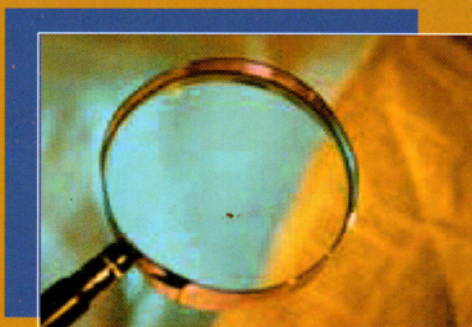


R I C E R C A



Prospettive di genere
applicate alla salute e
sicurezza del lavoro
Stato dell'Arte



**Prospettive di genere
applicate alla salute
e sicurezza del lavoro**

STATO DELL'ARTE

Prospettive di genere applicate alla salute e sicurezza del lavoro – Stato dell'arte

Hanno contribuito:

Topic Centre on Research — Work and Health members:

Kaisa Kauppinen and Riitta Kumpulainen, FIOH, Finland
Irene Houtman, TNO Work and Employment, Netherlands

European Agency for Safety and Health at Work: Sarah Copsey

In cooperation with:

Topic Centre on Research — Work and Health members:

Anneke Goudswaard, TNO Work and Employment, Netherlands

Maria Castriotta, ISPESL, Italy

Alan Woodside, OSHII, Ireland

Birgit Aust, AMI, Denmark

Veerle Hermans, Prevent, Belgium

Dolores Solé, INSHT, Spain

Karl Kuhn BAuA, Germany

Ellen Zwink, BAuA, Germany

Su Internet è disponibile una considerevole quantità di informazioni sull'Unione Europea.
L'accesso è possibile mediante il server europeo <http://europa.eu.int>

© Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, 2003

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Edizione italiana a cura di Maria Castriotta

Dipartimento Documentazione, Informazione e Formazione

Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro

Focal Point Italiano dell'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro

Finito di stampare in Italia nel mese di 2004, da

PREMESSA

Il raggiungimento dell'uguaglianza tra uomini e donne in tutti gli aspetti del lavoro rappresenta attualmente una priorità irrinunciabile nel panorama europeo. Non si tratta soltanto di una questione di diritti, ma anche di una sana politica economica, se si considerano, in particolare, i costi umani ed economici determinati dagli infortuni e dalle malattie causate o acuitizzate dal lavoro.

La Commissione europea ha adottato una politica globale per risolvere le ineguaglianze tra uomini e donne basata sull'integrazione della parità tra uomini e donne in tutte le attività svolte dalla Commissione. Partendo da questo presupposto, la strategia comunitaria in materia di salute e sicurezza sul lavoro per il periodo 2002-2006 sottolinea la necessità di intraprendere iniziative tese a integrare la parità di uomini e donne nell'ambito dell'intera strategia. Il presente studio, che esamina aspetti quali l'attenzione dedicata alla problematica delle differenze tra uomini e donne nella salute e sicurezza sul lavoro, nell'esposizione ai rischi e nella prevenzione, dovrebbe rappresentare un importante contributo alla promozione della politica sul tema della parità tra uomini e donne.

Il documento offre un quadro generale dei rischi che le donne si trovano ad affrontare sul lavoro e del modo in cui gli stessi si concretizzano, offrendo nel contempo un raffronto con la condizione dei colleghi di sesso maschile. Il documento fornisce inoltre un'analisi dei dati attualmente disponibili dalla ricerca, informazioni pratiche sul miglioramento della prevenzione dei rischi tenendo conto delle differenze tra uomini e donne e una serie di proposte che dovranno essere esaminate sotto il profilo politico.

Il documento sottolinea l'importanza sia di dedicare attenzione alle differenze tra uomini e donne nella prevenzione dei rischi, sia di inserire il tema della salute e della sicurezza sul lavoro nelle attività occupazionali finalizzate alla parità tra uomini e donne. La collaborazione tra queste due aree politiche è fondamentale, partendo dall'ambito europeo fino ad arrivare al posto di lavoro, per promuovere una migliore prevenzione dei rischi sul lavoro sia per gli uomini che per le donne.

La Commissione ritiene che il presente documento rappresenterà un valido strumento catalizzatore per favorire il dibattito con tutti gli interlocutori primari (istituzioni europee, autorità nazionali, parti sociali ed esperti) e per sviluppare misure concrete per garantire che la dimensione di genere sia effettivamente integrata nelle politiche di salute e sicurezza.

Anna Diamantopoulou

Commissario europeo responsabile

dell'occupazione e degli affari sociali

PREFAZIONE

Il mondo del lavoro sta cambiando. C'è stato un allontanamento dal lavoro rurale, come anche dall'industria pesante e dal settore manifatturiero. Nuovi lavori sono emersi nel terziario ed i cambiamenti tecnologici hanno dato vita a nuove tipologie e forme di impiego. La globalizzazione ha determinato maggiore competizione, spingendo l'occupazione verso una maggiore razionalizzazione e flessibilità. Un importante cambiamento è stato rappresentato dall'ingresso delle donne nel mercato del lavoro.

La prevenzione dei decessi, delle malattie e degli infortuni correlati al lavoro riveste un ruolo importante, dati gli elevati costi derivanti dalla mancata prevenzione a carico delle aziende, della società e dei soggetti interessati. È dunque necessario un costante impegno a migliorare la prevenzione sia per i lavoratori che per le lavoratrici. Tuttavia, i cambiamenti summenzionati, nonché le condizioni di lavoro e le circostanze della vita al di fuori dell'ambito lavorativo possono avere implicazioni diverse per i lavoratori e le lavoratrici, anche per quanto riguarda la loro salute legata al lavoro. La politica Ue mira a promuovere l'eguaglianza tra uomini e donne in tutti gli ambiti cui essa si

rivolge, tra cui la salute e la sicurezza sul lavoro. Alla luce di quanto detto, e data la crescente partecipazione delle donne nel mercato del lavoro dell'Unione europea, e considerando l'obiettivo della Ue di aumentare ulteriormente questa partecipazione, l'"integrazione" della dimensione di genere nella sicurezza e nella salute del lavoro fa parte degli obiettivi primari della strategia della Comunità europea in tema di sicurezza e salute sul lavoro per il quadriennio 2002-2006.

Per contribuire a questo obiettivo europeo, il Consiglio amministrativo dell'Agenzia europea per la salute e la sicurezza sul lavoro ha deciso di integrare programma il lavoro dell'Agenzia per il 2002 con uno studio volto a esaminare la problematica delle differenze tra uomini e donne nell'ambito della salute e della sicurezza sul lavoro.

Lo scopo del presente documento non è soltanto quello di fornire un quadro chiaro delle differenze tra uomini e donne in materia di salute e sicurezza sul lavoro e del modo in cui tali differenze sorgono, ma fornire anche informazioni sul significato delle stesse ai fini della prevenzione e illustrare come sia possibile adottare un approccio riferito alla salute e alla sicurezza sul lavoro che tenga conto delle differenze tra i sessi.

In quest'ottica, ci auguriamo che il presente documento possa costituire un valido orientamento sugli elementi necessari per integrare la dimensione di genere in tutti i campi della salute e della sicurezza sul lavoro e possa rappresentare un importante contributo alla realizzazione della strategia comunitaria, che tra i suoi obiettivi prevede l'integrazione di genere.

L'Agenzia desidera ringraziare Kaisa Kuppinen e Rita Kumpulainen della FIOH, Irene Houtman e Anneke Goudseard della TNO, Maria Castriotta dell'ISPESL, Alan Woodside dell'OSHII, Birgit Aust dell'AMI, Veerle Hermans di Prevent, Dolores Solé dell'INSHT e Karl Kuhn ed Ellen Zwink di BauA per il loro contributo alla redazione del presente documento. L'Agenzia inoltre desidera ringraziare i propri Focal Point e gli altri membri dei gruppi della rete e tutte le altre persone che hanno contribuito offrendo preziosi commenti alla realizzazione del documento.

Agenzia europea per la salute
e la sicurezza sul lavoro

Novembre 2003



Indice

PREMESSA	Pag.	3
PREFAZIONE.....	"	5
QUADRO RIEPILOGATIVO	"	9
1. INTRODUZIONE	"	23
2. DIFFERENZE DI GENERE NELLA VITA LAVORATIVA IN EUROPA	"	29
3. DIFFERENZE DI GENERE APPLICATE ALL'ESPOSIZIONE AI RISCHI PER LA SSL E RELATIVE CONSEGUENZE.....	"	41
4. ASSENTEISMO, DISABILITÀ, INDENNIZZI E RIABILITAZIONE	"	129
5. LE PROBLEMATICHE DI GENERE NELLA RICERCA, NELLA LEGISLAZIONE, NEI SERVIZI E NELLE PRASSI.....	"	135
6. INTEGRAZIONE DEGLI ASPETTI DI GENERE	"	151

7.		
DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	Pag.	161
8.		
RACCOMANDAZIONI	"	169
9.		
GLOSSARIO	"	175
10.		
BIBLIOGRAFIA	"	177
ALLEGATI	"	211

QUADRO RIEPILOGATIVO

La necessità di considerare le differenze tra uomini e donne nell'ambito della salute e della sicurezza sul lavoro

Tra il 1990 e il 2000, il contributo delle donne nella forza lavoro è aumentato nella maggior parte dei paesi della Ue e oggi le donne rappresentano il 42% della forza lavoro dell'Unione europea, pur con varie differenze tra i Paesi membri, in particolare tra nord e sud. L'aumento del livello di partecipazione, le nuove tipologie di pratiche e forme di lavoro sono la testimonianza di un indubbio periodo di cambiamento. Tale cambiamento, come del resto le diverse politiche occupazionali, sociali e sanitarie, può avere un effetto diretto sulla vita lavorativa delle donne e degli uomini. A questa equazione, vanno inoltre aggiunte le differenze culturali.

A causa della forte segregazione occupazionale tra uomini e donne nel mercato del lavoro della Ue, che nonostante i cambiamenti intervenuti continua ad essere elevata, le donne e gli uomini risultano esposti a vari ambienti di lavoro e a differenti tipi di esigenze e di agenti stressanti (stressor), anche quando vengono impiegati nello stesso settore e lavorano nello

stesso campo. Esiste una forte segregazione tra i vari settori, tra le occupazioni nello stesso settore e può esservi segregazione anche tra le mansioni svolte da donne e uomini che hanno la stessa funzione nell'ambito dello stesso posto di lavoro. Inoltre, esiste una segregazione verticale all'interno del posto di lavoro, in cui gli uomini vengono impiegati in cariche maggiormente prestigiose.

Esistono altre differenze tra uomini e donne nelle condizioni di lavoro che influiscono altresì sulla sicurezza e sulla salute sul lavoro. Un numero maggiore di donne è concentrato in occupazioni precarie e meno retribuite e ciò si ripercuote anche sulle loro condizioni di lavoro e sui rischi a cui sono esposte. Le ineguaglianze tra i sessi sia all'interno che al di fuori del posto di lavoro possono influire sulla salute e sulla sicurezza sul lavoro delle donne ed esistono collegamenti rilevanti tra le problematiche generali della discriminazione e la salute.

L'Unione europea ha delineato una serie di obiettivi per favorire ulteriormente la partecipazione delle donne e degli uomini ai temi occupazionali, al fine di migliorare la qualità della vita lavorativa per tutti e garantire eguaglianza tra uomini e donne. In risposta a questa esigenza, la strategia comunitaria in materia di salute e sicurezza sul lavoro per il quadriennio 2002-2006 (Commissione europea 2002c) elaborata dalla Commissione europea, prevede tra i suoi obiettivi l'"integrazione" della dimensione di genere nelle attività di salute e sicurezza sul lavoro, riconoscendo la crescente importanza di recepire la problematica delle differenze tra uomini e donne nelle attività riferite alla salute e alla sicurezza sul lavoro (SSL).

L'attuale approccio comunitario in tema di salute e sicurezza sul lavoro è di tipo "neutrale rispetto al genere", il che significa che le problematiche legate alle differenze tra uomini e donne vengono ignorate dalle politiche, dalle strategie e dagli interventi, ma spesso anche dalla ricerca. Le decisioni in ordine alle politiche

di SSL che appaiono neutrali rispetto al genere possono avere un diverso effetto sulle donne e sugli uomini, anche quando tale effetto non è voluto né previsto. Ciò avviene in quanto esistono delle differenze sostanziali nelle vite lavorative e nelle situazioni di lavoro delle donne e degli uomini e quindi anche nella salute e nella sicurezza. Pertanto, ai fini dei rischi correlati al lavoro e della prevenzione degli stessi, è necessario tener conto delle problematiche legate ai due sessi.

Tenendo conto di questi obiettivi comunitari, il documento tenta di trovare una risposta ai seguenti quesiti:

- Esistono delle differenze tra uomini e donne nella salute e nella sicurezza sul lavoro, come ad esempio l'esposizione ai pericoli, gli effetti sulla salute e l'accesso alle risorse?
- In caso affermativo, quali sono tali differenze e da cosa sono causate?
- Quali sono le lacune a livello di conoscenza?
- Quali interventi vengono attuati al fine di promuovere l'eguaglianza in materia di salute e sicurezza sul lavoro e l'integrazione di genere nella SSL?
- Quali altri interventi possono essere adottati?

I dati presentati nello studio evidenziano i seguenti punti chiave:

- Sia gli uomini che le donne possono essere esposti a notevoli rischi sul lavoro
- Lavori diversi, diversa esposizione ai pericoli
- Segregazione di genere nell'ambiente domestico: la suddivisione squilibrata delle mansioni domestiche si aggiunge al carico di lavoro delle donne
- Una diversa esposizione ai rischi sul lavoro comporta conseguenze diverse per la salute

- **Rischi a carico del sistema riproduttivo: un tema oggetto di attenzione disomogenea**
- **Esempi di pericoli e rischi nei settori del lavoro delle donne**
- **Collegare l'eguaglianza alla salute e alla sicurezza sul lavoro**
- **I rischi che comporta ignorare la dimensione del genere**
- **Le lacune della ricerca: promuovere la conoscenza dei rischi nelle donne**
- **Promuovere la parità nella prevenzione: integrazione della dimensione di genere e valutazione dell'impatto di genere**
- **Adottare interventi per migliorare la sensibilità rispetto alle problematiche legate al genere nella prevenzione dei rischi**

Sia gli uomini che le donne possono essere esposti a notevoli rischi sul lavoro

Migliorare l'occupabilità delle donne e degli uomini e la qualità della loro vita lavorativa significa garantire che: le donne e gli uomini non escano dal mondo del lavoro a causa di infortuni o malattie; il lavoro risulti compatibile con la vita familiare; entrambi possano lavorare in idonee condizioni di salute e sicurezza in qualunque settore, da quello infermieristico a quello edile. Esiste inoltre un ingente costo economico legato all'incapacità di prevenire adeguatamente i rischi sul lavoro. La partecipazione delle donne nel mercato del lavoro in genere è un elemento positivo per la loro salute. Tuttavia, sia i lavoratori che le lavoratrici sono esposti a notevoli rischi legati all'attività svolta e ciò evidenzia la necessità di una adeguata valutazione dei rischi e di idonee misure di sicurezza per entrambi. Per tutta una serie di motivi viene dedicata un'attenzione maggiore ai rischi ai quali gli uomini hanno maggiore probabilità di essere esposti e alla prevenzione

degli stessi. Per contro, esiste la possibilità che i rischi a carico delle donne siano sottovalutati o addirittura ignorati.

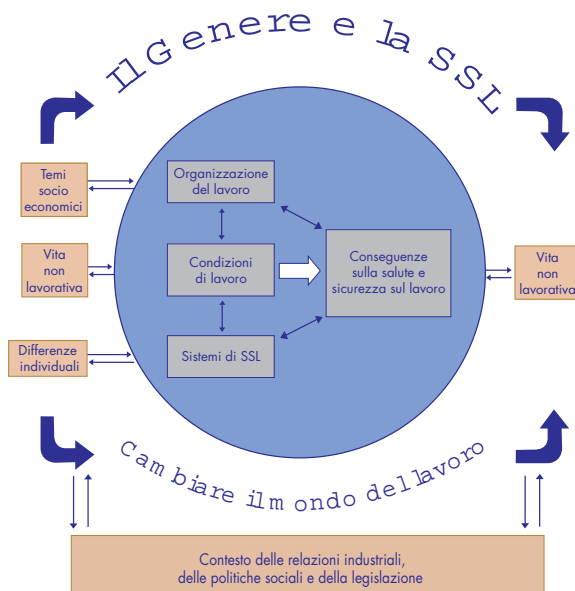
Lavori diversi, diversa esposizione ai pericoli

Relativamente a tutti le diverse tipologie di rischio, sia psicologici che psicosociali, la segregazione lavorativa contribuisce fortemente all'esposizione ai rischi nell'ambito del lavoro, con conseguenze sulla salute. In linea generale, gli uomini riportano maggiori incidenti e infortuni rispetto alle donne, mentre le donne soffrono maggiormente di disturbi agli arti superiori e di stress.

Le donne svolgono maggiormente mansioni legate all'assistenza, all'educazione e ai servizi

per le persone, mentre gli uomini sono impegnati prevalentemente nel management, nei lavori manuali o tecnici associati al funzionamento di impianti e macchinari (fare riferimento a Fagan e Burchell, 2002). Anche nell'ambito dei vari settori esiste una segregazione di tipo orizzontale, ad esempio nel campo manifatturiero le donne sono concentrate nel settore tessile e alimentare. Questo tipo di segregazione è anche di tipo verticale, ovvero gli uomini sono impegnati in lavori in posizioni più elevate nella scala gerarchica occupazionale. Ad esempio, mentre gli uomini svolgono la maggior parte dei lavori agricoli qualificati, ai livelli inferiori, ovvero nella manodopera non specializzata, le donne sono rappresentate in modo sproporzionato nell'agricoltura. Anche quando

Influenze sulle differenze di genere nella SSL (fare riferimento allo schema originale N.d.T.)



gli uomini e le donne svolgono lo stesso lavoro, nella pratica le mansioni che svolgono risentono spesso della segregazione di genere.

Inoltre, le donne hanno maggiori probabilità di lavorare part-time rispetto agli uomini e sono più segregate in lavori a orientamento femminile. I lavori part-time sono più monotoni ed offrono minori opportunità di avanzamento professionale. La presenza delle donne è riscontrata maggiormente nel settore pubblico o in piccole imprese con contratti a termine (fare riferimento a Fagan e Burchell, 2002).

Segregazione di genere nell'ambiente domestico: la suddivisione squilibrata delle mansioni domestiche si aggiunge al carico di lavoro delle donne

Un'ulteriore marcata differenza tra le condizioni di lavoro delle donne e degli uomini consiste nel fatto che le donne svolgono ancora la maggior parte del lavoro non retribuito a casa, come le faccende domestiche, la cura dei figli e dei familiari, anche quando hanno un impiego a tempo pieno. Tutte queste mansioni hanno un peso notevole sul carico di lavoro giornaliero delle donne e pongono ulteriore pressione su molte lavoratrici. Inoltre, aumenta il costo in termini economici delle malattie e degli infortuni legati al lavoro delle donne. È importante rilevare che gli orari di lavoro spesso lunghi ed inflessibili degli uomini possono ripercuotersi anche sul lavoro e sul ruolo familiare delle loro controparti femminili.

Una diversa esposizione ai rischi sul lavoro comporta conseguenze diverse per la salute

La segregazione di genere operata nell'ambito della forza lavoro contribuisce fortemente a produrre differenze tra uomini e donne nelle condizioni di lavoro e, di riflesso, differenze anche sotto il profilo dell'esposizione ai pericoli e delle conseguenze per la salute. Inoltre, le persone che lavorano part-time risultano meno esposte ai pericoli rispetto ai lavoratori a tempo pieno occupati presso lo stesso posto di lavoro.

Se non si tengono in debita considerazione le differenze tra uomini e donne nelle condizioni di lavoro, in modo tale da valutare la reale esposizione ai rischi, non è possibile valutare il vero tasso di incidenti e malattie correlate al lavoro, né accertare se le donne o gli uomini siano più vulnerabili all'esposizione a determinati pericoli sul lavoro.

Pur operando i dovuti adeguamenti rispetto alla quantità di ore lavorate, gli uomini evidenziano comunque un maggior numero di incidenti e infortuni sul lavoro rispetto alle donne, mentre queste ultime riportano maggiori disturbi agli arti superiori e stress. I tumori correlati al lavoro sono più comuni negli uomini che nelle donne, ma in alcune professioni, come i servizi alimentari e alcune industrie manifatturiere, sono le donne a riportare il tasso maggiore. L'asma e le allergie rappresentano un disturbo più comune nelle donne. Le fonti di pericoli per l'apparato respiratorio nelle donne includono agenti pulenti, agenti sterilizzanti e guanti protettivi, contenenti polvere di lattice, utilizzati nel settore sanitario e le polveri nei settori tessile e dell'abbigliamento.

Inoltre, le donne sono più soggette alle malattie della pelle dovute, ad esempio, alle mansioni svolte con le mani bagnate nei lavori in settori come il catering, o a causa del contatto della pelle con gli agenti pulenti o gli agenti chimici utilizzati dai parrucchieri. Gli uomini soffrono maggiormente della perdita d'udito causata dal rumore rispetto alle donne, in virtù dell'esposizione al rumore causato da macchinari e strumenti. Tuttavia, le donne che operano nel settore tessile e della produzione alimentare possono essere esposte anch'esse ad elevati livelli di rumorosità.

Le donne sono più esposte alle malattie infettive, in particolare nel settore sanitario, ma anche in quello didattico. Gli uomini sono più

spesso impegnati nel sollevamento di carichi pesanti, ma le donne impegnate, ad esempio, nei settori delle pulizie e delle cure sanitarie soffrono di disturbi collegati al sollevamento e al trasporto di carichi pesanti. Le donne riportano con maggiore frequenza disturbi agli arti superiori e un maggiore tasso di incidenti è stato rilevato in alcuni lavori altamente ripetitivi svolti dalle donne, come ad esempio le catene di montaggio "leggere" e il data entry, dove esse hanno poco controllo sulle modalità operative.

Sia le donne che gli uomini sono soggetti a elevati livelli di stress correlato al lavoro. Certamente, questo non è un problema "femminile", tuttavia vi sono alcuni fattori di stress a cui le donne hanno maggiori possibilità di essere sottoposte a causa del lavoro che svolgono. Tali fattori comprendono: lavoro impegnativo sul piano emotivo e svolgimento di mansioni di basso livello, in cui le donne hanno poco controllo sull'attività svolta. La discriminazione e le molestie sessuali sono ulteriori fonti di stress a cui le donne devono far fronte più degli uomini, unitamente al doppio carico tra lavoro retribuito e quello non retribuito svolto a

casa. Le donne lavoratrici sono maggiormente a contatto con il pubblico e di conseguenza maggiormente esposte a violenza correlata al lavoro.

Rischi a carico del sistema riproduttivo: un tema oggetto di attenzione disomogenea

Se da un lato molta attenzione è stata dedicata ai rischi del lavoro che interessano le donne in gravidanza o in allattamento, minore attenzione è stata attribuita ai rischi per il sistema riproduttivo maschile e ad altri disturbi a carico del sistema riproduttivo femminile, inclusi i problemi mestruali e la menopausa. La direttiva europea finalizzata alla tutela delle donne in gravidanza dovrebbe essere sottoposta ad esame al fine di verificare le modalità in cui essa viene applicata, ponendosi i seguenti interrogativi: le condizioni presso i posti di lavoro vengono migliorate e adeguate al fine di salvaguardare le lavoratrici in gravidanza? E, ancora, l'opzione di fornire il congedo di maternità esteso, ove il rischio non possa essere rimosso in altro modo, viene effettivamente utilizzata soltanto come ultima opzione?

Esempi di pericoli e rischi nei settori del lavoro delle donne

Settori di lavoro	I fattori di rischio e i problemi di salute includono:			
	Biologico	Fisico	Chimico	Psicosociale
Sanitario	Malattie infettive ematiche, respiratorie, ecc.	Lavoro manuale e posture stancanti, radiazioni ionizzanti	Agenti pulenti, sterilizzanti e disinfettanti; farmaci, gas anestetici	“Lavoro emotivamente stressante”, turni e lavoro notturni, violenza da parte dei clienti e del pubblico
Infermieristico	Malattie infettive – in particolare, respiratorie	Lavoro manuale posture stancanti		“Lavoro di tipo emotivo”
Pulizie	Malattie infettive; dermatiti	Lavoro manuale e posture stancanti, scivolate e cadute, mani, bagnate	Agenti pulenti	Orari che alterano i ritmi sociali, violenza, ad es. lavorando in isolamento o in ore tarde.
Produzione alimentare	Malattie infettive ad es. di origine animale o causate da muffe, spore o polveri organiche	Movimenti ripetitivi, ad es. imballaggio o macello; ferite da taglio, basse temperature, rumore.	Residui di pesticidi; agenti sterilizzanti, spezie che danno luogo a fenomeni di sensibilizzazione e additivi	Stress associato al lavoro ripetitivo delle catene di montaggio
Catering e ristorazione	Dermatiti	Lavoro manuale; attività ripetitiva di taglio; ferite da taglio; bruciature, scivolate e cadute; calore; agenti pulenti	Fumo passivo, agenti pulenti	Stress dovuto a lavoro frenetico, contatto con il pubblico, violenza e molestie.
Tessile e abbigliamento	Polveri organiche	Rumore, movimenti ripetitivi e posture innaturali, ferite da ago	Tinte e altri agenti chimici inclusa la formaldeide nelle presse permanenti e solventi smacchianti, polvere	Stress associato al lavoro ripetitivo della catena di montaggio
Lavanderie	Biancheria infetta, ad es. negli ospedali	Lavoro manuale e posture faticose; calore	Solventi a secco	Stress associato a lavoro ripetitivo e veloce
Ceramiche		Movimenti ripetitivi, lavoro manuale	Verniciatura lucida, piomatura, polveri di silice	Stress associato al lavoro ripetitivo della catena di montaggio
Produzione “leggera”		Movimenti ripetitivi, ad es. lavoro nella catena di montaggio, posture innaturali, lavoro manuale	Agenti chimici della microelettronica	Stress associato al lavoro ripetitivo della catena di montaggio
Call center		Problemi di voce associati al costante parlare, posture innaturali, eccessiva posizione seduta	Cattiva condizione dell'aria all'interno degli edifici	Stress associato alla gestione dei clienti, ritmi di lavoro e lavoro ripetitivo
Istruzione	Malattie infettive, ad esempio respiratorie, morbillo	Posizione in piedi prolungata, problemi di voce	Cattiva condizione dell'aria all'interno degli edifici	“Lavoro emotivamente stressante”, violenza
Parrucchiere		Posizioni stancanti, movimenti ripetitivi, posizione in piedi prolungata, mani bagnate, tagli	Spray chimici, tinture, ecc.	Stress associato alla gestione dei clienti, lavoro a ritmi sostenuti
Impiegatizio		Movimenti ripetitivi, posture innaturali, mal di schiena dovuto alla posizione seduta,	Cattiva condizione dell'aria all'interno degli edifici, fumi delle fotocopiatrici	Stress associato alla mancanza di controllo sul lavoro, interruzioni frequenti, lavoro monotono
Agricoltura	Malattie infettive ad esempio provocate da animali e da muffe, spore e polveri organiche	Lavoro manuale, posture stancanti, macchinari da lavoro e indumenti protettivi poco adatti, temperature calde, fredde, umidità	Pesticidi	

Collegare l'eguaglianza alla salute e alla sicurezza sul lavoro

Esistono importanti collegamenti tra il più ampio contesto della discriminazione e la salute delle donne correlata al lavoro che vanno ben oltre la finalità del presente studio. Tuttavia, le differenze tra uomini e donne nelle condizioni sociali e nell'occupazione influiscono sulla salute e sulla sicurezza sul lavoro e pertanto non possono essere ignorate. Come affermato in precedenza, un numero maggiore di donne è concentrato nei lavori poco retribuiti e precari e ciò influisce sulle loro condizioni lavorative, in quanto esse sono esposte a molestie sessuali e a discriminazione sul lavoro: due fattori di stress a cui le donne sono sottoposte maggiormente rispetto agli uomini. Poiché l'ineguaglianza tra i due sessi sia all'interno che al di fuori dell'ambiente lavorativo può influire sulla salute e sulla sicurezza delle donne sul posto di lavoro, sarebbe opportuno inserire o "integrare" questo tema nei programmi d'intervento in tema di parità. La minore partecipazione delle donne a tutti i livelli delle consultazioni e dei processi decisionali sulla salute e sulla sicurezza sul posto di lavoro determina una minore attenzione nei confronti delle loro esigenze in materia di SSL e a una minore valutazione dei rischi, dovuta al fatto che le donne non vengono di fatto consultate (vedi in seguito).

I rischi che comporta ignorare la dimensione di genere

È stato rilevato che l'adozione di un approccio neutrale rispetto al genere in materia di salute e sicurezza sul lavoro contribuisce al perdurare delle lacune sul piano delle conoscenze e ad avere un livello di prevenzione meno efficace, con le seguenti conseguenze:

- le differenze tra uomini e donne vengono occultate o ignorate;
- minore attenzione viene dedicata ad alcuni temi di ricerca che riguardano più da vicino le donne;

- il livello dei rischi a carico delle donne viene sottovalutato;
- si riduce la partecipazione delle donne ai processi decisionali legati alla salute e alla sicurezza sul lavoro in quanto non vengono adottati interventi per favorire il loro apporto;
- mancata adozione delle soluzioni preventive maggiormente adatte.

Le decisioni programmatiche sulle priorità relative all'intervento legislativo o alle attività di attuazione e sostegno dell'ispettorato del lavoro si basano sempre di più sull'analisi dei rischi. Pertanto, al fine di garantire parità di trattamento è fondamentale che i rischi a carico delle donne non siano sottovalutati. Peraltro, nei casi in cui si è tenuto conto della problematica delle differenze tra uomini e donne, l'attenzione è stata focalizzata sulle donne in quanto soggette a gravidanza, trascurando altri elementi di rischio a carico del sistema riproduttivo sia delle donne che degli uomini.

Le lacune della ricerca: promuovere la conoscenza dei rischi nelle donne

Attualmente viene dedicata una maggiore attenzione alla salute e alla sicurezza delle lavoratrici. Tuttavia i rischi lavoro-correlati a carico della salute e della sicurezza delle donne possono risultare sottostimati sotto diversi aspetti. Tra i metodi per ottenere dati più precisi figurano:

- inserire, in modo sistematico e scadenzato, elementi di analisi e aspetti attinenti le differenze tra uomini e donne all'interno delle attività di ricerca e monitoraggio in tema di SSL;
- adeguare i dati in funzione delle ore lavorate (le donne normalmente lavorano meno degli uomini) e scomporre gli stessi in modo più accurato a seconda delle effettive mansioni svolte;
- esaminare i dati in relazione alle mansioni specifiche, piuttosto che ai valori medi;

- includere entrambi i sessi all'interno della ricerca e svolgere analisi in modo da esaminare le differenze esistenti tra i sessi, anziché limitarsi a un'attività di "controllo" riferita all'appartenenza all'uno o all'altro sesso. Ad esempio, i disturbi cardiaci di natura coronaria rappresentano una delle principali cause di decesso tra le donne, ma, nonostante questo dato, la ricerca si è concentrata essenzialmente sugli uomini. Questo è dovuto principalmente al fatto che le donne sviluppano disturbi cardiaci più tardi rispetto agli uomini, ossia dopo l'età di pensionamento. Di conseguenza, la possibile correlazione al lavoro viene spesso ignorata;
- assicurarsi che le malattie e gli infortuni lavoro-correlati che interessano le lavoratrici siano inseriti nell'ambito della ricerca e del monitoraggio ai fini statistici. Ad esempio, gli infortuni derivanti dalla violenza correlata al lavoro non sempre sono inclusi nelle statistiche nazionali e le problematiche legate all'equilibrio lavoro-vita privata non sempre sono state inserite nelle indagini riguardanti lo stress sul posto di lavoro;
- prestare attenzione a problematiche relative alla salute delle donne sul posto di lavoro precedentemente ignorate. Ad esempio, analizzare i possibili collegamenti tra alcune delle problematiche che incidono sulla salute delle donne, tra cui disturbi mestruali e menopausa, e l'attività lavorativa;
- migliorare la raccolta dei dati relativa ai collegamenti tra le malattie delle donne e il lavoro, inserendo, ad esempio, l'attività lavorativa delle donne nelle attività di monitoraggio della salute epidemiologica, nei certificati di morte, ecc.;
- esaminare, ai fini della ricerca, le effettive mansioni svolte (e non tenere conto semplicemente della funzione o della descrizione dell'incarico attribuito) e la relativa esposizione al rischio, adottando un orientamento tale da coinvolgere il lavoratore;

- svolgere una ricerca mirata sui rischi a carico delle lavoratrici e sulla prevenzione degli stessi. Ad esempio, l'Occupational Safety and Health Institute (NIOSH) statunitense ha introdotto un programma di ricerca finalizzato alle donne e ai lavori con predominanza femminile.

Sarebbe inoltre opportuno sottoporre l'attuale ricerca epidemiologica a un attento esame in chiave critica, onde individuare eventuali pregiudizi nel modo in cui vengono svolte le indagini finalizzate allo studio dei modelli riferiti alla salute a alle malattie di uomini e donne, al fine di mettere a punto metodi innovativi.

Promuovere la parità nella prevenzione: integrazione della dimensione di genere e valutazione dell'impatto di genere

Benché esistano svariati strumenti legislativi o direttive Ue in tema di parità tra uomini e donne, l'approccio delle direttive comunitarie nei confronti della salute e della sicurezza sul lavoro risulta tendenzialmente neutrale rispetto al genere. Questo significa che l'approccio adottato in materia di SSL non tiene conto in modo specifico delle problematiche legate alle differenze tra uomini e donne. Tuttavia, riteniamo che nelle direttive specifiche Ue vi sia un riferimento maggiore ai rischi ai quali gli uomini sono normalmente esposti, tra cui il rumore, o ai settori lavorativi con predominanza maschile, come quello delle costruzioni, rispetto ai rischi ai quali le donne sono normalmente esposte, come i disturbi agli arti superiori e lo stress. Un settore del lavoro con predominanza femminile (il lavoro domestico remunerato) viene completamente escluso dal raggio d'azione delle direttive in tema di SSL. Molti standard riguardanti la salute e la sicurezza sul lavoro e i limiti dell'esposizione alle sostanze pericolose si basano su test di laboratorio o effettuati sulla popolazione maschile e si riferiscono in misura maggiore ai settori lavorativi maschili. Inoltre, gli incidenti e le malattie professionali presenti negli elenchi ai fini della corresponsione degli indennizzi si riferiscono in misura maggiore a

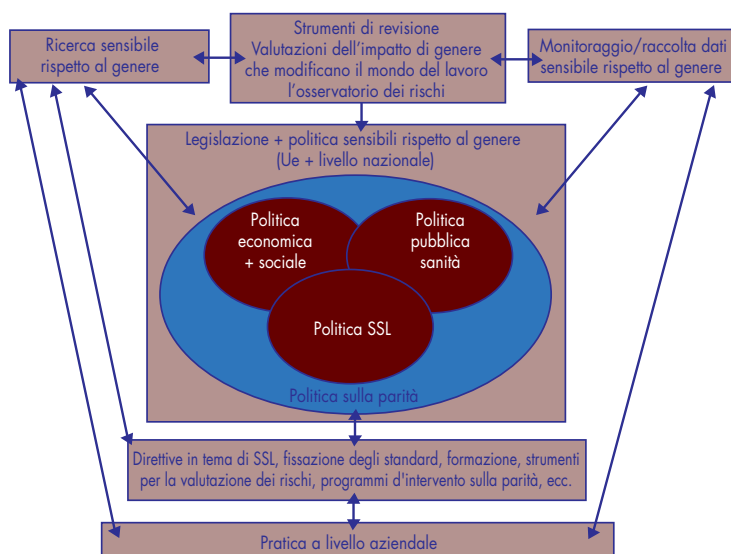
malattie e incidenti lavoro-correlati più comuni tra la popolazione maschile. Si ravvisa quindi l'esigenza di affrontare queste problematiche.

La strategia comunitaria sulla salute e sulla sicurezza sul lavoro 2000-06 prevede, come obiettivo primario, l'integrazione di genere, inserendo, a titolo esemplificativo, gli elementi di genere nelle attività di valutazione dei rischi, nell'attuazione delle misure preventive, nella definizione degli indennizzi e negli interventi di benchmarking. L'integrazione comporta l'inserimento delle problematiche legate alle differenze tra uomini e donne all'interno delle analisi, della formulazione e del monitoraggio delle politiche, dei programmi e delle iniziative finalizzate a ridurre le ineguaglianze tra i sessi. Per centrare questo obiettivo è necessario che la problematica in esame sia tenuta in considerazione durante l'intero processo attuativo della strategia comunitaria, comprese le aree di sviluppo e promozione degli strumenti politici, tra cui legislazione, dialogo sociale, interventi di riforma e best practice, responsabilità sociale aziendale, incentivi economici e integrazione della SSL in altre aree programmatiche.

I risultati di questo studio convalidano la necessità di attuare l'integrazione di genere e la valuta-

zione dell'impatto di genere andrebbe utilizzata come uno degli strumenti per conseguire questo obiettivo. La valutazione dell'impatto di genere, che fa parte della strategia della Commissione in tema di parità tra i sessi, andrebbe applicata a tutte le aree della politica adottata in materia di SSL, tra cui le revisioni delle attuali direttive sulla salute e sicurezza sul lavoro, lo sviluppo di una nuova legislazione e di nuove linee guida, il processo di standardizzazione e le disposizioni per la definizione degli indennizzi.

Nonostante le inefficienze di un approccio neutrale rispetto al genere, che si riflette nella legislazione e nelle linee guida comunitarie, e nonostante l'esigenza di sottoporre le stesse a valutazioni dell'impatto di genere, è possibile applicare tali linee guida in un modo che risultino sensibili alle problematiche legate alle differenze tra uomini e donne. Qualora attuate in modo efficace all'interno dei Paesi membri, esse potrebbero apportare miglioramenti rilevanti a molte delle mansioni svolte dalle donne. Linee guida, strumenti per la valutazione dei rischi e formazione sono elementi necessari per sostenere l'applicazione di direttive che siano sensibili sul piano delle differenze tra uomini e donne.



Intervenire per migliorare la sensibilità rispetto alle problematiche legate al genere nella prevenzione dei rischi

Per sensibilità rispetto al genere si intende tenere conto delle problematiche, delle differenze e delle ineguaglianze tra uomini e donne nell'ambito delle strategie e degli interventi. I risultati di questo studio in ordine all'attuale ricerca e alla buona pratica, nonché le raccomandazioni di organi come l'Organizzazione internazionale del lavoro (Oil) e l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), unitamente ai contributi dei partecipanti alla relazione del Trade Union Technical Bureau (TUTB) (Messing, 1999), indicano che esistono già diversi interventi che possono essere attuati per realizzare un approccio nei confronti della prevenzione dei rischi nei posti di lavoro della Ue che sia più sensibile sotto il profilo delle problematiche legate alle differenze tra uomini e donne.

A livello di posto di lavoro: imprese

Pur essendoci delle lacune nei dati a nostra conoscenza, esiste comunque una conoscenza scientifica adeguata che ci consente di intervenire per prevenire i rischi lavoro-correlati a carico delle donne illustrati in questo documento. L'elemento di particolare rilievo è dato dal fatto che durante la valutazione dei rischi vengono considerati i lavori svolti dalle donne e dagli uomini e ciò comporta un esame delle mansioni e/o dei compiti effettivamente svolti nella pratica, nonché di tutte le influenze a carico degli stessi. Questa attività andrebbe svolta con la partecipazione attiva di tutti all'interno dell'impresa. A livello di posto di lavoro, andrebbero attuate le seguenti misure:

- adottare un approccio nei confronti del rischio che sia sensibile sul piano delle differenze tra uomini e donne, garantendo nel contempo un'adeguata informazione e formazione sulle problematiche relative a tali differenze in tema di SSL;
- correlare le attività finalizzate alla parità tra i

sessi e le attività in materia di SSL. Ad esempio, includere le condizioni di lavoro nelle politiche e negli interventi finalizzati alla parità e includere problematiche come le molestie sessuali e l'equilibrio lavoro-vita privata nelle attività di SSL, tra cui la prevenzione dello stress. Esaminare inoltre aspetti come la flessibilità e il miglioramento delle mansioni e degli orari di lavoro di uomini e donne, al fine di migliorare l'equilibrio lavoro-vita privata;

- agevolare la partecipazione delle donne alle attività decisionali, alle attività di consultazione in tema di SSL e all'interno delle commissioni sulla sicurezza;
- tenere conto dell'impatto sulla SSL e sulla parità tra i sessi derivante da cambiamenti all'interno della struttura lavorativa;
- utilizzare il modello di valutazione dei rischi e gli esempi pratici forniti in questo documento come punto di partenza su cui basare l'intervento, effettuando gli adeguamenti del caso.

Le parti sociali

- Tenere conto delle differenze tra uomini e donne in tutte le attività di SSL;
- Utilizzare i comitati di dialogo sociale, a livello comunitario o nazionale, per mettere a punto direttive e piani d'intervento e per promuovere un approccio che sia più sensibile alle problematiche legate alle differenze tra uomini e donne;
- Effettuare interventi di sensibilizzazione in relazione alle problematiche suddette in tema di SSL;
- Elaborare guide e risorse formative e favorire la partecipazione di un numero maggiore di donne in qualità di rappresentanti dei lavoratori o all'interno delle commissioni sulla sicurezza;
- Includere la SSL in tutte le attività finalizzate alla parità.

Autorità preposte alla SSL

- Garantire che le politiche e i programmi in materia di salute e sicurezza sul lavoro contengano una dimensione di genere ben definita e trasparente;
- Elaborare linee guida e strumenti d'ispezione (ad esempio per applicare le norme avendo riguardo della problematica relativa alle differenze tra uomini e donne) e risorse per la formazione;
- Fornire formazione e strumenti di sensibilizzazione destinati agli ispettori del lavoro e ai posti di lavoro;
- Garantire che le risorse e le attività d'intervento siano convogliate verso attività lavorative svolte da uomini e donne;
- Promuovere la ricerca sui rischi o sui lavori aventi particolare attinenza con le donne, ove questi fossero stati trascurati.

A livello politico

- Applicare le valutazioni dell'impatto di genere alle direttive, alla legislazione, ai limiti e

agli standard, al benchmarking, alla determinazione delle priorità, alle disposizioni sugli indennizzi, ecc. in materia di SSL;

- Elaborare nuove politiche di SSL avendo riguardo della problematica delle differenze tra uomini e donne;
- Istituire gruppi consultivi sull'integrazione di genere nella SSL;
- Tenere conto della problematica delle differenze tra uomini e donne in tutte le attività di SSL;
- Includere la SSL nelle attività di politica sulla parità;
- Promuovere la partecipazione delle donne nella determinazione delle politiche in materia di SSL;
- Includere la problematica delle differenze tra uomini e donne e dei rischi a carico delle lavoratrici nei programmi di ricerca in materia di SSL;
- Promuovere un approccio olistico nei confronti della SSL che si estenda sia alla vita lavorativa che a quella privata;
- Promuovere la co-operazione interdisciplinare.

Conclusioni

- È necessario un impegno continuo per migliorare le condizioni di lavoro sia delle donne che degli uomini. Rendere i lavori più agevoli per le donne li renderà più agevoli anche per gli uomini.
- Esiste una forte discriminazione tra uomini e donne all'interno di attività lavorative diverse e delle mansioni svolte sul posto di lavoro; le donne svolgono una quantità maggiore di attività non remunerate presso l'ambiente domestico. Le donne hanno inoltre maggiore probabilità di essere impiegate part-time. Questa segregazione tra uomini e

donne sia al lavoro e che nell'ambiente domestico e le differenze tra uomini e donne nelle condizioni di lavoro influiscono in modo rilevante sulle differenze tra uomini e donne ai fini delle conseguenze lavoro-correlate a carico della salute. La ricerca e gli interventi devono tenere conto delle effettive mansioni svolte da uomini e donne. È necessario condurre un numero maggiore di studi che esaminino donne e uomini che svolgono le stesse attività in circostanze analoghe e che tengano conto delle differenze in termini di esposizione e condizioni di lavoro.

- Oltre a basare la valutazione dell'esposizione sulle effettive mansioni svolte dalle persone,

è possibile anche migliorare la ricerca e l'attività di monitoraggio includendo in modo sistematico la dimensione di genere nella raccolta dei dati, operando le dovute rettifiche in funzione delle ore lavorate. Sarebbe altresì opportuno valutare i metodi epidemiologici ai fini di eventuali pregiudizi. Inoltre, gli indicatori previsti nei sistemi di monitoraggio, tra cui le indagini e i rapporti sugli incidenti a livello nazionale, dovrebbero recepire in modo puntuale i rischi professionali a carico delle donne.

- Probabilmente i rischi lavoro-correlati a carico della salute e della sicurezza delle donne sono stati sottostimati e trascurati rispetto agli uomini. Diversi fattori di rischio nell'attività lavorativa delle donne e le loro interazioni sono stati oggetto di inadeguata analisi e hanno ricevuto un livello di attenzione inferiore ai fini delle attività di prevenzione e di valutazione dei rischi. Le tematiche trascurate dovrebbero essere oggetto di interventi di prioritizzazione per lo svolgimento di attività di ricerca, sensibilizzazione e prevenzione.
- Adottare un approccio neutrale rispetto al genere sia a livello di politica che di legislazione ha contribuito a dedicare un'attenzione minore e risorse inferiori nei confronti sia dei rischi lavoro-correlati a carico delle donne sia delle attività di prevenzione di tali rischi. Inoltre, i lavoratori domestici sono specificamente esclusi dal campo d'azione delle direttive. Le donne che lavorano in via informale, ad esempio mogli o compagne in attività agricole o peschiere a conduzione familiare non sempre sono contemplate dalla legislazione. Sarebbe opportuno svolgere valutazioni dell'impatto di genere sulle attuali e future direttive in tema di SSL, nonché sulla fissazione degli standard e sulla definizione degli indennizzi.
- Sebbene siano necessarie delle valutazioni dell'impatto di genere relativamente alla

legislazione in materia di SSL, esistono conoscenze a sufficienza sia sulla prevenzione che sull'integrazione di genere all'interno della SSL per consentire un'attuazione delle attuali direttive che risulti più sensibile sul piano delle differenze tra uomini e donne.

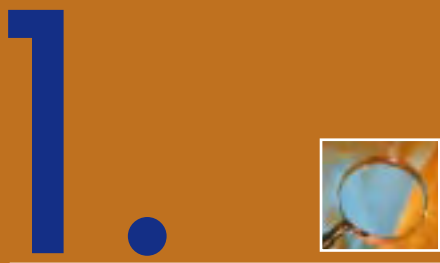
- Per avere successo, gli interventi tesi a una maggiore sensibilizzazione del problema legato alle differenze tra uomini e donne dovrebbero adottare un orientamento di tipo partecipativo, che coinvolga i lavoratori interessati e che si basi su un esame delle reali situazioni di lavoro.
- Il miglioramento della salute e della sicurezza sul lavoro, nonché della qualità della vita lavorativa delle donne non può essere considerato separatamente dalle problematiche di più ampio contesto della discriminazione sul lavoro e nella società. È fondamentale che la SSL sia inserita negli interventi volti alla realizzazione dell'uguaglianza sul lavoro, mentre le attività tese a integrare la SSL all'interno di altre aree programmatiche, tra cui la pubblica sanità o le iniziative di responsabilità sociale aziendale, dovrebbero includere un elemento di genere.
- Le donne sono sottorappresentate nel processo decisionale riguardante la SSL. È necessario che esse siano coinvolte in maniera più diretta ed è altresì auspicabile che si tenga conto delle opinioni, delle esperienze, della conoscenza e delle capacità delle donne nel formulare e attuare le strategie di promozione della salute nell'ambito della SSL.
- Esistono già esempi di iniziative andate a buon fine tese a inserire o convogliare elementi di genere all'interno degli orientamenti di ricerca, degli interventi, degli strumenti e delle azioni di consultazione e decisionali. Le esperienze maturate, le attuali risorse e le buone pratiche attuate nell'inte-

grazione e nell'adozione di un approccio sensibile rispetto al genere dovrebbero essere oggetto di condivisione e scambio.

- Benché il quadro generale delle condizioni di lavoro delle donne sia analogo in tutti i Paesi membri e Paesi candidati, sussistono comunque delle differenze a livello di Paese nell'ambito di questo quadro generale. Risulta pertanto fondamentale che i singoli Paesi esaminino le loro specifiche circostanze in tema di genere e SSL, onde poter pianificare interventi mirati.
- L'adozione di un approccio olistico nei confronti della SSL, che tenga conto anche dell'equilibrio lavoro-vita privata, di una più vasta struttura lavorativa, delle problemati-

che occupazionali e di tutti gli aspetti relativi all'evoluzione del mondo del lavoro, migliorerebbe la prevenzione del rischio professionale a beneficio degli uomini e delle donne.

- Le donne non rappresentano un gruppo omogeneo, rientrano in fasce di età diverse, hanno origini etniche diverse e non tutte svolgono attività lavorative tradizionalmente "femminili". Lo stesso vale per gli uomini. Un approccio olistico dovrà necessariamente tenere conto della diversità. Gli interventi tesi a migliorare l'equilibrio lavoro-vita devono tenere conto dei programmi di lavoro sia degli uomini che delle donne e devono essere ideati in modo da risultare interessanti per entrambi.



INTRODUZIONE

Perché analizzare la salute e la sicurezza sul lavoro da una prospettiva di genere?

La partecipazione delle donne al mercato del lavoro è in crescita e il Consiglio europeo di Lisbona (23 e 24 marzo 2000) si è prefissato l'obiettivo di raggiungere un tasso di occupazione complessivo del 70% e femminile del 60%. Offrire un luogo di lavoro sicuro e salubre è importante per garantire e mantenere l'occupabilità, come lo è conciliare la vita lavorativa con quella privata. La prevenzione delle malattie e la promozione del benessere sul lavoro sono importanti ai fini della qualità del lavoro, sia degli uomini che delle donne, e i costi deri-

vanti dalle malattie causate dall'attività lavorativa sono onerosi sia per i datori di lavoro e la società in generale, sia per i lavoratori che ne sono vittima.

La promozione della parità è una tematica importante della politica sociale della Comunità europea, in cui rientra la parità delle condizioni di lavoro. L'integrazione della dimensione di genere in tutte le aree della politica comunitaria è denominata *gender mainstreaming*. La problematica legata alle differenze tra uomini e donne è stata inserita nella strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul lavoro per il 2002-06 (Commissione europea, 2002c). La strategia tiene conto dell'aumento della partecipazione delle donne al mondo del lavoro e individua le differenze legate al genere nell'incidenza degli infortuni e delle malattie professionali. Essa inoltre stabilisce un certo numero di obiettivi per un approccio olistico nei confronti del benessere sul lavoro, che deve essere perseguito da tutti gli attori congiuntamente. Tra gli obiettivi rientra "l'integrazione della dimensione legata al genere nella valutazione dei rischi, nelle misure di prevenzione, nonché nei dispositivi di riparazione e di compensazione, al fine di prendere in considerazione le particolari caratteristiche delle donne in materia di salute e sicurezza sul luogo di lavoro". Il Parlamento europeo, nei suoi commenti sulla strategia per la salute e la sicurezza sul lavoro, ha posto grande enfasi sull'importanza dell'elemento del genere e ha evidenziato un certo numero di aree che richiedono attenzione (vedi Allegati 3 e 4).

Per favorire la strategia sull'integrazione della dimensione di genere nel campo della salute e della sicurezza sul lavoro è importante analizzare in chiave critica le nostre conoscenze sulle differenze tra uomini e donne nell'ambito della SSL, i motivi per i quali potrebbero esserci delle differenze e le lacune a livello di conoscenze. In tale ottica, nell'ambito del programma di lavoro dell'Agenzia previsto per il 2002, il direttivo

dell'Agenzia europea per la salute e sicurezza sul lavoro ha inserito un'analisi della problematica legata alle differenze tra uomini e donne in tema di salute e sicurezza sul lavoro.

Esistono altri sviluppi che rendono importante considerare le differenze di genere nell'ambito della salute e sicurezza sul lavoro. Le donne si sono inserite in particolare nel settore dei servizi e rappresentano la maggioranza nelle occupazioni part-time o con contratti a breve termine. In quale modo questo elemento incide sulla loro salute e sicurezza sul posto di lavoro? Inoltre, esistono differenze di genere nella salute e sicurezza sul lavoro tra gli Stati membri della Ue e i paesi candidati ⁽³⁾?

Le statistiche dimostrano che gli uomini sono più soggetti delle donne agli infortuni sul lavoro, compresi i casi di decesso, ma anche che il lavoro può essere una serie fonte di cattiva salute e assenteismo per le donne.

Aumenta la consapevolezza che donne e uomini sono esposti a rischi diversi sul lavoro e a ripercussioni diverse a carico della salute. Tuttavia, i rischi a cui sono soggette le donne sul luogo di lavoro vengono ancora trascurati. Sia la ricerca che la prevenzione normalmente prendono in esame i rischi relativi alle attività lavorative con predominanza maschile.

Aspetti fondamentali da approfondire

I dati statistici sono sufficientemente esplicativi? In quale misura le differenze nelle malattie lavoro-correlate di uomini e donne sono riconducibili alla differenza di sesso (differenze di natura biologica) e in quale misura invece le

stesse sono attribuibili alla differenza di genere (differenze sociali, variabili e modificabili)? In che modo le diverse attività lavorative e le diverse mansioni esercitate da donne e uomini influiscono sulla loro salute e sicurezza sul lavoro? Esistono rischi aggiuntivi per le donne che si inseriscono in aree occupazionali a predominanza maschile? Alle donne e agli uomini vengono offerti gli stessi servizi per la salute sul lavoro? Si presume che un luogo di lavoro salubre e sicuro sia ugualmente benefico per donne e uomini. Quali effetti comporta questo approccio neutrale alla dimensione di genere? Quali effetti scaturiscono dalle maggiori responsabilità familiari a carico delle donne? Negli Stati membri e nei paesi candidati esiste una situazione analoga? In che cosa si traduce la risposta a tali quesiti ai fini della prevenzione dei rischi?

Il presente documento analizza sia le problematiche suesposte che altre problematiche. Di seguito si elencano gli aspetti di maggiore rilievo presi in esame:

- Esistono differenze tra uomini e donne nel campo della salute e sicurezza sul lavoro e, in caso affermativo, quali sono le cause di tali differenze?
- In quale misura la ricerca attuale è sensibile al genere e quali sono le lacune sotto il profilo delle conoscenze?
- Che cosa è stato fatto e cosa può essere fatto per promuovere la parità in tema di salute e sicurezza sul luogo di lavoro?
- In quale misura gli attuali sistemi di SSL sono sensibili al genere e quali sono gli interventi necessari?
- In quale modo l'integrazione del genere può essere incorporata nella normativa e nella gestione della SSL?

⁽³⁾ Per paesi candidati si intendono i 13 Stati candidati all'ingresso nell'Unione europea alla data di elaborazione del documento: Bulgaria, Cipro, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Romania, Slovacchia, Slovenia e Turchia. Il presente documento prende in considerazione l'indagine della Fondazione europea sulle condizioni di lavoro in 12 di questi paesi candidati, poiché la ricerca non comprendeva la Turchia (Paoli, 2002).

Figura 1: Struttura teorica dello studio

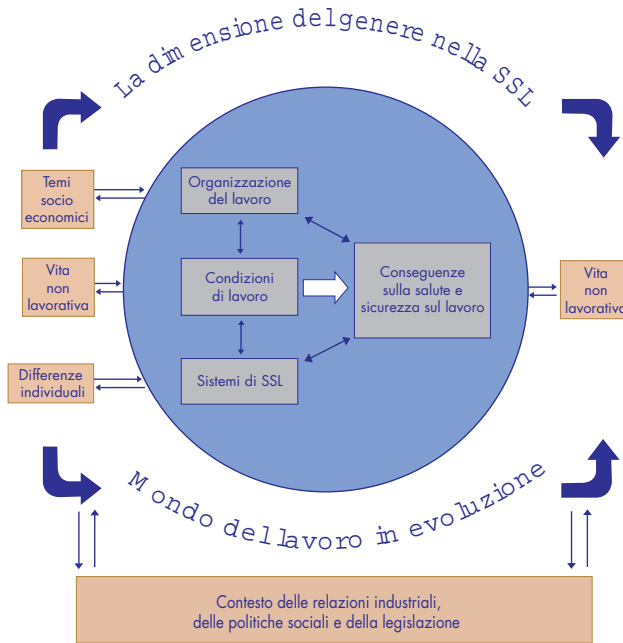
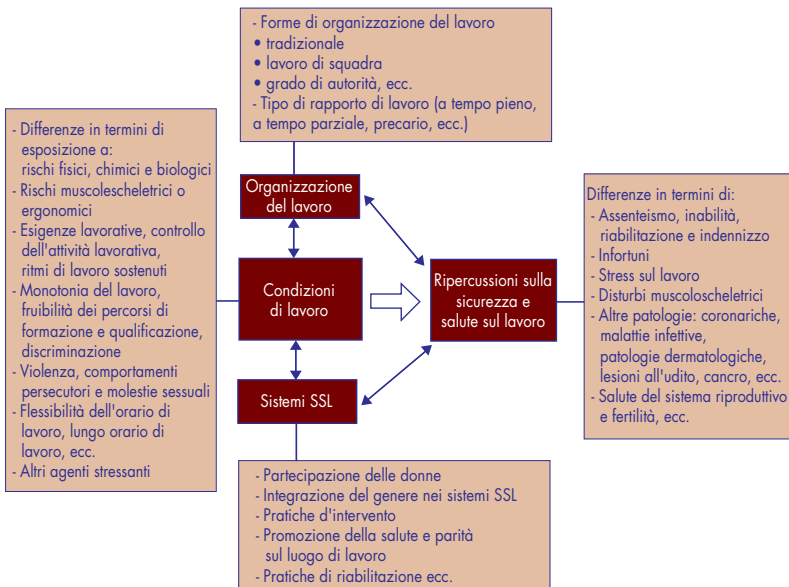


Figura 2: Dettaglio dei fattori inclusi nella struttura teorica



Elementi da includere: il modello concettuale

Sono molti i fattori, all'interno e all'esterno del luogo di lavoro, in grado di incidere sulla salute e sul benessere dei lavoratori. Tra questi figurano le condizioni di lavoro, i sistemi di SSL, la vita fuori dal lavoro e le politiche sociali. Nell'analisi delle differenze di genere nella salute e sicurezza sul lavoro è importante considerare tutti questi fattori e il modo in cui essi interagiscono. Benché il modello proposto in questa sede si proponga di illustrare questi fattori correlati tra loro, non è stato possibile approfondire, nell'ambito del presente studio, tutti i vari aspetti. L'attenzione è stata quindi rivolta principalmente alla parte centrale del modello: la salute e la sicurezza sul lavoro (vedi Figure 1 e 2).

Lo studio inizia prendendo in considerazione le differenze nella posizione lavorativa globale tra donne e uomini. Si passa poi all'analisi di un certo numero di rischi specifici, professioni e ripercussioni sulla salute. In questo capitolo vengono altresì esaminati categorie specifiche, come i lavoratori più anziani. Quindi, si approfondiscono i temi della identificazione e prevenzione dei rischi, tra cui l'informazione, i sistemi di salute sul lavoro, la partecipazione della forza lavoro e l'integrazione. Lo studio termina con conclusioni e suggerimenti per perseguire l'obiettivo della parità in materia di salute sul lavoro.

Metodologia

Il centro tematico (topic centre) sulla ricerca dell'Agenzia europea ha redatto il testo originale utilizzato come base per questo studio. Le informazioni sono state raccolte attraverso una preventiva attività di indagine ed esame svolta in occasione di una riunione di esperti, la consultazione della letteratura sull'argomento e ricerche su Internet. La struttura teorica dello studio è stata sviluppata nel corso della riunione di esperti. La rete dell'Agenzia negli Stati membri e nei paesi dell'Associazione europea

di libero scambio (EFTA), unitamente a un ulteriore gruppo di esperti in questo ambito, hanno offerto commenti e contributi al testo originale. Lo studio definitivo è stato curato dall'Agenzia, in collaborazione con il topic centre. L'elenco di tutti i partecipanti al progetto è riportato agli Allegati 1 e 2.

Concetti e terminologia

La definizione di termini quali "genere", "sensibile al genere" e "integrazione della dimensione di genere" è fornita nel glossario.

Un breve accenno ai dati statistici

Il presente studio attinge in larga misura dalle statistiche tratte da tre fonti principali: archivi ufficiali degli infortuni degli Stati membri, ordinati ed analizzati dall'Istituto statistico delle comunità europee, Eurostat; un'indagine autovalutativa sulla forza lavoro svolta nei singoli Stati membri, i cui risultati sono stati analizzati ancora una volta dall'Eurostat e l'indagine europea sulle condizioni di lavoro svolta dalla Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro. A tali dati statistici sono state aggiunte le informazioni provenienti dagli studi di ricerca dei singoli Stati membri. Ciascuna fonte presenta dei limiti, sia globalmente che rispetto all'obiettivo di ottenere un quadro accurato delle differenze di genere.

I dati statistici nazionali degli Stati membri non sono direttamente confrontabili, in quanto non raccolgono tutti le stesse informazioni nello stesso modo. Vengono raccolte solamente le informazioni sugli infortuni gravi, come quelli che comportano un'assenza dal lavoro superiore a tre giorni. Il documento mette in evidenza il fatto che le donne sono più soggette alle malattie correlate al lavoro e gli uomini agli infortuni. Le informazioni registrate dagli Stati membri sui casi di malattie correlate al lavoro sono molto limitate ed ancora più variabili. Si osserva inoltre come la violenza sul luogo di

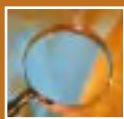
lavoro sia una problematica che riguarda le donne. Non tutti gli Stati membri raccolgono informazioni sui casi di violenza correlata al lavoro e non tutti i paesi raccolgono le informazioni per genere.

Le indagini autovalutative sono state svolte per ottenere informazioni sugli infortuni meno gravi e sulle malattie correlate al lavoro. Pur offrendo un quadro più ampio, presentano anch'esse degli inconvenienti. La validità della domanda determina la validità della risposta. Le risposte sono soggettive e possono dipendere dalla consapevolezza e dalla comprensione dell'argomento affrontato dalla domanda. Ad esempio, si è ritenuto che le grandi differenze riscontrate tra i vari paesi nelle risposte ad una domanda contenuta nell'indagine europea sulle condizioni di lavoro e relativa alle molestie sul lavoro, probabilmente sono dovute a differenze nel livello di consapevolezza. Non tutti gli Stati membri hanno preso parte all'indagine sulla forza lavoro. Al fine di garantire che le differenze non siano celate e che le persone che rispondono al questionario abbiano ben compreso la domanda, sarebbe opportuno che le indagini fossero accompagnate, ad esempio, da dibattiti svolti all'interno di focal point. Fagan e Burchell (2002) hanno rivolto una serie di raccomandazioni per migliorare la sensibilità al genere dell'indagine europea sulle condizioni di lavoro, onde ottenere un'immagine più chiara delle differenze di genere e dell'esposizione ai rischi che

colpiscono in maniera particolare le donne. Per esempio, vengono suggeriti miglioramenti da apportare alla domanda riguardante la violenza, le molestie e l'intimidazione.

Osserveremo infine come il lavoro svolto e il luogo in cui esso viene svolto hanno una notevole influenza sui rischi a cui i lavoratori sono esposti. Tuttavia, attualmente, vengono raccolte solamente informazioni piuttosto generiche su settore e occupazione. Anche la struttura industriale e la distribuzione settoriale della forza lavoro, tra cui la distribuzione per genere, variano da paese a paese. La probabilità di avere un infortunio o soffrire di una malattia correlata al lavoro è determinata in gran parte dal livello di esposizione. Le donne lavorano un numero minore di ore rispetto agli uomini e le ore lavorate variano a seconda del settore. Quindi, quando si analizzano le differenze di genere nei tassi di infortuni e malattie professionali, è molto importante rapportare i dati al numero di ore lavorate. L'Eurostat ha condotto delle analisi secondarie sui dati raccolti e tali statistiche vengono utilizzate nella presente relazione (Dupré, 2002). La Fondazione europea ha inoltre condotto un'approfondita analisi sulle informazioni tratte dalle proprie indagini in base al genere, tra cui analisi per genere e per tipo di contratto, a tempo pieno o a tempo parziale. Nel presente documento si è attento molto anche da questi risultati.

2.



DIFFERENZE DI GENERE NELLA VITA LAVORATIVA IN EUROPA

Aspetti fondamentali

La partecipazione femminile in seno alla forza lavoro europea è aumentata. Le donne rappresentano oggi il 42% della forza lavoro della Ue.

Le donne hanno maggiore probabilità di trovare impieghi part-time, mentre gli uomini hanno maggiore probabilità di dover rispettare orari giornalieri prolungati.

Il mercato del lavoro presenta forti caratteristiche di segregazione orizzontale. Ad esempio, ci sono più donne nel settore pubblico, nei servizi, nelle vendite e nelle mansioni impiegatizie. È invece più probabile che gli uomini lavorino come addetti al funzionamento di macchine, o che abbiano mansioni tecniche, che siano

occupati nell'industria e nell'artigianato, nell'edilizia, nei trasporti e nell'industria mineraria.

Spesso gli uomini e le donne svolgono mansioni diverse a parità di qualifica nella stessa organizzazione.

Il mercato del lavoro è fortemente segregato anche in senso verticale e le posizioni direttive e amministrative di alto livello sono occupate prevalentemente da uomini.

Le donne hanno maggiori probabilità di svolgere servizi direttamente rivolti alla persona, come la prestazione di assistenza e cure e l'erogazione di servizi educativi e di altro genere. Gli uomini prevalgono nelle posizioni dirigenziali e nei lavori collegati all'utilizzo di macchinari o alla produzione di beni "complessi" o tipici dell'industria pesante.

A livello di occupazioni che non richiedono alcuna specializzazione, è più probabile che le donne lavorino come addette alle pulizie o nel bracciantato agricolo, mentre è più probabile che gli uomini svolgano mansioni di manovalanza pesante.

La percentuale delle donne occupate con un contratto di lavoro permanente e quella delle lavoratrici autonome sono inferiori alle rispettive percentuali relative al totale degli occupati.

Gli uomini guadagnano più delle donne, anche rapportando le cifre alle ore di lavoro effettivamente svolte.

Al di fuori dell'ambito lavorativo, è più probabile che siano le donne a prendersi cura dei figli, assistere parenti anziani o disabili, cucinare e sbrigare le faccende domestiche.

Rispetto alla Ue, nei paesi candidati si rileva una minore segregazione di genere, una minore differenziazione di genere a livello di orario lavorativo, meno lavoro part-time e una migliore distribuzione tra i sessi del lavoro retribuito e degli impegni domestici e familiari non retribuiti.

Introduzione

Non è possibile analizzare le differenze di genere e i rischi correlati al lavoro senza considerare la posizione della donna nel lavoro e le differenze che esistono nella vita lavorativa degli uomini e delle donne. Ad esempio, l'esposizione ai rischi varia in funzione delle ore lavorate e del settore di occupazione, oltre che del lavoro e delle mansioni specifiche, giacché le condizioni di lavoro sono diverse. È altrettanto importante osservare in chiave critica le considerazioni fatte in merito al grado di "rischiosità" delle differenti mansioni svolte dagli uomini e dalle donne, e capire su quali aspetti si è concentrata l'attenzione ai fini della SSL.

Partecipazione delle donne al mercato del lavoro

La percentuale di donne sul totale degli occupati nel mercato del lavoro europeo è aumentata notevolmente negli ultimi 25 anni. Le donne continuano ad avere un tasso di partecipazione inferiore a quello maschile e in genere hanno orari più brevi. La partecipazione varia notevolmente da uno Stato membro all'altro. Ad esempio, la quota di partecipazione femminile è massima in Svezia, avendo raggiunto il 48% nel 2000, mentre si ferma al 35% nel caso della Spagna (vedi Figura 1 dell'Allegato 5). Nei paesi candidati la proporzione delle donne inserite nella forza lavoro è superiore a quella degli Stati membri, con il 46% contro il 42%, secondo i sondaggi della Fondazione europea sulle condizioni di lavoro (Paoli, 2002).

Si rivelano altresì differenze rilevanti tra i tassi di partecipazione delle donne appartenenti a varie fasce di età. Il tasso di partecipazione delle donne di età compresa tra i 25 e i 49 anni è maggiore nei Paesi Scandinavi (80% circa) e minore in Italia, Spagna e Grecia (55% circa). Sempre nei Paesi Scandinavi, si registra il tasso di partecipazione più alto tra le donne tra i 50 e i 64 anni, dato che circa il 60–70% delle donne che fanno parte di questo gruppo lavora fuori

delle mura domestiche, laddove in Grecia, Lussemburgo, Belgio, Spagna e Italia solo il 20–30% delle donne in questa fascia di età è occupato (vedi Figure 2 e 3 dell'Allegato 5). Le donne hanno meno probabilità degli uomini di lavorare in ogni fascia di età, ma la differenza è particolarmente marcata nelle fasce di mezza età. È importante prestare attenzione alla struttura dell'età, dato che le conseguenze sulla salute e sulla sicurezza di lavoratori giovani e anziani possono risultare differenti.

Il fatto di avere figli influisce fortemente sul tasso di partecipazione femminile. Nel 2000, il 72% delle donne senza figli di età compresa tra i 20 e i 50 anni era occupato, contro il 59% delle donne con figli sotto i 6 anni. Per contro, risultava occupato il 94% degli uomini dai 20 ai 50 anni senza figli, contro l'89% degli uomini con figli (Commissione europea, Agenda sociale, luglio 2002). Sui tassi di partecipazione e sulle ore lavorate incidono la disponibilità di servizi di assistenza all'infanzia e di altre strutture che rendono più facile conciliare lavoro e vita familiare (Fondazione europea, 2002c). Molte donne rimpatriate trovano lavoro in occupazioni a bassa qualifica, come le pulizie e i servizi domestici (McCarthy e Scannell, 2002).

Tra le principali ragioni di inattività occupazionale delle donne europee figurano la mancanza di istruzione e formazione (27%), le responsabilità personali o familiari (20%), il pensionamento anticipato (16%) e le malattie o l'invalidità (9%) (Commissione europea, 2002d; rapporto richiesto dal vertice di Stoccolma).

Orario di lavoro

I principali risultati del terzo sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro riguardo all'orario lavorativo rispetto al genere sono esposti nel Riquadro 1. Le donne occupate hanno in genere orari giornalieri più brevi di quelli degli uomini. Circa il 20% degli occupati e l'8% delle occupate ha una giornata lavorativa regolare di

10 ore (Fagan e altri, 2001; Fagan e Burchell, 2002). Nella Ue la crescita massima è avvenuta a livello di lavori part-time (Clarke, 2001). Il tasso di partecipazione occupazionale delle donne è aumentato in particolare attraverso l'inserimento nel lavoro part-time e si riscontra una notevole differenza di genere sul piano delle ore lavorate. Facendo riferimento al terzo sondaggio europeo, mentre il 17% di tutti i partecipanti che hanno risposto lavorava part-time, la percentuale delle donne era del 32%, mentre quella degli uomini era soltanto del 7%. Anche sotto questo aspetto si rilevano forti differenze tra un paese e l'altro, con un

33% degli intervistati in Olanda che riferisce di lavorare part-time contro il 5% della Grecia (vedi anche la Figura 4 dell'Allegato 5).

Le differenze tra le persone che lavorano part-time o full-time si riscontrano anche sul piano delle mansioni svolte, delle condizioni di lavoro e dell'offerta di formazione. Il lavoro part-time si concentra in particolare nel settore dei servizi, nei lavori connessi alla vendita, nelle mansioni impiegate e, ai livelli più bassi, nei lavori manuali non specializzati. È raro che gli impieghi di concetto vengano offerti part-time.

Riquadro 1: Differenze di genere nell'orario di lavoro: alcuni risultati del terzo sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro

- L'orario di lavoro settimanale delle donne è in generale di 9 ore più breve di quello degli uomini.
- Il 20% degli uomini occupati e il 10% delle donne occupate hanno orari settimanali molto lunghi (48 ore e oltre).
- Le donne impiegate nelle aree occupazionali prevalentemente maschili dei manager aziendali e dei tecnici qualificati hanno più probabilità di avere orari giornalieri molto lunghi rispetto alle altre occupazioni; tuttavia, a livello di impieghi dirigenziali, le giornate di lavoro a orario prolungato restano tuttora meno frequenti per le donne rispetto agli uomini.
- Il 32% delle donne e il 7% degli uomini riferiscono di lavorare part-time.
- Gli uomini hanno più probabilità rispetto alle donne di poter modificare le ore di entrata e uscita dal lavoro (il 26% degli uomini contro il 19% delle donne), e questa differenza di genere risulta ancora più evidente nelle man-

sioni impiegate di concetto, tra i dirigenti d'azienda e i professionisti.

- Il 20% degli occupati è rappresentato da turnisti; la proporzione risulta analoga per lavoratori part-time e full-time, nonché rispetto al genere.
- Nell'ambito delle professioni, le donne hanno più probabilità di lavorare in turni a rotazione rispetto agli uomini. Ne è un esempio il personale sanitario. Nelle occupazioni esecutive a carattere tecnico, sono gli uomini che hanno più probabilità di lavorare in turni a rotazione.
- Le turniste hanno più probabilità di lavorare di notte se assunte part-time.
- I lavoratori a tempo pieno, e in particolare gli uomini, hanno più probabilità di dover affrontare i tempi di spostamento più lunghi per recarsi al lavoro.
- È più probabile che i lavoratori full-time, sia uomini che donne, affermino che le esigenze del loro lavoro non sono compatibili con gli impegni familiari e sociali, e questo inconveniente è avvertito maggiormente dalle persone con figli; un quarto dei lavoratori e un quarto delle lavoratrici full-time riferisce pro-

blemi di incompatibilità tra lavoro e vita privata.

- La metà delle madri che lavora part-time dichiara che il proprio orario di lavoro è compatibile con altri impegni, il che comporta che l'altra metà non riscontra questa compatibilità.
- Gli uomini hanno più probabilità delle donne di riferire che orari di lavoro "non standard" provocano incompatibilità con la vita extralavorativa, anche perché spesso si accompagnano a orari giornalieri prolungati.
- Si riscontrano differenze per fasce di età e per paese.
- Le differenze sono indotte dalle situazioni interne, dalla opportunità offerte dal merca-

to del lavoro, dall'area occupazionale, dalla legge, dalla politica sociale, ecc.

- Nei paesi candidati, gli orari lavorativi sono più lunghi e tendono ad essere meno differenziati rispetto al genere che non nella Ue. Questo dato testimonia il fatto che il livello di lavoro part-time femminile è basso. Sia per gli uomini che per le donne, il lavoro part-time è meno frequente: difatti solo il 7% di tutti gli occupati dei paesi candidati riferisce di lavorare part-time, contro il 17% della Ue (informazioni aggiuntive rilevate da un sondaggio sulle condizioni di lavoro nei 12 paesi candidati).

Fonti: Paoli e Merllié (2001); Fagan e Burchell (2002); Paoli (2002).

Il numero di ore lavorate incide sulla quantità di esposizione ai rischi del lavoro. Dall'analisi dei dati del terzo sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro, Fagan e Burchell (2002) hanno individuato una serie di differenze tra lavoratori part-time e full-time, tra cui si segnalano le seguenti:

- I lavori a tempo parziale offrono meno opportunità di apprendimento e comportano minori responsabilità di pianificazione. Le donne che lavorano part-time ricevono le minori opportunità e responsabilità in assoluto.
- È molto probabile che i lavoratori part-time ritengano che le loro capacità professionali siano sottoutilizzate e dichiarano altresì di ricevere meno formazione dei colleghi che lavorano a tempo pieno. Le donne che lavorano part-time affermano di ricevere la minima formazione in assoluto. (Vedere anche la sezione sul contratto di lavoro.)

I fattori come il sottoutilizzo delle capacità possono contribuire allo stress. La mancanza di formazione può tradursi nell'incapacità di svolge-

re le proprie mansioni in modo appropriato o sicuro, e può anche essere un ostacolo all'avanzamento in carriera.

La problematica relativa all'orario di lavoro viene riesaminata nel capitolo dedicato all'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata.

Status occupazionale

Contrariamente all'opinione corrente, il lavoro salariato (e non il lavoro autonomo) resta tuttora la regola (82%). Tuttavia, la crescita del lavoro temporaneo ha dato luogo a una maggiore incidenza del lavoro a tempo determinato e del lavoro interinale (Fondazione europea, 2002a). Qui di seguito sono esposte alcune differenze di genere a livello di status occupazionale (vedi anche Figure 5 e 6 dell'Allegato 5).

