenti contesti di vita, insistendo sulla necessità di porre attenzione alle esperienze di vita di donne e di uomini distintamente.

È un processo che non può essere programmato a tavolino, ma richiede **apprendimento**: insegnare ed imparare ad agire senza pregiudizi fondati sul genere ed al contempo contrastare l'uso di modelli apparentemente neutri, per valorizzare le specificità di genere. Infatti, sia i modelli basati esplicitamente sulla disuguaglianza, sia quelli apparentemente neutri, ma in realtà connotati per genere, fanno parte delle culture radicate di donne e uomini e sono quindi molto difficili da superare. Per questo occorrerebbe riuscire a declinare in pratica il concetto di parità/equità di genere come parità di opportunità. Quindi, avere concretamente la medesima gamma di opzioni da scegliere (sul lavoro, rispetto al tempo libero, nelle relazioni, ecc.), e avere la capacità di sceglierle, cioè essere in grado di esercitare effettivamente la propria libertà (Di Monaco, Pilutti 2014, Libro Bianco) di donne e uomini, con strumenti e azioni che non necessariamente sono uguali.

In un quadro di lento cambiamento culturale nell'ambito delle pari opportunità, l'OMS (WHO, 2011) raccomanda di mettere in atto delle azioni che rafforzino le donne e i luoghi organizzati delle donne affinché si sviluppi un'azione collettiva di pressione orientata al cambiamento culturale. E questa è una sfida che necessita, tra le donne stesse, di un confronto aperto, certamente non semplice, ad esempio tra generazioni differenti, o tra native e migranti.

Effetti di genere da decifrare e valutare

Come orientare questo cambiamento culturale nei diversi ambienti di vita? Con quali strumenti? I cambiamenti formali e normativi sono importanti ma non esauriscono il campo d'azione, né sono

"La parte importante di questo lavoro è cercare di risolvere i problemi, anche se queste soluzioni non ci sono nelle leggi, nei regolamenti. Bisogna buttare un po' il cuore oltre l'ostacolo. E allora ci inventiamo altre soluzioni, come un protocollo con la Chiesa Ortodossa locale per fornire sostegno a donne romene vittime di violenza [...] Senza la rete non si protegge nessuno e non si va da nessuna parte. Ma la rete bisogna farla, è da costruire, e non può essere fatta solo di contatti telematici e telefonici. Deve essere di contatti umani perché funzioni" [Commissario del Nucleo di Prossimità della Polizia Municipale di Torino – Pilutti, 2013]

sufficienti. Pare invece necessario decifrare meglio il rapporto tra meccanismi sociali ed effetti di genere, in modo da controllare questi effetti in una gamma di politiche. Vediamo qualche esempio: violenza, sicurezza del lavoro, conciliazione, lavoro familiare.

Secondo alcune studiose, l'impianto delle policy nazionali a favore delle donne soffrirebbe di un radicato **approccio che "considera la donna un soggetto vulnerabile e debole, piuttosto che un individuo dotato di diritti da riconoscere, rafforzare e promuovere"** (Donà, 2015). L'esempio più recente è la legge del 15 ottobre

2013, n. 119 per il contrasto alla violenza di genere, su cui si concentrano le critiche rispetto al fatto che si sia dato ampio spazio alla logica securitaria, di difesa del "soggetto debole" e poca sostanza alle misure di educazione paritaria quale strumento principe per il contrasto alla violenza di genere, misure enunciate nel testo di legge, ma non sostenute da un investimento economico concreto e sufficiente.

La recente indagine ISTAT sulla violenza di genere (ISTAT, 2015) ci mette ancora una volta di fronte a numeri importanti di donne che hanno subito violenze nel corso della loro vita (6 milioni 788mila) e ci segnala una migliore capacità di riconoscere i segnali di violenza, soprattutto tra le donne più giovani. Cresce, dunque, la consapevolezza dell'importanza di rendere visibile la violenza, di denunciare e dare seguito alle azioni giudiziarie. Grande ruolo hanno avuto in questa direzione le azioni coordinate dei soggetti che partecipano alla Rete Antiviolenza e dei Centri Antiviolenza.

Il dato che non sembra cambiare, purtroppo, è che gran parte della violenza alle donne arriva da uomini a loro affettivamente molto vicini (fidanzati, mariti, ecc.), mentre aumenta il livello di efferatezza con cui questa violenza si manifesta.

La legge riconosce di fatto la violenza di genere come un problema sociale e non solo individuale e l'OMS definisce le violenze di genere un problema di salute pubblica per le gravi conseguenze che comportano in termini di salute (WHO, 2002), ma a questo non corrisponde un altrettanto concreto livello di consapevolezza tra gli individui. Un esempio è fornito da un'indagine rivolta a 9mila studenti torinesi (Donne & Futuro, 2005) per comprendere quanto il fenomeno della violenza sia conosciuto e percepito dai ragazzi. I risultati evidenziano una buona percezione della violenza fisica e sessuale, ma non di quella psicologica; e, dato inatteso, con la ricerca si sono intercettati non pochi casi di violenza subita: quasi il 12% era stato vittima di palpeggiamenti, il 10% di violenza psicologica e il 3% di violenza da parte di adulti.

Un recente studio piemontese sulle vittime di femminicidio ha messo in luce che questi atti non sono frutto di raptus occasionali, ma sono spesso preceduti da episodi di violenza fisica ben documentati dagli accessi ai Pronto Soccorso (Mamo et al., 2015). Per quasi il 53% delle vittime

di femminicidio si registra almeno una accettazione in Pronto Soccorso nei due anni precedenti e per oltre la metà di queste (54%) gli accessi sono 2 o più di 2 nel corso dei 24 mesi che hanno preceduto l'omicidio. Campanelli di allarme, segnali, sintomi che non sono stati sufficienti per attivare le procedure protettive che la legge prevede.

Il livello di accettazione sociale di comportamenti violenti è molto variabile a seconda del contesto (epoche differenti, luoghi differenti) e dipende da stereotipi e definizioni dei ruoli di genere socialmente diffusi, è quindi evidente che uno strumento indispensabile per contrastare le iniquità rimane quello educativo, fin da bambini. Si tratta di promuovere la presa di coscienza individuale e collettiva attraverso processi di apprendimento sociale, per cambiare le rappresentazioni condivise e i riferimenti per il controllo sociale. L'efficacia, tuttavia, delle azioni educative non può essere data per scontata, soprattutto riguardo al superamento degli stereotipi di genere. Parrebbe quindi necessario investire sulla valutazione dell'impatto per genere dei modelli educativi, soprattutto quando trattano temi cruciali riguardo ai ruoli di genere, come la sessualità e la divisione dei compiti in ambito riproduttivo e in ambito scolastico-professionale.

Lavoro e dintorni

Una seconda area di attività su cui potrebbero essere applicati in modo più estensivo e sistematico strumenti di progettazione e valutazione attenti al genere riguarda le politiche nell'area del lavoro: sicurezza, conciliazione, *welfare*.

In tema di sicurezza sul lavoro, ad esempio, si è molto sviluppata l'attenzione ai rischi professionali di svariati lavori tipicamente maschili. Si sottolinea, invece, la necessità di presidiare processi di prevenzione degli incidenti e delle malattie professionali connessi a mansioni tipicamente svolte da donne (Biancheri, 2014; Facchini, 2001). Le donne sono prevalentemente occupate in lavori temporanei caratterizzati da alta domanda organizzativa e basso controllo del lavoro da parte della persona, elevato livello di ripetitività delle azioni, con posture spesso scorrette, mansioni frequentemente a contatto con il pubblico (Messing, Östlin 2006), in posizioni di basso livello dal punto di vista gerarchico e professionale. Ad esempio, all'interno del comparto sanitario fronteggiano elevati rischi derivanti da contatto con agenti infettanti, traumatismi muscolo-scheletrici e *burnout* (WHO, 2002; Mayhew, 2003; Messing, Östlin, 2006; Kishi, 2002). Si tratta di condizioni differenziate per genere, i cui rischi asimmetrici restano in ampia parte poco visibili, come le conseguenze diseguali per la salute (WHO, 2011; Biancheri, 2014). Tuttavia, possono essere analizzati, resi espliciti e affrontati con iniziative specifiche di *equity audit*, valutando gli impatti di genere sia ex ante, sia ex post.