Secondo le persone che hanno risposto al terzo sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro:

- la maggioranza degli uomini e delle donne che lavorano ha un contratto tipo a tempo indeterminato;

- la percentuale di lavoratori autonomi è il 19% tra gli uomini e il 12% tra le donne;
- le donne sono leggermente più esposte all'insicurezza dei contratti a termine;
- la precarietà dei contratti temporanei è un rischio al quale i lavoratori part-time dell'uno e dell'altro sesso hanno più probabilità di essere esposti rispetto ai lavoratori a tempo pieno;
- Il 32% delle donne occupate e il 7% degli uomini occupati riferiscono di lavorare part-time;
- esistono differenze tra gli Stati membri.

Fonti: Paoli e Merllié (2001); Fagan e Burchell (2002).

Esistono tuttavia delle differenze tra un paese e l'altro (vedi Figura 5 dell'Allegato 5). La Spagna presenta il numero più elevato di contratti non permanenti tra i paesi Ue e, ad eccezione di Regno Unito e Francia, le donne che lavorano su base non permanente sono in maggioranza rispetto agli uomini. I contratti di lavoro non permanente comprendono i contratti stagionali, i contratti interinali e i contatti di lavoro a chiamata (detti anche "di lavoro intermittente"). In Finlandia, i contratti non permanenti sono tipici dei settori occupazionali prevalentemente femminili come quelli della sanità, dei lavori nel sociale e dell'insegnamento (Sutela e altri, 2001). Naumanen (2002) ha riscontrato che in Finlandia le giovani donne con un titolo universitario avevano molte più probabilità di lavorare con un contratto non permanente rispetto agli uomini.

Ci sono inoltre differenze collegate all'età (vedi Figura 6 dell'Allegato 5). Le differenze di status occupazionale di maggiore rilievo tra uomini e donne sono riconducibili alle donne che lavorano part-time e alle donne tra i 25 e i 46 anni che lavorano con contratti di lavoro non permanente. La maggior parte degli uomini lavora

in base a contratti non permanenti solo all'inizio della carriera. Oltre il 90% di tutti i lavoratori dipendenti maschi dai 25 anni in su ha un contratto a tempo indeterminato (principalmente a tempo pieno). Le donne hanno più probabilità di rimanere in una posizione precaria nel mercato del lavoro per tutta la durata della loro vita lavorativa; la percentuale dei lavoratori oltre i 25 anni che hanno un contratto non permanente è maggiore nel caso delle donne: il 15% delle donne nella fascia tra i 25 e i 39 anni ha un contratto non permanente (part-time o full-time), come pure l'8% delle donne nella fascia dai 40 ai 45 anni. Circa il 35-40% delle lavoratrici dipendenti ha un contratto permanente part-time.

Le differenze di genere a livello di durata e tipo di contratto di lavoro devono probabilmente essere attribuite alla crescita simultanea, avvenuta negli ultimi dieci anni, del settore dei servizi, del numero dei contratti non permanenti e del numero delle donne che sono entrate nel mercato del lavoro. Inoltre, il ruolo di maggiore importanza che compete alle donne nella cura dei figli le porta ad abbandoni temporanei del lavoro e rientri al lavoro più frequenti rispetto agli uomini, e a cercare impieghi part-time o a chiamata.

Implicazioni per la SSL

Alcuni studi della Fondazione europea hanno rilevato un'evidente correlazione tra forme precarie di occupazione e salute (Fondazione europea, 2002a). Ad esempio, Benach ed altri (2002) hanno studiato gli effetti sulla salute di vari tipi di occupazione sulla base dei dati raccolti dal sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro. In confronto ai lavoratori con contratto permanente, quelli con contratto non permanente hanno riferito una maggiore insoddisfazione del proprio lavoro. I lavoratori a tempo pieno con contratto a termine hanno riferito alti livelli di dolori muscolari e affaticamento rispetto ai colleghi impiegati con un contratto

permanente. Benach e i suoi colleghi hanno utilizzato il genere come una delle varianti di controllo, giungendo alla conclusione che il collegamento tra lavoro non permanente e insoddisfazione permaneva dopo aver tenuto conto di variabili individuali come il genere.

Sulla base degli stessi dati, di seguito si elencano alcune delle conclusioni che possono essere tratte sulle condizioni di lavoro dei dipendenti con contratto non permanente (cfr. Goudswaard e altri, 2002; Goudswaard e Andries, 2002): i lavoratori non permanenti sono esposti a condizioni peggiori sotto il profilo ergonomico rispetto ai lavoratori permanenti, ma queste differenze possono essere

spiegate in rapporto alle differenze di settore e di occupazione; inoltre, i lavoratori non permanenti e i lavoratori part-time sono esposti a minore salvaguardia del posto di lavoro, minor controllo sul proprio lavoro, minore accesso alla formazione, minori opportunità di sviluppo delle proprie capacità e prospettive di carriera più modeste rispetto ai dipendenti con contratto permanente. Se si considera il controllo sul lavoro come un modo per far fronte a esigenze lavorative gravose, è ragionevole ipotizzare che le conseguenze derivanti dall'intensificazione dei ritmi di lavoro siano maggiori per i lavoratori impiegati su base non permanente, a causa appunto del minor controllo sul lavoro.

Riquadro 2

Rispetto ai lavori full-time, i lavori part-time:

- sono meno pagati, spesso anche come paga oraria;
- sono segregati in un ristretto ambito occupazionale, particolarmente nel settore dei servizi;
- in genere sono più monotoni e caratterizzati da minori opportunità di apprendimento o di tirocinio formale;
- hanno meno probabilità di essere caratterizzati da ritmi di lavoro intensi.

Rispetto ai lavoratori full-time, i lavoratori part-time:

- sono meno esposti ai rischi, per via del minor numero di ore lavorate;
- sono più soddisfatti dell'orario di lavoro e meno soddisfatti dello stipendio, dell'accesso alla formazione e delle opportunità di avanzamento in carriera.

Fonte: Fagan e Burchell (2002).

Come accennato in precedenza, i lavoratori part-time possono avere minori opportunità di accesso alle iniziative di formazione. Nel lavoro part-time nel settore dei servizi, può accadere che l'attività si concentri in ore di picco e che quindi sia più intensa. Le donne lavorano maggiormente part-time ed hanno più contratti di lavoro non permanente rispetto agli uomini, e questo potrebbe incidere su eventuali differenze riscontrate sul piano del genere. Occorre comunque un'analisi per status occupazionale, tipo di occupazione e genere per poter trarre conclusioni sulle cause delle differenze osservate.

Differenze di genere nello svolgimento di attività non retribuite riguardanti la gestione della casa o la cura di familiari

All'inizio del presente studio è stato presentato un modello in cui si evidenzia che alcune differenze di genere a livello di condizioni di lavoro si ricollegano al quadro di più ampio contesto della disuguaglianza di genere nella società. Un'importante area in questo ambito è rappresentata dal duplice carico di lavoro, retribuito e non, che ricade sulle donne, in quanto esse si occupano maggiormente delle faccende dome-

stiche e si prendono maggiormente cura di altri membri della famiglia (cfr. Fagan e Burchell, 2002), incombenze non retribuite che comprendono attività come cucinare, fare la spesa, occuparsi delle pulizie domestiche e prendersi cura dei bambini e di parenti anziani.

Nel terzo sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro, il 63% delle lavoratrici e il 12% dei lavoratori hanno riferito di dedicarsi a faccende domestiche per un'ora o più al giorno. Complessivamente, il 41% delle donne e il 24% degli uomini hanno riferito di occuparsi dei figli e della loro educazione per un'ora o più al giorno. Inoltre, il 6% delle donne ha riferito di occuparsi di parenti anziani o disabili per almeno un'ora al giorno, contro il 2% degli uomini (Fondazione europea, 2000c; Fagan e Burchell, 2002. Vedi anche Tabella 9 dell'Allegato 6).

Nei paesi candidati, il doppio carico di lavoro è più equilibrato tra i sessi, anche se è ancora lungi dall'essere equamente distribuito (Paoli, 2002). Tuttavia, uno degli effetti della transizione nei paesi candidati, come la Lituania, è stata l'eliminazione dei nidi d'infanzia in alcuni luoghi di lavoro (Gonäs, 2002).

La disponibilità di tempo al di fuori del lavoro e degli impegni familiari è importante per la qualità della vita. Secondo il terzo sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro, le donne riferiscono di aver meno tempo da dedicare alle attività ricreative, culturali, sportive e perfino al sonno rispetto agli uomini, in particolare se hanno figli, vivono con un compagno e lavorano a tempo pieno. Al contrario, le donne nubili e senza figli hanno più probabilità di essere coinvolte in attività educative e di formazione rispetto agli uomini (Fagan e Burchell, 2002. Vedi anche Tabella 10 dell'Allegato 6).

In media, le donne occupate dedicano complessivamente più tempo degli uomini al lavoro retribuito e non, in particolare se sono occupate a tempo pieno. Per quanto anche gli uomini

dedichino tempo ai lavori di casa e alla cura dei familiari, è evidente che l'onere maggiore ricade ancora sulle donne. Torneremo più avanti su quest'argomento, e approfondiremo il tema dell'equilibrio tra lavoro e vita privata.

L'impatto dei cambiamenti nel mondo del lavoro

I cambiamenti che stanno avvenendo nel mondo del lavoro sono influenzati dagli sviluppi tecnologici, dalle pressioni di un mercato in evoluzione, dalla globalizzazione, dalle politiche economiche, ecc. I cambiamenti comprendono l'affermarsi di contratti più flessibili, la crescita a livello di piccola e media impresa, organizzazioni più snelle con strutture direttive decentralizzate, un maggiore ricorso al subappalto, nuove forme di organizzazione del lavoro, strutture a rete, confini meno stabili e più diffusi tra le imprese, rapporti più individualizzati tra le aziende, e confini meno marcati tra lavoro e vita privata (Agenzia europea, 2002f; Goudswaard e altri, 2002; cfr. anche Castells, 1996; Ekstedt, 1999; Sen-net, 1998). Anche la rapidità dei cambiamenti e la complessità dell'organizzazione del lavoro presentano delle sfide ai fini di una gestione efficace della SSL. Ad esempio, a causa della crescente interdipendenza tra aziende, la cooperazione su questioni relative alla salute in rapporto al lavoro assume un'importanza vitale. Diversi studi hanno pertanto concluso che è necessario analizzare l'impatto derivante alla SSL dai cambiamenti che stanno avvenendo nel mondo del lavoro (Cooper (1998); Agenzia europea (2002f); Goudswaard ed altri, (2002)). In questo ambito, occorrerebbe prestare maggiore attenzione alla dimensione di genere (Goudswaard e altri, 2002).

Intensificazione del lavoro

I risultati del sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro indicano un'intensificazione del lavoro in tutti i paesi Ue e in tutti i settori produttivi, con un'accelerazione dei ritmi operativi. Una delle ragioni alla base di questo fenomeno

può risiedere nei cambiamenti avvenuti nelle imprese e nel mercato del lavoro, comprese le pressioni del mercato (Fondazione europea, 2002a). Analizzando le differenze di genere emerse dal terzo sondaggio europeo, è più probabile che il ritmo di lavoro delle donne sia dettato dalle richieste dirette formulate dalle persone, mentre quello degli uomini appare condizionato dagli obiettivi di produzione. Non sono state rilevate differenze di genere in merito alle richieste di lavorare a ritmi sostenuti o alla disponibilità o meno di tempo sufficiente per svolgere il lavoro richiesto (Fagan e Burchell, 2002). Questo dato è in linea con quanto rilevato da altri autori, come Vinke e Wevers (1999) e Gouds-waard ed altri (1999). Il lavoro intenso è direttamente correlato allo stress e ai disturbi muscolo-scheletrici (Buckle e Devereux, 1999; Cox e altri, 2000; Fondazione europea, 2002a). Le pressioni a lavorare con urgenza potrebbero anche ricollegarsi ad atteggiamenti intimidatori (bullying) sul posto di lavoro.

Mercato e lavoro orientato alla clientela: l'impresa flessibile

Le aziende hanno cercato di rendersi più reattive nei confronti dei clienti e pongono una maggiore enfasi sulla loro flessibilità rispetto ai cambiamenti del mercato.

Questi fattori, uniti all'uso più esteso dell'informatica, hanno esercitato una forte influenza sul modo di lavorare e sulle condizioni di lavoro.

Vickery e Wurzburg (1996) sostengono che circa un quarto delle aziende possono essere definite "flessibili". Oeij e Wiezer (2002) stimano tra il 10% e il 25% l'incidenza delle nuove forme di organizzazione del lavoro.

Sono stati descritti due tipi di organizzazioni flessibili originate da questo processo. Il primo tipo è composto da organizzazioni caratterizzate da funzioni direttive decentrate e da un basso grado di autonomia ai livelli esecutivi, le cosiddette "organizzazioni snelle". Questo tipo

di organizzazioni è caratterizzato da condizioni di lavoro più gravose in termini di stress, a causa dell'azione congiunta di mansioni fortemente impegnative, scarsa autonomia e mancanza di opportunità di apprendere nel lavoro. Il secondo tipo è composto di organizzazioni che hanno anch'esse un management decentrato, ma nelle quali vige un livello relativamente alto di autonomia del lavoratore, che ad esempio può svolgere le sue mansioni nell'ambito di gruppi autonomi. Il fatto che esista una maggiore autonomia, che siano richieste maggiori competenze professionali e che sia possibile sviluppare le competenze fa sì che strutture di questo tipo offrano condizioni di lavoro meno stressanti. Pertanto, non tutte le "nuove forme di organizzazione del lavoro" stanno contribuendo a migliorare le condizioni di lavoro (Daubas-Letourneux e Thébaud-Mony, 2002; Fondazione europea, 2002a).

Oeij e Wiezer (2002) hanno rilevato un senso di insicurezza del posto di lavoro in seguito ai cambiamenti della struttura e della strategia aziendale e di minaccia per la salute e il benessere, conseguenti ai rischi fisici e psicosociali collegati all'aumento delle esigenze competitive e produttive del lavoro, alla continua pressione a sviluppare nuove competenze e a possibili problemi di armonizzazione tra lavoro e vita privata. Dallo studio citato emerge che le donne sono soggette a maggiore insicurezza del posto rispetto agli uomini perché, a differenza delle controparti maschili, lavorano più spesso con contratti non permanenti. Tuttavia, questo rapporto non è dimostrato, per cui occorrono ulteriori ricerche in merito.

Il cambiamento a livello organizzativo offre potenzialmente l'opportunità di affrontare temi quali la segregazione e le disuguaglianze nelle condizioni di lavoro tra uomini e donne e la partecipazione diretta dei lavoratori al processo di cambiamento, considerando tale partecipazione una parte importante del processo stesso. Sembra tuttavia che quest'opportunità non

venga colta. Webster e Schnabel (1999) ritengono che nemmeno la partecipazione diretta determini una maggiore attenzione nei confronti di queste problematiche, sebbene i cambiamenti nell'organizzazione possano essere utilizzati per introdurre squadre di lavoro miste

o impartire formazione per competenze multiple a uomini e donne. È necessario svolgere altre ricerche sui meccanismi in grado di ridurre la segregazione e la disparità di genere nelle condizioni di lavoro durante i cambiamenti organizzativi.

Riquadro 3: I call-center: una nuova realtà lavorativa

Quello dei call-center è un settore in crescita in Irlanda e in altre parti d'Europa. Si stima che per la fine del 2003 oltre un milione di europei saranno impiegati in queste strutture. Gli addetti ai call-center hanno il compito di aumentare l'efficienza del servizio e la sua efficienza in termini di costi. La maggior parte di questi addetti sono donne. Tra questo personale si rilevano elevati livelli di insoddisfazione, evidenziati dai livelli altrettanto alti di avvicendamento del per-

sonale: la mancanza di prospettive di carriera, la natura ripetitiva delle mansioni, la necessità di aderire a rigide istruzioni nella conversazione, l'attività impegnativa sia fisicamente che mentalmente, il fatto dover trattare con clienti "difficili" senza poter tuttavia prendere decisioni sono tra i motivi di scontento più ricorrenti di queste lavoratrici. Da questo conseguono frustrazione, esaurimento nervoso e delusione. Inoltre, viene comunemente riferito un senso di stress e demotivazione (McCarthy e Scannell 2002).

Sebbene i fattori di rischio di carattere psicosociale siano comuni nei call-center, nella fase di sviluppo di una di queste strutture è stata prevista una strategia di prevenzione fondata su un approccio olistico. Le misure preventive hanno compreso la speciale progettazione e concezione dell'ambiente fisico di lavoro e delle risorse per il lavoro, l'attuazione di un'adeguata rotazione del lavoro e l'introduzione di varietà nelle mansioni (Agenzia europea, 2002b).

Divario salariale di genere

Gli uomini guadagnano più delle donne, anche su base oraria. La disparità di trattamento salariale tra uomini e donne è andata attenuandosi in ambito Ue, ma la presenza femminile risulta tuttora ben superiore alla media nelle fasce di reddito basso e medio/basso, e ampiamente al sotto della media nella categorie ad alto reddito da lavoro. Il divario salariale di genere è minore nei paesi candidati (Paoli, 2002).

Segregazione di genere nelle occupazioni

È di particolare importanza sapere dove gli uomini e le donne lavorano, dato che i differen-

ti lavori e le differenti mansioni comportano rischi e condizioni di lavoro diversi, e di conseguenza determinano conseguenze diverse a carico della salute. Questo capitolo offre una visione d'insieme delle segregazioni di genere in campo occupazionale. Nei capitoli successivi lo studio esamina nei particolari le differenze di genere rispetto all'esposizione a vari rischi e alle conseguenze derivanti alla salute. La problematica relativa alla segregazione di genere assume inoltre particolare rilevanza nell'esaminare le differenze di genere in rapporto a esposizioni specifiche e alle conseguenze sulla salute.

L'espressione "segregazione di genere" si riferisce al fatto che la percentuale di donne impegnate in determinati lavori è sopra o sotto la media in rapporto alla percentuale generale di donne sul totale degli occupati. Con "segregazione occupazionale orizzontale (di genere)" si intende che le donne e gli uomini lavorano in diversi settori occupazionali, mentre con "segregazione occupazionale verticale (di genere)" si intende che, nei medesimi settori occupazionali, gli uomini e le donne occupano livelli differenti della gerarchia. Possono sussistere ele-

menti di segregazione anche nell'ambito dello stesso lavoro, quando uomini e donne con la stessa qualifica aziendale eseguono mansioni diverse. Le statistiche e i sondaggi confermano

un alto livello di segregazione di genere nella struttura occupazionale della Ue, anche in paesi nei quali il tasso di occupazione femminile è elevato.

Riquadro 4

Segregazione orizzontale di genere

La presenza femminile è sopra la media della percentuale di donne sul totale degli occupati:

- in un ristretto numero di occupazioni e settori lavorativi;
- nel settore pubblico;
- nelle piccole imprese del settore privato.

Segregazione verticale di genere

La presenza femminile è sotto la media della percentuale di donne sul totale degli occupati:

- negli impieghi di maggior prestigio e meglio retribuiti;
- tra i funzionari a livello di direttivo di aziende e istituzioni, e in molte professioni;
- nelle posizioni di alto livello nell'ambito di una stessa impresa.

Segregazione orizzontale

Di seguito si riporta un sommario illustrativo delle aree di segregazione occupazionale nella Ue desunto da studi della Fondazione europea (2002c) e di Fagan e Burchell (2002) (vedi anche Figura 7 e Tabelle 1, 2 e 3 dell'Allegato 5):

- Esiste una forte concentrazione di donne nel settore pubblico.
- Le donne occupate nel settore privato tendono a lavorare presso piccole e medie imprese.
- Le aree di lavoro a prevalenza femminile comprendono: servizi presso domiciliai privati, sanità, istruzione ed altre attività correlate alla prestazione di cure alla persona, vendita, accoglienza alberghiera e ristorazione.
- Le aree di lavoro a prevalenza maschile comprendono: edilizia, industria manifatturiera, trasporti, agricoltura e servizi finanziari.
- Soltanto una piccola percentuale dell'occupazione può essere definita "mista" rispetto al genere.
- In percentuale sul totale degli occupati, le

donne sono sopra la media nelle attività collegate alle prestazioni di cure e servizi a privati, alla fornitura di prestazioni professionali di assistenza ed educazione, e nell'erogazione di servizi.

- In percentuale sul totale degli occupati, gli uomini sono sopra la media nei lavori a carattere direttivo e nelle mansioni tecniche e manuali collegate a macchinari o a beni considerati "prodotti dell'industria pesante" o "complessi".
- Gli uomini coprono l'80% od oltre dei posti nelle forze armate, nell'artigianato e nelle attività collegate, e tra gli addetti alla produzione industriale pesante e alla gestione di macchinari.
- Nelle attività manifatturiere a carattere industriale e artigianale la presenza delle donne è bassa. Soltanto nelle industrie alimentare e tessile, nell'artigianato e nelle mansioni di operatrici alla macchina e addette all'assemblaggio fanno registrare una presenza vicina al 30%.
- Gli uomini detengono oltre i due terzi dei

lavori qualificati nell'ambito del settore agricolo e di quello ittico.

- Due terzi dei lavoratori con mansioni impiegate o di addetto a servizi o alle vendite sono donne.
- Gli uomini predominano nelle professioni tecniche e le donne predominano nelle professioni legate alla sanità e all'istruzione.
- Nei mestieri che non richiedono qualifica, le donne sono ampiamente prevalenti nei lavori di pulizia e in occupazioni collegate all'agricoltura, mentre gli uomini sono ampiamente prevalenti, in linea generale, nei lavori di manovalanza pesante.
- Anche se la situazione varia da un paese all'altro, il quadro medio della segregazione occupazionale in ambito Ue-15 è sostanzialmente simile a quello che si rileva a livello dei singoli paesi.
- La segregazione di genere è meno marcata nei paesi candidati (dati aggiuntivi provenienti da un sondaggio dei 12 paesi candidati — Paoli, 2002).

Si osserva pertanto che i tipici lavori femminili sono i seguenti: impiegata d'ufficio e segretaria, insegnante, addetta alle vendite al dettaglio, cuoca, aiuto cuoca e cameriera, infermiera e operatrice dell'assistenza a malati, disabili, ecc., addetta alle macchine nell'industria tessile, operaia nell'industria alimentare, addetta all'assemblaggio di precisione in varie industrie, parrucchiera, estetista, collaboratrice domestica. Le donne sono occupate in misura minore nell'industria manifatturiera e, inoltre, le aree industriali in cui predominano (come l'industria tessile e quella della trasformazione alimentare) sono considerate meno importanti di aree industriali ad occupazione prevalentemente maschile, come l'industria automobilistica. Inoltre, a titolo di esempio, è possibile che nell'ambito dell'industria alimentare molte donne

siano addette alla linea di produzione, mentre gli uomini si occupano dei magazzini o manovrano i carrelli elevatori.

Segregazione verticale

Per quanto in ambito Ue la rappresentanza femminile a livello di quadri dirigenti sia andata aumentando, gli uomini continuano a dominare i vertici della gerarchia occupazionale. Ad esempio:

- Il 63% della forza lavoro ha un uomo come diretto supervisore, mentre il 21% ha una donna;
- gli uomini occupano oltre il 60% dei posti con competenze decisionali e gestionali;
- oltre il 70% dei dirigenti aziendali o degli alti funzionari pubblici sono uomini;

due terzi dei lavoratori autonomi sono uomini, e la proporzione aumenta nel caso dei lavoratori autonomi con dipendenti.

Fonti: Fondazione europea (2002c); Fagan e Burchell (2002).

Anche se la segregazione verticale permane forte nei paesi candidati, le donne hanno maggiori probabilità di occupare posti dirigenziali in questi paesi che non nella Ue (Paoli, 2002).

La segregazione verticale comporta che, ad esempio, anche se le donne prevalgono nel personale infermieristico, gli uomini siano rappresentati in misura maggiore nei posti di responsabile o dirigente. Analogamente, nell'industria alimentare e nell'industria tessile le donne predominano nei lavori ripetitivi di linea di produzione, mentre è più probabile che gli uomini abbiano mansioni di supervisione, dirigenziali e tecniche.

Segregazione nelle mansioni

Con "segregazione delle mansioni" si intende una situazione in cui uomini e donne, a parità di qualifica, svolgono di fatto mansioni diverse: non solo gli uomini e le donne lavorano in settori diversi e fanno lavori diversi nello stesso settore o nello stesso luogo di lavoro, ma è dimostrato che, anche quando impiegati con la stessa qualifica nello stesso luogo di lavoro, gli uomini e le donne possono spesso svolgere mansioni diverse.

Alcuni ricercatori del Centro Cimbiose, presso l'Università del Quebec, hanno scoperto che questo fenomeno è diffuso. Un caso è stato quello degli addetti alle pulizie di un ospedale, in cui le donne eseguivano i lavori cosiddetti "leggeri" mentre agli uomini erano riservate le mansioni "pesanti". Un'indagine più attenta ha rivelato che le mansioni "leggere" non erano poi così leggere. Le donne eseguivano un maggior numero di compiti diversi e dovevano adattare più spesso le loro posture. Il carico di lavoro era pesante, con costrizioni posturali, movimenti ripetuti e un ritmo di lavoro continuo con pochissime pause. Spesso, erano anche obbligate a lavorare in posizioni statiche, a stare chinate o a movimenti di estensione. Ad esempio, le donne dovevano chinarsi per svuotare numerosi cestini in breve tempo, rimuovendo

sacchetti che potevano pesare più di 10 kg. Al contrario, altre mansioni assegnate agli uomini, come la spazzatura, venivano svolte in posizioni meno faticose e più erette. In un altro caso che ha riguardato un gruppo di giardinieri, le donne erano impegnate soprattutto a piantare e diserbare, mentre gli uomini facevano la maggior parte del lavoro di potatura, e questo poteva comportare esposizioni diverse ai pesticidi (Messing, 1998, 1999).

In altre parole, gli uomini possono essere assegnati a mansioni caratterizzate da rischi più evidenti, mentre le donne possono essere assegnate a mansioni più ripetitive, con posizioni di lavoro più innaturali (Messing e altri, 1994, 1998a).

Conclusioni

Abbiamo rilevato che le condizioni occupazionali delle donne possono differire da quelle degli uomini sotto diversi aspetti, e tra l'altro in rapporto al tipo di lavoro, al tipo di contratto e alle responsabilità familiari. La diversità di queste condizioni incide sulla salute e sulla sicurezza sul lavoro. Approfondiremo il discorso su questa influenza nel capitolo successivo, che comprende un esame delle differenze di genere a livello di esposizione a vari rischi del lavoro e di conseguenze a carico della salute.

3.



DIFFERENZE TRA UOMINI E DONNE NELLA SICUREZZA SUL LAVORO, NELL'ESPOSIZIONE AI RISCHI PER LA SALUTE E RELATIVE CONSEGUENZE

Il mondo del lavoro sta cambiando. C'è stato un allontanamento dal lavoro rurale, come anche dall'industria pesante e dal settore manifatturiero. Nuovi lavori sono emersi nel terziario ed i cambiamenti tecnologici hanno dato vita a nuove tipologie e forme di impiego. La globalizzazione ha determinato maggiore competizione, spingendo l'occupazione verso una maggiore razionalizzazione e flessibilità. Un importante cambiamento è stato rappresentato dall'ingresso delle donne nel mercato del lavoro.

La prevenzione dei decessi, delle malattie e

degli infortuni correlati al lavoro riveste un ruolo importante, dati gli elevati costi derivanti dalla mancata prevenzione a carico delle aziende, della società e dei soggetti interessati. È dunque necessario un costante impegno a migliorare la prevenzione sia per i lavoratori che per le lavoratrici. Tuttavia, i cambiamenti summenzionati, nonché le condizioni di lavoro e le circostanze della vita al di fuori dell'ambito lavorativo possono avere implicazioni diverse per i lavoratori e le lavoratrici, anche per quanto riguarda la loro salute legata al lavoro. La politica Ue mira a promuovere l'eguaglianza tra uomini e donne in tutti gli ambiti cui essa si rivolge, tra cui la salute e la sicurezza sul lavoro. Alla luce di quanto detto, e data la crescente partecipazione delle donne nel mercato del lavoro dell'Unione europea, e considerando l'obiettivo della Ue di aumentare ulteriormente questa partecipazione, l'"integrazione" della dimensione di genere nella sicurezza e nella salute del lavoro fa parte degli obiettivi primari della strategia della Comunità europea in tema di sicurezza e salute sul lavoro per il quadriennio 2002-2006.

Per contribuire a questo obiettivo europeo, il Consiglio amministrativo dell'Agencia europea per la salute e la sicurezza sul lavoro ha deciso di integrare programma il lavoro dell'Agencia per il 2002 con uno studio volto a esaminare la problematica delle differenze tra uomini e donne nell'ambito della salute e della sicurezza sul lavoro.

Agencia europea per la salute
e la sicurezza sul lavoro

Novembre 2003

3.



DIFFERENZE TRA UOMINI E DONNE NELLA SICUREZZA SUL LAVORO, NELL'ESPOSIZIONE AI RISCHI PER LA SALUTE E RELATIVE CONSEGUENZE

Premessa

Le statistiche e i rilevamenti condotti in Europa hanno fornito le seguenti indicazioni:

- Nell'Unione europea i disturbi più diffusi indotti dal lavoro sono rappresentati da: mal di schiena, stress, dolori muscolari, del collo e delle spalle e stato di affaticamento.
- Gli uomini hanno maggiori probabilità delle donne di subire infortuni sul lavoro (con congedi per malattia di quattro o più giorni).
- Le donne hanno maggiori probabilità degli uomini di manifestare disturbi causati dall'attività lavorativa.

- Le donne hanno maggiori probabilità degli uomini di manifestare disturbi agli arti superiori, stress indotto dal lavoro, malattie infettive e affezioni cutanee.
- Gli uomini hanno maggiori probabilità delle donne di manifestare malattie cardiache, disturbi dell'udito, delle vie respiratorie e affezioni polmonari.
- Le donne sono più esposte alle intimidazioni nell'ambiente di lavoro.
- In numerose malattie professionali la correlazione con la posizione occupata nella scala gerarchica o con il settore operativo è predominante rispetto all'appartenenza a uno o all'altro sesso.

Fonti: Dupré (2002); Fagan e Burchell (2002); Paoli e Merllié (2001). Si consultino anche le appendici 6 e 7.

Il presente capitolo esamina le differenze tra uomini e donne per quanto riguarda l'esposizione a una serie di rischi correlati alle attività lavorative e le relative conseguenze sulla salute, nonché il loro significato e i motivi all'origine delle differenze constatate. Il documento esamina inoltre temi quali l'esposizione ai rischi per la salute e le relative conseguenze in particolari settori quali quello agricolo, e in determinati gruppi, come le donne di età più avanzata, nonché la situazione nei paesi extraeuropei. In questo capitolo viene esaminata la misura in cui le differenze tra uomini e donne nell'esposizione e le conseguenze per la salute sono correlate alle differenze tra uomini e donne nell'ambito delle condizioni di lavoro illustrate nel capitolo precedente.

Infortuni

- Gli uomini hanno maggiori probabilità delle donne di subire infortuni sul lavoro gravi o mortali: non solo la percentuale di infortuni gravi che li riguarda è tre volte superiore a quella delle donne, ma anche rettificando il dato, ad esempio rapportandolo alla quantità di ore lavorate, tale percentuale permane pari

a oltre il doppio di quella delle donne. Il divario tra l'incidenza degli infortuni subiti dagli uomini e dalle donne si riduce ulteriormente quando si considerano anche gli infortuni di minore gravità, ma anche in questo caso la percentuale riguardante i lavoratori risulta pari a 1,33% volte quella delle lavoratrici.

- La flessione della percentuale di infortuni sul lavoro è più rapida per gli uomini che per le donne.
- Le diverse percentuali e tipologie di infortuni subiti da uomini e donne evidenziano una forte correlazione con la segregazione dei lavori e delle mansioni.
- Poiché la percentuale di infortuni subiti dalle donne è più elevata nei lavori che esigono maggiore velocità e impegno, un ruolo negativo potrebbe essere svolto dalla stanchezza e dall'esaurimento .
- Un fattore che può elevare il rischio delle donne di subire infortuni sul lavoro è rappresentato dall'utilizzo di attrezzature, macchinari e utensili progettati per lavoratori di genere maschile.
- Le statistiche degli infortuni dovrebbero tenere conto della quantità di ore lavorate. Inoltre, sarebbe opportuno condurre analisi più dettagliate delle statistiche in base alle mansioni realmente svolte dagli addetti e approfondire le modalità pratiche che consentano di migliorare l'accuratezza dei dati statistici, suddivisi per genere, concernenti la sicurezza sul lavoro e la salute dei lavoratori.
- Sarebbe utile disporre di dati più esaurienti sui tipi di infortuni subiti da lavoratori e lavoratrici e di un quadro più dettagliato della situazione in ciascun paese membro.
- È necessario adottare ulteriori provvedimenti per prevenire tutti gli infortuni, sia gravi che lievi, tanto più che sovente sono disponibili semplici misure di controllo.

Gli uomini hanno maggiori probabilità delle donne di subire gravi infortuni sul lavoro (ad esempio incidenti che costringono gli interessati ad assentarsi dal lavoro per quattro o più giorni). Secondo le statistiche degli infortuni denunciati ufficialmente nei Paesi membri, redatte da Eurostat per il 1998, gli uomini avevano il triplo delle possibilità di essere coinvolti in incidenti sul lavoro rispetto alle donne, ma tali cifre non tenevano conto della quantità di ore lavorate. Dopo aver adeguato i dati ai valori equivalenti degli orari di lavoro a tempo pieno ed operato l'uniformazione alla quantità di ore lavorate, si è constatata una diminuzione del divario tra le percentuali degli infortuni subiti da uomini e donne, che tuttavia nella Ue permane superiore a 2 (per l'esattezza 2,2). Le cifre rettifiche indicavano una maggiore probabilità degli uomini di rimanere vittime di infortuni, variabile tra le 2,5 volte di Belgio, Francia, Austria e Porto-gallo e le 1,5 volte del Regno Unito e della Svezia (Dupré, 2002. Fare riferimento anche all'appendice 7).

L'indagine condotta nel 1999 dalla UE sulla forza lavoro faceva riferimento anche agli infortuni meno gravi (comportanti assenze dal lavoro da zero a meno di quattro giorni). Sulla base delle risposte ricevute, e tenendo conto delle rettifiche precedentemente illustrate, la percentuale di infortuni sul lavoro subiti dagli uomini era ancora superiore di oltre 1,33 volte a quella delle donne. D'altro canto i risultati dell'indagine indicavano, sempre dopo aver eseguito le suddette rettifiche, che nel 1999 le probabilità delle lavoratrici Ue di soffrire di disturbi di salute causati dal lavoro, esclusi gli infortuni, erano 1,5 volte superiori a quelle dei colleghi (Dupré, 2002. Fare riferimento anche all'appendice 7).

La terza indagine europea sulle condizioni di lavoro ha indicato che nei 12 mesi precedenti il 9% degli uomini e il 6 % delle donne si era assentato dal lavoro per infortuni subiti durante attività lavorative. La medesima indagine ha rivelato che le donne erano meno esposte degli uomini a rischi di natura fisica e materiale e che il maggior rischio riguardava gli uomini che svol-

gevano lavori manuali, seguiti dalle donne addette a mansioni dello stesso tipo. Nei lavori non manuali la differenza tra i generi era trascurabile, seppure ancora con una leggera prevalenza di uomini. A differenza delle assenze dovute a infortuni, il 10% dei lavoratori e delle lavoratrici dipendenti si era assentato dal lavoro a causa di disturbi di salute attribuiti alle condizioni di lavoro. A conferma dell'influenza esercitata dal tempo di esposizione al rischio, le assenze dei lavoratori e delle lavoratrici part-time per infortuni subiti durante il lavoro o per disturbi ad esso attribuibili erano meno frequenti (Fagan e Burchell, 2002. Fare riferimento anche alla tavola 7 nell'appendice 6).

Le cifre rettificate diffuse da Eurostat confermano che il settore lavorativo e il tipo di mansioni esercitano un'influenza sulle differenze tra uomini e donne. Più frequentemente gli uomini sono adibiti ad attività ad alto rischio come l'edilizia e i trasporti, mentre la probabilità di infortuni è minore in uffici e negozi, dove le lavoratrici sono in grandissima maggioranza. Tuttavia

l'esame delle percentuali degli infortuni subiti da uomini e donne operanti in alcuni settori rivela che la differenza è molto più rilevante nelle aziende edilizie, energetiche e idriche, nelle quali la separazione tra le attività assegnate a uomini e donne è molto rigida: basti pensare all'edilizia, dove gli uomini lavorano nei cantieri e le donne negli uffici. Tuttavia nel settore alberghiero e della ristorazione, dove si può ritenere che le mansioni svolte da donne e uomini abbiano molti più punti di contatto, la maggiore incidenza degli infortuni subiti dagli uomini è solo marginale. La percentuale di infortuni subiti da lavoratori del settore finanziario e commerciale è pari a 1,5 volte quella delle lavoratrici, ma occorre ricordare che in questo settore lavora personale adibito a compiti tipicamente maschili, come gli addetti alla sicurezza. In Svezia, ad esempio, i rischi più elevati di infortuni gravi riguardano le lavoratrici di segherie, trasporti pubblici, servizi di autobus di linea e aziende di imballaggi in plastica. In tutte queste industrie il rischio di infortuni sul lavoro è da due a tre volte superiore alla media (Broberg, 2001).

Tavola 5 - Cause di infortuni nel settore della ristorazione e del catering

I settori della vendita, alberghiero e del catering occupano più donne che uomini. La percentuale di infortuni riscontrata in alberghi e ristoran-

ti è analoga per uomini e donne. L'analisi delle cause degli infortuni denunciati in Gran Bretagna nel settore del catering (compresi alberghi e ristoranti) ha evidenziato la seguente suddivisione (in ordine di frequenza):

Cadute e scivolate	30,0% degli infortuni riportati (75% dei principali infortuni)
Movimentazione	29,0%
Esposizione a sostanze pericolose, superfici roventi, vapore	16,0%
Urti subiti da oggetti in movimento/caduta, compresi gli utensili	10,0%
Impatto con oggetti (prevalentemente fissi)	4,0%
Macchinari (ad es. affettatrici e mescolatrici di cibi)	3,0%
Cadute	1,8%
Incendi ed esplosioni	1,6%
Scosse elettriche	0,5%
Trasporto (ad es. carrelli elevatori)	0,3%

Fonte: Health and Safety Executive (1997), Priorities for health e safety in catering activities

Tavola 5 - Cause di infortuni nel settore della ristorazione e del catering

La tabella seguente, elaborata in Gran Bretagna, indica che le scivolate e le cadute rappresentano le cause più frequenti degli incidenti che si verificano nel settore scolastico. La maggior parte degli infortuni consiste in distor-

sioni e slogature, ma non mancano le fratture e i traumi cranici. Le complicazioni successive ad alcuni infortuni possono addirittura risultare fatali. Ciò accade quando gli incidenti non vengono trattati con la dovuta attenzione, in parte perché ritenuti inevitabili sebbene le misure di prevenzione siano abbastanza semplici.

Infortuni denunciati all'Ente britannico per la sicurezza e la salute sul lavoro (SSL) nel 2001/2002 (dati provvisori)	Totale degli infortuni denunciati	Infortuni scivolati o inciampati	% degli infortuni complessivi per scivolate e inciampate
Scuole elementari e secondarie	3.700	1.399	38
Istituti superiori e universitari	1.793	643	36

Accorgimenti per diminuire il rischio di scivolare e inciampare:

- Prevenire il rischio di scivolare e inciampare già nella fase della progettazione, prevedendo l'utilizzo di pavimenti idonei e dotati di superfici antiscivolo.
- Rimuovere immediatamente i liquidi versati e verificare che dopo la pulizia i pavimenti siano ben asciutti.
- Prescrivere a dipendenti e studenti l'uso di calzature funzionali.

- Fornire un'illuminazione adeguata. La scarsa illuminazione o i riflessi possono rendere difficile distinguere i punti dove è più facile scivolare o inciampare.
- Idonea informazione e formazione: le misure di controllo che comportano modifiche delle procedure di lavoro possono essere altrettanto efficaci quanto i provvedimenti riguardanti l'ambiente circostante.

Fonte: Health e Safety Executive (1997), *Priorities for health e safety in catering activities*

Anche la segregazione delle mansioni esercita i suoi effetti sulle tipologie e sui motivi degli infortuni sul lavoro. Ad esempio, un'indagine svedese sulle cadute e le scivolate ha appurato che le donne raramente cadono dalle impalcature, mentre scivolano frequentemente quando tentano di impedire la caduta di un paziente, di un alunno o di un cliente (Kemmlert e Lundholm, 2001). Grönkvist e Lagerlöf (1999) citano l'esempio del settore alimentare dove le lavoratrici hanno riportato con maggiore frequenza traumi causati da macchinari, mentre gli infortuni degli uomini sono causati più spesso da attrezzi taglienti come i coltelli e dal contatto con animali. Questi dati rispecchiano la diver-

sità delle mansioni rispettivamente svolte.

Sarebbe utile ricevere dai Paesi membri informazioni non solo sulle percentuali degli infortuni suddivisi tra uomini e donne, ma anche sulle diverse tipologie di infortunio. I dati diffusi dovrebbero indicare anche gli incidenti mortali, quelli che comportano assenze dal lavoro superiori a quattro giorni e quelli meno gravi. La suddivisione per settore o per tipo di lavoro renderebbe i dati forniti ancora più efficaci.

I dati della terza indagine europea sulle condizioni di lavoro indicano che la percentuale di infortuni

subiti dalle donne aumenta quando i ritmi di lavoro sono intensi o le mansioni sono gravose, ivi compresa l'imposizione di scadenze ravvicinate (Paoli e Merlié, 2001). Se ne deduce che lo stress, la stanchezza e l'esaurimento possono contribuire al verificarsi degli infortuni. Gli uomini, tuttavia, più frequentemente delle donne sono soggetti a ritmi di lavoro imposti dal tipo di prodotto o dal funzionamento di macchinari, mentre i ritmi di lavoro delle donne sono più spesso determinati dalle richieste dei clienti e degli utenti dei servizi (Fagan e Burchell, 2002).

Le donne sono leggermente più esposte degli uomini allo stato di insicurezza legato ai contratti a tempo. È stato dimostrato che i lavoratori con contratti non permanenti subiscono infortuni in misura maggiore rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato (Notkola e Vän-skä, 1999; si vedano anche Goudswaard e Andries, 2002). Il maggior rischio potrebbe essere legato alla diversa natura del lavoro svolto, all'addestramento meno approfondito ed alla minore conoscenza di un dato ambiente di lavoro o di una determinata mansione. D'altro canto gli uomini sono più spesso lavoratori autonomi, ossia

appartengono a una categoria caratterizzata da una maggiore incidenza di infortuni sul lavoro.

I dati diffusi da Eurostat rivelano che non solo la percentuale di infortuni sul lavoro è in diminuzione, ma anche che tale dinamica è più accentuata per gli uomini che per le donne. Per spiegare questo fenomeno sono state avanzate diverse ipotesi: il crescente abbandono da parte degli uomini di alcuni lavori manuali tradizionalmente più rischiosi; l'accresciuta sicurezza degli ambienti di lavoro degli uomini, o anche le modalità di lavoro più sicure adottate dagli uomini, che operano in ambienti di lavoro sempre più spesso oggetto di campagne volte a ridurre il numero degli infortuni, ecc. (Dupré, 2002. Fare riferimento anche all'appendice 7). È evidente che è necessario compiere ulteriori sforzi per prevenire i rischi di infortuni subiti dagli uomini, ma non per questo si devono trascurare gli analoghi rischi corsi dalle donne. Vi sono esempi di campagne concepite per affrontare il tema degli infortuni in settori lavorativi caratterizzati da una prevalenza di lavoratrici (fare riferimento alla tavola 6).

Tavola 6

La formula della sicurezza

Gli obiettivi chiave per la riduzione degli infortuni a livello nazionale sono stati indicati dalla campagna condotta dall'ente britannico SSL nel settore alimentare e delle bevande. La campagna è stata integrata da una serie di suggerimenti, dal coinvolgimento di associazioni di categoria e organizzazioni sindacali, da una strategia concertata di controlli sulle attività lavorative e dall'individuazione degli impianti aziendali caratterizzati dai tassi più elevati di infortuni, ai quali è stata prestata un'assistenza particolare al fine di migliorare la gestione delle problematiche legate a salute e sicurezza. Alcuni punti sono stati oggetto di particolare attenzione, tra i quali la movimentazione, le scivolate e le inciampate e gli infortuni causati dai macchinari.

Prevenzione degli infortuni causati da aghi alle operatrici di macchine da cucire

Un'azienda produttrice di capi di abbigliamento ha instaurato una stretta collaborazione con un'organizzazione sindacale per individuare i possibili modi di proteggere le dita delle operatrici dalle ferite causate dagli aghi delle macchine durante la cucitura. La soluzione individuata, ovvero la progettazione di una guaina di protezione per gli aghi, è stata adottata come punto di partenza per l'elaborazione di un nuovo standard di sicurezza CEN per le macchine da cucire.

Fonte: Agenzia europea (2001a).

L'uso di apparecchiature, macchinari e attrezzi progettati per gli uomini può contribuire alla percentuale di infortuni subiti dalle donne. Messing (1998) cita l'esempio della potatura degli alberi, che non poteva essere svolta da donne perché "la cintura di sicurezza della macchina che sollevava gli addetti alla potatura era troppo larga per le donne, che pertanto potevano sfuggire alla presa a cadere". Un'analisi comparativa delle percentuali degli infortuni subiti da donne e uomini che svolgono i rispettivi compiti nel medesimo contesto è stata eseguita sull'addestramento dei militari nell'esercito britannico. L'esigenza di ottemperare alle leggi sulle pari opportunità ha determinato l'introduzione di metodi di addestramento identici. Dalle statistiche dei rapporti medici si evince che le donne arruolate nell'esercito sono soggette a maggiori rischi di subire infortuni e patologie muscoloscheletriche (Bergman e Miller, 2001; Strowbridge, 2002; fare riferimento anche a Geary et al., 2002). Probabilmente i metodi di addestramento e l'equipaggiamento erano stati progettati per le caratteristiche maschili. Strowbridge (2002) ne conclude che "tali risultati possono servire da punto di partenza per interventi mirati a ridurre le disparità pur senza sminuire l'efficacia degli standard complessivi di addestramento". Strowbridge cita anche alcuni dati secondo i quali le donne che prestano servizio nell'esercito possono avere maggiori probabilità di subire infortuni rispetto ai colleghi.

Gli infortuni che colpiscono gli uomini sono attribuibili anche alla scarsa corrispondenza tra i requisiti richiesti per svolgere certe mansioni e le caratteristiche degli addetti. Se agli uomini si richiede di sollevare oggetti più pesanti rispetto alle donne perché sono considerati più robusti, la conseguenza per questi lavoratori sarà un aumento degli infortuni subiti durante l'esecuzione di tali mansioni. Per tale motivo la metodologia più efficace consiste, laddove possibile, nell'eliminazione delle procedure rischiose e nel rendere tali compiti più agevoli e sicuri per un maggior numero di persone.

Il dato conclusivo è che gli uomini subiscono più infortuni sul lavoro, mentre le donne soffrono in misura maggiore di patologie riconducibili alle mansioni svolte. Spesso la ricerca, le strategie, i controlli dell'ispettorato del lavoro e numerosi altri provvedimenti privilegiano i settori "ad alto rischio" di infortuni, vale a dire che in pratica i settori caratterizzati da maggiori rischi per gli uomini ricevono più risorse per la salvaguardia della salute e della sicurezza rispetto ai settori in cui sono le donne a correre i maggiori rischi.

Invece, sarebbe necessario come provvedimento minimo, che all'atto di stabilire le priorità si prendessero in considerazione non solo la percentuale di infortuni, ma anche il numero complessivo delle persone che beneficerebbero degli interventi; ad esempio il maggior numero di persone operanti nel settore alberghiero e della ristorazione, oppure l'imponente massa di impiegati degli uffici, rispetto agli addetti alla pesca in mare. Con ciò non si vuole sostenere che non è corretto prestare la massima attenzione al settore della pesca, ma semplicemente che la salute e la sicurezza di un numero molto elevato di persone potrebbe beneficiare dei miglioramenti introdotti in altri settori, che seppure caratterizzati da rischi d'infortunio minori, impiegano un numero molto elevato di lavoratori.

Come già rilevato in precedenza, l'informazione presenta delle zone d'ombra. Appare inoltre evidente che, sebbene in tutti i Paesi membri gli uomini subiscano più infortuni rispetto alle donne, il quadro della percentuale dei sinistri non è uni-forme. Secondo i dati diffusi da Eurostat, ad esempio, in Spagna tra il 1994 e il 1998 è stato riscontrato un aumento degli infortuni gravi subiti da donne, forse perché al giorno d'oggi un numero più elevato di donne opera in settori ad alto rischio, oppure tale fenomeno potrebbe essere attribuito a un diminuito rigore degli standard di sicurezza (Grönkvist e Lager-löf, 1999). Anche in Belgio, Luss-emburgo e Svezia è stato registrato un aumento del tasso di infortuni, mentre in

altri Paesi membri è stata rilevata una flessione. Sarebbe inoltre utile ottenere maggiori dati sulle differenze percentuali risultanti dai raffronti tra gli infortuni subiti da lavoratori e lavoratrici nei Paesi membri, ivi comprese le differenze tra uomini e donne per quanto attiene alle tipologie degli infortuni o alle mansioni in cui tali infortuni si verificano. Tutti i Paesi membri dovrebbero svolgere analisi più approfondite degli infortuni e delle patologie che interessano uomini e donne, raccogliendo dati supplementari mediante rilevamenti sui lavoratori dipendenti ed eseguendo, in ambito nazionale, studi volti a colmare le eventuali lacune dei dati a disposizione.

Una maggiore accuratezza dei dati concernenti le tipologie di infortuni subiti, suddivisi tra uomini e donne e ordinati per categorie secondo la maggiore o minore gravità, sarebbe senz'altro utile. Inoltre, sarebbe opportuno disporre di analisi statistiche più dettagliate, basate sulla quantità di ore lavorate e sulle mansioni effettivamente svolte dai lavoratori. In conclusione, è opportuno approfondire lo studio delle modalità pratiche per potenziare le statistiche, suddivise tra uomini e donne, concernenti la sicurezza e la salute sul lavoro.

Tavola 7 - Le percentuali degli infortuni variano tra uomini e donne?

Secondo i dati diffusi da Eurostat e l'indagine europea sulle condizioni di lavoro, i lavoratori subiscono più infortuni delle lavoratrici. Ciò accade anche in presenza di rettifiche dei dati operate per tenere conto della quantità di ore lavorate. Nel corso dell'indagine nazionale sui lavoratori dipendenti condotta in Gran Bretagna, per integrare i rapporti ufficiali riguardanti gli infortuni sul lavoro, sono stati posti ai partecipanti alcuni quesiti concernenti la salute e la sicurezza. L'ente britannico Health and Safety Executive ha eseguito un'ulteriore analisi dei dati concernenti vari aspetti degli infortuni sul lavoro, compreso il sesso degli interessati (Health and Safety Executive, 2000).

Secondo i dati del rilevamento la percentuale complessiva di infortuni riportati dagli uomini nell'ambiente di lavoro supera in misura pari al 75% quella delle donne. Tuttavia, rettificando il dato sulla base del tipo di lavoro, della quantità di ore lavorate e di altri aspetti, la percentuale si riduce in misura sensibile, attestandosi al 20%. Se è vero che molta della differenza è riconducibile alle caratteristiche del lavoro svolto, tale dato da solo non basta a spiegare il

20% di rischio in più riscontrato dagli uomini rispetto alle donne. Sotto il profilo dell'età, l'Health e Safety Executive ha indicato che il rischio di riportare infortuni sul lavoro è notevolmente più elevato per i lavoratori dai 16 ai 20 anni rispetto ai colleghi più anziani. Tra le donne l'appartenenza a diverse fasce di età non ha evidenziato variazioni sostanziali, tuttavia il campione femminile interpellato era troppo esiguo per poter constatare l'esistenza di differenze statisticamente rilevanti tra i rischi rilevati nelle varie fasce di età.

Forse le lavoratrici sono più attente dei loro colleghi alla sicurezza? Probabilmente questa è una spiegazione troppo semplicistica. È invece opportuno porsi un'altra domanda: "gli uomini e le donne che svolgono lo stesso lavoro compiono effettivamente le stesse mansioni"? Messing (1998) ha appurato che donne e uomini, anche se addetti alle medesime mansioni, non necessariamente corrono lo stesso rischio di contrarre patologie. Se ne conclude che le differenze tra lavoratrici e lavoratori non sono soltanto di carattere biologico, ma si estendono ad altri aspetti come l'anzianità nel posto di lavoro, l'età media, le mansioni svolte, le tecniche di lavoro e la vita privata.

Patologie muscoloscheletriche

Concetti fondamentali

- In Europa, in linea generale, le patologie muscoloscheletriche (a volte indicate con l'acronimo inglese MSD) rappresentano un fenomeno preoccupante e di crescenti proporzioni: si tratta infatti della patologia causata dal lavoro maggiormente citata dalle lavoratrici e dai lavoratori europei.
- I disturbi muscoloscheletrici lamentati da lavoratrici e lavoratori si equivalgono sul piano quantitativo, ma un numero maggiore di donne avverte dolori agli arti superiori.
- Le patologie muscoloscheletriche evidenziano una correlazione con le carenze caratteristiche ergonomiche delle condizioni di lavoro in cui operano sia le donne che gli uomini. Le donne spesso lavorano in circostanze che causano l'insorgere di patologie muscoloscheletriche: posture innaturali, mansioni monotone e ripetitive, metodologie operative e organizzazione del lavoro carenti e, più spesso di quanto venga generalmente ammesso, sollevamento di carichi pesanti.
- Le cognizioni scientifiche riguardanti gli specifici rischi di natura ergonomica indotti dal lavoro sono sufficienti per attuare un'opera di prevenzione delle patologie muscoloscheletriche che colpiscono le lavoratrici e i lavoratori.
- Le misure preventive non devono avere carattere discriminatorio tra uomini e donne.
- Nonostante la diffusa convinzione che le patologie muscoloscheletriche siano più frequenti tra le donne, gli studi condotti sul fenomeno hanno riguardato prevalentemente gli uomini. Sono pertanto necessari ulteriori approfondimenti dei fattori prognostici riguardanti le lavoratrici, anche per appurare se tra uomini e donne addetti alle medesime mansioni esistano diversi livelli di rischio.

- Alcuni fattori di affaticamento sul lavoro più diffusi nelle attività svolte da donne, come stare a lungo in piedi, sono stati studiati in misura molto minore rispetto ad altre circostanze, quali ad esempio il sollevamento di oggetti pesanti.
- Nell'ambito dei sistemi di rendicontazione sarebbe utile distinguere tra i diversi tipi di patologie muscoloscheletriche, con particolare riguardo agli infortuni alla schiena causati dalla movimentazione manuale ed i disturbi agli arti superiori.

I disturbi muscoloscheletrici coinvolgono un'ampia gamma di patologie, le cui forme principali, riconducibili alle attività lavorative, sono i dolori e le infortuni alla schiena e i disturbi agli arti superiori, includendo in questo termine il collo, le spalle, i gomiti, le braccia, i polsi e le mani. Anche gli arti inferiori possono essere colpiti: in passato molti studi sono stati compiuti sul cosiddetto "ginocchio della domestica", una patologia causata da lavori che imponevano di stare spesso in ginocchio, ad esempio per strofinare i pavimenti. Le affezioni degli arti comprendono un'ampia gamma di malattie e patologie infiammatorie e degenerative che possono interessare i tendini, i legamenti, il sistema nervoso, i muscoli, la circolazione e le cartilagini delle articolazioni, arrecando dolori e danni funzionali. Le patologie della schiena comprendono le affezioni dei dischi intervertebrali e danni ai muscoli ed ai tessuti molli. L'inizio e la durata della maggior parte delle patologie muscoloscheletriche, che generalmente insorgono dopo mesi o anni di sforzi eccessivi ai quali vengono sottoposti i tessuti molli, hanno più spesso carattere cronico o sub-cronico che acuto (Punnett e Herbert, 2000).

Gli studi condotti a livello europeo indicano che le patologie muscoloscheletriche non solo rappresentano il disturbo correlato al lavoro più comune tra uomini e donne, ma che il fenomeno è in aumento, così come in crescita sono i fat-

tori che vi contribuiscono, come l'intensità del lavoro. Circa il 30% delle donne e degli uomini attribuiscono alle rispettive attività lavorative i loro disturbi di carattere muscolare (dolori alla schiena e ad altri muscoli). Il raffronto tra i dati riguardanti i lavoratori a tempo pieno e quelli part-time indica che in ambedue i gruppi le donne denunciano un maggior numero di disturbi attribuiti al lavoro, sebbene la differenza sia minima (Dupré, 2001; Fagan e Burchell, 2002). Solo un quarto delle persone interpellate durante la terza indagine europea sulle condizioni di lavoro ha citato dolori al collo, alle spalle ed agli arti superiori. Non sono state riscontrate apprezzabili differenze tra le risposte fornite da donne e uomini, con l'unica eccezione rappresentata da una percentuale molto più elevata di donne che lamenta dolori agli arti superiori. Nella stessa indagine, un numero equivalente di donne e uomini ha evidenziato dolori alla schiena (Paoli e Merllié, 2001; si vedano anche Punnett e Herbert (2000) per quanto riguarda la maggiore incidenza dei disturbi agli arti superiori tra le lavoratrici).

Le patologie agli arti superiori ascrivibili ad attività lavorative sono causate dall'assunzione di posizioni scorrette, da movimenti molto ripetitivi o che richiedono uno sforzo, da ritmi intensi di lavoro, da vibrazioni trasmesse alle mani e alle braccia, dal lavoro in ambienti freddi e da fattori psicosociali, compreso lo stress causato dal lavoro. Le patologie della schiena dipendono da lavori che richiedono la manipolazione di oggetti, mentre i fattori di rischio comprendono il peso dei carichi sollevati, la frequenza con cui vengono manipolati gli oggetti e le posture scomode. Tali affezioni dipendono inoltre dall'assunzione di posizioni disagiati in generale, compreso il prolungato mantenimento della posizione seduta o lo stare seduti in modo scorretto, oppure lo stare a lungo in piedi, ossia tutti fattori di rischio che caratterizzano molti lavori svolti dalle donne. Un altro fattore scatenante dei dolori alla schiena è rappresentato dalle vibrazioni che si propagano a tutto il corpo, particolarmente in posizio-

ne seduta e che rappresentano un fenomeno particolarmente diffuso in alcuni lavori prevalentemente maschili, come la guida di autocarri e autobus. Nella terza indagine europea sulle condizioni di lavoro sia le donne che gli uomini hanno riferito di essere soggetti a lavori ripetitivi, a carichi posturali e a mansioni svolte in posizioni dolorose e faticose, mentre gli uomini hanno citato il sollevamento di carichi pesanti. Il fatto che nell'indagine precedente le lavoratrici avessero denunciato di essere maggiormente soggette a mansioni ripetitive rispetto agli uomini ha indotto qualcuno a formulare l'ipotesi che nella terza indagine la domanda potrebbe essere stata male interpretata (Paoli e Merllié, 2001).

I raffronti tra l'influenza dei fattori legati al lavoro e all'appartenenza al genere sull'incidenza delle patologie degli arti superiori indotte dal lavoro spesso evidenziano una stretta correlazione con i fattori di rischio presenti nell'ambiente di lavoro (Buckle e Devereux, 1999). Punnett e Herbert (2000) sono tra quelli che hanno analizzato l'incidenza delle patologie muscoloscheletriche tra le lavoratrici: ad esempio un'elevata percentuale di disturbi causati dal lavoro è stata riscontrata tra le lavoratrici dei settori dell'abbigliamento, dell'imballaggio e tessile, nonché tra le operatrici delle catene di montaggio e di impianti di lavorazione di pollame e pesce, operatrici ai videoterminali, centraliniste, addette alle pulizie, addette alle cucine e cassiere dei supermercati. I settori dell'imballaggio e del montaggio, ad esempio, dominati dalla presenza femminile, generalmente richiedono movimenti rapidi, precisi e ripetitivi, nonché il prolungato mantenimento della posizione seduta. Può accadere che agli uomini operanti in questi settori, anche se inquadrati nelle stesse categorie delle loro colleghe, vengano affidate altre mansioni, mentre le donne continuano a svolgere i compiti più esposti ai fattori di rischio (fare riferimento anche a Messing, 2000). Tra gli autori di studi che hanno individuato alcune mansioni che possono provocare l'insorgere di dolori al collo e alle spalle citiamo Ariëns et al. (2001).

Tavola 8 – Disturbi muscoloscheletrici nei lavoratori del settore tessile e dell'abbigliamento

L'industria dell'abbigliamento è caratterizzata da mansioni ripetitive e da altri fattori che potrebbero determinare l'insorgere di patologie muscoloscheletriche, tra cui quei sistemi di retribuzione che tradizionalmente sono collegati ai ritmi di lavoro. Negli ultimi decenni l'accanita concorrenza sui mercati mondiali ha costretto il settore ad attuare massicci piani di risanamento. L'intensificazione dei ritmi di lavoro che ne è conseguita ha determinato il deterioramento delle condizioni di lavoro, con un conseguente aumento delle patologie muscoloscheletriche. Tuttavia in numerosi impianti produttivi di tutta Europa sono state applicate con successo metodologie basate sulla concertazione, che si propongono di risolvere alcune problematiche, nuove o già conosciute, correlate al fenomeno delle patologie muscoloscheletriche.

- In Italia, presso un impianto di produzione e imballaggio di biancheria intima femminile è stato attuato un intervento, basato sulle ricerche effettuate, che è sfociato nella pubblicazione di una guida alla prevenzione sponsorizzata dall'azienda e da enti pubblici, nel riconoscimento dell'esigenza di un monitoraggio costante delle problematiche legate alle patologie muscoloscheletriche indotte dai cambiamenti in atto all'interno dell'azienda, e infine

nella proposta di realizzare alcuni semplici ausili di cui le stesse lavoratrici si avvarranno per valutare le metodologie di lavoro.

- In Spagna, un produttore di jeans ha tentato di introdurre un "sistema di produzione modulare". Tuttavia, i lavoratori, non avendo ricevuto alcuna formazione per il lavoro di squadra, in pratica continuavano ad operare su base individuale. L'azienda sperava anche che i cambiamenti accrescessero la sua capacità di competere in un settore molto difficile come quello della produzione di jeans, ma sarebbe stato necessario dedicare maggiore attenzione ai fattori ergonomici ed alle questioni di ordine generale legate all'organizzazione del lavoro. Un ostacolo al successo dell'iniziativa è stato rappresentato dalla mancanza di accesso a soluzioni innovative e la mancata condivisione delle esperienze.
- In Danimarca, i sindacati e i datori di lavoro hanno elaborato un piano d'intervento nazionale per la prevenzione delle patologie muscoloscheletriche nel settore. Il piano, dotato di appositi fondi, ha prodotto un manuale sui sistemi di retribuzione alternativi al cottimo. Inoltre, sono stati definiti degli obiettivi per la modifica dell'organizzazione del lavoro e sono stati eseguiti alcuni studi pilota.

Fonti: Hague et al. (2001). Si vedano anche Barros Duarte et al. (2002), il sito web dell'IDICT e l'Agencia europea (2001a).

Sebbene la terza indagine europea sulle condizioni di lavoro riveli che gli uomini eseguono più frequentemente mansioni di movimentazione, il numero di donne impegnate in tali compiti è tutt'altro che trascurabile: il 28% degli uomini, contro il 17% delle donne, ha riferito di trascorrere almeno la metà dell'orario di lavoro trasportando o spostando carichi pesanti. I disturbi alla schiena causati da lavori fisici pesanti sono stati rilevati tra infermieri e addetti ai servizi di assistenza agli anziani,

addetti alle pulizie, alle cucine e alla lavanderia. Spesso ci si dimentica che in alcuni lavori si richiede alle donne di svolgere mansioni molto impegnative sul piano fisico. Ad esempio il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) degli Stati Uniti ha reso noto che tra i lavoratori del settore sanitario il tasso di infortuni subiti a causa di sforzi eccessivi, particolarmente aiutando i pazienti a spostarsi, è pari al doppio della media nazionale, mentre per gli addetti all'assistenza domiciliare la per-

centuale è addirittura tre volte superiore rispetto al dato a livello nazionale (fare riferimento alla tavola 9). Uno studio eseguito da Dassen et al. (1990) ha rilevato che le infermiere sollevando i pazienti compivano sforzi più intensi dei colleghi uomini, i quali più spesso erano addetti a compiti direttivi o lavoravano in sala operatoria o nei reparti di terapia intensiva, dove c'è meno necessità di sollevare carichi pesanti. Le commesse dei negozi e le lavoratrici agricole a volte devono sollevare pesi notevoli; le lavoratrici agricole, in particolare, talvolta devono eseguire lavori fisicamente gravosi assumendo posizioni disagiati, ad esempio stando costan-

temente chine. Persino negli uffici alle donne può capitare a volte di sollevare pesanti raccoglitori di documenti, scatole di carta per fotocopiatrici o attrezzature da lavoro. Inoltre un esame più approfondito delle mansioni svolte da alcune lavoratrici rivela che il loro "lavoro leggero" è spesso fisicamente più gravoso di quanto appaia a prima vista, non solo a causa dei pesi sollevati, ma anche per la ripetitività e la natura disagiata dei compiti eseguiti e per le posture innaturali che devono essere mantenute per svolgere vari compiti (Messing, 1998 e 1999, cita come esempio i carichi sollevati dalle addette alle pulizie che svuotano i cestini).

Tavola 9 – L'assistenza sanitaria domiciliare: un settore in espansione dominato dalle donne con un crescente aumento dei disturbi muscoloscheletrici

Il NIOSH ha espresso la sua preoccupazione per la crescente percentuale di patologie muscoloscheletriche, particolarmente alla schiena, riscontrata tra i lavoratori del settore sanitario in generale e tra gli addetti all'assistenza domiciliare in particolare. La percentuale di infortuni causati da eccessivo affaticamento, che negli Stati Uniti è pari a circa il doppio della media nazionale, sale al triplo nel caso degli addetti all'assistenza domiciliare. Inoltre l'ente statunitense per la salute e la sicurezza sul lavoro ha rilevato che in passato sono stati condotti pochi studi volti ad affrontare i problemi di salute degli operatori dell'assistenza domiciliare, sebbene negli USA sia proprio questo il segmento del settore sanitario con il maggior tasso di crescita. I ricercatori del NIOSH hanno rilevato che, rispetto al contesto ospedaliero, l'ambiente domestico in cui viene prestata l'assistenza amplifica alcuni fattori di rischio, come la necessità di svolgere da soli i propri compiti, la mancanza di controllo sulla disposizione degli arredi e delle apparecchiature, i letti non regolabili, l'assenza di attrezzature per lo sposta-

mento dei pazienti e la minore capacità di questi ultimi di collaborare con gli operatori. Il compito degli addetti è reso ancora più difficile dall'applicazione di alcune politiche di assistenza ai pazienti e dalle problematiche inerenti la privacy. L'esame degli studi e delle indagini sinora effettuati ha consentito al NIOSH di giungere alle seguenti conclusioni: la forte incidenza di disturbi muscoloscheletrici è dovuta alle carenti condizioni ergonomiche in cui operano gli addetti, che per prestare la loro assistenza ai pazienti sono costretti ad adottare posizioni disagiate ed a compiere sforzi gravosi; l'ergonomia (ossia la progettazione di tutti gli elementi dell'ambiente di lavoro secondo criteri atti ad ottimizzare le capacità degli operatori) rappresenta la metodologia di prevenzione più promettente. A tal fine è necessario elaborare soluzioni ergonomiche concepite appositamente per gli ambienti domestici e documentare e condividere i programmi ergonomici eseguiti con successo nei predetti ambienti. Sulla base dei risultati di questa indagine il NIOSH condurrà ulteriori ricerche volte a quantificare i rischi per gli addetti all'assistenza sanitaria domiciliare e a individuare le misure utili alla prevenzione delle patologie muscoloscheletriche e di altri rischi (fare riferimento a Galinsky et al., 2001).

I dati della ricerca sembrano suggerire una correlazione tra l'uso del com-puter per sei o più ore al giorno e l'aumento dei rischi di disturbi agli arti superiori. Alcuni elementi indicano che questa correlazione è più diffusa tra le donne che tra gli uomini. Inoltre, una certa sintomatologia è già visibile in coloro che usano il computer per quattro ore al giorno (Blatter e Bongers, 2002). Alcuni importanti fattori di prevenzione consistono nel controllo dei ritmi di lavoro e nella possibilità di effettuare delle pause a intervalli regolari, senza dimenticare la disponibilità di postazioni di lavoro adeguate e la loro appropriata disposizione.

Si va diffondendo la convinzione secondo cui i fattori psicosociali, come i ritmi di lavoro serrati, lo scarso controllo sulle mansioni svolte, lo scarso supporto sociale, la monotonia del lavoro e altri fattori che contribuiscono allo stress nel contesto lavorativo siano concause nello sviluppo di patologie agli arti superiori determinate dalle mansioni svolte (per alcuni esempi si vedano Dev-ereux, 2000; Vingård e Hagberg, 2001). Come illustrato nel capitolo dedicato allo stress da lavoro, si tratta di fenomeni comuni all'attività di molte donne.

I disturbi muscoloscheletrici e la progettazione delle attrezzature da lavoro

Le patologie muscoloscheletriche possono colpire i lavoratori di tutti settori, ma per molte donne un ulteriore rischio proviene dall'impiego di strumenti non sempre concepiti per l'uso da parte di lavoratrici (Punnett e Herbert, 2000). Questo concetto viene ampiamente dimostrato dai due studi illustrati nella tavola 10: il primo riguarda le patologie muscoloscheletriche che colpiscono le donne impiegate in un settore non tradizionale come il giardinaggio, dove è naturale aspettarsi la presenza di attrezzature non concepite per le lavoratrici. Il secondo esamina il lavoro delle addette alle pulizie, che sebbene in maggioranza donne devono servirsi di attrezzature da lavoro inadatte alle loro caratteristiche. Una maggiore attenzione rivolta all'equilibrio ergonomico tra gli attrezzi da lavoro, le mansioni svolte e le caratteristiche fisiche degli addetti sarebbe vantaggiosa non solo per le donne occupate in settori non tradizionali, ma anche per gli uomini di corporatura diversa dalla media (Messing, 1999).

Tavola 10 – Giardinieri comunali: esempio di lavoratrici impegnate in "attività non tradizionali" che utilizzano strumenti inadeguati

È stato riscontrato che numerose mansioni presentavano difficoltà fisiche sia per gli uomini che per le donne. Uno studio riguardante gli addetti e le addette alla manutenzione dei giardini comunali ha individuato alcune problematiche, tra cui:

- difficoltà incontrate non solo dalle donne, ma anche da alcuni uomini di corporatura diversa dalla media maschile su cui si basa la progettazione degli strumenti e delle attrezzature da lavoro;
- difficoltà, legate alla corporatura delle donne

e degli uomini di piccola statura di eseguire mansioni che richiedono l'impiego di forza fisica, come spostare oggetti pesanti e zappare;

- spesso le donne e gli uomini di statura alta hanno evidenziato difficoltà nell'utilizzo di attrezzature e strumenti, nonché nell'assunzione di determinate posizioni e posture;
- le donne, in modo particolare, hanno denunciato difficoltà nell'utilizzo di attrezzature protettive, utensili, apparecchiature e veicoli, a causa di fattori legati alla progettazione (dimensioni eccessivamente grandi, sedili dei trattori troppo alti, ecc.);
- l'ineguale intensità della sofferenza fisica provata da uomini e donne può essere par-

zialmente spiegata dalla diversità delle mansioni svolte (nonostante l'inquadramento negli stessi lavori), dalla varietà dei metodi di lavoro e la diversa corporatura.

Le soluzioni proposte hanno riguardato quanto segue:

- affrontare i problemi che risultano troppo ardui per tutti i lavoratori, ad esempio ricorrendo al lavoro di squadra e apportando modifiche ai metodi di lavoro ed alle attrezzature usate;
- fornire attrezzi di diverse dimensioni oppure regolabili.

Fonte: Sintesi di un caso studiato da Messing (1999).

Rapporto tra patologie muscoloscheletriche e progettazione delle attrezzature impiegate dagli addetti alle pulizie

Uno studio eseguito nel Regno Unito ha esaminato i disturbi muscoloscheletrici degli addetti alle pulizie, una categoria prevalentemente composta da donne spesso non più giovani (Woods et al., 1999). Nel gruppo oggetto dell'indagine è stata riscontrata una correlazione tra l'aumento del rischio di contrarre patologie muscoloscheletriche e alcuni fattori legati al lavoro, tra cui le caratteristiche inadeguate delle attrezzature, le specifiche mansioni svolte e le posture richieste per espletarle, la carente organizzazione del lavoro e la mancanza di formazione. A tal fine, sono state elaborate alcune raccomandazioni per operare modifiche alle caratteristiche di macchinari e attrezzature, all'organizzazione e all'orario di lavoro, nonché allo sviluppo di politiche locali di controllo della salute e di programmi di manutenzione delle

attrezzature. L'indagine ha esaminato l'utilizzo di macchinari per la lucidatura e la pulimentazione dei pavimenti, di scope a filacce e aspirapolvere. Le principali questioni irrisolte per quanto riguarda le attrezzature erano: il sollevamento e lo spostamento delle macchine; l'inadeguata forma, dimensione e angolazione dei manici e la difficile regolazione delle medesimi; la forza necessaria per far funzionare le macchine e usare le attrezzature; le vibrazioni provenienti dalle macchine e la loro scarsa manutenzione.

Alcuni suggerimenti, rivolti direttamente a progettisti e produttori, riguardavano il peso, la regolazione dell'altezza, i comandi, le vibrazioni e i dischi delle lucidatrici; la lunghezza delle scope a filacce, la stabilità dei secchi, la facilità di manipolazione e il sistema di strizzatura; il peso, la lunghezza e la forma del manico e la disposizione dei comandi degli aspirapolvere.

I ricercatori ne hanno tratto la conclusione che la progettazione degli attrezzi dovrebbe tenere conto della corporatura e della forza fisica di utenti con caratteristiche diverse, compresi i lavoratori di piccola statura e meno robusti. In particolare, la progettazione dovrebbe tenere conto delle difficoltà incontrate dagli addetti alle pulizie, che sono state comprovate da verifiche oggettive. Ai risultati dell'indagine ha fatto seguito una serie di iniziative, tra cui un seminario di approfondimento dei risultati con la partecipazione di datori di lavoro, organizzazioni sindacali, produttori di attrezzature e ispettorato nazionale del lavoro. Inoltre, è stato avviato un progetto per costituire un archivio di esempi di buone pratiche. L'indagine è stata utilizzata per redigere alcune direttive nazionali in materia di prevenzione.

Fonti: Woods et al. (1999); Health and Safety Executive (2003c).

Disturbi muscoloscheletrici e differenze tra uomini e donne: le lacune dell'informazione

Esiste una carenza di dati di raffronto sui disturbi di natura muscoloscheletrica, nei quali rientrano numerose patologie. Inoltre, mentre da un lato non tutti i casi sono ufficialmente riconosciuti come infortuni causati dal lavoro, dall'altro la mancata applicazione di criteri uniformi da parte dei Paesi membri esercita un'influenza negativa sulla raccolta dei dati e sulla plausibilità delle statistiche riguardanti l'incidenza dei diversi tipi di infortuni.

Abbiamo già spiegato come, anche nei casi in cui il personale maschile e femminile è inquadrato con le stesse qualifiche, le diverse mansioni affidate a

uomini e donne (Messing, 1999) possano causare gradi diversi di esposizione ai rischi di contrarre disturbi muscoloscheletrici per motivi di lavoro. Molti studi non tengono conto di questo aspetto.

Stare in piedi è una condizione comune a molti lavori prevalentemente femminili, come le commesse, le insegnanti e le parrucchiere. Ciononostante, gli studi sul sollevamento di carichi pesanti durante le attività lavorative sono molto più frequenti di quelli che riguardano la posizione in piedi (Messing, 1998). Stare in piedi comporta uno sforzo muscolare statico. Qualsiasi posizione, se mantenuta a lungo, è causa di affaticamento e rappresenta un riconosciuto fattore di rischio di contrarre patologie muscoloscheletriche.