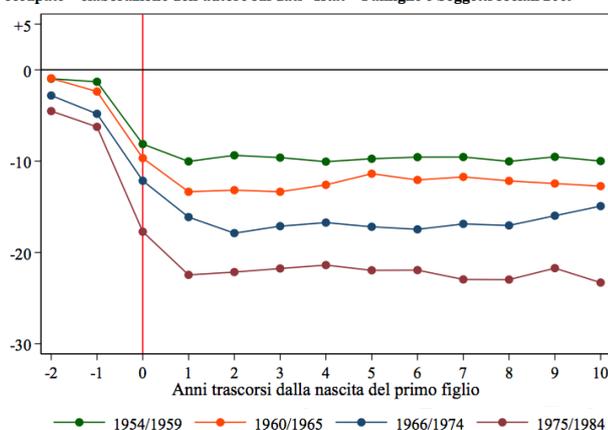
Le **misure di conciliazione** sono spesso viste come uno strumento per far fronte a necessità contingenti, senza considerare il loro impatto di lungo periodo sui ruoli di genere.

All'interno della famiglia, l'effetto di nuove flessibilità o misure rese disponibili all'esterno o di nuovi servizi, può diventare una bussola che orienta al coinvolgimento di entrambi i partner e cambia la divisione del lavoro, che a sua volta può garantire maggiore equità e pari opportunità. Secondo alcuni studi una maggiore condivisione dei compiti di cura in famiglia,

infatti, produce un guadagno di salute per le donne (riduzione dei casi di depressione) del 26% (Bird, 1999).

Tuttavia, in presenza di un modello di *welfare* fortemente centrato sulla famiglia, tipico dei paesi mediterranei, le donne si sobbarcano la maggior parte del carico di cura, anche quando hanno un lavoro retribuito. Per queste donne lavoratrici, in particolare se di classe sociale più bassa, aumenta progressivamente il rischio di avere patologie croniche e invalidanti con l'aumentare del carico familiare (Artazcoz et al., 2001; Harryson et al., 2012; Payne, 2001; Facchini, 2001). In questo caso è evidente il rischio di effetti contro-intuitivi: facilitare la doppia presenza alle donne le aiuta a conciliare e dà loro salute con una mano, ma non modificando la divisione dei ruoli in famiglia, somma al carico di lavoro familiare quello per il mercato (doppio carico), e quindi toglie salute con l'altra mano. In questi difficili equilibri, in base alla generosità del *welfare*, le

Effetti marginali della nascita del primo figlio sulla probabilità delle donne di essere occupate – elaborazione dell'autore sui dati "Istat – Famiglie e Soggetti sociali 2009"



Fonte: www.neodemos.info, 2015

scelte delle donne possono essere più o meno libere, con conseguenze importanti e di lungo periodo, ad esempio abbandonare il lavoro significa ridurre le risorse economiche disponibili anche in età più anziana, perché il sistema pensionistico si costruisce sulla presenza attiva nel mercato del lavoro retribuito. Tra le madri lavoratrici il 30% interrompe il lavoro per motivi familiari, contro il 3% dei padri, e solo in piccola percentuale riprendono a lavorare a distanza di tempo (Istat, 2015). Inoltre, l'effetto negativo della nascita del primo figlio sulla probabilità delle donne di essere occupate aumenta per le

generazioni di donne più giovani (Lugo, 2015).

Una divisione del lavoro di cura più egualitaria tra i partner può indirizzare verso una **scelta più libera nel costruire le carriere professionali** di entrambi (Todesco, 2013).

Ad oggi, tuttavia, la strategia più usata per 'liberare' del tempo dal lavoro familiare è quella di rivolgersi al mercato acquistando servizi, spesso da altre donne, spesso straniere e spesso in condizioni economicamente fragili, con forti difficoltà di gestione della vita familiare, ecc. Questo meccanismo lascia facilmente scorgere il rischio di una riproduzione a catena delle disuguaglianze.

Nelle **organizzazioni lavorative** l'introduzione di politiche di conciliazione può produrre un effetto capacitante per donne e uomini se interpretato come strumento per la valorizzazione delle risorse interne e per accrescere il vantaggio competitivo (INAIL). Sulla maternità, ad esempio, si concentra la gran parte degli stereotipi che condizionano la domanda di lavoro: una madre sarà meno presente, meno affidabile e, comunque, il periodo di astensione dal lavoro rappresenta un costo economico e organizzativo. Per contro, la paternità può addirittura conferire maggiore solidità al profilo di un lavoratore. Spesso questa rappresentazione accomuna il sentire del datore di lavoro e quella degli stessi colleghi e colleghe di lavoro. Così, un'organizzazione che scelga di riconoscere il premio di produttività alle lavoratrici in congedo di maternità (Progetto La FemMe, Italia Lavoro, 2015) non sta solo premiando la neomamma, ma attiva un sistema di contrasto

all'idea della maternità come un disinvestimento della lavoratrice sul piano professionale o un mero costo per l'azienda e favorisce la valorizzazione delle competenze individuali. Si tratta di un'azione che coinvolge necessariamente l'intero contesto lavorativo poiché "un aspetto su cui l'azienda dovrà porre attenzione riguarda la sensibilizzazione di tutto il personale a questa specifica scelta. E' necessario, infatti, che anche i lavoratori che non potranno beneficiare di questa misura di sostegno alla maternità condividano l'orientamento *gender sensitive* adottato dal sistema di valutazione e dei piani di carriera, onde evitare eventuali tensioni tra colleghi e/o percezioni soggettive di esclusione da politiche aziendali che pongono attenzione a particolari esigenze del personale".

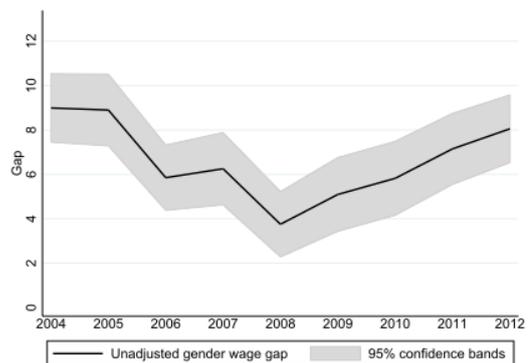
Tra l'altro, gli effetti della crisi finanziaria non solo rendono difficile fare degli investimenti in termini di cambiamento dei tradizionali impianti organizzativi (spesso gerarchici e maschilisti), ma hanno reso ancora più fragili i percorsi di molti lavoratori e, soprattutto, lavoratrici. Nelle analisi sull'occupazione al tempo della crisi emerge un riavvicinamento tra i tassi di disoccupazione di donne e uomini che, come ben si sa, dipende prevalentemente dal fatto che la crisi ha colpito settori con una forte presenza di uomini e ha abbassato il livello qualitativo dell'occupazione in generale.

Le donne, inoltre, scontano il maggior sottoutilizzo di capitale formativo, la maggiore compressione nelle parte bassa della scala gerarchica delle professioni, una maggiore precarietà che si esprime sia in lavori temporanei che in lavori part-time con, ovviamente, salari ridotti.

In un quadro di severa incertezza, infine, alcuni provvedimenti economici di austerità adottati nel nostro paese sembrano aver generato importanti effetti di genere. E' il caso del blocco dei salari nel settore pubblico, tra il 2010 e il 2015. Un recente studio (Piazzalunga, Di Tommaso, 2015) individua nel blocco dei salari del pubblico impiego uno dei *driver* che ha riportato alla crescita del differenziale salariale

tra donne e uomini. Il 35% dell'occupazione femminile è impiegato nella pubblica amministrazione, contro il 24% degli uomini, e i salari delle donne nella pubblica amministrazione sono del 20% superiori a quelli guadagnati dalle stesse nel settore privato. Dallo studio emergerebbe una diminuzione dei salari relativi alle posizioni femminili medio-alte a partire dal 2010. Sebbene le autrici dello studio non possano identificare con certezza il nesso causale tra il blocco nella pubblica amministrazione e la riapertura della forbice salariale tra donne e uomini, sostengono l'importanza del nesso tra i due eventi in virtù del fatto che l'aumento del differenziale salariale interessa maggiormente lavoratori e lavoratrici che guadagnano più della mediana, senza che siano variata composizione e caratteristiche dell'occupazione.

Gender wage gap in Italy, 2004-2012



Gross wages per hour in 2008 real price.

Source: EU-SILC, own calculations.

Fonte: Piazzalunga, Di Tommaso, 2015

Come valorizzare il lavoro familiare?

Ritorniamo ancora alle donne inattive, spesso casalinghe a tempo pieno, poiché un altro tema rilevante riguarda il riconoscimento sostanziale del lavoro domestico. Si tratterebbe di riconoscerlo come "componente essenziale del sistema della salute e del sistema economico in generale" (Picchio, Addabbo et al., 2012), contabilizzandolo oltre che nei bilanci di genere, direttamente nella determinazione del PIL. Il riconoscimento formale assegnerebbe valore sociale alle attività domestiche proprio in virtù del fatto che rappresentano un valore economico. Sono state fatte delle stime (OECD, 2011) dalle quali emerge che il valore della produzione di beni e servizi all'interno delle famiglie è circa un terzo del Prodotto Interno Lordo.

Secondo alcune teorie psico-sociali – della negoziazione delle risorse e della dipendenza economica - l'emersione del valore economico delle attività domestiche rappresenta un'arma negoziale prevalentemente in mano alle donne - ovvero a coloro su cui ricade il maggior carico del lavoro familiare - per riequilibrare il potere nella coppia (Todesco, 2013).

E' evidente che una proposta così radicale da un punto di vista tecnico-contabile in realtà si propone di affrontare un problema politico e di potere, per cambiare l'asimmetria che esiste tutt'ora nel sistema di relazioni di genere nella famiglia e nella società.

Diritti e cambiamenti culturali

Rispetto agli equilibri descritti, i cambiamenti di carattere burocratico formale rischiano di essere poco efficaci, di scorrere sopra le differenze senza intaccarle. Ad esempio, aver sancito la parità formale per legge nei congedi parentali è stato fondamentale dal punto di vista del principio, ma non è bastato a cambiare i comportamenti, che sono stati guidati dalle relazioni consolidate negli ambienti di lavoro, dove gli uomini non hanno chiesto congedi di cui avevano diritto, e nelle famiglie, dove gli uomini hanno continuato ad essere meno presenti.

Anche la parità di retribuzione a parità di lavoro è sancita dalla legge da molti decenni, ma ciò non ha ancora allineato i comportamenti sociali, con vistose disuguaglianze di genere.

Da questo punto di vista è fondamentale che le norme si proponano di incidere sui meccanismi sociali che sono alla base dei comportamenti. Alcune ricerche, ad esempio, hanno evidenziato come l'assenteismo degli uomini si riduca maggiormente per effetto dei controlli e quello delle donne per il disincentivo economico (Zizza, 2012). Ciò indicherebbe la prevalenza di meccanismi differenti, legati alle ragioni dell'assenteismo. Ipotizzando che il tempo sottratto al lavoro vada a incrementare il 'polmone' del tempo per sé, questo ha un significato ben diverso per donne e uomini: gli uomini hanno comunque uno stock significativo di tempo libero, quindi un aumento del controllo costituisce un disincentivo. Per le donne, invece, il tempo sarebbe già estremamente compresso, e l'effetto dei controlli sarebbe meno efficace, mentre il disincentivo economico minaccerebbe una già fragile autonomia economica.

Analoghe differenze emergono da altre ricerche (Todesco, 2013), ad esempio l'equità percepita nella divisione del lavoro familiare esercita un forte impatto sul benessere psichico delle donne,

mentre per gli uomini gioca un ruolo di rilievo la percezione di equità nel lavoro retribuito. Il contesto culturale, più o meno orientato alla parità dei sessi, influenza le percezioni di equità. Gli studi dimostrano anche che sugli individui agiscono meccanismi di socializzazione al genere, secondo i quali fin da bambini si acquisiscono atteggiamenti e si sviluppano personalità in conformità con le regole attese per sesso, ma al contempo questi ruoli si consolidano nel quotidiano relazionarsi tra generi. Nell'ambito della sperimentazione sociale emerge che nell'identificazione di genere e nel conseguente modo di comportarsi per le donne contano maggiormente le questioni relazionali mentre per gli uomini quelle di socializzazione. Da tale constatazione risulta chiaro quanto sarebbe necessario pensare a modalità di introduzione delle misure, ad esempio di conciliazione, facendo leva su meccanismi differenti.

Per questi motivi, un aiuto può venire dai processi comunicativi (Conti, Nenci 2013) e di coinvolgimento di lavoratrici e lavoratori sulle misure, per ottenere scelte consapevoli orientate al rispetto di "nuove regole" e "buone prassi", evitando che queste vengano ignorate o accettate passivamente. Nei luoghi di lavoro, la salute e la sicurezza rappresentano una condizione imprescindibile: per garantirla, tuttavia, non solo è necessario disciplinare tutti gli aspetti del problema, ma occorre coinvolgere chi li dovrebbe mettere in pratica e fare in modo che l'organizzazione stessa offra sostegno per la realizzazione (Sabattini, Crosby, 2016). La semplice emanazione delle norme - seppur fondamentale - rischia di non cambiare le rappresentazioni e i comportamenti, lasciandole inosservate.

Health Equity Audit per comprendere e coinvolgere

Questo documento propone, per lavorare alla riduzione delle disuguaglianze di salute per genere, di muoversi su due piani, la cui implementazione concreta può variare molto a seconda dell'ambito di applicazione: un'azienda, un servizio pubblico, un intervento rivolto a gruppo sociale, una politica a livello regionale o nazionale, ecc.

Seguendo un approccio consolidato per la gestione della valutazione dell'equità (Progetto VisPa – Regione Emilia Romagna), il primo piano di azione riguarda la **promozione di processi di coinvolgimento dei soggetti interessati o toccati dal problema**. In sostanza, il soggetto che si propone l'obiettivo di sottoporre a valutazione di equità una politica o un servizio, dovrebbe stabilire quali sono gli attori che è opportuno coinvolgere nelle attività di osservazione e di valutazione, che possono aiutare, nell'ambito specifico, al riconoscimento delle disuguaglianze di salute tra uomini e donne, dei meccanismi sociali che le generano e alla formulazione di proposte per il loro superamento.

Sulla base degli approfondimenti che abbiamo condotto, forse le disuguaglianze di genere, rispetto ad altri problemi sociali e di salute su cui si esercitano analoghe attività di valutazione, richiedono un'attenzione specifica a non riprodurre all'interno dei sistemi di osservazione le stesse asimmetrie di genere che creano le disuguaglianze. Ciò può avvenire, ad esempio, se i soggetti che rappresentano i bisogni e i problemi delle donne non sono in grado di farli emergere e di interpretarli correttamente, o se, più semplicemente, le donne non sono sufficientemente presenti. Appare quindi particolarmente importante mantenere nel processo un filo diretto con le donne coinvolte, nella loro originale varietà di condizioni e punti di vista, per non rischiare che le stesse attività di mediazione costituiscano filtri o trasferiscano stereotipi nel processo.