Tavola 11 - Prevenzione di patologie muscoloscheletriche nei parrucchieri

L'acconciatura dei capelli è un settore prevalentemente femminile, in cui i disturbi muscoloscheletrici costituiscono una delle cause di assenteismo dal lavoro. I fattori di rischio comprendono le mansioni ripetitive e il tempo trascorso al lavoro (orario di lavoro giornaliero e settimanale, frequenza e durata delle pause), ritmi di lavoro spesso frenetici con limitate possibilità di pause per il riposo, caratteristiche e maneggevolezza degli strumenti e degli attrezzi di lavoro, posture di lavoro, tra cui eccessiva estensione, mantenimento delle braccia in posizione sollevata, stiramento della struttura muscoloscheletrica da un lato soltanto, mantenimento prolungato della posizione in piedi e caratteristiche fisiche e psicosociali dell'ambiente lavorativo.

In risposta all'elevata incidenza dei disturbi muscoloscheletrici (quasi il 10% delle notifiche di malattia riguardano dolori alla schiena) la cassa mutua tedesca AOK ha elaborato un approccio che prevede il coinvolgimento di numerose imprese, nonché corsi di formazione tenuti presso una scuola professionale in

Baviera. Questi provvedimenti hanno ridotto l'assenteismo nelle aziende, con la conseguenza che gli ispettori AOK devono ora effettuare le visite con minore frequenza, mentre i partecipanti ai corsi apprendono i temi della promozione della salute prima della comparsa di effetti dannosi. Dal 1997 i seminari di formazione, tenuti con frequenza annuale all'interno degli istituti professionali, riguardano i seguenti argomenti:

1. teoria (nozioni fondamentali sulle patologie della schiena e i disturbi muscoloscheletrici, sulle cause legate al lavoro e sulla salute);
2. pratica (analisi dei disturbi avvertiti sul luogo di lavoro ed esercitazioni);
3. revisione e corsi di aggiornamento (ripasso delle nozioni più importanti e consulenza individuale durante l'ultimo anno dell'istituto professionale).

Inoltre è stata redatto un manuale intitolato "Healthy backs in the hairdressing business" (Schiena sana nel settore delle acconciature per capelli), utilizzato per fornire informazioni utili ai parrucchieri.

Fonte: AOK Bayern (2002).

Numerosi interrogativi concernenti le patologie muscoloscheletriche sono ancora senza risposta. Tuttavia, sono state formulate ipotesi di correlazioni tra le patologie muscoloscheletriche e vari fattori quali: età, sesso, condizione socioeconomica, razza o appartenenza a gruppi etnici, traumi acuti, alcune patologie sistemiche, fumo, assunzione di bevande alcoliche, obesità e altri fattori che influenzano i livelli ormonali femminili, come l'uso di contraccettivi orali. Tuttavia, non è ancora chiaro se e in quale misura tali fattori influiscano sui disturbi di natura professionale legati all'esposizione a rischi muscoloscheletrici (Punnett e Herbert, 2000). Numerosi studi hanno prodotto risultati contrastanti, oppure la validità della metodologia di ricerca non è comprovata. Ad esempio, sebbene molti studi suggeriscano che un numero maggiore di uomini sia affetto da patologie muscoloscheletriche, è possibile che le indagini a campione, condotte su ampi gruppi rappresentativi di molte categorie, non diano adeguato risalto alle differenze esistenti tra uomini e donne, giacché spesso si attribuisce più importanza agli sforzi fisici dell'intero corpo e al dispendio energetico che alle sollecitazioni localizzate e ripetitive degli arti superiori, tipiche dei lavori femminili (Punnett e Herbert, 2000). Inoltre, le mansioni assegnate alle donne possono essere caratterizzate da specifiche esposizioni che sfuggono all'attenzione dei ricercatori (Messing, 2000). È stata avanzata l'ipotesi che le donne segnalino più spesso i loro sintomi solo perché riescono meglio degli uomini a riconoscere, esprimere e comunicare la sintomatologia dei disturbi muscoloscheletrici. Alcuni dati sembra-

no indicare che quando si manifestano dei problemi di salute le donne consultano un medico in anticipo rispetto agli uomini.

Conclusioni

Nonostante alcuni interrogativi tuttora irrisolti, attualmente disponiamo di una considerevole mole di dati sulle patologie muscoloscheletriche correlate al lavoro e sulla relativa prevenzione. Sulla base di oltre 200 studi di patologie muscoloscheletriche, Punnett e Herbert (2000) hanno tratto una serie di conclusioni su quali siano le nozioni già acquisite con certezza riguardo alla correlazione tra le differenze tra uomini e donne e le patologie muscoloscheletriche, e quali nozioni invece necessitano di ulteriori approfondimenti (fare riferimento alla tavola 12). In linea generale sappiamo che l'insorgere di patologie muscoloscheletriche, sia negli uomini che nelle donne presenta una forte correlazione con alcuni fattori correlati al lavoro. Inoltre, le nostre conoscenze scientifiche ci consentono di attuare misure di prevenzione, basate su criteri ergonomici, le quali non devono avere carattere discriminatorio tra uomini e donne. L'analisi delle differenze tra uomini e donne quale "fattore di rischio" non agevola la comprensione di queste tematiche. Tuttavia, è necessario operare ulteriori indagini su una serie di problematiche, quali ad esempio la presenza o meno di differenze tra uomini o donne per quanto attiene ai rischi di natura muscoloscheletrica in presenza di un contesto di esposizione a lavori identici, oppure la presenza o meno di differenze tra uomini e donne nel rapporto tra esposizione e reazione.

Tavola 12

Punnett e Herbert (2000) hanno svolto un'ampia revisione degli studi delle patologie muscoloscheletriche correlate al lavoro e le differenze tra uomini e donne. Qui di seguito vengono illustrate le loro conclusioni:

- Le patologie muscoloscheletriche, sia negli uomini che nelle donne, sono originate dall'esposizione a fattori ergonomici. Numerosi dati di natura clinica, biomeccanica ed epide-

miologica confermano la correlazione esistente tra le patologie muscoloscheletriche e i fattori ergonomici presenti nell'ambiente di lavoro, tra cui l'elevata ripetitività, l'esigenza di applicare intense pressioni manuali e le vibrazioni.

- Disponiamo pertanto di sufficienti cognizioni scientifiche sugli specifici fattori ergonomici dello stress causato dal lavoro, tali da consentirci di prevenire un'ampia gamma di

patologie muscoloscheletriche nei lavoratori. Le misure di prevenzione non devono avere carattere discriminatorio tra uomini e donne. La metodologia più efficace per eliminare le patologie muscoloscheletriche dal luogo di lavoro consiste nell'applicazione di misure di carattere tecnico, come le modifiche alle attrezzature ed alle postazioni di lavoro nonché alla progettazione vera e propria del lavoro, nell'ambito di un programma ergonomico complessivo al quale partecipino i dipendenti a tutti i livelli aziendali.

- Sono necessari ulteriori studi per appurare se esistano differenti livelli di rischio di contrarre patologie muscoloscheletriche da parte di donne e uomini occupati in lavori caratterizzati da esposizioni dello stesso tipo, nonché se le patologie muscoloscheletriche causate dal lavoro abbiano le stesse conseguenze per uomini e donne. Le donne denunciano disturbi muscoloscheletrici con maggiore frequenza rispetto agli uomini; tale disparità, tuttavia, sembra essere meno pronunciata per le affezioni della parte inferiore della schiena, nonché quando i dati relativi a uomini e le donne sono raffrontati con gruppi omogenei di lavoratori. Soltanto pochi studi hanno esaminato il rapporto tra esposizione e reazione negli uomini e nelle donne ed i relativi risultati sono stati disomogenei. Alcuni studi sembrano tuttavia indicare che gli uomini potrebbero essere soggetti a rischi più elevati delle donne man mano che aumenta l'esposizione ai fattori di stress fisico, mentre per le donne è più elevato il rischio insito nel contesto di lavoro. Ciò potrebbe indicare che altri fattori esercitano un'influenza maggiore sulle donne occupate in lavori a bassa esposizione, ma che tali fattori perdono importanza quando sono richiesti sforzi fisici consistenti, o perché le donne con una esposizione professionale più elevata (dal punto di vista fisico e/o psicosociale) tendono più degli uomini ad abbandonare il lavoro, oppure perché le loro patologie

muscoloscheletriche le costringono a cambiare occupazione. D'altro canto, le scarse pubblicazioni in materia indicano che le donne non solo possono subire livelli diversi di stress correlato al lavoro, ma risultano anche più vulnerabili degli uomini a livelli simili di stress indotto dall'attività lavorativa, forse a causa dell'ulteriore pressione insita nelle responsabilità in ambito domestico. Tutte queste spiegazioni per il momento non sono altro che ipotesi e necessitano di maggiori approfondimenti.

- Nonostante la diffusa convinzione che le patologie muscoloscheletriche siano più frequenti nelle donne, gli studi condotti sul fenomeno riguardano prevalentemente gli uomini. Per calibrare gli interventi finalizzati alla prevenzione primaria o secondaria delle disabilità, è necessario ed importante dare la precedenza ad ulteriori studi sui fattori prognostici che interessano le donne.
- L'analisi delle differenze tra uomini e donne quale "fattore di rischio" per le patologie muscoloscheletriche, o la rettifica dei dati in base a tali differenze non contribuiscono a fare chiarezza su questi temi. I futuri studi epidemiologici sulle patologie muscoloscheletriche dovrebbero esaminare partecipanti di ambo i sessi per evitare di imporre inutili limitazioni alla possibilità di effettuare raffronti tra le esposizioni. Le correlazioni tra patologie muscoloscheletriche e differenze tra uomini e donne da un lato ed esposizioni ergonomiche nel contesto lavorativo dall'altro, dovrebbero essere valutate separatamente per determinare se i rischi incorsi dalle donne siano più elevati di quelli sopportati dagli uomini esposti agli stessi fattori ergonomici di stress. L'esposizione dei dati suddivisi tra uomini e donne è preziosa in quanto consente di esaminare in modo approfondito le correlazioni tra le varie reazioni all'esposizione, che altrimenti non sarebbero chiare.

Stress correlato al lavoro

Concetti fondamentali

- In Europa lo stress rappresenta uno dei principali disturbi di salute sia per le donne che per gli uomini.
- Le donne denunciano disturbi dovuti allo stress correlato al lavoro in misura maggiore rispetto agli uomini.
- Esistono alcune cause accertate di stress correlato al lavoro, presenti in molte mansioni svolte generalmente dalle donne.
- Vi sono alcune situazioni che espongono le donne ad alcuni specifici fattori di stress, tra le quali ad esempio: tipo di lavoro svolto, posizione nella gerarchia organizzativa, discriminazione, molestie sessuali e situazioni vissute al di fuori del lavoro.
- È possibile applicare alla prevenzione delle cause di stress correlato al lavoro alcuni metodi di valutazione e gestione dei rischi per la sicurezza e la salute già sperimentati.
- Ambedue gli strumenti utilizzati per la ricerca e la valutazione del rischio dovrebbero trovare una maggiore applicazione in quegli aspetti dell'attività lavorativa che più influen-

zano la situazione delle donne, come le condizioni di lavoro incompatibili con le responsabilità nell'ambito familiare, le molestie sessuali e la discriminazione.

- Il lavoro, in contrapposizione alla disoccupazione, rappresenta un fattore positivo per la salute delle donne.
- Per ottenere un quadro esauriente che consenta di gestire con efficacia lo stress correlato al lavoro sono indispensabili ulteriori studi che esaminino tale tipo di stress nel contesto di altre problematiche, quali quelle inerenti alle differenze tra uomini e donne.

Quali sono le cause dello stress correlato al lavoro?

È possibile affermare che lo stress viene avvertito "quando la pressione delle esigenze lavorative supera la capacità del lavoratore di farvi fronte (o di tenerle sotto controllo)". Questa definizione dello stress si concentra sulle cause dello stress correlato al lavoro e sulle misure di controllo necessarie (Cox et al., 2000). Lo stress che consegue da tali situazioni può manifestarsi sotto forma di reazioni emotive, cognitive, comportamentali e fisiologiche. I singoli individui possono manifestare reazioni diverse alle medesime pressioni psicologiche.

Tavola 13 – Fattori stressanti del lavoro

Categoria	Fonti di stress
CONTESTO LAVORATIVO	
Cultura e funzione organizzativa	Comunicazione carente, scarso supporto per la soluzione dei problemi e la crescita personale, mancata definizione degli obiettivi organizzativi.
Ruolo nell'organizzazione	Ambiguità e conflittualità dei ruoli, responsabilità nei confronti delle persone.
Avanzamento professionale	Immobilismo professionale e incertezza, assenza di promozioni o promozioni eccessive, bassi salari, insicurezza del posto di lavoro, scarso valore sociale del lavoro svolto.
Autonomia e potere decisionale	Scarsa partecipazione ai processi decisionali, mancanza di controllo sulle mansioni svolte (il controllo, particolarmente sotto forma di partecipazione, rappresenta anche una problematica riguardante il contesto operativo e il più ampio ambito organizzativo).
Relazioni interpersonali nell'ambiente di lavoro	Isolamento sociale o fisico, cattivi rapporti con i superiori, conflitti interpersonali, mancanza di supporto sociale.
Interfaccia tra vita privata e lavoro	Esigenze contrastanti tra lavoro e vita privata, scarso sostegno morale dai familiari, conflitti tra le carriere dei coniugi.
CONTENUTI DEL LAVORO	
Ambiente e attrezzature di lavoro	Problemi concernenti l'affidabilità, la disponibilità, l'idoneità e la manutenzione o la riparazione di attrezzature e installazioni.
Organizzazione delle mansioni	Scarsa varietà dei compiti o cicli di lavoro rapidi, lavoro frammentato o incomprensibile, scarso utilizzo delle capacità, elevato livello di incertezza.
Carico/ritmi di lavoro	Carico di lavoro eccessivo o insufficiente, mancanza di controllo sui ritmi, scadenze temporali impellenti.
Orario di lavoro	Lavoro a turni e orari di lavoro rigidi, orari imprevedibili, troppo lunghi o difficoltosi.
<i>Fonte: Cox et al. (2000)</i>	

Sebbene i singoli individui possano risentire dello stress in diversa misura e manifestare le loro reazioni in modo differente, alcuni fattori (riassunti nella tavola 13) sono stati individuati come fonti accertate di stress. Esiste una ragionevole convergenza di opinioni, basata su indicazioni teoriche e constatazioni pratiche, sul fatto che i suddetti fattori accrescano il rischio di stress da lavoro (Cox et

al., 2000). È da notare anche che gli studi eseguiti non hanno riscontrato differenze tra uomini e donne nelle cause dello stress correlato al (ad esempio Miller et al., 2000). Alcune particolari fonti di stress, come l'esposizione ad atti violenti da parte del pubblico o il fenomeno del bullying e le molestie sessuali da parte dei colleghi di lavoro, verranno approfondite nei capitoli successivi.

Alcune conseguenze dello stress sulla salute

Poiché lo stress può essere collegato a una serie di effetti negativi sulla salute mentale e fisica, vivere costantemente in uno stato di stress è dannoso. Lo stress non solo può accrescere il rischio di malattie cardiache e di cadere nella depressione, ma indebolisce il sistema immunitario aumentando la vulnerabilità alle patologie e può persino condurre al suicidio. Inoltre esistono delle correlazioni tra i lavori stressanti e i disturbi muscoloscheletrici (Ariëns et al., 2001; Bongers et al., 1993; Buckle e Devereux, 1999; Hoogendoorn et al., 2000; Punnett e Herbert, 2000). Tra i numerosi sintomi dello stress citiamo: aumento della pressione sanguigna, umore depresso, irritabilità, dolori al torace, disturbi della digestione e del sonno e aumento del consumo di bevande alcoliche o di sigarette.

Le donne soffrono di stress da lavoro in misura maggiore degli uomini?

Nella terza indagine europea sulle condizioni di lavoro lo stress viene citato dagli intervistati di tutta Europa con una frequenza che lo pone al secondo posto tra i disturbi di salute correlati al lavoro. Il 28% degli interpellati ha risposto che lo stress correlato al lavoro aveva conseguenze negative sulla loro salute (Paoli e Merllié, 2001). Secondo l'indagine sulla forza lavoro europea (Dupré, 2001), in ambito Ue lo stress sul lavoro determina oltre quarto delle assenze dei dipendenti dal lavoro per periodi pari o superiori a due settimane.

L'analisi delle risposte, suddivisa per uomini e donne, che ha riguardato le patologie e i disturbi correlati al lavoro nell'ambito dell'indagine sulla forza lavoro, ha rivelato che "le differenze tra il numero di uomini che in tutti i Paesi membri hanno denunciato disturbi ascrivibili allo stress erano in leggero calo e che, in ciascun paese, la percentuale era inferiore a quella delle donne [...]. In tutta la Ue, il 17% degli uomini e il 20% delle donne colpiti da patologie correlate al lavoro ha citato lo stress, la depressione

e gli stati ansiosi tra i disturbi più gravi. Sempre in tutta la Ue, i disturbi indotti dallo stress sono stati citati da uomini e donne con una frequenza che li pone al secondo posto tra tutte le cause di indisposizione" (Dupré, 2002). Mentre complessivamente, secondo la terza indagine europea sulle condizioni di lavoro, esiste una scarsa differenza tra il modo in cui gli uomini e le donne percepiscono i problemi causati dallo stress correlato al lavoro, ancora una volta i lavoratori part-time hanno denunciato sintomi da stress meno pesanti. Sempre secondo l'indagine, i livelli di stress più elevati si riscontrano tra professionisti, tecnici, dirigenti, operatori di macchinari, lavoratori del terziario, impiegati e artigiani.

Sebbene le cause dello stress correlato al lavoro illustrate nella tavola 13 siano presenti nelle attività lavorative sia delle donne che degli uomini, l'esposizione delle donne a tali fattori può risultare eccessivamente superiore a causa della segregazione del lavoro e delle loro crescenti responsabilità domestiche e familiari. Inoltre, le molestie sessuali, la discriminazione, l'osteggiamento della carriera e gli atteggiamenti irrispettosi costituiscono i fattori di stress più frequenti nelle attività lavorative delle donne che non in quelle degli uomini (Landrine e Klonoff, 1997). Altri fattori di stress per le donne che svolgono attività specialistiche o dirigenziali sono rappresentati dalle politiche organizzative, dai sovraccarichi di lavoro, dai ruoli e dalle aspettative sotto il profilo del comportamento socio-sessuale e dalla necessità di conciliare le esigenze del lavoro con quelle della famiglia (Nel-son e Burke, 2000). La mancanza di controllo sul proprio lavoro è ormai riconosciuta come un fattore di stress correlato al lavoro (si vedano ad esempio Karasek e Theorell, 1990). L'indicazione fornita dai risultati della terza indagine europeo sulle condizioni di lavoro, secondo i quali le donne potrebbero essere esposte più degli uomini a questo fattore di stress, conferma le conclusioni di alcuni studi, tra i quali quello eseguito da Vinke et al. (1999).

Tavola 14

Le risposte ai quesiti della terza indagine europea sulle condizioni di lavoro indicano che, rispetto a quelle svolte dagli uomini, le attività lavorative delle donne presentano le seguenti peculiarità:

- minori probabilità di esercitare responsabilità di pianificazione nell'ambito dell'attività lavorativa;
- maggiore esposizione a mansioni monotone;
- minori probabilità di svolgere compiti implicanti la risoluzione di problemi e l'apprendimento;

- minori possibilità di scelta delle pause;
- maggiori probabilità di interruzione del proprio lavoro per l'assegnazione di compiti imprevisti;
- minori probabilità di ricevere formazione professionale.

Inoltre le donne che svolgono attività professionali godono di minore autonomia rispetto alle controparti maschili.

Fonti: Paoli e Merlié (2001); Fagan e Burchell (2002).

Molti studi confermano che le lavoratrici sono colpite da livelli di stress e disagio psicologico più elevati rispetto ai colleghi uomini (Williams e Umberson, 2000). La responsabilità nei confronti di più superiori, ad esempio nelle mansioni impiegate, e la scarsa chiarezza degli obiettivi del lavoro svolto, rappresentano fattori di stress ricorrenti nei settori caratterizzati da una maggiore presenza femminile, in particolare nel terziario. Anche il lavoro straordinario e gli orari di lavoro rigidi o imprevedibili costituiscono fattori di stress particolarmente onerosi per le donne, gravate della responsabilità di assistere altri membri della famiglia. Numerosi lavori prevalentemente femminili sono caratterizzati da monotonia e scarsa autonomia. Uno studio condotto da Miller et al. (2000), pur riscontrando scarse differenze tra uomini e donne nelle cause di stress correlato al lavoro tra i manager, ha rilevato l'esistenza di un maggiore disagio psicologico tra le dirigenti. Gli autori ipotizzano che i maggiori disturbi di salute fisica e mentale segnalati dalle donne siano ascrivibili a carichi di lavoro eccessivi ed a contrastanti esigenze dettate dal lavoro e dalla famiglia. In uno studio condotto su alcuni dirigenti di entrambi i sessi, Davidson et al. (1995) hanno riscontrato che fattori come "la struttura e il clima organizzativo", la discriminazione e

i pregiudizi sottoponevano le dirigenti a tensioni maggiori rispetto ai colleghi uomini.

Le donne svolgono più spesso degli uomini mansioni emotivamente gravose, ossia i cosiddetti "lavori a contatto con la gente". Esempi di questo carico emotivo si riscontrano tra le infermiere che assistono pazienti in fin di vita o psicologicamente depressi, oppure tra i familiari e gli insegnanti che operano a contatto con bambini con difficoltà di apprendimento. Queste categorie di lavoratori sono soggette a disturbi da stress, a depressione ed esaurimento (si vedano ad esempio Houtman e Dhondt, 1994). In mansioni di questo tipo il lavoro a turni rappresenta un ulteriore fattore di stress, che oltre a sconvolgere i ritmi fisiologici va ad aggiungersi ai conflitti esistenti tra lavoro e vita privata.

Ballard et al. (2002a, 2002b) hanno esaminato il comportamento del personale di volo delle compagnie aeree, osservando che, sebbene questo gruppo sia stato oggetto di numerosi studi sul cancro, scarsa attenzione è stata dedicata ai rischi sul piano psicosociale. Gli studiosi hanno riscontrato un elevato tasso di suicidi tra le assistenti di volo, che hanno citato il timore di non essere all'altezza del ruolo di madre e delle responsabilità familiari, nonché difficoltà

di curare i rapporti sociali, poco tempo libero da dedicare alla risoluzione dei problemi della vita privata e sensazione di solitudine e isolamento sia fuori che dentro l'ambiente di lavoro. Molte assistenti hanno riferito di attacchi di panico, ansia e depressione provate sia a livello personale che dalle colleghe.

L'emergere dello stress correlato al lavoro ci riporta a fattori già citati, come la segregazione e la disparità delle mansioni eseguite e la diversità delle situazioni personali. Molti lavori tipicamente femminili comportano mansioni più ripetitive e minore controllo sui compiti svolti

rispetto agli uomini. Come affermato in precedenza, molti lavori prevalentemente femminili sono emotivamente gravosi (Hochschild, 1983; Boyd, 2002). Inoltre l'assistenza infermieristica comporta spesso dei turni che, come noto, sono causa di tensioni sociali e psicologiche (Hatch et al., 1999). Inoltre il doppio carico di lavoro sopportato dalle donne può accrescere il rischio di disturbi psicologici collegati allo stress come stanchezza cronica, nervosismo, ansia, disturbi della sfera sessuale e depressione (Wedderburn, 2000).

Tavola 15

"Esiste una correlazione tra le interruzioni che spezzano il ritmo lavorativo e l'aumento delle malattie correlate al lavoro sia negli uomini che nelle donne, anche se per queste ultime le conseguenze sono più pesanti che per gli uomini. Lo stesso principio vale per l'intensità dei ritmi di lavoro, giacché ancora una volta il gruppo che gode di migliore salute è quello delle donne che svolgono lavori privi di scadenze impellenti, mentre le lavoratrici affette dai disturbi più gravi sono quelle alle quali il lavoro impone scadenze pressanti. Questo modello si applica anche alle lavoratrici obbligate a orari scomodi e mutevoli. I dati [...] suggeriscono che proprio le donne sarebbero maggiormente agevolate dal miglioramento delle condizioni di lavoro."

"Analizzando le differenze tra le condizioni di lavoro e le posizioni occupate dagli uomini e dalle donne [evidenziate dalla terza indagine europea sulle condizioni di lavoro] è emersa una maggiore vulnerabilità delle donne ai disturbi di salute correlati al lavoro. Tale situazione può essere in parte ascrivibile al carico di lavoro domestico delle donne, oppure all'accentuata esposizione delle lavoratrici ad altre condizioni di lavoro non riscontrate dall'indagine [...]. L'argomento richiede ulteriori analisi e riflessioni in vista del riesame, attualmente operato dalla Ue, del quadro normativo in materia di salute e sicurezza".

Fonte: estratti dall'analisi suddivisa per genere nell'ambito della terza indagine europea sulle condizioni di lavoro, Fagan e Burchell (2002).

Alcune differenze tra le cause evidenziate alla base dello stress sono legate alla segregazione verticale delle mansioni. Ad esempio, in uno studio sui dipendenti universitari a livello manageriale, professionale e impiegatizio, Vagg et al. (2002) hanno riscontrato che gli effetti dei fattori organizzativi erano più numerosi e rilevanti di quelli causati dalle differenze tra uomini e donne. I dipendenti di livello superiore hanno riferito di avvertire sensazioni di stress al momento di prendere decisioni importanti e di dover far fronte a situazioni di crisi con maggio-

re frequenza rispetto ai lavoratori di livello inferiore, per i quali i fattori di stress più rilevanti sono rappresentati dai salari insufficienti e dall'assenza di possibilità di avanzamento professionale. Alcune differenze tra uomini e donne sono state comunque riscontrate: per gli uomini lo stress da lavoro presentava forti correlazioni con i rispettivi ruoli all'interno della struttura di comando, mentre le donne hanno riferito di avvertire sensazioni di stress più intense nei momenti di conflitto tra le responsabilità lavorative e quelle familiari. Sono necessarie ulterio-

Tavola 16

Uno studio eseguito presso un produttore italiano di completi da uomo ha riscontrato la presenza di una correlazione tra stress, patologie muscoloscheletriche e sensazioni di dolore: maggiore era il livello di stress denunciato dai lavoratori, più intenso era il dolore causato dalle malattie connesse al lavoro (Hague et al., 2001).

Uno studio italiano contiene una raccolta di dati su alcune caratteristiche socio-demografiche, sul rapporto tra salute mentale e ambiente di lavoro nonché sui condizionamenti organizzativi, presso un gruppo di utenti di servizi mentali, professionali e della sanità pubblica. Un terzo degli utenti, prevalentemente donne, ha attribuito all'ambiente di lavoro effetti negativi per la salute mentale. I principali condizionamenti organizzativi denunciati sono stati le scarse possibilità di carriera, i rapporti con il pubblico e i carichi di lavoro. L'eccessivo carico di lavoro è stato citato quale principale motivo della valutazione negativa delle

condizioni di lavoro sul piano della salute mentale (Salerno et al., 2002a).

Un altro studio italiano ha esaminato le pubblicazioni scientifiche sullo stress e il lavoro femminile, al fine di individuare le priorità d'intervento. Le donne italiane lavorano generalmente nei settori: tessile, abbigliamento, calzature, alimentare, farmaceutico e delle piastrelle; in professioni quali l'insegnamento e l'assistenza infermieristica e in servizi quali il lavaggio a secco, le pulizie, l'acconciatura dei capelli, ecc. Lo studio ha rilevato che molti lavori eseguiti dalle donne sono caratterizzati da compiti monotoni e ripetitivi, che per quanto semplici richiedono concentrazione (caratteristica propria anche del lavoro domestico, retribuito o meno), nonché ritmi intensi, sforzi pesanti e scarso controllo sulle mansioni. Le donne hanno denunciato un maggiore livello di stanchezza mentale, insoddisfazione e atteggiamenti persecutori nei loro confronti, anche salari più bassi e una maggiore incidenza dei disturbi agli arti superiori (Salerno et al., 2002b).

ri indagini per individuare i processi sociali e psicologici attraverso i quali l'erogazione dei servizi di assistenza e supporto a favore degli altri

sul lavoro diviene fonte di una certa vulnerabilità nei confronti dello stress. (Williams e Umberson, 2000).

Tavola 17

Il ciclo dello stress: gli insegnanti svedesi e lo stress

Secondo un sondaggio che ha coinvolto 1.000 insegnanti svedesi di asili ed elementari (Läraryrbundet, 2002), si registra un aumento dello stress tra insegnanti delle scuole, gli alunni e i genitori. Il 91% degli intervistati erano donne. L'alto numero di alunni per classe è stato evidenziato quale principale causa degli elevati livelli di stress degli insegnanti. Anche i genitori che vengono a prendere i figli in ritardo, perché impegnati nel lavoro straordinario, sono stati indicati come una delle principali cause di stress.

L'insegnamento rappresenta un esempio calzante di una professione emotivamente gravosa. Oltre a doversi adattare alla natura interattiva del lavoro, gli insegnanti devono lavorare in un ambiente rumoroso, che rappresenta di per sé una causa di stress. I lunghi periodi trascorsi in piedi possono compromettere la funzionalità degli organi riproduttivi, dell'apparato cardiovascolare e del sistema muscoloscheletrico. Gli insegnanti possono soffrire inoltre di disturbi alla voce, non solo perché devono parlare spesso, ma anche, e specialmente, perché devono esprimersi a voce alta (Sala et al., 1999). Inoltre gli insegnanti possono diventare il bersaglio di critiche o del biasimo di genitori e alunni, ad esempio a causa di difficoltà insorte nelle classi

o per gli scarsi voti ottenuti agli esami. Lo stress tra gli insegnanti si riflette negativamente non solo sulla loro salute, ma anche sulla qualità del loro lavoro e sull'interazione con gli alunni.

Lo stress causato dal lavoro e i rapporti tra genitori e figli

Secondo Kinnunen et al. (2001), la sindrome del burnout, lo stress e gli altri eventi negativi della vita lavorativa influenzano i rapporti tra genitori e figli. In breve, un genitore stressato

rivolge meno attenzione ai figli e reagisce in maniera meno positiva, ossia semplicemente si prende meno cura di loro. I bambini avvertono con estrema facilità lo stress dei genitori e reagiscono immediatamente. È stato riscontrato che i bambini hanno aspettative diverse nei confronti del padre e della madre. Secondo i figli, spetta la madre prendersi cura di loro, anche quando il suo orario di lavoro è più lungo di quello del padre (Kinnunen, 2002).

Esistono delle differenze tra uomini e donne riguardo al tipo di stress ed alle relative conseguenze sulla salute?

Mentre esiste una unanimità di consensi sulle cause dello stress correlato al lavoro, le reazioni alle medesime esposizioni psicosociali possono variare da individuo a individuo. In altre parole, lo stress può indurre nei singoli individui sintomi o patologie di diversa natura. Varie ragioni rendono l'analisi delle reazioni allo stress particolarmente importante, tra cui:

- riconoscere le manifestazioni dello stress correlato al lavoro;
- collegare in modo chiaro i disturbi di salute e l'ambiente di lavoro;
- migliorare l'assistenza alle persone colpite da stress.

A tal fine, è importante considerare le differenze tra uomini e donne in relazione ai problemi determinati dallo stress. Il nostro studio esamina più da vicino alcuni fenomeni quali il burnout, la depressione e le malattie coronariche, cercando anche di appurare se la relazione esistente tra le attività lavorative e queste patologie viene adeguatamente riconosciuta per tutti i lavoratori.

La sindrome del burnout e le differenze tra uomini e donne

La sindrome del burnout si manifesta con un generale esaurimento mentale ed un atteggiamento sempre più cinico nei confronti del lavoro e con un progressivo peggioramento delle capacità professionali. Le caratteristiche generali della relazione tra la sindrome del burnout e le differenze tra uomini e donne non sono chiare (Bakker et al., 2000). Sebbene alcuni studi e una serie di dati indichino che le donne sarebbero interessate dal fenomeno burnout in misura maggiore rispetto agli uomini, altre indagini proverebbero il contrario (Bakker et al., 2000; Houtman et al., 2000b; Taris et al., 2000). L'indagine condotta da Kalimo e Toppinen (1997) su un campione rappresentativo della popolazione finlandese in età da lavoro (il 53% degli intervistati era composto da donne) ha rivelato che l'esaurimento colpiva le donne in misura solo di poco superiore rispetto agli uomini. Per quanto riguarda la sintomatologia, è stato riscontrato che l'esaurimento era leggermente più comune nelle donne che negli uomini, mentre l'atteggiamento cinico era lievemente più diffuso negli uomini che nelle donne. Tale differenza può essere spiegata dalle diverse mansioni svolte dai due sessi: i cinque settori caratterizzati da una maggiore incidenza di casi di sindrome del burnout sono risultati i seguenti: alberghiero e catering, bancario e assicurativo, istruzione e ricerca (tre set-

tori a prevalenza femminile); riparazioni meccaniche (a prevalenza maschile) e agricoltura e foreste (misto) (Kalimo e Toppinen, 1997).

Una spiegazione a questi risultati contraddittori potrebbe essere che numerosi studi sul burnout si sono concentrati su specifici gruppi professionali, tanto più che è stata dimostrata una stretta relazione tra il burnout e il tipo di lavoro svolto. Schaufeli e Enzmann (1998) hanno raccolto i risultati di 73 studi, riscontrando differenze molto consistenti nei livelli di burnout a seconda del tipo di lavoro e della dimensione secondaria del fenomeno sottoposta ad analisi. I risultati hanno indicato che l'esaurimento emotivo colpiva in primo luogo gli insegnanti, seguiti a una certa distanza dai lavoratori del settore sanitario e dagli assistenti sociali. Questi ultimi, infatti, insieme agli infermieri, agli agenti di polizia e agli agenti di custodia penitenziaria si sentivano scarsamente realizzati sul piano personale. Gli agenti di polizia (seguiti dai medici) dimostravano gli atteggiamenti più distaccato e più cinico. I manager e gli agenti di polizia hanno evidenziato un livello estrema-

mente basso di esaurimento emotivo. L'analisi di 29 indagini sul burnout in varie tipologie di lavoro "a contatto con il pubblico", eseguita da Bakker et al. (2000), ha inoltre riscontrato la presenza di un elevato rischio di risentire di questa sindrome nelle professioni di "assistenza". La classifica dei lavori "a rischio" vede in testa i medici generici, gli addetti all'assistenza domiciliare, i lavoratori del settore psichiatrico, le infermiere e gli assistenti sociali, mentre alle ultime posizioni compaiono gli agenti di polizia.

D'altro canto, esistono elementi a sostegno della tesi secondo la quale le donne sono capaci di reagire più positivamente degli uomini alla sindrome del burnout. Secondo Hakanen (1999), le donne hanno una rete più estesa di relazioni rispetto agli uomini, che offre loro supporto sociale. Inoltre, le donne partecipano a sessioni formative volte a sconfiggere questa sindrome, richiedono più spesso degli uomini il congedo per malattia e tentano, ove necessario, di cercare all'esterno un aiuto per risolvere i loro problemi.

Tavola 18 - Congedi per malattia e sindrome del burnout tra le giovani professioniste svedesi

Secondo le statistiche dell'Istituto di previdenza sociale, la classifiche svedesi sulla sindrome del burnout e i congedi malattia vedono in testa le donne giovani, con elevati livelli di istruzione e alti salari. Tra il 1997 e il 2001 i congedi retribuiti per malattia delle donne al di sotto dei 35 anni sono più che raddoppiati, evidenziando i disturbi psicologici quale causa più diffusa. Sjögren e Rappe (2002) hanno analizzato le ragioni del fenomeno individuando, tra i vari fattori, i contratti di lavoro temporanei e a tempo determinato, le situazioni di inegualianza e la cattiva gestione.

Le supplenze di lavoro, i contratti temporanei e il reclutamento finalizzato all'esecuzione di un solo progetto aumentano la pressione psicologica di dover dimostrare continuamente le proprie capacità. Potrebbe sembrare che i singoli lavoratori godano di un'ampia discrezionalità nell'ambito del loro lavoro, ma a ciò si accompagnano spesso la mancanza di obiettivi definiti, esigenze contrastanti ecc. Inoltre, i lavoratori competenti e disposti ad accettare orari di lavoro prolungati spesso si vedono assegnare carichi di lavoro sempre più gravosi. Le donne potrebbero avvertire anche le pressioni derivanti dalla necessità di "dimostrare di essere all'altezza del compito", ad esempio accettando orari di lavoro prolungati, eseguendo il lavoro con grande meticolosità e imponendo a loro stesse standard di lavoro molto elevati.

Alcuni dati statistici:

- Nel 2002 oltre 120.000 svedesi hanno usufruito del congedo malattia per periodi superiori a un anno. L'assenza dal lavoro di quasi un terzo dei lavoratori in congedo malattia prolungato era determinata da disturbi di natura psicologica.
- Le donne richiedono il congedo malattia con maggiore frequenza rispetto agli uomini. In Svezia, la percentuale di donne che richiede il congedo malattia rappresenta il 65%.

Le varie cause che determinano l'insorgere della sindrome del burnout negli uomini e delle donne non sono ancora del tutto note. Pretty et al. (1992), ad esempio, nel loro studio sugli uomini e le donne dirigenti hanno appurato che le pressioni avvertite sul lavoro erano causa di esaurimento. Tuttavia per le donne le tensioni erano legate alle relazioni interpersonali nell'ambiente di lavoro, mentre per gli uomini la sindrome del burnout era causata prevalentemente da fattori di natura organizzativa. Inoltre le donne subivano pressioni aggiuntive legate alla vita privata, mentre l'esaurimento negli uomini era strettamente collegato al lavoro, anche nel caso di dirigenti sposati con donne anch'esse occupate.

La depressione

Secondo un rapporto recentemente diffuso dall'OMS e due noti studi epidemiologici delle patologie mentali (studio sul bacino epidemiologico o ECA, e indagine nazionale sulla comorbilità o NCS), alcune patologie mentali come la depressione, l'ansia e i disturbi di natura somatica sono più diffusi tra le donne. Un altro studio (Middleton et al., 2001) indica che le donne in cura per depressione sono in numero doppio rispetto agli uomini. I dati della ricerca suggeriscono che la depressione rappresenta il disturbo mentale più comune tra le donne ed ha una durata maggiore rispetto agli uomini. D'altro canto, nei paesi sviluppati il tasso di alcolismo cronico (un'altra diffusa patologia) degli uomini è doppio rispetto a quello delle donne. Le diagnosi di personalità antisociale patologica sono oltre tre volte più frequenti negli uomini che nelle donne (Robins e Regier, 1991; Kessler et al., 1994; OMS, senza data; Middleton et al., 2001; Haslam

et al., 2003). Nei paesi sviluppati i ruoli prestabiliti in base al sesso, i fattori di stress e gli eventi negativi della vita privata contribuiscono all'aumento del tasso di morbilità (Ayuso-Mateos et al., 2001; Bildt e Michélsen 2002).

I fattori di rischio specifici (legati all'appartenenza all'uno o all'altro sesso) alla base dei comuni disturbi mentali che interessano le donne in misura sproporzionata includono: comportamenti violenti basati sulla discriminazione sessuale, le situazioni di inferiorità socioeconomica, gli scarsi guadagni e le disparità di reddito, lo stato sociale inferiore o subordinato, la costante responsabilità legata all'assistenza ad altre persone. Tuttavia i medici tendono a diagnosticare la depressione in misura maggiore nei confronti delle donne rispetto agli uomini, anche in presenza di punteggi analoghi nei test standard di depressione o di sintomi identici.

Il ruolo svolto dal lavoro nello sviluppo della depressione necessita di ulteriori approfondimenti. Tuttavia numerosi studi, sia trasversali che longitudinali, hanno generato una vasta mole di dati concordanti sul principio secondo cui le forti pressioni psicologiche, come i ritmi sostenuti e gli intensi conflitti tra valori contrastanti sono precursori di disturbi mentali (Stansfeld, 2002). Inoltre, è stato rilevato un collegamento tra l'intenso stress da lavoro e la maggiore frequenza di gravi episodi depressivi, le sindromi de-pressive e le disforie rilevate dal programma di colloqui diagnostici citato nello studio sul bacino epidemiologico (Mausner-Dorsch ed Eaton, 2000). L'attento studio sul controllo dei casi relativo al personale del settore sanitario ha rivelato che, sebbene le situazioni di stress acuto e le difficoltà di carattere cro-

nico vissute al di fuori del lavoro svolgessero un ruolo significativo nell'insorgere dell'ansia e delle patologie depressive, una funzione autonoma spetta anche ai "conflitti sui ruoli di lavoro" ed all'"assenza di supporto da parte della dirigenza sul lavoro" (Weinberg e Creed, 2000). Saurel-Cubizolles et al. (2002) hanno riscontrato che il personale infermieristico, che ha denunciato di essere esposto ad atti di violenza sul luogo di lavoro, evidenziava una maggiore incidenza di sintomi depressivi e di stress. Haslam et al. (2003) sostengono che i carichi di lavoro pesanti, l'indifferenza della direzione, la carente comunicazione, la scarsa conoscenza delle problematiche di salute mentale a livello aziendale e le cattive relazioni con i colleghi rappresentano fattori che contribuiscono all'insorgere di ansia e depressione. I ricercatori hanno inoltre accertato che datori di lavoro ed i dirigenti non sembrano avere una sufficiente comprensione delle problematiche riguardanti la salute mentale, ragion per cui gli individui affetti da ansia e depressione probabilmente non ricevono un adeguato sostegno dall'ambiente di lavoro (Haslam et al., 2003).

Infine, non sono chiare le ragioni di una differenza tanto marcata tra il comportamento degli uomini e delle donne nella risoluzione dei loro problemi di salute mentale: le donne più frequentemente assumono i farmaci prescritti dal loro medico, mentre gli uomini evidenziano una maggiore propensione a ricorrere all'alcol o alle droghe. Per quanto riguarda le attività lavorative, sia i farmaci che gli stupefacenti influiscono negativamente sulle prestazioni di lavoro, sono causa di assenteismo e accrescono

il rischio di rimanere vittime di infortuni. Anche il rientro al lavoro dopo un lungo congedo per malattia o un programma di recupero può rappresentare un processo arduo (Hunter et al., 1998; Kivistö et al., 2001).

Secondo il rapporto dell'OMS, le ricerche condotte hanno rilevato la presenza di tre fattori in grado di svolgere un'efficace funzione di protezione contro l'insorgere di disturbi mentali, in particolare la depressione, ovvero:

- un grado di autonomia sufficiente ad esercitare una certa forma di controllo sul verificarsi di eventi gravi;
- la disponibilità di risorse materiali che consentono di effettuare delle scelte in caso di eventi gravi ;
- il sostegno psicologico da parte della famiglia, degli amici degli operatori sanitari.

Haslam et al. (2003) hanno avanzato i seguenti suggerimenti in relazione all'ambiente di lavoro: necessità di operare una sensibilizzazione sulle problematiche concernenti la salute mentale e favorire la comprensione degli effetti esercitati da queste situazioni sull'attività lavorativa; adozione di provvedimenti diretti a prevenire lo stress correlato al lavoro; necessità di un'efficace coordinazione tra dirigenti, dipendenti e servizi sanitari del lavoro per agevolare i processi di recupero; valutazione e monitoraggio dei rischi caso per caso; possibilità di usufruire di modalità di lavoro flessibili.

Tavola 19 - Lo stress e le malattie coronariche

Uno studio svedese ha raffrontato la sensibilità degli uomini e delle donne nei confronti dei fattori di rischio psicosociali ed alle malattie coronariche. Sono state riscontrate significative differenze tra uomini e donne per quanto riguarda i contenuti e i carichi di lavoro nonché il controllo sulle attività, le reazioni allo stress fisico

ed emotivo e la sindrome del burnout. I risultati dello studio inducono a ritenere che le donne siano notevolmente più sensibili degli uomini ai fattori di rischio psi-cosociali capaci di indurre malattie coronariche (Hallman et al., 2001).

Un altro studio sulle donne dirigenti indica che dopo il ritorno a casa dal lavoro esse necessitano di tempi più lunghi per rilassarsi rispetto agli

uomini. Tale dato può essere spiegato con le differenze di posizione gerarchica e/o sessuali in relazione all'autonomia e al supporto sociale sul lavoro, alla competitività, al ruolo distinto in base ai sessi e al conflitto tra lavoro retribuito e responsabilità domestiche. Lo studio ha esaminato il profilo di stress delle donne dirigenti in relazione ai possibili fattori di rischio per la salute a lungo termine, come le malattie cardiovascolari (Frankenhaeuser et al., 1989; si vedano anche Lundberg e Frankenhaeuser, 1999).

Uno studio condotto in Finlandia (Kivimäki et al., 2002) testimonia che le forti tensioni lega-

te al lavoro e lo squilibrio tra l'impegno professionale e i riconoscimenti ottenuti sembrano accrescere il rischio di mortalità causata da patologie cardiovascolari. Lo studio, che ha interessato il settore metallurgico, ha riguardato 812 dipendenti (545 uomini e 267 donne) che all'inizio dell'indagine non erano affetti da malattie cardiovascolari. La durata media dello studio è stata di 25,6 anni.

L'European Heart Network (1998) stima che il 16% delle malattie cardiovascolari negli uomini e il 22% nelle donne sono attribuibili allo stress correlato al lavoro.

Le malattie coronariche

Lo stress è uno dei fattori correlati al lavoro ritenuti responsabili dell'insorgere di malattie coronariche. Secondo l'indagine sulla forza lavoro della Ue, gli uomini più frequentemente delle donne riferiscono di malattie cardiache o analoghe indotte dal lavoro tra le patologie più gravi. Il 5,4% degli uomini, contro il 2,4% delle donne, ha identificato questi disturbi come i più gravi (Dupré, 2002). Un dato particolarmente preoccupante consiste nel fatto che sebbene anche le donne denunciino disturbi correlati a malattie cardiache, e data la rilevanza che le malattie coronariche hanno come causa di mortalità non solo tra gli uomini ma anche tra le donne, molti studi sulla correlazione tra malattie cardiache e la tipologia di lavoro hanno trascurato le donne, o hanno considerato solo i lavori esercitati in prevalenza dagli uomini.

Il NIOSH ha effettuato una sintesi delle ricerche già disponibili sui collegamenti tra malattie coronariche e tipo di lavoro. È stato accertato, ad esempio, che alcune tossine presenti negli ambienti di lavoro, come il bisolfuro di carbonio, la nitroglicerina e il monossido di carbonio, sono dannosi per il cuore. Anche il fumo passivo delle sigarette e le temperature eccessivamente calde o gelide rappresentano dei fattori di rischio. Numerosi studi indicano l'esistenza di un lega-

me tra l'esposizione ai fattori di stress attribuibili al lavoro e le malattie cardiache. Inoltre è stata rilevata una correlazione tra il livello di rumore e l'ipertensione. Anche il lavoro a turni, che sconvolge i ritmi biologici, è stato collegato alla presenza di patologie cardiache. Sia la scarsa attività fisica che gli sforzi eccessivi, con particolare riferimento al sollevamento di oggetti pesanti, costituiscono fattori di rischio (sito web del NIOSH (b)). Appare evidente che anche le donne possono essere esposte ai fattori di rischio che favoriscono l'insorgere di malattie cardiache correlate al lavoro.

I risultati di alcuni recenti ed approfonditi studi epidemiologici indicano che i rischi psicosociali presenti nell'ambiente di lavoro, con particolare riguardo alla scarsa capacità di controllo sugli avvenimenti, presentano una correlazione con l'aumento del rischio di mortalità per malattie cardiovascolari a carico sia degli uomini che delle donne, anche dopo aver neutralizzato alcune variabili come l'età, il tasso di colesterolo, l'obesità e la condizione socioeco-nomica (Alterman et al., 1994; Kornitzer et al., 2002; Kuper et al., 2002; Marmot et al., 1997; Bosma et al., 1997; Steenland et al., 1997).

Alcuni studi hanno esaminato i fattori psicosociali di rischio di contrarre malattie coronariche e le differenze tra uomini e donne sotto l'aspet-

to della sensibilità al rischio, ipotizzando una maggiore vulnerabilità delle donne (Hallman et al., 2001; Wamala et al., 2000). La combinazione tra la richiesta di prestazioni elevate sul lavoro, lo scarso controllo e le basse retribuzioni è particolarmente dannosa, ma molte donne svolgono le loro mansioni proprio in lavori ripetitivi con queste caratteristiche. È stato anche accertato che il lavoro a turni influenza i livelli ormonali, mentre alcune ricerche hanno dimostrato che, in media, le infermiere che svolgono i turni fumano di più e sono in sovrappeso rispetto alle colleghe che lavorano di giorno. Anche questi fattori contribuiscono a determinare disturbi di salute, comprese le malattie coronariche (Kivimäki et al., 2001). Inoltre le donne alle quali sono state prescritte terapie ormonali sostitutive dopo l'inizio della menopausa, e quelle che hanno anticipato la menopausa a seguito di un'isterectomia, sono soggette a forti rischi di contrarre il tumore alla mammella e malattie cardiovascolari. Tale rischio può essere ulteriormente accresciuto dalla natura del lavoro svolto (Westerholm, 1998).

Tra le varie tipologie lavorative sono state rilevate consistenti differenze riguardo al rischio di malattie cardio-vascolari.

Ciononostante, uno studio condotto in Danimarca ha rivelato che il 16% delle malattie cardiovascolari negli uomini e il 22% nelle donne potrebbe essere evitato eliminando dal contesto in cui si svolge l'attività i fattori di rischio legati al lavoro. I rischi più elevati provengono dalla tensione sul lavoro (6% per gli uomini e 14% per le donne) e dal lavoro a turni, che riguarda il 7% di ambedue i sessi (Kristensen et al., 1998).

Gli studi epidemiologici sui fattori di rischio nell'ambiente di lavoro e sulla mortalità causata dalle malattie cardiovascolari raramente riguardano le donne. Una ragione di tale carenza sta nel fatto che, generalmente, le donne contraggono malattie cardiache con 10 o 20 anni di ritardo rispetto agli uomini; in pratica ciò signifi-

fica che la maggior parte delle donne sono già in pensione quando contraggono la malattia, per cui la correlazione con il lavoro svolto sfugge ai rilevamenti. Rispetto agli uomini, la mortalità causata da malattie cardiovascolari è notevolmente inferiore tra le donne lavoratrici di età inferiore ai 50-55 anni. Anche quando alle donne viene rivolta una maggiore attenzione, l'esiguo numero complessivo delle decedute prima dell'età pensionabile e la scarsità degli studi di una certa portata sulla suddivisione in gruppi di età delle donne morte per malattie cardiovascolari non consente di trarre conclusioni precise. La modesta mortalità legata a malattie cardiovascolari è stata spiegata con la protezione che le donne ricevono dagli ormoni femminili (progesterone ed estrogeno), protezione che viene meno dopo la menopausa (Alterman et al., 1994; Kornitzer et al., 2002; Kuper et al., 2002; Marmot et al., 1997; Steenland et al., 1997; Houtman e Kornitzer, 1999; OMS, 1994b).

Evidentemente, ulteriori approfondimenti dei rischi di contrarre malattie coronariche sono più che giustificati, ma l'indagine dovrebbe prendere in considerazione le differenze tra uomini e donne.

La prevenzione dello stress e le patologie indotte dallo stress

Il rapporto redatto dall'Agenzia europea, intitolato Indagine sullo stress correlato al lavoro (Cox et al., 2000) si è basato sui dati scientifici già disponibili per concludere che lo stress correlato al lavoro può essere affrontato con le stesse metodologie delle altre problematiche inerenti alla salute ed alla sicurezza, adattando alla gestione dello stress presente sul lavoro il ciclo di controlli già collaudato nella valutazione e nella gestione dei rischi fisici. Un successivo rapporto elaborato dall'Agenzia (Agenzia europea, 2002a), basato sull'analisi di alcuni esempi di interventi e degli strumenti in grado di prevenire lo stress correlato al lavoro, indica alcuni fattori chiave per il successo delle stra-

ategie di prevenzione nell'ambiente di lavoro:

- interventi basati su un'adeguata analisi del rischio;
- accurata programmazione e interventi graduali, con individuazione di finalità chiare e di gruppi di riferimento;
- abbinamento di provvedimenti mirati al lavoro e misure incentrate sui lavoratori, dando priorità agli interventi di carattere collettivo e organizzativo che consentano di affrontare i rischi sul nascere;
- soluzioni elaborate specificatamente per i diversi contesti, attribuendo all'esperienza maturata dai lavoratori nelle rispettive mansioni il giusto valore di risorsa essenziale per l'individuazione dei problemi e delle soluzioni;
- ove si ricorra a consulenti esterni, impiego di professionisti esperti e di interventi basati solo su dati certi;
- dialogo sociale, concertazione e coinvolgimento dei lavoratori;
- prevenzione costante e supporto da parte dei dirigenti di livello più elevato.

Pertanto, quale punto di partenza per considerare tutti i fattori che potrebbero contribuire allo stress determinato dal lavoro è estremamente importante analizzare le effettive mansioni e le attività eseguite da donne e uomini, nonché le reali condizioni e circostanze in cui si svolge la loro opera. Poiché le condizioni di lavoro e le esperienze di uomini e donne non sono identiche, essi saranno interessati sia da livelli di esposizione diversi sia da fattori di stress uguali o diversi, persino operando nello stesso ambiente di lavoro e svolgendo gli stessi compiti. È altresì di vitale importanza assicurare la partecipazione attiva delle donne a tale processo. È importante comprendere il ruolo spettante agli uomini e alle donne nell'elaborazione dei programmi di prevenzione dello stress in

quanto, a causa della segregazione delle mansioni, diverse sono le cause che determinano l'insorgere dello stress nel medesimo contesto di lavoro. I molti interventi che sinora non hanno tenuto conto delle differenze tra uomini e donne non sempre hanno prodotto risultati efficaci (fare riferimento ad esempio ad Östlin, 2002). La valutazione del rischio pertanto dovrebbe tenere conto di fattori di stress quali le molestie sessuali, la discriminazione e le responsabilità verso la famiglia, oltre a quelli che più spesso caratterizzano i lavori prevalentemente femminili. Tali metodologie ad esempio potrebbero comprendere l'analisi del controllo esercitato sulle attività lavorative dai singoli individui e le interruzioni impreviste.

Numerosi datori di lavoro stanno prendendo atto della necessità di attuare provvedimenti rivolti alla prevenzione dello stress da lavoro. Tre rapporti dell'Agenzia (Agenzia europea, 2002a, 2002b, 2002e) illustrano esempi di buona prassi diretti a prevenire lo stress in settori lavorativi prevalentemente femminili. I casi citati indicano che è possibile intervenire migliorando alcuni aspetti dei compiti emotivamente gravosi affidati ai lavoratori del settore sanitario ed agli insegnanti, concedere ai turnisti un maggior controllo sulla gestione dei turni di lavoro e introdurre più autonomia, partecipazione e controllo, ad esempio, nelle mansioni degli addetti all'assistenza sanitaria e degli operatori dei call center. Gli interventi volti a migliorare l'equilibrio tra lavoro e vita privata, compresi quelli a favore dei lavoratori con responsabilità familiari e di assistenza a congiunti, sono trattati nel capitolo dedicato alla conciliazione tra attività lavorative e vita privata.

Affrontare le difficoltà

Quando si parla di stress correlato al lavoro, la priorità va data all'eliminazione delle cause dello stress. Tuttavia far fronte ai problemi costituisce una parte generale del processo rappresentato dallo stress, che essendo un tentati-

vo di gestire le varie esigenze può essere considerato come una strategia per la risoluzione dei problemi. Le modalità e le strategie utilizzate devono essere pertinenti alle varie situazioni particolari. Questo è tuttavia il settore della

ricerca sullo stress da lavoro la cui comprensione è meno profonda; pertanto da più parti si riconosce l'esigenza di disporre di maggiori dati sulle strategie applicate per risolvere le difficoltà (Cox et al., 2000).

Tavola 20 - Esempio di intervento risolutivo attuato in un ministero britannico

Un ministero britannico con oltre 25.000 dipendenti ha attuato un programma per la gestione dello stress. Alcuni cambiamenti strutturali recentemente messi in atto dall'organizzazione avevano determinato un calo della soddisfazione sul lavoro e un aumento dello stress. Nel loro intervento, Whatmore et al. (1999) si proponevano di rafforzare la capacità dei singoli dipendenti di reagire alle difficoltà. Complessivamente al rilevamento hanno partecipato 270 dipendenti (di cui 157 donne). Sono state approfondite tre tematiche: formazione e consapevolezza, attività fisica e programma di riorganizzazione cognitiva.

Gli effetti dei progressi, costatati già dopo tre mesi nei partecipanti al programma di attività

fisica e addestramento alla consapevolezza. In particolare, gli effetti del programma di attività fisica erano ancora visibili dopo sei mesi. Il programma di riorganizzazione cognitiva, invece, non ha avuto esito positivo, in quanto gli interventi non sono riusciti a incidere sulle variabili organizzative, quali ad esempio la soddisfazione sul lavoro e il coinvolgimento organizzativo. Il tasso di assenteismo per malattia denunciato dai partecipanti è diminuito nel gruppo impegnato nell'attività fisica, ma è aumentato negli altri gruppi. Nelle loro conclusioni i ricercatori sostengono che gli interventi per la gestione dello stress nei singoli individui possono produrre risultati positivi, ma che per poterli prolungare nel tempo è necessario individuare e ridurre al minimo i fattori di stress presenti nell'organizzazione.

Fonte: Whatmore et al. (1999).

Houtman e Van den Heuvel (2001) hanno esaminato alcuni studi internazionali sulle differenze legate al sesso e al genere per quanto riguarda l'attività fisica, la personalità, gli atteggiamenti e i vari aspetti delle tecniche di risoluzione dei problemi. L'indagine ha esaminato anche le differenze tra uomini e donne per quanto riguarda il modo di affrontare le pressioni esercitate dal lavoro. La maggior parte dei rilevamenti presi in considerazione esaminava differenze legate al genere in rapporto alla capacità di reagire ai disturbi di salute. Soltanto pochi studi hanno preso in esame gli effetti moderatori o mediatori degli indicatori relativi alla capacità di reagire alle difficoltà nell'ambito del rapporto rischio-risultato.

In uno studio sullo stress legato al lavoro negli uomini e nelle donne manager, Davidson et al. (1995) hanno riscontrato che le donne adottavano strategie positive di risoluzione dei problemi con maggiore frequenza rispetto agli uomini, ad esempio avvalendosi in misura molto più elevata sia del supporto sociale che di strategie mirate.

Considerata la trasformazione della composizione della forza lavoro dal punto di vista demografico, si è cominciato a discutere della capacità dei lavoratori più anziani di eseguire i compiti loro affidati, in particolare per quanto riguarda i cambiamenti intervenuti nel contesto lavorativo, come l'introduzione di nuove tecno-

logie o di nuove metodologie di lavoro. Tale dibattito riguarda tutti gli aspetti del lavoro, non solo lo stress. Un'indagine in questo settore ha rivelato che si tende a considerare i lavoratori più anziani come un gruppo omogeneo, prestando scarsa attenzione a eventuali differenze legate al genere. Una donna non più giovane, ad esempio, ha maggiori probabilità di dover assistere un genitore o un coniuge invalido. Lo studio ha rivelato che le lavoratrici più anziane in particolare (di età superiore ai 45 anni) sono trascurate sotto il profilo della ricerca e delle politiche di intervento (Doyal, 2002). Delle donne mature si parlerà ancora in uno dei capitoli successivi.

Perché lo stress da lavoro non colpisce le donne con maggiore intensità?

Poiché molte delle cause conosciute dello stress coincidono con alcune caratteristiche proprie di lavori prevalentemente femminili e con le pressioni aggiuntive create dalle attività domestiche, è lecito porsi la domanda: "perché lo stress da lavoro non colpisce le donne con maggiore intensità"? Abbiamo già citato l'uso più efficace e frequente, da parte delle donne, del supporto sociale e di meccanismi più mirati per far fronte alle difficoltà. I risultati delle ricerche indicano inoltre che la salute fisica e mentale delle donne che lavorano, con o senza figli, è migliore di quella delle disoccupate (ad esempio in Rout et al., 1997). Le donne sposate, che lavorano ed hanno figli sono quelle che godono della salute migliore in assoluto (ad esempio, Kivelä e Lahelma, 2000). In altre parole, il lavoro può far aumentare lo stress, ma offre relazioni sociali e altri benefici non usufruibili da chi resta a casa. Il lavoro retribuito presenta degli aspetti positivi di carattere emotivo e sociale che non solo contribuiscono al benessere fisico, ma hanno riflessi positivi anche su quello economico (Bildt Thorbjörns-son e Lindelöv, 1998).

Potenziamento della ricerca e future priorità di indagine

Il rapporto dell'Agenzia europea intitolato Ricerca sullo stress correlato al lavoro ha individuato una serie di settori oggetto di future indagini, compresi gli interventi sullo stress e la sua gestione a livello aziendale, le nuove tendenze del lavoro (come il telelavoro) e la capacità di far fronte alle difficoltà. Inoltre, il rapporto ha concluso che l'inserimento dello stress avvertito nell'ambiente di lavoro nel contesto di altre problematiche correlate, tra cui l'aspetto legato al genere, rappresenta un elemento essenziale se si vuole ottenere un quadro completo che consenta di gestire lo stress sul lavoro (Cox et al., 2000).

Sebbene molti studi analizzino il fattore genere inteso come variabile, e nonostante la maggior parte degli strumenti adoperati nei rilevamenti si avvalgano di criteri di misurazione che tengono conto di alcuni fattori aggravanti e mitiganti dello stress, come le pressioni esercitate dal lavoro, il loro controllo e le relazioni con i colleghi di lavoro, solo poche indagini esaminano le condizioni di lavoro più diffuse tra le donne, come ad esempio la presenza di circostanze che rendono incompatibile l'attività lavorativa con le responsabilità familiari, le molestie sessuali, la discriminazione e il lavoro invisibile (Messing, 2000). Alcuni elementi indicano la presenza di differenze tra uomini e donne anche in questi fattori "classici". Alcuni studi ad esempio hanno rilevato che il supporto sociale rappresenta un fattore stabilizzante e mitigante più efficace per le donne che per gli uomini (American Psychological Association, 1996). La presenza di tali differenze tra uomini e donne e le relative implicazioni meritano un ulteriore approfondimento. Inoltre, la prevalenza e l'impatto sulla salute esercitato da alcuni fattori di stress specifici delle donne e di alcuni gruppi e minoranze etniche non sono ancora stati esaminati in modo sufficientemente approfondito.

Ancora una volta, come accade anche in altre problematiche legate alla salute, la ricerca è ostacolata dal mancato riconoscimento della correlazione tra stato di salute e lavoro, per cui avviene che i dati non vengano raccolti oppure esistano discordanze sulla loro classificazione. Nei Paesi Bassi, ad esempio, è stato introdotto un sistema di classificazione (la cosiddetta codifica CAS), che definisce la sindrome del burnout come una sottocategoria dei disturbi mentali. Tuttavia, i medici del lavoro e i medici generici (Houtman et al., 2002) non concordano sulla classificazione dei disturbi di salute mentale (sindrome del burnout o depressione).

Infurtuni e stress causati da violenze sul lavoro da parte del pubblico

Concetti fondamentali

- Sia gli uomini che le donne subiscono violenze legate al lavoro. La maggiore esposizione della donne è profondamente connessa con la natura stessa del lavoro "a contatto con la gente".
- Le persone interessate dal fenomeno non sono solo le "vittime", ma comprendono i testimoni e coloro che avvertono paura sul lavoro.
- Gli effetti sono molteplici e vanno dal decesso, agli infortuni fisici, allo stress.
- I provvedimenti che le organizzazioni possono adottare per prevenire la violenza correlata al lavoro sono stati esaurientemente documentati. Tuttavia, sono necessari ulteriori ricerche ed una efficace prevenzione nel settore, oltre alla condivisione dei dati disponibili.
- Non tutti i paesi includono nelle statistiche ufficiali degli incidenti sul lavoro gli infortuni causati da violenza.
- La raccolta dei dati dovrebbe prevedere una netta distinzione tra episodi di violenza commessi dal pubblico e comportamenti vessatori sull'ambiente di lavoro.

La Commissione europea definisce gli atti di violenza derivanti dal lavoro come "eventi nel corso dei quali gli individui vengono maltrattati, minacciati o aggrediti nell'ambito dell'attività lavorativa e che comportano pericoli espliciti o impliciti per la loro sicurezza, il loro benessere o la loro salute". Tale definizione comprende gli abusi verbali e fisici, quali le aggressioni fisiche, le rapine, le minacce, le urla e gli oltraggi verbali (Wynne et al., 1997). Oltre a essere causa di infortuni fisici, la violenza correlata al lavoro rappresenta una delle principali cause di stress. Inoltre, le donne soffrono più intensamente degli uomini di disturbi post-traumatici da stress causati da episodi violenti, quale ad esempio le rapine (Yehuda, 2002).

Secondo la terza indagine europea sulle condizioni di lavoro, il 4% dei lavoratori ha segnalato di essere stato vittima, nei 12 mesi precedenti, di autentiche aggressioni fisiche da parte di persone esterne all'ambiente di lavoro. Le donne hanno denunciato il maggior numero di casi (Paoli e Merli-lié, 2001; si vedano anche Cooper et al., 2003). Molte altre persone certamente hanno subito minacce, insulti o altre forme di aggressione psicologica. Secondo un sondaggio condotto in Svezia, ad esempio, nel 1997 il 17% delle donne e il 9% degli uomini ha subito violenze o minacce di violenza nell'ambiente di lavoro (il dato è citato in Menckel, 2001). I maltrattamenti o le intimidazioni possono comprendere molestie sessuali o di natura razziale. La paura della violenza è un sentimento diffuso e rappresenta un problema estremamente sentito, particolarmente nei lavori ad alto rischio, con conseguenze negative anche per i testimoni di episodi di violenza (Cooper et al., 2003) un fattore che accresce ulteriormente il numero dei lavoratori colpiti dal fenomeno. Fagan e Burchell (2002) sostengono che le cifre citate nella terza indagine europea sulle condizioni di lavoro rappresentano "certamente una sottovalutazione della reale portata degli episodi di intimidazione,

molestie e discriminazione, data la natura limitata della domanda posta nell'indagine".

Secondo Cooper et al. (2003) è necessario operare una distinzione tra le varie forme di violenza, poiché "è stato riscontrato che le donne compaiono in misura percentualmente troppo elevata tra le vittime di intimidazioni e violenze psicologiche, mentre gli uomini subiscono più violenze fisiche e aggressioni. Le potenziali diversità tra uomini e donne nelle rispettive disponibilità ad accettare e definire come violenze e molestie le loro esperienze certamente influenzeranno i risultati dell'indagine".

Tuttavia gli episodi violenti nell'ambiente di lavoro possono causare infortuni alle lavoratrici e persino la loro morte. Negli Stati Uniti per le donne l'omicidio è la principale causa di morte nell'ambiente di lavoro, rappresentando il 40% di tutti i decessi delle lavoratrici sul luogo di lavoro. Gli omicidi sul lavoro sono causati prevalentemente da rapine e spesso avvengono in negozi di alimentari/generi vari, luoghi di ristorazione e stazioni di servizio (NIOSH, 2001). Negli Stati Uniti l'alto tasso di omicidi è ascrivibile alla maggiore diffusione dell'uso di armi da fuoco rispetto ai paesi della Ue. Nell'Unione europea, sono stati registrati alcuni casi di uccisione di operatori sanitari da parte di malati psichiatrici loro pazienti, un caso di assistente sociale dei servizi abitativi assassinato da un cliente, e casi di persone squilibrate in preda alla collera ed armate che si sono introdotti in edifici scolastici.

In alcuni paesi dell'Unione europea gli episodi di violenza sul lavoro non rientrano tra quelli la cui denuncia è obbligatoria e per tale motivo sono esclusi dalle statistiche nazionali (Cooper et al., 2003). Ne consegue che queste ultime sottovalutano il numero degli infortuni riportati sul lavoro. Ne deriva una carenza di informazioni che, se raccolte, consentirebbero di adottare provvedimenti di prevenzione. Lo studio sul settore sanitario condotto da Saurel-

Cubizolles et al. (2002), ad esempio, è stato stimolato dalla consapevolezza dell'esistenza del problema e della mancanza di dati sulla sua reale entità (fare riferimento anche a Semat, citato in Vogel, 2002). Inoltre, in alcuni studi e raccolte di dati non esiste una distinzione netta tra episodi di violenza commessi dal pubblico e vessazioni da parte di colleghi di lavoro, sebbene si tratti di due problematiche separate.

Tavola 21 - Poliziotte in prima linea

Secondo uno studio sulle agenti di polizia condotto in Finlandia nel 1998, il 24% aveva sperimentato violenze fisiche durante il lavoro e il 22% aveva subito infortuni a seguito di aggressioni. Quasi metà delle agenti era stata minacciata di persona e il 21% per telefono. Inoltre, le agenti erano state oggetto di molestie sessuali verbali, come battute a sfondo sessuale e commenti offensivi sia da parte del pubblico che dei colleghi di lavoro. La ricerca indica che violenza e molestie sessuali possono dare origine a stress correlato al lavoro e all'insorgere della sindrome del burnout.

Fonte: Kauppinen e Patoluoto (in corso di stampa).

Ancora una volta, i maggiori rischi corsi dalle donne di subire violenze sono, almeno in parte, correlati alla segregazione occupazionale. Spesso le donne sono addette a lavori e mansioni ad alto rischio di violenza. Ne sono un esempio le infermiere, le assistenti sociali e le insegnanti. Gli atti violenti sul luogo di lavoro sono diffusissimi in tutte le attività caratterizzate dal contatto con il pubblico. Nella terza indagine europea sulle condizioni di lavoro, il 64% delle donne e 48% degli uomini ha dichiarato che le mansioni svolte prevedevano contatti con clienti, alunni, pazienti, ecc., per almeno metà del tempo lavorativo (Fagan e Burchell, 2002). La tavola 22 elenca alcuni lavori ad alto rischio e fattori di rischio.

I lavori svolti dalle donne vengono generalmente definiti "lavori a contatto con la gente". È stato riscontrato che anche le donne che svolgono compiti dirigenziali e specialistici passano più tempo in "lavori a contatto con la gente" degli uomini inquadrati nelle stesse categorie professionali. Un esempio calzante è il lavoro delle infermiere: mentre una tipica infermiera professionale lavora direttamente con i pazienti nelle corsie, il suo collega uomo più probabilmente svolge i suoi compiti nell'unità di terapia intensiva o in sala operatoria, oppure dirige il reparto. In altre parole, generalmente gli infermieri hanno meno contatti con i pazienti rispetto alle loro colleghe (Dassen et al., 1990).

I lavoratori giovani costituiscono una categoria più a rischio dei colleghi anziani (Cooper et al., 2003). Ad esempio, secondo l'indagine condotta sui lavoratori dipendenti del Regno Unito nel 1995, l'8% delle lavoratrici ha riferito di aver subito aggressioni fisiche da parte del pub-

blico durante il lavoro (la percentuale sale a oltre il 10% nella fascia d'età da 25 a 34 anni), mentre quasi una lavoratrice su cinque aveva subito minacce di violenza fisica. In entrambi i casi le percentuali delle donne superavano quelle degli uomini del 20-30%. Il fattore età potrebbe essere legato alla segregazione occupazionale, che mette i lavoratori più giovani maggiormente a contatto diretto con il pubblico, nonché all'inesperienza e alla mancanza di autorità sul lavoro, ad esempio per risolvere i problemi dei clienti.

È opportuno notare che i rapporti sulla violenza esercitata durante il lavoro evidenziano notevoli differenze tra i vari paesi. I diversi contesti sociali ed economico delle singole nazioni, come ad esempio il livello generale del crimine, le dinamiche economiche e sociali, la presenza e (in alcuni paesi) la crescita dell'economia sommersa, potrebbero influire sulla tipologia e sul livello di violenza (Cooper et al., 2003).

Tavola 22 - La violenza sul lavoro: dove sono i rischi e quali sono le conseguenze?

Ambienti a rischio:

- settore terziario, con particolare riferimento ad aziende operanti nei settori sanitario, dei trasporti, della vendita al dettaglio, del catering, dei servizi finanziari e dell'istruzione.

Lavori particolarmente a rischio:

- infermiere e altri operatori del settore sanitario
- conducenti d'autobus
- cassieri (di banche e negozi)
- addetti ai parcheggi
- assistenti sociali e altri addetti ai servizi sociali
- personale di bar e ristoranti

Fattori di rischio:

- contatti a vario titolo con i clienti o utenti
- lavori in cui si devono far rispettare delle norme

- lavoro isolato o con pochi colleghi
- gestione di denaro contante

Le conseguenze per i lavoratori possono essere molto diverse tra loro:

- demotivazione e diminuzione dell'orgoglio nei confronti del proprio lavoro
- stress (anche per le vittime indirette, ossia i testimoni di atti o episodi di violenza)
- infortuni o addirittura la morte
- disturbi fisici o psicologici
- sintomi post-traumatici come paura, fobie o disturbi del sonno
- disturbi post-traumatici da stress nei casi più gravi

Fonte: dati forniti dall'Agenzia europea (2002c); Current Intelligence Bulletin (1996); Cooper et al. (2003).

Uno studio condotto in Italia sul settore dell'assistenza psichiatrica ha riscontrato che l'entità di tali episodi era stata drasticamente ridimensionata nei rapporti, nonostante l'effetto negativo esercitato dalle aggressioni sulla salute fisica e psicologica degli operatori (Magnavitis, 2002). In alcuni lavori la violenza potrebbe essere considerata come "parte del lavoro", oppure potrebbe esistere una certa riluttanza ad accusare i colpevoli. Altri fattori che possono indurre a sminuire l'importanza degli incidenti sono il timore delle vittime di vedersi addossare delle responsabilità, o l'evidente improbabilità dell'adozione di provvedimenti preventivi, oppure l'inesistenza di procedure per la denuncia. Lo studio ha riscontrato che le infermiere rappresentavano le operatrici in prima linea, con episodi di graffi, sputi, schiaffi, calci e pugni.

Negli episodi violenti il genere dell'aggressore può incoraggiare o scoraggiare gli atti violenti, a seconda delle circostanze. I risultati di alcune indagini indicano, ad esempio, che le agenti di polizia sanno essere meno autoritarie e ricorrono alla forza meno frequentemente dei colleghi uomini, sono più abili a sventare scontri potenzialmente violenti, possiedono migliori doti comunicative e gestiscono in modo più efficace gli episodi di violenza contro le donne (si consulti il sito web del National Centre for Women

and Policing). Inoltre, la presenza di una donna può esercitare un'influenza "pedagogica" sul comportamento dei potenziali assalitori. A sostegno di questa tesi esistono alcuni esempi pratici riguardanti i risultati ottenuti dal personale delle ambulanze quando gli operatori erano solo uomini oppure comprendevano anche donne: nel secondo caso le presenze femminili tra gli addetti sembravano esercitare un effetto tranquillizzante. In altre circostanze, tuttavia, la presenza di agenti femminili può incitare all'aggressione. Alcuni studi indicano che le agenti di polizia preferiscono affrontare una situazione difficile in coppia con un collega uomo anziché con un'altra donna (Nuutinen et al., 1999).

Esiste un'ampia documentazione sulla prevenzione efficace degli atti violenti in ambiente di lavoro. In questo campo, la Ue non ha emanato alcuna legislazione particolare, tuttavia la materia rientra nell'ambito della normativa generale per la valutazione e la prevenzione dei rischi prevista dal quadro legislativo della Ue. Inoltre i Paesi membri hanno adottato una serie di singoli provvedimenti in materia.

Si raccomanda vivamente lo svolgimento di nuovi studi e l'elaborazione di buone pratiche in relazione a determinati settori, occupazioni e tipi di violenza (Cooper et al., 2003).

Riquadro 23: provvedimenti adottati a livello internazionale contro la violenza nel settore sanitario

La violenza nel settore sanitario, un fenomeno che interessa il 50% degli operatori, rappresenta un serio problema a livello mondiale. Il personale delle ambulanze e del soccorso pre-ospedaliero corre i maggiori rischi di subire aggressioni violente. Le probabilità delle infermiere di restare vittime di atti di violenza sul lavoro sono tre volte superiori rispetto alle altre categorie di lavoratori. Sebbene nel settore

sanitario la violenza sul lavoro riguardi sia i lavoratori che le lavoratrici, non bisogna dimenticare che la maggioranza degli operatori sono donne. I colpevoli degli atti violenti possono essere pazienti sotto l'effetto di alcol o droghe (ad esempio negli ambulatori di pronto soccorso), pazienti il cui comportamento è distorto dai farmaci assunti o dalle patologie o dai traumi sofferti, oppure pazienti (o parenti) in preda all'ira o alla frustrazione. Particolarmente a rischio sono i grandi ospedali ubicati in zone periferiche, densamente popolate o particolarmente esposte alla criminalità. In molti paesi le

procedure di denuncia sono carenti e i colpevoli non sono perseguiti. Per rispondere a questa situazione, un gruppo di intervento congiunto contro la violenza nel settore sanitario, costituito dall'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL), dall'OMS, da Public Services International (PSI) e dall'International Council of Nurses (ICN), ha diffuso una serie di "Direttive quadro in materia di violenza nell'ambiente di lavoro sanitario". Le direttive, redatte sulla base di alcuni studi dei casi di vari paesi tra cui il Portogallo, la Bulgaria e altri Paesi membri, nonché di esperienze registrate in tutto il mondo, si propongono di agevolare il compito di tutti coloro sui quali grava la responsabilità della sicurezza sul lavoro, nonché di promuovere iniziative a livello internazionale, nazionale e locale. Nell'ottobre del 2003 l'OIL adotterà un "Codice di condotta per la violenza e lo stress sul lavoro nel settore dei servizi: una minaccia per la produttività e la dignità del lavoro".