Il secondo piano di azione riguarda i **contenuti dell'osservazione e le domande** che il soggetto che promuove la valutazione potrebbe proporre come **guida per intercettare** nelle molteplici situazioni concrete **gli effetti dei meccanismi di potere e culturali sulle disuguaglianze di salute**. Anche in questo caso l'analisi di genere sembra avere delle specificità, cui abbiamo fatto cenno descrivendo aspetti carsici e contro-intuitivi dei problemi. Inoltre, non è detto che le persone oggetto di osservazione percepiscano le asimmetrie di potere e l'effettiva loro condizione di svantaggio: ciò può ostacolare l'analisi, ma anche la politica, perché i destinatari potrebbero non avvalersi di eventuali servizi o supporti messi a disposizione, in assenza di un cambiamento del contesto culturale e dei significati attribuiti al comportamento nelle loro reti di relazione.

Quindi, il processo di identificazione delle "domande guida" e delle priorità da assumere negli interventi di contrasto alle disuguaglianze di salute attenti al genere si sviluppa in 3 fasi:

- 1) Identificazione delle asimmetrie di genere nei meccanismi sociali, in particolare nelle capacità di autonomia, di controllo della propria vita e nelle relazioni di potere (prime 3 colonne della tabella seguente);
- 2) Identificazione dello svantaggio di salute che ne deriva:
 - Eccesso di esposizione al rischio per la salute (disoccupazione, lavoro pericoloso, ambiente di lavoro stressante, povertà, ambiente di vita discriminatorio, ecc.). Come

ridurre l'esposizione al rischio dei soggetti socialmente più deboli con attenzione al genere? (chi sono nel contesto specifico? Ci sono evidenze di differente esposizione al rischio per donne e uomini?)

- Eccesso di vulnerabilità alla malattia (a parità di esposizione al rischio). Come ridurre la probabilità di ammalarsi per donne e uomini socialmente più deboli? (chi sono nel contesto specifico? Ci sono evidenze di differente vulnerabilità per donne e uomini?)
 - *Caso A*: La maggior vulnerabilità dipende da una minore resistenza al rischio
 - *Caso B*: La maggior vulnerabilità dipende da un minore supporto del sistema socio-sanitario
 - Eccesso di conseguenze sociali della malattia (a parità di malattia). Come ridurre l'effetto della malattia sulle condizioni sociali di donne e uomini socialmente più deboli per genere? (chi sono nel contesto specifico? Ci sono evidenze di differenti conseguenze sociali della malattia per donne e uomini?)
- 3) Identificazione di azioni idonee ed efficaci per contrastare le disuguaglianze di salute per genere che possono avere un orientamento individuale - sostenere le risorse economiche individuali; rafforzare le capacità individuali - o di contesto - ridurre i rischi fisici dei contesti di esperienza; rafforzare le capacità sociali nei contesti di esperienza. Secondo quanto sostenuto sull'importanza dei meccanismi sociali, le politiche di riequilibrio delle disuguaglianze di genere nella salute dovrebbe puntare sul cambiamento culturale e organizzativo dei contesti.

L'esito finale di questo processo dovrebbe dunque facilitare un recupero del potenziale di salute, disperso dalle resistenze e dalle distorsioni originate da disuguaglianze di genere.

Entrando nel merito della prima fase, in letteratura sono stati sviluppati strumenti che rappresentano una buona dotazione. In particolare proponiamo l'utilizzo di un nostro adattamento tratto dal *BIAS FREE Framework - Building an Integrative Analytical System For Recognizing and Eliminating inequities* – (Eichler, Burke 2006), strumento sviluppato per aiutare ricercatori, decisori politici e altri soggetti a riconoscere i pregiudizi e a identificare i mezzi per eliminarli.

Questo strumento prende le mosse dalla constatazione che i pregiudizi si fondano su un sistema di gerarchie, ovvero su rapporti squilibrati di potere tra gruppi di individui differenti per genere, età, etnia, religione, ecc. La struttura dei rapporti di potere tende a reiterarsi nel tempo e, quindi, identificare i meccanismi attraverso cui si riproducono gli squilibri di potere permette di progettare azioni di contrasto. Il *Bias Free framework* individua tre ordini di meccanismi che agiscono per la conservazione dello stato gerarchico con cui è indispensabile confrontarsi nell'affrontare una ricerca o nel progettare e valutare delle *policy*, dato che per ciascuna di queste problematiche sono richieste azioni differenti.

- Il primo ordine di meccanismi riguarda l'intenzione e lo **sforzio nel conservare una gerarchia**: ovvero quando il contesto sociale giustifica e mantiene la differenziazione di gruppi dominanti e non dominanti. I gruppi sono quindi definiti e il loro squilibrio è una caratteristica come un'altra, ritenuta normale in quello specifico contesto socio-politico. Questo è ciò che vediamo avvenire, ad esempio, in campo professionale quando, nonostante le elevate credenziali formative, molte donne rimangono inspiegabilmente in posizioni subordinate e non attraversano il "soffitto di cristallo", invisibile ma reale, oppure

quando le misure di conciliazione a favore delle donne rischiano di essere un freno alla libertà nella scelta professionale, finendo per reiterare modelli di divisione del lavoro riproduttivo tradizionale, che "non possono" essere messi in discussione.

- Il secondo ordine di meccanismi attiene alla reiterazione delle gerarchie che opera attraverso il **fallimento nell'esaminare le**

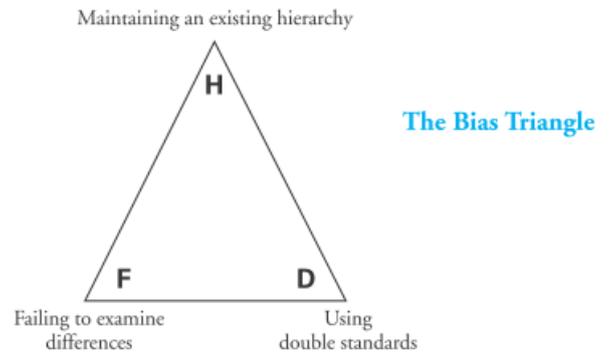
differenze: quando l'appartenenza ad un gruppo dominante/non dominante non è presa in esame come socialmente rilevante e ci si adatta a un modello standard. O, come nel caso del genere, quando si assume un riferimento come neutro, senza riconoscere le differenze rilevanti dell'essere donne e uomini.

In campo medico, ad esempio, non considerare le specificità biologiche in alcune attività è una prassi corrente, che tuttavia può

produrre seri danni alla salute, come evidenzia la medicina di genere.

Un aspetto connesso con questo ordine di problematiche riguarda la coerenza tra il rapporto gerarchico analizzato e il contesto in cui si sviluppa. Nel tentativo di approfondire un ambito delle disuguaglianze, vengono assunti, ad esempio, i risultati di studi e sperimentazioni disponibili in letteratura e spesso il contesto italiano si avvale di conoscenze che arrivano da oltre confine. Non sempre, però, i modelli esteri sono adattabili a livello nazionale, perché non rendono visibili specifiche differenze, se queste sono presenti da noi e non altrove con la medesima intensità. E' il caso di alcuni tratti culturali della divisione dei ruoli nel lavoro riproduttivo.