Fonti: OIL et al. (2002a); OIL (2002b); Cooper e Swanson (2002); di Martino (2002).

Interventi adottati in un ospedale per impedire la violenza contro il personale

Da un'indagine condotta in un ospedale olandese emerge che la maggior parte degli incidenti avveniva presso l'accettazione/centralino, nonché nei reparti dove erano ricoverati i pazienti a seguito di incidenti, nel pronto soccorso e nel reparto di psichiatria, durante i fine setti-

mana e nei turni serali e notturni. Un gruppo di lavoro composto da dipendenti e dirigenti, dopo aver esaminato i provvedimenti ritenuti necessari, ha concordato un piano d'intervento con il Comitato di gestione e il Comitato esecutivo. I provvedimenti introdotti dal piano prevedevano la consegna ai dipendenti di dispositivi di allarme per avvertire gli addetti alla sicurezza e una stretta collaborazione con la polizia, con la possibilità di richiederne l'intervento immediato in caso di necessità e la comunicazione ai dipendenti dell'ospedale, da parte degli organi di polizia, di informazioni su pazienti potenzialmente pericolosi. Inoltre, è stato introdotto un sistema di "cartellini gialli e rossi" a carico degli aggressori, per informarli quando il loro comportamento non poteva essere tollerato e, nei più casi più gravi, per vietare il loro ingresso in ospedale. Per informare il pubblico dell'adozione della nuova politica si è provveduto ad affiggere manifesti e distribuire volantini negli ambulatori, nei centri sociali e in altri luoghi pubblici, pubblicando inoltre annunci sulla stampa locale. Altre iniziative hanno riguardato l'introduzione di bacheche per l'affissione di informazioni a uso dei pazienti nelle sale di attesa. Tutti questi provvedimenti sono stati integrati da corsi di formazione per il personale, dalla costituzione di fondi per l'assistenza psicologica e da dibattiti tenuti durante le periodiche riunioni del personale.

Fonte: Agenzia europea (2002b).

Gli effetti delle molestie sessuali da parte dei colleghi

Aspetti fondamentali

- Le molestie sessuali sul lavoro rappresentano un fattore di stress avvertito molto più di frequente dalle donne che dagli uomini.
- La condivisione e lo scambio di dati concernenti la legislazione in vigore, le politiche e le buone pratiche agevolerà l'applicazione della

direttiva del Consiglio, emessa a rettifica di quella precedente, che tratta delle molestie sessuali sul lavoro.

Le molestie sessuali sono sempre più considerate un affronto alla dignità sul lavoro (Cooper et al., 2003; Herbert, 1999; Kauppinen, 2003). Il codice di condotta della Commissione europea definisce le molestie sessuali come "comportamenti indesiderati di carattere sessuale, o altri comportamenti basati sul sesso, lesivi della

dignità delle donne e degli uomini nell'ambiente di lavoro". La definizione comprende: i comportamenti indesiderati, disdicevoli o offensivi; i comportamenti intesi a condizionare le decisioni concernenti l'assegnazione delle mansioni di lavoro; i comportamenti che creino un ambiente di lavoro in-timidatorio, ostile o umiliante". Le molestie sessuali comprendono le manifestazioni verbali, ad esempio le battute a sfondo sessuale; quelle non verbali, come gli sguardi fissi e prolungati; e quelle fisiche, ad esempio i contatti fisici non richiesti (Commissione europea, 1991; Commissione europea, Lavoro e Affari sociali, 1998).

Secondo la terza indagine europea sulle condizioni di lavoro nei 12 mesi precedenti il 2% degli intervistati aveva subito molestie sessuali. Tale dato si raddoppia nei paesi scandinavi, probabilmente a causa della maggiore sensibilizzazione al problema. Le donne sono soggette a simili manifestazioni in misura molto maggiore rispetto agli uomini (4% contro il 2%). La percentuale è più elevata per i collaboratori delle agenzie di lavoro interinale rispetto ai lavoratori assunti direttamente dalle aziende (Paoli e Merllié, 2001).

Secondo alcuni studi condotti in Europa, una percentuale di donne che va dal 30 al 50% è stata soggetta a qualche forma di molestia sessuale e di manifestazioni sessuali indesiderate nell'ambiente di lavoro, contro circa il 10% degli uomini. Inoltre gli uomini percepiscono questo tipo di molestia come meno offensiva e ne avvertono le conseguenze negative in misura minore (Commissione europea, Lavoro e Affari sociali, 2002a). Le donne giovani e quelle che lavorano in ambienti prevalentemente maschili subiscono molestie sessuali con maggiore frequenza (Kauppinen, 1999b).

Nonostante si tratti di un fenomeno comune, le molestie di natura sessuale commesse nell'ambiente di lavoro in molti casi non vengono segnalate per svariati motivi, come la paura di

perdere il posto, di passare dalla parte del torto o di essere socialmente emarginati dai colleghi di lavoro (Cooper et al., 2003). Per quanto riguarda la sottovalutazione del problema riscontrata dalla terza indagine europea sulle condizioni di lavoro occorre fare riferimento anche alle osservazioni contenute nel capitolo sulla violenza.

Le molestie sessuali, che possono avere conseguenze negative sia per la persona che vi è esposta sia per l'organizzazione in cui lavora, sono un riconosciuto fattore di stress sul lavoro. I dipendenti che ne sono vittime possono soffrirne le conseguenze negative sul piano della salute e del benessere personale, nonché della motivazione e soddisfazione sul lavoro. Anche la carriera può essere penalizzata da questo fenomeno, che può influenzare negativamente la produttività e costringere la vittima a richiedere un congedo per malattia. Le molestie sessuali inoltre possono esercitare un effetto demoralizzante su tutto l'ambiente di lavoro (Kauppinen, 1999b). Nelle organizzazioni caratterizzate da un clima sociale positivo e aperto i dipendenti subiscono meno molestie e ricevono maggiore soddisfazione dal lavoro (Herbert, 1999).

È opinione diffusa che le organizzazioni dovrebbero dotarsi di politiche di prevenzione in materia di molestie sessuali e di procedure per reprimerle (Bleijenbergh et al., 1999; Herbert, 1999; Kauppinen, 2003). A tal fine, la valutazione del rischio di stress dovrebbe comprendere anche le molestie sessuali. Gli elementi fondamentali contemplati dalle politiche vigenti in materia sono elencati nel Riquadro 24. La nuova formulazione della direttiva europea sulle pari opportunità (Direttiva del Consiglio 2002/73/CE, che ha emendato la Direttiva del Consiglio 76/207/CEE), che assimila le molestie sessuali sul lavoro alla discriminazione e pertanto le vieta richiedendo ai Paesi membri di prendere provvedimenti repressivi, entrerà in vigore nel 2005. La sua piena appli-

cazione in tutti i Paesi membri costituirebbe un passo in avanti molto importante verso l'eliminazione di un consistente fattore di stress per le donne. Sono disponibili numerosi esempi di interventi legali e pratiche utilizzabili a fini di prevenzione. Ad esempio, Kaup-pinen (1999b) segnala che le molestie sessuali possono essere incluse nei programmi di attuazione delle pari opportunità nell'ambiente di lavoro. Esistono numerosi esempi di linee guida per la prevenzione delle molestie sessuali, ma altri concepiti su misura per particolari tipi di lavoro possono rivelarsi ugualmente utili. Ne è un esempio la guida per la prevenzione delle molestie sessuali nello sport (Tiihonen e Koivisto, 2002). Lo scambio di informazioni sulle vigenti pratiche sia all'interno che all'esterno della Ue agevolerebbe l'applicazione pratica della direttiva.

Riquadro 24: interventi in materia di molestie sessuali: elementi fondamentali delle politiche relative all'ambiente di lavoro

- Definizione chiara delle molestie sessuali in relazione al contesto.
- Regole dettagliate sugli interventi preventivi.
- Definizione di una procedura per la presentazione dei reclami e designazione di un funzionario appositamente delegato a riceverli.
- Tutela e assistenza ai dipendenti molestati.
- Sanzioni nei confronti dei colpevoli di molestie.
- Iniziative di sostegno come programmi di formazione speciali, concepiti per accrescere la sensibilizzazione alla problematica e fornire ai responsabili gli strumenti necessari per l'applicazione delle procedure.

Fonte: Bleijenbergh et al. (1999).

Gli effetti dei comportamenti persecutori sul lavoro

Aspetti fondamentali

- Le donne sono più spesso vittime di atteggiamenti persecutori sul lavoro. La segregazione legata al genere (la maggiore concentrazione di donne settore pubblico, in cui tale fenomeno è più frequente) probabilmente rappresenta una causa del problema.
- Strumenti utili per la prevenzione saranno l'elaborazione e la condivisione di linee guida da parte degli Paesi membri, l'adozione di buone pratiche e di materiale per la formazione, così come la promozione di una comune comprensione del problema da parte dei Paesi membri.
- L'indagine europea sulle condizioni di lavoro non effettua una netta distinzione tra le intimidazioni provenienti dal pubblico e quelle dei colleghi. La prevenzione risulterebbe più agevole se i rilevamenti ponessero quesiti ben distinti su ambedue le problematiche e indagassero più in profondità sul tema della violenza, degli atteggiamenti persecutori e delle molestie sessuali.

Fenomeni quali il bullying (comportamenti persecutori N.d.T.), il mobbing e le molestie psicologiche o morali rappresentano modi diversi per descrivere un comportamento intimidatorio tra colleghi nell'ambiente di lavoro.

La terza indagine europea sulle condizioni di lavoro indica che le donne subiscono le intimidazioni e il bullying con maggiore frequenza rispetto agli uomini (il 10% delle donne ha riferito di esserne stato vittima nei 12 mesi precedenti, contro il 7% degli uomini). Tali cifre evidenziano un lieve incremento rispetto al rilevamento del 1995. Esistono notevoli differenze tra i vari paesi, infatti la percentuale dei lavoratori soggetti ad atti intimidatori va dal 15% della Finlandia al 4% del Portogallo, sebbene

ocorra tener conto che tali dati sono indicativi più della sensibilizzazione al problema che dell'effettiva incidenza del fenomeno (per quanto riguarda la sottovalutazione del problema riscontrata dalla terza indagine europea sulle condizioni di lavoro occorre fare riferimento anche alle osservazioni contenute nel capitolo sulla violenza). Secondo altri studi, una per-

tuale della popolazione compresa tra il 5 e il 10% ritiene di essere sporadicamente oggetto di bullying. Tale percentuale sale notevolmente nel caso delle vittime regolari di comportamenti che potrebbero essere assimilati a tale fenomeno, senza che le stesse si sentano necessariamente prese di mira (Cooper et al., 2003).

Riquadro 25

Il fenomeno del bullying nell'ambiente di lavoro può essere definito come: un comportamento ripetuto e irragionevole nei confronti di un dipendente o gruppo di dipendenti, la cui natura rappresenta un rischio per la salute e la sicurezza.

Ai fini della presente definizione:

- per "comportamento irragionevole" si intende un comportamento che una persona assennata, tenuto conto di tutte le circostanze, giudicherebbe come teso a vittimizzare, umiliare, indebolire o minacciare un individuo;
- il termine "comportamento" comprende le azioni commesse da singoli individui o da un gruppo di persone. Si può far uso di una metodologia di lavoro per vittimizzare, umiliare, indebolire o minacciare una persona. Con l'espressione "rischio per la salute e la sicurezza" si intende un rischio per la salute mentale o fisica di un dipendente. Il bullying spesso si manifesta tramite un uso scorretto

- un abuso di potere, contro il quale i destinatari riescono a difendersi con difficoltà.

Il bullying può avere gravi conseguenze sulle vittime.

Sono state accertate sintomatologie sul piano della salute fisica, mentale e psicosomatica, come stress, depressione, diminuzione dell'autostima, sensi di colpa, fobie, disturbi del sonno e affezioni degli apparati digestivo e muscoloscheletrico. Anche i disturbi post-traumatici da stress, simili ai sintomi riscontrati dopo esperienze traumatiche di altro genere come calamità e aggressioni, sono un fenomeno comune tra le vittime del bullying e possono protrarsi per anni dopo gli avvenimenti. Altre conseguenze possono essere l'isolamento sociale, difficoltà all'interno della famiglia e problemi finanziari causati dalle assenze dal lavoro o addirittura dal licenziamento.

Fonte: Agenzia europea (2002d).

La segregazione del lavoro può, ancora una volta, costituire motivo di una maggiore esposizione generale delle donne, poiché nel settore pubblico, dove le lavoratrici sono in maggioranza, il rischio di essere oggetto del fenomeno del bullying e di subire intimidazioni appare più elevato rispetto a quello privato (Cooper et al., 2003). In numerosi studi, spesso dedicati a un solo settore o ambiente di lavoro, la rettifica dei dati effettuata tenendo conto della composizione della forza lavoro in base al genere sembra indicare che in realtà le donne non sono più esposte degli uomini (cfr. ad esempio di Martino et al., 2002; Vartia, 2003).

Alcune indagini hanno rivelato che gli uomini figurano più frequentemente tra gli esecutori del bullying, ma che questa circostanza è probabilmente dovuta al fatto che i dirigenti sono più spesso uomini (ad esempio, Unison, 1997). Uno studio di vasta portata condotto in Irlanda ha riscontrato che nel 45,3% dei casi i responsabili del bullying erano singoli capuffici o dirigenti (Health and Safety Agency, 2001). Il fenomeno del bullying sul lavoro costituisce un abuso di potere che viene in gran parte commesso da dirigenti nei confronti dei propri sottoposti. Ciò vale anche nel caso dei dirigenti di grado superiore che

mettono in atto il bullying nei confronti dei dirigenti di grado inferiore. Sia gli uomini che le donne possono essere autori o vittime di tale fenomeno.

Vi è unanimità di consensi circa l'esistenza di un legame tra i fattori all'origine del bullying sul lavoro, la cultura presente nell'ambiente in cui si opera e le problematiche organizzative inerenti al lavoro. Un'analisi dei dati della terza indagine europea sulle condizioni di lavoro (Daubas-Letourneux e Thébaud-Mony, 2002) ad esempio, ha riscontrato che il bullying contro uomini e donne è molto frequente quando ai dipendenti vengono richiesti un'elevata flessibilità, ritmi di lavoro basati sulle esigenze dei clienti o del profitto e meticolose procedure di controllo della qualità (cfr. anche Piispa e Saarela, 1999; Menckel, 2001). Inoltre, è stata riscontrata una elevata incidenza del bullying nelle grandi organizzazioni caratterizzate da un elevato grado di gerarchia e da una cattiva gestione e nelle quali si lavora sotto costante pressione, come ad esempio nel settore sanitario (Sutela, 1999). Tuttavia il tipo di comportamento persecutorio specificamente usato per forzare o indebolire (commenti, ecc.) può avere come oggetto particolari caratteristiche della vittima (e quindi essere legato al genere), oppure il tipo di lavoro svolto: ad esempio i dirigenti vittime del bullying, generalmente uomini, segnalano con maggiore frequenza degli altri dipendenti l'imposizione di scadenze temporali impossibili per il completamento dei compiti loro assegnati (Vartia, 2003).

Come già illustrato, il rilevamento indica una maggiore incidenza del bullying nei settori a prevalenza femminile, come la pubblica amministrazione, l'istruzione, la sanità e l'assistenza sociale, nonché nei servizi finanziari. È stata inoltre ipotizzata l'esistenza di un legame tra i comportamenti persecutori e i cambiamenti di tipo organizzativo e di conseguenza tali settori possono non solo possedere le caratteristiche precedentemente citate negli ultimi, ma essere stati soggetti a modifiche aziendali negli ultimi anni

L'esposizione al bullying comporta elevati livelli di stress (Daubas-Letourneux e Thébaud--Mony, 2002). Questo fenomeno esercita un'influenza negativa sul benessere fisico e psicosociale degli interessati, aumenta l'assenteismo dovuto a malattia e può spingere i dipendenti a cambiare lavoro. Nei casi più gravi sono molto frequenti le ossessioni suicide (Cooper et al., 2003).

Gli interventi a livello europeo in questo ambito mirano a ridurre una causa di stress sul lavoro che colpisce le donne in misura superiore agli uomini. Le linee guida adottate dalla Commissione europea in materia di stress correlato al lavoro (Commissione europea, 2001) considerano il bullying come fonte di stress. Il Parlamento europeo ha richiesto ai Paesi membri di riesaminare ed ove opportuno di integrare la legislazione esistente, nonché di rivedere e standardizzare la definizione del bullying, allo scopo di contrastare sia tale fenomeno sia quello delle molestie sessuali sul lavoro. Per il momento, solo pochi Paesi membri dispongono di una legislazione appositamente concepita per affrontare il problema del bullying; alcuni stanno prendendo in considerazione la relativa introduzione, mentre altri hanno adottato un sistema di regolamentazione basato sul Carte dei diritti, linee guida e risoluzioni. L'elaborazione e la condivisione delle linee guida adottate dai Paesi membri, le buone pratiche e il materiale formativo rappresenteranno strumenti utili per orientare i provvedimenti nella giusta direzione e promuovere una comprensione del problema comune per i Paesi membri (Cooper et al., 2003).

Riquadro 26

Tra gli elementi essenziali di un'efficace politica per l'ambiente di lavoro volta a prevenire interazioni sociali negative citiamo:

- l'impegno di datori di lavoro e dipendenti a promuovere un ambiente esente da comportamenti persecutori;
- la chiara definizione dei comportamenti ritenuti accettabili o inaccettabili;

- l'enunciazione delle conseguenze e delle sanzioni per chi infrange le norme e i valori dell'organizzazione;
- l'indicazione dei luoghi e delle modalità con cui le vittime possono ottenere assistenza;
- la garanzia che le denunce non saranno seguite da ritorsioni;
- l'illustrazione delle modalità previste per la presentazione delle denunce;
- la precisa definizione del ruolo di dirigenti, capuffici, colleghi e rappresentanti sindacali ai quali rivolgersi o richiedere assistenza;
- le informazioni circa i servizi di consulenza e assistenza a disposizione sia delle vittime che dei colpevoli delle violazioni;
- il costante rispetto della riservatezza.

Fonte: Agenzia europea (2002d).

La violenza sul lavoro e in ambito domestico

Sebbene la questione della violenza domestica esuli dall'ambito del presente studio, va notato che le donne sono più esposte degli uomini al fenomeno, che può estendersi anche all'ambiente di lavoro. I disturbi fisici o psicologici sofferti dalle vittime possono esercitare un'influenza deleteria sul rendimento sul lavoro, costringendole ad assentarsi dalle rispettive attività. Inoltre, il coniuge autore delle intimidazioni può, ad esempio, effettuare telefonate, inviare messaggi di posta elettronica o messaggi di testo sui telefoni cellulari e persino far visita alla vittima sul luogo di lavoro. Comportamenti di questo tipo influenzano negativamente non solo il rendimento, ma anche l'atmosfera di tutto l'ambiente di lavoro (sito web della Commissione europea (a); sito web di End Abuse; Miller e Downs, 2000; Valls-Llobet et al., 1999).

Le malattie infettive

Aspetti fondamentali

- Le donne sono colpite da malattie infettive in misura maggiore rispetto agli uomini.
- In molti settori lavorativi a predominanza femminile, come quello sanitario, il rischio di esposizione alle malattie infettive è più elevato.
- Alcune infezioni secondarie contratte sul lavoro, che causano assenze per malattia, come ad esempio quelle contratte dalle lavoratrici che operano a contatto con bambini in tenera età, non sempre sono riconosciute come correlate al lavoro o vengono registrate.

Secondo l'indagine Ue sulla forza lavoro, nella maggioranza dei Paesi membri le donne contraggono malattie infettive sul lavoro in percentuale superiore agli uomini (con l'eccezione di Danimarca, Spagna e Portogallo). Per le donne, le malattie infettive occupano il quinto posto per gravità tra le malattie professionali, mentre tra gli uomini si classificano all'ottavo posto (Dupré, 2002).

Gli operatori del settore sanitario, di scuole ed asili, nonché di altri settori che impongono il contatto con il pubblico, possono essere esposti alle malattie infettive proprio in conseguenza delle loro attività. Alcune infezioni possono essere trasmesse all'uomo dagli animali. Tra i lavoratori a rischio di esposizione figurano i lavoratori agricoli, i veterinari e coloro i quali lavorano sugli animali da laboratorio. Le donne in particolare, relegate alle mansioni assistenziali e ad altri settori dei servizi, sono più esposte alle malattie infettive causate dal lavoro. Uno studio sul settore sanitario condotto in nove Paesi membri, ad esempio, ha identificato negli agenti biologici uno dei maggiori fattori di rischio (Verschuren et al., 1995).

I rischi biologici per gli operatori del settore sanitario e dell'assistenza sociale comportano una lunga serie di malattie infettive di entità

variabile, che vanno dalle affezioni secondarie a quelle potenzialmente letali.

Gli operatori sanitari possono entrare in contatto con sangue o fluidi corporei infetti (tra cui feci e urine), nonché con agenti infettanti a diffusione aerea. Tra le gravi infezioni trasmesse dal sangue figurano l'epatite B e C e il virus dell'HIV, sebbene sinora quest'ultima patologia abbia fatto registrare solo un numero relativamente modesto di casi di trasmissione (Riquadro 27). Una modalità di trasmissione delle infezioni per via ematica è rappresentata dalle ferite causate da aghi ipodermici infetti o da altri strumenti di lavoro acuminati e contaminati. Le lesioni inferte da aghi rappresentano un trauma non solo fisico ma anche emotivo, in quanto comportano la possibile esposizione a infezioni gravi e persino mortali. Tra le infezioni trasmesse attraverso le feci figurano l'epatite A e la dissenteria, mentre la tubercolosi viene trasmessa per via aerea. Gli agenti biologici rappresentano una minaccia non solo per il personale infermieristico, ma anche per numerose altre professioni e per gli operatori assistenziali che operano a diretto contatto con i pazienti, nonché gli addetti alle pulizie, alle lavanderie ed ai laboratori, gli operatori a contatto con i rifiuti ospedalieri.

Anche la scabbia è una malattia diffusa tra gli operatori sanitari: nel 2001, ad esempio, in Finlandia tra il personale sanitario femminile sono stati segnalati 109 casi di scabbia, contro i soli otto casi del personale maschile (Ammattitaudit, 2001). Questa ineguale diffusione della malattia tra uomini e donne ancora una volta rispecchia i diversi tipi di mansioni svolte, anche nell'ambito dello stesso settore.

I lavoratori a contatto con i bambini in tenera età sono più esposti a raffreddori, infezioni allo stomaco e a una serie di affezioni tipiche dell'infanzia, come ad esempio la varicella, che negli adulti possono assumere forme più gravi.

Oltre agli effetti negativi sulla salute dei lavoratori, alcune malattie, come la rosolia, possono trasmettersi al feto delle lavoratrici in gravidanza.

Un numero particolarmente elevato di infezioni secondarie che possono essere contratte sul lavoro dalle insegnanti o dalle operatrici dei nidi d'infanzia, ad esempio, generalmente non sono riconosciute come malattie professionali e pertanto non compaiono nelle statistiche delle assenze causate dal lavoro.

Riquadro 27: l'esposizione degli operatori sanitari alle malattie trasmesse attraverso il sangue

Tra i 35 milioni di operatori del settore sanitario di tutto il mondo, ogni anno circa 3 milioni sono esposti ad agenti patogeni trasmessi attraverso il sangue per via percutanea, di cui: 2 milioni all'epatite B (HBV), 0,9 milioni all'epatite C (HCV) e 170.000 al virus dell'HIV. Tali lesioni possono causare 15.000 casi di infezioni di tipo HCV, 70.000 di tipo HBV e 500 di tipo HIV. Oltre il 90% di tali infezioni riguarda i paesi sviluppati. Circa il 40% delle infezioni di tipo HBV e HCV e il 2,5% di quelle di tipo HIV che colpiscono il personale sanitario a livello mondiale sono attribuibili a lesioni causate da strumenti acuminati usati per ragioni professionali. Tali patologie sono in larga misura evitabili mediante una gestione adeguata, la formazione del personale, la vaccinazione contro il virus HBV, la profilassi successiva all'esposizione e l'efficace gestione dei rifiuti.

Fonte: OMS (2002b), World Health Report 2002.

Asma, malattie respiratorie e sick-building syndrome

Aspetti fondamentali

- Molte sintomatologie allergiche, attualmente in aumento in tutta la popolazione, sono causate o aggravate dall'esposizione ad agenti sensibilizzanti presenti nell'ambiente di lavoro.
- In tutta Europa gli uomini sembrano risentire in misura maggiore delle donne delle affezioni respiratorie e polmonari causate dal lavoro.

ro, ma alcuni Paesi membri sono caratterizzati da una situazione opposta. L'asma indotta dal lavoro è molto frequente sia tra le donne che tra gli uomini.

- Tra i settori a prevalente occupazione femminile potenzialmente esposti all'asma causato dal lavoro figurano: quello sanitario, le produzioni tessili e alimentari e l'acconciatura dei capelli.
- Le donne sembrano risentire più frequentemente degli uomini della sick-building syndrome (sindrome da edificio malato N.d.T), forse a causa di condizioni di lavoro disuguali anche quando donne e uomini operano negli stessi ambienti.
- Le modalità di segnalazione e schedatura dei casi di malattie respiratorie nei Paesi membri variano notevolmente, rendendo difficile la valutazione della reale entità del fenomeno e delle differenze legate al genere.

Nel mondo industrializzato l'asma e le allergie sono fenomeni in evidente crescita. Tra i fattori accusati di contribuire al fenomeno compaiono, tra gli altri, l'inquinamento atmosferico, gli additivi, il fumo delle sigarette, l'esposizione al fumo passivo e il cambiamento dei metodi diagnostici. Negli adulti, molti casi di asma e di altre malattie respiratorie sono causati o aggravati dal lavoro. Tra le varie patologie professionali figurano, oltre all'asma, le riniti, la sindrome tossica da polveri organiche e l'alveolite allergica.

Le cause più frequenti di asma professionale sono: gli isocianati; la polvere di farina; la polvere di grano; la glutaraldeide, un potente disinfettante utilizzato negli ospedali; la polvere di legno; il lattice di gomma naturale, utilizzato ad esempio nella produzione dei sottili guanti protettivi usati dagli operatori del settore sanitario; la lega per saldature e la colofonia; gli animali da laboratorio; le colle e la resina (Health e Safety Executive, 2002a). Le donne

occupate nei settori manifatturiero, alimentare e sanitario sono tra quelle potenzialmente esposte a queste sostanze.

L'agricoltura, la selvicoltura e l'industria delle segherie presentano tassi particolarmente elevati di malattie respiratorie. Tuttavia, se da un lato anche due settori a prevalenza femminile come l'industria alimentare e quella tessile sono caratterizzati da tassi elevati di incidenza, dall'altro occorre notare che l'asma professionale è estremamente diffusa tra le parrucchiere a causa dell'uso di sostanze nebulizzate e prodotti chimici negli ambienti di lavoro (cfr. ad esempio Ammatitautid, 2001). Anche numerosi detergenti utilizzati nelle lavanderie possono indurre l'asma. Tra i fattori che possono contribuire alle differenze legate al genere figurano: il fumo, l'accesso alle cure sanitarie e le diversità biologiche.

L'indagine Ue sulla forza lavoro rileva che l'8,4% degli uomini e il 6,4% delle donne hanno indicato le affezioni respiratorie o polmonari quale malattia professionale più grave. Tuttavia in Lussemburgo, in Portogallo e nel Regno Unito le cifre erano più elevate per le donne (Dupré, 2002). Nella terza indagine europea sulle condizioni di lavoro, eseguita nel 2000, il 10% degli uomini e l'8% delle donne segnalava disturbi allergici causati dal lavoro (tali cifre comprendono le affezioni della pelle e respiratorie), ma tale differenza percentuale si riduce all'1% quando il raffronto numerico riguarda i lavoratori a tempo pieno o soltanto quelli part-time.

Sia per gli uomini che per le donne che lavorano part-time il tasso di queste affezioni si riduce, facendo ritenere che l'incidenza delle allergie professionali sia legata al tempo di esposizione.

Uno studio sui fattori correlati al lavoro che favoriscono l'insorgere dell'asma si è avvalso della registrazione dei dati, raccolti tra il 1986 al 1998, relativi ai lavoratori finlandesi di età compresa tra i 25 e i 59 anni. Lo studio ha rile-

vato che il 29% dei nuovi casi di asma riscontrati tra gli uomini e il 17% di quelli segnalati dalle donne erano attribuibili a cause professionali. Tali cifre contraddicono gli studi che hanno esaminato solo i casi in cui l'origine del disturbo era stata individuata negli allergeni, secondo la definizione data di questi ultimi dal piano nazionale di corresponsione delle indennità, inducendo a concludere che l'asma professionale rappresenti solo il 6% dei nuovi casi registrati tra gli uomini adulti e il 4% tra le donne (Karjalainen et al., 2001). Tuttavia, secondo le statistiche finlandesi redatte dopo il 2001, i 301 nuovi casi di rinite allergica e di asma tra le donne sono risultati superiori ai 212 registrati tra gli uomini.

Tuttavia non è corretto trarre conclusioni solo sulla base di questi dati. Poiché le segnalazioni e le registrazioni ufficiali delle malattie respiratorie, con particolare riferimento all'asma, divergono notevolmente tra i Paesi membri, è difficile valutare l'entità del problema ed elaborare un quadro della situazione che tenga conto del genere (Meding e Torén, 2001). È importante armonizzare la raccolta dei dati statistici e rendere obbligatorie le segnalazioni dei nuovi casi di asma professionale.

Il problema degli agenti inquinanti presenti nell'aria non si limita unicamente agli ambienti di lavoro "polverosi" o "fumosi", ma si estende anche agli uffici in cui un'elevata percentuale di lavoratori è rappresentata da donne. Il problema dell'inquinamento dell'aria negli uffici è iniziato ad essere trattato in modo più approfondito agli inizi degli anni 80, quando alcuni casi di sick-building syndrome hanno iniziato a essere segnalati in edifici il cui canale principale di aerazione era costituito dagli impianti di condizionamento. Sebbene non sia stata individuata alcuna spiegazione scientifica, il fenomeno è stato associato a una serie di fattori qualitativi dell'aria contenuta negli ambienti interni, come le sostanze chimiche, i materiali da costruzione e delle suppellettili, i residui delle

sigarette e i microrganismi (batteri e muffe) presenti nei filtri degli impianti di aerazione. La scarsa qualità dell'aria negli ambienti chiusi può causare vari sintomi, tra cui mal di testa, lacrimazione, fastidio al naso, tosse, raffreddori frequenti e irritazione sensoriale in generale.

Il numero di segnalazioni di sick-building syndrome da parte delle donne supera quello degli uomini. Tuttavia, secondo uno studio condotto in Svezia, una spiegazione almeno parziale potrebbe essere rappresentata dalla segregazione del lavoro e dalle diverse situazioni presenti nell'ambiente di lavoro. Ad esempio i casi di sick-building syndrome risultavano più diffusi negli edifici pubblici e nei lavori ivi svolti prevalentemente da donne. Tale dato lascia supporre che le diverse condizioni di lavoro, e non la diversa sensibilità, siano responsabili della maggiore incidenza dei sintomi tra le donne (Stenberg e Wall, 1995; Bullinger et al., 1999; Jaakkola et al., 2000; Messing, 1998). Le donne che lavorano negli uffici più frequentemente effettuano fotocopie di documenti e pertanto sono più esposte agli effetti dei toner, dell'ozono e degli effetti elettrostatici (Messing, 1998). Inoltre numerosi ricercatori hanno sottolineato che lo stress correlato al lavoro merita di essere annoverato tra i possibili fattori che contribuiscono a questa patologia (ad esempio, Stenberg e Wall, 1995).

La sindrome da sostanze chimiche multiple è un'affezione che può essere correlata anche alla sick-building syndrome, con la cui presenta analogie sintomatologiche, ed è molto più diffusa tra le donne (Messing, 1998; Kipen et al., 1995). I sintomi comprendono i disturbi respiratori e digestivi, ma a volte si riscontra una particolare sensibilità al rumore. Si ritiene che la causa scatenante consista nella precedente esposizione a solventi organici o ad altri prodotti chimici, sebbene alcuni sostengano che si tratti di un disturbo di origine psicologica, indotto ad esempio dallo stress (Maschewsky, 2002; Environmental Law Centre web site; cfr.

anche Fernandez et al., 1999; Black et al., 2000).

Il numero di dipendenti, e particolarmente di donne, che lavorano in uffici e in ambienti analoghi è in costante crescita. Tale circostanza sottolinea l'importanza di prendere sul serio la sintomatologia denunciata dai lavoratori in questi ambienti, particolarmente perché i sintomi sono probabilmente ascrivibili a una serie molto ampia di fattori che considerati singolarmente non sono ritenuti pericolosi. L'attività di ricerca incentrata sul collegamento tra l'aria presente negli ambienti chiusi e le conseguenze sulla salute dovrebbe attribuire la dovuta importanza alle problematiche legate al genere, nonché tenere in debita considerazione le condizioni di lavoro che potrebbero causare tali sintomi o contribuirvi.

Affezioni cutanee

Aspetti fondamentali

- Le lavoratrici sono più frequentemente esposte all'azione di detersivi, solventi ed acqua. I cosiddetti "lavori bagnati", in particolare, causano la dermatite alle mani.
- Il rischio delle donne di contrarre dermatiti è maggiore in alcuni lavori, tra cui le produzioni elettriche, l'acconciatura dei capelli, le attività in campo sanitario, le lavorazioni meccaniche e quelle metalliche. Un'elevata incidenza si riscontra anche tra le addette ai servizi di cucina ed alle pulizie.
- Gli esantemi figurano tra i sintomi della sick-building syndrome, che sembra colpire le donne più degli uomini.
- Il lavoro svolto ai videoterminali spesso associato ad affezioni cutanee quali prurito e esantemi, nonché alla presenza di un'aria insalubre e di stress.

Le affezioni cutanee professionali comprendono le irritazioni alla pelle e la dermatite allergica. La

dermatite professionale colpisce praticamente tutti i settori e le attività commerciali. La sintomatologia, molto dolorosa, si manifesta con rossori, pruriti, desquamazione e vesciche. Nei casi più gravi il fenomeno si manifesta con screpolature sanguinolente che possono estendersi a tutto il corpo. Il lavoratore colpito sarà allora costretto a chiedere un congedo per malattia o addirittura a cambiare lavoro. Nella grande maggioranza dei casi il fenomeno è causato dall'esposizione della pelle a sostanze chimiche contenute in polveri, liquidi ed emulsioni. L'inizio della patologia può manifestarsi immediatamente dopo l'assunzione di alcune sostanze, ma in altri casi l'incubazione può durare settimane, mesi o addirittura anni. L'eccessiva esposizione alla sola acqua, che causa la secchezza della pelle e screpolature, elimina gli oli della pelle accrescendo la possibilità di irritazioni cutanee. Poiché tale effetto viene amplificato dall'esposizione a saponi e detersivi o solventi, le affezioni cutanee professionali sono diffuse in tutti i cosiddetti "lavori bagnati" che richiedono il frequente contatto con acqua e solventi per la pulizia. Il lavoro in ambienti con scarsa umidità dell'aria, inoltre è in grado di seccare la pelle (cfr. ad esempio Meding e Torén, 2001).

Riquadro 28

"Avevo le mani coperte da tagli e vesciche. Ho dovuto chiedere al mio fidanzato di aiutarmi a mangiare, perché non riuscivo a impugnare forchetta e coltello, non potevo tenere in mano niente [...]".

D.M., ex apprendista parrucchiera.

Fonte: "Preventing dermatitis at work (Come prevenire la dermatite sul lavoro)", Health and Safety Executive (2002b).

Tra i settori in cui il rischio di contrarre dermatiti da lavoro è più elevato figurano l'acconciatura dei capelli e la cura della bellezza, il catering e l'industria alimentare, le pulizie, l'edilizia, l'ingegneria, la stampa, la chimica, la sanità, l'agricoltura e l'orticoltura, la gomma e le attività in mare aperto. Alcuni di questi settori impiegano

un'elevata percentuale di personale femminile. Molte di queste attività appartengono ai cosiddetti "lavori bagnati", in cui le donne sono più sovente esposte al contatto con acqua, detersivi e solventi, come accade ad esempio a parrucchiere, infermiere di studi dentistici, addette alle pulizie, infermiere e addette all'assistenza di malati. Anche le donne impegnate nella lavorazione di alimenti, in fattorie e pasticcerie corrono rischi più elevati. L'allergia al lattice contenuto nei guanti protettivi può causare irritazioni della pelle e, seppure più raramente, disturbi respiratori come riniti o asma (Smith et al., 2002; Wrangö et al., 2001). L'allergia al lattice pare molto diffusa tra gli operatori del settore dentistico e sanitario. Secondo le stime del NIOSH, un numero di lavoratori sanitari compreso tra l'8 e il 12%, frequentemente esposti al lattice sviluppa una particolare sensibilità a questa sostanza (NIOSH, 2001). Non sorprende pertanto che le donne denunciino affezioni cutanee professionali in misura maggiore rispetto agli uomini.

Riquadro 29

Il 60% dei casi di affezioni cutanee professionali denunciate in Finlandia nel 2000 riguardavano le donne (Am-mattitauudit, 2000). La suddivisione dei casi di affezioni cutanee professionali tra i settori era la seguente: sanità e assistenza sociale 28,5%, servizi 25,5% agricoltura e foreste 19,9%, industria manifatturiera 14,2%. Per quanto riguarda i casi maschili, i settori più colpiti sono: industria manifatturiera (61,4%), agricoltura e foreste (17,4%), servizi (7,0%) e assistenza sociale (3,3%). L'esposizione a sostanze chimiche è responsabile dell'86% delle affezioni cutanee delle donne, mentre per gli uomini la percentuale è pari al 91%. I detersivi, che tra le donne rappresentano la terza maggiore causa di affezioni cutanee, per gli uomini si trovano al nono posto. Nella classifica dei fattori scatenanti tra gli uomini il terzo posto è invece occupato dai solventi organici, che per le donne sono al nono posto.

Fonte: Estlander e Jolanki (2003).

senza di un clima interno insalubre e con l'insorgere di stress. Questi sintomi sono prevalentemente segnalati nei paesi nordici. Secondo le attuali cognizioni scientifiche il fenomeno non è causato dai campi elettrostatici o magnetici creati dai videoterminali (Grönkvist e Lagerlöf, 1999).

Per concludere, la maggiore incidenza delle dermatiti tra le donne è una conseguenza delle mansioni eseguite e quindi dell'esposizione professionale a sostanze che causano irritazioni della pelle e allergie.

Il cancro indotto dall'attività lavorativa

Aspetti fondamentali

- Esiste un legame tra alcuni tipi di cancro e determinati lavori.
- Generalmente il cancro professionale è più diffuso tra gli uomini che tra le donne, in particolare a causa della diversa durata e del tipo di esposizione.
- Il cancro professionale delle donne probabilmente è sottovalutato, ad esempio a causa alla pratica poco diffusa di registrare la professione delle donne sui certificati di morte.
- Alcuni tipi di cancro sono più diffusi nelle professioni a prevalenza femminile.
- Le cognizioni attuali sono carenti perché numerosi studi sul cancro professionale non hanno tenuto conto né dell'aspetto legato al genere né della prevalenza femminile in alcune professioni.
- È necessario potenziare la raccolta dei dati per migliorare la qualità della valutazione delle esposizioni delle donne agli agenti cancerogeni durante il lavoro e pertanto anche la prevenzione.

Tipologie di cancro professionale e relativa incidenza

Numerosi studi sul cancro causato dal lavoro hanno stimato che tale fenomeno rappresenta il 2-5% dei casi di cancro complessivi. In genere, il cancro pro-

fessionale è più diffuso tra gli uomini che tra le donne, a causa dei diversi tipi di esposizione e della relativa durata, ma una informazione carente può causare una sottovalutazione dell'incidenza del fenomeno tra le donne. Tale aspetto sarà esaminato nel prosieguo del presente capitolo.

E' stato un legame causale tra il cancro e una serie di sostanze chimiche, di processi industriali e di lavori. Tra le parti del corpo colpite figurano il tessuto epiteliale interno degli organi respiratori (cavità nasale, seni paranasali, laringe e polmoni), il tratto urinario (parenchima renale, pelvi renale e vescica), i tessuti mesoteliali, il midollo osseo, il fegato e il sistema riproduttivo.

È stato calcolato che nel periodo dal 1970 al 1984, solo nei paesi nordici, 3,7 milioni di uomini e 0,2 milioni di donne sono stati potenzialmente esposti, in quantità

Riquadro 30: esposizione professionale di uomini e donne ad agenti cancerogeni

Negli ambienti di lavoro sono presenti molti dei 150 agenti chimici o biologici classificati come cancerogeni. Il rischio di contrarre il cancro dipende dalla dose assorbita, dalla forza dell'elemento cancerogeno, dall'esposizione a fattori vari (particolarmente al fumo di sigaretta) e dalla sensibilità individuale. Nel complesso, dal 20 al 30% della popolazione maschile in età da lavoro (ossia dai 15 ai 64 anni) e dal 5 al 20% di quella femminile può essere stata esposta durante le attività lavorative a sostanze cancerogene per i polmoni, come l'amianto, l'arsenico, il berillio, il cadmio, il cromo, i gas di scarico dei motori diesel, il nichelio e l'anidride silicica. A livello mondiale tali esposizioni professionali sono responsabili del 10,3% dei casi di cancro ai polmoni, alla trachea ed ai bronchi, ovvero i tipi di cancro professionale più diffusi. In tutto il mondo circa il 2,4% dei casi di leucemia è attribuibile a esposizioni di natura professionale.

Fonte: OMS (2002b), World Health Report 2002.

superiore alla media, a uno o più fattori cancerogeni industriali. Secondo le previsioni, ogni anno a partire dal 2000 tali esposizioni avrebbero prodotto circa 1.890 nuovi casi di cancro tra gli uomini (il 3% del totale) e meno di 25 tra le donne (lo 0,1% del totale). La suddivisione dei tipi di cancro attribuibili alle varie esposizioni professionali era la seguente: mesoteliomi 70%, cancro della cavità nasale e dei seni nasali 20%, cancro ai polmoni 12%, cancro alla laringe 5%, cancro alla vescica 2%, leucemia 1% e cancro ai reni 1% (Dreyer et al., 1997).

Correlazioni tra vari tipi di cancro e alcune professioni

L'esposizione ai cancerogeni varia a seconda del settore lavorativo e del tipo di mansione svolta. Le correlazioni tra l'elevata incidenza del cancro ai testicoli ed alla prostata in alcuni settori a prevalenza maschile, ad esempio, sono state studiate in misura relativamente consistente. Certi elementi cancerogeni professionali sono stati riscontrati in alcuni settori lavorativi e in alcune mansioni svolte prevalentemente da donne; tra i numerosi studi e rassegne che hanno esaminato l'incidenza del cancro professionale tra le donne figurano quelli di Zahm e dei suoi colleghi del National Cancer Institute degli Stati Uniti, nonché una approfondita analisi dei registri dei casi di cancro riscontrati in 20 anni in Finlandia, Svezia, Danimarca e Norvegia da Andersen et al. (1999).

Le donne occupate nel settore sanitario possono essere esposte a farmaci antineoplastici, gas anestetizzanti, radiazioni ionizzanti e campi elettromagnetici. Le lavoratrici dell'industria cosmetica e le parrucchiere possono essere esposte a formaldeide, tinture e nebulizzatori di sostanze per capelli, mentre per gli addetti alle lavanderie a secco il rischio è rappresentato dal tetracloroetilene e dal tricloroetilene. Inoltre i lavoratori di numerosi settori industriali possono essere esposti ad alcuni solventi, all'amianto, ai coloranti, alle esalazioni e così via, così come le sostanze farmaceutiche possono influire negativamente sul personale impiegato nella produzione di farmaci (cfr. ad esempio Zahm, 2000; Blair, 1998). Nell'Europa settentrionale, dove la maggioranza dei lavoratori di locali pubblici e ristoranti è costituita da donne, un problema è rappresentato dall'esposizione al fumo passivo. Secondo

uno studio recentemente eseguito in Finlandia (Autio et al., 2001), i lavoratori di bar e ristoranti non solo sono esposti al fumo passivo per almeno quattro ore al giorno, ma proprio tra di loro la percentuale di fumatori è del 15–20% più alta rispetto al resto della popolazione, un fattore che determina la più elevata incidenza di cancro ai polmoni in questa categoria. L'esame dei registri dei casi di cancro nei paesi nordici (Andersen et al., 1999) ha rilevato che la percentuale delle donne colpite dalla malattia tra le lavoratrici di ristoranti e locali pubblici e tra quelle dei settori tessile e del tabacco era più elevata rispetto ad altre attività. Tra le altre categorie professionali a maggior rischio di contrarre il cancro figuravano gli addetti alla ristorazione (cancro ai polmoni) ed alla produzione di bevande.

Alcuni tipi di cancro, come la leucemia e il cancro ai polmoni e alla vescica, sembrano avere una forte componente professionale. La correlazione tra mesotelioma e amianto, ad esempio è ben nota. È stata osservata la maggiore diffusione della leucemia tra le

donne esposte al benzene, al cloruro di vinile, ai farmaci antineoplastici ed alle radiazioni. L'esposizione ai composti del nichelio e alla polvere di legno duro può causare il cancro al naso, mentre l'esposizione all'amianto, ad alcuni metalli (ad esempio, nichelio e cromo 6) ed al fumo passivo presenta una correlazione con elevati tassi di cancro ai polmoni. I settori dell'arredamento, dell'amianto e alimentare sono stati indicati come cause di cancro ai polmoni delle donne (Blair, 1998). I lavoratori del settore tessile, del lavaggio a secco, della gomma e della plastica possono correre maggiori rischi di contrarre il cancro alla vescica.

Il fumo di sigaretta costituisce un elemento causale o accessorio in molti casi di cancro ai polmoni tra le donne. Fumare di più inoltre presenta una correlazione con lo stress legato al lavoro, ossia il fumo può rappresentare una strategia di reazione per superare una situazione di difficoltà. Il carattere stressante delle mansioni monotone e a basso controllo, tanto frequenti nei lavori delle donne, è approfondito nel capitolo sullo stress.

Riquadro 31: settori, elementi cancerogeni riconosciuti o potenziali, tipi di cancro a elevata incidenza

Settore	Cancerogeni	Tipi di cancro
• Agricoltura	Pesticidi, luce del sole, combustibili, linfoma, mieloma multiplo, ovaie, stomaco	Cervello, cervice, cistifellea, leucemia, fega
Servizi		
• Acconciature per capelli e cura della bellezza	Tinture e spray per capelli, formaldeide	Vescica, cervello, leucemia, polmoni, linfoma, ovaie
• Lavanderie a secco	Tetracloruro di carbonio, tricloetilene, tetracloroetilene, solventi vari	Vescica, cervice, esofago, reni, fegato, polmoni, ovaie, pancreas
• Ristorazione	Fumo di tabacco, esalazioni da cucina	Vescica, cervice, esofago, polmoni
• Sanità	Farmaci antineoplastici, gas anestetizzanti,	Vescica, cervello, seno, polmoni, linfoma, radiazioni ionizzanti, virus
Produzione industriale		
• Computer ed elettronica	Solventi, esalazioni da metalli	Cervello
• Industria del mobile	Polveri di legno, solventi, colle, formaldeide	Polmoni, pancreas, seni nasali
• Produzione di veicoli fluidi di macchinari	Vernici, esalazioni, solventi,	Colorettale, polmoni, stomaco
• Prodotti chimici, plastica, gomma	Cloruro di vinile, butadiene 1,3, benzene, solventi vari, nitrosamine	Vescica, cervello, seno, leucemia, polmoni, linfoma, ovaie
• Tessile, abbigliamento	Amianto, tinture, oli lubrificanti	Tratto biliare, vescica, leucemia, polmoni, linfoma, mesotelioma

Fonte: Zahm et al.(2000)

Tassi elevati di cancro al seno sono stati riscontrati tra giovani professioniste in carriera, come le insegnanti (Ruben et al., 1993), probabilmente a causa di effetti ormonali che alcuni attribuiscono al ritardato inizio dell'attività procreativa. Inoltre alcuni studi hanno indicato l'esistenza di un rischio più accentuato di cancro al seno tra le donne che lavorano a contatto con pesticidi e solventi e nel settore sanitario. Vi sono infine indicazioni che le assistenti di volo potrebbero correre rischi più elevati (Zahm, 2000). Si è ipotizzato che l'esposizione alla luce artificiale di notte, che ostacola la produzione notturna di melatonina, accresca il rischio di cancro al seno (Davis et al., 2001; Schernhammer et al., 2001; Hansen, 2001).

Nel complesso disponiamo di cognizioni ancora insufficienti sulle cause che determinano l'insorgere di cancro al seno e alla cervice e, in particolare, sui fattori professionali collegati al loro progredire. Per tale motivo il NIOSH sta conducendo studi su donne esposte ad alcune sostanze presenti nell'ambiente di lavoro per determinare se esista una correlazione con alcuni tipi di cancro tipici delle donne, come quelli alla cervice e al seno. Tra queste sostanze figurano l'ossido di etilene, utilizzato per sterilizzare le forniture medicali, i composti del bifenile policlorurato (l'esposizione ai quali causa il cancro al seno) e il percloroetilene, un solvente usato nei lavaggi a secco che si ritiene essere causa di cancro alla cervice (NIOSH, 2001).

Nel riquadro 31 sono elencati alcuni settori prevalentemente femminili, gli elementi cancerogeni riscontrati nei relativi ambienti di lavoro e i tipi di cancro riscontrati con maggiore frequenza tra queste lavoratrici.

Alcuni dati sull'incidenza del cancro professionale tra le donne

Come premesso all'inizio di questo capitolo la mancanza di dati può indurre a una sottovalutazione dell'incidenza del cancro professionale tra le donne, tanto più che il fenomeno è più

diffuso tra i lavoratori che tra le lavoratrici. In questo campo gli studi riguardanti gli uomini sono molto più numerosi di quelli che coinvolgono le donne (cfr. ad esempio Zahm et al., 1994). Zahm et al. (1994, 2000). Altri ricercatori, tra cui Messing (1998), citano varie ragioni per questo squilibrio:

- l'idea preconcepita secondo cui i vari tipi di cancro professionale siano più diffusi tra gli uomini, fa sì che le donne vengano escluse dai rilevamenti;
- per lo stesso motivo molti studi si sono incentrati sui lavori svolti in prevalenza da uomini;
- mancanza di dati e altre problematiche metodologiche. In generale la ricerca sul cancro professionale incontra molti ostacoli, derivanti da una serie di cause ed esposizioni multifattoriali e dalle difficoltà insite nello studio di malattie la cui evoluzione si articola su tempi lunghi. Tuttavia, sono state individuate alcune questioni specifiche concernenti gli studi effettuati sulle donne. Su gran parte della documentazione ufficiale dei decessi di donne, ad esempio, non è riportata la professione; mancano adeguati pubblici registri sulle malattie; è difficile ricostruire il percorso esistenziale delle donne; mancano adeguati raffronti concernenti l'incidenza delle patologie sulla popolazione lavoratrice femminile;
- la diversa esposizione delle donne ai fattori cancerogeni professionali: molti dati sui vari tipi di cancro professionale sono stati raccolti in tempi in cui il numero delle donne esposte a tali fattori negli ambienti di lavoro era di gran lunga inferiore a oggi, ad esempio prima dello sviluppo dell'industria dei semiconduttori.

A quanto pare, nell'ambito degli studi riguardanti gli effetti potenziali dell'ingresso nelle nostre vite quotidiane e lavorative di nuove tecnologie, prodotti e processi, permane il disinteresse nei confronti del genere. Le possibili conseguenze sulla salute dell'uso dei telefoni cellulari,

compresa la possibilità di contrarre il cancro a causa dei campi elettromagnetici che tali telefoni generano, sono un esempio di come sinora la maggior parte degli studi sia stata neutrale rispetto al del genere (si veda il riquadro 32).

Potenziamento della raccolta dati e studi sul cancro professionale delle donne

È possibile prevenire i vari tipi di cancro professionale che colpiscono le lavoratrici e i lavoratori. Tra i provvedimenti da introdurre per potenziare la raccolta dei dati e gli studi miranti a individuare i rischi corsi dalle donne, nonché per rendere più efficace la valutazione degli effetti dell'esposizione all'ambiente di lavoro, citiamo:

- inclusione della professione e del genere nei dati raccolti abitualmente, ad esempio nei registri dei casi di cancro e nei certificati di morte computerizzati;

- effettuazione di ulteriori studi su lavori prevalentemente svolti da donne, ad esempio le produzioni industriali che comportano esposizioni potenzialmente nocive, tra cui il settore dei semiconduttori;
- migliore pianificazione degli studi e degli strumenti per la ricerca al fine di risolvere alcune problematiche metodologiche, come lo scarso numero di donne esposte ai rischi che vengono inserite nei campioni d'indagine;
- esecuzione di analisi basate sulle mansioni effettivamente svolte e sul tipo di esposizione, non unicamente sulla qualifica professionale o sul settore di attività;
- esecuzione di analisi dei dati concernenti le donne, già disponibili in alcuni studi, ma mai esaminati in modo approfondito.

Riquadro 32: telefoni cellulari e studi sul cancro: un esempio di neutralità rispetto al genere nell'ambito delle nuove indagini sui rischi

Sinora, la grande maggioranza degli studi epidemiologici e di laboratorio ha indicato che non vi sono correlazioni tra l'utilizzo di telefoni cellulari e i tumori al cervello (Boice e McLaughlin, 2002; Auvinen et al., 2002; Johansen et al., 2001). Tuttavia alcuni risultati contraddicono queste conclusioni: ad esempio, secondo uno studio in vitro eseguito da Leszczynski et al. (2002), l'esposizione alle radiazioni dei telefoni cellulari produce una modificazione della capacità di fosforilazione di numerose proteine ed è possibile che tali modificazioni, qualora vengano prolungate per lunghi periodi, possano risultare pericolose. Secondo un'altra indagine epidemiologica condotta da Hardell et al. (2002), l'utilizzo del Nordic Mobile Telephone (NMT), protrattosi sino al 2000, accresce il rischio di cancro al cer-

vello, mentre sinora non si è arrivati ad alcuna conclusione analoga per quanto riguarda i telefoni cellulari GSM (Global System for Mobile Communications). A causa di numerose carenze nella struttura dello studio, tuttavia, i risultati diffusi potrebbero essere stati influenzati sia da idee preconcepite che da eventi casuali. Gli studi sui telefoni cellulari non hanno tenuto conto del genere, escludendo alcune limitate eccezioni tra cui l'indagine condotta da Hietanen et al. (2002) su un piccolo gruppo di persone, che ha esaminato la dinamica e la natura dei sintomi segnalati da 20 individui (13 donne e 7 uomini) che lamentavano un'ipersensibilità ai campi elettromagnetici. Tale carenza può essere parzialmente spiegata dall'ampio numero di variabili che disorientano i ricercatori, dalla "giovane età" degli studi in questo campo e dalla mancanza di test eseguiti su campioni consistenti di partecipanti. Tuttavia, l'indifferenza verso il genere riscontrata in tali studi potrebbe anche essere determinata dalla supposizione che in questo campo le differenze di genere sono inesistenti.

Disturbi dell'udito

Aspetti fondamentali

- I disturbi dell'udito causati dal rumore sono più frequenti tra i lavoratori che tra le lavoratrici. Nell'ambiente di lavoro, a causa della segregazione del lavoro, gli uomini sono più esposti delle donne ad elevati livelli di rumorosità.
- Tra i lavori prevalentemente femminili, caratterizzati da un'elevata esposizione ai rumori, figurano l'industria alimentare, gli impianti di imbottigliamento e la produzione tessile. Luoghi di lavoro rumorosi per donne e uomini e luoghi in cui è presente musica ad alto volume, come i locali notturni e le discoteche.
- Altre problematiche legate al rumore nell'ambiente di lavoro, come lo stress indotto da rumori di intensità inferiore alla soglia dannosa per gli organi uditivi, oppure ipersensibilità uditiva, necessitano di ulteriori approfondimenti.
- La maggior parte degli studi si sono basati sulla popolazione maschile e tale fattore potrebbe far sfuggire ai medici la correlazione tra lavoro e diminuzione dell'udito nelle donne.
- Alcuni segnali indicano la sempre maggiore incidenza di un rischio che potrebbe colpire in misura maggiore le donne, ossia lo shock acustico che produce sintomi ed effetti anche a livelli di intensità inferiori a quelli necessari per indurre i comuni disturbi causati all'udito dal rumore.

Disturbi dell'udito prodotti dal rumore e relativa diffusione

Negli ambienti di lavoro industriali il rumore rappresenta un rischio "tradizionale". Un'eccessiva esposizione al rumore può indurre alterazioni temporanee dell'udito (sensazione di non riuscire a udire adeguatamente o di avere le orecchie otturate) o tinnito tempora-

neo (tintinnii, fischi o ronzii nelle orecchie). Si tratta di disturbi temporanei originati da esposizioni di breve durata, che tendono a svanire poche ore dopo essersi allontanati dalla fonte del rumore.

Le ripetute esposizioni ai rumori intensi, invece, possono causare perdite dell'udito permanenti e incurabili, tinnito o ipersensibilità al rumore. La perdita permanente dell'udito può anche essere causata dall'esposizione a un rumore estremamente violento e vicino, come un'esplosione. Nell'ambiente di lavoro, inoltre, un rumore tanto forte da impedire le comunicazioni può indurre stress e costituire un pericolo per la sicurezza. La perdita dell'udito causata dal rumore aumenta gradualmente, sino al punto che la persona interessata dal fenomeno può avere difficoltà a seguire le conversazioni in un gruppo e a rispondere al telefono, oppure la sua famiglia si lamenterà del volume eccessivo del televisore. Inoltre, in alcuni lavori come l'insegnamento gli individui sono esposti quotidianamente a rumori fastidiosi anche se non tanto intensi da danneggiare l'udito. Tale tipo di rumore ambientale può risultare irritante, costituire un'ulteriore fonte di stress e dare origine, ad esempio, a disturbi del sonno, mancanza di concentrazione, depressione e aggressività.

L'insorgere della perdita dell'udito causata dal rumore è correlata alle caratteristiche del rumore, come l'intensità, la durata dell'esposizione quotidiana, il tipo (continuo oppure a ondate) (Campo e Lataye, 1992), l'esposizione a sostanze tossiche e ad alcuni solventi (Morata et al. 1991; Myers e Bernstein, 1965) e la sensibilità individuale. Sono stati riscontrati anche fattori biologici e umani (Humes, 1984; Pyykkö et al., 1986; Borg et al., 1992) e genetici (Barrenäs, 1998; Gates et al., 1999; Kaksonen et al., 1998), tra i quali età e sesso.

I disturbi dell'udito causati dal lavoro sono più diffusi tra gli uomini che tra le donne. In tutti i Paesi membri le segnalazioni degli uomini nel

corso dell'indagine europea sulla forza lavoro sono state più numerose di quelle delle donne. In tutta la Ue il 4,2% degli uomini e l'1% delle donne ha definito questo disturbo il più grave in assoluto tra quelli causati dal lavoro (Dupré, 2002). L'analisi della terza indagine europea sulle condizioni di lavoro ha operato una distinzione tra lavoro a tempo pieno e lavoro part-time, evidenziando una minore incidenza dei disturbi dell'udito causati dal lavoro negli uomini impiegati part-time (6%) rispetto a quelli occupati a tempo pieno (11%). Per quanto riguarda le donne, i dati vanno dal 3% delle lavoratrici a tempo pieno al 2% di quelle part-time (Fagan e Burchell, 2002).

Tale differenza tra uomini e donne è dovuta alla segregazione del lavoro. Gli uomini più frequentemente lavorano in ambienti dove si adoperano macchinari, apparecchiature o utensili rumorosi, come l'edilizia, la manutenzione stradale, le miniere, le segherie, le fonderie e le officine meccaniche. Molti autori hanno riscontrato una divergenza significativa e relativamente consistente tra l'incidenza dei disturbi dell'udito sofferti da uomini e donne (Berger et al., 1978; ISO, 1990). Tuttavia, una volta tenuto conto dell'inequale esposizione al rumore, le differenze legate al genere scompaiono (Davis et al., 1998).

Sebbene i disturbi dell'udito causati dal rumore siano meno comuni tra le donne, vi sono alcuni settori a prevalenza femminile nei quali il rumore costituisce un problema: nel 2000, ad esempio, in Finlandia l'industria alimentare ha rappresentato il settore con il più alto numero di donne che hanno denunciato disturbi dell'udito. Complessivamente 801 uomini e 54 donne hanno segnalato disturbi dell'udito (Ammattitaudit, 2001). Per quanto riguarda l'occupazione femminile, gli impianti di imbottigliamento e le fabbriche tessili figurano tra gli ambienti di lavoro più rumorosi. Gli ambienti caratterizzati da musica ad alto volume sono il luogo di lavoro tanto di donne quanto di uomini.

Lo shock acustico rappresenta l'improvviso aumento di suoni ad alta frequenza trasmessi da una cuffia auricolare. Nei call centre, ad esempio, i lavoratori possono essere esposti alle interferenze provenienti da una linea telefonica. Anche se questi tipi di rumore possono impressionare o spaventare gli operatori, l'esposizione a simili manifestazioni acustiche improvvisate non dovrebbe causare danni all'udito tali da poter essere misurati con metodi convenzionali; tuttavia alcuni recenti dati sembrano indicare che queste manifestazioni acustiche, seppure di portata molto inferiore ai livelli che generalmente causano danni all'udito, determinano l'insorgere di altri sintomi (HELA, 2001; Risking Acoustic Shock Conference, 2001; cfr. anche il Riquadro 35).

Riquadro 33: tinnito e genere

Alcuni elementi indicano l'esistenza di possibili differenze di genere nella percezione del tinnito. Uno studio ha riscontrato che i due generi descrivevano in modo diverso i suoni percepiti nel corso di manifestazioni di tinnito: gli uomini per lo più dicevano di udire un tintinnio, mentre la maggior parte delle donne descriveva questi suoni come un cinguettio. Inoltre nelle donne il fenomeno del tinnito era avvertito prevalentemente in un solo orecchio, accompagnato da una particolare tensione nell'area cervicale. La cura delle pazienti, effettuata mediante iniezioni nel muscolo che dava origine al tinnito, ha indicato l'esistenza di una correlazione tra l'esito della terapia e il genere femminile, nonché con il tipo di tinnito (cinguettio) avvertito dalle pazienti.

Fonte: Estola-Partanen (2000).

Il rumore e i pericoli per la riproduzione

I possibili effetti del rumore sul feto è approfondito nel capitolo dedicato alla salute dell'apparato riproduttivo.

Prevenzione e rilevazione

Gli interventi necessari a prevenire e controllare l'esposizione al rumore nell'ambiente di lavoro sono già noti. In linea generale, si è riusciti a ridurre il numero di lavoratori affetti da disturbi dell'udito causati dal rumore grazie ai miglioramenti ottenuti in alcuni settori dell'industria pesante ed all'uso più efficace di misure di prevenzione, tra cui l'impiego di macchinari più silenziosi, l'interposizione di una distanza tra apparecchiature rumorose e lavoratori e, in ultima istanza, l'utilizzo di dispositivi di tutela dell'udito. Una difficoltà potrebbe insorgere per le donne qualora i copriorecchie progettati nella misura standard (adatta agli uomini) non risultassero adatti a persone con un cranio più piccolo. L'addestramento a un uso corretto dei copriorecchie deve tenere conto anche delle misure idonee per consentirne l'utilizzo a persone con i capelli lunghi o che indossino dei gioielli. Le valutazioni del rischio e la partecipazione degli interessati a programmi di controllo dell'udito devono fondarsi sulle esposizioni effettive e non su supposizioni basate sulla qualifica professionale.

Sebbene dal presente studio non siano emersi dati

a conferma dell'esistenza di differenze di sensibilità alle varie intensità dei rumori presenti negli ambienti di lavoro, è bene precisare che una parte consistente delle analisi utilizzate per l'elaborazione degli attuali standard sull'esposizione al rumore è basata su studi incentrati prevalentemente sugli uomini. La problematica dei disturbi dell'udito causati del lavoro tra le donne potrebbe essere in parte sottovalutata, particolarmente qualora nell'insorgere della patologia si inserisca anche il fattore dell'invecchiamento e i medici non approfondissero l'eventuale effetto esercitato dall'ambiente di lavoro.

Riquadro 34

Una campagna diretta al potenziamento della sicurezza nel settore tessile, condotta a livello nazionale in Portogallo, si è incentrata anche sulla prevenzione dei rischi provocati dal rumore. I provvedimenti adottati comprendevano manuali di prevenzione redatti a beneficio di alcune particolari attività lavorative, manifesti, volantini, ecc., nonché pubblicazioni periodiche indicanti soluzioni tec-niche ideate per ovviare a rischi particolari.

Fonte: Agenzia europea, 2001a.

Riquadro 35: miglioramento della sicurezza acustica e del comfort nei call centre

- Secondo uno studio condotto sugli operatori telefonici, le fonti prevalenti del rumore di fondo presente nei call centre erano rappresentate dagli altri addetti alla ricezione delle chiamate che parlavano con i clienti, dalle conversazioni tra i dipendenti (particolarmente durante i cambi turno), dalle riunioni in corso e dallo squillo dei telefoni negli altri settori dell'ufficio a pianta aperta. Per quanto riguarda invece i rumori originati dagli autori delle chiamate, gli operatori hanno citato radio e televisori accesi, cani che abbaiano e bambini che piangevano. L'esposizione giornaliera complessiva al rumore dei singoli operatori difficilmente supera gli 85 dB(A), tuttavia vi è ancora una serie di misure che è possibile attuare per ridurre

l'esposizione al rumore e migliorare il comfort acustico durante il lavoro:

- addestrare gli operatori a sistemare il microfono in posizione ottimale davanti alla bocca per evitare un eccessivo ritorno acustico delle voci del chiamante e dello stesso operatore. I chiamanti si irritano quando non odono chiaramente la voce degli operatori, i quali corrono il rischio di affaticare le corde vocali se devono alzare la voce per farsi sentire.
- L'uso di speciali materiali fonoassorbenti, particolarmente sui soffitti, può contribuire a ridurre l'effetto di rimbombo all'interno dei call centre. Anche l'uso di moquette, poltroncine con sedili morbidi e tramezzi imbottiti tra un operatore e l'altro possono, se opportunamente progettati e disposti, svolgere un'efficace funzione fonoassorbente.

- Al fine di limitare l'esposizione al rumore dei singoli operatori, le cuffie auricolari, gli amplificatori e/o i centralini di smistamento delle chiamate dovrebbero essere dotati di dispositivi di controllo del volume, che gli operatori dovrebbero essere addestrati a usare. C'è il rischio che gli operatori alzino il volume per udire meglio un chiamante che parla a voce bassa, dimenticando poi di abbassarlo se il chiamante successivo ha una voce squillante. È possibile che gli operatori si abituino ad ascoltare i chiamanti a intensità sonore più elevate del necessario. Alcuni sistemi dopo ogni chiamata ripristinano automaticamente l'intensità di ascolto dell'operatore su un valore predefinito. Anche un avviso che compare sullo schermo all'inizio di ciascuna chiamata può ricordare agli operatori di controllare il volume e di regolarlo quando necessario. Un metodo rapido per consentire agli operatori di ridurre rumori intensi e improvvisi è premere un determinato pulsante della tastiera, al quale sia stato affidato il compito di ridurre al minimo, se schiacciato, il volume degli auricolari. Si potrebbe infine ricordare agli operatori, con un avviso verbale trasmesso in cuffia, di regolare il livello di ascolto (aumentandolo o diminuendolo) all'inizio di ogni chiamata.
- Gli operatori dovrebbero essere incoraggiati a riferire alla dirigenza il verificarsi di eventuali fenomeni di trauma acustico o di altri rumori più intensi del normale, mentre i datori di lavoro dovrebbero tenere un registro delle segnalazioni degli incidenti.
- Un metodo pratico per limitare l'esposizione a rumori intensi e inaspettati provenienti dagli auricolari è l'inserimento di un limitatore acustico nelle cuffie, in modo da impedire a queste ultime di trasmettere qualsiasi tipo di rumore (ad esempio conversazioni o brevi impulsi sonori) che superi un volume prefissato.
- È importante che le cuffie utilizzate dagli operatori per tutta la durata dei turni, siano integralmente regolabili e perfettamente adattabili alla conformazione fisica di ciascuno. Le cuffie devono essere periodicamente controllate e, qualora necessario, immediatamente riparate o sostituite. L'utilizzo intensivo delle cuffie accresce il rischio di irritazioni o infezioni alle orecchie, che decrescerà addestrando il personale a curare l'igiene delle cuffie e fornendo tempestivamente strumenti idonei a mettere in pratica tutte le prescrizioni del piano di igiene. Si raccomanda vivamente di assegnare a ciascun operatore una cuffia ad uso esclusivo.
- I tubicini di trasmissione della voce possono essere ostruiti da residui di cibo e cosmetici e dalla polvere, pregiudicando così l'efficacia dei microfoni. È indispensabile addestrare gli operatori a eseguirne la pulizia al fine di ottimizzare il volume dei segnali trasmessi, eliminando in tal modo il rischio di irritare i clienti e di sottoporre la voce a sforzi eccessivi.
- E' necessario disporre costantemente di una riserva sufficiente di auricolari nuovi o sterili per le cuffie, nonché di tubicini per la trasmissione della voce.
- I dipendenti devono essere incoraggiati a segnalare immediatamente qualsiasi manifestazione acustica che causi lesioni fisiche. I datori di lavoro devono invece registrare sistematicamente gli incidenti e far esaminare i dipendenti da esperti competenti per verificare l'entità delle eventuali lesioni fisiche, compreso l'eventuale controllo dell'udito.
- Gli operatori dovrebbero essere informati dei potenziali pericoli per l'udito e delle misure attuate dal datore di lavoro per tenere sotto controllo tali rischi. Le decisioni riguardanti le prassi di lavoro devono essere prese previa consultazione con gli operatori o relativi rappresentanti.

Fonte: HELA (2001).

Patologie causate dalle vibrazioni

Aspetti fondamentali

- I lavoratori di sesso maschile soffrono con maggiore frequenza di patologie indotte dalle vibrazioni perché, a causa della segregazione del lavoro, essi sono più esposti delle donne a questo fenomeno.
- Sono necessari ulteriori approfondimenti sui fattori prognostici riscontrati tra le donne, nonché nuovi studi per appurare se le donne e gli uomini esposti agli stessi fattori professionali siano soggetti a rischi diversi.

Molti lavori impongono il contatto con macchine o attrezzi che emettono vibrazioni. Le vibrazioni alle mani e alle braccia causano danni ai vasi sanguigni e ai nervi delle dita. L'affezione che ne consegue è nota come "malattia delle dita bianche", detta anche fenomeno di Reynaud o sindrome delle vibrazioni alle mani e alla braccia (a volte indicata con l'acronimo inglese HAVS). Le dita affette dalla patologia diventano bianche, particolarmente quando sono esposte al freddo. Inoltre la malattia di Reynaud originata dalle vibrazioni causa l'indebolimento della capacità di presa delle mani e la diminuzione della sensibilità tattile. Gli effetti delle vibrazioni estese a tutto il corpo ancora non sono stati accertati con sicurezza. Gli studi eseguiti sui conducenti di veicoli pesanti hanno rilevato una maggiore incidenza di disturbi intestinali, circolatori, muscoloscheletrici e neurologici.

Secondo i dati della terza indagine europea sulle condizioni di lavoro, nell'espletamento delle loro mansioni gli uomini sono molto più esposti delle donne alle vibrazioni. Tuttavia il 7% delle donne interpellate ha riferito di essere esposto per almeno metà del tempo trascorso al lavoro a vibrazioni emesse da utensili, macchinari, ecc., mentre per gli uomini la percentuale è salita al 23%.

Per quanto riguarda i lavori svolti prevalentemente da donne, una fonte di esposizione caratteristica del settore tessile è rappresentata dalle macchine da cucire e dai telai. Uno studio svedese, che ha seguito nel tempo un campione di donne che avevano denunciato all'Ufficio di previdenza sociale lesioni alle mani e alle braccia causate da vibrazioni nell'ambiente di lavoro, oppure che avevano percepito indennizzi, ha riscontrato una prevalenza di casi tra gli operatori odontotecnici che maneggiavano utensili a vibrazione (Bylund et al., 2002).

Alcuni elementi inoltre segnalano che le categorie professionali che usano utensili a vibrazione corrono rischi più elevati di incorrere in disturbi agli arti superiori (Buckle e Devereux, 1999). Bylund e Burström (2003) citano numerosi studi secondo i quali le donne potrebbero essere affette da una serie di sintomi causati da utensili a vibrazione in misura maggiore rispetto agli uomini. Abbiamo già trattato l'argomento delle caratteristiche ergonomiche degli utensili usati dalle donne. Le donne che usano utensili a vibrazione con caratteristiche ergonomiche inadeguate sono forse più a rischio degli uomini di manifestare disturbi indotti dalle vibrazioni e di contrarre affezioni agli arti superiori? Tra i fattori antropometrici, per i quali esiste una correlazione con percentuali più elevate di lesioni causate dalle vibrazioni, figurano la bassa statura e la necessità di sforzi più intensi per afferrare gli oggetti (studi citati da Bylund e Burström, 2003). I ricercatori hanno eseguito studi tenendo conto non solo dell'intensità, della frequenza e della durata delle vibrazioni in base allo standard internazionale di misurazione dell'esposizione alle vibrazioni, ma anche dello sforzo necessario per afferrare gli oggetti, delle posture assunte e di alcuni fattori individuali. Secondo i risultati dei loro studi, una volta neutralizzata l'incidenza delle diversità antropometriche non sono state riscontrate differenze per quanto riguarda l'assorbimento dell'energia rilasciata dalle vibrazioni. Gli studi

sulle lesioni determinate dalle vibrazioni si sono incentrati prevalentemente sugli uomini. Sarà necessario effettuare altre indagini sia sulle problematiche ergonomiche sia sulle differenze di genere che determinano la sensibilità al fenomeno, nonché approfondire la problematica relativa al rischio di cicli mestruali irregolari e di aborti spontanei tra le donne esposte alle vibrazioni con tutto il corpo.

Temperature di lavoro

Aspetti fondamentali

- Gli uomini segnalano di essere esposti più delle donne a condizioni di lavoro caratterizzate da temperature calde o fredde.
- È importante considerare il tipo di mansione svolta a temperatura calda o fredda.

Secondo la terza indagine europea sulle condizioni di lavoro, gli uomini più frequentemente delle donne segnalano di essere esposti a temperature calde o fredde per almeno metà del tempo trascorso sul lavoro; l'11% e il 7% delle donne interpellate hanno riferito di lavorare rispettivamente ad alte e basse temperature, mentre gli uomini che hanno riferito di operare alle stesse condizioni sono stati rispettivamente il 17% e il 16%.

Tra gli ambienti di lavoro in cui le donne possono essere esposte a temperature elevate figurano le cucine, le lavanderie e il settore agricolo. L'industria alimentare e l'agricoltura sono settori che possono esporre le donne alle basse temperature.

Le donne probabilmente sono molto scarsamente rappresentate nelle situazioni di estrema esposizione al rumore, all'umidità, al freddo o al calore sul lavoro. Tuttavia, uno studio sull'industria della lavorazione del pollame, ad esempio, ha riscontrato che sebbene le donne non fossero esposte alle temperature gelide dei frigoriferi, esse erano costrette a mantenere posture di relativa immobilità a una temperatu-

ra di circa quattro gradi, mentre gli uomini passavano continuamente dal freddo gelido alla temperatura ambiente. Le donne più frequentemente si lamentavano di provare freddo alle estremità (Messing et al., 1998b; Messing, 1999). È anche importante considerare il tipo di mansioni svolte giacché, ad esempio, sembra che lavorare a basse temperature possa accrescere il rischio di patologie professionali agli arti superiori.

La salute della funzione riproduttiva

Aspetti fondamentali

- La maggior parte degli studi sulla salute della funzione riproduttiva si è incentrata sulle donne in gravidanza e sulla protezione del feto, in quanto soltanto le neomamme sono tutelate da apposite leggi della Ue.
- La possibile influenza delle condizioni di lavoro su alcuni aspetti della salute delle donne come le mestruazioni e la menopausa, è stata quasi completamente ignorata.
- Per quanto riguarda gli effetti delle attività lavorative su una serie di pericoli per la funzione riproduttiva sia delle donne sia degli uomini, compresi aspetti come la fertilità, la sessualità, la menopausa precoce e le mestruazioni irregolari, si rendono necessari ulteriori studi e direttive sull'ambiente di lavoro.
- Si potrebbe prendere in considerazione l'ipotesi di includere gli indicatori dei disturbi della salute della funzione riproduttiva nelle indagini europee sugli effetti esercitati dalle condizioni di lavoro.
- Sarebbe opportuno condividere le buone pratiche esistenti nei campi della metodologia di ricerca e della valutazione e prevenzione del rischio.

L'evidente diversità tra gli apparati riproduttivi di uomini e donne fa sì che la salute delle rispettive funzioni ri-produttive riceva influenze di natura

diversa dalle esposizioni all'ambiente di lavoro. Le affezioni della funzione riproduttiva danno luogo a patologie neonatali, disturbi durante l'età evolutiva, aborti spontanei, decesso del feto nei primi mesi di vita, scarso peso alla nascita, parto prematuro, difetti congeniti e malattie della prole, oltre a diminuzione della fertilità, impotenza e ciclo mestruale irregolare. Tali problematiche sono correlate all'età e pertanto, particolarmente per quanto riguarda le lavoratrici, dovrebbero essere considerate nel contesto esistenziale delle persone interessate (White, 2000).

A differenza di altri aspetti della sicurezza e della salute sul lavoro, i rischi per la funzione riproduttiva per lo più sono stati studiati incentrando l'analisi sulle donne. Ad esempio, in un'analisi di alcuni articoli comparsi recentemente su riviste del settore (cfr. Riquadro 57 del capitolo 5), 93 dei 251 articoli concernenti la salute delle donne in relazione al lavoro trattavano solo gli aspetti connessi alla riproduzione, mentre per gli uomini tale argomento riguardava solo 15 articoli su 314.

L'interesse dei ricercatori si è interamente incentrato sulla gravidanza, considerando la donna unicamente per la sua funzione di portatrice del bambino e di responsabile del suo benessere, nonché sulla salute prima del feto e poi del neonato. Sul piano legislativo vi sono stati esempi di "politiche di protezione del feto" che escludevano dal lavoro le donne in età fertile. Anche se bene intenzionate, tali politiche non solo ignorano il fatto che nel periodo precedente alla nascita anche la funzione riproduttiva degli uomini è esposta a pericoli, ma restringono la portata della problematica della salute della funzione riproduttiva delle donne (Stellman e Lucas, 2000). Per tale motivo minore attenzione è stata dedicata agli effetti esercitati dal lavoro sulla fertilità maschile e femminile, alle funzioni sessuale e riproduttiva ed alle problematiche concernenti le neomamme e le mamme in allattamento.

Benché alcuni studi condotti da qualche ricercatore sugli effetti esercitati sulla salute della funzione riproduttiva dai rischi presenti in particolari

ambienti di lavoro, non sembrano esistere dati complessivi sull'entità degli effetti esercitati dal lavoro sulla funzione riproduttiva. Le indagini sulla forza lavoro europea non prevedevano domande su questo argomento. Sebbene sia già stato dimostrato che numerose esposizioni professionali (ad esempio al piombo, ai solventi e ad alcuni pesticidi) pregiudicano la fertilità, l'effetto complessivo delle esposizioni professionali sull'infertilità di uomini e donne è ancora sconosciuto.

Donne in gravidanza e le neomamme

L'esposizione sul lavoro delle donne in gravidanza può avere sulla prole effetti negativi di vario tipo. Le sostanze chimiche che entrano nella circolazione sanguigna della madre possono trasmettersi al latte prodotto dal seno. Condizioni di lavoro inadeguate possono influire su una serie di aspetti della salute delle donne durante la gravidanza e il periodo successivo al parto, causando stanchezza e affaticamento, dolori e malesseri, disturbi alla schiena, problemi posturali, gonfiore alle gambe, nausea, oscillazioni della pressione sanguigna e stress.

Riquadro 36: esiste una relazione tra il lavoro delle parrucchiere e lo scarso peso dei bambini alla nascita?

L'attività svolta dalle parrucchiere le espone a una quantità di sostanze chimiche che possono causare allergie, asma, eczemi alle mani e altri disturbi di salute. Inoltre, secondo uno studio condotto su oltre 7.000 parrucchiere svedesi, rispetto alle altre donne questa categoria è soggetta a un rischio lievemente più elevato di partorire figli di peso inferiore alla norma e affetti da gravi malformazioni. Gli autori hanno scoperto che la frequente esposizione alle sostanze chimiche usate per le ondulazioni della permanente e per lo spray per capelli poteva essere associata a un maggior rischio di partorire un neonato di peso inferiore alla media (Rylander et al., 2002). Tuttavia nel lavoro delle parrucchiere vi sono anche altri fattori che potrebbero contribuire al fenomeno, come la necessità di stare a lungo in piedi senza camminare.

La Ue ha emanato un'apposita direttiva per la tutela delle lavoratrici in gravidanza, le neomamme e le madri in allattamento (Direttiva del Consiglio 92/85/CEE). I datori di lavoro hanno l'obbligo di effettuare una valutazione dei rischi concernenti queste lavoratrici, eliminando in primo luogo gli elementi di pericolo e prevenendo o riducendo i rischi già rilevati. Qualora non sia possibile eliminare i rischi, la direttiva impone che alla donna siano offerte mansioni alternative, oppure, laddove ciò non sia possibile, richiede di metterla in aspettativa con il mantenimento del posto di lavoro, sebbene qualcuno sostenga che dovrebbero essere rafforzati gli aspetti della direttiva concernenti l'eliminazione dei rischi all'origine (cfr. ad esempio Vogel, 2002). Inoltre, la direttiva comprende alcune disposizioni sul congedo per maternità, sulle assenze dal lavoro per effettuare esami clinici prenatali e sul divieto di licenziamento. La Ue inoltre prescrive l'etichettatura delle sostanze chimiche ritenute nocive per la riproduzione.

La direttiva riconosce una vasta gamma di agenti chimici, fisici e biologici, processi di lavoro e condizioni di lavoro potenzialmente rischiosi per le neomamme o per le donne in attesa del parto. Per agevolare l'attuazione della direttiva la Comunità europea ha emanato alcune nuove linee guida sulla valutazione del rischio (Commissione europea, 2000a). Un elenco dei fattori trattati nelle linee guida è riportato nel Riquadro 37. Tuttavia, le linee guida non citano problematiche come la depressione post-parto, che per alcune donne che ritornano al lavoro può costituire un serio problema.

Molti Paesi membri hanno emanato altre linee guida relative alle buone pratiche e protocolli per agevolare l'applicazione dei regolamenti introdotti per ottemperare alla direttiva. La Spagna, ad esempio, ha emanato alcune linee guida sulle buone pratiche, una guida ai negoziati nonché alcuni protocolli e direttive a uso degli ispettori (Ministero del lavoro e degli affari sociali spagnolo, 2002). Tra i risultati raggiun-

ti in Italia figurano i criteri per la valutazione dei rischi per la gravidanza indotti da rumore, vibrazioni e farmaci antineoplastici (ISPESL, 2002). Occorre rilevare che secondo le disposizioni generali contenute nelle direttive dell'Unione europea concernenti ad esempio le sostanze pericolose, l'esposizione di tutti i lavoratori a molti dei pericoli presenti negli ambienti di lavoro dovrebbe già essere stata posta sotto controllo. La corretta applicazione della vigente legislazione di carattere generale o specifico, e delle linee guida concernenti gli ambienti di lavoro, rappresenterebbe un importante passo in avanti verso una maggiore tutela della salute delle donne in gravidanza e del feto. Un ausilio a tal fine potrebbe provenire, oltre che da una maggiore sensibilizzazione verso i lavori e le mansioni a rischio, anche da altri studi e dall'elaborazione di strumenti pratici per la valutazione dei rischi reali e degli interventi necessari. Sarebbe opportuno condividere gli esempi di buona pratica esistenti, ma è importante anche la conoscenza dei diritti e dei benefici già a disposizione degli interessati. In Finlandia è stato riscontrato che, a causa della carente conoscenza della legge da parte dei datori di lavoro e delle lavoratrici, meno donne del previsto si sono avvalse dei congedi speciali previsti per le donne in gravidanza.

È necessario studiare ulteriormente i rischi presenti in questo settore e gli strumenti per eliminarli, come ad esempio adeguati esami delle sostanze chimiche per quanto riguarda le conseguenze sulla riproduzione e studi sugli effetti prodotti dai lavori ripetitivi o dai ritmi intensi, sulle posture che causano crampi e sugli sforzi statici. Inoltre, maggiore attenzione dovrà essere rivolta agli effetti esercitati dalle condizioni di lavoro sulla salute della donna in generale, valutando l'efficacia dei provvedimenti legislativi e di sostegno. La restante parte del presente capitolo esaminerà le problematiche della salute della funzione riproduttiva che hanno ricevuto scarsa attenzione e non sono oggetto di apposite norme legislative.

Riquadro 37: pericoli e temi trattati dalle direttive della Commissione europea sulla valutazione dei rischi a carico delle lavoratrici in gravidanza, delle neomamme o delle donne in allattamento

- Affaticamento mentale e fisico e orario di lavoro (orari prolungati, lavoro notturno o turni).
- Problemi posturali causati dall'attività lavorativa delle neomamme o delle donne in gravidanza.
- Lavoro in elevazione.
- Lavoro in isolamento.
- Stress professionale.
- Lavoro in piedi.
- Lavoro in posizione seduta.
- Mancanza di strutture per il riposo e di altre strutture di assistenza presso l'ambiente di lavoro.
- Patologie renali o rischi di infezione causati da servizi igienici inadeguati
- Pericoli indotti da alimentazione inadeguata
- Pericoli causati dall'inadeguatezza o dalla mancanza di strutture per l'allattamento o la

raccolta del latte materno.

- Urti, vibrazioni o movimenti bruschi.
- Radiazioni ionizzanti.
- Radiazioni non ionizzanti.
- Temperature estremamente fredde o calde.
- Lavoro in atmosfera iperbarica.
- Agenti biologici.
- Agenti chimici, tra cui: mercurio, farmaci antimitotici (citotossici); sostanze assorbibili attraverso la pelle (compresi alcuni pesticidi); monossido di carbonio; piombo.
- Movimentazione manuale di carichi.
- Movimenti e posture.
- Spostamenti all'interno e all'esterno del luogo di lavoro
- Industrie estrattive sotterranee
- Lavoro con videoterminali.
- Attrezzature da lavoro, dispositivi e indumenti di protezione personale.

Fonte: Commissione europea (2000a).

Riquadro 38

Rischi per la salute della funzione riproduttiva delle donne operanti nel settore sanitario:

- Scorie di gas anestetici.
- Farmaci antineoplastici.
- Disinfettanti e altri agenti chimici (ad esempio il mercurio nel settore dentistico).
- Radiazioni non ionizzanti.
- Radiazioni ionizzanti.
- Lavoro a turni e lavoro notturno.
- Lavoro fisico pesante, manipolazione e posizione in piedi prolungata.
- Agenti biologici.
- Tensioni fisiche e psicologiche.

Fonti: Figà-Talamanca (2000); Lindbohm e Taskinen (2000); Taskinen et al. (1999); Sallmén e Taskinen (1998); Axelsson et al. (1996).

Disturbi mestruali e fertilità

I disturbi mestruali comprendono dismenorrea (forti dolori mestruali e crampi), amenorrea (assenza di mestruazioni), ciclo irregolare, ciclo anovulare e diminuzione della fertilità. Il ciclo mestruale non è un argomento di cui si parli apertamente, persino tra le donne, e difficilmente viene incluso tra i possibili sintomi delle patologie da lavoro delle liste di controllo e delle indagini generalmente usate per la valutazione dei rischi presenti negli ambienti di lavoro. Quando poi la domanda viene posta, a volte le donne rispondono malvolentieri (Messing, 1998) e sono restie ad attirare l'attenzione dell'ambiente di lavoro sui "problemi femminili". Sebbene sia relativamente semplice condurre studi sulla salute del ciclo mestruale rispetto ad altri aspetti della salute riproduttiva, le indagini sull'influenza esercitata dalle esposizioni causa-

te dal lavoro sul ciclo mestruale sono ancora scarse (Messing, 1998).

Tuttavia sono stati effettuati alcuni studi come quello di Figà-Talamanca (1999), che individua nelle seguenti esposizioni a fattori di lavoro l'origine di alcune irregolarità del ciclo mestruale:

- lavoro fisicamente faticoso, che causa disfunzioni del ciclo mestruale;
- lavoro pesante e stressante, che si ripercuote sul ciclo mestruale delle lavoratrici di alcuni settori quali: agricoltura, industria, servizi, assistenza infermieristica, trasporto aereo, forze armate, ecc.;
- stress professionale associato a dismenorrea;
- esposizione ad ormoni ed agenti alcalinizzanti, ad esempio nell'industria farmaceutica, associata a ciclo mestruale irregolare;
- esposizione ad idrocarburi alogenati e ad organofosfati, ad esempio nella produzione e uso di pesticidi, associata a problemi mestruali (cfr. anche Valls-Llobet, 2002);
- esposizione a metalli pesanti quali: piombo, mercurio e cadmio presenti nell'industria

meccanica dei metalli, associata a mestruazioni irregolari e ad amenorrea;

- esposizione degli operatori del settore dentistico al mercurio presente nell'amalgama usata in odontoiatria, che riduce la capacità di concepimento;
- esposizione a rumori ambientali e a condizioni di lavoro caratterizzate da temperature calde o gelide nell'industria alimentare, associata a dismenorrea, disfunzioni ormonali e diminuzione della fertilità;
- esposizione a solventi quali: benzene, stirene, disolfuro di carbonio e formaldeide, associata a disturbi mestruali e ovarici e diminuzione della fertilità;
- esposizioni ad alcuni solventi, comprese le esposizioni definite "entro limiti accettabili", tra cui i stirene, xilene, toluene, tricloroetilene e tetracloroetilene, utilizzati ad esempio nei lavaggi a secco e nei laboratori, associate a ritardi del concepimento.

Inoltre il NIOSH (1999b) cita l'esposizione al disolfuro di carbonio (CS₂), quale responsabile di alterazioni del ciclo mestruale tra le lavoratrici a contatto con il raion alla viscosa.

Riquadro 39: esempio di approccio attento al genere negli studi sulla fertilità

Sallmén (2000) ha svolto alcune indagini per verificare se l'esposizione professionale ai solventi organici o al piombo inorganico fosse causa di una diminuzione della fertilità. Sono stati raccolti dati sul tempo necessario alle lavoratrici e alle mogli di lavoratori per iniziare una gravidanza, concludendone che dal punto di vista della maternità un'esposizione quotidiana o elevata ai solventi diminuisce la fertilità. È stato constatato, in particolare, che gli idrocarburi alogenati e alifatici accrescevano il rischio, mentre tra le lavoratrici delle lavanderie a secco, delle fabbriche di calzature e dell'industria metallurgica sono stati osservati

tempi prolungati prima che le interessate riuscissero a iniziare una gravidanza. Invece, la correlazione tra l'elevata esposizione al piombo delle aspiranti madri e le lunghe attese prima del concepimento è tuttora ipotetica. Lo studio conferma, seppur limitatamente, l'ipotesi secondo cui i solventi organici riducono la fertilità e l'esposizione al piombo inorganico ritarda il concepimento. Il potenziale effetto condizionante della limitazione per le coppie in attesa di un figlio è stato studiato includendo nel rilevamento un'indagine, basata sui registri anagrafici, sulla frequenza delle gravidanze iniziate in rapporti coniugali dalle mogli di uomini oggetto dello studio. I risultati ottenuti hanno confermato la precedente conclusione.

La sindrome premenstruale per le donne rappresenta un fenomeno comune che si manifesta con numerosi sintomi quali cambiamenti repentini di umore, smemoratezza, mancanza di concentrazione, spossatezza, modificazioni dell'appetito, gonfiore addominale, indolenzimento del seno, mani e piedi gonfi, vampate di calore, dolori muscolari, mal di testa ed emicranie. Poiché lo stress influenza il ciclo mestruale, l'esposizione ai fattori di stress presenti nell'ambiente di lavoro può contribuire alla sindrome premenstruale o accrescerla (Hatch et al., 1999). La diminuzione dello stress può alleviare i sintomi.

Un metodo di studiare la fertilità consiste nel misurare la fe-condabilità, ossia la probabilità che in un dato ciclo mestruale si verifichi una gravidanza clinicamente confermata. Per ottenere informazioni sui limiti degli studi sulla fertilità già effettuati fare riferimento a Baird e Strassmann (2000).

L'endometriosi (una condizione ormonale e autoimmune, caratterizzata dalla presenza in altre parti del corpo di cellule che normalmente ricoprono l'interno dell'utero o endometrio) si manifesta con una varietà di sintomi, tra i quali disturbi mestruali, dolori addominali leggeri o intensi, disturbi dell'intestino o infertilità. Benché l'origine sia ancora sconosciuta, ogni analisi delle cause ambientali dovrebbe tener conto delle esposizioni sul lavoro.

Libido (desiderio sessuale) e orari di lavoro

La maggior parte delle ricerche sulla salute della funzione riproduttiva si è incentrata su agenti fisici, chimici e biologici, concedendo scarsa attenzione agli effetti esercitati sulla salute della funzione riproduttiva dai vari tipi di esposizione al rischio psicosociale. Uno studio ha esaminato la relazione tra l'orario di lavoro e la libido o desiderio sessuale (Pryce et al., studio presentato). È stata individuata una correlazione tra orari di lavoro prolungati e diminuzione della libido segnalata dagli uomini, nonché tra orari di lavoro rigidi e diminuzione del desi-

derio sessuale nelle donne. Tuttavia, come precisato dai ricercatori, lo studio non ha tenuto conto del lavoro domestico non retribuito, che invece meriterebbe di essere preso in considerazione nei futuri rilevamenti. In un'indagine sulla salute delle lavoratrici in Toscana sono state segnalate diminuzioni della libido e disfunzioni mestruali, causate dallo stress subito sull'ambiente di lavoro (Massai, 2001).

La menopausa

Scarsa attenzione è stata dedicata agli effetti esercitati dalle esposizioni subite durante il lavoro sul prematuro inizio della menopausa. Tuttavia, alcuni studi indicano una correlazione tra l'età della menopausa naturale e le esposizioni ambientali. Wise et al. (2002), ad esempio, hanno riscontrato un legame tra le difficoltà economiche e l'inizio anticipato della menopausa, suggerendo che il fenomeno è dovuto probabilmente a una combinazione di fattori tra cui lo stress e l'esposizione al fumo di tabacco e ad altre tossine. Cooper et al. (2002) hanno esaminato congiuntamente l'età della menopausa naturale e l'esposizione ai bifenili policlorurati (PCB) presenti nel plasma sanguigno e all'1,1-dicloro-2,2-bis(-clorofenil) etilene (DDE). La correlazione riscontrata tra il DDE e la giovane età al momento della menopausa naturale è risultata analoga alla correlazione presente tra il vizio del fumo e la menopausa. Al contrario, non sono state individuate associazioni con i PCB. I ricercatori ne hanno concluso che gli studi prospettici, che inizino i rilevamenti prima della menopausa, sarebbero particolarmente utili per la ricerca futura.

Un'attenzione notevolmente maggiore è stata dedicata alla possibilità che le variazioni ormonali, quali ad esempio quelle constatati con l'avvento della menopausa, siano la causa di alcune patologie muscoloscheletriche delle donne, come la sindrome del tunnel carpale. Tuttavia, non solo si sa molto poco del ruolo svolto dagli ormoni femminili nell'evoluzione delle patologie muscoloscheletriche, ma le

pubblicazioni in materia sono contraddittorie. I dati a disposizione non confermano che la situazione ormonale rappresenti un significativo elemento modificatore dell'effetto esercitato sulle patologie muscoloscheletriche dalle esposizioni ai fattori ergonomici presenti nell'ambiente di lavoro. Inoltre è bene ricordare che le lavoratrici più anziane sono più esposte, per periodi più lunghi, a condizioni di lavoro ergonomicamente inadeguate, che come è noto, sono all'origine di patologie muscoloscheletriche (Punnett e Herbert, 2000; Messing, 1998; Doyal, 2002).

Un rilevamento condotto nel Regno Unito tra i rappresentanti dei lavoratori nel campo della sicurezza ha esaminato la relazione tra menopausa e lavoro (Paul, 2003). Una domanda sulla menopausa è stata inserita in un sondaggio di carattere generale sulle condizioni di lavoro, condotto tra i rappresentanti sindacali delegati alla sicurezza. Il 22% degli interpellati ha riferito che le colleghe indicavano nel lavoro un fattore aggravante dei disturbi causati dalla menopausa. Per tale motivo è stato eseguito un ulteriore rilevamento al fine di analizzare specificamente le implicazioni del problema sotto il profilo della salute e della sicurezza sul lavoro. La relazione conclusiva del rilevamento cita vari fattori correlati alla menopausa che il lavoro può aggravare o rendere più difficili da eliminare, tra cui: vampate di calore e sudorazione, mal di testa, spossatezza e affaticamento, stress, ansia e depressione, disturbi del sonno, perdita di sangue più intensa o irregolare durante le mestruazioni, secchezza e irritazione della pelle e degli occhi, effetti collaterali della terapia ormonale sostitutiva, come nausea e vomito; bisogno impellente di urinare; maggior rischio di osteoporosi a causa del lavoro sedentario, posture che limitano i movimenti, fattori legati alla dieta o alla mancanza di luce (correlazione tra dieta, luce e carenza di calcio).

I risultati del rilevamento indicano una serie di metodi attraverso i quali la sicurezza sul lavoro,

le politiche sulla salute e quelle per promuoverla possono aiutare le donne che stanno affrontando la menopausa. Le misure di prevenzione e controllo nell'ambiente di lavoro comprendono:

- temperatura di lavoro regolabile, regolazione del tasso di umidità e ventilazione aggiuntiva e individuale;
- disponibilità di idonei servizi igienici e strutture per il riposo, nonché di acqua fresca potabile;
- pause adeguate e flessibili per il riposo e per recarsi alla toilette;
- idonee divise da lavoro (indumenti a strati rimovibili e comodi) e abbigliamento protettivo;
- accesso alla luce naturale;
- disponibilità di sedili più funzionali;
- riduzione degli orari prolungati e dello stress;
- vasta scelta di alimenti sani, ad esempio nelle mense aziendali o nelle macchine dispensatrici di piccoli di snack;
- politiche del lavoro che prevedano congedi per terapie, orari di lavoro flessibili e gestione costruttiva delle assenze per malattia;
- agevolazione dell'accesso a informazioni e consulenza;
- ambiente di lavoro cordiale e solidale.

Fonte: Paul (2003).

Riquadro 40

L'ISPESL (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro), in collaborazione con varie università e istituti che si occupano della salute, ha dato vita a un progetto che coinvolge tutti gli aspetti dei rischi per la funzione riproduttiva delle lavoratrici, compresa l'influenza esercitata dal lavoro sulla menopausa, tenendo conto dell'aumento del numero di donne non più giovani che lavorano e degli effetti dello stress correlato al lavoro. Il progetto comprende inoltre iniziative di sensibilizzazione verso questi temi, informazione e formazione sull'entità dei rischi, spesso sottovalutati, che il lavoro pone a carico della funzione riproduttiva. Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute, si prefigge i seguenti obiettivi:

- valutare i rischi per la funzione riproduttiva delle lavoratrici agricole;
- verificare la possibile correlazione tra l'esposizione ai farmaci antineoplastici e la salute della funzione riproduttiva, con particolare attenzione alla diminuzione della fertilità;
- valutare gli effetti del lavoro sull'età di inizio della menopausa, sulla regolazione endocrina, sulle fratture ossee e sul sistema cardiovascolare;
- promuovere e attuare iniziative per accrescere la sensibilizzazione e l'educazione alla salute della funzione riproduttiva, nonché per potenziare i servizi sanitari per le donne occupate in questo settore;
- effettuare studi sulla morbilità e la mortalità delle lavoratrici del settore sanitario e della loro prole;
- valutare l'affaticamento mentale e fisico delle donne che esercitano una serie di professioni nel settore sanitario, al fine di potenziare sia la formazione che gli interventi.

Fonte: Papaleo et al. (2003).

La salute della funzione riproduttiva maschile

L'interesse rivolto al feto della donna in gravidanza ha comportato un'attenzione molto ridotta verso altre tematiche, come la fertilità e i danni genetici a carico dei lavoratori e delle lavoratrici. Tuttavia alcune organizzazioni, come il NIOSH, sottolineano come la tendenza alla diminuzione degli spermatozoi, riscontrata negli uomini di tutto il mondo, abbia accresciuto le inquietudini sul ruolo svolto dalle sostanze chimiche presenti nei luoghi di lavoro e nell'ambiente in generale (sito web NIOSH (a), cfr. anche la Commissione europea, 1999). Pesticidi, radiazioni, piombo ed esposizione al calore sono alcuni tra i fattori che esercitano un'influenza negativa sullo sperma e sulla fertilità maschile (Messing, 1998; NIOSH, 1997). Sono necessari altri studi sugli effetti esercitati sulla salute della funzione riproduttiva dalle esposizioni al lavoro. Ancora una volta, tuttavia, la piena applicazione all'ambiente di lavoro dell'attuale legislazione generale sulle sostanze e sui vari agenti pericolosi rappresenterebbe un notevole passo in avanti verso la tutela della salute della funzione riproduttiva maschile.

Riquadro 41: legislazione in materia di salute della funzione riproduttiva

Mentre tutti i Paesi membri della Ue hanno emanato leggi sulla tutela delle donne in gravidanza sul lavoro, la Finlandia si è dotata di una legislazione sulla sicurezza sul lavoro che offre una protezione più estesa contro i pericoli per la salute della funzione riproduttiva. La valutazione del rischio deve tenere conto dei "pericoli potenziali per la salute della funzione riproduttiva", riducendo l'esposizione alle sostanze chimiche pericolose ed agli agenti fisici e biologici in modo tale da "non causare alcun rischio alla sicurezza, alla salute e alla funzione riproduttiva". La valutazione del rischio deve anche tenere conto "dell'età, del sesso, delle abilità professionali e di altre capacità individuali dei dipendenti".

Fonte: Legge 738/2002 sulla sicurezza e salute sul lavoro, Ministero degli affari sociali della Finlandia.

Gli effetti della rigidità degli orari di lavoro e delle responsabilità domestiche

Aspetti fondamentali

- L'equilibrio tra lavoro e vita privata è importante per tutti i lavoratori e le lavoratrici. Gli orari prolungati, la presenza di elementi "anomali" negli orari di lavoro e la mancanza di controllo o di flessibilità degli orari di lavoro sono tutti fattori che contribuiscono a rendere inconciliabile il lavoro e gli altri aspetti della vita personale.
- L'attuazione di politiche e pratiche a sostegno di coloro su cui grava la responsabilità dell'assistenza ad altre persone agevolerebbe in modo particolare le donne.
- Anche gli uomini che lavorano a tempo pieno desiderano orari di lavoro più brevi, mentre gli uomini con famiglia vorrebbero beneficiare di prassi di lavoro "a sostegno della famiglia". I dibattiti sul "rapporto tra lavoro e famiglia" dovrebbero affrontare anche la problematica degli orari di lavoro degli uomini, favorendo così l'impiego delle donne in settori a prevalenza maschile.
- Il contesto legislativo e delle politiche sociali influisce fortemente sulla portata, la gestione e i risultati delle politiche a sostegno della famiglia.
- La vita lavorativa delle donne è fisicamente e mentalmente più gravosa quando esse devono affrontare un "doppio turno": prima il lavoro retribuito e poi quello non retribuito nell'ambiente domestico. Una suddivisione delle responsabilità domestiche più equa indubbiamente favorirebbe le donne, ma potrebbe introdurre cambiamenti positivi anche per gli uomini.
- Sono necessari ulteriori approfondimenti per chiarire quale sia per le donne e gli uomini un orario di lavoro "compatibile", nonché per individuare politiche e pratiche volte a migliorare

efficacemente l'equilibrio tra lavoro e vita privata. A tal fine, gli esempi di buone pratiche dovrebbero essere condivisi.

In ambito Ue è aumentato il numero delle famiglie in cui ambedue i coniugi lavorano. Attualmente nella maggior parte dei Paesi membri le famiglie caratterizzate da "un'associazione produttiva tra due persone" sono più numerose di quelle in cui "solo l'uomo lavora" (Franco e Winqvist, 2002). Come già affermato in precedenza, il lavoro non retribuito svolto in ambiente domestico non è equamente ripartito: la parte a carico delle donne generalmente è molto più consistente, anche quando entrambi i coniugi lavorano a tempo pieno. Ciò significa che la giornata lavorativa di molte lavoratrici è fisicamente e mentalmente più gravosa perché eseguono un "doppio turno": prima il lavoro retribuito e poi quello non retribuito. Le donne spesso devono prendersi cura delle esigenze dei componenti della famiglia anche quando sono indisposte, cosicché è possibile che non riescano a riposare a sufficienza per recuperare le forze.

Numerosi studi hanno evidenziato come questo doppio carico di lavoro potrebbe avere serie conseguenze sulla salute e sulla sicurezza delle donne, che sono le più esposte a questa condizione (Bielenski e Hartmann, 2000; Fagan e Burchell, 2002; Yeandle et al., 1999; Bercusson e Weiler, 1999; Kauppinen e Kandolin, 1998; Rohlfis et al., 2002; Valls-Llobet et al., 1999; Artazcoz, 2001). Il "doppio turno" non soltanto può determinare stress e affaticamento cronico, ma tra gli effetti già comprovati per la salute figura anche l'aumento della pressione sanguigna (Brisson et al., 1999). I conflitti tra lavoro e vita privata provocati da orari lavorativi lunghi e rigidi sono un riconosciuto fattore di stress correlato al lavoro. Il sollevamento di carichi, le posture scomode e i movimenti ripetitivi sono aspetti del tutto comuni in molti lavori domestici, sebbene gli studi in materia siano scarsi (Punnett e Herbert, 2000). Le addette alle pulizie sono tra le lavoratrici che potrebbero essere esposte agli stessi agenti chi-

mici sia sul lavoro che in ambiente domestico.

Abbiamo già illustrato come, in tema di orario di lavoro, alcuni aspetti delle differenze di genere varino da un Paese membro all'altro, compresa la diffusione del lavoro part-time e il numero di ore lavorate in regimi di questo tipo. La ragione di queste differenze risiede nella diversità dei sistemi fiscali, delle normative sulla tutela dell'infanzia e degli accordi istituzionali. I tassi di occupazione e il numero di ore lavorate dalle donne variano a seconda dell'età, ma questo aspetto è in larga misura influenzato dalle loro più ampie responsabilità domestiche. Gli studi e i rilevamenti, come quelli condotti dalla Fondazione europea, hanno riscontrato negli uomini e nelle donne un chiaro desiderio e una forte motivazioni di svolgere un lavoro retribuito, ma allo stesso tempo hanno evidenziato che gran parte delle donne e degli uomini che lavorano a tempo pieno gradirebbe un orario di lavoro più corto, che consenta loro di dedicare più tempo alla vita privata. Generalmente, la settimana lavorativa degli uomini è più lunga (oltre 45 ore) mentre nei loro desideri l'orario settimanale non dovrebbe superare le 37 ore. L'incompatibilità tra "lavoro e famiglia" aumenta con l'allungarsi degli orari del lavoro a tempo pieno e diventa più pesante per chi lavora 48 ore settimanali (il limite massimo stabilito dalla direttiva della Ue sull'orario di lavoro) o più. La preferenza per il lavoro part-time è assai diffusa, particolarmente tra le donne, sebbene molti lavoratori part-time preferirebbero orari di lavoro più lunghi. Per concludere, un'ampia percentuale di lavoratori e lavoratrici vorrebbe modificare il proprio orario di lavoro passando da uno brevissimo (part-time) o lunghissimo ad un orario part-time più lungo oppure ad un orario a tempo pieno di media durata (cfr. Atkinson, 2000; Fondazione europea Foundation, 2002c; Fagan et al., 2001; Fagan e Burchell, 2002).

L'indagine europea sulle condizioni di lavoro ha riscontrato la maggiore propensione di uomini e donne a ritenere i loro orari di lavoro compatibili con la vita privata quando usufruiscono di orari

"normali", svolti di giorno, nei giorni feriali, a orario fisso e senza dover sottostare a orari prolungati nel caso di lavoro a tempo pieno. Gli uomini citano quest'incompatibilità più frequentemente delle donne, forse perché nel loro lavoro sono presenti alcuni elementi "anomali", che per di più si accompagnano a una settimana lavorativa più lunga (Fagan e Burchell, 2002).

Riquadro 42

Nell'ambito del mercato del lavoro, la presenza dei figli influenza fortemente la partecipazione delle donne all'attività lavorativa. Le statistiche di 11 Paesi indicano che il 72% delle donne di età compresa tra i 20 e i 50 anni senza figli svolge attività lavorativa, contro il 94% degli uomini della stessa età. Tale cifra scende al 54% per le donne con figli di età inferiore ai sei anni, mentre per gli uomini della stessa età la flessione (89%) è molto meno consistente (Commissione europea, Social Agenda 2, 2002).

Riquadro 43

Le politiche a sostegno della famiglia sono [...] quelle politiche che agevolano la conciliazione delle esigenze del lavoro e della famiglia, promuovendo la disponibilità di adeguate risorse per la famiglia e la crescita dei figli, così da facilitare la scelta dei genitori tra lavoro e cura della prole e favorendo l'eguaglianza tra i generi per quanto riguarda le opportunità di lavoro (OCSE, 2002).

I contratti di lavoro basati su politiche di sostegno della famiglia possono comprendere i seguenti elementi:

- agevolazioni per la cura dei figli, come apposite strutture sul posto di lavoro o incentivi economici;
- congedi di maternità e paternità;
- lavoro part-time;
- congedo in caso di malattia dei figli;
- orario di lavoro flessibile e accordi di lavoro particolari;
- telelavoro.

Appare evidente l'esistenza di un frequente contrasto tra l'organizzazione del lavoro e i suoi obiettivi da un lato e gli impegni e gli obiettivi della vita privata dall'altro. Tale divergenza esercita effetti maggiori sulle donne, anche se vi sono margini di miglioramento. Particolare attenzione dovrebbe essere dedicata al raggiungimento di un equilibrio tra lavoro e vita privata per tutti i lavoratori. Tra i provvedimenti volti a raggiungere quest'obiettivo compaiono le politiche e gli interventi pratici a sostegno dei genitori e le persone con la responsabilità di assistere dei familiari. Appare evidente il forte desiderio dei lavoratori e delle lavoratrici dipendenti di vedere realizzati dei miglioramenti in questo aspetto della politica del lavoro (cfr. ad esempio ACTU, 2003).

Uno studio dell'OCSE evidenzia una serie di conseguenze scaturite dall'impossibilità di conciliare il lavoro e la vita familiare. I genitori, o coloro che desiderano diventarlo, possono

rimandare il momento del concepimento, decidere di avere meno figli rispetto al numero desiderato o di non averne affatto. Sebbene alcuni preferiscano uscire dal mercato del lavoro per prendersi cura dei figli, altri vorrebbero lavorare o lavorare di più, ma non possono farlo a causa di orari di lavoro svantaggiosi o dell'impossibilità di provvedere in altro modo alla cura dei figli, ecc. Altri possono essere costretti a lavorare più a lungo di quanto desiderino, causando nella famiglia tensioni che possono persino portare al fallimento del matrimonio o la negazione di quelle attenzioni di cui i giovani hanno bisogno (OCSE, 2002). Pertanto le politiche a sostegno della famiglia rappresentano un beneficio anche per gli stessi datori di lavoro, in quanto consentono loro di continuare ad avvalersi di personale capace e esperto, di attrarre nuovi dipendenti grazie alla positiva immagine dell'azienda e di ridurre lo stress dei dipendenti con figli.

Riquadro 44

Nel Regno Unito, un gruppo di lavoro di un complesso sanitario (ospedale e servizi correlati) ha messo a punto una metodologia fondata su politiche dell'orario e del rapporto di lavoro che consentono ai dipendenti di mantenere più agevolmente l'equilibrio tra il lavoro e gli altri aspetti della loro vita. Dopo la fase dell'elaborazione, e prima dell'approvazione definitiva, il progetto è stato vagliato da un comitato congiunto del personale, un organo consultivo composto da dirigenti e rappresentanti del personale. Il principio della flessibilità adottato si basa sui seguenti elementi: lavoro part-time, riduzione temporanea dell'orario di lavoro, condivisione del lavoro, orario flessibile, quantità annuale di ore lavorate, rientro graduale al lavoro, telelavoro, aspettative, congedi per motivi speciali, congedi maternità e paternità, nonché ferie annue personalizzate, ossia un aumento delle ferie sino a un massimo di 40 giorni all'anno con una proporzionale riduzione del salario, oppure una riduzione delle

ferie sino a un massimo di cinque giorni in cambio di un aumento di stipendio.

Una grande catena di supermercati britannica ha avviato un'analisi del rapporto tra lavoro e vita privata, che riunirà e uniformerà una serie di strategie già presenti in una politica formale organica in materia di lavoro-vita privata. Tra i benefici di cui già usufruiscono i lavoratori figurano: indennità di maternità, congedi paternità e per i genitori, periodi di aspettativa, congedi in caso di adozione o affidamento di minori, congedi per cure contro la sterilità, assenze dal lavoro in casi di emergenza, congedi retribuiti per lutto, asili nido aziendali (solo a Londra), lavoro part-time, lavoro flessibile e condivisione del lavoro.

Fonte: Creating a work-life balance: A good practice for Employers (Come creare un equilibrio tra lavoro e vita privata: manuale di buone pratiche per i datori di lavoro), Ministero del Commercio e dell'Industria del Regno Unito, 2000.

Esiste anche una serie di importanti problematiche di ordine generale, che pur meritando di essere prese in considerazione esulano dall'ambito del presente studio, come la possibilità di usufruire di servizi di assistenza all'infanzia istituzionalizzati o informali, il reddito familiare in periodi di occupazione o disoccupazione, nonché le convenzioni lavorative a sostegno della famiglia e i congedi per ragioni correlate alla prole. In questo campo, le differenze tra i Paesi

membri sono notevoli. Per esempi e approfondimenti su problematiche più ampie, come le politiche statali e i sistemi legislativi e fiscali, si faccia riferimento al dettagliato studio dell'OCSE (2002) sulle politiche in materia nei Paesi Bassi, Danimarca e Australia. Da tale studio si deduce che le politiche "a sostegno della famiglia" non sono ancora esenti da zone d'ombra, rappresentate ad esempio dalla crescente segregazione tra i generi laddove tali

Riquadro 45: anche gli uomini aspirano all'equilibrio tra lavoro e vita privata

Un'indagine e un esame della letteratura in materia di equilibrio tra lavoro e vita privata, eseguiti per conto della Commissione per le pari opportunità del Regno Unito, ha riscontrato una favorevole risonanza del problema tra i padri e le madri. I padri si fanno carico approssimativamente di un terzo della cura dei figli, evidenziando un consistente aumento del loro contributo a partire dagli anni 70. Tuttavia i padri non solo hanno minori aspettative sull'adozione di nuovi provvedimenti a favore della famiglia che vadano a loro personale beneficio, ma sono anche meno pronti ad avvalersi di quelli esistenti. Lo studio indica, in particolare, che una cultura basata su lunghi orari di lavoro e salari più elevati per gli uomini (nel senso che i padri meno frequentemente delle madri, che hanno salari più bassi, chiedono di ridurre l'orario di lavoro) impedisce loro di assumersi un carico paritario nella cura dei figli. Lo studio inoltre cita l'esperienza dei paesi nordici, dove i governi hanno riscontrato che i padri sono più propensi ad approfittare del congedo concesso ai genitori in presenza di quattro condizioni chiave: una quota percentuale del beneficio riservata esclusivamente ai padri, alti salari, flessibilità nell'utilizzo dei congedi da parte delle coppie e pubblicizzazione della concessione di congedi di paternità mediante campagne di sensibilizzazione da parte del governo.

Fonte: O'Brien e Shemilt (2003).

Uno studio condotto sulle 250 maggiori aziende svedesi indica l'esistenza di quattro diversi atteggiamenti quando i dipendenti uomini desiderano partecipare di più alla cura dei figli in ambito domestico: le aziende caratterizzate da atteggiamenti esplicitamente favorevoli incoraggiano gli uomini a chiedere i congedi paternità e ritengono di doversi assumere una parte di responsabilità per concedere agli uomini maggiori possibilità di conciliare il lavoro con la famiglia; anche il secondo tipo di azienda assume un atteggiamento favorevole al congedo paternità, ma in pratica solo quando vi scorge dei vantaggi per sé; il terzo tipo di azienda ha un atteggiamento "neutrale", mentre il quarto pratica la resistenza passiva. È stata anche riscontrata una correlazione tra la cultura aziendale e la fruizione del congedo parentale da parte dei dipendenti di genere maschile, nonché tra la cultura aziendale e la composizione dei dipendenti sotto il profilo del genere. Gli uomini impiegati in società più orientate verso le risorse umane hanno usufruito del congedo parentale più frequentemente dei dipendenti di aziende più sensibili ai valori della produzione. Inoltre, anche l'atteggiamento favorevole di colleghi e superiori verso il congedo parentale ha esercitato un'influenza sulla frequenza con cui gli uomini se ne sono avvalsi. Le aziende con personale prevalentemente femminile hanno dimostrato un atteggiamento più favorevole nei confronti degli uomini che hanno usufruito del congedo di paternità, rispetto a quelle dove i dipendenti erano in maggioranza uomini.

Fonte: Hwang (1999b).

politiche vengano applicate solo da organizzazioni o settori con manodopera prevalentemente femminile (cfr. anche Gonäs, 2002), e dal contesto delle politiche legislative e sociali che esercita una notevole influenza sull'entità, l'applicazione e i risultati delle politiche "a sostegno della famiglia".

La legislazione attualmente in vigore in Finlandia consente ai datori di lavoro di predisporre servizi di assistenza all'infanzia a beneficio di quei dipendenti che altrimenti resterebbero a casa per prendersi cura di un bambino malato. La legge prevede l'esenzione fiscale del beneficio che tale servizio di assistenza, a carico del datore di lavoro, rappresenta per il dipendente. Tuttavia il beneficio non deve essere obbligatoriamente concesso a tutti i dipendenti, ma può riguardare solo il personale che nell'azienda occupa posizioni chiave o dirigenziali. Il dipendente ha diritto al servizio di assistenza per un periodo compreso tra i due e i quattro giorni, corrispondente all'arco di tempo in cui egli o ella avrebbe diritto a restare a casa per curare il figlio malato (Cancedda, 2001).

Laddove l'attuazione delle pratiche volte al raggiungimento dell'equilibrio tra lavoro e vita privata avviene su base volontaria, sembra che numerose organizzazioni non siano ancora convinte dei vantaggi che esse stesse ne ricaverrebbero. Ad esempio, un recente studio condotto nel Regno Unito ha riscontrato che solo il 3% delle aziende interpellate metteva a disposizione dei figli dei dipendenti servizi di asilo nido, mentre solo l'8% offriva ai dipendenti contributi finanziari a tal fine (Taylor, 2002). Tuttavia, gli esempi di buona pratica sono in aumento (cfr. Riquadro 44).

Oltre all'orario di lavoro e alle misure per la cura della prole, un certo effetto è esercitato anche dalla cultura delle organizzazioni nei confronti dei neogenitori. Uno studio sui neogenitori (Borrill e Kidd, 1994) ha riscontrato che le

donne avvertivano maggiore riluttanza degli uomini a parlare del cambiamento delle rispettive situazioni esistenziali e dei loro desideri con i dirigenti, a causa di sensi di insicurezza, apprensione e diffidenza nei confronti dell'organizzazione. Al fine di promuovere un aumento della condivisione dei compiti in ambito familiare si rende necessaria l'attuazione di iniziative tendenti a modificare le tradizionali percezioni dei ruoli paterno e materno. Artazcoz (2001) indica l'opportunità di attività educative più attente al genere nelle scuole, negli ambienti di lavoro e sui mass media, al fine di sensibilizzare la popolazione sull'importanza della condivisione di ruoli e responsabilità in ambito domestico.

Se è vero che l'adozione di misure fattive per conciliare il lavoro e la vita in famiglia è ovviamente molto importante per le donne, il potenziamento delle politiche del lavoro a sostegno della famiglia è vantaggioso per entrambi i genitori. L'analisi dei dati, inoltre, indica che anche gli uomini sono interessati al problema (O'Brien e Shemilt, 2003). Nel modello di lavoro "tradizionale", in cui gli uomini lavorano a tempo pieno e spesso si dà per scontato che debbano osservare lunghi orari di lavoro, molti si lamentano di non riuscire nemmeno a veder crescere i propri figli. Inoltre gli orari di lavoro lunghi costituiscono un ostacolo all'obiettivo di incoraggiarli a potenziare il loro ruolo nella famiglia (Kauppinen, 1999a; cfr. anche Kauppinen e Kandolin, 1998). Pertanto il dibattito sulla politica per il raggiungimento dell'equilibrio "lavoro-famiglia" dovrebbe interessarsi al tempo trascorso al lavoro dagli uomini e non solo dalle donne. Inoltre, migliorare l'aspetto rappresentato dal tempo trascorso al lavoro degli uomini non solo consentirebbe a un numero maggiore di donne di partecipare e fare carriera in settori del mondo del lavoro a prevalenza maschile, ma andrebbe incontro al desiderio di molti uomini di partecipare alla cura dei figli e ad altre mansioni domestiche.

Inoltre sono necessari ulteriori approfondimenti sul concetto di orario di lavoro "compatibile" secondo i lavoratori e le lavoratrici e sulle relative motivazioni (Fagan e Burchell, 2002).

Infine una più equa condivisione dei compiti domestici e di assistenza alla famiglia tra donne e uomini migliorerebbe la qualità della vita lavorativa delle donne e faciliterebbe la loro partecipazione al mercato del lavoro, oltre a produrre positivi cambiamenti anche per gli uomini. Sulla base dei risultati delle sue analisi, la Fondazione europea (2002c) afferma che "le autorità pubbliche e le parti sociali, che svolgono un ruolo chiave nell'elaborazione di provvedimenti per favorire la conciliazione tra le esigenze del lavoro e della vita in famiglia, costituiscono il motore stesso del meccanismo di cambiamento."

La perdita della voce causata dal lavoro: un rischio in crescita

Aspetti fondamentali

- Alcuni elementi confermano la correlazione tra disturbi alla voce e alcuni lavori, come l'insegnamento e parlare al telefono.
- A causa della segregazione del lavoro le donne possono essere soggette a maggiori rischi rispetto agli uomini.
- La prevenzione è facilitata dalle buone pratiche già esistenti.
- Sono necessarie ulteriori analisi, nonché misure di prevenzione e sensibilizzazione.

È già disponibile una serie di dati, per ora limitata ma sempre più consistente, sulla correlazione tra il lavoro svolto e i disturbi della voce, la cui denominazione medica è disфонia. Tale affezione non consiste solo nell'impossibilità di parlare, ma si manifesta con dolore, tensione, voce roca, tosse molesta, incapacità di modulare la voce, potenza vocale scarsa o nulla e difficoltà di respirazione (HELA, 2001). Coloro che

fanno un intenso uso della voce correranno rischi maggiori di subire continue sollecitazioni indotte dalle vibrazioni della mucosa della laringe (che causa gonfiori e lesioni, come l'emorragia della mucosa) e di soffrire di polipi e noduli delle pieghe vocali (Dijkers e Nikkels, 1995).

Sono stati riscontrati alcuni casi, oltre che fra i cantanti, anche tra gli insegnanti (cfr. ad esempio Cor-tazar Lopez et al., 2002; Harisinghani, 2000), tra il personale degli asili nido (ad esempio Sala et al., 1999) e tra gli addetti a lavori che richiedono un uso intenso del telefono (tra cui i centralinisti, i venditori per telefono e gli operatori dei call centre). A causa della segregazione del lavoro i disturbi alla voce indotti dall'attività lavorativa possono interessare le donne in misura superiore agli uomini. Ad esempio in uno studio su 430 pazienti che hanno segnalato disturbi alla voce a un ambulatorio medico è stata riscontrata la presenza di affezioni della mucosa nel 14% delle donne e nel 10% degli uomini (Bastian e Thomas, 2000).

Tra le misure di prevenzione consigliate figurano: progettazione di ambienti di lavoro atti a ridurre il rumore; pause di riposo; provvedimenti per ridurre lo stress presente nell'ambiente di lavoro; monitoraggio dell'umidità dell'aria; disponibilità di bevande; non parlare quando si è raffreddati; addestramento a parlare rilassando i muscoli della laringe, usandola con il tono di voce e la risonanza ottimali; addestramento a riconoscere i sintomi per tempo e a comprendere quali tipi di utilizzo della voce è bene evitare (cfr. Riquadro 46).

Si raccomandano ulteriori approfondimenti, tra cui misure di prevenzione nelle aule scolastiche. Tra le differenze di genere che si possono esaminare figurano: diversi toni di voce degli uomini e delle donne (poiché in alcune situazioni alcuni toni sono più facilmente riconoscibili di altri, chi li emette non ha bisogno di alzare la voce) e segregazione del lavoro (nel campo dell'insegnamento, una percentuale più elevata di

professoressa insegna a ragazzi appartenenti alle fasce di età inferiori rispetto ai professori. Alcuni gruppi di età sono più rumorosi di altri?). Inoltre sono necessari interventi di sensibilizzazione e di prevenzione.

L'aspetto fisico

In alcune attività si richiede ai dipendenti di indossare indumenti particolari, ma le regole relative all'abbigliamento non devono entrare

in conflitto con gli aspetti della salute e della sicurezza. Sebbene tali obblighi possano essere imposti sia ai lavoratori che alle lavoratrici, le conseguenze possono incidere maggiormente sulle donne.

Le caratteristiche delle divise indossate devono corrispondere alle mansioni svolte. In alcuni paesi ad esempio, sovente le divise delle infermiere erano molto aderenti e con una gonna diritta; in alcuni casi era previsto anche un

Riquadro 46: la salute della voce sul lavoro per gli operatori telefonici

Gli operatori telefonici addetti alla ricezione delle chiamate trascorrono parlando al telefono un tempo più lungo rispetto ai comuni impiegati di un ufficio. Questi lavoratori, in uno studio loro dedicato, hanno osservato che la lunghezza di alcune formule di apertura mette a dura prova la loro voce, esprimendo anche le loro apprensioni sulla frequenza e la durata delle infezioni alla gola. Tuttavia il rischio di disturbi alla voce può essere ridotto attenendosi alle buone pratiche seguenti:

- Per ridurre il rischio di sottoporre la gola a sforzi eccessivi, i testi dei saluti introduttivi dovrebbero essere suddivisi in segmenti più brevi, concedendo agli operatori frequenti brevi pause mentre i chiamanti rispondono alle loro domande.
- Consentire agli operatori di bere restando alle loro postazioni di lavoro, per ottenere un'adeguata umidificazione della gola.
- Per mantenere l'idratazione si dovrebbe consigliare agli operatori di bere acqua o bibite decaffeinatate invece di tè, caffè o bibite contenenti caffeina, che hanno un effetto diuretico.
- Sgranchirsi il collo e le spalle allevia la tensione. Si tratta di esercizi che possono essere fatti restando alla postazione di lavoro o durante le pause. Un avviso che compare periodicamen-

te sullo schermo può costituire un utile sollecito per ricordare agli operatori di compiere gli esercizi.

- Il rischio di soffrire di disturbi alla voce aumenta in presenza di raffreddori, ma può essere ridotto assegnando il personale indisposto a compiti che non comportano la necessità di parlare al telefono.
- I tubicini di trasmissione della voce possono essere ostruiti da residui di cibo e cosmetici e dalla polvere, pregiudicando così l'efficacia dei microfoni. È indispensabile addestrare gli operatori a eseguirne la pulizia al fine di ottimizzare il volume dei segnali trasmessi, eliminando in tal modo il rischio di irritare i clienti e di sottoporre la voce a sforzi eccessivi.
- Informare i dipendenti dei call centre circa il rischio rappresentato dalla disfonia, dei vari sintomi che preannunciano il disturbo e dei possibili modi di ridurre il rischio di contrarlo.
- Per le decisioni riguardanti l'adozione di buone pratiche relative alla salute dell'apparato vocale, capaci di esercitare degli effetti di rilievo sulla salute e sulla sicurezza degli operatori addetti alla ricezione delle telefonate, è necessario consultare gli stessi operatori e i loro rappresentanti.

Fonti: HELA (2001). Si veda anche BIFU, "Voice Care Network".

copricapo. Divise e copricapo di questo tipo possono ostacolare la libertà di movimento necessaria ad eseguire senza pericolo varie mansioni, come la manipolazione di oggetti o persone, mentre la soluzione più pratica è rappresentata da pantaloni o gonne-pantalone (Rogers e Salvage, 1988). Nel settore sanitario, il riconoscimento del problema è generale (cfr. Health and Safety Commission, 1998); d'altra parte l'uso di adeguati capi d'abbigliamento è citato nella direttiva europea sulla manipolazione degli oggetti sul luogo di lavoro. Tuttavia, in altri lavori, come ad esempio nel caso del personale dei negozi che può dover sollevare degli oggetti, può esistere una sottovalutazione di questi ulteriori rischi. Come già affermato in precedenza, l'obbligo di indossare determinati capi d'abbigliamento può rappresentare un problema per le donne in menopausa, soggette a vampate di calore, che dovrebbero indossare capi a strati rimovibili e ben larghi (Paul, 2003).

I requisiti relativi all'abbigliamento sul lavoro possono comprendere anche il tipo di scarpe da indossare. Calzature inadatte, che possono contribuire a causare incidenti facendo scivolare e inciampare chi le indossa, nel migliore dei casi possono diventare molto fastidiose quando le mansioni svolte impongono di stare in piedi o di camminare a lungo. In alcuni lavori, come nei negozi di calzature, ai dipendenti che devono raggiungere i ripiani superiori degli scaffali può accadere di dover salire su scale a pioli indossando scarpe con i tacchi alti o con solescivolose. Le modelle, alle quali durante le sfilate viene richiesto di indossare calzature con tacchi altissimi a spillo o zatteroni, corrono il rischio di inciampare e cadere slogandosi o fratturandosi una caviglia. I lavoratori devono indossare calzature adatte al loro ambiente di lavoro, tenendo conto del tipo di mansioni, delle caratteristiche e delle condizioni generali del pavimento e delle proprietà antiscivolo delle soles (Agenzia europea, 2001c).

In alcuni lavori può essere esercitata una pressione, seppure non esplicita, per indurre i dipendenti a conformarsi a certi standard relativi all'aspetto, che nel lungo periodo potrebbero rivelarsi nocivi per la salute. Per entrare in un ruolo gli attori possono dover perdere o guadagnare peso rapidamente oppure, più in generale, attrici e attori possono avvertire la necessità di mantenere un aspetto giovanile per continuare a lavorare, sebbene tale sollecitazione probabilmente sia avvertita in misura più intensa dalle donne. Il mantenimento di alcuni requisiti fisici, come un determinato peso corporeo, può rappresentare un impegno arduo per le modelle, ma anche in altri settori dell'industria della moda, come i negozi di prêt-à-porter, le commesse possono subire pressioni perché controllino il loro peso, nella convinzione che con un fisico da modella riusciranno a vendere più abiti. In passato anche alle assistenti di volo si richiedeva di uniformarsi a certi standard fisici, tra cui il peso, ma oggi queste regole sono state attenuate.

La salute e la sicurezza delle lavoratrici del settore agricolo

Aspetti fondamentali

- Il settore agricolo ancora oggi rappresenta una consistente fonte di occupazione per la popolazione femminile di alcuni Paesi membri e dei paesi candidati.
- Numerose donne contribuiscono al lavoro agricolo in qualità di mogli, compagne o componenti delle famiglie di agricoltori, a volte senza la tutela prevista dalle leggi sulla salute e sulla sicurezza sul lavoro.
- Le donne che lavorano in questo settore svolgono le mansioni più semplici.
- Nel settore agricolo gli infortuni, molto numerosi sia per i lavoratori che per le lavoratrici, avvengono con maggiore frequenza tra gli uomini.

Il dibattito svoltosi nel Parlamento europeo (2002) sulla strategia della Comunità in materia di salute e sicurezza sul lavoro ha sottolineato la necessità di rivolgere maggiore attenzione alle lavoratrici agricole.

Il settore agricolo rappresenta un'importante fonte di occupazione per le lavoratrici e i lavoratori della UE. Nell'Unione europea l'agricoltura è al quinto posto tra le fonti di lavoro della popolazione maschile (circa il 5% della forza lavoro complessiva) e al settimo posto per la popolazione femminile (il 3% delle donne occupate). In Grecia e Portogallo l'agricoltura è tuttora la principale occupazione delle donne (Dupré, 2002). Secondo i dati forniti dalla Fondazione europea (Paoli, 2002), nei paesi candidati il settore agricolo svolge un ruolo ancora più importante, rappresentando il 21% degli occupati contro il 5% della media nella Ue, ma in Romania i lavoratori agricoli rappresentano il 45% della forza lavoro complessiva. Nei paesi candidati dunque l'agricoltura svolge un ruolo molto più rilevante che nei Paesi membri, anche come fonte di occupazione femminile. Molte donne vi contribuiscono come mogli o compagne di agricoltori. Il lavoro temporaneo, occasionale e stagionale, ad esempio nella stagione del raccolto, è probabilmente un'importante componente dell'occupazione femminile del settore. Tradizionalmente, in Europa una fattoria è un'impresa familiare condotta per lo più da una coppia, in cui la moglie aiuta il marito a svolgere le numerose mansioni quotidiane (Fremont, 2001). Negli Stati Uniti la partecipazione delle donne ai lavori agricoli è in aumento, ad esempio a seguito dell'ingresso di un numero crescente di figlie nelle aziende di famiglia (McCoy et al., 2002). Nella Ue le donne rappresentano il 38% dei lavoratori agricoli provenienti dai nuclei familiari (Linares, 2003; cfr. riquadro 47).

Sovente questo settore è caratterizzato da un elevato tasso di segregazione delle mansioni in base al genere; ad esempio in alcune aziende

agricole la raccolta delle mele era tradizionalmente affidata agli uomini, che a tal fine si arrampicavano su una scala a pioli, mentre le donne, che raccoglievano frutti di bosco dal suolo, dovevano lavorare assumendo una posizione curva. I raccoglitori di mele guadagnavano di più.

Le donne occupate nel settore agricolo svolgono le mansioni più semplici (Fondazione europea, 2002c). Le donne che occupano posizioni direttive nelle aziende agricole generalmente sono più anziane e la loro formazione nel settore è stata inferiore a quella degli uomini (Fremont, 2001).

Riquadro 47

Generalmente le donne che lavorano nelle aziende agricole di tipo familiare:

- rappresentano il 38% dei lavoratori appartenenti nucleo familiare;
- sono più anziane degli uomini;
- lavorano in regime part-time (86%);
- sono coniugi del proprietario (tre coniugi su quattro sono donne, mentre quasi una donna su quattro è essa stessa proprietaria);
- gestiscono piccoli poderi.

Fonte: Linares (2003), "Women and men in agriculture: a statistical look at the family labour force (Lavoratrici e lavoratori agricoli: aspetti statistici della forza lavoro nella famiglia)", *Statistics in Focus, Theme 5: Agriculture and fisheries (Agricoltura e pesca)*, 4/2003, Eurostat.

Secondo i dati diffusi da Eurostat, rettificati in base alle ore lavorate, nella Ue il tasso degli infortuni riportati dai lavoratori agricoli è pari a solo 1,5 volte quello delle donne, rispetto alle 2,33 volte dell'industria manifatturiera e alle 3,33 volte dell'edilizia (cfr. tavola 1 e figura 3 dell'appendice 7). I dati della terza indagine

europea sulle condizioni di lavoro indicano che i lavoratori agricoli denunciano un numero elevato di lesioni alla schiena (57%), più frequenti tra coloro che svolgono mansioni particolarmente soggette a incidenti: il 13% di questi lavoratori segnala di aver subito incidenti, contro il 7% della media. Sino al 41% dei lavoratori occupati nei settori dell'agricoltura e della pesca ritiene che il lavoro svolto ne metta a rischio la salute e la sicurezza (Paoli e Merliè, 2001).

Tra i pericoli insiti nel lavoro in fattoria figurano: l'esposizione ai pesti-cidi (che possono incidere negativamente sulla salute della funzione riproduttiva), le malattie trasmesse dagli animali, la manipolazione di oggetti ed il lavoro ripetitivo in posture disagiati, i raggi nocivi del sole, le condizioni atmosferiche fredde e umide, l'uso di macchinari pericolosi, ecc. (cfr. Appendice 8).

Secondo McCoy et al. (2002), sino a oggi pochi studi hanno analizzato le lesioni riportate dalle donne durante il lavoro agricolo. Ancora meno si conosce sino a che punto i rischi professionali vengano riconosciuti come tali quando le donne richiedono assistenza alle strutture sanitarie. I ricercatori ipotizzano che differenze di corporatura e statura, sforzi fisici più pesanti e la modesta capacità massima di assorbimento di ossigeno possano predisporre le donne a lesioni di tipo ergonomico. Ancora una volta le caratteristiche tecniche di utensili e attrezzature destinati a persone con corporature diverse rappresentano un problema. Si rende pertanto necessaria un'analisi della relazione tra le mansioni effettivamente svolte dalle lavoratrici agricole da un lato e la salute e la sicurezza sul lavoro dall'altra.

Il gran numero di donne che partecipano alla conduzione di aziende agricole familiari, come coniugi o compagne e non come dipendenti, può restare escluso dalla tutela legislativa in materia di salute e sicurezza. Sotto il profilo dell'applicazione della legge in materia di salute e sicurezza alcuni Paesi membri, come il Regno

Unito, hanno deciso di considerare queste lavoratrici agricole alla stessa stregua di dipendenti emanando a tal fine delle direttive per il settore (Safety and Health Commission, 1999).

Salute e sicurezza nell'industria della pesca

Nel settore della pesca gli uomini sono in netta maggioranza, particolarmente sui pescherecci d'alto mare, in cui le donne rappresentano appena il 3% degli addetti. Le donne tuttavia lavorano più spesso in altre mansioni, come l'acquicoltura, la trasformazione (dove la loro presenza è superiore alla media, particolarmente nei lavori più umili e meno qualificati), la gestione e l'amministrazione, ed inoltre, come nel settore agricolo, in attività informali di supporto ai coniugi o compagni naviganti, nelle quali il loro ruolo è tanto importante quanto sottovalutato.

Uno studio condotto dalla Ue per conto della Commissione europea, che ha esaminato la questione delle pari opportunità tra le lavoratrici del settore senza tuttavia toccare gli aspetti della salute e della sicurezza professionale, ha rilevato che non solo le donne sentono di essere poco accette nel settore della navigazione, ma provano scarso desiderio di parteciparvi per una serie di motivi, comprese la salute, la sicurezza e alcune problematiche legate alle condizioni operative, come il lavoro fisicamente gravoso, l'esigenza di servizi separati a bordo, la pericolosità e il problema della coesistenza di equipaggi misti su battelli angusti e imbevuti di una "rude" cultura maschile. In altre aree del settore, caratterizzate da una maggiore presenza di donne, sono state riscontrate notevoli discriminazioni. Lo studio ha concluso che la formazione professionale e l'istruzione sono gli strumenti che consentiranno alle lavoratrici di questo settore di migliorare le loro posizioni e le loro prospettive. Sebbene la sicurezza e la salute non siano state citate tra gli argomenti da includere nella formazione professionale, appare comunque logico inserire tali aspetti in

ogni iniziativa in questo campo. Analogamente a quanto accade nel settore agricolo, molte donne svolgono attività di supporto a favore dei coniugi o dei compagni imbarcati, tra cui compiti di gestione e amministrazione, comunicazione, marketing e assistenza pratica. Inoltre lo studio ha raccomandato di organizzare attività formative a favore di queste lavoratrici, comprendendo il tema della sicurezza in mare (MacAlister Elliott e Partners, 2002). La strategia sulla sicurezza e sulla salute, elaborata dalla Comunità europea per il periodo 2002–2006, cita anche l'importanza di rafforzare il ruolo svolto dalle donne nel processo di miglioramento delle condizioni di lavoro e di sicurezza nel settore della pesca.

La salute e la sicurezza dei lavoratori domestici e dei lavoratori a domicilio

Aspetti fondamentali

- Il settore del lavoro domestico e a domicilio è caratterizzato da una forte prevalenza di donne, per le quali questo settore rappresenta una notevole fonte di occupazione.
- L'ampia gamma di lavori e di mansioni compresa nei due settori espone i lavoratori a pericoli ogni tipo.
- La scarsa disponibilità di consulenza in materia di salute e sicurezza sul lavoro, di informazione e formazione, nonché l'isolamento e una condizione lavorativa non ufficializzata e precaria sono tra i fattori che potrebbero accrescere l'esposizione ai pericoli di questa categoria di lavoratori rispetto ai colleghi che svolgono mansioni analoghe presso le aziende.
- Tecnicamente molti lavoratori a domicilio sono considerati lavoratori autonomi e pertanto non rientrano nel quadro legislativo europeo, che esclude esplicitamente i lavoratori domestici.

Il dibattito svoltosi nel Parlamento europeo (2002) sulla strategia comunitaria in materia di

salute e sicurezza sul lavoro ha sottolineato la necessità di esaminare la questione della sicurezza professionale e della tutela della salute dei lavoratori domestici e a domicilio, poiché questa categoria a occupazione prevalentemente femminile rimane esclusa dal quadro legislativo europeo in materia di sicurezza e salute sul lavoro. Non solo questo tipo di lavoro è caratterizzato dall'assenza di diritti, dalla precarietà e dai bassi salari, ma molti rapporti di lavoro non sono nemmeno dichiarati. I dati di Eurostat indicano che il 2% delle lavoratrici del settore opera in case private, che rappresentano l'ottava fonte di occupazione femminile (Eurostat, 2002b). Alcune donne, ad esempio scelgono questo tipo di lavoro per la sua flessibilità e compatibilità con i propri impegni familiari.

Lavoratori domestici e in case private

Il lavoro domestico retribuito è di varia natura e comprende mansioni quali: pulizie, lavare la biancheria, cucinare, assistere bambini, anziani e infermi, prestare aiuto in occasione di feste familiari, curare il giardino e provvedere alla manutenzione della casa (Cancedda, 2001; Lutz, senza data). Queste mansioni comportano vari rischi, tra cui: esposizione a sostanze chimiche tossiche, sollevamento di carichi pesanti, movimenti ripetitivi, posture scomode e lavoro in piedi (Valls-Llobet et al., 1999). Inoltre, la condizione di vulnerabilità e di isolamento di queste lavoratrici le espone a maggiori rischi di subire intimidazioni e molestie da parte dei datori di lavoro. Spesso, queste donne lavorano per due ore al giorno in una casa privata, ma sovente prestano la loro opera presso più famiglie, oppure vivono in casa del datore di lavoro e devono essere sempre disponibili 24 ore su 24. Il lavoro presso le famiglie è una delle principali fonti di occupazione delle donne immigrate (Cancedda, 2001), la cui vulnerabilità è ancora maggiore: sono stati denunciati dei casi in cui le donne, trovate a lavorare nelle case in stato di prigionia, erano state praticamente ridotte in schiavitù.

Sebbene i dati relativi a questo settore siano scarsi, i pochi elementi a nostra disposizione fanno pensare che il lavoro domestico sia un'occupazione ad alto rischio. Vogel (2002), ad esempio, cita le statistiche degli infortuni sul lavoro del Belgio dal 1998 in poi, che "evidenziano un livello complessivo di gravità notevolmente superiore alla media del settore privato (12,10 per 1.000 contro 2,18)".

In uno studio eseguito per conto della Commissione europea sui lavoratori domestici immigrati, Anderson e Phizacklea (1997) elencano i problemi che interessano questa categoria:

- ore di lavoro non pagate;
- basso reddito, spesso inferiore al salario minimo; mancato versamento del salario dopo il licenziamento alla fine del periodo di prova;
- rifiuto da parte dei datori di lavoro di svolgere le pratiche per far ottenere al lavoratore lo status di residente (per ragioni fiscali, ecc.);
- invadenza nella sfera personale e molestie sessuali;
- pressioni per indurre il lavoratore a effettuare lavori supplementari (per amici e colleghi);
- carichi di lavoro eccessivi, particolarmente quando a tutte le incombenze domestiche si aggiunge l'assistenza a bambini e anziani;
- rapporti di natura molto intima tra i lavoratori domestici e i loro datori di lavoro.

Le lavoratrici domestiche ricevono informazioni, istruzioni e formazione sui pericoli e la salute in misura ancora minore rispetto alle donne che svolgono mansioni analoghe in ambito aziendale, né è probabile che i datori di lavoro siano informati sui rischi corsi dai lavoratori domestici e sulla relativa prevenzione. Una rapida ricerca su Internet ha rilevato la presenza di informazioni per i datori di lavoro su come controllare i precedenti penali dei lavoratori domestici e persino su come prevenire la trasmissio-

ne di malattie dei lavoratori domestici immigrati, ma non ha riscontrato alcuna indicazione su come garantire la sicurezza dei potenziali dipendenti. L'esclusione di questa categoria di lavoratori dalla tutela della salute e della sicurezza sul lavoro è probabilmente una delle ragioni alla base delle scarse informazioni in merito. Inoltre, questo gruppo di lavoratori è scarsamente rappresentato, ad esempio dalle organizzazioni sindacali.

Riquadro 48

I risultati di un'indagine sul lavoro domestico, condotta dalla Fondazione europea in otto Paesi membri (Cancedda, 2001), indicano che il lavoro domestico, specialmente per quanto riguarda l'assistenza a bambini e anziani, può gratificare e appagare i lavoratori, che spesso sono molto motivati. L'indagine ha riscontrato che le mansioni svolte dai lavoratori domestici spesso li espongono a tensioni mentali e sforzi fisici, per di più in assenza di adeguato supporto. I lavoratori dei servizi domestici sono prevalentemente donne. In gran parte i lavori creati in questo settore sono scarsamente considerati, poco qualificati e mal retribuiti. In questo tipo di servizi il lavoro part-time è frequente. A tale proposito occorre rilevare che data la scarsa paga oraria i lavoratori spesso percepiscono il part-time più come una limitazione che come una scelta. Sul piano della tutela sociale vi sono rilevanti differenze tra i vari paesi, in alcuni dei quali si è tentata l'applicazione di inquadramenti a metà strada tra il lavoro autonomo e quello dipendente, ad esempio istituendo agenzie di servizi che assicurano redditi costanti e un minimo di previdenza sociale (Cancedda, 2001).

L'Australia è tra i paesi che hanno modificato le rispettive legislazioni sul lavoro e la retribuzione, includendovi i collaboratori domestici. Nel 1998 il lavoro domestico è stato incluso nella tutela assicurativa prevista per i lavoratori australiani; inoltre nel 2002 alcuni articoli della

legge sul lavoro sono stati modificati per includervi i collaboratori domestici (Legge sul lavoro, capitolo 93: "Normativa sul lavoro (collaboratori domestici)").

Riquadro 49: i lavoratori domestici in Spagna

In Spagna il settore dei servizi domestici, a occupazione prevalentemente femminile, sta sempre più diventando il principale canale di integrazione delle donne immigrate nel mercato del lavoro. I rapporti di lavoro domestici sono regolamentati da leggi speciali su occupazione e sicurezza sociale, le cui garanzie, sotto molti aspetti, sono inferiori a quelle offerte ad altre categorie di lavoratori. Alcuni studi hanno dimostrato che ben il 60% dei collaboratori domestici rientra nell'economia sommersa e non regolarizzata, mentre il 35% di quelli regolarizzati è costituito da immigrati. I rapporti di lavoro, sovente di natura irregolare, sono scarsamente retribuiti e si svolgono in condizioni carenti. La retribuzione dei lavoratori che vivono presso l'abitazione del datore di lavoro è particolarmente bassa poiché vitto, alloggio ecc. sono considerati come pagamento in natura. I collaboratori domestici, che in Spagna lavorano presso circa 400.000 famiglie, sono una categoria particolarmente priva di rappresentanza. Tuttavia, nel 2002 i sindacati spagnoli hanno sollevato la questione dei problemi che affliggono questa categoria (Albarracan, 2002).

I telelavoratori

Sebbene il telelavoro non sia un fenomeno nuovo, l'utilizzo delle tecnologie informatiche ha accresciuto le possibilità di occupazione per la categoria conosciuta come telelavoratori. Le persone che lavorano presso il loro domicilio svolgono una serie di attività che vanno dal cucito alla maglieria, dall'imballaggio al montaggio, dalla saldatura alla vendita a distanza. L'evoluzione tecnologica ha fornito ai lavoratori qualificati maggiori opportunità di lavorare a

domicilio, ma proprio per tale motivo questa categoria è ben lontana dall'essere un gruppo omogeneo e le problematiche inerenti alla loro salute e sicurezza sono di diversa natura. Una consistente percentuale di questa categoria è rappresentata da donne. Nel Regno Unito, la preoccupazione che l'attività di una parte dei lavoratori a domicilio possa svolgersi in condizioni che "in normali circostanze" sarebbero considerate inaccettabili (O'Hara, 2002) ha portato all'esecuzione di uno studio, svolto per conto dell'ente nazionale per la salute e la sicurezza sul lavoro, che ha interessato questa categoria e che ha analizzato gli aspetti della salute e della sicurezza sul lavoro. Lo studio si è basato su un'analisi delle pubblicazioni scientifiche, su dibattiti con la partecipazione di gruppi di lavoratori a domicilio e colloqui con i datori di lavoro. Scopo dell'indagine era quello di determinare l'entità e le tendenze di questa categoria, le ragioni per le quali si sceglie di lavorare da casa e i fattori di rischio nel Regno Unito, nonché fornire raccomandazioni in vista di ulteriori indagini sulla salute e la sicurezza dei lavoratori a domicilio.

Tra i molti dati rilevati dallo studio citiamo:

- Nel Regno Unito i lavoratori a domicilio rappresentano il 2,3% degli occupati. I dati del censimento e dell'indagine sulla forza lavoro indicano, a partire dall'inizio degli anni 80, un considerevole aumento del numero di persone impegnate nel lavoro a domicilio.
- Le donne rappresentano la maggioranza di coloro che lavorano prevalentemente nella propria abitazione, sebbene gli uomini più frequentemente lavorino a domicilio su base sporadica. Le donne lavorano a domicilio nel settore manifatturiero più spesso di coloro i quali non lavorano a domicilio, mentre per gli uomini la situazione sembra opposta.
- Le minoranze etniche sono risultate meno rappresentate nel lavoro a domicilio rispetto

alla media degli occupati, erano invece più rappresentate della media nei lavori manuali e nella fascia meno retribuita delle attività a domicilio.

- Secondo lo studio i principali settori industriali del lavoro a domicilio erano rappresentati dai servizi alle aziende e dalla manifattura, mentre i lavori più diffusi erano il cucito, il montaggio e l'imballaggio, oltre ad attività non manuali di natura impiegatizia, di segreteria e amministrativa. La maggioranza dei fornitori di lavoro a domicilio è composta dalle piccole imprese.
- I telelavoratori hanno affermato di aver scelto il lavoro a domicilio per una serie di motivi tra cui: la possibilità di prendersi cura dei figli, gli aspetti finanziari e la flessibilità, mentre tra i principali svantaggi figuravano i bassi salari, l'isolamento, il disordine e la discontinuità del lavoro. Tra le principali ragioni del reclutamento dei lavoratori a domicilio figuravano la flessibilità e le possibili oscillazioni dei flussi di lavoro, la riduzione dei costi, la mancanza di spazio e la soluzione del problema dell'assistenza ai figli, mentre i principali svantaggi erano rappresentati dalla difficoltà di controllare il lavoro e i minori contatti con il personale.
- Tra i pericoli ambientali sono stati citati: la mancanza di spazio, la sporcizia, i cattivi odori, i rumori, i rischi di subire scosse elettriche e gli incendi. Tra le situazioni pericolose ritenute in grado di causare incidenti e disturbi di salute figuravano: sedili inadeguati, lavoro ripetitivo, manipolazione di oggetti e uso di sostanze chimiche per saldature, colle e vernici. I principali problemi di salute avvertiti dai lavoratori a domicilio erano: dolori muscoloscheletrici, astenopia, cefalee e tensione mentale.
- Alcune indagini hanno rilevato infortuni subiti da lavoratori a domicilio e da altre persone presenti nelle abitazioni, compresi i bambini.