- Il terzo ordine di meccanismi problematici riguarda **l'uso di doppie misure**: ovvero quando i gruppi dominanti e non dominanti sono trattati in modo diverso, tale per cui i primi continuano ad essere favoriti. Un esempio di doppia misura che esercita una non esplicita pressione nel mantenere rapporti gerarchici tra donna e uomo è la distinzione tra lavoro retribuito e lavoro non retribuito, per la quale una donna che si occupi unicamente della casa e della famiglia è una "non lavoratrice".



Fonte: Burke M.A., Eichler M., Global Forum for Health Research, *The BIAS FREE Framework*,

Per applicare concretamente questo metodo, occorre proporre ai soggetti coinvolti nel processo di valutazione, di cui abbiamo parlato sopra, una riflessione sulle "domande critiche", collocate all'interno di ciascuno di questi tre ordini di meccanismi di creazione di disuguaglianze, riconoscendo anche la presenza di gerarchie dentro le gerarchie.

I soggetti dovrebbero, a questo punto, essere guidati in una rielaborazione linguistica della domanda critica allo scopo di uniformare terminologia e significati e identificare chiaramente la questione su cui concentrarsi. Rispetto alle questioni di genere, le autrici forniscono un esempio del processo da seguire: la domanda chiave potrebbe essere "Le conoscenze/informazioni relative agli uomini sono estese alle donne?"; a cui segue la rielaborazione con un linguaggio omogeneo e coerente con la struttura delle gerarchie

proposta "Le conoscenze/informazioni relative al gruppo dominante sono estese al gruppo non-dominante?".

Lo schema proposto, illustrato nella tabella seguente, parte dunque dai tre ordini di meccanismi citati sopra, articola quella che viene definita la "natura del problema" con delle domande di stimolo e segnala il tipo di intervento risolutivo da adottare.

ESISTE QUALCHE DIFFERENZA DI POTERE PER GENERE? (tra quelle elencate)	COSA C'È DIETRO AL PROBLEMA? (esempio)	QUALE SOLUZIONE SI PUÒ IPOTIZZARE?	QUALE SVANTAGGIO DI SALUTE NE DERIVA (maggiori rischi, vulnerabilità, danno)? (esempio)	DOVE ORIENTARE L'INTERVENTO IN MODO CHE SIA EFFICACE?
<p>H - Conservazione di una gerarchia esistente</p> <p><i>Il dominio di un gruppo è in un modo o nell'altro giustificato o mantenuto?</i></p> <p><i>Situa il problema in una struttura di diritti umani, nella quale l'eguaglianza è un valore basilare. Fa notare la discrepanza tra questo valore e l'ineguaglianza tra gruppi di persone che risultano dalla gerarchia.</i></p>	<p>H1 Negazione della gerarchia: La gerarchia esistente è negata nonostante l'evidente contrario?</p>	<p>L'esistenza di una gerarchia è riconosciuta; la sua validità è messa in questione e rifiutata.</p>		<p>Forma di intervento</p> <p>1) Normativo/contrattuale 2) Normativo/contrattuale e partecipativo, con coinvolgimento formale/informale</p> <p>Strategia di intervento</p> <p>1) Azione di supporto alle risorse, rivolta a singoli individui (sussidi, formazione, ecc.) 2) Azione sociale rivolta a un contesto/comunità/gruppo (progettazione e valutazione partecipata, educativa territoriale, ricerca azione-formazione, mobilitazione di attori per obiettivi comuni, creazione di relazioni e di <i>empowerment</i>, ecc.)</p> <p>Soggetti gestori</p> <p>1) Gestito da una singola organizzazione 2) Gestito da un settore (es. sanità, assistenza, ecc.) 3) Gestito da più settori/attori coordinati.</p>
	<p>Ad esempio negando il profilo maschilista delle famiglie che danno maggiore importanza alle scelte scolastiche e professionali dei ragazzi rispetto alle ragazze, facendo leva sulla retorica delle differenti vocazioni</p>		<p>- Rischio di disoccupazione, sottooccupazione di professioni marginali - Rischio professionale nel settore sanitario e assistenziale a prevalenza femminile</p>	
	<p>H2 Mantenimento di gerarchia: Le pratiche o le visioni basate su una gerarchia sono presentate come normali e non problematiche?</p>	<p>Le espressioni delle gerarchie sono messe in questione e problematizzate.</p>		
	<p>Ad esempio pratiche apertamente maschiliste in ambienti di lavoro diretti e a maggioranza maschile</p>		<p>- Rischio di molestie sessuali - Vulnerabilità femminile in un ambiente lavorativo discriminatorio, fonte di stress e malessere, con possibile uscita dal lavoro</p>	
	<p>H3 Prospettiva dominante: La prospettiva o punto di vista del gruppo dominante è la sola adottata?</p>	<p>Le prospettive dei gruppi non-dominanti e dominanti sono rispettate e accettate.</p>		
	<p>Ad esempio ritenere che la presenza sul lavoro è il criterio di merito, indipendentemente dai doveri derivati dalla maternità</p>		<p>- Rischio di ritiro dal lavoro, di procrastinare la gravidanza - Vulnerabilità delle madri esposte ad un ambiente di lavoro stressante</p>	
	<p>H4 Patologizzazione: Il gruppo non dominante viene considerato patologico quando si differenzia dalle norme derivate da quello dominante?</p>	<p>Le norme sono sfidate e le ragioni avanzate per patologizzare il gruppo divengono oggetto di confronto.</p>		
	<p>Ad esempio, ritenere non etico per una donna privilegiare la scelta professionale rispetto alla maternità</p>		<p>- Rischio di procrastinare la gravidanza</p>	
	<p>H5 Oggettivazione: Lo spogliare una persona della propria intrinseca dignità o della sua umanità è presentato come normale e non problematico?</p>	<p>Si riconosce che ogni essere umano ha una sua dignità intrinseca e diritti inviolabili che devono essere protetti, e si rende l'attività coerente con questo principio.</p>		
<p>Ad esempio privilegiare il diritto all'obiezione di coscienza ignorando il diritto alla cura della persona che chiede supporto in caso di aborto/violenza</p>		<p>- Rischio di avere gravidanze indesiderate e/o a rischio di abbandono del lavoro</p>		

<p>H6 Colpevolizzazione della vittima: Le vittime di violenze individuale e/o strutturale sono colpevolizzate o ritenute responsabili?</p>	<p>Le vittime non sono colpevolizzate; vengono identificate le violenze individuali o strutturali e i responsabili devono renderne conto</p>	
<p>Ad esempio nei casi di violenza sulle donne, ritenute 'provocatrici'</p>		<p>- Rischio di subire gravi danni psico-fisici e morte</p>
<p>H7 Appropriazione: La proprietà dei beni originati o di possesso dei gruppi non dominanti è forse rivendicata dai gruppi dominanti?</p>	<p>Il possesso originale viene riconosciuto e rispettato.</p>	
<p>Ad esempio ritenendo 'naturale' il prevalente controllo delle risorse economiche familiari da parte dei maschi dato che più frequentemente lavorano e percepiscono redditi più elevati</p>		<p>- Esposizione al rischio di violenza intra-familiare con pressione economica</p>

Fonte: Nostra rielaborazione da Eichler & Burke 2006

ESISTE QUALCHE DIFFERENZA DI POTERE PER GENERE? (tra quelle elencate)	COSA C'E' DIETRO AL PROBLEMA? (esempio)	QUALE SOLUZIONE SI PUO' IPOTIZZARE?	QUALE SVANTAGGIO DI SALUTE NE DERIVA (maggiori rischi, vulnerabilità, danno)? (esempio)	DOVE ORIENTARE L'INTERVENTO IN MODO CHE SIA EFFICACE?
<p>F - Fallimento nell'esaminare le differenze</p> <p><i>L'appartenenza ad un gruppo dominante/non dominante è presa in esame come socialmente rilevante e ci si adatta?</i></p> <p><i>Stabilisce nel contesto l'importanza di appartenere ad un gruppo. Una volta che la rilevanza è stata stabilita, si accondiscende alle differenze in modi che riducono la gerarchia</i></p>	<p>F1 Insensibilità alla differenza: La rilevanza di appartenere ad un gruppo dominante/non dominante è stata ignorata?</p>	<p>Bisogna sempre determinare la rilevanza dell'appartenenza a gruppi dominanti/non-dominanti; durante lo svolgimento dell'attività, l'appartenenza ad un gruppo deve essere inclusa come variabile analitica, e solo allora la sua rilevanza può essere valutata.</p>		<p>Forma di intervento</p> <p>1) Normativo/contrattuale 2) Normativo/contrattuale e partecipativo, con coinvolgimento formale/informale</p> <p>Strategia di intervento</p> <p>1) Azione di supporto alle risorse, rivolta a singoli individui (sussidi, formazione, ecc.) 2) Azione sociale rivolta a un contesto/comunità/gruppo (progettazione e valutazione partecipata, educativa territoriale, ricerca azione-formazione, mobilitazione di attori per obiettivi comuni, creazione di relazioni e di <i>empowerment</i>, ecc.)</p> <p>Soggetti gestori</p> <p>1) Gestito da una singola organizzazione 2) Gestito da un settore (es. sanità, assistenza, ecc.) 3) Gestito da più settori/attori coordinati.</p>
	<p>Ad esempio, una misura conciliativa potenzialmente riequilibrante del lavoro familiare come il congedo parentale viene utilizzata solo dalle donne</p>		<p>- Rischio del reiterarsi dei ruoli di genere con le conseguenti condizioni di svantaggio di salute - Vulnerabilità di chi ha un «doppio carico»</p>	
	<p>F2 Decontestualizzazione: La diversa realtà sociale di gruppi dominanti e non-dominanti è stata esplicitamente considerata?</p>	<p>Il contesto dei gruppi di appartenenza dominanti e non dominanti viene esplicitamente esaminato e le conseguenti differenze sono identificate, analizzate e tenute in considerazione.</p>		
	<p>Ad esempio, in un contratto aziendale si premiano determinati aspetti della prestazione, o si definiscono regimi di orari, senza considerare i ruoli in famiglia per genere</p>		<p>- Rischio di abbandono del lavoro - Vulnerabilità delle madri</p>	
	<p>F3 Generalizzazione o universalizzazione: L'informazione derivata dai gruppi dominanti è generalizzata senza esaminare se applicabile a gruppi non-dominanti?</p>	<p>Le informazioni sui gruppi dominanti vengono riconosciute in quanto tali e vengono fatti sforzi per ottenere informazioni riguardanti il gruppo non dominante o le conclusioni vengono limitate ai gruppi dominanti</p>		
	<p>Ad esempio se gli orari di lavoro standard vengono ritenuti tali sulla base delle esigenze di organizzazione della giornata dei maschi, piuttosto che delle esigenze di flessibilità delle femmine</p>		<p>- Rischio di abbandono del lavoro - Vulnerabilità delle madri</p>	
	<p>F4 Omogeneità presupposta: I gruppi dominanti o non-dominanti sono trattati come fossero uniformi?</p>	<p>Le differenze dentro i gruppi dominanti e non-dominanti sono riconosciute e tenute in conto.</p>		
	<p>Ad esempio mettendo, in nome della supposta parità, persone al lavoro in condizioni di rischio fortemente differenziate per genere, come le donne alla guida degli autobus di notte in zone ad alto livello di violenza</p>		<p>- Rischio di subire violenze</p>	

ESISTE QUALCHE DIFFERENZA DI POTERE PER GENERE? (tra quelle elencate)	COSA C'E' DIETRO AL PROBLEMA? (esempio)	QUALE SOLUZIONE SI PUO' IPOTIZZARE?	QUALE SVANTAGGIO DI SALUTE NE DERIVA (maggiori rischi, vulnerabilità, danno)? (esempio)	DOVE ORIENTARE L'INTERVENTO IN MODO CHE SIA EFFICACE?
<p>D - Uso di doppie misure</p> <p><i>I gruppi dominanti e non dominanti sono trattati in modo diverso?</i></p> <p><i>Identifica le doppie misure che portano al diverso trattamento dei membri di gruppi dominati e non dominanti e in che modo questo mantenga la gerarchia; in seguito escogita mezzi per provvedere ad un uguale trattamento di entrambi i gruppi.</i></p>	<p>D1 Evidenti doppie misure: I gruppi dominanti e non sono trattati in modo diverso?</p>	<p>Offrire lo stesso trattamento ai membri dei gruppi dominanti e non dominanti qualora questo accresca l'equità</p>		<p>Forma di intervento</p> <p>1) Normativo/contrattuale 2) Normativo/contrattuale e partecipativo, con coinvolgimento formale/informale</p> <p>Strategia di intervento</p> <p>1) Azione di supporto alle risorse, rivolta a singoli individui (sussidi, formazione, ecc.) 2) Azione sociale rivolta a un contesto/comunità/gruppo (progettazione e valutazione partecipata, educativa territoriale, ricerca azione-formazione, mobilitazione di attori per obiettivi comuni, creazione di relazioni e di empowerment, ecc.)</p> <p>Soggetti gestori</p> <p>1) Gestito da una singola organizzazione 2) Gestito da un settore (es. sanità, assistenza, ecc.) 3) Gestito da più settori/attori coordinati.</p>
	<p>Ad esempio proporre sistematicamente assunzioni part time alle donne e full time agli uomini, indipendentemente dai bisogni degli interessati, supponendo per le prime possa essere meno grave rinunciare al full time</p>		<p>- Rischio di bassi redditi individuali e povertà per le donne - Vulnerabilità delle donne sole con figli</p>	
	<p>D2 Sotto-rappresentazione o esclusione: I gruppi non-dominanti sono sotto-rappresentati o esclusi?</p>	<p>I gruppi non-dominanti vengono inclusi qualora fosse rilevante.</p>		
	<p>Ad esempio le donne sono sottorappresentate nelle liste elettorali e nella politica, ma anche nelle organizzazioni di rappresentanza e di tutela</p>		<p>- Rischio di scarsa rappresentanza di bisogni e problemi delle donne nelle sedi decisionali</p>	
	<p>D3 Eccezionale sotto-rappresentazione o esclusione: Nei contesti normalmente associati a gruppi non-dominanti, ma pertinenti a tutti i gruppi, è il gruppo dominante sotto-rappresentato o escluso?</p>	<p>I gruppi dominanti sono adeguatamente rappresentati nelle faccende per loro rilevanti che sono state ritenute stereotipi dei gruppi non dominanti</p>		
	<p>Ad esempio il lavoro sociale o quello educativo con i bambini, ritenuto tradizionalmente a vocazione femminile, vede pochi maschi partecipanti, fin dalla scelta degli indirizzi di studio. Ciò conferma lo squilibrio di genere</p>		<p>- Rischio di trasmissione degli stereotipi di genere tra generazioni</p>	
	<p>D4 Negare la facoltà di azione: I gruppi non dominanti / dominanti vengono considerati in entrambe le posizioni di agire e di subire?</p>	<p>Esaminare i modi nei quali gruppi dominanti e non-dominanti da una parte agiscono e dall'altra subiscono le azioni degli altri.</p>		
	<p>Ad esempio, una visione paritaria della possibilità di separarsi dal partner non considera l'importanza dell'autonomia economica che è invece asimmetrica</p>		<p>- Rischio di dover rimanere in situazioni familiari insostenibili</p>	
	<p>D5 Trattare opinioni come fatti: Le opinioni espresse da un gruppo dominante a proposito di un gruppo non-dominante sono trattate come fatti?</p>	<p>Le opinioni espresse da gruppi dominanti a proposito di gruppi non dominanti sono trattate come opinioni e non come fatti.</p>		
<p>Ad esempio affermare che le donne sono poco interessate alla carriera o alla politica</p>		<p>- Rischio di consolidare uno stereotipo che giustifica l'esclusione delle donne</p>		
<p>D6 Stereotipi: Gli stereotipi di gruppi non-dominanti/ dominanti sono trattati come aspetti essenziali della appartenenza ad un gruppo?</p>	<p>Trattare gli stereotipi come stereotipi e non come realtà.</p>			