Infortuni e disturbi di salute spesso non vengono denunciati all'azienda che fornisce il lavoro. Persino i lavoratori che hanno richiesto di usufruire di terapie mediche non sempre hanno informato i medici che il disturbo sofferto era ascrivibile al lavoro.

- La sensibilizzazione alle problematiche inerenti a salute e sicurezza è risultata molto scarsa, così come la disponibilità di informazioni in materia, di apparecchiature e di attività formative. I telelavoratori, ai quali non era stata impartita alcuna indicazione ufficiale, non conoscevano bene le leggi riguardanti la salute e la sicurezza applicabile al loro lavoro, né era stata eseguita alcuna valutazione dei rischi. Un numero consistente di infortuni non viene denunciato.
- Molti lavoratori a domicilio vedevano con favore una maggiore attenzione da parte dell'ispettorato del lavoro verso le attività a domicilio e l'ipotesi di visite alle loro abitazioni. Per quanto riguarda gli ausili informativi ritenuti utili alcuni hanno espresso una preferenza per brevi volantini appositamente concepiti per i diversi tipi di attività. Alcuni hanno richiesto anche la traduzione di informazioni e videocassette, o altri tipi di documentazione con illustrazioni.
- Sia i telelavoratori che i loro datori di lavoro non sono sembrati avere le idee chiare sullo status giuridico di questo tipo di rapporto di lavoro e sulle sue conseguenze sotto il profilo della normativa in tema di salute e sicurezza.

Tra le raccomandazioni avanzate dallo studio figuravano:

- effettuare ulteriori approfondimenti, ad esempio per acquisire dati più recenti e informazioni di carattere essenziale; esaminare le differenze tra i lavoratori a domicilio nei diversi settori ed effettuare raffronti tra coloro che lavorano a domicilio una parte del tempo e quelli che lavorano sempre a casa,

nonché tra chi lavora a domicilio e chi svolge le stesse mansioni presso la sede del datore di lavoro; approfondire quali potrebbero essere gli strumenti e gli interventi più idonei e infine analizzare alcune problematiche, quali ad esempio i telelavoratori che scelgono quest'attività perché affetti da disturbi di salute o disabilità che rendono loro difficile recarsi al lavoro.

- Effettuare, nei vari settori, studi dei casi delle buone pratiche in materia di salute e sicurezza dei lavoratori a domicilio, che saranno uti-

Riquadro 50: l'accordo Ue sul dialogo sociale in materia di telelavoro prevede la sicurezza e la salute sul lavoro

Una sottocategoria che si è affermata più di recente è quella dei lavoratori a domicilio che si avvalgono di tecnologie informatiche, denominati telelavoratori, le cui abitazioni pertanto fungono anche da ufficio. Un accordo quadro sul telelavoro, elaborato a livello UE e che coinvolge le parti sociali (datori di lavoro e organizzazioni sindacali UNICE/UEAPME, CEEP e ETUC), comprende anche alcune clausole riguardanti la salute e la sicurezza. L'accordo rappresenta un buon esempio di come le tematiche della sicurezza e della salute sul lavoro possano essere trasferite dall'ambito generale verso settori lavorativi particolari. L'accordo, attuato su base volontaria, diverrà operativo nell'arco di tre anni a partire da luglio 2002. Per ulteriori approfondimenti si vedano:

- Commissione europea, sito web Lavoro e Affari sociali (b), "Accordo sul telelavoro";
- Commissione europea, Lavoro e Affari sociali (2002b), Social Agenda 3.2002;
- Sito web InfoBASE.

La sicurezza e la salute sul lavoro delle donne occupate in settori "non tradizionali"

lizzati per elaborare gli orientamenti volti a individuare i rischi e ad adottare idonee misure di controllo. Gli orientamenti dovrebbero prevedere lo svolgimento di progetti pilota e risolvere il problema delle traduzioni in lingue diverse dall'inglese.

- Approfondire l'istituzione di un sistema affidabile di registrazione degli infortuni e dei disturbi di salute che colpiscono la categoria.
- Individuare modalità più efficaci per comunicare le informazioni sulla salute e la sicurezza sul lavoro ai telelavoratori ed ai rispettivi datori di lavoro.
- Analizzare il tema relativo alla confusione presente nella normativa sulla salute e la sicurezza sul lavoro in relazione ai telelavoratori inquadrati tra i lavoratori autonomi.

Negli Stati Uniti, il National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), che sta eseguendo studi sulla salute e sulla sicurezza delle donne occupate in settori lavorativi non tradizionali, sottolinea che "la salute e la sicurezza delle donne occupate in lavori non tradizionali potrebbe essere messa in pericolo dalle attrezzature e dall'abbigliamento fornito loro nei rispettivi ambienti di lavoro. Le attrezzature e l'abbigliamento protettivi spesso sono realizzati per uomini di corporatura media. L'adozione di attrezzature e indumenti (come respiratori, guanti e stivali da lavoro) di misura non adatta alle lavoratrici può ridurne la funzione protettiva" (opuscolo informativo NIOSH). Inoltre, attrezzature inadeguate possono addirittura ostacolare la corretta esecuzione del lavoro in condizioni di sicurezza.

Il NIOSH prevede che nei prossimi 10-15 anni si assisterà ad un aumento delle donne impiegate nel settore edilizio statunitense. Di conseguenza, l'ente ha eseguito una serie di interviste e rilevamenti interpellando alcune lavoratrici del settore, i cui risultati hanno consentito di elaborare una serie di tematiche e idee volte a

tutelare la sicurezza e la salute a una manodopera edilizia non più esclusivamente maschile. Le tematiche evidenziate sono state: addestramento, attrezzature di protezione individuale, strutture sanitarie, cultura dell'ambiente di lavoro, ergonomia e pericoli per la funzione riproduttiva (NIOSH, 1999a).

Inoltre le donne che lavorano in ambienti non tradizionali possono andare incontro ad altri e più particolari tipi di stress, come le molestie sessuali e la discriminazione.

Inoltre, è importante che le condizioni di lavoro non rappresentino una barriera per le donne che si avvicinano a settori occupazionali "non tradizionali".

Aspetti fondamentali

- Se gli uomini più spesso delle donne sono lavoratori autonomi o gestiscono piccole imprese, molte donne prendono parte a queste attività come mogli o compagne dei titolari, mentre il numero delle donne dipendenti è superiore alla media.
- Nelle PMI vi sono esempi di programmi di prevenzione del rischio che coprono settori di lavoro

ro a prevalente occupazione femminile, ma sarà fondamentale fare in modo che le risorse a disposizione vengano destinate alla prevenzione dei rischi di tutti i lavoratori e di tutte le lavoratrici delle PMI.

- Le iniziative volte a instaurare una forma di copertura rappresentativa dei lavoratori nelle questioni riguardanti la sicurezza nelle PMI sarebbe vantaggiosa per le numerose lavoratrici delle piccole e medie imprese che non usufruiscono di nessuna forma di rappresentanza.

Secondo l'indagine europea sulle condizioni di lavoro, solo un terzo del 17% della popolazione attiva che svolge lavoro autonomo è composto da donne. Tuttavia le donne sono presenti in percentuale superiore alla media nelle piccole imprese private, mentre gli uomini più spesso lavorano in medie imprese e grandi aziende private (Fagan e Burchell, 2002). La situazione in materia di salute e sicurezza nelle piccole imprese è più carente rispetto alle medie imprese ed alle grandi aziende, mentre i loro dipendenti usufruiscono di attività di formazione in misura minore e più di rado sono iscritti a organizzazioni sindacali.

Riquadro 51: le donne nel settore dei trasporti: un esempio di lavoro "non tradizionale"

Sebbene poco comuni nel passato, per le donne i lavori che comportano spostamenti non sono una novità. Alla metà del XIX secolo alcune donne scozzesi occupate nell'industria ittica percorrevano centinaia di chilometri all'anno per seguire e pulire sul posto le aringhe (Kumpulainen, 2000). Nei recenti decenni, tuttavia, la percentuale di donne occupate in lavori che richiedono un certo grado di mobilità fisica è rapidamente cresciuta. Una delle principali difficoltà per le lavoratrici impegnate in attività di questo tipo è la conciliazione tra le esigenze del lavoro e quelle della famiglia.

Tradizionalmente, le funzioni di conducenti di

treni e autocarri, piloti e addetti ad altre aree di attività del settore dei trasporti sono state svolte da uomini, ma il numero delle donne occupate in questi lavori sta gradatamente crescendo. La Federazione internazionale dei lavoratori dei trasporti ha eseguito un rilevamento tra i suoi iscritti dei settori aviazione civile, portuale, pesca, navigazione interna, trasporti ferroviari e stradali, navigazione marittima e turismo. I risultati indicano che le lavoratrici del settore dei trasporti subiscono varie forme di discriminazione: le norme e i comportamenti relativi ad aspetti quali assunzioni, salari e promozioni, maternità, stato civile e immagine aziendale sono più favorevoli agli uomini. Inoltre è noto che questo settore è ad alto rischio di violenza (International Transport Workers' Federation, 2000, 2002).

Il lavoro nelle PMI

Come avviene nel settore agricolo, il numero delle donne che svolgono funzioni di supporto a favore dei mariti o compagni a capo di PMI o sono lavoratori autonomi è maggiore, ma esse non appaiono apertamente né sono riconosciute come lavoratori. Queste lavoratrici pertanto sono escluse dalla tutela della salute e della sicurezza.

Riquadro 52: Esempi di progetti elaborati da PMI transnazionali e nazionali europee per migliorare la salute e la sicurezza

Un importante elemento di questi progetti è rappresentato dall'approccio collaborativo adottato per il loro sviluppo e per l'attiva divulgazione dei dati ottenuti, ad esempio mediante la distribuzione mirata di risorse gratuite e attraverso organizzazioni di settore:

- Collaborazione transnazionale nel settore alberghiero e del catering: creazione di reti e partenariati commerciali.
- Prevenzione delle patologie trasmesse per via ematica: CD-ROM, siti web e opuscoli.
- Formazione in materia di salute e sicurezza per le coniugi e le compagne dei titolari di aziende del settore edile.
- Volontariato: salute e sicurezza nelle organizzazioni benefiche: pacchetti informativi e manuali.

Fonti: Agenzia europea (2003a, 2003b).

Esempi di programmi Ue a livello di settore per le PMI rivolti agli ambienti di lavoro a prevalente occupazione femminile

- Per il settore della lavatura a secco: sistema di autocontrollo, supporto tecnico e promozione dello scambio di informazioni, accompagnato da ispezioni e da un sistema di riconoscimenti (federazione di settore, in collaborazione con un'organizzazione di SSL - Germania).

Fonte: Agenzia europea (2003c).

Un'indagine condotta in Francia ha riscontrato che persino nelle piccole imprese del settore edile il ruolo svolto dalle coniugi o dalle compagne può essere importante: un'associazione professionale per la prevenzione degli infortuni nel settore edile ha avviato, assieme alla federazione dei costruttori edili ed all'associazione femminile del settore

- Prevenzione delle patologie muscoloscheletriche negli asili nido (in corso di elaborazione).
- Valutazione e prevenzione dei rischi nelle imprese di pulizia (in corso di elaborazione).
- Campagne nei settori tessili e dell'abbigliamento (in corso di elaborazione).
- Prevenzione dello stress nel campo della terapia psichiatrica e della riabilitazione dei lavoratori (in corso di elaborazione).
- Gestione dello stress nel settore alberghiero, della ristorazione e dei bar (in corso di elaborazione).
- Gestione della sicurezza nell'industria del turismo (in corso di elaborazione).
- Accordo di partenariato commerciale tra aziende private e agenzie di lavoro interinale (in corso di elaborazione).
- Elaborazione di migliori pratiche nei settori della panificazione, della pasticceria e dolciario (in corso di elaborazione).
- Per il settore al dettaglio: uno strumento per l'individuazione dei rischi e l'attuazione di soluzioni pratiche (istituto nazionale olandese per la sicurezza e la salute sul lavoro).
- Per l'industria della ceramica: piano d'intervento nazionale per la prevenzione dei rischi mediante l'integrazione della prevenzione dei rischi sul lavoro nella gestione quotidiana. Il piano sarà esteso alla ricerca, all'informazione ed alla formazione (istituto nazionale per la sicurezza e la salute sul lavoro, in collaborazione con le parti sociali, Portogallo).

edile, una serie di iniziative per la formazione di coniugi e compagne coinvolte nella gestione di alcune micro imprese edili, al fine di consentire loro di riconoscere i rischi e attuare misure di prevenzione. Molte donne, che eseguono personalmente alcune mansioni, possono avere un ruolo molto importante nella gestione di queste imprese, attuando una politica aziendale di prevenzione (Agenzia europea, 2003a).

I Paesi membri hanno adottato programmi di sensibilizzazione volti a fornire assistenza pratica e risorse alle PMI, aiutandole a gestire gli aspetti connessi alla prevenzione dei rischi in materia di salute e sicurezza (cfr. Agenzia europea, 2003c). Iniziative congiunte avviate da organizzazioni per la sicurezza sul lavoro, parti sociali e organizzazioni non governative (ONG) hanno messo in atto una serie di progetti incentrati sulla sicurezza e sulla salute sul lavoro nelle PMI (cfr. Agenzia europea, 2003a, 2003b). Sebbene vi siano esempi di iniziative riguardanti settori di lavoro a prevalente occupazione femminile, sarà fondamentale fare in modo che le risorse disponibili vengano destinate alla prevenzione dei rischi a carico di tutti i lavoratori e di tutte le lavoratrici.

La stesura di piani o sistemi attuati a livello regionale dai rappresentanti o consulenti per la sicurezza dei lavoratori, dotati del diritto di consultazione e di rappresentanza in una serie di piccole imprese, potrebbe risultare particolarmente utile alle donne prive di rappresentanza che vi svolgono le loro mansioni. Alcuni Paesi membri, nei quali non è prevista l'attività a livello regionale dei rappresentanti sindacali sulla sicurezza, hanno avuto successo nell'introdurre di questo approccio anche nei settori dell'accoglienza e del volontariato, che per le donne rappresentano importanti fonti di occupazione (cfr. York Consulting, 2003).

Sicurezza e salute sul lavoro delle prostitute

Per molte donne della Ue il sesso è un lavoro, tuttavia le iniziative miranti alla salute e alla sicurezza sul lavoro spesso trascurano questa categoria, forse perché la loro attività è sovente illegale e

rimane escluso dalla legislazione in materia di sicurezza e salute sul lavoro o da altri aspetti delle leggi sull'occupazione. Sia la ricerca che gli interventi riguardanti questa categoria spesso hanno privilegiato aspetti come la salute sessuale, e, più di recente, gli atti violenti subiti durante il lavoro, a scapito di altre problematiche come la salute generale del corpo e la salute mentale. Tra i pericoli che le prostitute devono affrontare citiamo i rischi per la salute sessuale, comprese le malattie sessualmente trasmesse e la conseguente mortalità, l'infertilità e i problemi ginecologici, nonché i problemi legati a violenza, salute mentale e abuso di droga e alcol, con in più le aggravanti dello stigma sociale e della sensazione di impotenza (Plumridge, 1999).

Plumridge sottolinea inoltre che la salute professionale delle prostitute è influenzata dalle legislazioni, dalle usanze e dai contesti locali (come illustrato nell'esempio olandese, riportato nel riquadro 53), e che il fattore che in assoluto più influenza la salute è il grado di controllo che le lavoratrici riescono ad esercitare sulla propria attività. Le donne che operano al di fuori della legge corrono rischi molto maggiori.

Alcuni enti di salute e sicurezza sul lavoro hanno elaborato degli orientamenti in materia. Ad esempio WorkCover, l'ente di SSL dello Stato australiano del Nuovo Galles del Sud, ha pubblicato alcune linee guida per la salute e sicurezza nelle case chiuse (WorkCover, 2001). Le problematiche riguardanti le prostitute sono state inoltre affrontate in alcuni studi presentati al terzo Congresso internazionale su "Donne, lavoro e salute" (2002) durante il quale sono state raggiunte le seguenti conclusioni: gli enti e le persone coinvolti nell'elaborazione di programmi e politiche in materia di salute e condizioni di lavoro delle prostitute dovrebbero trattare l'intera gamma delle problematiche di sicurezza e salute sul lavoro in questo campo; gli interventi a tutela della salute dovrebbero tenere conto dell'opinione delle lavoratrici di questa categoria e di ciò che esse desiderano ottenere da tali interventi; inoltre è importante

Riquadro 53: prostituzione e legislazione

Nel 2000 i Paesi Bassi hanno legalizzato la prostituzione e le case chiuse. Legalizzando queste attività il governo olandese si propone di tutelare e migliorare la condizione delle prostitute e di impedire alle immigrate illegali di entrare nel giro della prostituzione. I possessori dei cosiddetti "sex club" ora usufruiscono di permessi e licenze ufficiali, che consentono loro di condurre legalmente le loro attività, purché nel costante rispetto della legge, che comprende alcune dettagliate direttive e norme in tema di salute e sicurezza. La distin-

zione operata dalla legge tra prostituzione volontaria e involontaria mira a fornire alle autorità i mezzi per regolamentare l'industria del sesso, abolire il moderno commercio delle "schiave del sesso" e l'abuso sessuale dei minori, nonché contrastare gli effetti collaterali e criminali della prostituzione, come il riciclaggio di denaro e il traffico di droga. Tuttavia i permessi di lavoro sono concessi unicamente alle donne provenienti dalla Ue, in quanto la legge che disciplina l'ingresso di lavoratori extracomunitari nel paese non riconosce la prostituzione (Schippers, 2002).

che gli interventi abbiano luogo in un contesto privo di giudizi morali o culturali. Per finire, vale la pena di notare che probabilmente i dati concernenti il fenomeno della prostituzione maschile sono ancora più scarsi.

La salute e il lavoro delle donne meno giovani

Aspetti fondamentali

- I lavoratori meno giovani non costituiscono un gruppo omogeneo ed al loro interno ancora sussistono alcune differenze di genere.
- Le pubblicazioni che trattano specificamente il tema della salute sul lavoro delle donne non più giovani (intese come categoria) non sono numerose.
- Le politiche concernenti l'invecchiamento della forza lavoro dovrebbero tenere conto dell'aspetto relativo al genere.

Quando si parla di cambiamenti demografici si intende che l'età media della forza lavoro è in aumento. Di conseguenza le donne non più giovani, ossia di età superiore ai 45 anni, attualmente occupano un posto importante nel mercato del lavoro. Sia per i datori di lavoro che per l'economia nel suo complesso, nonché per il benessere delle stesse donne, è importante che il lavoro non eserciti un effetto negativo sulla loro salute. Oggi è unanimemente riconosciuta la necessità di dedi-

care attenzione alla salute e alla sicurezza delle lavoratrici meno giovani intese come categoria, mentre la problematica dell'invecchiamento dei lavoratori figura tra le priorità strategiche della Comunità europea in tema di salute e sicurezza sul lavoro nel quadriennio 2002–2006. Tale strategia tra l'altro si pone come obiettivo di fare in modo che "le misure di prevenzione tengano conto del fattore dell'età e si rivolgano in modo particolare ai lavoratori giovani e a quelli anziani". Inoltre è stato appurato che il pensionamento anticipato è più comune nelle aziende caratterizzate da carenze qualitative dell'ambiente di lavoro (Forss et al., 2001; Hakola, 2002). In linea generale, è necessario attuare provvedimenti di riorganizzazione dell'ambiente di lavoro, al fine di impedire il logorio prematuro delle forze e consentire ai lavoratori di continuare più a lungo le loro attività (Fondazione europea, 2002a).

Sebbene attualmente un'attenzione molto maggiore venga rivolta al fenomeno, sia dalla letteratura scientifica che in termini di interventi sulle problematiche concernenti i lavoratori meno giovani in generale (cfr. Fondazione europea, 2002a, 2002b), vi è una particolare scarsità di pubblicazioni incentrate sulla salute delle donne non più giovani (intese come categoria) negli ambienti di lavoro. Una fonte di informazioni è rappresentata dall'analisi delle pubblicazioni in materia, eseguita da Doyal (2002). Tra le problematiche della

salute delle lavoratrici meno giovani (da 45 a 64 anni) messe in rilievo nello studio figurano: la disomogeneità dei lavoratori meno giovani e la permanenza di differenze di genere al loro interno; gli aspetti legati alla menopausa; la segregazione delle mansioni che vede le donne meno giovani, che probabilmente hanno beneficiato in misura minore delle strategie di pari opportunità attuate negli ultimi anni, sempre più relegate nelle tradizionali occupazioni femminili, caratterizzate da minori gratificazioni e scarsa considerazione sociale; il fatto che avanzando nell'età molte donne abbandonano il lavoro part-time per cercarne uno a tempo pieno; l'aumento dell'esposizione ai rischi causati dal lavoro, in misura proporzionale alla maggiore lunghezza del tempo trascorso lavorando; la preminenza dei disturbi muscoloscheletrici e dello stress tra i sintomi denunciati dalla categoria; e infine il carico di lavoro domestico (nelle coppie più anziane la suddivisione delle responsabilità domestiche può essere ancora più ineguale che nelle coppie giovani), che sovente assegna a queste lavoratrici un ruolo preminente nell'assistenza a parenti anziani.

Lo studio effettuato da Doyal (op. cit.) comprende una serie di raccomandazioni dirette alle parti in causa (datori di lavoro, organizzazioni sindacali, ricercatori e governi) interessate alla problematica della salute delle lavoratrici meno giovani. Tali proposte privilegiano un approccio che tiene conto dell'età e del genere, affrontando il problema della discriminazione indotta da questi due fattori. Le raccomandazioni sulla sicurezza e sulla salute sul lavoro propongono che le misure di valutazione e gestione dei rischi tengano conto delle problematiche dell'età e del genere, di consultare le lavoratrici meno giovani e di fornire alle donne con responsabilità di assistenza adeguati servizi e sostegno sul piano della salute professionale. Le raccomandazioni per i ricercatori consigliano di concedere la debita attenzione all'età e al genere nella programmazione degli studi, coinvolgendo le lavoratrici nelle fasi di elaborazione e attuazione. Tra le raccomandazioni sulla sicurezza e la salute sul lavoro rivolte ai governi figurano: la

raccolta di maggiori dati correlati ad età e genere; la promozione di servizi di supporto a favore delle lavoratrici sulle quali grava la responsabilità dell'assistenza di familiari; l'elaborazione di un approccio alla sicurezza e alla salute sul lavoro più attento agli aspetti dell'età e del genere; ed alla Commissione europea, in particolare, gli autori rivolgono la raccomandazione di tenere conto, al momento di elaborare politiche e programmi in materia di sicurezza e salute sul lavoro, delle esigenze delle lavoratrici meno giovani. Tra le raccomandazioni in tema di SSL che l'autore rivolge alle organizzazioni sindacali, infine, figurano le campagne di sensibilizzazione, le trattative con le con-

Riquadro 54: attività di supporto a favore delle donne su cui grava la responsabilità dell'assistenza di parenti anziani

Le lavoratrici meno giovani sovente devono prendersi cura di parenti anziani. In Germania le lavoratrici su cui grava questa responsabilità denunciano livelli elevati di stress a seguito dei quali molto spesso sono costrette ad abbandonare temporaneamente il lavoro o a non recarsi affatto; inoltre esse devono sopportare difficoltà finanziarie (ad esempio le trattenute per le ore di lavoro non effettuate) e sovente mancano alle riunioni aziendali, perdono le opportunità di formazione professionale e le promozioni. La conseguenza negativa più pesante per i datori di lavoro è costituita dalla perdita di dipendenti qualificati, diligenti ed esperti.

Siemens è un'azienda tedesca che ha attuato una politica a favore dei dipendenti con responsabilità di assistenza nei confronti di familiari. I provvedimenti comprendono la flessibilità dell'orario e del luogo di lavoro oltre a varie forme di congedo, servizi di informazione e consulenza su argomenti di interesse del dipendente, nonché consulenze e suggerimenti sui provvedimenti adottati dall'azienda nell'ambito della politica sociale in tema di lavoro.

Fonte: Naegele (1999).

troparti, la formazione dei rappresentanti dei lavoratori e il coin-volgimento delle lavoratrici non più giovani.

Le lavoratrici immigrate

Molti lavoratori, comprese le donne, emigrano per trovare lavoro o un lavoro migliore, oppure perché sono diventati dei profughi. I lavoratori possono emigrare da un paese all'altro della Ue, oppure provenire da paesi extracomunitari. Kane (1999b) riferisce che le donne emigrate da vari paesi extracomunitari sono presenti, in "misura proporzionalmente molto elevata, in fabbriche caratterizzate da bassi salari e scarso tasso di sindacalizzazione, dove esse sono soggette a carenti condizioni di illuminazione, ventilazione e sicurezza. Inoltre, il lavoro non regolarizzato prevalentemente svolto da queste lavoratrici, come la vendita di oggetti per le strade o la distribuzione di volantini, le espone a eritemi solari e melanomi; le condizioni di lavoro di queste donne raramente vengono studiate. Le donne emigrate sono presenti in proporzione molto elevata nel lavoro a domicilio e sono pagate, per di più miseramente, a cottimo; sovente gli orari di lavoro sono lunghissimi e la stanchezza accresce il rischio di lesioni accidentali causate, ad esempio, da macchine da cucire." Queste donne possono essere spinte nel giro della prostituzione ed inoltre le barriere linguistiche possono impedire alle emigrate di comprendere le informazioni e i tentativi di impartire loro una formazione nel campo della salute e della sicurezza sul lavoro e di presentare le loro rimostranze, oltre a rendere difficile il soccorso da parte delle strutture sanitarie. L'invisibilità dei dati sulle donne immigrate non consente di ottenere facilmente maggiori informazioni sulla loro condizione (Nazioni Unite, 1995).

Rapporto tra pericoli professionali e genere a livello mondiale

Lo studio riguarda principalmente il rapporto tra condizioni di lavoro e genere all'interno della Ue e nei paesi candidati. Tuttavia il crescente fenome-

no della globalizzazione rende sempre più opportuno rivolgere lo sguardo anche alla situazione di altre parti del mondo, compresi i paesi in via di sviluppo. Sarà quindi utile, oltre che effettuare un raffronto tra l'Europa e la situazione di questi paesi sotto l'aspetto del genere e delle condizioni di lavoro, anche verificare quali strategie siano state adottate sul piano della prevenzione. A livello internazionale, l'OIL e altri enti hanno attuato delle iniziative per analizzare le problematiche connesse al genere in relazione ai rischi sul lavoro. Molte delle conclusioni corrispondono alla situazione in Europa, già descritta nel presente studio. Altri dati sono disponibili nell'Appendice 8.

Lavori diversi, esposizioni diverse: le implicazioni della segregazione del genere

Come già illustrato in questo capitolo, la diversità dei lavori, delle mansioni e del numero di ore lavorate comporta una diversa esposizione ai pericoli e una serie di conseguenze per la salute. Molte differenze nelle condizioni di lavoro evidenziano un rapporto più stretto con il settore di attività e con la posizione occupata nella gerarchia lavorativa che con il genere in quanto tale (Fagan e Burchell, 2002). Nelle loro analisi dei dati, condotte nell'ambito dell'indagine europea sulle condizioni di lavoro, Fagan e Burchell hanno riscontrato che complessivamente le differenze di genere erano ancora presenti anche quando i raffronti erano effettuati all'interno di gruppi omogenei per status professionale e che, in alcuni casi, la differenza diventava più accentuata quando si calcolava una media unificando i dati di tutti i settori di lavoro, sia impiegatizi che operai. L'esame di alcune condizioni di lavoro ha rivelato l'esistenza di un'interazione tra genere e status professionale, nella quale la dinamica dei generi all'interno di un determinato gruppo contraddiceva i dati del raffronto complessivo comprendente tutti i lavoratori. Gli esempi citati dagli autori indicano che per quanto riguarda le condizioni ergonomiche la differenza di genere era contenuta, ma che tra i professionisti non solo le donne erano più esposte

ai rischi ergonomici, ma anche la minoranza di donne impiegata in lavori artigianali era più esposta ai rischi ergonomici rispetto agli uomini occupati nello stesso settore. I ricercatori hanno parimenti rilevato che le mansioni ripetitive erano prevalenti tra gli operai e che, all'interno di questa categoria, erano ancora più diffuse tra le donne. Per quanto riguarda i rischi di natura materiale e fisica, gli studiosi hanno riscontrato una maggiore esposizione tra gli uomini (operai e impiegati) rispetto alle donne. Le differenze di genere diventavano più marcate nei lavori manuali. Nel complesso, tuttavia, l'esposizione era più elevata tra gli uomini addetti ai lavori manuali, seguiti dalle donne addette ai lavori manuali.

La presenza della segregazione verticale e delle mansioni indica che non si può dare per scontato che le donne e gli uomini occupati nello stesso settore, o persino nello stesso lavoro, eseguano le stesse mansioni, ossia che siano esposti agli stessi rischi. Tale considerazione esercita qualche conseguenza sulla ricerca e sull'analisi delle statistiche, suddivise per genere, concernenti gli infortuni e i disturbi di salute, nonché sulle valutazioni del rischio e sugli interventi correttivi.

Messing e Stellman (1999) suggeriscono che la suddivisione del lavoro per genere incida negativamente sulla salute delle donne in almeno sei modi:

- I lavori svolti dalle donne hanno particolari caratteristiche (ripetitività, monotonia, sforzi statici, responsabilità multiple e simultanee), che nel tempo possono indurre alterazioni dello stato di salute fisico e mentale.

- Le dimensioni degli spazi, le attrezzature e gli orari concepiti per le corporature e gli stili di vita degli uomini potrebbero risultare difficoltosi per le donne.
- La segregazione professionale può dar luogo a rischi per la salute di donne e uomini, determinando una frammentazione delle mansioni ed il conseguente aumento della ripetitività e della monotonia.
- L'attribuzione delle mansioni basata sul genere può essere presentata come un fattore positivo per la tutela di ambedue i generi, ma in realtà distoglie l'attenzione dall'attuazione di pratiche più efficaci per la tutela della salute sul lavoro.
- La discriminazione è in sé e per sé un fattore di stress, che può incidere negativamente sulla salute mentale.
- I lavoratori part-time sono esclusi da molte misure di tutela della salute, come i congedi per malattia e per maternità di sufficiente durata.

Fagan e Burchell hanno compendiato la relazione tra genere, status professionale e condizioni di lavoro evidenziata dai dati della terza indagine europea sulle condizioni di lavoro (cfr. Appendice 9). Inoltre Stellman e Lucas (2000) hanno sintetizzato alcuni tra i principali pericoli di natura fisica, chimica, biologica e psicosociale che le donne possono incontrare nelle numerose attività a prevalente occupazione femminile (cfr. riquadro 55).

Riquadro 55: esempi di rischi insiti nei settori di lavoro a prevalenza femminile (da Stellman e Lucas, 2000)

Settore di lavoro	Rischi biologici	Rischi fisici	Rischi chimici	Stress
Maternità e assistenza all'infanzia	Malattie infettive (particolarmente delle vie respiratorie)	Lesioni causate dal sollevamento e dal trasporto di oggetti	Detergenti usati nei lavori domestici	Stress causato dalle mansioni di assistenza; burnout
Settore idrico, igiene e pulizia	Malattie infettive (particolarmente quelle trasmesse dall'acqua)	Lesioni causate dal sollevamento e dal trasporto di oggetti	Detergenti usati nei lavori domestici	
Sanità	Malattie infettive (particolarmente quelle trasmesse per via aerea ed ematica)	Lesioni causate dal sollevamento e dal trasporto di oggetti; radiazioni ionizzanti	Detergenti, sterilizzanti e disinfettanti; sostanze di laboratorio e farmaci	Stress causato dalle mansioni di assistenza; burnout
Produzione alimentare	Malattie infettive (particolarmente quelle trasmesse da animali e quelle causate da muffe, spore e altre polveri organiche)	Movimenti ripetitivi (ad esempio nei mattatoi e nel confezionamento della carne); ferite da coltello; temperature gelide; rumore; microonde	Residui di pesticidi; agenti sterilizzanti; sostanze aromatizzanti e additivi	Stress causato da lavori ripetitivi in catene di montaggio
Trasformazione alimentare, catering e servizi	Malattie infettive (contatto con il pubblico); dermatiti	Lesioni causate dal sollevamento e trasporto di oggetti; mani bagnate; scivoloni e inciampate; microonde e calore	Fumo passivo	Stress causato dal contatto con il pubblico; molestie sessuali
Tessile e abbigliamento	Polveri organiche	Rumore; movimenti ripetitivi	Formaldeide delle presse; tinte; polvere	Stress causato dal lavoro in catene di montaggio
Combustibili e abitazioni		Lesioni causate dal sollevamento e dal trasporto di oggetti; esposizione alle intemperie; tagli e contusioni riportate nella raccolta e nel trasporto di materiali	Idrocarburi policiclici aromatici prodotti dall'incompleta combustione dei combustibili	Stress causato dal lavoro pesante
Commercio e distribuzione		Movimenti ripetitivi, astenopia, ecc., causati dall'uso di video-terminali	Scarsa qualità dell'aria negli ambienti interni	Stress causato dal contatto con il pubblico
Istruzione	Malattie infettive (particolarmente delle vie respiratorie; morbillo)	Violenza; lunghi periodi trascorsi in piedi; disturbi alla voce	Scarsa qualità dell'aria negli ambienti interni	Stress causato dalle mansioni di; burnout
Servizi personali diversi dall'assistenza all'infanzia o sanitaria. Dall'acconciatura dei capelli alla prostituzione	Malattie infettive (ad es. infezioni cutanee, AIDS e altre malattie sessualmente trasmesse)	Periodi trascorsi in piedi; sollevamento e trasporto di oggetti; violenza	Detergenti chimici; prodotti chimici per l'acconciatura dei capelli	Stress causato dalle mansioni di assistenza; burnout
Comunicazioni		Violenza (giornalismo); movimenti ripetitivi (inserimento dati); mantenimento di posizioni sedute o in piedi per periodi di tempo eccessivi	Scarsa qualità dell'aria negli ambienti interni	Monitoraggio elettronico delle prestazioni; paura del licenziamento o della disoccupazione
Industria leggera		Movimenti ripetitivi (ad es. catena di montaggio); stare in piedi	Sostanze chimiche contenute nei prodotti microelettronici	Stress causato da lavori ripetitivi in catene di montaggio

Riquadro 56: resoconto fotografico delle condizioni di lavoro delle donne

Le donne rappresentano oltre il 33% della popolazione attiva italiana. L'INAIL (Istituto nazionale di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro) ha indetto, in collaborazione con l'ANMIL, un concorso fotografico che si proponeva di illustrare la vita delle donne. Dalle fotografie presentate dai concorrenti è stato ricavato un volume intitolato "Donne al lavoro". Le

immagini saranno inserite come illustrazioni in pubblicazioni scientifiche, documenti sui diritti legali e linee guida, conferenze, mostre e corsi di formazione. Il concorso è stato bandito in coincidenza con il Giorno internazionale della donna. Le fotografie ritraggono donne impegnate nei ruoli più tradizionali, ma anche mentre svolgono altri lavori come pilote di aerei, scultrici, benzinaie, soldatrici, restauratrici, lavori nel settore della pesca e dell'edilizia.

Fonte: INAIL (2002).

Assenze per malattia

Aspetti fondamentali

- Le donne fanno registrare più assenze per malattia rispetto agli uomini e una quantità di assenze per malattie non correlate al lavoro leggermente maggiore di quella degli uomini;
- Nel sondaggio sulla forza lavoro europea, le donne più giovani hanno riferito di fruire di congedi per malattie non correlate al lavoro in misura maggiore degli uomini più giovani. Ciò potrebbe essere dovuto alla necessità di richiedere congedi per prendersi cura dei figli ammalati, in quanto la tendenza si riduce nelle lavoratrici meno giovani. Altri studi non hanno stabilito una correlazione tra la condizione di madre lavoratrice e il tasso di assenze per malattia;
- Alcune assenze per malattie effettivamente correlate al lavoro, come le infezioni non gravi frequenti nel personale addetto alle cure dell'infanzia, non sono considerate malattie del lavoro;
- Sembra che il contesto giuridico e delle politiche sociali delle varie nazioni influisca notevolmente sui dati relativi ai congedi per malattia e all'invalidità al lavoro. Ad esempio, alcuni Stati membri consentono ai genitori di assentarsi per prendersi cura dei figli ammalati.

I soli dati disponibili a tutt'oggi in ambito europeo per finalità di raffronto sono quelli riferiti dagli stessi interessati. È possibile che i dati autovalutativi (self-report) diano luogo a una sottovalutazione dell'entità reale dell'assenteismo, in quanto un soggetto può non ricordare tutti i giorni di congedo fruiti in un certo periodo, ad esempio nell'arco di un anno. Anche la possibilità di giudicare se un congedo per malattia è correlato o meno al lavoro può risentire del grado di consapevolezza del referente rispetto alle cause di determinati problemi di salute, ecc. Tuttavia, in generale, si rileva che le assenze per malattia riferite dagli interessati sono correlate alle informazioni sulle assenze per malattia per le quali si dispone di una documentazione, per

4.



ASSENTEISMO, DISABILITÀ, INDENNIZZI E RIABILITAZIONE

Nella maggior parte dei paesi europei, i dipendenti hanno diritto a percepire il salario quando si assentano per malattia o a ricevere delle indennità in caso di disabilità. Tuttavia, in molti paesi la patologia deve essere riconosciuta come correlata al lavoro per poter luogo alla percezione del salario o delle indennità. Nel capitolo che segue esamineremo le assenze per malattia, gli accordi in materia di indennizzi per malattie e infortuni di lavoro e la riabilitazione al lavoro. Si osserva che in molti casi i dati provenienti dai vari Stati membri, anche in ambito Ue, non sono direttamente confrontabili, a causa delle differenze nazionali a livello di politiche, infrastrutture e prassi, per cui sono possibili solo confronti di carattere generale.

cui si deve ritenere che siano un valido indicatore delle differenze e dei cambiamenti relativi delle assenze per malattia documentate (cfr. Harrison e Schaffer, 1994; Rees, 1993).

Assenze per malattie correlate al lavoro

Secondo il terzo sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro, il 10% degli uomini e delle donne fruiscono di congedi per malattia a causa di disturbi che attribuiscono al lavoro. Facendo un confronto tra lavoratori a tempo pieno e lavoratori a tempo parziale, si rileva che in ciascun gruppo le donne fanno un maggior numero di assenze dal lavoro per motivi di salute rispetto agli uomini (i lavoratori part-time hanno più probabilità di assentarsi rispetto ai lavoratori full-time). Si è riscontrato un andamento simile delle assenze sia per gli uomini che per le donne (Fagan e Burchell, 2002. Vedi anche Tabella 7 dell'Allegato 6). Le cause di assenza correlate al lavoro sono state esaminate nei capitoli precedenti.

Assenza per cause non correlate al lavoro

Le infezioni non gravi, come i comuni raffreddori, costituiscono un'importante causa di assenza dal lavoro (cfr. Vahtera e altri, 1997). Le ricerche dimostrano tuttavia che un ambiente di lavoro di qualità scadente è una causa di assenteismo altrettanto forte, come, ad esempio, uno stile di vita sedentario caratterizzato da tendenza all'obesità, assenza di attività fisica e abuso di tabacco e alcolici (cfr. Kivimäki e altri, 1997).

Secondo il terzo sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro, le donne riferiscono un'incidenza leggermente maggiore di assenze per malattie non correlate al lavoro rispetto agli uomini (Fagan and Burchell, 2002; vedi anche Tabella 7 dell'Allegato 6); questa differenza appare più marcata effettuando il confronto tra lavoratori a tempo pieno e lavoratori a tempo parziale. Fagan e Burchell ipotizzano che questa differenza potrebbe essere imputata in una certa misura ai disturbi ginecologici, ma credono che essa

esista "...anche perché alcuni problemi di salute correlati al lavoro potrebbero avere un'incidenza particolarmente forte in alcune occupazioni prevalentemente femminili, come nel caso delle (infezioni non gravi) delle infermiere e delle assistenti all'infanzia, senza essere tuttavia riconosciuti come problemi reali dalla tradizionale legislazione in materia di salute e sicurezza".

Alcuni autori hanno suggerito che anche le responsabilità familiari potrebbero spiegare in parte l'aumento di assenteismo femminile, ad esempio, nel caso in cui la vera ragione dell'assenza sia la necessità di badare a un figlio ammalato (cfr. Grönkvist e Lagerlöf, 1999). Tuttavia, sono stati pubblicati studi in cui non sono stati rilevati tassi di assenteismo più elevati presso le madri lavoratrici, a parte il caso delle donne sole con figli (cfr. Mastekaasa, 2000; Gjerdal e Bratberg, 2002). Per contro, è sostenibile che le donne tendano a compensare i congedi per malattia presi per badare ai figli evitando di prenderli quando sono loro ad ammalarsi. Anche il contesto nazionale influisce sui risultati. Si rilevano forti variazioni dei tassi di assenteismo, indipendentemente dall'appartenenza all'uno o all'altro sesso. Le differenze a livello di politiche del lavoro e della sicurezza sociale esercitano anch'esse un forte effetto, tra cui il modo in cui le assenze del dipendente, per malattie proprie e dei suoi figli, vengono trattate dai datori di lavoro, dai supervisor e dai contratti collettivi, nonché dai sistemi legislativi e di assicurazioni sociali. Solo alcuni Stati membri prevedono che i genitori fruiscano di un congedo per prendersi cura dei figli ammalati. L'Allegato 10 contiene una descrizione delle differenze vigenti negli Stati membri sulle disposizioni in materia di assenza e disabilità.

In ogni caso, le responsabilità familiari spiegherebbero solo una parte delle differenze di genere (Akyeampong, 1992), giacché sul fenomeno potrebbero influire altri fattori, come la tendenza delle donne a non fruire di congedi per malattia quando sono impiegate in lavori tem-

poranei o insicuri sotto il profilo delle garanzie (Virtanen e altri, 2001), e l'età (le donne più anziane hanno tempi di convalescenza più lunghi, mentre l'ingresso nella forza lavoro da parte delle più giovani è più recente). Ancora, è più probabile che le donne più anziane lavorino part-time rispetto alle donne giovani.

Sul fenomeno sembrano influire sia il settore lavorativo che il tipo di mansione. Ad esempio, statistiche e sondaggi del Regno Unito indicano che il settore pubblico risente di tassi di assenteismo più elevati di quelli del settore privato, e che questi tassi sono maggiori nelle grandi imprese che non nelle piccole imprese e nei lavori manuali rispetto alle mansioni a carattere non manuale (cfr. Marmot e altri, 1995).

Gli agenti stressanti (stressor) correlati al lavoro, tra cui le mansioni molto impegnative, l'incertezza, l'affaticamento e le turnazioni possono aumentare il rischio di infezioni, come i comuni raffreddori, le influenze e le influenze intestinali (Mohren, 2003). Vari studi hanno riscontrato correlazioni tra fattori quali la mancanza di controllo sul lavoro e una bassa posizione nella scala occupazionale e tassi di assenteismo elevati sia negli uomini che nelle donne (cfr. Niedhammer e altri, 1998; North e altri, 1996).

Sembra che esista un'interazione tra età e genere sotto il profilo delle assenze per malattia. L'analisi dei dati del sondaggio sulla forza lavoro in Europa è resa difficoltosa dal fatto che le domande relative all'assenteismo non sono le stesse nei diversi sondaggi nazionali. In ogni caso, questo studio ha permesso di concludere che, tra i lavoratori dai 20 ai 34 anni, le donne fanno più assenze per malattia rispetto agli uomini in quasi tutti gli Stati membri interessati dal sondaggio. Tra i lavoratori dai 55 ai 64 anni è emersa la tendenza opposta, ossia, sono gli uomini ad assentarsi più delle donne nella maggior parte di paesi. Anche in questo caso le differenze collegate all'età potrebbero essere dovute in parte al fatto che le donne più giova-

ni fruiscono di congedi per malattia per potersi occupare dei figli. Anche in questo caso sono state rilevate forti differenze tra gli Stati membri, e i fattori sesso, età e livello di competenze non bastano a spiegare le differenze dei tassi totali di assenteismo per malattia che si riscontrano nei paesi studiati.

Indennità previste per malattie e lesioni professionali

Aspetti fondamentali

- Il sistema delle indennità copre meglio i rischi che occorrono più di frequente nelle occupazioni con predominanza maschile.
- Esistono riscontri tangibili che indicano una probabilità di indennizzo minore per le donne rispetto agli uomini a fronte di problemi analoghi.

La questione delle differenze di genere in materia di fruibilità degli indennizzi per malattie o lesioni causate dal lavoro esula ampiamente dal presente studio. Le differenze tra gli Stati membri (Gründemann e Van Vuuren, 1997) possono esistere notevoli, in quanto le norme di sicurezza sociale relative alle assenze per malattie e ai benefici previdenziali per i disabili variano da uno Stato all'altro (vedi Allegato 10). Per quanto riguarda gli indennizzi per lesioni da lavoro, emerge con chiarezza un aspetto comune che ha un impatto di genere: si può affermare, in generale, che le lesioni e i danni correlati al lavoro che derivano da rischi e incidenti ricorrenti di riscontro molto più frequente in occupazioni prevalentemente maschili beneficiano di una migliore copertura a livello di indennizzi. Questa dinamica può essere attribuita ad almeno tre motivi: in primo luogo l'attenzione storica dedicata a queste aree di rischio; in secondo luogo, nei casi in cui gli uomini erano i principali (se non i soli) percettori di un reddito da lavoro, l'intento è stato quello di garantire una qualche indennità al lavoratore infortunato e alla sua famiglia; e, in terzo luogo, questo genere di danni fisici è più specifico, rimanda a una causa unica e si collega in modo più evidente alla

mansione svolta: pertanto, la propensione a indennizzarli è stata maggiore (Grönkvist e Lagerlöf, 1999).

Nei casi i cui l'esposizione occupazionale è caratterizzata da una molteplicità di fattori di rischio, come avviene in alcune occupazioni prevalentemente femminili, è molto meno probabile che le malattie che ne derivano siano coperte da accordi di settore in materia di indennità, come è meno probabile che, anche nei casi la copertura sia prevista, tali malattie vengano poi effettivamente indennizzate. In alcuni paesi, i disturbi mentali non rientrano, se non con forti restrizioni, nei motivi legittimi che consentono di godere dei benefici previsti dal sistema di previdenza per i disabili. Analogamente, in alcuni paesi vigono restrizioni riguardo al tipo di disturbi muscolo-scheletrici riconosciuti dai piani previdenziali per i disabili. Questo approccio è in ritardo rispetto alla legislazione preventiva in ambito Ue a copertura dei rischi che derivano da cause multiple. Inoltre, alcuni studi indicano che, a parità di problemi, le donne hanno meno probabilità di essere indennizzate rispetto agli uomini (Lippel, 1993, 1996).

Riabilitazione al lavoro

Aspetti fondamentali

- Si rileva la mancanza di ricerche e informazioni statistiche riguardo al tema del genere e della riabilitazione al lavoro dopo un periodo di malattia.
- Si ritiene che sussistano forti ostacoli alla partecipazione delle donne ai programmi di riabilitazione.

La problematica delle differenze tra uomini e donne a livello di riabilitazione al lavoro è stata oggetto di pochi studi. Alcuni di questi hanno riscontrato che il numero di donne riabilite al lavoro dopo un lungo periodo di malattia è inferiore rispetto agli uomini (Veerman e altri, 2001). Da altre ricerche risulta che i tassi di riabi-

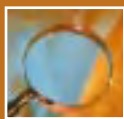
litazione degli uomini e delle donne sono simili nel primo anno di assenza (Houtman e altri, 2002; Giezen, 1998). Per contro, le donne hanno maggiori probabilità di vedersi diagnosticare l'inabilità al lavoro dopo il primo anno di assenza per malattia, mentre è sempre più frequente riscontrare negli uomini un'accelerazione del ritorno al lavoro e l'erogazione di assistenza terapeutica (Houtman e altri, 2002).

Alcuni medici del lavoro hanno condotto uno studio che li ha portati a ritenere che la riabilitazione al lavoro fosse più importante per gli uomini che non per le donne (Vinke e altri, 1999). Gli stessi datori di lavoro appaiono più propensi e disposti ad attivarsi quando si tratta della riabilitazione (almeno parziale) di uomini (Cuelenaere, 1997; Vinke e altri, 1999). Emerge in particolare che alle lavoratrici più anziane viene dedicata meno attenzione sul piano della riabilitazione professionale (Doyal, 2002).

Sebbene sembri che la motivazione a lavorare sia la stessa per gli uomini e per le donne, in genere le donne si aspettano meno dal lavoro all'inizio della carriera e sono più disposte a rinunciare alla carriera per dedicarsi ai figli (Jorna e Offers, 1991; Naber, 1991; van Schie, 1997), e questo può incidere sulla loro motivazione a rientrare al lavoro. Anche altri fattori, tra cui retribuzioni più basse e la mancanza di sostegno in famiglia, possono influire su questa scelta. Un altro studio ha rilevato che le donne che non sono in grado di riprendere l'impiego svolto in precedenza, in seguito a una lesione o a una malattia, vengono orientate verso una serie di nuove mansioni più ridotta rispetto a quella offerta agli uomini (Lippel e Demers, 1996). La Piattaforma europea per la riabilitazione professionale 2002 ha condotto uno studio per esaminare la partecipazione e le esperienze maturate dalle donne nell'ambito della riabilitazione professionale presso i vari centri della Ue negli Stati membri. Lo studio ha evidenziato varie barriere alla partecipazione e ha prodotto una serie di conclusioni e indicazioni, evidenziando, tra l'altro:

- la mancanza di informazioni statistiche nazionali, e in particolare informazioni ripartite per genere;
- la necessità di un numero maggiore di corsi part-time e di orari più flessibili, dato che le donne, e in particolare quelle che hanno responsabilità familiari, trovano difficile partecipare ai corsi full-time;
- la necessità di un numero maggiore di servizi a favore delle famiglie a livello di assistenza all'infanzia e/o di assistenza economica;
- la necessità di fornire una formazione maggiore ai "lavori tipicamente femminili";
- una penalizzazione, rispetto agli uomini, della situazione economica delle donne che necessitano di riabilitazione professionale, demotivandole sul piano della partecipazione;
- la possibilità che le donne non riprendano la formazione per scarsa autostima e la necessità di ottimizzare la consulenza di orientamento alla carriera per le donne; anche le molestie sessuali possono costituire un problema, specie nei centri con strutture di alloggio.

5.



LE PROBLEMATICHE DI GENERE NELLA RICERCA, NELLA LEGISLAZIONE, NEI SERVIZI E NELLE PRASSI

Introduzione

Gli elementi dei sistemi di SSL comprendono la legislazione, l'accesso alle risorse e ai servizi e le politiche sociali; il sistema e la struttura delle relazioni di settore; le priorità della ricerca o della prevenzione; le modalità di svolgimento della ricerca o di raccolta dei dati statistici; la misura in cui le informazioni sono disponibili e le modalità di svolgimento delle attività di prevenzione. Tutti questi elementi influiscono su ciò che sappiamo sui rischi legati alla sicurezza e alla salute sul lavoro e sull'efficacia degli strumenti di prevenzione. Risulta pertanto opportuno analizzarli anche in una prospettiva di genere.

re. Il modello presentato all'inizio di questo studio (Figure 1 e 2) mostra l'influenza di fattori esterni al lavoro sulla prevenzione nei luoghi di lavoro.

Raccolta dati ai fini del monitoraggio delle ricerche e delle statistiche

Aspetti fondamentali

- Esistono delle lacune nelle conoscenze sia sul piano delle statistiche che della ricerca. Le problematiche e le analisi riferite al genere devono essere regolarmente e sistematicamente inserite nel monitoraggio e nella ricerca sulla SSL.
- Quanto più l'analisi rifletterà nei dettagli la ripartizione delle mansioni reali dei lavoratori, migliore sarà l'attività di monitoraggio. I dati dovrebbero essere valutati in base alle ore lavorate.
- È necessario studiare mezzi pratici per migliorare la qualità delle statistiche sulla SSL riferite al genere negli Stati membri e in Europa.
- È necessario implementare le raccomandazioni scaturite dalle analisi di genere relative al terzo sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro, al fine di modificare le modalità del sondaggio stesso.
- Lo squilibrio di genere nella ricerca è un fenomeno che andrebbe affrontato da tutti gli Stati membri, specie col variare del contesto e della situazione di alcuni di essi.
- È necessario adottare approcci di più marcata matrice interdisciplinare nei confronti della ricerca sulle specificità di genere.
- È necessario svolgere maggiori ricerche nel campo degli interventi e della prevenzione nei luoghi di lavoro.
- È necessario sviluppare un dibattito a livello europeo tra ricercatori di paesi diversi in vista dell'adozione di una nuova prospettiva.

L'indagine sulle differenze di genere nella SSL richiede statistiche - differenziate in funzione del sesso - sulle condizioni di lavoro, nonché modelli di monitoraggio adeguati alle complesse situazioni di rischio professionale a cui sono esposti sia gli uomini che le donne.

Nell'introduzione di questo studio sono state rilevate alcune limitazioni degli attuali dati Ue, che non consentono l'elaborazione di un quadro sufficientemente preciso delle differenze di genere sul piano dell'esposizione e delle conseguenze a carico della sicurezza e della salute sul lavoro. Ciononostante, l'analisi fornita dall'ufficio europeo di statistica, Eurostat, sui dati degli infortuni e dei problemi di salute correlati al lavoro in base alle ore lavorate offre un valido contributo (Dupré, 2002). Di rilievo anche l'analisi di genere relativa al terzo sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro, in cui sono raccolte raccomandazioni per migliorare la sensibilità del sondaggio rispetto alle problematiche di genere.

Una delle lacune dei dati statistici forniti dagli Stati membri riguarda il fatto che alcuni Stati non presentano i dati ripartiti per genere, mentre altri non considerano elementi come le conseguenze degli atti di violenza perpetrati dal pubblico.

La qualità delle statistiche sui risultati della SSL in riferimento al genere potrà essere notevolmente migliorata se queste terranno conto del numero di ore lavorate e della suddivisione sia a livello di occupazioni che a livello di settori. Il risultato sarà migliore quanto più precisa sarà la suddivisione riferita alle mansioni reali svolte dai lavoratori.

Messing (1998) ha esaminato le carenze e le discriminazioni di genere presenti nelle indagini condotte in tema di SSL e nella raccolta dei dati. L'autrice conclude che sarebbe opportuno attuare una serie di misure tese a migliorare la qualità dei dati disponibili:

- Raccogliere dati sulla salute delle donne sul lavoro e analizzarli in modo da rendere visibili i problemi per la salute e le loro cause.
- Migliorare il database sulla salute occupazionale femminile (indicazione delle mansioni nei certificati di morte e nelle documentazioni delle pubbliche amministrazioni e degli ospedali).
- Sensibilizzare rispetto all'influenza esercitata dalla segregazione occupazionale sulla raccolta dei dati (ad esempio, consapevolezza del fatto che da mansioni differenti possono derivare problemi di salute differenti).
- Garantire l'utilizzo di strumenti di raccolta dei dati che siano stati convalidati e standardizzati per entrambi i sessi.
- Attuare il passaggio a una metodologia di rilevamento statistico degli incidenti di lavoro basata sulle ore lavorate anziché sui numeri dei singoli lavoratori.
- Fare uso di rilievi complementari alle statistiche sugli incidenti che siano basati sulle ore lavorate anziché sui numeri di singoli lavoratori.
- Fare uso di rilievi complementari alle statistiche sugli incidenti al fine di individuare mansioni rischiose; inserire l'uso di metodi basati sulle ricerche qualitative (focus group).
- Ampliare l'interesse rivolto alla sfera riproduttiva femminile, attualmente concentrato sulla protezione del feto, estendendolo ai problemi della fecondità, della sessualità, della menopausa precoce e dei disturbi mestruali.
- Migliorare l'archiviazione delle assenze per malattia.

Si ravvisa l'opportunità di mettere a punto strumenti pratici in grado di migliorare la qualità delle statistiche (suddivise per genere) sulla SSL prodotte negli Stati membri e in Europa in generale. Sarebbe altresì opportuno che anche i paesi candidati provvedessero a suddividere le loro statistiche per genere (Gonäs, 2002).

Benché non sia possibile esaminare dettagliatamente in questa sede i possibili elementi di discriminazione presenti nella ricerca, quest'ultima spesso evidenzia un approccio neutrale rispetto al genere, giacché il tema delle differenze tra uomini

e donne ha possibilità di essere preso in esame solo quando il lavoro condotto da singoli ricercatori che abbiano a cuore queste problematiche (Rantalaiho e altri, 2002). Laddove gli studi condotti hanno preso in esame tanto le donne quan-

Riquadro 57: Quanta attenzione viene dedicata ai problemi di salute sul lavoro degli uomini e delle donne?

Gli articoli sulle malattie e sui disturbi esaminati in questo studio sono stati estratti dal database

Medline (PubMed) relativo agli anni 1999–2002 e classificati in base alla loro trattazione degli uomini e delle donne. I risultati sono riportati nella tabella che segue:

Malattia/disturbo	Totale	Compare la parola "femmina"	Compare la parola "maschio"	Solo femmina	Solo maschio
Incidenti	62	37	46	1	10
Lesioni e ferite	281	173	189	13	29
Disturbi muscolo-scheletrici	109	79	76	11	8
Neoplasie	498	265	345	41	121
Malattie polmonari	267	141	175	7	41
Asma	66	39	44	1	6
Malattie della pelle	132	88	93	4	9
Disturbi dell'udito	14	9	14	0	5
Mal di testa	2	2	2	0	0
Sick-building syndrome ("Sindrome da edificio malato")	7	6	6	0	0
Forme di sensibilità ai prodotti chimici	5	3	3	0	0
Malattie infettive e virali	343	197	171	50	24
HIV, epatite B, epatite C	154	103	99	19	15
Malattie cardiache	55	27	50	0	23
Disturbi mentali	125	97	94	11	8
Problemi della sfera riproduttiva e sterilità	214	173	95	93	15
Totale	2 334	1 439	1 502	251	314

La ricerca è stata condotta con i termini MeSH del database di argomenti medici Medline, utilizzando come titoli principali i nomi delle malattie collegati al sottotitolo Epidemiology e restringendo la ricerca alle definizioni "umano, sesso femminile e/o maschile". La dimensione occupazionale è stata ricercata attraverso i termini MeSH occupational diseases e occupational exposure, e attraverso i termini di testo worker(s) e employee(s). Non è stato trovato alcun articolo sul comune raffreddore o sugli acufeni. Per quanto riguarda la salute dell'apparato riproduttivo, i titoli principali sono stati accompagnati dai disturbi mestruali, dalle complicazioni della gravidanza e dalla sterilità. Gli articoli che trattano di sieropositività HIV e di epatite B e C interessano una vasta gamma di occupazioni, dalle prostitute ai camionisti, al personale sanitario. Alcuni operatori sanitari interessati da punture d'ago rientrano comunque nel gruppo delle ferite e lesioni. Con "Totale" si intende il numero di articoli pubblicati sull'argomento in oggetto: non è la somma delle righe, in quanto i valori riportati su ciascuna riga rappresentano la cronologia della ricerca.

Gli uomini vengono citati in un maggior numero di articoli rispetto alle donne e sono stati trovati più articoli riferiti ai soli uomini che non alle sole donne. Gli articoli sulle

neoplasie erano in numero prevalente in tutti i gruppi tranne che nel gruppo "Solo femmine", nel quale hanno prevalso i problemi di riproduzione e sterilità.

to gli uomini, spesso quella del sesso è stata una variabile "controllata", per cui non è stato possibile analizzare le differenze di genere. In tal senso, si rilevano due elementi rilevanti di cui tenere conto: l'inserimento nei programmi di ricerca di problematiche pertinenti sia agli uomini che alle donne, e la necessità di raccogliere e analizzare i dati con modalità che tengano conto degli aspetti legati al genere. La mancata attenzione da parte della ricerca nei confronti di una determinata problematica si traduce in una mancata rilevazione dei rischi ad essa inerenti, inducendo a ritenere che tale problematica è priva di rischi, cosicché la stessa continuerà ad essere trascurata tanto dalle attività di prevenzione quanto dalle ricerche future. Il presente studio ha già evidenziato varie aree che necessitano di ulteriori ricerche. Occorre sviluppare approcci alla ricerca che siano più sensibili sotto il profilo del genere e condividere le metodologie esistenti. Secondo Vogel (2002), la ricerca risente anche della compartimentazione delle politiche; ad esempio, si dispone di una notevole quantità di

ricerche sulla segregazione sessuale nel lavoro, ma poche di queste sono dedicate alle condizioni di lavoro (vedi anche Allegato 11). Occorre un approccio di più marcata matrice interdisciplinare. In particolare, è necessario intensificare la ricerca nell'area degli interventi e della prevenzione nei luoghi di lavoro. Nel capitolo dedicato al coinvolgimento delle lavoratrici, viene presentato un metodo di ricerca nel quale i ricercatori intervengono fornendo stimoli alla partecipazione.

Abbiamo verificato che la segregazione occupazionale della donna incide sull'esposizione ai rischi, per cui occorre tener conto di questo dato in fase di impostazione delle ricerche. Posto che uomini e donne sono esposti a rischi diversi o a livelli di rischio diversi, non tenere conto di questo aspetto non consente di trarre conclusioni valide in relazione alle differenze di genere osservate nelle conseguenze sulla salute. Ricercatori come Messing (1998) e Punnett e Herbert (2000) hanno affermato che occorrono più studi

Riquadro 58

Programma di ricerca sulla dimensione di genere del NIOSH

Il NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) statunitense sta conducendo attività specifiche sulle problematiche di genere rispetto alla SSL. Le attività comprendono un programma di ricerca in espansione che dovrà toccare i problemi propri delle donne in tema di salute e sicurezza sul lavoro. Le aree di ricerca comprendono: disturbi muscolo-scheletrici (ad esempio, per la donne occupate nelle telecomunicazioni, nella sanità, nei servizi e nella raccolta dei dati); individuazione dei fattori presenti sul luogo di lavoro che risultano particolarmente logoranti per le donne, e indicazione di potenziali misure di prevenzione; rischi per la riproduzione; violenza sul lavoro; le donne in occupazioni inconsuete (ad esempio nell'edilizia, comprese le attività che richiedono l'uso di attrezzi, macchine e dispositivi di protezione personale); cancro (considerando

anche i possibili collegamenti tra lavoro e cancro cervicale e della mammella); e salute e sicurezza sul lavoro del personale medico e paramedico.

Progetti di ricerca italiani

L'ISPESL sta inserendo nel suo programma di ricerca una serie di progetti mirati alle donne che lavorano. Eccone alcuni esempi:

- Studio di controllo policentrico condotto presso otto maternità nazionali, relativo al rapporto tra rischi occupazionali e gravidanza.
- Studio sul rapporto tra l'esposizione occupazionale al piombo e l'osteoporosi nel periodo successivo alla menopausa.
- Studi epidemiologici sulle lavoratrici del settore tessile e dell'abbigliamento.
- Atteggiamenti relativi alla sicurezza sul lavoro e al livello di benessere psicologico del personale educativo dei servizi d'infanzia (da zero a sei anni) nel Comune di Roma.

Fonte: ISPESL (2002).

relativi a uomini e donne che espletano le stesse mansioni (nella misura del possibile) nei luoghi di lavoro (cfr. anche Messing e altri, 2003).

L'Oil (Organizzazione internazionale del lavoro) ha avanzato suggerimenti perché la ricerca valuti le differenze reali che intercorrono tra i sessi, e una relazione diretta alla GCWH (Global Commission on Women's Health), istituita in seguito a una risoluzione dell'Oms, contiene proposte per il miglioramento della ricerca e della raccolta dei dati (vedi Allegato 8). Inoltre, il NIOSH statunitense ha approntato un programma di ricerca specifico (vedi Riquadro 58).

Mentre i paesi del nord Europa hanno prodotto una maggior quantità di ricerche in materia di genere (Vogel, 2002), le ricerche condotte negli Stati membri dell'Europa meridionale hanno a volte studiato campi differenti e adottato prospettive diverse. Sarebbe utile avviare un dibattito europeo tra ricercatori di paesi diversi al fine di adottare una visione più ampia in relazione ai diversi problemi. Sarebbe altresì utile inserire le esperienze scaturite dalla ricerca nell'area degli studi delle donne. Si ravvisa inoltre l'opportunità di affrontare la questione dello squilibrio tra i sessi nell'ambito della ricerca e si rendono necessarie ricerche sulle problematiche del genere e della sicurezza e salute sul lavoro negli Stati membri che dispongono di minori informazioni, in particolare col variare della situazione e del contesto in alcuni Stati membri.

Informazioni e assistenza per le attività mirate ai luoghi di lavoro

Aspetti fondamentali

- Le attuali conoscenze scientifiche forniscono già informazioni sufficienti sui rischi che le donne corrono sul piano della salute e della sicurezza sul lavoro perché possano essere attuate azioni di prevenzione in forme sensibili alle specificità di genere.

- Anche se permane una carenza di informazioni e supporto sulle problematiche di genere legate alla SSL, alcuni servizi di prevenzione stanno cominciando a integrare la dimensione di genere nelle loro attività.
- Occorrono indirizzi, strumenti di controllo e formazione di carattere ufficiale riguardo alla conduzione della valutazione del rischio in forme sensibili alle specificità di genere.
- Occorrerebbe condividere gli esempi di strumenti e programmi attualmente esistenti.
- Occorre sviluppare maggiore consapevolezza, ad esempio tra i professionisti della SSL.
- Le problematiche di genere dovrebbero essere integrate sistematicamente in tutte le guide ed attività di supporto.
- Le autorità preposte alla SSL, gli ispettorati del lavoro e le parti sociali hanno un ruolo importante.

La sensibilizzazione e la messa a disposizione di informazioni, strumenti pratici e assistenza tecnica rappresentano parti importanti del sostegno alle attività di prevenzione dei rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro implementate nei luoghi di lavoro. È dimostrato che informazioni ed attività mirate a lavori e mansioni specifiche possono produrre risultati particolarmente buoni (European Agency, 2001a, 2001b).

Le fonti di informazioni comprendono: pubblicazioni per i professionisti della SSL; informazioni e attività delle autorità preposte alla SSL, dei sindacati e delle associazioni degli imprenditori; linee guida comuni scaturite dal dialogo sociale.

L'invisibilità della problematica di genere nell'informazione dei periodici

Come già rilevato, una parte consistente della ricerca dedicata alla SSL evidenzia un approccio neutrale rispetto al genere (cfr. Niedhammer e altri, 2000; Messing e altri, 2003). I periodici

dedicati alla SSL costituiscono un'importante fonte di informazione per i professionisti in ordine agli aspetti della prevenzione. Al fine di verificare la misura in cui le problematiche di genere vengono trattata, è stato condotto un esame su pubblicazioni finlandesi e olandesi a diffusione nazionale, i cui risultati sono esposti nei Riquadri 59 e 60.

tà alla dimensione di genere delle riviste per professionisti della SSL potrebbe essere anche minore di quella delle pubblicazioni della ricerca.

Materiale di sensibilizzazione, guide, strumenti pratici e assistenza tecnica

L'analisi dettagliata della disponibilità di informazioni e strumenti di SSL in un'ottica di gene-

Riquadro 59: Alcune caratteristiche dei periodici finlandesi e olandesi specializzati in SSL presi in esame

Titolo in italiano	Titolo nella lingua nazionale	Paese	Periodo	Numero di articoli
Gente e lavoro	Työ ja ihminen	Finlandia	1997-2001	109
Rivista dei medici delle assicurazioni e del lavoro	TBV (Tijdschrift voor bedrijfs-en verzekeringsartsen)	Olanda	2000-01	89
Condizioni di lavoro	Arbeidsomstandigheden	Olanda	2000-01	216

N.B.: si è fatto riferimento soltanto agli abstract in inglese, non agli articoli originali in finlandese.

Gli articoli sono stati classificati in base al modo in cui analizzavano o presentavano il contenuto o i dati: (1) uomini e donne trattati separatamente; (2) sono trattate solo le donne; (3) sono trattati solo gli uomini; o (4) nessuna specificazione di genere

La grande maggioranza degli articoli delle tre riviste non ha considerato il genere. La sensibili-

re esula dalla finalità del presente studio. Poiché, normalmente l'interesse dell'attività di SSL si incentra su incidenti e malattie più frequenti nei lavori prevalentemente maschili, è probabile che siano disponibili maggiori informazioni e supporto in quest'area. Sulla base di un sondaggio, lo European Trade Union Technical Office riferisce che i servizi di preven-

Riquadro 60: Percentuale degli articoli classificati in rapporto all'analisi e alla presentazione del contenuto e dei dati in pubblicazioni dedicate alla SSL (una rivista finlandese e due olandesi)

Categoria	Gente e lavoro	Rivista dei medici ecc.	Condizioni di lavoro
Uomini e donne	11	2,3	0,9
Solo donne	1,8	3,4	0,5
Solo uomini	7,4	0	0
Nessuna specificazione di genere	79,8	94,3	98,6
Totale	100 (n = 109)	100 (n = 89)	100 (n = 216)

zione stanno iniziando a integrare la dimensione di genere nelle loro attività, ma in genere soltanto a livello di "lavori prevalentemente femminili" o in riferimento a problemi ritenuti "di più specifico interesse per le donne". Sono tuttavia emerse notevoli differenze sul piano degli approcci nazionali, ad esempio tra paesi scandinavi e paesi latini (Vogel, 2002. Vedi anche l'Allegato 11). È stata anche messa in rilievo l'importanza del ruolo degli ispettorati del lavoro dei paesi candidati nel favorire il miglioramento delle condizioni di lavoro delle donne (Skiöld, 2002).

Nondimeno, potrebbero essere particolarmente importanti degli sforzi mirati diretti a raggiungere settori di occupazione tipicamente femminili, specie nella misura in cui si tratta di settori difficilmente raggiungibili, come esempio i lavori

nel settore dei servizi: addette alle pulizie, operatrici dei servizi alberghieri e di ristorazione, operatrici dell'assistenza domiciliare agli anziani e telelavoratrici.

Sono stati presentati esempi provenienti dagli Stati membri di materiale informativo e di supporto pratico per i luoghi di lavoro (vedi Riquadro 61). Occorre sviluppare e condividere nuovo materiale finalizzato alla sensibilizzazione, oltre che guide pratiche ed esempi di buona pratica mirati alle occupazioni prevalentemente femminili e ai pericoli ai quali le donne sono particolarmente esposte.

Viene indicata la necessità di attribuire un carattere ufficiale agli orientamenti, agli strumenti di controllo e alla formazione all'espletamento di valutazioni dei rischi in forme che risultino

Riquadro 61

Il dialogo sociale nella Ue favorisce l'elaborazione di orientamenti pratici mirati ai lavori svolti dalle donne

È stata intrapresa un'iniziativa europea per sopperire alla mancanza di informazioni sulla prevenzione dei rischi nel settore delle pulizie, un'area di occupazione prevalentemente femminile caratterizzata da bassi salari e, spesso, da contratti part-time e situazioni di precariato. In un forum europeo di dibattito sociale settoriale, UNI-Europa (una federazione sindacale europea) e EFCI/FENI (Federazione europea delle imprese di pulizie) hanno sviluppato una guida che tratta vari rischi per le occupate del settore e la prevenzione di tali rischi.

Fonte: UNI-Europa e EFC/FENI (2001).

Campagne del Portogallo nei settori tessile e della ceramica

Dopo aver condotto campagne nei settori edile e agricolo, l'istituto nazionale portoghese per la SSL e l'ispettorato del lavoro nazionale

hanno rivolto la loro attenzione ai settori tessile e della ceramica, due aree caratterizzate da forte occupazione femminile. Le risorse per queste campagne comprendono strumenti di prevenzione, formazione e manifestazioni. Il dialogo sociale è fortemente incoraggiato e vengono forniti strumenti per condurre ricerche e indagini. Il coinvolgimento dei sindacati e delle associazioni degli imprenditori è una componente di rilievo nello sviluppo e nell'implementazione delle campagne. Le campagne toccano anche le scuole e i centri di formazione professionale.

Fonte: sito web IDICT; European Agency (2001a); European Agency (2003c).

Attività di sensibilizzazione in Italia

L'istituto italiano che si occupa della salute sul lavoro, l'ISPESL, ha sviluppato un progetto nazionale finanziato dal Ministero della salute per accrescere la consapevolezza dei rischi occupazionali a carico delle donne nell'ambito di vari settori e in relazione a vari rischi.

Fonte: Papaleo (2002).

sensibili alle specificità di genere. L'attenzione alle problematiche di genere dovrebbe essere integrata sistematicamente in tutte le guide e le attività di supporto (vedi il capitolo sull'integrazione del genere e l'adozione di un approccio sensibile alla dimensione di genere). Accanto agli strumenti pratici per i luoghi di lavoro, potranno rendersi necessari strumenti e formazione per gli ispettori del lavoro e i servizi di medicina del lavoro. Uno studio relativo ai punti di vista di medici del lavoro citato nel capitolo sui servizi di medicina del lavoro sottolinea questo punto (Vinke e altri, 1999).

I sindacati sono un'altra fonte di informazione e assistenza, oltre che dei promotori di interventi (TUTB, 2000; Vogel, 2002). Tra le molte guide disponibili figurano le linee guida dei sindacati spagnoli dedicate alla valutazione e alla prevenzione dei rischi nei settori delle telecomunicazioni e dei trasporti (Comisiones Obreras, 2001), nonché una guida del settore pubblico del Regno Unito intesa a sensibilizzare e a fornire assistenza ai preposti alle questioni di sicurezza nei luoghi di lavoro (Unison, 2001). L'Allegato 11 presenta alcuni esempi di interventi attuati in seguito all'azione dei sindacati. Un'altra fonte di informazione e assistenza potrebbe essere rappresentata da linee guida comuni prodotte dai datori di lavoro e dai sindacati, come nell'esempio riportato nel riquadro 61.

Accesso ai servizi di medicina del lavoro e loro funzionamento

Aspetti fondamentali

- Si rileva una carenza di informazioni riguardo all'utilizzo e al funzionamento dei servizi sanitari del lavoro in riferimento al genere.
- Alcuni dati indicano che gli uomini utilizzano maggiormente questi servizi. Altri autori non rilevano differenze.
- Alcuni dati indicano che alcuni medici attribuiscono maggiore importanza ai problemi di salute sul lavoro riportati dagli uomini.

- L'erogazione di servizi legati alla salute sul lavoro dipende strettamente dal contesto nazionale. Essa varia in funzione delle dimensioni della struttura (i lavoratori delle piccole aziende risultano meno coperti) e risente anche dell'influenza della maggiore priorità accordata ai lavori tipicamente maschili e ai rischi che questi comportano.
- Sono necessarie ulteriori ricerche sulle problematiche di genere rispetto all'erogazione e all'utilizzo di servizi di medicina del lavoro.

I servizi di medicina del lavoro favoriscono l'attuazione delle buone pratiche in tema di gestione della salute, dell'ambiente e della sicurezza all'interno delle strutture. Possono fornire servizi di valutazione dei rischi e di prevenzione, attività di vigilanza e monitoraggio sanitario, attività curative e riabilitative. Le possibilità di accesso ai servizi di medicina e sicurezza del lavoro e le priorità nella destinazione delle loro risorse incidono sul riconoscimento e sulla prevenzione dei rischi. Eventuali differenze di genere in termini di accesso alle risorse e di priorità nell'attribuzione delle stesse può influire sulle conseguenze a carico della salute delle donne in misura maggiore rispetto agli uomini.

Secondo un sondaggio condotto da Hämäläinen e altri (2000), l'accesso ai servizi di medicina del lavoro e la loro erogazione variano notevolmente da un paese europeo all'altro. Le legislazioni di alcuni Stati membri stabiliscono che l'erogazione dei servizi di medicina del lavoro compete allo Stato. In alcuni paesi, i servizi vengono erogati da strutture di tipo assicurativo, mentre altri ancora erogano questi servizi attraverso il servizio sanitario nazionale. Le diverse discipline mediche e tecniche sono coinvolte in varie forme. Alcune strutture assumono come dipendenti o collaboratori a contratto medici e infermieri qualificati in SSL e altri specialisti. Tuttavia, avviene spesso che i dipendenti delle piccole aziende non abbiano accesso a servizi di medicina del lavoro, in parte a causa dei costi che questi comportano per le imprese

in cui lavorano (Graham, 2000). È inoltre probabile che l'erogazione dei servizi avvenga in base ai rischi e ai settori ritenuti prioritari e in base alle persone ritenute maggiormente a rischio.