<p>Ad esempio ritenere che nello staff di direzione di un'azienda o di una PA gli uomini siano evidentemente più portati al comando e alla leadership</p>		<p>- Rischio di consolidare l'idea che la leadership deve essere maschile</p>
<p>D7 Esagerare le differenze: I tratti sovrapposti sono trattati come fossero caratteristiche di soli gruppi dominanti/non dominanti?</p>	<p>Documentare sia le differenze che le similitudini tra i membri dei gruppi non-dominanti e dominanti.</p>	
<p>Ad esempio stigmatizzare comportamenti emotivi e relazionali delle donne come elemento tipico di fragilità femminile, segno di isterismo e non di autorevolezza</p>		<p>- Rischio di emarginazione</p>
<p>D8 Doppie misure nascoste: Sono usati diversi criteri per definire fatti paragonabili con lo scopo di nascondere la loro comparabilità?</p>	<p>Chiedere se ci sono doppie misure nascoste facendo attenzione a casi paralleli non-ovvi. Una maniera per riuscire è di chiedersi che forma un fenomeno identificato in un gruppo prenderebbe in un altro gruppo</p>	
<p>Ad esempio misurare il merito o la produttività con un indicatore di presenza o di disponibilità allo straordinario, che privilegiano i comportamenti maschili e non misurano quanto indicato</p>		<p>- Vulnerabilità delle madri esposte ad un ambiente di lavoro stressante</p>

Fonte: Nostra rielaborazione da Eichler & Burke 2006

Indicazioni bibliografiche

- Arber S., Phillips M., Ginn J. (2001), Disuguaglianze nella salute: classe sociale, età, genere, in Facchini C. e Ruspini E. (a cura di), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano.
- Artazcoz L., Borrella C., Benach J. (2001), *Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands*, in "Journal of Epidemiology and Community Health"; 55:639-647.
- Baggio G., Basili S., Lenzi A. (2014), *Medicina di genere. Una nuova sfida per la formazione del medico*, in *Medicina e Chirurgia, Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia*, 62. 2778-2782, 2014.
- Baggio G. (2015), *Dalla medicina di genere alla medicina genere-specifica*, in "The Italian Journal of gender-specific Medicine";1(1):3-5.
- Bambra C., Pope D. et al. (2009), *Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries*, in "Journal of Epidemiology and Community Health"; 63:38-44.
- Barbera F., Negri N. (2008), *Mercati, reti sociali, istituzioni*, Il Mulino, Bologna.
- Bettio F., Sansonetti S. (2015), *Vision for Gender Equality*, European Commission - Directorate-General for Justice, Luxembourg.
- Biancheri R. (2011), *Well-being: between gender inequalities and health*, in "Salute e Società"; 3En: 98-119.
- Biancheri R. (2014), *La trasversalità dell'approccio di genere per la salute e la sicurezza del lavoro. Dalla teoria alla prassi un'interazione possibile*, in "Salute e Società"; 1:127-124.
- Biancheri R. (2014), *Dalla medicina di genere al genere in salute*, in "Salute e Società"; 1:17-33.
- Bird CE. (1999), *Gender, household labor, and psychological distress: the impact of the amount and division of housework*, in "J Health Soc Behav" 1999 Mar;40(1):32-45.
- Borrell C., Palència L. et al. (2014), *Influence of Macrosocial Policies on Women's Health and Gender Inequalities in Health*, in "Epidemiologic Review"; 36: 31-48.
- Brunelleschi S. (2016), *Immune response and auto-immune diseases: gender does matter and makes the difference*, in "The Italian Journal of gender-specific Medicine";2(1):5-14.
- Connerley M.L., Wu J. Editors (2016), *Handbook on well-being of working women*, International Handbooks of Quality-of-Life, Springer Dordrecht Heidelberg New York London.
- Carlini R. (2015), *Infrastrutture sociali e innovazione*, in "In Genere", <<http://www.ingenere.it/articoli/infrastrutture-sociali-innovazione-intervista-mariana-mazzucato>>
- Camp J.K., Trzcinski E., Resko S. (2016), *Family and Labor Market Policies in Germany: The Well-Being of Working Women*, in "Handbook on well-being of working women", International Handbooks of Quality-of-Life, Springer Dordrecht Heidelberg New York London.
- Conti P., Nenci A. (2013), *Salute e sicurezza sul lavoro una questione di genere*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, vol 1, INAIL, Milano.
- CREL (2001), *Violenza sulle donne. I giovani come la pensano?*, Regione Veneto.
- Crepaldi C., Samek Lodovici M., Corsi M. (2009), *Access to healthcare and long-term care equal for women and men?*, Final Synthesis Report, European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities
<file:///C:/Users/Silvia/Downloads/EUL14108_AccesToHealthCare_Corr_Web_100709.pdf>
- Damyanovic D. (2013), *Manual for Gender Mainstreaming in Urban Planning and Urban Development*, Urban Development and Planning, Vienna
- D'Ovidio F., D'Errico A., Scarinzi C. e Costa G. (2015), *Increased incidence of coronary heart disease associated with "double burden" in a cohort of Italian women*, in "Social Science & Medicine", n.135, pp. 40-46

- Doyal L. (2001), Sesso, genere e salute: un nuovo approccio, in Facchini C. e Ruspini E. (a cura di), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano.
- Donà A. (2015), Le nuove norme contro la violenza di genere in Italia: possono le pressioni internazionali superare i vincoli dell'eredità di policy?, *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche* n. 1/2015, pp. 115-142
- Donne & Futuro (2005), *Violenza e Abuso. Una ricerca fra gli adolescenti*, Rapporto di ricerca, Torino.
- EACEA (2010), *Differenze di genere nei risultati educativi: Studio sulle misure adottate e sulla situazione attuale in Europa*, Agenzia esecutiva per l'istruzione, gli audiovisivi e la cultura <<http://www.eurydice.org>>
- Eng A., Mannelje A., McLean D., Ellison-Loschmann L., Cheng S., Pearce N. (2011), *Gender differences in occupational exposure patterns*, in "Occupational & Environmental Medicine"; doi:10.1136/oem.2010.064097.
- Facchini C. e Ruspini E. (a cura di) (2001), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano.
- Eichler M., Burke MA. (2006), *The BIAS FREE Framework: a new analytical tool for global health research*, in "Canadian Journal of Public Health"; 97(1):63-8.
- Eichler M., Burke MA. (2006), *The BIAS FREE Framework: a practical tool for identifying and eliminating social biases in health research*, The Global Forum for Health Research, Ginevra.
- Fillingim R.B., King C.D. et al. (2009), *Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings*, in "The Journal of Pain"; 10:447-85.
- Franconi F. (2015), Paradigmi della ricerca di genere, in "The Italian Journal of gender-specific Medicine";1(1):6-8.
- Fritzell S. et al. (2012), *Does non-employment contribute to the health disadvantage among lone mothers in Britain, Italy and Sweden? Synergy effects and the meaning of family policy*, in "Health & Place"; 18: 199–208.
- Fuwa M., Choen P.N. (2007), *Housework and Social Policy*, in "Social Research"; 36(2): 512-30.
- Gabelli C., Codemo A. (2015), *Gender differences in cognitive decline and Alzheimer's disease*, in "The Italian Journal of gender-specific Medicine";1(1):21-28.
- Glezerman M. (2016), *The problem of the definition and qualification of reality*, in "The Italian Journal of gender-specific Medicine";2(1):3-4.
- Graham H. (1987), *Women's smoking and family health*, in "Social Science & Medicine", 25(1):47-56.
- Harryson L., Novo M., Hammarström A. (2012), *Is gender inequality in the domestic sphere associated with psychological distress among women and men? Results from the Northern Swedish Cohort*. In "Journal of Epidemiology and Community Health";66(3): 271–276.
- Huncharek M., Capotorto J.V., Muscat J. (1989), Domestic asbestos exposure, lung fibre burden, and pleural mesothelioma in a housewife, in "British Journal of Industrial Medicine";46: 354-355.
- Hunt K., Annandale E. (1999), *Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies*, in "Social Science and Medicine"; 48:1-5.
- Kishi R., Kitahara T., Masuchi A., Kasai S. (2002), *Work-related Reproductive, Musculoskeletal and Mental Disorders among Working Women-History, Current Issues and Future Research Directions*, in "Industrial Health", 40, 101–112.
- ISTAT, Indagine conoscitiva sull'impatto in termini di genere della normativa previdenziale e sulle disparità esistenti in materia di trattamenti pensionistici tra uomini e donne, Istat, Roma.
- ISTAT (2016), *Come Cambia la vita delle donne. 2004-2014*, Istat, Roma.
- ISTAT (2015), *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*, Istat, Roma
- Italia Lavoro (2015), Progetto La FemME <http://www.italialavoro.it/wps/portal/lafemme>.
- Lombard N. (2015), *Gendered violence: a cause and a consequence of inequality*, in "Vision for Gender Equality", European Commission - Directorate-General for Justice, Luxembourg.
- Lugo M. (2015), La penalizzazione delle madri nel mercato del lavoro italiano: un confronto fra coorti, www.neodemos.info
- Mamo C., Bianco S., Dalmaso M., Giroto M., Mondo L. e Penasso M. (2015), *Are Emergency Department Admission in the Past Two Years Predictors of Femicide? Results from a Case-control Study in Italy*, in "Journal of Family Violence"; 30:853-858.

- Mattioli S., Baldasseroni A., Curti S., Cooke RMT et al. (2009), *Incidence rates of surgically treated idiopathic carpal tunnel syndrome in blue- and white-collar workers and housewives in Tuscany, Italy*, in "Occupational and Environmental Medicine"; 66(5): 299–304.
- Mayhew C. (2003), *Occupational violence: a neglected occupational health and safety issue? Policy and Practice*, in "Health and Safety"; 1:31–58.
- Messing K., Östlin P. (2006), *Gender equality, work and health: a review of the evidence*, WHO – World Health Organization < <http://www.who.int/gender/documents/Genderworkhealth.pdf>>
- Meta C. (2016), *Come siamo cambiate? Risponde l'Istat che ha monitorato la vita delle donne negli ultimi dieci anni*, in 'In Genere' <<http://www.ingenero.it/>>
- Navadeh S., Sajadi L., Mirzazadeh A., Asgari F., Haghazali M. (2011), *Housewives' Obesity Determinant Factors in Iran; National Survey - Stepwise Approach to Surveillance*, in "Iran Journal of Public Health"; 40(2): 87–95.
- Östlin P., Eckermann E. (), *Gender and health promotion: A multisectoral policy approach*, in "Health Promotion International"; 21(S1): 25-35.
- Payne S. (2001), *Disuguaglianze nella salute: classe sociale, età, genere*, in Facchini C. e Ruspini E. (a cura di), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano.
- Pesce A., Pesce F. (1993), *Vivere a lungo, vivere meglio – Introduzione*, in "Inchiesta", 100-101.
- Piazzalunga D., Di Tommaso M.L. (2015), *The increase of the Gender Wage Gap in Italy during the 2008-2012 economic crisis*, Carlo Alberto Notebook, No. 426 August 2015 <<http://www.carloalberto.org/assets/working-papers/no.426.pdf>>
- Pilutti S. (2009), *Corto Circuito. Una ricerca sull'attribuzione delle responsabilità pubbliche a uomini e donne in Valle d'Aosta*, Presidenza della Regione Dipartimento delle Politiche del Lavoro e della Formazione Ufficio della Consigliera di Parità, Aosta.
- Pilutti S. (2013), *Empowering Care. Empowering girls in residential care against violence against women*, Italian Research Report, UE.
- OECD (2011), *Incorporating Estimates of Household Production on Non-Market Services in to International comparison of material well-being*, OECD Statistics Working Paper, Series 2.
- Picchio A., Addabbo T. et al. (2012), *Salute e genere nell'approccio delle capacità. Analisi teorica, evidenze empiriche e implicazioni di policies*, Rapporto di Ricerca, Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche e Università di Modena e Reggio Emilia.
- Pizzorno A. (2007), *Il velo della diversità*, Feltrinelli, Milano.
- Racine M., Tousignant-Laflamme Y. Et al. (2012), *A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and experimental pain perception - part 1: are there really differences between women and men?*, in "Pain"; 153(3):602-18.
- Rieker P.P., Chloe E. Bird C.E. (2005), *Rethinking Gender Differences in Health: Why We Need to Integrate Social and Biological Perspectives*, in "Journals of Gerontology": SERIES B 2005, Vol. 60B (Special Issue II): 40–47.
- Richardsen A.M., Traavik L.E.M., Burke R.J. (2016), *Women and work stress: more and different?*, in "Handbook on well-being of working women", International Handbooks of Quality-of-Life, Springer Dordrecht Heidelberg New York London.
- Sabattini L., Crosby F.J. (2016), *Work-life policies, programs, and practices: helping women, men, and workplaces*, in "Handbook on well-being of working women", International Handbooks of Quality-of-Life, Springer Dordrecht Heidelberg New York London.
- Sadeghi M., Aghdak P., Motamedi N., Tavassoli A., Kelishadi R., Sarrafzadegan N. (2011), *Do Intervention Strategies of Women Healthy Heart Project (WHHP) Impact on Differently on Working and Housewives?*, in "ARYA Atheroscler"; 6(4): 129–135.
- Stier H., Levin-Epstein N. (2000), *Women's Part-Time Employment and Gender Inequality in the Family*, in "Journal of Family Issues"; 21(3): 390-410.
- Stier H., Levin-Epstein N. (2007), *Policy effect on the division of housework*, in "Journal of Comparative Policy Analysis"; 9(3):235-59.
- Todesco L. (2013), *Quello che gli uomini non fanno. Il lavoro familiare nelle società contemporanee*, Carocci editore, Roma.

- Zizza R. (2012), I divari di genere in Italia: le cause possibili, Slide presentata al Convegno "Stati generali su Il lavoro delle donne in Italia", CNEL, Roma, 2 febbraio 2012
- Warner J. (2015), *To fight inequality, support women's work*, Center for American Progress <www.americanprogress.org>
- World Economic Forum (2015), *Global Gender Gap*, Report <<http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2015/economies/#economy=ITA>>
- WHO World Health Organization (2009), *Addressing gender inequities in health and environment*, Report of the VI Forum on gender and health, Madrid, 11–12 November 2009.
- WHO World Health Organization (2002) *World report on violence and health* <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/5/9241545615_ita.pdf>
- WHO World Health Organization (2009), *Health And Women. Today's evidence tomorrow's Agenda*, < <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/9789241563857/en/>>
- WHO World Health Organization (2011), *Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants* <<https://www.cugh.org/sites/default/files/Improving%20Equity%20in%20Health%20by%20Addressing%20Social%20Determinants.pdf>>