Le informazioni sulle differenze di genere a livello di frequenza, quantità e qualità nell'utilizzo della sanità tradizionale sono assai scarse. Sono stati condotti pochissimi studi sull'accesso ai servizi di medicina del lavoro, nessuno dei quali (tra cui quello di Hämäläinen e altri, 2000) prende in esame il genere. Anche le ricerche sulle opinioni e sugli atteggiamenti nei confronti dei servizi di medicina del lavoro sono sporadiche.

Gli studi indicano che, rispetto agli uomini, le donne hanno più probabilità di rivolgersi al medico generico di famiglia, e che, in linea generale, il consumo di servizi medici è più alto nelle donne (Verbrugge, 1985, 1986). Questo dato può ricollegarsi alle responsabilità familiari delle donne e al fatto che, in media, vivono più degli uomini.

Uno studio longitudinale condotto di recente in Olanda ha dimostrato anche che è più probabile che le donne si rivolgano a un medico generico rispetto agli uomini, mentre è più probabile che gli uomini si rivolgano a uno specialista in medicina del lavoro prima e dopo un periodo di assenza per malattia (Houtman e altri, 2002). Lo studio citato non indica che le donne richiedono più spesso assistenza medica, ma semplicemente che agiscono in modo diverso dagli uomini riguardo alla persona a cui si rivolgono per assistenza medica. A conclusioni diverse giunge un ampio sondaggio condotto in Finlandia nel 2000, nel quale lavoratori e lavoratrici sono stati intervistati sulle stesse questioni senza che emergessero differenze: entrambi i sessi avevano utilizzato ugualmente i servizi, erano ugualmente soddisfatti, ed esprimevano lo stesso apprezzamento per l'imparzialità e la riservatezza dei servizi (Pirainen e altri, 2000).

L'utilizzo di servizi di medicina del lavoro può essere un fenomeno più complesso e può collegarsi al fatto che gli operatori del settore hanno

un atteggiamento diverso nei confronti degli uomini e delle donne che lavorano. Ad esempio, alcuni medici del lavoro che hanno preso parte a un altro studio condotto in Olanda hanno riferito che la riabilitazione al lavoro era meno importante per le donne che non per gli uomini (Vinke e altri, 1999). Sebbene questo studio fosse incentrato sugli intenti piuttosto che sui fatti, non si può affatto escludere che questi intenti abbiano dato luogo a qualche azione di segregazione sessuale, ad esempio da parte di medici del lavoro.

Un altro aspetto poco studiato è la qualità dei rapporti tra pazienti e medici del lavoro. Ad esempio, secondo Eurobarometer (1996), il 36% delle donne europee preferisce rivolgersi a una donna medico. È possibile che la prevalenza maschile

Riquadro 62

Secondo l'EWHNET (European Women's Health Net-work), la sensibilizzazione al genere a livello di servizi di medicina del lavoro è necessaria in quanto la segregazione occupazionale riferita al genere è forte: gli uomini e le donne sono esposti a diversi ambienti di lavoro e a differenti tipi di impegni e sforzi. È importante riconoscere che alcuni problemi di salute toccano unicamente gli uomini o le donne, o hanno implicazioni più gravi per gli uni o le altre, e che possono essere correlati al fattore età. Sarebbe auspicabile dare pari peso alle conoscenze, ai valori e all'esperienza degli uomini e delle donne, in quanto è necessario che entrambi partecipino appieno al processo di valutazione dei rischi e di definizione delle priorità. La promozione del benessere e della soddisfazione sul lavoro riconosce anche l'importanza di un adeguato equilibrio tra vita lavorativa e vita privata per tutti i lavoratori. L'integrazione della dimensione di genere nei servizi di medicina del lavoro pone l'accento sulla visione olistica e sull'importanza delle esposizioni multiple, sia fisiche che psicologiche.

Fonte: EWHNET (2001).

nella professione di medico del lavoro sia più marcata rispetto alla medicina generale.

Occorrono ulteriori ricerche che analizzino le possibilità di accesso ai servizi e la loro qualità in base al genere, e le ragioni alla base di eventuali differenze. In precedenza abbiamo visto come la fruibilità di servizi dipenda almeno dalle differenze di legislazione tra i paesi e dal tipo di struttura, oltre che dall'atteggiamento di chi eroga i servizi stessi.

Consultazione e partecipazione delle donne in tema di sicurezza e salute sul lavoro

Aspetti fondamentali

La consultazione e la partecipazione dei lavoratori, condotte in forme efficienti, rappresentano un fattore determinante per il successo della prevenzione delle malattie e degli infortuni nei luoghi di lavoro. È dimostrato che i luoghi di lavoro in cui sono presenti i sindacati hanno livelli di sicurezza migliori rispetto ai luoghi di lavoro in cui manca questa presenza.

- Le donne hanno meno potere nei luoghi di lavoro perché è più probabile che siano impiegate in mansioni di più basso rango o che non richiedono specializzazione.
- È meno probabile che le donne facciano parte di organizzazioni sindacali; inoltre, la percentuale di donne tra i lavoratori con responsabilità di rappresentanza sindacale è minore rispetto alla percentuale di donne sul totale dei lavoratori iscritti ai sindacati.
- Le donne vengono meno coinvolte nelle questioni di sicurezza e salute sul lavoro e nelle decisioni prese in tale ambito.
- Esistono esempi di metodi d'intervento nel campo della SSL capaci di coinvolgere efficacemente le lavoratrici, e questi esempi dovrebbero essere condivisi.
- Occorre proporre altri modelli perché le donne partecipino efficacemente alle decisio-

ni a tutti i livelli in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Partecipazione delle lavoratrici

Diversi studi condotti dall'AESS hanno evidenziato come un'efficace azione di consultazione e coinvolgimento dei lavoratori sia un fattore essenziale per garantire l'efficacia degli interventi preventivi nei luoghi di lavoro e della gestione dei rischi occupazionali (cfr. European Agency, 2001a, 2002b). Altre ricerche hanno messo in luce l'importanza della presenza femminile in sede di negoziazioni collettive in materia di parità (Dickens, 1998). Pertanto, la partecipazione delle lavoratrici accanto ai lavoratori alle questioni di SSL costituisce anch'essa un fattore cruciale se si vuole che i rischi a cui sono esposti sia gli uomini che le donne siano contrastati efficacemente.

Agli intervistati del terzo sondaggio della Fondazione europea sulle condizioni di lavoro è stato chiesto di esprimersi sulle possibilità che avevano di discutere delle condizioni di lavoro e dei cambiamenti nella struttura presso la quale erano impiegati. L'analisi indica che gli scambi relativi alle condizioni di lavoro e ai cambiamenti nella struttura sono più frequenti tra gli occupati con le qualifiche più alte e con un impiego a tempo indeterminato. I lavoratori non specializzati sono i meno coinvolti in questi scambi, e i lavoratori temporanei interinali sono quelli che hanno in assoluto meno opportunità di discutere delle condizioni di lavoro o dei cambiamenti che riguardano la struttura aziendale. Il sondaggio ha anche cercato di determinare quali persone partecipano agli scambi in oggetto, rilevando che i lavoratori partecipano a scambi che chiamano in causa rappresentanti del personale ed esperti esterni in misura maggiore rispetto alle lavoratrici. Sembra quindi che le donne siano meno coinvolte degli uomini laddove si tratti di discutere tematiche collegate alla SSL e prendere decisioni in merito (Paoli e Merllié, 2001). Uno studio greco sulla partecipazione delle donne alle questioni di sicurezza e salute sul lavoro ha rilevato che, rispetto alle controparti maschili, è più probabile che le lavoratrici assumano un ruolo passivo, che siano meno coinvolte e che manifestino un elevato livello di sfiducia.

cia nei confronti del processo di gestione della SSL (Batra, 2002).

Una forma importante di consultazione e partecipazione nelle questioni di salute e sicurezza su lavoro viene attuata attraverso la rappresentanza sindacale. Vari studi riferiscono che i luoghi di lavoro

sindacalizzati svolgono più attività di gestione della sicurezza e sono più efficienti sotto il profilo della sicurezza (cfr. Reilly e altri, 1995; Steele e altri, 1997). Tuttavia, la percentuale delle lavoratrici iscritte a sindacati è minore di quella dei loro colleghi uomini, e si riduce ulteriormente tra i rappresentanti preposti alla sicurezza e tra i rappresentanti dei lavoratori. Ad esempio, il Trades Union Congress (TUC) conta il 59 % di iscritti uomini e il 41% di iscritte, ma i rappresentanti preposti alla sicurezza nei luoghi di lavoro che hanno risposto a un successivo sondaggio di questo raggruppamento di sindacati erano per il 72% uomini e per il 28% donne (TUC, di prossima pubblicazione). Per una disamina della scarsa rappresentanza delle donne tra gli attivisti sindacali in rapporto al numero di iscritte, si rimanda a Garcia e Lega (1999).

Roskam, riferendo le esperienze scaturite dalla sua partecipazione al programma Safe work (Lavoro in sicurezza) dell'Oil, fa rilevare che le donne sono assenti a qualsiasi livello decisionale (cfr. anche Messing, 1999), dato che la loro possibilità di assumere ruoli di leadership si scontra con ostacoli ben noti e che inoltre, per quanto attiene alla SSL, le donne stesse possono sentirsi scoraggiate rispetto al carattere dell'argomento, avvertito come fortemente tecnico. Ne consegue una carenza di partecipazione femminile nei comitati di sicurezza, un problema che aggrava ulteriormente la mancanza di partecipazione delle donne a soluzioni che incidono sulla loro stessa salute. L'autrice propone che i sindacati siano esortati ad "attivare comitati femminili e a coinvolgere le donne nei comitati di salute e sicurezza..." come soluzione almeno parziale al problema. Troviamo una raccomandazione analoga in un piano d'intervento sulla salute delle donne nella forza lavoro elaborato congiuntamente da ricercatori e sindacati del Quebec, Canada (sito web Cinbioso). Alcuni sindacati hanno prodotto linee guida mirate ai luoghi di lavoro sui modi per incoraggiare e agevolare le donne perché diventino rappresentanti per le questioni riguardanti la sicurezza (cfr. Unison, 2001, e Riquadro 63).

Riquadro 63

I rappresentanti per la sicurezza nei luoghi di lavoro possono svolgere un'attività di sensibilizzazione riguardo alla sicurezza e alla salute delle lavoratrici, e possono approfondire questo tema e metterlo all'ordine del giorno:

- sollevando i problemi per la salute e la sicurezza affrontati dalle donne;
- incoraggiando più donne a divenire rappresentanti in tema di sicurezza;
- organizzando campagne in tema di salute e sicurezza mirate alle donne;
- incoraggiando le donne a seguire corsi di formazione;
- trovando nuovi modi per attuare interventi di sensibilizzazione con riferimento agli interessi delle donne sul piano della salute e sicurezza;
- facendo in modo che negli ambiti che impiegano principalmente donne siano eletti rappresentanti per la sicurezza;
- organizzando riunioni in orari nei quali le lavoratrici part-time e quelle con responsabilità familiari possono partecipare;
- dando informazioni sulle preoccupazioni e gli interessi delle donne in fatto di salute e sicurezza;
- conducendo un sondaggio di facile attuazione per reperire maggiori informazioni sulle preoccupazioni e sugli interessi delle donne in fatto di salute e sicurezza e parlando alle donne durante le ispezioni;
- trovando modi per mantenersi in contatto con le donne che lavorano part-time o in orari che influiscono sui ritmi sociali (ad esempio, le addette alle pulizie).

Fonte: Unison (2001).

La necessità di migliorare la partecipazione femminile è anche una delle raccomandazioni contenute in un documento pubblicato dall'Oil sull'integrazione del genere nel campo della SSL: "Le donne dovrebbero essere meglio rappresentate e maggiormente coinvolte nel processo decisionale relativo alla tutela della loro salute. I punti di vista delle donne in quanto utenti, somministratrici di cure e lavoratrici, e le loro esperienze, conoscenze e competenze dovrebbero essere accolti nella formulazione e nell'implementazione di strategie di promozione della salute. Esse dovrebbero partecipare maggiormente al miglioramento delle proprie condizioni di lavoro, in particolare attraverso lo sviluppo di programmi, l'erogazione dei servizi di medicina del lavoro, l'accesso a maggiori e migliori informazioni, la formazione e l'educazione sanitaria. Occorre intensificare il supporto dato alle donne che lavorano a livello nazionale e di impresa, affinché possano organizzarsi e partecipare al miglioramento delle proprie condizioni di lavoro" (Forastieri, 2000).

Un approccio alla prevenzione improntato alla gradualità e alla partecipazione

A livello di prevenzione, si è rivelato utile un approccio improntato alla gradualità e alla partecipazione, anche in rapporto alla prevenzione dello stress e dei disturbi muscolo-scheletrici (cfr. Kompier e Cooper, 1999; Kompier e altri, 1996; Landsbergis e altri, 1999). Di seguito si riporta un tipico esempio di questo tipo di approccio, sviluppato da Kompier e Cooper (1999):

1. Preparazione: qual è il problema? Si dispone di tutte le informazioni necessarie per affrontare il problema oppure occorre raccoglierne altre? Quali persone hanno un ruolo nell'azione preventiva e qual è il loro atteggiamento rispetto alla prevenzione? L'azione deve essere sostenuta sia dalla dirigenza che dai dipendenti, specie per quanto riguarda l'implementazione di misure all'interno della struttura.
2. Analisi del problema: nelle situazioni complesse, si rende necessaria l'acquisizione di nuove informazioni. Vengono usati differenti strumenti (e, spesso, combinazioni di strumenti differenti) per raccogliere tutte le informazioni rilevanti. Nelle strutture organizzate, è particolarmente importante l'identificazione dei gruppi a rischio.
3. Scelta delle misure: si può decidere in merito ad azioni rivolte alle persone e ad azioni rivolte al lavoro, a seconda dei gruppi. Ad esempio, riguardo alla prevenzione dei disturbi muscolo-scheletrici, le misure rivolte al lavoro comprendevano la modifica dei processi di lavoro, cambiamenti relativi alle politiche sui tempi di lavoro e di riposo, assistenza sociale e interventi a carattere tecnologico ed ergonomico. Le più importanti azioni rivolte alle persone riguardano la formazione dei dipendenti e dei dirigenti oppure l'applicazione di misure personali, come l'erogazione di addestramento intensivo da parte di un esperto. È importante comprendere che alcuni benefici si concretizzeranno a breve termine, e altri a lungo termine.
4. Implementazione: le misure devono essere tradotte in pratica. Per quanto ciò possa sembrare ovvio, questo passaggio si rivela spesso il più difficile, ed esistono studi di casi che dimostrano che è proprio a questo punto che il rischio di insuccesso è più elevato.
5. Valutazione: si tratta del passaggio finale, ed è quello che orienterà l'azione in futuro. È importante valutare sia il processo (Tutto è andato secondo il piano? Dove non ha funzionato?, ecc.) che il risultato (ad esempio, in termini di riduzione di giornate perse, di tassi di assenteismo, ecc.).

Riquadro 64

Un ospedale olandese intendeva ridurre il tasso di assenze per malattia. L'ospedale desiderava anche diventare più competitivo e attirare più personale. Su iniziativa della dirigenza, venne costituito un comitato permanente, al quale i dipendenti di varie fasce e reparti vennero invitati a partecipare. L'azione migliorò il grado di impegno e democrazia e garantì un flusso di informazioni ottimale. Inoltre venne ingaggiato un consulente esterno per offrire consigli e mantenere vivo il processo. Si riscontrarono

miglioramenti a livello di condizioni di lavoro, di cura dei pazienti e di ambiente psicologico e sociale. Il tasso di assenteismo scese dall'8,9% al 5,8%. Tuttavia, si rivelò difficile mantenere l'impegno dei quadri intermedi. I membri del comitato cambiavano continuamente, le competenze del comitato non erano ben definite e si dimostrò difficile mantenere i dipendenti coinvolti in un progetto di quattro anni e valutare in modo obiettivo cosa costituissero una limitazione seria e cosa no.

Fonte: Kompier e Cooper (1999).

Di seguito si riportano alcuni metodi usati per migliorare o agevolare la partecipazione femminile nell'ambito di questo approccio.

Esempi di metodi e approcci tesi a facilitare la partecipazione femminile

Vari metodi, approcci ed iniziative sono stati adottati e raccomandati per facilitare un maggiore coinvolgimento delle lavoratrici nella ricerca e nella valutazione dei rischi presenti nei luoghi di lavoro e nell'introduzione di misure di prevenzione. Tra questi figurano i seguenti:

- Ricerca orientata all'azione. Si tratta di un metodo di ricerca i cui responsabili intervengono fornendo stimoli mirati a garantire una partecipazione efficace dei lavoratori laddove vengano studiati problemi e proposti interventi di miglioramento. Il metodo è diretto a garantire che siano valutati i compiti lavorativi reali svolti dagli uomini e dalle donne (Riquadro 66).
- Circoli della salute e piccoli gruppi di discussione. Un aspetto della promozione della partecipazione femminile consiste nel riunire le donne nel luogo di lavoro perché discutano dei loro problemi di salute correlati al lavoro. Il progetto austriaco Spagat è un

esempio di come ottenere questo risultato. Si tratta di un metodo che prevede che le lavoratrici siano coinvolte, sulla base delle proprie esperienze, in un'analisi sistematica dei loro problemi di salute, nonché nello sviluppo di soluzioni effettivamente realizzabili in tal senso. Esso comporta la cooperazione e si basa sui cosiddetti "circoli della salute". Questi ultimi sono gruppi di lavoro costituiti in ambito aziendale, nei quali piccoli gruppi di dipendenti si riuniscono per analizzare situazioni pericolose per la salute nel luogo di lavoro e per sviluppare possibili soluzioni. Il progetto è stato messo a punto da un'organizzazione attiva nella ricerca e nella formazione in collaborazione con una confederazione di sindacati e con il sostegno del FGÖ (Fondo nazionale austriaco per la salute); (sito del Progetto Spagat).

Nel manuale intitolato Barefoot Research sviluppato per l'Oil da Keith e altri (2002) e dedicato al coinvolgimento dei lavoratori nelle problematiche della SSL, è possibile trovare consigli di carattere generale sulla gestione di piccoli gruppi di discussione sul posto di lavoro che si occupano di tematiche riguardanti la salute e la sicurezza.

Riquadro 65

In Germania la salute e la promozione della salute hanno assunto la forma di "circoli della salute". Il metodo si può descrivere come segue (cfr. Sochert, 1999; Mather e Peterken, 1999):

- viene costituito un piccolo gruppo formato da dipendenti e dai loro dirigenti all'interno di un'entità lavorativa o di settore;
- il gruppo si riunisce più volte nell'arco di un certo periodo (concordato);
- gli incontri sono presieduti da un moderatore esterno;
- nelle riunioni, vengono discusse le esigenze in termini di salute e le proposte per migliorare la salute dei lavoratori.

- Metodi di ricerca basati sulla "mappatura dei rischi". La mappatura è un metodo partecipativo per rilevare tra i lavoratori i problemi di salute correlati al lavoro, descritto nel citato manuale prodotto per l'Oil da Keith e altri (2002). Facendo uso di semplici disegni schematici del corpo umano o di piantine del luogo di lavoro, i lavoratori hanno la possibilità di documentare in forma visiva i propri problemi di salute e i pericoli esistenti nel luogo di lavoro, oltre che di descrivere l'ambiente di lavoro nel suo complesso. Il metodo può essere particolarmente efficace per fare indagini sui sintomi di problemi di salute più complessi, come i disturbi muscolo-scheletrici. Il miglior risultato si ottiene con gruppi di lavoratori impegnati nei medesimi compiti lavorativi. Con l'ausilio di un assistente, ciascun membro di un gruppo di lavoratori riporta i dolori di vario tipo che avvertono sulla mappa che rappresenta il corpo umano. I gruppi di sintomi che si concentrano in una stessa parte del corpo sono probabilmente correlati al lavoro, mentre è meno probabile che i sintomi isolati lo siano. Il metodo è pertanto utilizzato per individuare quadri sintomatici comuni tra persone che lavorano nello stesso

luogo o che eseguono le stesse mansioni. Essendo praticato in gruppi, il metodo assume un carattere partecipativo e sviluppa un approccio collettivo, oltre ad essere più facilmente comprensibile e più interessante della compilazione, su base individuale, di un modulo di sondaggio sul lavoro. Alcuni sindacati lo hanno usato per approfondire problemi di allergie, disturbi muscolo-scheletrici, rischi per la funzione riproduttiva e stress a carico di lavoratori.

- Iniziative sindacali. Molti sindacati hanno prodotto guide specifiche, condotto campagne e organizzato formazione specifica sui rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro con l'intento di migliorare la consapevolezza delle problematiche di genere in rapporto alla SSL e di coinvolgere le lavoratrici. Sono già stati presentati alcuni esempi. Il manuale pubblicato dall'Oil presenta vari esempi pratici di indagini e interventi nei luoghi di lavoro che interessano le mansioni delle donne e coinvolgono le lavoratrici (Keith e altri, 2002). Altri esempi di iniziative di sindacati sono riportati nell'Allegato 11.
- Sviluppo della collaborazione e di programmi comuni tra ricercatori e rappresentanti delle lavoratrici. Un esempio di questo caso è un piano d'intervento sviluppato in un meeting di ricercatori e rappresentanti delle lavoratrici canadesi tenutosi nel 1998 presso l'Università del Quebec a Montreal (sito web Cinbiose, già citato). Il piano definisce una serie di questioni collegate alla salute delle donne sul lavoro, fissa obiettivi per ciascuna area e propone mezzi adatti per raggiungere tali obiettivi. Il piano affronta questioni di natura legislative e politica, misure pratiche e aree di ricerca.

Sebbene siano necessari ancora altri modelli per un'efficace partecipazione delle donne ai processi decisionali in materia di SSL, sarebbe comunque auspicabile promuovere lo scambio e la condivisione dei metodi e degli esempi di applicazione dei modelli già esistenti.

Riquadro 66: Esempio di partecipazione dei lavoratori attraverso la ricerca orientata all'azione

La partecipazione dei lavoratori è un fattore chiave per la riuscita degli interventi nel campo della salute e sicurezza. Tuttavia, essendo concentrate nei lavori più umili ed essendo meno rappresentate nei sindacati, le donne hanno minori possibilità di accesso ai processi decisionali e vi sono meno coinvolte. Quindi, per gli interventi diretti a gruppi di donne occupate in lavori prevalentemente femminili, la partecipazione delle stesse lavoratrici risulta particolarmente importante. In tale ottica, il centro Cinbiose dell'Università del Quebec ha sviluppato, nei confronti degli interventi sul posto di lavoro, una strategia di ricerca improntata all'azione, che ha impiegato per esaminare problemi di natura ergonomica che interessano la popolazione occupata in lavori prevalentemente femminili. I principi su cui si fonda l'approccio sono:

- responsabilizzazione;
- utilizzo delle conoscenze delle donne;
- messa in discussione di idee consolidate a proposito dei rischi sul lavoro;
- riconoscimento di aspetti riferibili al genere nella divisione del lavoro e nei rapporti di potere.

L'intento è quello di incorporare le conoscenze dei lavoratori e delle lavoratrici in tutte le fasi degli interventi. Viene effettuata un'osservazione sul posto delle persone impegnate nel lavoro, con formulazione di domande rivolte a questo gruppo e ai relativi supervisori e rappresentanti sindacali, allo scopo di suggerire cambiamenti sulla base delle effettive mansioni svolte e di definire una scala di priorità.

I metodi impiegati comprendono:

- studio preliminare con interviste al gruppo e raccolta di informazioni sul contesto, tra cui i dati relativi agli incidenti, onde meglio definire le mansioni da studiare e stabilire una serie di priorità;
- osservazione preliminare delle mansioni prescelte per individuare ulteriori attività specifiche da studiare;
- osservazione e analisi sistematiche delle effettive attività lavorative, con la raccolta di rilievi qualitativi e quantitativi, osservazione dei lavoratori

e sondaggio dei lavoratori interessati con questionari e interviste;

- ricevimento del feedback e convalida dei risultati, ottenuti attraverso la discussione degli stessi con lavoratori, supervisori, sindacalisti, comitati preposti alla sicurezza, ecc.;
- divulgazione dei risultati.

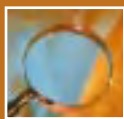
Un esempio di applicazione di questa metodologia è uno studio sul lavoro di impiegati addetti al centralino di un ospedale. La mansione è tipicamente considerata a bassa rischio e per nulla impegnativa fisicamente, oltre che caratterizzata da un ambiente confortevole e da poche responsabilità decisionali; I problemi portati alla luce dallo studio sono stati i seguenti:

- gestione della comunicazione e delle informazioni: lavoro al telefono in un ambiente rumoroso e intensamente attivo, trovare, definire e chiarire le informazioni richieste contattando direttamente i pazienti, consultando le loro cartelle cliniche, o ricorrendo all'ausilio di colleghi centralinisti;
- frequenti interruzioni del lavoro, con un conseguente sovraccarico mentale;
- dolori alla regione lombosacrale e problemi di circolazione indotti dalla necessità di restare seduti a lungo; dolori nella regione del collo e delle spalle, imputabili tra l'altro all'uso del telefono contemporaneamente ad attività di ricerca di dati clinici;
- problemi legati alla configurazione della postazione di lavoro, come ad esempio: piano di lavoro poco profondo e troppo alto, schermi dei computer troppo alti, necessità di percorrere grandi distanze tra attrezzature di lavoro e postazioni di lavoro e per chiamare i pazienti.

Lo studio ha prodotto una serie di raccomandazioni, tra cui l'introduzione di telefoni cordless, una migliore segnaletica per i pazienti, affinché questi non dovessero rivolgersi agli addetti al centralino, miglioramenti alle postazioni di lavoro e un sistema di chiamata per i pazienti, oltre alla proposta di modificare la pianta degli uffici, di acquistare cuffie auricolari e di aggiornare il sistema informatico.

Fonte: Messing (1999).

6.



INTEGRAZIONE DEGLI ASPETTI DI GENERE

Legislazione in materia di SSL

Aspetti fondamentali

- La legislazione in materia di SSL è stata spesso discriminatoria, escludendo le donne da determinati lavori e concentrandosi sui rischi presenti negli impieghi con predominanza maschile.
- La legislazione attuale adotta un approccio neutrale rispetto al genere.
- Sebbene la legislazione generale della Ue in materia di prevenzione disciplini problemi di salute e rischi originati da cause multiple che risultano sempre più tipici dei lavori prevalentemente femminili (tra cui lo stress e i disturbi degli arti superiori), i rischi tipici delle occu-

pazioni a prevalenza maschile restano comunque disciplinati in modo più esauriente grazie a norme specifiche.

- L'esclusione di talune categorie all'interno delle direttive emesse esercitano un effetto negativo soprattutto sulle donne, come nel caso dell'esclusione delle lavoratrici domestiche retribuite.
- Benché le direttive comunitarie si applichino al settore pubblico, nel quale le donne sono fortemente rappresentate, in alcuni Stati membri vigono accordi restrittivi rispetto alla loro attuazione.
- È possibile applicare l'approccio alla valutazione dei rischi e alla prevenzione in forme sensibili alle specificità di genere. In tal senso, occorrono linee guida, strumenti per la valutazione dei rischi e formazione. Inoltre, in fase di revisione o elaborazione di nuove direttive sarebbe opportuno svolgere delle valutazioni sotto il profilo delle problematiche di genere.
- Un'efficace applicazione e implementazione delle direttive comunitarie in tutti i luoghi di lavoro della Ue potrebbe tradursi in un notevole miglioramento per la salute di molte lavoratrici.
- Occorre promuovere maggiormente le condizioni di lavoro delle donne nel processo di definizione degli standard.
- L'efficace implementazione di misure di parità occupazionale contribuirebbe anche all'eliminazione di alcune fonti di stress presenti nel lavoro delle donne.

Approccio storico nei confronti della SSL e delle problematiche di genere

Da sempre la legislazione in materia di SSL si è concentrata sulla sicurezza, sugli incidenti, sui pericoli legati alla gestione delle macchine e sulle occupazioni ad alto rischio, come l'industria mineraria. È già stato osservato che gli

uomini subiscono più infortuni sul lavoro e che le donne sono più soggette ad alcune malattie del lavoro. Un altro orientamento adottato è rappresentato dall'imposizione di limiti all'impiego di donne in determinate mansioni o contesti. Un simile orientamento, spesso fondato su dati scientifici molto scarsi, ha avuto effetti discriminatori sull'occupazione femminile anziché migliorare le condizioni di lavoro a beneficio di entrambi i sessi. Ad esempio, all'inizio del ventesimo secolo, alle donne è stato proibito di lavorare a contatto con il piombo. Esse erano più esposte a causa del tipo di lavoro svolto, ma non ci sono differenze rilevanti tra uomini e donne per quanto concerne gli effetti nocivi prodotti dal piombo sulla salute. Il risultato è stato che gli uomini sono rimasti a lavorare senza protezioni nelle stesse condizioni pericolose.

Attuale approccio legislativo della Ue in tema di SSL

Le direttive Ue in materia di SSL hanno abbandonato questo approccio discriminatorio. L'attuale legislazione sulla prevenzione dei rischi occupazionali adotta in genere un approccio neutrale rispetto al genere.

La direttiva quadro della Ue del 1989 (Direttiva del Consiglio 89/391/CEE) definisce l'approccio generale per la prevenzione dei rischi da adottare attualmente in ambito comunitario. Si tratta di una direttiva di carattere generale, che richiede ai datori di lavoro di identificare e valutare i rischi occupazionali senza definire i limiti della natura di tali rischi, e di introdurre adeguate misure di protezione e prevenzione sulla base di una gerarchia di misure, a partire dalla prevenzione dei rischi alla fonte. L'approccio richiede che il lavoro, i luoghi di lavoro e le attrezzature da lavoro debbano essere adattati in funzione della sicurezza e del comfort dei lavoratori. Le disposizioni generali della direttiva non tralasciano temi di carattere psicologico, quali lo stress, gli atti di violenza perpetrati dal pubblico e l'organizzazione del lavoro, e trattano anche i disturbi agli arti cor-

relati al lavoro, per quanto queste patologie non siano disciplinate da direttive specifiche. Tuttavia, attualmente vengono definite direttive specifiche relative ai prodotti chimici, agli agenti biologici e alle attività manuali di movimentazione. La gerarchia delle misure preventive esposta nell'articolo 6, che inizia con l'indicazione di evitare i rischi e dare alle misure collettive la priorità rispetto a quelle individuali, prevede la necessità di adattare il lavoro all'individuo riguardo ai luoghi di lavoro, alle attrezzature da lavoro, ai metodi di lavoro e all'organizzazione del lavoro. Tuttavia, la direttiva quadro non considera il lavoro domestico retribuito, un settore ad alta prevalenza femminile. Va inoltre ricordato che il passato storico della legislazione, incentrato com'era sugli uomini e sui loro mestieri, fa sì che lo sviluppo della legislazione odierna, "neutrale rispetto al genere", si sia basato su norme elaborate per gli uomini.

Le donne predominano ampiamente nel settore pubblico, anche esso rientrante nel campo di applicazione delle direttive Ue. Tuttavia, le direttive non prevedono metodi o standard di applicazione e in alcune aree del settore pubblico di taluni Stati membri vigono disposizioni diverse, più limitative, in fatto di ispezione e attuazione delle leggi sul lavoro; questo può esercitare un effetto negativo sull'implementazione degli standard relativi alla sicurezza e alla salute in questi luoghi di lavoro, effetto che può estendersi all'uso dei servizi di prevenzione, alla formazione e alla rappresentanza dei lavoratori (Vogel, 1999; cfr. anche Maestro e altri, 2000; Montero e Frutos, 2000).

Come accennato nel capitolo sui rischi per la sfera riproduttiva, riconoscendo la particolare importanza della donna nella funzione riproduttiva umana, la Ue ha inoltre introdotto norme specifiche mirate alla salute e alla sicurezza delle donne in gravidanza e neomamme. La direttiva del Consiglio 92/85/CEE attribuisce ai datori di lavoro la responsabilità di valutare i rischi per queste lavoratrici e introdurre misure

per evitarli, oltre che di ridurre il lavoro notturno e applicare altri diritti occupazionali. Tuttavia l'ETUC (European Trade Union Confederation) è tra quanti giudicano insufficiente questa legislazione in quanto, ad esempio, consente di esentare le donne in gravidanza da mansioni

possibile applicarle nei luoghi di lavoro in forme che risultino più sensibili sul piano delle specificità di genere. Nel Riquadro 67 sono evidenziati alcuni aspetti delle direttive che potrebbero facilitare l'adozione di un approccio improntato alla dimensione di genere.

Riquadro 67: Alcuni esempi di direttive sulla SSL che evidenziano un approccio neutrale rispetto al problema del genere ed elementi che potrebbero essere applicati in forme sensibili rispetto al genere.

Si può affermare che la direttiva quadro assuma un approccio neutrale rispetto al genere nel suo intento di fornire degli standard minimi di sicurezza e salute. Essa prevede la valutazione e la prevenzione dei rischi e prende in esame i problemi muscolo-scheletrici e i rischi e gli effetti a livello psicologico e sociale, nonché i rischi "tradizionali". Il suo approccio particolarmente ampio la rende applicabile in forme sensibili alle specificità di genere. Inoltre, l'articolo 16 sancisce che "i gruppi particolarmente sensibili ai rischi devono essere protetti dai pericoli ai quali sono specificamente esposti". Non specificando quali siano i "gruppi sensibili", l'articolo potrebbe applicarsi alle differenze di genere come pure a problematiche correlate ai lavoratori anziani o affetti da disabilità.

La direttiva sulle attrezzature da lavoro (direttiva del Consiglio 89/655/CEE) prevede l'obbligo generale che le attrezzature da lavoro non compromettano la sicurezza e la salute dei lavoratori e che si tenga conto dei principi di ergonomia.

La direttiva sui dispositivi protettivi personali specifica che la scelta degli stessi deve tener conto di caratteristiche personali inerenti l'utente e la natura delle mansioni svolte.

La direttiva sui luoghi di lavoro (Direttiva del Consiglio 89/654/CEE) riguarda i requisiti minimi dei luoghi di lavoro, come la messa a disposizione di adeguate postazioni di lavoro, oltre ad altri requisiti relativi alle lavoratrici in gravidanza. I requisiti minimi specificati negli allegati comprendono, tra l'altro, queste disposizioni: "Le lavoratrici in gravidanza o che allattano devono avere la possibilità di distendersi per riposare in condizioni appropriate"; "... nelle stanze e nelle aree destinate al riposo, devono essere introdotte misure appropriate per tutelare i non fumatori dal disagio causato dal fumo del tabacco".

pericolose, anziché porre maggiormente l'accento sulla prevenzione del rischio alla fonte mediante misure collettive (Vogel, 2002). In aggiunta, manca una legislazione specifica sugli aspetti più generali dei rischi a carico della sfera riproduttiva, una legislazione che disciplini tutti gli aspetti della salute di uomini e donne sotto il profilo della funzione riproduttiva.

Anche se le direttive rivolte alla SSL sono orientate in genere a un approccio fondato sulla valutazione del rischio e sulla prevenzione, è

Alcuni temi di particolare rilievo per la SSL delle donne vengono trattati da norme che esulano dal quadro della SSL. La direttiva 76/207/CEE, modificata dalla direttiva n. 73 del 23 settembre 1992, che tocca il tema della parità di trattamento per uomini e donne in materia di occupazione, formazione e promozione professionale e condizioni di lavoro, tratta anche di molestie sessuali e di nuove misure dirette alle lavoratrici in gravidanza.

Considerata l'ampiezza del loro approccio, un'attuazione efficace delle direttive Ue in materia di SSL potrebbe determinare un sensibile miglioramento sotto il profilo della salute e sicurezza sul lavoro di molte donne.

Legislazione e interventi rivolti alla parità tra i sessi

La parità tra i sessi in senso generale, all'interno e all'esterno del contesto lavorativo, esula dal tema del presente documento. Abbiamo È stato tuttavia osservato che le differenze di genere a livello di condizione sociale e trattamento, nonché in termini di accesso alle risorse, tanto nella società quanto nei luoghi di lavoro, possono influire sulle differenze di genere rilevate nelle conseguenze a carico della salute e della sicurezza sul lavoro. Ad esempio, la discriminazione salariale e sul piano della promozione occupazionale e le differenze di accesso alla formazione possono essere fonte di stress. La Ue ha introdotto varie direttive, leggi e accordi mirati a conseguire la parità di trattamento (vedi Allegato 12). Anche in questo caso, se tali strumenti fossero pienamente implementati nei luoghi di lavoro, potrebbero contribuire a migliorare la salute sul lavoro delle donne. Inoltre, alcune proposte di strategie e interventi in quest'area, scaturite dalla ricerca della Fondazione europea, sono esposte nell'Allegato 14. Operare a favore di un consolidamento del rapporto tra politiche per la salute occupazionale e politiche in materia di genere potrebbe dare frutti particolarmente positivi (cfr. Vogel, 2002 e Allegato 11). Questo punto viene esaminato nel capitolo dedicato all'integrazione.

Definizione degli standard e indennizzi

Come discusso in un capitolo precedente, rispetto alla legislazione preventiva la copertura a livello di indennizzi è particolarmente concentrata su rischi tradizionalmente collegati a mansioni tipicamente maschili. Molti standard europei e internazionali sono stati sviluppati essenzialmente sulla base di dati riferiti agli uomini

(cfr. Messing, 1998). Le condizioni di lavoro delle donne dovrebbero essere considerate in misura maggiore nell'attività di definizione degli standard.

Strategia Ue in materia di SSL e genere

Aspetti fondamentali

- La strategia comunitaria 2002–06 prevede l'integrazione della dimensione di genere nella SSL.
- Il Parlamento europeo ha evidenziato alcune aree di attenzione specifica in tema di SSL e parità tra i sessi.

Come già esposto nell'introduzione, la Commissione europea ha stabilito che occorre considerare più da vicino la SSL delle donne ed ha posto in rilievo la questione del genere nella sua ultima strategia per la sicurezza e la salute sul lavoro. Essa rileva la crescente partecipazione femminile in campo occupazionale e riconosce le differenze di genere nell'incidenza delle malattie e degli infortuni del lavoro. La strategia pone una serie di obiettivi improntati a un approccio olistico nei confronti del benessere sul lavoro, che dovrà essere perseguito con uno sforzo comune da tutti i soggetti coinvolti. Tra questi figura la "integrazione della dimensione di genere nella valutazione dei rischi, nelle misure preventive e negli accordi in materia di indennizzi in modo da tener conto delle caratteristiche specifiche delle donne in rapporto alla sicurezza e alla salute sul lavoro". Il Parlamento europeo viene invitato a discutere ed esprimere formalmente il suo parere sulle strategie comunitarie. Nei suoi commenti sulla strategia sulla SSL, esso ha insistito vigorosamente sull'importanza dell'elemento del genere e ha proposto vari modi per porlo ulteriormente in evidenza.

Di seguito si elencano gli elementi contenuti nella strategia comunitaria 2002-2006 sulla SSL aventi rilevanza rispetto al genere e al miglioramento delle condizioni di lavoro delle donne:

- integrazione del genere come uno dei vari obiettivi necessari per l'adozione di un approccio olistico nei confronti del benessere sul lavoro;
- integrazione della dimensione di genere nella valutazione dei rischi, nelle misure preventive e negli accordi in materia di indennizzi;
- necessità di inserire l'integrazione del genere nei processi di definizione di obiettivi quantificati a livello nazionale per la riduzione degli incidenti e delle malattie del lavoro;
- volontà di considerare approcci di carattere legislativo ed extra-legislativo nei confronti dei disturbi muscolo-scheletrici, dell'ergonomia, dello stress causato dal lavoro, della violenza e delle persecuzioni psicologiche sul lavoro;
- fare in modo che i familiari che svolgono lavoro domestico non retribuito siano destinatari di misure specifiche in termini di programmi di informazione, sensibilizzazione e prevenzione dei rischi;
- svolgimento di analisi dei rischi nuovi ed emergenti, tenendo conto dei cambiamenti avvenuti nelle forme di occupazione e nell'organizzazione del lavoro.
- differenze a livello di istruzione e formazione professionale e aspetti della SSL che ostacolano l'ingresso delle donne in determinati settori;
- donne che svolgono un lavoro retribuito in casa propria e donne occupate nel settore agricolo o in piccole aziende a conduzione familiare;
- necessità di tener conto delle specificità di genere nelle guide e nel materiale didattico-formativo, oltre che nella legislazione futura;
- verificare se le esigenze specifiche di genere sono state tenute in adeguata considerazione dalla legislazione, anche in settori a scarsa occupazione femminile.

Negli Allegati 3 e 4 sono riportati ulteriori dettagli sulla strategia comunitaria e sulla posizione del Parlamento europeo in materia di genere. Più avanti, in un altro capitolo, sono fornite alcune Informazioni relative agli approcci adottati nei confronti delle problematiche legate al genere nella SSL in campo internazionale.

Integrazione, genere e SSL

Aspetti fondamentali

I commenti del Parlamento europeo sulla dimensione di genere della strategia comunitaria hanno posto in evidenza i seguenti aspetti a cui dedicare particolare attenzione:

- inserimento del tema dell'integrazione del genere nell'ambito dell'intera strategia, ad esempio in rapporto ai lavoratori temporanei e part-time;
- il "doppio carico di lavoro" delle donne lavoratrici, le quali devono occuparsi anche della casa e dei loro familiari;
- La Commissione europea e le organizzazioni internazionali che si occupano di SSL ritengono che l'integrazione del genere nella SSL sia un elemento importante onde poter apportare miglioramenti in tema di salute e sicurezza sul lavoro.
- Le valutazioni riferite al genere sono uno strumento importante nell'ambito della strategia e dovrebbero essere condotte in diversi ambiti della SSL. Considerando che l'attuale approccio alla SSL è improntato alla neutralità rispetto al genere, l'impiego di tali valutazioni è vivamente consigliato.

Il presente documento ha evidenziato come le disparità di genere nella SSL risentano di una molteplicità di fattori, sia interni che esterni ai luoghi di lavoro. Tuttavia, le politiche relative alla salute sul lavoro, alla parità, alla sanità pubblica e alla salute sociale risentono spesso di una forte compartimentazione (Vogel, 2002. Vedi anche l'Allegato 11). L'approccio che viene utilizzato per favorire l'aggregazione delle diverse aree di politica viene definito con il termine *mainstreaming* (integrazione).

La strategia adottata dalla Commissione europea sul tema della promozione della parità tra uomini e donne nell'ambito delle politiche e degli interventi della Commissione stessa si fonda sul concetto di integrazione. Nel capitolo precedente abbiamo visto come l'integrazione degli aspetti legati al genere sia stata inserita nella strategia Ue finalizzata al miglioramento della SSL in Europa. Integrare il genere nella SSL significa includere in modo attivo le problematiche di genere nella raccolta di informazioni, nella definizione di standard, nella legislazione, nelle attività di prevenzione e nella definizione delle politiche, nonché coinvolgere le donne negli enti investiti di responsabilità decisionali come i consigli nazionali per la sicurezza, i servizi di medicina del lavoro, i servizi di SSL e i comitati di sicurezza a livello di singola impresa. Abbiamo visto come la strategia sulla SSL della Commissione europea abbia fatto proprio l'obiettivo di integrare gli aspetti di genere nell'ambito dei suoi interventi. Anche altri enti quali l'Oms e l'Oil si stanno facendo promotori di questo approccio (vedi allegato 8), ed è stata citata anche la strategia del NIOSH finalizzata all'integrazione del genere nei suoi programmi di ricerca.

Le "valutazioni dell'impatto rispetto al genere" sono un importante strumento della strategia di integrazione della dimensione di genere adottata dalla Commissione, la quale in proposito ha sviluppato una guida generale (Commissione europea, senza data), in cui la

stessa dichiara: "Le decisioni politiche che risultano neutrali rispetto al genere possono avere un impatto differenziale sugli uomini e sulle donne, anche quando questo effetto non sia voluto o previsto. La valutazione dell'impatto rispetto al genere viene eseguita per evitare conseguenze negative indesiderate e per migliorare la qualità e l'efficienza delle politiche". La guida spiega che "Le politiche che risultano neutrali rispetto al genere possono rivelarsi in ultima analisi capaci di incidere diversamente sugli uomini e sulle donne. Per quale ragione? Perché si riscontrano sostanziali differenze nella vita degli uomini e delle donne nella maggior parte degli ambiti delle politiche trattate".

Questa guida dovrà ovviamente essere adattata alle esigenze specifiche di ogni area di politica della Commissione, a seconda dei contesti, ed è logico che questo adattamento avvenga in rapporto all'attività programmatica svolta dalla Commissione in materia di SSL, dato l'approccio neutrale rispetto al genere adottato in questo ambito.

Sarebbe auspicabile che in fase di pianificazione di direttive europee sulla SSL o di revisione e analisi di direttive europee sulla SSL preesistenti, venisse svolta anche una valutazione dell'impatto rispetto al genere. Altre aree da assoggettare a valutazioni dell'impatto rispetto al genere nel campo della SSL sono la definizione degli standard e dei limiti di esposizione, gli accordi in materia di indennizzi, la definizione di modelli di riferimento e obiettivi per il miglioramento della SSL e la definizione delle priorità.

Considerare l'impatto rispetto al genere nel lavoro di definizione dei modelli di riferimento e degli obiettivi è importante. Se, ad esempio, gli obiettivi vengono definiti concentrando l'attenzione su rischi ben noti delle occupazioni prevalentemente maschili o sui tipi di incidenti che coinvolgono maggiormente gli uomini, l'impatto rispetto al genere sarà iniquo.

Oltre ad applicare il concetto di "integrazione della parità dei sessi" nella politica e nelle azioni di SSL (ossia, integrare le problematiche di genere in tutte le problematiche di SSL), quest'ultima dovrebbe essere integrata anche nelle politiche e negli interventi diretti alla parità tra uomini e donne, come quelle della parità sul lavoro. Questo punto viene illustrato in modo più approfondito nel capitolo che segue.

Di seguito si riportano alcuni suggerimenti relativi ad aree di intervento utili per l'integrazione delle problematiche di genere nella SSL:

- migliorare gli indicatori sensibili agli aspetti di genere relativamente alla SSL e all'organizzazione del lavoro;
- inserire, ove opportuno, le problematiche di genere in tutte le linee guida e le attività informative della Commissione in tema di SSL;
- prevedere l'analisi di problematiche di genere nel lavoro svolto da tutti i gruppi ad hoc costituiti per fornire pareri alla Commissione in materia di SSL;
- inserire la dimensione di genere nelle attività di valutazione dei rischi.

In alcuni paesi, l'integrazione della dimensione di genere nella SSL sta già diventando una prassi ordinaria. Ad esempio, in Finlandia è stata condotta un'analisi dell'impatto rispetto al genere durante la preparazione della Legge nazionale in materia di sicurezza e salute sul lavoro (738/2002), entrata in vigore all'inizio del 2003. È stata la prima volta che una valutazione di questo tipo veniva condotta, e la sua necessità è stata motivata dal fatto che la vita lavorativa nel paese presenta marcati aspetti di segregazione sessuale, il che comporta condizioni di lavoro e rischi occupazionali diversi per gli uomini e per le donne.

Il progetto "Worklife" e di allargamento della Ue incoraggia e, dove è necessario, aiuta i paesi candidati a sviluppare piani di attività. Ad esempio, il piano per Malta comprende la preparazione di un

manuale di formazione dedicato al genere e all'orientamento alla gestione della parità (Skiöld, 2002). È importante che attività di questo tipo siano incoraggiate sia all'interno degli Stati membri che nei paesi candidati, e sarà altrettanto importante condividere i risultati di queste attività.

Riquadro 68

È necessario che le politiche, le strategie e gli approcci riconoscano la diversità tra uomini e donne. L'integrazione della parità tra i sessi nella salute è una strategia che promuove l'integrazione di interessi specifici di genere nella formulazione, nel monitoraggio e nell'analisi delle politiche, dei programmi, e dei progetti, nell'intento di garantire sia agli uomini che alle donne il migliore stato di salute possibile. L'integrazione del genere a livello di salute è un processo sia tecnico che politico, che richiede cambiamenti a livello di cultura e modo di pensare delle organizzazioni, nonché nell'assegnazione di obiettivi, strutture e risorse. L'adozione di una strategia di integrazione non preclude lo svolgimento di iniziative rivolte specificamente alle donne o agli uomini, ove queste fossero necessarie. Nell'ambito della strategia dell'integrazione, le iniziative positive sono ritenute necessarie e complementari (Oms, 2002a).

Integrazione della SSL nelle iniziative volte alla parità

Aspetti fondamentali

- Per promuovere la parità nelle condizioni di lavoro è possibile utilizzare piani per la parità sia a livello nazionale che di posto di lavoro.
- Possibilità di usare le valutazioni dei rischi sensibili al genere come strumento capace di contribuire a ridurre le disuguaglianze salariali e di opportunità.
- Esistono già esempi in cui la SSL è stata inserita nei piani per la parità. Occorrono altre ricerche in quest'area ed occorre condividere gli esempi di prassi esistenti.

- La SSL dovrebbe inoltre essere inclusa nei programmi per la parità rispetto alla salute.
- Il tema della parità, anche a livello di condizioni di lavoro, dovrebbe entrare a far parte delle attività connesse alla responsabilità sociale delle imprese (RSI).

Il conseguimento della parità in tema di SSL dovrebbe inoltre essere posto tra gli obiettivi delle politiche, dei programmi e delle attività per la parità occupazionale.

La valutazione dei rischi condotta in forme sensibili al genere e che tenga conto delle mansioni e dei lavori effettivamente svolti, dimostra spesso che il lavoro delle donne non è meno impegnativo di quello maschile, e che spesso comporta sforzi fisici, pressioni ed altri fattori di stress che sono meno frequenti nelle occupazioni degli uomini (Messing, 1998, 1999). Se condotte in forme sensibili al genere, le valutazioni dei rischi possono essere strumenti utili per ridurre le disuguaglianze salariali e di opportunità (Grönkvist e Lagerlöf, 1999). Problemi come quello delle molestie sessuali sono chiaramente correlati tanto alla parità quanto alla SSL.

Alcuni Stati membri sono dotati di norme che impongono ai datori di lavoro di introdurre pro-

grammi per la promozione delle pari opportunità. Questi piani possono in realtà migliorare le condizioni di lavoro e il livello di parità, purché tengano conto delle differenziazioni e dei rischi per la salute e la sicurezza legati alle mansioni svolte (Grönkvist e Lagerlöf, 1999), una modalità d'impiego che sembra finalmente emergere.

Kauppinen e Ojala (1999) hanno condotto un progetto denominato "Parità a livello di genere, organizzazione del lavoro e benessere", con il quale hanno inteso definire gli standard di parità di un buon ambiente di lavoro. L'iniziativa è partita dall'ente nazionale preposto al mercato del lavoro e il progetto è stato condotto in stretta collaborazione con le associazioni datoriali e le organizzazioni dei lavoratori. Nei 10 luoghi di lavoro che hanno partecipato all'iniziativa, le dipendenti hanno rilevato più carenze a livello di parità rispetto ai loro colleghi uomini: la parità tra i sessi è stata giudicata bene implementata nei rispettivi luoghi di lavoro dal 77% degli uomini, ma solo dal 42% delle donne. Il progetto ha dato luogo allo sviluppo di otto standard di parità, che le imprese potranno utilizzare per autovalutare il proprio rendimento sotto questo aspetto. Gli standard in oggetto riguardano: il livello di parità, la politica salariale e delle remunerazioni in genere; la carriera e le opportunità professionali; gli obiet-

Riquadro 69: Industria automobilistica Valmet: eccellenza nella parità

Nel 2002 lo stabilimento dell'industria automobilistica Valmet (Finlandia) ha introdotto un piano per la parità interna. Il programma aveva l'obiettivo di integrare parità tra i sessi e buone condizioni di lavoro. Il concetto di "parità" secondo Valmet si estrinseca nel trattare con rispetto ogni singolo individuo nel suo lavoro quotidiano, indipendentemente dal sesso, dall'età, dall'appartenenza etnica o dalla posizione professionale. Il programma di parità mira a offrire a ogni lavoratore condizioni di lavoro sicure e sane, tenendo

conto di aspetti che vanno dall'ergonomia delle mansioni alla conciliazione della vita lavorativa con quella privata. Il programma vieta espressamente ogni molestia sessuale nei luoghi di lavoro. Lo sviluppo attivo di competenze finalizzate al lavoro di squadra punta ad accrescere la capacità e le possibilità dei dipendenti di assumersi la responsabilità dello sviluppo del proprio benessere, sia come singoli che come squadra di lavoro. Il piano di parità sarà preso in considerazione in progetti di sviluppo e in piani di servizi di medicina del lavoro.

Fonte: Ahjo nro (2002).

tivi e le opportunità comuni per raggiungere posizioni di influenza e controllo; atmosfera sul luogo di lavoro e spirito di solidarietà tra colleghi; flusso delle comunicazioni e apertura nella messa a disposizione delle informazioni; condizioni di lavoro; conciliazione della vita lavorativa con la vita privata (vedi Allegato 13). Gli standard possono essere utilizzati ai fini della pianificazione di linee guida sulla parità.

La Ue definisce linee guida in campo occupazionale alle quali gli Stati membri devono ispirarsi. Ad esempio, tra gli obiettivi della strategia per il 2002 figura la maggiore partecipazione delle donne nei luoghi di lavoro, mentre tra le problematiche sottoposte all'attenzione degli Stati membri figura la parità tra i sessi, la salute e sicurezza sul lavoro, la flessibilità e la sicurezza, l'inserimento e l'accesso al mercato del lavoro, l'organizzazione del lavoro e l'equilibrio

tra lavoro e sfera privata. Gli Stati membri traducono le linee guida in politiche e piani d'intervento nazionali tesi a sviluppare la strategia occupazionale, e dovrebbero adottare un approccio fondato sull'integrazione delle specificità di genere (Consiglio europeo, 2002). Come nel caso dei piani d'intervento volti alla parità tra i sessi nei luoghi di lavoro, anche i piani nazionali in materia di parità occupazionale possono promuovere la parità a livello di condizioni di lavoro, a patto che trattino il tema della salute e della sicurezza sul lavoro.

Attualmente viene prestata maggiore attenzione al conseguimento della parità nelle politiche e nei programmi mirati alla salute. La SSL dovrebbe essere inclusa anche in questi programmi. Il problema della parità di condizioni di lavoro dovrebbe essere inserito anche nelle attività connesse alla RSI.

Riquadro 70

Nel documento della Fondazione europea intitolato *Promoting gender equality in the workplace*, (Promozione della parità a livello di genere nei luoghi di lavoro) Olgiati e Shapiro (2002) (cfr. anche Fondazione europea, 2002c) trattano l'utilizzo dei piani di parità nei luoghi di lavoro attraverso l'analisi di 21 studi di casi di 7 paesi. I risultati indicano che sia la legislazione che i programmi nazionali hanno un ruolo importante nella promozione, nel mantenimento e nell'innalzamento del profilo delle azioni volte alla parità nei luoghi di lavoro. Anche la contrattazione collettiva ha un ruolo importante nel processo. Per quanto la legislazione sia importante, i risultati possono essere modesti se l'atteggiamento di fondo dell'azienda rimane negativo. Secondo il rapporto citato, molti imprenditori hanno accolto con soddisfazione l'aumento della presenza femminile nel mercato del lavoro, ma le pressioni che le imprese subiscono per fornire il

loro servizio 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana hanno un effetto negativo sulla possibilità di trovare un equilibrio tra famiglia e lavoro.

Olgiati e Shapiro (2002) fanno riferimento all'importanza della parità nel lavoro. Per parità si intende la giustizia e la correttezza esercitate dalla struttura in termini di diritti, benefici, doveri e opportunità. Parità significa pari opportunità per uomini e donne, e la possibilità di fare scelte senza i limiti imposti da ruoli rigidi legati al genere. "Parità" non vuol dire che tutti i dipendenti debbano essere trattati allo stesso modo. Ad esempio, le attività di formazione e sviluppo delle competenze dovrebbero essere adattate in funzione dell'età, della situazione personale e del livello di istruzione del dipendente. Autori come Kivimäki e altri (2003) sostengono, in modo documentato, che la parità sul lavoro produce un effetto positivo sul grado di soddisfazione del lavoro e sulla salute mentale dei dipendenti.

Parità a livello di genere all'interno e all'esterno dei luoghi di lavoro

Aspetti fondamentali

- Le misure volte a migliorare la parità possono migliorare la qualità del lavoro delle donne.
- Altri enti europei hanno proposto azioni in questo ambito: vedi Allegato 14.

Nella parte iniziale del presente documento è stato evidenziato come diversi problemi collegati alla parità occupazionale oltre che sociale influiscano sulle differenze di genere a livello di SSL negli stessi luoghi di lavoro. Abbiamo citato alcuni problemi, come la maggiore quantità di lavoro domestico di cui si fanno carico le donne e le molestie sessuali e discriminazioni

sul lavoro a cui le stesse vanno soggette. Ad esempio, nel commentare i risultati del sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro, Fagan e Burchell (2002) affermano che "alcune differenze di genere sono riferibili al più ampio quadro di rapporti e disuguaglianza tra i sessi presente nella società, che va oltre lo specifico delle condizioni di lavoro considerate sotto il profilo della segregazione occupazionale femminile". Analizzare i problemi legati alla parità in un più ampio contesto esula dalle finalità del presente documento, ed altri soggetti a livello di Ue hanno proposto strategie di azione in quest'area. All'allegato 14 sono illustrate proposte per interventi mirati a ridurre le disuguaglianze, nonché esempi di buona pratica tratti dalla ricerca della Fondazione europea ((2002c).



DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il miglioramento dell'occupabilità degli uomini e delle donne comporta la capacità di garantire che essi non debbano uscire dalla forza lavoro per infortuni o malattie, che il loro lavoro sia compatibile con la famiglia e che uomini e donne possano lavorare in salute e sicurezza nei vari ambiti occupazionali. La mancanza di un'adeguata prevenzione dei rischi sia per gli uomini che per le donne comporta anche un forte costo economico.

È stato osservato che in molti dei fattori che influiscono sulle condizioni di lavoro e sulla qualità del lavoro esistono differenze di genere. Questi fattori sono spesso interrelati e comprendono la legislazione, le politiche sociali, le idee correnti sulle persone ritenute a rischio e i rischi

presenti nelle diverse e quali di questi sono considerati come rischi correlati al lavoro, la discriminazione all'interno e all'esterno del luogo di lavoro, le relazioni di genere e le differenze di genere nella società in generale.

Da questo quadro emergono due elementi importanti: fattori che influiscono sui tipi di rischi generati dal lavoro in primo luogo, e fattori che incidono sulla misura i cui i rischi in questione vengono riconosciuti e prevenuti.

Tra i fattori che influiscono sulle differenze di genere relativamente all'esposizione ai rischi derivanti dal lavoro, e quindi sulle differenze in termini di conseguenze sulla salute sul posto di lavoro, ve ne sono due di particolare rilevanza: la segregazione di genere a livello di occupazione (mansioni), e la segregazione a livello di responsabilità nella vita domestica e familiare, unitamente all'equilibrio vita privata-lavoro.

Segregazione occupazionale rispetto al genere

A causa della forte segregazione occupazionale a livello di genere che si riscontra nella Ue e che permane elevata nonostante i cambiamenti nel mondo del lavoro, le donne e gli uomini restano esposti a diversi ambienti di lavoro e a differenti tipi di impegni e sforzi anche quando sono occupati nello stesso settore e nelle stesse mansioni. C'è una forte segregazione tra settori, tra i lavori dello stesso settore, e, come evidenziato, può esserci segregazione di compiti anche quando uomini e donne hanno identiche qualifiche e identiche posizioni nello stesso luogo di lavoro. Nei luoghi di lavoro vige inoltre una forte segregazione verticale, che fa sì che gli uomini abbiano maggiori probabilità di accedere a posizioni avanzate nella gerarchia aziendale. Relativamente a tutti i diversi tipi di rischi, fisici o psico-sociali, la segregazione occupazionale incide fortemente sull'esposizione ai rischi del lavoro e quindi sulle conseguenze a carico della salute sul lavoro. In genere, gli uomini

sono più esposti a infortuni e lesioni da lavoro rispetto alle donne, le quali a loro volta riferiscono una maggiore incidenza di patologie, tra cui disturbi degli arti superiori e stress.

Esistono altre differenze di genere nelle condizioni di lavoro che incidono sulla SSL: un numero maggiore di donne è concentrato in occupazioni precarie e a basso regime salariale, e questa situazione si ripercuote sulle loro condizioni di lavoro e sui rischi ai quali sono esposte; le disuguaglianze di genere all'interno e all'esterno del luogo di lavoro possono avere un effetto sulla salute e sulla sicurezza delle donne sul lavoro ed esistono forti collegamenti tra i problemi legati alla discriminazione in senso lato e la salute; le donne sono in maggioranza tra i lavoratori part-time, e i lavori a tempo pieno o parziale hanno caratteristiche diverse; infine, è più probabile che gli uomini lavorino a tempo pieno con orari lunghi e ore di straordinario.

Segregazione a livello di genere in famiglia

Il fatto che il lavoro domestico non sia ripartito in misura equa e che le donne abbiano più probabilità di doversi assumere responsabilità rispetto alla famiglia e al lavoro è un fattore di ulteriore pressione per molte donne che lavorano. Questa situazione fa anche aumentare il costo delle malattie del lavoro cui le donne sono soggette. Gli eventuali conflitti tra lavoro e famiglia sono una fonte di stress correlato al lavoro. Inoltre, è importante riconoscere che i lunghi orari di lavoro degli uomini, spesso non flessibili, possono incidere anch'essi sull'occupabilità femminile e sui ruoli familiari.

Valutazione sensibile agli aspetti di genere: valutare l'esposizione reale delle lavoratrici

Esiste la possibilità che i rischi a carico delle donne in diversi ambiti siano trascurati. I fattori che influiscono sulle conseguenze a carico della SSL sono molti, e spesso sono interrelati. Relativamente a tutti i rischi analizzati nel presente documento, sono state esaminate le possibili ragioni per cui i

rischi noti a cui sono esposte le donne possono essere oggetto di sottovalutazione. Si rilevano almeno due importanti cause alla base di questa sottovalutazione: in primo luogo, la mancata adozione di una visione olistica delle fonti dei rischi per la SSL e il mancato rilevamento delle conseguenze a carico della salute possono far sì che determinati rischi e conseguenze sulla salute sfuggano all'esame; in secondo luogo, basandosi su idee sbagliate a proposito dei soggetti a rischio, si corre il pericolo che alcuni gruppi vengano indebitamente esclusi dal quadro.

Se le donne e le mansioni che svolgono vengono ignorate dalla ricerca, ne consegue che i relativi rischi vengono trascurati, con il risultato che questi saranno ignorati anche dalle future attività di prevenzione e ricerche. Inoltre, se il monitoraggio statistico non considera le questioni di genere, il quadro risulterà distorto. Perché la prevenzione abbia successo e perché siano prese decisioni politiche e formulate strategie efficaci occorrono informazioni affidabili. Le politiche, la legislazione, i programmi di prevenzione, l'erogazione di servizi di medicina del lavoro e le azioni degli ispettorati del lavoro in materia di SSL si fondano sull'analisi dei rischi. Se i rischi delle donne resteranno nascosti, l'effetto sarà quello di un trattamento iniquo.

Per quanto riguarda la segregazione a livello di genere, si riscontra come anche uomini e donne con lo stesso impiego possano svolgere mansioni differenti. Ciò comporta che la ricerca, il monitoraggio statistico e gli interventi debbano considerare nel modo più preciso possibile le mansioni effettivamente svolte dai soggetti.

Per poter ottenere un quadro veritiero dei rischi per gli uomini e le donne, è importante tenere conto dell'entità dell'esposizione. A tal fine, sarà necessario calibrare strumenti di rilevamento in modo da tenere conto del lavoro part-time o full-time, e del fatto che in alcuni settori vigono orari più lunghi. Nei casi in cui si tiene conto di questi fattori, ad esempio, la differenza tra i tassi di infortuni o di disturbi auditivi degli uomini e delle

donne si riduce, benché non scompaia del tutto. In ogni caso "meno a rischio" non è sinonimo di "non a rischio", per quanto sembri che spesso l'espressione sia interpretata proprio in questo modo. Questa può essere la ragione per cui le donne o le problematiche legate al genere vengono ignorate dalla ricerca fondata sulle conseguenze a carico della salute nelle occupazioni prevalentemente maschili o nei settori in cui le donne sono ignorate. La conseguenza diretta di un simile orientamento è che le donne occupate in lavori prevalentemente femminili siano escluse dai controlli sanitari sul lavoro, i medici omettano di formulare domande sulla possibile correlazione tra lavoro e problemi di salute delle donne, o che i lavori delle donne beneficino di minori risorse da parte dei servizi di medicina del lavoro.

Gli uomini vanno soggetti a infortuni di chiara connotazione o a problemi di salute che presentano una chiara causa occupazionale (come la perdita dell'udito), che derivano da rischi più visibili e che possono essere prevenuti con metodi più certi. Conseguenze come i disturbi agli arti superiori e lo stress, tipici del lavoro di molte donne, hanno cause multiple e di solito hanno una lenta evoluzione nel tempo. Per quanto attualmente siano state riconosciute le cause occupazionali e adottate adeguate misure preventive per entrambi i problemi, le ricerche e gli interventi efficaci richiedono l'esame di tutti i fattori e l'analisi dell'effettivo contesto lavorativo. Ad esempio, i fattori di stress che interessano le donne più spesso degli uomini, come i conflitti tra lavoro e vita familiare, le molestie sessuali e la discriminazione, possono essere trascurati dalle valutazioni del rischio di stress correlato al lavoro. In aggiunta, è meno probabile che le patologie con cause multifattoriali vengano indennizzate economicamente.

Alcuni aspetti della salute femminile in rapporto al lavoro, come i disturbi mestruali e la menopausa, hanno ricevuto un'attenzione pressoché nulla. Al contrario, è stata dedicata molta attenzione alla salute delle donne con riferimento alla gravidanza o alla cura dei neonati, mentre la salute della

sfera riproduttiva maschile correlata al lavoro ha ricevuto decisamente meno attenzione.

Oltre alla capacità riproduttiva, ci sono altre differenze biologiche tra uomini e donne: in media, gli uomini sono più alti, più forti, ecc. Al di fuori del campo della SSL, è accertato che la salute delle donne risente maggiormente di quella degli uomini del consumo di alcol anche in quantità ridotte. Gli uomini sono esposti al cancro dei testicoli, le donne a quello della mammella. Tuttavia, dato che l'esposizione dovuta alle condizioni di lavoro è fortemente correlata alle conseguenze a carico della salute tanto negli uomini quanto nelle donne, è necessario condurre studi su uomini e donne che lavorino nelle stesse condizioni e con le medesime esposizioni, onde analizzare eventuali differenze tra i sessi sotto il profilo della vulnerabilità.

Dati i forti legami tra il tipo di lavoro, e quindi tra il livello di esposizione ai rischi, e le conseguenze sulla salute, le differenze individuali diventano meno importanti se si focalizza l'attenzione sul rischio alla fonte, con l'obiettivo di creare un ambiente di lavoro sano e sicuro per tutti. L'uso di attrezzature per spostare i pazienti negli ospedali riduce gli sforzi manuali sia per gli uomini che per le donne. Si è visto come distribuire il lavoro tra uomini e donne, ad esempio, in base a considerazioni di forza fisica, sia problematico sotto vari aspetti. I lavori cosiddetti "leggeri" spesso non sono leggeri come sembrano, e i lavori pesanti finiscono, col tempo, per danneggiare anche le persone forti. In tal senso, si segnala come siano gli uomini ad accusare i tassi più alti di lesioni alla schiena. Relativamente a determinate conseguenze sulla salute, tra i sessi esistono delle differenze che vanno osservate e studiate in relazione al lavoro svolto, come i tumori tipici dell'uomo o della donna.

Possono esserci delle differenze di genere anche sul modo in cui viene vissuto lo stress, anche se non sembrano esserci molte differenze di genere nelle fonti di stress, per quanto l'entità dell'esposizione allo stress e il suo impatto possano variare in

funzione del genere. Anche in questo caso è importante che ci si concentri sul riconoscimento e la prevenzione per migliorare la qualità del lavoro per tutti. Ad esempio, è importante migliorare per tutti l'equilibrio tra lavoro e vita privata, anche se questo sarebbe particolarmente vantaggioso per le donne. È anche importante cercare modi per incentivare una più equa ripartizione delle faccende domestiche.

La flessibilità è per molti versi importante per offrire luoghi di lavoro sani e sicuri a una popolazione diversificata, in quanto commisura le mansioni e le condizioni di lavoro alle persone, e non viceversa. In questo ambito rientra anche la flessibilità degli orari di lavoro, che può contribuire a migliorare l'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata. La flessibilità applicata a bisogni come andare al bagno o fare pause è particolarmente importante per le donne in gravidanza o in menopausa. È stato inoltre riscontrato che nell'implementare le soluzioni individuate è importante tenere conto delle differenze, come nel caso della fornitura del vestiario o dei dispositivi di protezione, dato che questi materiali, ove realizzati per l'uomo medio, mettono a rischio alcuni uomini e molte più donne.

L'utilizzo di standard, ad esempio per quanto riguarda la progettazione dei dispositivi di protezione e l'esposizione alle sostanze pericolose, è una parte importante del programma di prevenzione SSL nella Ue. Sotto questo aspetto, è fondamentale tenere conto di ogni differenza di genere per creare standard che proteggano sia le donne che gli uomini, anche se molti standard sono stati fissati soprattutto sulla base di dati relativi alla popolazione maschile.

Come già accennato, per avere un quadro preciso dei rischi delle lavoratrici e prevenirli con successo occorre che le lavoratrici stesse e le loro mansioni siano incluse nella ricerca e nella raccolta delle informazioni. Le domande formulate, i metodi di raccolta dei dati e i metodi di analisi sono ugualmente importanti. Un altro elemento essenziale per migliorare l'attenzione verso il riconoscimento e la prevenzione dei rischi del lavoro per le donne

è il loro coinvolgimento nelle attività e nelle decisioni in tema di SSL a tutti i livelli. Nel presente documento sono stati forniti diversi esempi dell'importanza di coinvolgere le lavoratrici nel processo di valutazione e prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro e di tenere conto e prevenzione e dei lavori effettivamente svolti.

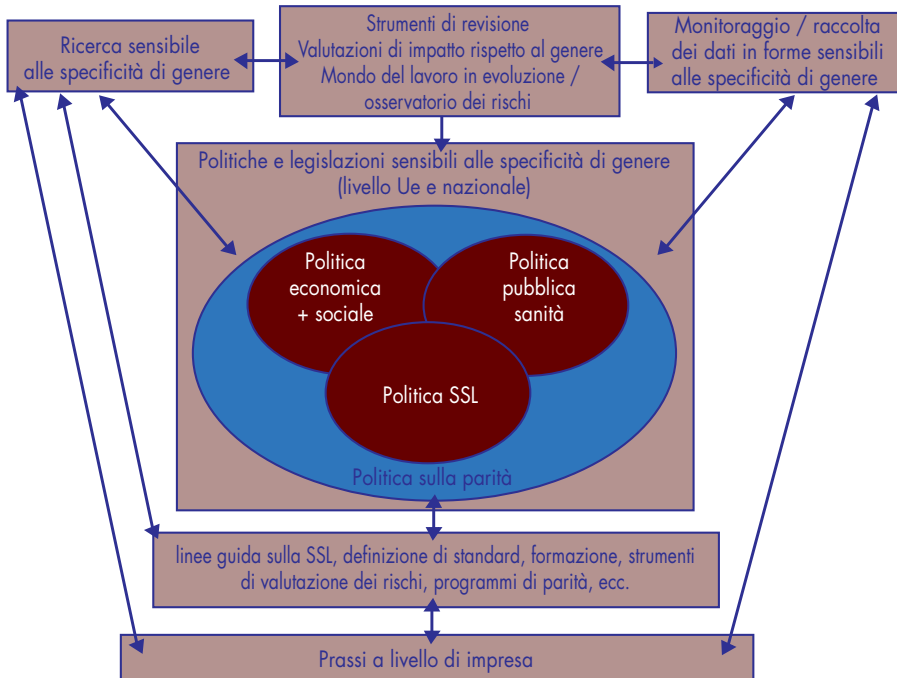
Sensibilità agli aspetti di genere e mainstreaming

Le differenze di genere possono dar luogo a quadri disomogenei dei rischi per la salute, dell'uso dei servizi sanitari e delle conseguenze sulla salute. I risultati del presente studio confermano che adottare un approccio alla SSL caratterizzato da elementi di neutralità sotto il profilo delle problematiche di genere contribuisce al perdurare di lacune conoscitive e al fatto che vengano date maggiori risorse e attenzione alla salute sul lavoro degli uomini e ai rischi del lavoro maschile, determinando una prevenzione meno efficace. Si è fatto riferimento alla possibilità di disparità di genere nel campo d'azione e di applicazione di direttive neutrali rispetto al genere, nella definizione delle priorità e nell'allocazione delle risorse ai fini della SSL, nell'indicazione di modelli di riferimento, nella definizione di standard e negli accordi in materia di indennizzi. Le politiche per la salute sul lavoro possono tener conto delle differenze di genere adottando un approccio sensibile alle specificità di genere e riconoscendo che alcuni problemi di salute sono esclusivamente maschili o femminili o hanno implicazioni più serie per gli uomini o per le donne.

Il mainstreaming del genere (in altre parole, l'integrazione di intessi di genere nell'analisi, nella formulazione e nel monitoraggio delle politiche, dei programmi e dei progetti tesi a ridurre le disuguaglianze tra uomini e donne) riveste un ruolo fondamentale in tal senso e l'utilizzo di valutazioni di impatto rispetto al genere rappresenta uno strumento importante in questo processo.

Di seguito si riporta un modello per il mainstreaming del genere nel sistema della SSL.

Livelli d'intervento per il mainstreaming del genere nel sistema della SSL



Inoltre, l'adozione di un orientamento di tipo olistico nei confronti della prevenzione della SSL richiede un approccio interdisciplinare tra diversi campi di politiche.

Esistono conoscenze sufficienti per cominciare ad adottare un approccio alla SSL che sia sensibile alle specificità di genere a tutti i livelli, dalla politica alla pratica. Occorre incorporare una prospettiva di genere nel controllo delle condizioni di lavoro, nello sviluppo e nell'implementazione della legislazione, nella valutazione dei rischi e nelle pratiche di prevenzione. I professionisti della SSL, sia medici che paramedici, nonché tutti gli altri esperti, tra cui tecnici della sicurezza e fisioterapisti, hanno bisogno di maggiore formazione su questi problemi. I sindacati ricoprono un ruolo importante sul piano della sensibilizzazione, della formazione e dello sviluppo di linee guida. È necessario realizzare strutture capaci di fungere da linea guida per l'integrazione degli aspetti di genere nelle pratiche e nelle politiche di SSL. Le esperienze e le pratiche dovrebbero essere condivise in modo da migliorare gli approcci.

Di seguito si riportano dei suggerimenti per portare avanti il programma di mainstreaming del genere nella SSL.

Il Comitato consultivo della Commissione europea sulla sicurezza, l'igiene e la salute potrebbe istituire un gruppo ad hoc incaricato di studiare modi pratici per sviluppare il programma Ue volto a integrare le problematiche di genere nella SSL.

I comitati europei di settore per il dialogo potrebbero studiare le modalità con cui promuovere il mainstreaming e un approccio sensibile al genere nell'ambito del settore di appartenenza. Questo lavoro potrebbe comprendere lo sviluppo di linee guida per la valutazione e la prevenzione dei rischi.

Un'altra area da esplorare è il modo in cui le organizzazioni attive nella promozione delle parità potranno estendere le loro attività alla SSL. Ad esempio, la European Women's Lobby ha creato una banca europea del talento femminile intesa come risorsa per contribuire all'aumento della partecipazione delle

donne alle riunioni, alle conferenze e ai gruppi tecnici che forniscono consulenza alla Commissione europea e ad altre organizzazioni europee e internazionali. Iniziative come questa potrebbero essere ampliate in modo da abbracciare anche la problematica della SSL.

Potrebbero essere individuati percorsi di collaborazione tra il Comitato consultivo sulla sicurezza, l'igiene e al salute e il Comitato consultivo sulle parità, e quest'ultimo potrebbe studiare modi per promuovere la parità in materia di SSL nell'ambito delle sue attività.

Azioni analoghe possono essere intraprese a livello nazionale. Inoltre, le autorità e le istituzioni preposte alla SSL potrebbero occuparsi in modo specifico delle problematiche inerenti la salute delle donne sul lavoro e degli ambiti del lavoro femminile che sono state trascurati ai fini della ricerche delle attività di intervento, come è stato fatto dal NIOSH.

Organizzazioni che si interessano della salute delle donne, come i programmi di sanità rivolti alle donne o le Ong impegnate nelle problematiche della salute femminile, rappresentano un'importante fonte di informazione e rivestono un ruolo di sensibilizzazione molto importante. Queste organizzazioni hanno enormi possibilità di occuparsi degli aspetti della salute occupazionale femminile con i soggetti impegnati nel campo della SSL, come le autorità preposte alla SSL, i sindacati e i datori di lavoro, per attuare interventi di sensibilizzazione e sviluppare orientamenti finalizzati all'ottimizzazione del posto di lavoro. È stato inoltre rilevato che le donne utilizzano con efficacia lo strumento Internet per reperire informazioni in tema di salute. L'inserimento di informazioni collegate alla SSL nei siti delle organizzazioni interessate alla salute potrebbe essere un metodo particolarmente efficace per aumentare il livello di attenzione tra le donne.

Un elemento fondamentale nell'ambito della SSL è da ricercare nella necessità di avviare interventi di sensibilizzazione e attività di prevenzione quanto prima possibile, portando la SSL nelle scuole e integrandola nel processo educativo. Ovviamente, in

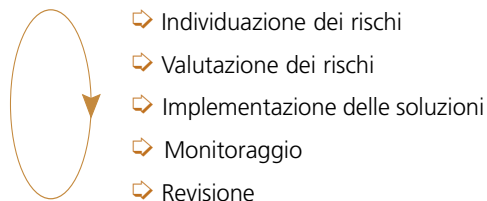
questo processo dovrebbe essere inclusa una prospettiva di genere.

Adozione di un approccio sensibile alle specificità di genere nell'intervento nei luoghi di lavoro

La prevenzione in tema di SSL necessita di un approccio sensibile alle specificità di genere. È stato osservato che, sebbene la maggior parte della legislazione europea in materia di SSL sia neutrale rispetto al genere, sarebbe comunque possibile applicarla in forme sensibili al genere. Tuttavia, per realizzare questo obiettivo occorrono orientamenti, interventi di sensibilizzazione e formazione finalizzati all'adozione di un simile approccio.

L'intento di fondo di un approccio nei confronti della valutazione e della prevenzione dei rischi in forme che risultino sensibili al genere è quello di esaminare efficacemente i rischi e i problemi di salute meno visibili che sono più comuni tra le lavoratrici, in modo da porre in essere adeguati interventi preventivi. Poiché esistono differenze di genere in tutta una serie di problematiche di più ampio contesto connesse alle situazioni lavorative, come i conflitti tra lavoro e sfera personale, la discriminazione e i livelli di coinvolgimento nei processi decisionali sul lavoro, la prevenzione dei rischi richiede un approccio di tipo olistico se si vuole che tutte le differenze di genere ritenute pertinenti siano prese in considerazione.

È opinione diffusa che la valutazione e la prevenzione dei rischi si articoli in cinque fasi:



Occorre rendere sensibili al genere tutte le fasi del processo di valutazione e prevenzione dei rischi. Il Riquadro 71 espone una serie di suggerimenti, fondati sui risultati di questo studio, tesi a rendere questo processo maggiormente sensibile rispetto al genere.

Riquadro 71: suggerimenti per includere gli aspetti di genere nella valutazione dei rischi

Aspetti fondamentali per la valutazione dei rischi in forme sensibili al genere:

- ✓ Impegnarsi con un atteggiamento positivo e trattare con serietà le problematiche di genere.
- ✓ Osservare la situazione lavorativa reale.
- ✓ Coinvolgere tutti i lavoratori, donne e uomini, in tutte le fasi della valutazione.
- ✓ Non accettare alcun assunto aprioristico in merito ai rischi, alle persone ritenute a rischio, ecc.

Individuazione dei rischi (elenco esemplificativo)

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

Valutazione dei rischi,(elenco esemplificativo)

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

Ad esempio, ne caso dello stress, includere:

- interfaccia casa-lavoro, e orari di lavoro sia degli uomini che delle donne;
- sviluppo della carriera;
- molestie;

- fattori di stress emotivo;
- interruzioni impreviste e necessità di fare molte cose diverse in una volta.

Ad esempio, per la salute della sfera riproduttiva:

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

Ad esempio, per i disturbi muscolo-scheletrici:

- Considerare in chiave critica cosa è considerato "lavoro leggero". Quanto impegno muscolare statico richiede? La mansione richiede di stare a lungo in piedi? Quali carichi vengono effettivamente maneggiati, e quanto spesso?

Implementazione di soluzioni, ad esempio:

- Puntare all'eliminazione dei rischi alla fonte, per offrire un ambiente di lavoro sano e sicuro a tutti i lavoratori. In questa azione sono compresi i rischi a carico della sfera riproduttiva.
- Prestare attenzione alle diverse popolazioni e adattare il lavoro e le misure preventive al lavoratore, ad esempio a livello di scelta dei dispositivi di protezione in base alle esigenze individuali, ossia adatti alle donne e a quegli uomini che non rientrano nella "media maschile".
- Coinvolgere le lavoratrici nelle decisioni relative alle soluzioni e nell'implementazione di queste ultime.
- Accertarsi che tanto le lavoratrici quanto i loro colleghi uomini dispongano di informazioni e preparazione sugli aspetti della SSL relativamente ai lavori che svolgono, alle effettive condizioni di lavoro e agli effetti sulla salute. Garantire l'inclusione dei lavoratori part-time, temporanei e interinali.

Monitoraggio e revisione, (elenco esemplificativo):

- Accertarsi che le lavoratrici partecipino ai processi di monitoraggio e revisione.

- Aggiornarsi rispetto alle nuove informazioni sulle questioni di SSL in relazione al genere.

Sia la valutazione del rischio che il monitoraggio possono rientrare nell'ambito della vigilanza sanitaria:

- Includere azioni di vigilanza relative alle mansioni sia degli uomini che delle donne.
- Esercitare cautela nel formulare ipotesi, ad esempio fondate sulla qualifica aziendale, in merito ai soggetti da includere nelle attività di monitoraggio.

L'archiviazione degli incidenti è un aspetto importante sia della valutazione del rischio che del monitoraggio:

- Favorire la tenuta di un archivio delle problematiche di salute occupazionale nonché degli incidenti sul lavoro.

Attività generali

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

8.



RACCOMANDAZIONI

Aspetti fondamentali

- 1. Dare la priorità alla prevenzione.** Occorre un impegno continuo per migliorare le condizioni di lavoro e l'organizzazione del lavoro, in modo da renderle adatte sia alle donne che agli uomini.
- 2. Promuovere e favorire un approccio sensibile alle specificità di genere.** Le attività di ricerca e prevenzione, nonché gli interventi programmatici dovrebbero recepire, al loro interno, elementi di sensibilità rispetto al genere, onde contribuire a garantire una prevenzione efficace ed evitare discriminazioni tra uomini e donne nell'ambito della SSL. Sarebbe altresì auspicabile che una prospettiva di genere venisse sistematicamente incorporata nelle attività di ispezione del lavoro, legislative e di orientamento, nonché nelle attività di valutazione e prevenzione dei rischi. Il personale medico e paramedico con competenze in tema di SSL ed altri soggetti impegnati, tra cui tecnici della sicurezza e i fisioterapisti, hanno bisogno di maggiore formazione relativamente a questi temi. È necessario, a tutti i livelli, prendere coscienza della necessità di un approccio sensibile al genere e di iniziative di supporto volte a conseguirlo. Occorre condividere gli approcci e le esperienze esistenti, e sviluppare un quadro unitario che possa servire da orientamento ai fini del mainstreaming (integrazione) delle problematiche di genere nelle politiche e nelle pratiche connesse alla SSL. Il presente studio e i modelli che esso presenta potrebbero essere utilizzati come punti di partenza per approfondimenti e nuove attività.
- 3. Prendere in considerazione tutti i rischi.** Alcuni rischi che interessano le donne hanno ricevuto meno attenzione, come il lavoro che richiede di stare a lungo in piedi e gli aspetti della sfera riproduttiva e sessuale al di fuori della gravidanza. Occorrono maggiori ricerche in queste aree trascurate, che andrebbero inserite nel quadro delle attività di valutazione e prevenzione. Sarebbe opportuno adattare un approccio olistico alla SSL, che riconosca e prenda in considerazione problemi come il conflitto tra lavoro e famiglia, le molestie e le discriminazioni.
- 4. Tenere conto della reale situazione lavorativa.** Le differenze tra uomini e donne, relativamente all'esposizione ai rischi derivanti dalla segregazione di genere nell'ambito occupazionale, influiscono in modo notevole sulle differenze tra uomini e donne in termini di conseguenze a carico della salute sul lavoro. Le cause correlate al lavoro e i requisiti di prevenzione, compresi quelli riferibili a problemi come i disturbi degli arti superiori e lo stress, sono ben documentati.

È tuttavia molto importante che siano esaminate le mansioni realmente svolte in contesti lavorativi reali, tanto ai fini della riuscita della prevenzione quanto a quelli della ricerca e del monitoraggio.

Raccomandazioni generali

1. Promuovere politiche favorevoli all'equilibrio tra lavoro e vita privata.

In genere, le donne si fanno carico in misura maggiore del lavoro domestico e delle responsabilità legate alla cura dei familiari. Sono molte le donne adulte che si prendono cura di parenti anziani. Il miglioramento dell'assistenza sociale a favore delle persone che somministrano queste cure sarebbe particolarmente vantaggioso per le donne, anche se una più equa distribuzione delle responsabilità domestiche potrebbe avere effetti positivi per entrambi i sessi. Gli uomini hanno più probabilità di svolgere impieghi a tempo pieno con orari lunghi e in questo caso gli eventuali orari diversi dalla norma o irregolari esercitano un maggiore impatto a livello di incompatibilità tra lavoro e vita privata. Molti lavoratori impegnati in orari lunghi vorrebbero ridurli, e molti di quelli occupati con orari brevi vorrebbero lavorare più ore. Occorrerebbe avviare, in tutti i luoghi di lavoro europei, politiche volte all'equilibrio tra vita privata e lavoro che comprendano elementi favorevoli alla vita familiare, orari adeguati e flessibilità, a beneficio di uomini e donne indistintamente, elementi che dovrebbero tenere conto degli orari di lavoro sia degli uomini che delle donne, ed esser concepiti in modo da risultare interessanti per gli uni e per le altre. Si rileva inoltre la necessità di una maggiore condivisione delle buone pratiche esistenti e di maggiori ricerche d'intervento nei luoghi di lavoro in tema di equilibrio tra vita privata e lavoro e strategie tese ad agevolare la compatibilità tra lavoro e famiglia, orari flessibili, condivisione del lavoro, ecc.

2. Prestare attenzione a gruppi specifici di lavoratrici.

Le lavoratrici non costituiscono un gruppo omogeneo, come non lo sono, ad esempio, i lavoratori anziani o i lavoratori di sesso maschile. Occorre prestare maggiore attenzione al contesto lavorativo e alle esigenze in termini di SSL delle donne occupate in lavoratori inconsueti, delle lavoratrici più giovani o anziane, delle prostitute e di altri gruppi vulnerabili.

3. Promuovere la cooperazione interdisciplinare.

La natura multifattoriale delle differenze di genere in tema di SSL esige una cooperazione attiva tra varie aree delle politiche per la ricerca, l'istruzione e l'informazione. Occorre esplorare modi per promuovere questa cooperazione e condividere le buone pratiche.

4. L'integrazione della SSL nei programmi d'intervento per la parità a tutti i livelli.

Da realizzare, ad esempio, includendo la SSL in tutti i programmi di intervento rivolti alla parità, o inserendo la SSL nei piani per la parità nel lavoro.

5. Ridurre la discriminazione e migliorare la qualità dell'occupazione femminile.

Queste importanti questioni esulano dalla finalità del presente studio. Per informazioni su strategie finalizzate a introdurre miglioramenti in quest'area, tra cui le disposizioni mirate a facilitare l'accesso femminile al lavoro, a ridurre la segregazione sessuale e a ridurre la discriminazione salariale, si faccia riferimento all'Allegato 14, tratto da una pubblicazione della Fondazione europea (2002c).

6. Miglioramento della partecipazione femminile nelle attività decisionali connesse alla SSL.

Le donne dovrebbero essere rappresentate e coinvolte in prima persona nei processi decisionali relativi alla SSL. Le opinioni, esperienze, conoscenze e compe-

tenze delle donne dovrebbero trovare espressione in sede di formulazione e implementazione di strategie finalizzate alla promozione della salute nell'ambito della SSL. Occorre esaminare modi per conseguire questo risultato e favorire lo scambio delle buone pratiche esistenti.

Ricerca e monitoraggio della SSL

1. Fondare la valutazione dell'esposizione sulle mansioni realmente svolte.

La valutazione dell'esposizione richiede di essere migliorata e non deve basarsi sulla qualifica ricoperta in seno all'azienda, ma sulle situazioni lavorative reali e i compiti reali che i lavoratori svolgono. Occorre tenere conto degli eventuali effetti cumulativi e di sinergia delle sostanze chimiche, sia in rapporto alle sostanze medesime che a fonti di rischio di altra natura.

2. Valutare le ricerche epidemiologiche per verificare eventuali discriminazioni.

I dati esistenti sulle ricerche epidemiologiche dovrebbero essere valutati in chiave critica per accertare la presenza di eventuali discriminazioni sistematica nel modo in cui le indagini vengono svolte quando viene studiata la SSL delle donne.

3. Includere, in modo sistematico, la dimensione di genere nella raccolta dei dati e nel monitoraggio statistico.

Questo comporta la raccolta di dati nazionali sugli incidenti di lavoro, sulle malattie e sui disturbi correlati al lavoro, nonché il mantenimento di un adeguato archivio relativo ai dati sugli indennizzi. Ad esempio, sono molto utili le analisi di genere relative ai dati raccolti da Eurostat e attraverso i sondaggi europei sulle condizioni di lavoro. È comunque importante valutare se i dati raccolti e gli indicatori disponibili sono adeguati o meno per individuare le caratteristiche specifiche dell'occupazione femminile. Occorrerebbe tradurre in pratica le racco-

mandazioni scaturite dalle analisi di genere riguardanti il terzo sondaggio europeo sulle condizioni di lavoro, onde apportare modifiche alle modalità del sondaggio. È necessario che le statistiche per genere degli Stati membri in materia di SSL vengano ulteriormente sviluppate, per rendere disponibili nuove informazioni in senso generale, e in particolare informazioni su qualsiasi differenza tra gli Stati membri. La qualità delle statistiche di genere riguardanti le conseguenze a carico della SSL potrà essere migliorata se esse terranno conto del numero di ore lavorate e della suddivisione nelle occupazioni e nei settori occupazionali. Più fedele sarà la ripartizione delle mansioni realmente svolte dalle persone, migliore sarà il risultato. Occorre studiare strumenti pratici per migliorare la qualità delle statistiche di genere nel campo della SSL.

4. Approfondire le indagini e i confronti relativi alle differenze tra gli Stati membri.

Sono necessarie ulteriori indagini sulle differenze di genere a livello di condizioni di lavoro e sui risultati occupazionali all'interno dei singoli Stati membri, al fine di poter verificare se sussistono differenze tra di essi e i motivi alla base di tali eventuali differenze, specie in quegli Stati in cui si rileva una carenza di dati.

5. Raccogliere dati provenienti dai paesi candidati.

Esistono differenze di genere tra i paesi candidati e gli Stati membri e tra un paese candidato e l'altro. Sarebbe utile esaminare in modo più dettagliato le politiche e le pratiche in atto presso i paesi candidati.

6. Correggere lo squilibrio di genere nei programmi di ricerca.

I rischi a cui il lavoro espone le donne e i lavori a prevalenza femminile hanno ricevuto meno attenzione da parte della ricerca. Ove necessario, i programmi di ricerca nel campo della SSL dovrebbero specificamente includere temi riguardanti le donne e i loro luoghi di lavoro. Sono necessari altri studi d'intervento

sulla prevenzione dei rischi del lavoro per le donne e sull'integrazione (mainstreaming) del genere nelle attività di prevenzione.

7. Considerare l'impatto dei cambiamenti nel mondo del lavoro sul genere e sulla SSL. I cambiamenti nel mondo del lavoro comportano conseguenze per la SSL. Ne è un esempio recente l'introduzione del lavoro a distanza ("telelavoro"). Occorrerebbe valutare i cambiamenti sotto il profilo delle conseguenze ivi derivanti a carico della SSL, svolgendo, tra l'altro, una valutazione rispetto al genere.

Sviluppo delle politiche

1. Integrazione (mainstreaming) degli aspetti di genere nella strategia sulla SSL. Gli aspetti di genere dovrebbero essere integrati in tutte le aree della SSL a livello Ue e nazionale, come indicato dalla strategia comunitaria 2002–06. L'elemento del genere dovrebbe essere ben definito e trasparente e sarebbe opportuno creare un quadro unificato che possa servire da orientamento all'integrazione del genere nelle politiche, nei programmi e nelle pratiche di SSL. La Commissione europea e il Comitato consultivo sulla sicurezza, l'igiene e la salute potrebbero sostenere questo elemento della strategia, ad esempio esaminando in modo specifico la problematica legata al genere nelle attuali attività svolte sui disturbi muscolo-scheletrici, sulla violenza nei luoghi di lavoro e sulle strutture ospedaliere, poiché questi rischi e queste aree di lavoro sono importanti per molte donne lavoratrici, nonché nell'ambito delle attività dedicate alle malattie professionali. La Commissione e il Comitato consultivo potrebbero altresì considerare la possibilità di istituire in seno al Comitato un gruppo specifico dedicato al mainstreaming del genere nella SSL. Gli Stati membri dovrebbero inoltre considerare i possibili passi pratici da intraprendere per

integrare gli aspetti di genere nelle loro attività in tema di SSL, e si ritiene auspicabile uno scambio a livello di esperienze e pratiche esistenti in quest'area.

2. Applicare le valutazioni dell'impatto rispetto al genere come strumento d'integrazione. Secondo la strategia europea sulla promozione della parità, in sede di revisione o sviluppo di nuove direttive, politiche o interventi Ue in materia di SSL, sarebbe opportuno attuare valutazioni dell'impatto rispetto al genere, prendendo in considerazione elementi quali la prevenzione, la standardizzazione e le politiche di indennizzo, nonché la raccolta dati e l'accesso ai servizi e alle risorse di SSL.

3. Incorporare il genere e le condizioni di lavoro nella definizione degli standard. La sicurezza e la salute delle donne potrebbero risultare meno tutelate rispetto agli uomini, in quanto molti standard di SSL e limiti di esposizione alle sostanze pericolose sono stati elaborati in base ai dati ricavati su popolazioni maschili e da prove di laboratorio che hanno coinvolto soggetti maschi. Nella standardizzazione europea e internazionale occorrerebbe prendere in considerazione dati su entrambi i sessi e differenze di genere nelle condizioni di lavoro.

4. Integrazione delle problematiche di genere nella SSL in altre aree di politica. Le problematiche di genere nella SSL dovrebbero essere integrate in altre aree delle politiche, come ad esempio la politica sanitaria e le azioni tese alla responsabilità sociale delle imprese (RSI).

Sensibilizzazione e buone pratiche nella prevenzione

1. Migliorare la sensibilità al genere nell'implementazione delle direttive esistenti, ecc.

I requisiti piuttosto ampi della valutazione e della prevenzione dei rischi nelle direttive e

nelle linee guida della Ue, improntate a un approccio neutrale rispetto al genere, non escludono la possibilità di adottare un approccio più sensibile al genere all'atto dell'implementazione. Ciò richiede lo sviluppo di metodi di implementazione più sensibili rispetto al genere, tra cui, ad esempio, l'inclusione di informazioni nelle linee guida e nei codici di pratica che la Commissione e gli Stati membri producono nell'ambito del supporto all'attuazione della legislazione, nonché la produzione di orientamenti specifici o di formazione e informazioni diretti agli ispettorati del lavoro. Appare importante il ruolo delle parti sociali, alle quali potrebbe essere demandato il compito di sviluppare linee guida. Tutti gli attori della SSL hanno bisogno di formazione e informazioni riguardo alle condizioni di lavoro delle donne.

2. Studiare e condividere le buone pratiche.

Questa relazione contiene esempi di approcci e pratiche utilizzati in singoli Stati membri o provenienti da altre fonti. Sarebbe utile raccogliere e condividere un maggior numero di esempi di politiche, programmi e buone pratiche che trovano applicazione nei luoghi di lavoro di tutti gli Stati membri.

3. Attività di sensibilizzazione, promozione delle buone pratiche e metodi per includere le specificità di genere nella valutazione dei rischi e per favorire il coinvolgimento delle lavoratrici.

È necessario promuovere attivamente un approccio sensibile alle specificità di genere nella valutazione dei rischi sui luoghi di lavoro. Questa attività richiede un'opera di sensibilizzazione e formazione, sostenuta da informazioni adeguate per i luoghi di lavoro. La Commissione, il Comitato consultivo sulla sicurezza, l'igiene e la salute, gli Stati membri e le parti sociali dovrebbero studiare modi per appoggiare questa raccomandazione.

9.



GLOSSARIO

Sesso e genere

Le differenze che esistono tra uomini e donne sono di natura biologica o sociale.

- Sesso/sexuale: Il sostantivo sesso e l'aggettivo sessuale si riferiscono alle differenze biologicamente determinate tra l'uomo e la donna, che sono universali.
- Genere/di genere: Il sostantivo genere e la forma aggettivale di genere si riferiscono alle differenze sociali tra gli uomini e le donne, che derivano dall'apprendimento e variano ampiamente all'interno di ogni cultura e tra le varie culture.

Esempio: solo le donne possono partorire (fatto biologicamente determinato, e dunque riferibile al sesso), ma i fattori biologici non determinano chi allevierà ed educerà i figli (comportamento connesso al genere).

Fonte della definizione: Commissione europea (senza data), A guide to gender impact assessment (Guida alla valutazione dell'impatto rispetto al genere).

Parità di genere - parità tra uomini e donne

1. Parità di genere significa che tutti gli esseri umani sono liberi di sviluppare le proprie capacità personali e fare scelte senza i limiti imposti da rigidi ruoli di genere; che i diversi comportamenti, aspirazioni ed esigenze propri degli uomini e delle donne sono valutati e favoriti in pari misura. La parità formale (di diritto) è solo il primo passo verso la parità materiale (di fatto). Disparità di trattamento e misure di incentivazione (azione positiva) possono rendersi necessarie per compensare le discriminazioni passate e presenti. Sulle differenze di genere possono influire anche altre differenze strutturali, come la razza/appartenenza etnica e la classe sociale. Anche queste dimensioni (ed altre ancora, come l'età, la disabilità, lo stato civile e l'orientamento sessuale) possono essere importanti.

Fonte della definizione: Commissione europea (senza data), A guide to gender impact assessment (Guida alla valutazione dell'impatto rispetto al genere).

- 2 Assenza di discriminazione, sulla base dell'appartenenza sessuale di una persona, in termini di opportunità o assegnazione di risorse o benefici o accesso a servizi.

Fonte della definizione: OMS (1998), Gender and health technical paper (Documento tecnico su genere e salute).

Invisibilità del genere o neutralità rispetto al genere

Mancato riconoscimento del fatto che il genere è un elemento determinante essenziale ai fini dei risvolti sociali.

Fonte della definizione: Oms (1998), Gender and health technical paper (Documento tecnico su genere e salute).

Sensibilità rispetto al genere

Capacità di percepire le differenze, le problematiche e le disuguaglianze connesse al genere, includendole nelle strategie e nelle azioni.

Fonte della definizione: Oms (1998), Gender and health technical paper (Documento tecnico su genere e salute).

Valutazione dell'impatto rispetto al genere — analisi di genere

1. Valutare in base all'impatto di genere vuol dire confrontare e valutare, in funzione di criteri attinenti il genere, l'attuale situazione e il quadro evolutivo rispetto allo sviluppo atteso derivante dall'introduzione della politica proposta.

Fonte della definizione : Commissione europea (senza data), A guide to gender impact assessment (Guida alla valutazione dell'impatto rispetto al genere).

2. L'analisi di genere esamina le differenze e le disparità di ruolo tra uomini e donne, gli squilibri di potere nei loro rapporti, le loro esigenze, limitazioni e opportunità e l'impatto di tali differenze sulla vita degli uni e delle altre. Nel campo della salute, l'analisi di genere studia come queste differenze determinino differenze a livello di esposizione ai rischi, accesso ai vantaggi della tecnologia, alle informazioni, alle risorse e alle prestazioni sanitarie, nonché differenze in termini di godimento effettivo dei propri diritti. Occorre condurre un'analisi di genere in tutte le fasi degli interventi, dalla definizione delle priorità e raccolta dei dati fino alla progettazione, implementazione e valutazione di politiche o programmi.

Fonte della definizione: Oms (1998), Gender and health technical paper (Documento tecnico su genere e salute).

Mainstreaming — mainstreaming della parità di genere

1. Nella comunicazione della Commissione europea sul mainstreaming (COM (96) 67), esso viene definito come "non limitare gli sforzi mirati a promuovere la parità all'implementazione di misure specifiche, bensì attivare tutte le politiche e le misure generali allo scopo specifico di ottenere la parità". La dimensione di genere e di parità dovrebbe essere presa in considerazione in tutte le politiche e le attività, e nelle fasi di pianificazione, implementazione, monitoraggio e valutazione.

Fonte della definizione: Commissione europea (senza data), A guide to gender impact assessment (Guida alla valutazione dell'impatto rispetto al genere).

2. L'integrazione di interessi di genere nell'analisi, nella formazione nel monitoraggio di politiche, programmi e progetti, con l'obiettivo di garantire che questi riducano le disuguaglianze tra uomini e donne.

Fonte della definizione: Oms (1998), Gender and health technical paper (Documento tecnico su genere e salute).

Mainstreaming — mainstreaming della SSL

Il mainstreaming mira a far sì che i principi della gestione dei rischi e l'atteggiamento verso la SSL siano parte integrante dei processi decisionali e d'intervento nei luoghi di lavoro, affinché la sicurezza e a salute non siano semplicemente un elemento accessorio.

Fonte della definizione: Agenzia europea, Forum 8 — Learning about occupational safety and health (Forum 8 : Nozioni sulla sicurezza e sulla salute sul lavoro).

Piani di parità

Piani organizzati dalle direzioni aziendali al fine di inserire un programma e una prospettiva di parità in tutte le politiche dell'impresa.

Fonte della definizione: Fondazione europea (2002c).



REFERENCES

ACTU (2003), *National survey of workplace issues 2002*, Australian Council of Trade Unions, Melbourne (http://www.actu.asn.au/public/news/1043965764_16041.html).

Ahjo nro (2002), 'Uudenkaupungin autotehtaalle tasa-arvopalkinto' ('Uusikaupunki car factory wins equality award'), Ahjo nro 21/2002, Helsinki (<http://www.metalliliitto.fi/21-02tasapalk.htm>).

Akyearmpong, E. B. (1992), 'L'absentéisme', *Tendances Sociales Canadiennes* 25, pp. 25–28.

Albarracan, D. (2002), *El sector de servicio doméstico: mujer e inmigración*, CIREM Foundation, European Industrial Relations Observatory web site (2002), Domestic work examined (<http://www.eiro.eurofound.ie/2002/05/Feature/ES0205206F.html>),

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Alterman, T., Shekelle, R. B., Vernon, S. W. and Burau, K. D. (1994), 'Decision latitude, psychological demand, job strain and coronary heart disease in the Western Electric Study', *American Journal of Epidemiology* 139(6), pp. 620–627.

American Psychological Association (1996), 'Research agenda for psychosocial and behavioural factors in women's health', American Psychological Association, Recommendations. Ammattitaudit 2000, 'Työperäisten sairauksien rekisteriin ilmoitetut uudet tapaukset' (Occupational diseases 2000. 'Reported new cases of occupational diseases'), Työterveyslaitos, Helsinki, 2001.

Ammattitaudit 2001, 'Työperäisten sairauksien rekisteriin ilmoitetut uudet tapaukset'. (Occupational diseases 2001. 'Reported new cases of occupational diseases'). Työterveyslaitos, Helsinki, 2002.

Andersen, A., Barlow, L., Engeland, A., Kjaerheim, K., Lynge, E. and Pukkala, E. (1999), 'Work-related cancer in the Nordic countries', *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 25, Supplement 2, pp. 1–116.

Anderson, B. and Phizacklea, A. (1997), *Migrant domestic workers. A European perspective*, Report for the Equal Opportunities Unit, DG V, European Commission.

AOK Bayern (2002), *Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben — Ein Modellprojekt der AOK Bayern*.

Ariëns, G. A. M., Bongers, P. M., Douwes, M., Miedema, M. C., Hoogendoorn, M. E., Wal, G., Gender issues in safety and health network — A review van der Bouter, L. M. and van Mechelen, W. (2001), 'Are neck

flexion, neck rotation and sitting at work risk factors for neck pain? Results of a prospective cohort study in an occupational setting', *Occupational and Environmental Medicine* 58, pp. 200–207.

Aronsson, G. and Gustafsson, K. (2002), 'Semester - Forfarande en arbetarskyddsfråga? En empirisk studie av semester och återhämtning' ('Vacation — Still a question of occupational safety? An empirical study of vacation and return to work'), *Arbetsmarknad and Arbetsliv*, årg 8, nr 2, summer, 2002.

Artazcoz, L./Institut Municipal de Salut Publica (2001), 'Housework, paid work and women's health', Presented at 'A seminar on the gender dimension in health and safety', 16 November, Belgium EU Presidency/Federal Ministry of Labour and Employment Equal Opportunities Unit with the TUTB, Brussels.

Atkinson, J. (2000), *Employment options and labour market participation*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Autio, L., Heloma, A., Taskinen, K. and Reijula, K. (2001), 'Ravintolatyöntekijöiden tupakointi ja tupakansavu-altistus — Toteutuuko tupakkalaki?' ('Restaurant employees' smoking and their exposure to cigarette smoke — Does the antismoking law go ahead?'), *LSS* 2001 56, pp. 5289–5292.

Auvinen, A., Hietanen, M., Luukkonen, R. and Koskela, R.-S. (2002), 'Brain tumours and salivary gland cancers among cellular telephone users', *Epidemiology* 13(3), pp. 356–359.

Axelsson, A. and Prasher, D. (2000), 'Tinnitus induced by occupational and leisure noise', *Noise and Health* 8, pp. 47–54.

Axelsson, G., Ahlborg, G. and Bodin, L. (1996), 'Shift work, nitrous oxide exposure and spontaneous abortion among Swedish midwives', *Occupational and Environmental Medicine* 53, pp. 374–378.

Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L. and Dowrick, C. (2001), 'Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN (European Outcome of Depression International Network) study 2001', *British Journal of Psychiatry* 179, pp. 308–316.

Baird, D. D. and Strassmann, B. I. (2000), 'Women's fecundability and factors affecting it', in Goldman, M. and Hatch, M. (eds), *Women and Health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Bakker, A., Schaufeli, W. B. and van Dierendonck, D. (2000), 'Burnout: prevalence, risk groups and risk factors', in Houtman, I., Schaufeli, W. B. and Taris, T. (eds), *Mental fatigue and work* (in Dutch), Samsom, Alphen a/d Rijn, pp. 65–82.

Ballard, T., Corradi, L., Lauria, L., Mazzanti, C., Sgorbissa, F. and Romito, P. (2002a), 'Flight attendants talk about work, family and health: generating hypotheses from qualitative research', Workshop TuW15, in Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. and Westberg, H. (eds), *Women, work and health — Illrd international congress - Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Ballard, T., Lagorio, S., De Santis, M., De Angelis, G., Santaquilani, M., Caldora, M. and Verdecchia, A. (2002b), 'A retrospective cohort mortality study of Italian commercial airline cockpit crew and cabin attendants 1965–96', *International Journal of Occupational Environmental Health* 8(2), pp. 87–96.

Barnett, R. C. and Goreis, K. C. (2000), 'Reduced hours, job role quality and life satisfaction among married women physicians with children', *Psychology and Women Quarterly* 24, pp. 358–364.

Barrenäs, M. (1998), 'Pigmentation and noise-induced hearing loss: Is the relationship between pigmentation and noise-induced hearing loss due to an ototoxic pheolaminin interaction or to otoprotective eumelan effects. Advances in noise research', in Prasher, D. and Luxon, L. (eds.), *Biological effects of noise*, Volume 1, Whurr Publishers Ltd, London, pp. 59–70.

Barros Duarte, C., Ramos, S. and Lacomblez, M. (2002), 'From work to occupational health: working conditions' analysis in the textile and clothing sector — the particularity of women's work', Workshop TuW09:2, in Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. and Westberg, H. (eds), *Women, work and health - IIIrd international congress - Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Baruch, G. K., Biener, L. and Barnett, R. C. (1987), 'Women and gender in research on work and family stress', *American Psychologist* 42, pp. 130–136.

Bastian, R. W. and Thomas, M. D. (2000), *Talkativeness and vocal loudness: Do they correlate with laryngeal pathology? — A study of the vocal overdoer/underdoer continuum*, Voice Foundation meeting, Philadelphia, PA 6/30/00, Voicedoctor.net (<http://www.voicedoctor.net/physician/article/talk/abstract.html>).

Batra, P. (2002), 'Aspects of gender relations in Greek industry', Workshop TuW09:4, in Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. and Westberg, H. (eds), *Women, work and health - IIIrd international congress - Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Benach, J., Gimeno, D. and Benavides, F. G. (2002), *Types of employment and health in the European Union*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Benschop, Y. and Doorewaard, H. (1996), 'Lood om oud ijzer. De gendersubtekst van tayloristische en sociotechnische organisaties' ('Six of one and half a dozen of the other. The gender subtext of Tayloristic and sociotechnical organisations'), *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken* 12(3), pp. 238–250.

Bercusson, B. and Dickens, L. (1996), *Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Part 1: Defining the issues*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Bercusson, B. and Weiler, A. (1999), *Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Part 3: Analysis of agreements*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Berger, E., Royster, L. and Thomas, W. (1978), 'Presumed noise-induced permanent threshold shift resulting from exposure to an A-weighted Leq of 89 dB', *Journal of the Acoustical Society of America* 64(1), pp. 192–197.

Bergman, B. P. and Miller, S. A. (2001), 'Equal opportunities, equal risks? Overuse injuries in female military recruits', *Journal of Public Health Medicine* 23(1), pp. 35–39.

Bielenski, H. and Hartmann, J. (2000), *Combining family and work: the working arrangements of women and men*, European

Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Bielenski, H., Bosch, G. and Wagner, A. (2002), *Working time preferences in 16 European countries*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

BIFU — Banking, Insurance and Finance Union (now UniFI), *Occupational voice loss. A negotiator's guide*, London.

Bildt, C. and Michélsen, H. (2002), 'Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a four-year follow-up', *International Archives of Occupational and Environmental Health* 75, pp. 252–258.

Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. and Westberg, H. (eds) (2002), *Women, work and health — Illrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm (<http://www.arbetslivsinstitutet.se/wwh/default.asp>).

Bildt Thorbjörnsson, C. and Lindelöw, M. (1998), 'Psychiatric ill health and conditions at work', in Kilbom, Å., Messing, K. and Bildt Thorbjörnsson, C. (eds), *Women's health at work*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Black, D. W., Doebbeling, B. N., Voelker, M. D., Clarke, W. R., Woolson, R. F., Barrett, D. H. and Schwartz, D. A. (2000), 'Multiple chemical sensitivity syndrome: symptom prevalence and risk factors in a military population', *Archives of International Medicine* 160(8), pp. 1169–1176.

Blair, A. (1998), 'Occupational cancer among women, an overview', *Women's health, occupation, cancer and reproduction*, 14 to 16 May, Reykjavik, Iceland.

Blatter, B. M. and Bongers, P. M. (2002), 'Duration of computer use and mouse use in relation to musculoskeletal disorders of neck or upper limb', *International Journal of Industrial Ergonomics* 30, pp. 295–306.

Bleijenbergh, I., de Bruijn, J. and Dickens, L. (1999), *Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Part 5: Strengthening and mainstreaming equal opportunities through collective bargaining*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Blikvaer, T. and Helliesen, A. (1997), *Sickness absence. A study of 11 LES countries*, Luxembourg income study, LES Working Paper 3, Luxembourg (<http://www.lisproject.org/publications/leswps/leswp3.pdf>).

Boice, J. D. and McLaughlin, J. (2002), *Epidemiological studies of cellular telephones and cancer risk*, Statens srålskyddsinstitut, SSI Rapport 2002, p. 16.

Bongers, P. M., de Winter, C. R., Kompier, M. A. J. and Hildebrandt, V. H. (1993), 'Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease', *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 19, pp. 297–312.

Borg, A., Canlon, B. and Engström, B. (1992), 'Individual variability of noise-induced hearing loss', in Dancer, A. L., Henderson, D., Salvi, R. J. and Hamernik, R. P. (eds), *Noise-induced hearing loss*, Mosby Year Book, St Louis, pp. 467–475.

Borras, J., Borras, J. M., Galceran, J., Sanchez, V., Moreno, V. and Gonzalez, J. R. (2001), 'Trends in smoking-related cancer incidence in Tarragona, Spain, 1980–96', *Cancer Causes Control* 12(10), pp. 903–908.

- Borrill, C. and Kidd, J. M. (1994), 'New parents at work: jobs, families and the psychological contract', *British Journal of Guidance and Counselling* 22(2), pp. 219–231.
- Bosma, H., Marmot, M. G., Hemingway, H., Nicholson, A. G., Brunner, E. and Stansfeld, A. (1997), 'Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study', *British Medical Journal* 314, pp. 558–565.
- Boyd, C. (2002), 'Customer violence and employee health and safety', *Work, Employment and Society* 16(01), pp. 151–170.
- Brisson, C., Laflamme, N., Moisan, J., Milot, A., Msse, B. and Vzina, M. (1999), 'Effect of family responsibilities and job strain on ambulatory blood pressure among white-collar women', *Journal of the American Psychosomatic Society* 61(2), p. 205.
- Broberg, E. (2001), 'Serious occupational accidents', in Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Sweden 2000*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Buckle, P. and Devereux, J. (1999), *Work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders*, European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Budig, J. M. and England, P. (2001), 'The wage penalty for motherhood', *American Sociological Review* 66, pp. 204–225.
- Bullinger, M., Morfeld, M., von Mackensen, S. and Brasche, S. (1999), 'The sick-building syndrome - Do women suffer more?', *Zentralblatt für Hygiene und Umweltmedizin*, 1999, Aug. 202 (2–4), pp. 235–241.
- Bylund, S. H. and Burström, L. (2003), 'Power absorption in women and men exposed to hand-arm vibration', *International Archives of Occupational and Environmental Health* 77.
- Bylund, S. H., Burström, L. and Knutsson, A. (2002), 'A descriptive study of women injured by hand-arm vibration', *Annals of Occupational Hygiene* 46(3), pp. 299–307.
- Campo, P. and Lataye, P. R. (1992), 'Intermittent noise and equal energy hypotheses', in Dancer, A. L., Henderson, D., Salvi, R. J. and Hamernik, R. P. (eds), *Noise-induced hearing loss*, Mosby Year Book, St Louis, pp. 456–466.
- Cancedda, A. (2001), *Employment in household services*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Castells, M. (1996), 'The rise of the network society. The information age', *Economy, society and culture*, Volume 1, Blackwell, Massachusetts, Oxford.
- Cinbiose, 'Improving the health of women in the workforce — Action plan developed by the meeting of Canadian researchers and representatives of women workers, 26 to 28 March 1998, at the Université du Québec à Montréal', University of Quebec (<http://www.unites.uqam.ca/cinbiose/anglais/pub/pub.actionplan.html>).
- Clarke, S. (2001), 'Earnings of men and women in the EU: the gap narrowing but only slow', Theme 3: Population and social conditions, Eurostat (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics_en.html).
- Cockburn, C. (1983), *Brothers. Male dominance and technological change*, Pluto Press, London.
- Cockburn, C. (1986), *Machinery of dominance*, Pluto Press, London.
- Comisiones Obreras (CC.OO.) (2001), *Salud-Laboral: diferencia género*, Federación de Comunicación y Transporte de CC.OO., Madrid.

Cooper, C. L. (1998), 'The changing psychological contract at work', *Work and Stress* 12(2), pp. 97–100.

Cooper, C. L. and Swanson, N. (2002), *Workplace violence in the health sector — State of the art*, ILO, WHO, ICN and PSI, International Labour Office, Geneva.

Cooper, C. L., Hoel, H. and di Martino, V. (2003), *Preventing violence and harassment in the workplace*, European Foundation for the

Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Cooper, G. S., Savitz, D. A., Millikan, R. and Chiu Kit, T. (2002), 'Organochlorine exposure and age at natural menopause', *Epidemiology* 13(6), pp. 729–733.

Cortazar Lopez, M., Kareaga Uriate, G., Lansac Aquilué, M., Irusta Onandia, J. A. and Azuara Blanco, S. (2002), *Estudio de los trastornos de voz en docentes y auxiliares de educación especial de al enseñanza pública de Bizkaia*, Servicio Médico de la Delegación de Educación de Bizkaia del Gobierno Vasco, Bilbao.

Council Directive 76/207/EEC of 9 February 1976 on the implementation of the principle of equal treatment for men and women as regards access to employment, vocational training and promotion and working conditions, OJ L 39, 14.2.1976, p. 40, Derogation in 194N, Incorporated by OJ L 1, 3.1.1994, p. 484, Luxembourg.

Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work, OJ L 183, 29.6.1989, Luxembourg, pp. 1–8.

Council Directive 89/654/EEC concerning the minimum safety and health requirements for the workplace, OJ L 393, 30.12.1989, Luxembourg, pp. 1–12.

Council Directive 89/655/EEC concerning the minimum safety requirements for the use of work equipment by workers at work, OJ L 393, 30.12.1989, Luxembourg, pp. 13–17.

Council Directive 89/656/EEC on the minimum safety requirements for the use of personal protective equipment, OJ L 393, 30.12.1989, Luxembourg, pp. 18–28.

Council Directive 92/85/EEC on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health at work of pregnant workers and workers who have recently given birth or are breastfeeding, OJ L 348, 28.11.1992, Luxembourg, pp. 1–8.

Council Directive 2002/73/EC of 23 September 2002 amending Council Directive 76/207/EEC on the implementation of the principle of equal treatment for men and women as regards access to employment, vocational training and promotion and working conditions, OJ L 269, 5.10.2002, Luxembourg, pp. 15–20.

Cousins, C. (2000), 'Women and employment in southern Europe: the implications of recent policy and labour market directions', *South European Society and Politics* 5(1) (summer 2000), pp. 97–122.

Cox, T. and Rial-González, E. (2002), 'Workrelated stress: the European picture', *Working on stress*, Magazine 5 of the European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Cox, T., Griffiths, A. and Rial-González, E. (2000), *Research on work-related stress*, European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Coyle, A. (1982), 'Sex and skill in the organisation of the clothing industry', in West, J. (ed.), *Work, women and the labour market*, Routledge and Kegan Paul, London, pp.10–27.

Cuelenaere, B. (1997), *Going to work after long-term sick leave. A study about rehabilitation in men and women* (in Dutch), Erasmus University, Rotterdam.

Current Intelligence Bulletin 57 (1996), 'Violence in the workplace. Risk factors and prevention strategies', National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

Danish Agency for Trade and Industry, 'Women entrepreneurs now and in the future' (<http://www.efs.dk/publikationer/rapporter/womenentr/kap01.html>).

Dassen, T. W. N., Nijhuis, F. J. N. and Philipsen, H. (1990), 'Career prospects for male intensive care nurses' (in Dutch), Gedrag Organisatie 1, pp. 32–47.

Daubas-Letourneux, V. and Thébaud-Mony, A. (2002), *Organisation du travail et santé dans l'Union européenne*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (<http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0206FR.pdf>).

Davidson, M. J., Cooper, C. L. and Baldini, V. (1995), 'Occupational stress in female and male graduate managers — A comparative study', *Stress Medicine 11*, pp. 157–175.

Davis, S., Mirick, D. K. and Stevens, R. G. (2001), 'Night shift work, light at night and risk of breast cancer', *Journal of the National Cancer Institute 93*(20), pp. 1557–1562.

Davis, A., Smith, P. and Wade, A. (1998), *A longitudinal study of hearing — Effects of age, sex and noise*, Proceedings of Nordic Noise, 12 to 15 March 1998, Stockholm.

de Lange, A., Kompier, M. A. J., de Jonge, J., Taris, T. and Houtman, I. (2001), 'Hoogwaardige longitudinaal vragenlijstonderzoek en het demand- control-support model' ('High-quality longitudinal survey research and the demandcontrol-support model'), *Gedrag Organisatie 14*(5), pp. 254–272.

Devereux, J. (2000), 'Work-related stress and MSDs: Is there a link?', Preventing work-related musculoskeletal disorders, Magazine 3 of the European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, p. 19, (http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/3/en/mag3_en.pdf).

Dhondt, S., Goudswaard, A. and Knave, B. (2002), *Research on changing world of work*, European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Diamantopoulou, A. (2002), 'Europe under stress', *Working on stress*, Magazine 5 of the European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, p. 3.

Dickens, L. (1998), *Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Part 4: Illuminating the process*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Dijkers, F. G. and Nikkels, P. G. (1995), 'Benign lesions of the vocal folds: *histopathology and phonotrauma*', *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology* 104 (9 Pt 1), pp. 698–703.

di Martino, V. (2002), *Workplace violence in the health sector — Country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study)*, Synthesis report, ILO, WHO, ICN and PSI, International Labour Office, Geneva.

di Martino, V., Hoel, H. and Cooper, C. L. (2002), *Preventing violence and harassment in the workplace*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Douillet, P. and Aptel, M. (2001), 'Preventing MSDs: towards a global approach', *Preventing work-related musculoskeletal disorders*, Magazine 3 of the European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, pp. 4–6.

Doyal, L. (2002), *The health and work of older women — A neglected issue*, Pennell Trust, Huddersfield (www.pennellwomenshealth.org).

Dreyer, L., Andersen, A. and Pukkala, E. (1997), 'Occupation', *Acta Microbiologica et Immunologica Scandinavica* (APMIS), 1997, Supplement No 76, Vol. 105, 'Avoidable cancers in the Nordic countries', pp. 68–79.

Dulk, L. den (2002), 'Employers and the caring employee: how Dutch, Italian, British and Swedish organisations facilitate the combination of work and care' (in Dutch), *Gedrag Organisatie* 15(4), pp. 225–239.

Dupré, D. (2001), 'Work-related health problems in the EU 1998–99', Statistics in Focus, Theme 3: Population and social conditions,

17/2001, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Dupré, D. (2002), 'The health and safety of men and women at work', Statistics in Focus, Theme 3: Population and social conditions, 4/2002, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Eklund, I., Englund, A. and Wikman, A. (2001), 'Working conditions in Sweden and Europe', in Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Sweden 2000*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Ekstedt, E. (1999), 'Forms of employment in a project-intensive economy', *American Journal of Industrial Medicine*, Supplement 1.

Ekstedt, E., Lundin, R. A., Soderholm, A. and Wirdenius, H. (1999), *Neo-industrial organising. Renewal by action and knowledge formation in a project-intensive economy*, Routledge, London and New York.

End abuse, family violence prevention fund (<http://endabuse.org/programs/workplace/>).

Endometriosis.org web site (<http://www.endometriosis.org/>).

Environmental Law Centre, 'Multiple chemical sensitivity (MCS) conference', Environmental Law Centre web site (<http://www.elc.org.uk>).

Equality Authority (Ireland), Dublin, 'Equality in a diverse Ireland', Dublin (<http://www.equality.ie>).

Estlander, T. and Jolanki, R. (2003), 'Sukupuoli ja ammatti-ihotaudit' ('Gender and occupational skin diseases'), in Luoto, R., Viisainen, K. and Kulmala, I. (eds) *Sukupuoli ja terveys* (Gender and health), Vastapaino.

Estola-Partanen, M. (2000), *Muscular tension and tinnitus. An experimental trial of trigger point injections on tinnitus*, Academic dissertation, University of Tampere, Medical School, Tampere University Hospital, Department of Otorhinolaryngology, Vammala, Vammalan Kirjapaino Oy (<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-4972-X.pdf>).

European Agency for Safety and Health at Work (2001a), *How to reduce workplace accidents*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2001b), *Health and safety campaigning: getting the message across*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2001c), *Preventing work-related slips, trips and falls: factsheet 14*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2002a), *How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2002b), *Preventing psychosocial risks and stress at work in practice*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2002c), *Violence at work: factsheet*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2002d), *Bullying at work: factsheet*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2002e), *Working on stress*, Magazine 5, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2002f), *Research on changing world of work, Working paper*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2003a), *Promoting health and safety in European small and medium-sized enterprises (SMEs): SME funding scheme 2001–02*, Office for Official Publications of the European Communities (<http://agency.osha.eu.int/publications/other/20030408/en/sme.pdf>).

European Agency for Safety and Health at Work (2003b), *SME funding scheme 2002: summary of awarded projects* (http://agency.osha.eu.int/sme/index_en.htm).

European Agency for Safety and Health at Work (2003c), *Improving occupational safety and health in SMEs: examples of effective assistance*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Commission (1991), Commission recommendation of 27 November 1991 on the protection of the dignity of women and men at work, including the code of practice to combat sexual harassment (92/131/EEC), OJ L 49, 24.2.1992, Luxembourg, pp. 1–8.

European Commission (1997), *Partnership for a new organisation of work*, Green Paper, European Commission, Brussels.

European Commission, Employment and Social Affairs (1998), *Sexual harassment at the workplace in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Commission (1999), 'Community strategy for endocrine disrupters: a range of substances suspected of interfering with the hormone systems of humans and wildlife', Communication from the Commission to the Council and the European Parliament, COM(1999) 706 final, 17.12.1999, Brussels.

European Commission (2000a), 'On the guidelines on the assessment of the chemical, physical and biological agents and industrial processes considered hazardous for the safety or health of pregnant workers and workers who have recently given birth or are breastfeeding (Council Directive 92/85/EEC)', Communication from the Commission, COM(2000) 466 final/2, Brussels.

European Commission, Employment and Social Affairs (2000b), *Guidance on work-related stress — Spice of life or kiss of death?*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Commission (2001), *Promoting a European framework for corporate social responsibility*, Green Paper, European Commission, Brussels.

European Commission, Employment and Social Affairs (2001), *Towards a Community strategy on gender equality (2001–05): equality between men and women*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Commission, Employment and Social Affairs, *Social Agenda 2*, July 2002 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc_agenda_en.html).

European Commission, Employment and Social Affairs (2002a), 'Sexual harassment outlawed', *Social Agenda 2*, July 2002, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Commission, Employment and Social Affairs (2002b), 'Dialogue between employers and unions enters a new phase', *Social Agenda 3*, 2002, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_agenda3_en.pdf).

European Commission (2002c), 'Adapting to change in work and society: a new Community strategy on health and safety at work 2002–06', Communication from the Commission, COM(2002) 118 final, 11.3.2002, Brussels.

European Commission (2002d), Report requested by the Stockholm European Council: 'Increasing labour force participation and promoting active ageing', Report from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, COM(2002), 9 final, 24.1.2002, Brussels (http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/feb/com_2002_9_en.pdf).

European Commission, Employment and Social Affairs web site (a), 'European campaign to raise awareness of violence against women' (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/violence_en.html).

European Commission, Employment and Social Affairs web site (b), 'Teleworking agreement' (http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/jul/telework_en.pdf).

European Commission (no date), 'A guide to gender impact assessment', European Commission web site (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/gender/gender_en.pdf).

European Commission web site, 'Gender equality legislation' (<http://europa.eu.int/comm/>

employment_social/equ_opp/rights_en.html# other).

European Commission gender equality web site, 'Statistics on gender issues' ([http:// europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics_en.html](http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics_en.html)).

European Commission gender equality web site, 'Statistics on gender issues — gender segregation in the labour market' ([http:// europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics/segregation.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics/segregation.pdf)).

European Commission gender equality web site, 'Statistics on gender issues — part-time employment' (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics/parttime.pdf).

European Council (2000), 'Presidency Council conclusions. Lisbon European Council, 23 and 24 March 2000', News release, European Council web site (<http://ue.eu.int/Newsroom/LoadDoc.asp?BID=76 DID=60917 from = LANG=1>).

European Council (2002), Council Decision 2002/177/EC of 18 February 2002 on guidelines for Member States' employment policies for the year 2002, OJ L 60, 1.3.2002, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, pp. 60–69.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2002a), *Quality of work and employment in Europe. Issues and challenges*, Foundation Paper No 1, February 2002, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (<http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0212 EN.pdf>).

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2002b), *Access*

to employment for vulnerable groups, Foundation Paper No 2, June 2002, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (<http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0244EN.pdf>).

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2002c), *Quality of women's work and employment — Tools for change*, Foundation Paper No 3, December 2002, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 'Full-time or part-time work: realities and options. Employment options of the future' (<http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0021EN.pdf>).

European Heart Network (1998), *Social factors, work, stress and cardiovascular disease prevention*, European Heart Network, Brussels.

European Industrial Relations Observatory online (1998), 'French national action plan (NAP) on employment adopted', European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions web site (<http://www.eiro.eurofound.ie/1998/05/feature/FR9805107F.html>).

European Outcome of Depression International Network web site(<http://www.markwalton.net/links.asp>).

European Parliament, Committee on Employment and Social Affairs (2002), Report on the Commission communication 'Adapting to change in work and society: a new Community strategy on health and safety at work 2002–06' (COM(2002) 118 C5-0261/2002 — 2002/2124(COS)), 16.9.2002, FINAL A5–0310/2002 (<http://www2.europarl.eu.int/omk/sipade2?L=EN&OBJID=3904&>

LEVEL=3&MODE=SIP&NAV=X&LSTDOC=N#Content5c0840).

European Platform for Vocational Rehabilitation (2002), *Participation of women in vocational rehabilitation programmes: a comparative research*, Brussels (http://www.epvr.org/Women_finale.doc).

European Women's Lobby (2000), Women's health, European Women's Lobby, Brussels (<http://www.womenlobby.org/Document.asp?DocID=94&tod=163423>).

European Women's Lobby (2002), *Strengthening the gender dimension in the new Community strategy on health and safety at work 2002–06*, European Women's Lobby, Brussels (<http://www.womenlobby.org/Document.asp?DocID=474&tod=161133>).

Eurostat, 'Population and social conditions 1999', *Average EU woman earns a quarter less than a man*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. Eurostat (2002a), 'People in Europe', *Eurostat yearbook. The statistical guide to Europe — Data 1990–2000*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Eurostat (2002b), *The life of women and men in Europe: a statistical portrait — Data 1980–2000*, European Commission, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Eurostat NewCronos, 'Population and social conditions 1999', Tilastokeskus, Eurostat Data Shop, Helsinki.

EWHNET (European Women's Health Network Working Group on Occupational Health) (2001), 'Gender sensitivity in occupational health', Presented at 'A seminar on the gender

dimension in health and safety', 16 November, Belgium EU Presidency/Federal Ministry of Labour and Employment Equal Opportunities Unit with the TUTB, Brussels.

Fagan, C. and Burchell, B. (2002), *Gender, jobs and working conditions in the European Union*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Fagan, C., Warren, T. and McAllister, I. (2001), *Gender, employment and working time preferences in Europe*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Fernandez, M., Schwarz, G. E. and Bell, I. R. (1999), 'Subjective ratings of odorants by women with chemical sensitivity', *Toxicology and Industrial Health* 15(6), pp. 577–581.

Figà-Talamanca, I. (1999), 'Reproductive health and occupational hazards among women workers', in Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, WHO, Geneva.

Figà-Talamanca, I. (2000), 'Reproductive problems among women healthcare workers: epidemiologic evidence and preventive strategies', *Epidemiologic Reviews* 22, pp. 249–260.

Figà-Talamanca, I. et al. (2000), 'Stressful work conditions and menstrual dysfunctions among female hospital employees', *Journal of Healthcare Safety Compliance and Infection Control* 4, pp. 69–74.

Finnish Ministry of Social Affairs, Occupational Safety and Health Act 738/2002: unofficial translation 20.2.2003, Helsinki (<http://>

- fi.osha.eu.int/legislation/oshact.pdf). FIOH, 'Legal provisions on the protection of pregnant women at work', *Työterveiset*, Newsletter of the Finnish Institute of Occupational Health, Special Issue 2/1999.
- Forastieri, V. (2000), *Safe work: information note on women workers and gender issues on occupational safety and health*, International Labour Office, Geneva, pp. 1–15.
- Forss, S., Karisalmi, S. and Tuuli, P. (2001), *Työyhteisö, jaksaminen ja eläkeajatuksset* ('Workplace, resources and retirement thoughts'), *Työssäpysymiseen liittyvän tutkimusprojektin loppuraportti*. Eläketurvakeskus, Raportteja 2001, Helsinki.
- Franco, A. and Winqvist, K. (2002), 'Women and men reconciling work and family life', *Statistics in Focus*, Theme 3: Population and social conditions, 9/2002, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Fredrikson, M., Melin, B., Tuomisto, M., Myrsten, A.-L., Hedman, M., Bergman-Losman, B. and Wallin, L. (1989), 'Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers', *Journal of Organisational Behaviour* 10, pp. 321–346.
- Fransson, S., Johansson, L. and Svenaeus, L. (2001), *Highlighting pay differentials between women and men*, Swedish Presidency study, European Commission web site ([http:// europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/documents/paydiff_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/documents/paydiff_en.pdf)).
- Fremont, J. (2001), 'Agriculture in Europe: the spotlight on women', *Statistics in Focus*, Theme 5: Agriculture and fisheries, 7/2001, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Galinsky, T., Waters, T. and Malit, B. (2001), 'Overexertion injuries in home healthcare workers and the need for ergonomics', *Home Health Care Services Quarterly* 20(3), Haworth Press, United States, pp. 57–73.
- Garcia, A. and Lega, H. (1999), *The 'second sex' of European trade unionism: research into women and decision-making in trade union organisations*, ETUC, Brussels.
- Gates, G. A., Couropmitree, N. N. and Meyers, R. H. (1999), 'Genetic associations in age-related hearing thresholds', *Archives of Otolaryngology — Head and Neck Surgery* 125, pp. 654–659.
- Geary, K. G., Irvine, D. and Croft, A. M. (2002), 'Does military service damage females? An analysis of medical discharge data in the British armed forces', *Occupational Medicine* 52(2), pp. 85–90.
- Giezen, A. van der (1998), *Women more often in the disability system?* (in Dutch), Elsevier, The Hague.
- Giezen, A. van der (2000), *Women, working conditions and disability* (in Dutch), Amsterdam.
- Gjesdal, S. and Bratberg, E. (2002), 'The role of gender in long-term sickness and transition to permanent disability benefits. Results from a multi-register-based prospective study in Norway 1990–95', *European Journal of Public Health* 12, pp. 180–186.
- Glasgold, A. and Altmann, F. (1966), 'The effect of stapes surgery on tinnitus in otosclerosis', *Laryngoscope* 76, pp. 1624–1632.
- Glasgow Healthy City Project, Women's Health Working Group (1997), *Action for women's health. Making changes through organisations*,

Glasgow Healthy City Project, Glasgow City Council, Glasgow. Goldman, M. and Hatch, M. (eds) (2000), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Gonäs, L. (2002), 'Gender segregation in the labour market', in Skiöld, L. (ed.), *Women and work — Seminar report*, Worklife and EU enlargement WLE report 4, Swedish National Labour Market Board (AMS) (www.ams.se/wle).

Goudswaard, A. and Andries, F. (2002), *Employment status and working conditions*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Goudswaard, A. and de Nanteuil, M. (2000), *Flexibility and working conditions. A qualitative and comparative study in seven EU Member States*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Goudswaard, A., André, J. C., Ekstedt, E., Huuhtanen, P., Kuhn, K., Peirens, K., OpdeBeeck, R. and Brown, R. (2002), *New forms of contractual relationships and the implications for occupational safety and health*, European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Goudswaard, A., Houtman, I., Kraan, K. and van den Berg, R. (1999), *Working conditions of flexible workers and part-timers*, TNO Work and Employment, Hoofddorp.

Graham, P. J. (2000), 'Improving access to occupational health services', *Occupational Health for Europeans*, Proceedings of the

International Symposium, Helsinki, 3 to 5 November 1999, pp.113–117.

Grönkvist, L. and Lagerlöf, E. (1999), 'Work and health among European women', in Messing, K. (ed.), *Integrating gender in ergonomic analysis*, Trade Union Technical Bureau, Brussels.

Groth, M. V., Burr, H. and Guichard, A. (2000), *Køn, arbejdsmijø og helbred. Arbejdsmijø i Danmark 2000*, AML, Arbejdsmiljøinstituttet.

Gründemann, R. W. M. and Van Vuuren, C. V. (1997), *Preventing absenteeism at the workplace — European research report*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Gump, B. B. and Matthews, K. A. (2000), 'Are vacations good for your health? The nine-year mortality experience after the multiple risk factor intervention trial', *Psychosomatic Medicine* 62, pp. 608–612.

Hague, J., Oxborrow, L. and McAtamney, L. (2001), *Musculoskeletal disorders and work organisation in the European clothing industry*, Trade Union Technical Bureau, Brussels.

Hakanen, J. (1999), 'Gender-related differences in burnout', *Työterveiset*, Newsletter of the Finnish Institute of Occupational Health, Special Issue 2/1999, FIOH, pp. 15–17.

Hakola, T. (2002), 'Economic incentives and labour market transitions of the aged Finnish workforce', *Vatt-tutkimuksia* 89, Helsinki.

Hallberg, L. R. and Barrenäs, M. L. (1993), 'Living with a male with noise-induced hearing loss: experiences from the perspective of the spouses', *British Journal of Audiology* 27, pp. 255–262.

- Hallberg, L. R. and Carlsson S. G. (1991), 'A qualitative study of the strategies for managing a hearing impairment', *British Journal of Audiology* 25, pp. 201–211.
- Hallman, T., Burell, G., Setterlind, S., Oden, A. and Lisspers, J. (2001), 'Psychosocial risk factors for coronary heart disease, their importance compared with other risk factors and gender differences in sensitivity', *Journal of Cardiovascular Risk* 8(1), pp. 39–49.
- Hämäläinen, R.-M., Räsänen, K., Husman, K. and Westerholm, P. (2000), 'Survey of the quality and effectiveness of occupational health services in EU Member States, Norway and Switzerland', *Occupational Health for Europeans*, Proceedings of the International Symposium, Helsinki, 3 to 5 November 1999, pp. 129–133.
- Hamelsky, S. W., Stewart, W. F. and Lipton, R. B. (2000), 'Epidemiology of headache in women: emphasis on migraine', in Goldman, M. and Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.
- Hansen, J. (2001), 'Increased breast cancer risk among women who work predominantly at night', *Epidemiology* 12, pp. 74–77.
- Hardell, L., Hallquist, A., Hansson Mild, K., Pålsson, A. and Lilja, A. (2002), 'Cellular and cordless telephones and the risk of brain tumours', *European Journal of Cancer Prevention* 11(4), pp. 377–386.
- Hardell, L., Näsman, A., Pålsson, A., Hallquist, A. and Hansson Mild, K. (1999), 'Use of cellular telephones and the risk of brain tumours: a case-control study', *International Journal of Oncology* 15, pp. 113–116.
- Harisinghani, A. (2000), 'Voice problems: an occupational hazard for teachers', Indianest web pages at Boliji.com (<http://www.indianest.com/health/articles/01011.htm>).
- Härmä, M., Kivistö, M., Kalimo, R. and Sallinen, M. (2002), 'Työn vaatimukset, työajat ja uni ti totekniikan ammattilaisilla', *Työn muutos ja hyvinvointi tietoyhteiskunnassa* ('Demands of work, working hours and sleep among the employees of the IT sector', *Change of work and welfare in the information society*), Sitran raportteja 22, Helsinki.
- Harrison, D. A. and Shaffer, M. A. (1994), 'Comparative examinations of self-reports and perceived absenteeism norms: wading through lake Wobegon', *Journal of Applied Psychology* 79(2), pp. 240–251.
- Haslam, C., Brown, S., Hastings, S. and Haslam, R. (2003), *Effects of prescribed medication on performance in the working population*, Health and Safety Executive, HSE Books, Sudbury, UK.
- Hatch, M., Figà-Talamanca, I. and Salerno, S. (1999), 'Work stress and menstrual patterns among American and Italian nurses', *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 25(2), pp. 144–150.
- Health and Safety Agency (2001), *Dignity at work: the challenge of workplace bullying — Report of the Task Force on the Prevention of Bullying at Work*, The Stationery Office, Dublin.
- Health and Safety Commission, Health Services Advisory Committee (1998), *Manual handling in the health services*, HSE Books, Sudbury, UK.
- Health and Safety Commission (1999), *Farmwise: your essential guide to health and safety in agriculture*, HSE Books, Sudbury, UK.
- Health and Safety Executive (1997), *Priorities for health and safety in catering activities*, HSE Books, Sudbury, UK (<http://www.hse.gov.uk/pubns/cater2.htm>).

Health and Safety Executive (2000), *Key messages from the LFS for injury statistics: gender and age, job tenure and part-time working*, HSE Books, Sudbury, UK (<http://www.hse.gov.uk/keyart.pdf>).

Health and Safety Executive (2002a), *Control of substances hazardous to health regulations 2002 (Fourth edition) — Approved code of practice and guidance L5*, HSE Books, Sudbury, UK.

Health and Safety Executive (2002b), *Preventing dermatitis at work: advice for employers and employees*, HSE Books, Sudbury, UK.

Health and Safety Executive (2003a), 'Preventing slip and trips in education', Press release, 10 April, Health and Safety Executive, London.

Health and Safety Executive (2003b), 'Preventing slip and trip incidents in the education sector', Education information sheet No 2, HSE Books, Sudbury, UK.

Health and Safety Executive (2003c), *Caring for cleaners. Guidance and case studies on how to prevent musculoskeletal disorders*, HSG234, HSE Books, Sudbury, UK.

Hearn, J. (2001), 'Men's violence to women, gendered power and "non-violent" institutions', *Gender and violence in the Nordic countries*, Report from a conference in Koge, Denmark, 23 and 24 November.

HELA (Health and Safety Executive/Local Authorities Enforcement Liaison Committee) (2001), Advice regarding call centre working practices, LAC94/1(rev) web site (<http://www.hse.gov.uk/lau/lacs/94-1.htm#specific>).

Heller, M. and Bergman, M. (1953), 'Tinnitus aurium in normally hearing persons', *Annals of Otolaryngology and Rhinology* 62, pp. 73–83.

Herbert, C. (1999), *Preventing sexual harassment at work*, International Labour Office, Geneva.

Hétu, R., Getty, L. and Hung, T. Q. (1995), 'Impact of occupational hearing loss on the lives of the workers in occupational medicine', *State-of-the-Art Reviews* 10, Hanley and Belfus Inc., Philadelphia, p. 3.

Hétu, R., Jones, L. and Getty, L. (1993), 'The impact of acquired hearing loss on intimate relationships: implications for rehabilitations', *Audiology* 32, pp. 363–381.

Hewlett, S. A. (2002), 'Executive women and the myth of having it all', *Harvard Business Review* 80(4), pp. 66–73.

Hietanen, M., Hämäläinen, A.-M. and Husman, T. (2002), 'Hypersensitivity symptoms associated with exposure to cellular telephones: no causal link', *Bioelectromagnetics* 23, pp. 264–270.

Hochschild, A. R. (1983), *The managed heart. Commercialisation of human feeling*, Amazon, United States.

Hochschild, A. R. and Machung, A. (1997), *The second shift. Working parents and the revolution at home*, Amazon, United States.

Holt, V. and Jenkins, J. (2000), 'Endometriosis', in Goldman, M. and Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Hoogendoorn, W. E., Poppel, M. N. M., van Bongers, P. M., Koes, B. W. and Bouter, L. M. (2000), 'Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factor for back pain', *Spine* 25, pp. 115–125.

House, J. W. and Brackmann, D. E. (1981), 'Tinnitus: surgical treatment', CIBA Foundation

symposium 'Tinnitus', London, pp. 204–212.

Houtman, I. and Dhondt, S. (1994), *Weba and Nova-Weba in relation to health and well-being in employees* (in Dutch), Leiden, NIPG.

Houtman, I. and Kompier, M. A. J. (1997), 'Mental health', *Encyclopaedia for Occupational Health and Safety*, International Labour Office, Geneva.

Houtman, I. and Kornitzer, M. (1999), 'The job stress, absenteeism and coronary heart disease European cooperative study (the JACE study) — Design of a multicentre prospective study', *European Journal of Public Health* 9, pp. 52–57.

Houtman, I. and Van den Heuvel, F. (2001), *Coping capacity from women and men in relation to illness and absenteeism: a literature review* (in Dutch), Elsevier, Doetinchem.

Houtman, I., Bosch, C. M., Jettinghoff, K. and van den Berg, R. (2000a), *Work stress in the police force* (in Dutch), TNO Work and Employment, Hoofddorp.

Houtman, I., Broersen, S., de Heus, P., Zuidhof, A. and Meijman, Th. (2000b), 'The epidemiology of fatigue at work', in Houtman, I., Schaufeli, W. B. and Taris, T. (eds), *Mental fatigue and work* (in Dutch), Samsom Alphen a/d Rijn, pp. 37–64.

Houtman, I., Schoemaker, C. G., Blatter, B. M., de Vroome, E. M. M., van den Berg, R., and Bijl, R. V. (2002), Psychological complaints, interventions and rehabilitation to work; the prognostic study of Invent (in Dutch), TNO Work and Employment, Hoofddorp.

Humes, L. E. (1984), 'Noise-induced hearing loss as influenced by other agents and by some physical characteristics of the individual', *Journal of the Acoustical Society of America*

76, pp. 1318–1329.

Hunter, S. J., Shaha, S., Flint, D. and Tracy, D. M. (1998), 'Predicting return to work. A long-term follow-up study of railroad workers after low back injuries', *Spine* 21(21), pp. 2319–2328.

Hwang, P. (1999a), 'Are there fathers at the workplace?', Presentation in the seminar 'European diversities: combining work and family in different settings of working life, family life and culture', Helsinki.

Hwang, P. (1999b), 'Work and family — An analysis of company culture and fatherhood', Presentation in the seminar 'European diversities: combining work and family in different settings of working life, family life and culture', Helsinki.

IDICT (Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho), *Campanhas (Campaigns)*, IDICT, Lisbon (<http://www.idict.gov.pt/>).

ILO (no date), Gender issues in occupational safety and health: PIACT programme, International Labour Office, Geneva (http://www.ilo.org/public/english/bureau/gender/occupational_safety_and_health/).

ILO/International Labour Conference (1985), Resolution on equal opportunities and equal treatment for men and women in employment, Adopted by the International Labour Conference at its 71st session in June 1985, International Labour Office, Geneva.

ILO (1992), *Report of the 11th session of the ILO/WHO Joint Committee on Occupational Safety and Health*, Geneva, 27 to 29 April, Ref.: JCOH/XI/92, International Labour Office, Geneva.

ILO, Bureau for Gender Equality (2000), *Decent work for women*, International Labour Office,

Geneva (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/gender>).

ILO, ICN, PSI, WHO joint programme on workplace violence in the health sector (2002a), *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*, International Labour Office, International Council of Nurses, Public Services International, World Health Organisation, International Labour Office, Geneva.

ILO press release (2002b), 'Joint programme launches new initiative against workplace violence in the health sector', Press release ILO/02/49, International Labour Office, Geneva (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/pr/2002/49.htm>).

INAIL (2002), *Women at work*, Rome (<http://www.inail.it/multilingua/inglese/pubblizzazioni/donneallavoro/sommario.htm>).

InfoBASE Europe news service web site, 'Social partners' framework agreement on teleworking', Europe Factsheet 38 (<http://www.ibeurope.com/Fact/38telework.htm>).

International Agency for Research on Cancer (IARC) web site (<http://www.iarc.fr/>).

International Transport Workers' Federation (2000), *ITF Women*, Issue 2/2000, International Transport Workers' Federation, London.

International Transport Workers' Federation (2002), *Women transporting the world: an ITF resource book for trade union negotiators in the transport sector*, International Transport Workers' Federation, London.

ISO R 389 (1964), 'Standard reference zero for the calibration of pure tone audiometers', International Organisation for Standardisation, Geneva.

ISO 1999 (1975), 'Acoustics — Assessment of occupational noise exposure for hearing conservation purposes', International Organisation for Standardisation, Geneva.

ISO 4869-3 (1989), 'Acoustics — Hearing protectors simplified method for the measurement of insertion loss of ear-muff type protectors for quality inspection purposes', International Organisation for Standardisation, Geneva.

ISO 1999 (1990), 'Acoustics — Determination of occupational noise exposure and estimation of noise-induced hearing impairment', International Organisation for Standardisation, Geneva.

ISO 4869-1 (1990), 'Acoustics — Hearing protectors subjective method for the measurement of sound attenuation', International Organisation for Standardisation, Geneva.

ISO 9612-2 (1997), 'Acoustics — Guidelines for the measurements and assessment of exposure to noise in the working environment', International Organisation for Standardisation, Geneva.

ISPESL (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro) (2002), 'Mainstreaming the gender dimension into legislation and preventive action', *Mainstreaming OSH into education*, Unpublished report to the European Agency for Safety and Health at Work.

Jaakkola, J. J. K., Verkasalo, P. A. and Jaakkola, N. (2000), 'Plastic interior materials and respiratory health in pre-school children', *American Journal of Public Health* 90, pp. 797-799.

Johansen, C., Boice Jr, J. D., McLaughlin, J. K. and Olsen, J. H. (2001), 'Cellular telephones and cancer — Nationwide cohort study in Denmark', *Journal of the National Cancer Institute* 93, pp. 203-207.

Johnson, J. V., Stewart, W., Hall, E. M., Fredlund, P. and Theorell, T. (1996), 'Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men', *American Journal of Public Health* 86(3), pp. 324–331.

Jorna, A. and Offers, E. (1991), *Young women, their work, their future* (in Dutch), VUGA, The Hague.

Kaksonen, R., Pyykkö, I., Rosenhall, U., Starck, J., Toppila, E., Kila, S. and Kere, J. (1998), 'Is genetic hearing loss interactive with noise-induced hearing loss? Advances in noise research', in Prasher, D. and Luxon, L. (eds),

Biological effects of noise, Vol. 1, Whurr Publishers Ltd, London, pp. 59–70.

Kalimo, R. and Toppinen, S. (1997), *Työuupumus suomen työikäisellä väestöllä (Workforce's burnout in Finland)*, Työterveyslaitos, Helsinki. Kane, P. (ed.) (1999a), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, World Health Organisation, Geneva.

Kane, P. (1999b), 'Migration, workforce and health', in Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, World Health Organisation, Geneva.

Karasek, R. and Theorell, T. (1990), *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, BasicBooks, London.

Karjalainen, A., Kurppa, K., Martikainen, R., Klaukka, T. and Karjalainen, J. (2001), 'Work is related to a substantial portion of adult-onset asthma incidence in the Finnish population', *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 164, pp. 565–568.

Karjalainen, A., Vänskä, J. and Notkola, V. (1999), 'Koetut työperäiset sairaudet ja oireet, ('Occupational diseases and symptoms'), in Paananen, S. (ed.), *Työn vaarat 1999. Koetut työperäiset sairaudet, työtaturmat ja työväki-valtataapaukset (Dangers at work. Experienced occupational diseases, accidents and violence at work)*, Työmarkkinat, 2000, Helsinki.

Karlqvist, L. (2000), 'Investigating the gender gap', *Preventing work-related musculoskeletal disorders*, Magazine 3 of the European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Kauppinen, K. (1993), 'OECD Panel Group on Women, Work and Health', Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki.

Kauppinen, K. (1999a), 'The working conditions of men and women in the European Union', *Työterveys*, Newsletter of the Finnish Institute of Occupational Health, Special Issue 2/1999, FIOH, Helsinki.

Kauppinen, K. (1999b), 'Sexual harassment in the workplace', in Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, World Health Organisation, Geneva.

Kauppinen, K. (2001), 'Gender and working conditions in the European Union', in Bildt, C. and Karlqvist, L. (eds), *Women's conditions in working life*, Arbete och hälsa, vetenskaplig skriftserie 2001/17, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Kauppinen, K. (2003), *Sexual harassment at the workplace. Women's employment and gender equality in Europe, EU Socrates project* (Contract No 71248-CP-2-2000-1-LT-Grundtvig-ADU).

Kauppinen, K. and Kandolin, I. (1998), *Gender and working conditions in the European Union*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Kauppinen, K. and Ojala, L. (1999), *Gender equality, work organisation and well-being: equality standards for a good workplace*, Finnish National Work Development Programme/ Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

Kauppinen, K. and Patoluoto, S. (in press), 'Sexual harassment and violence towards policewomen in Finland', in Gruber, J. and Morgan, P. (eds), *In the company of men: rediscovering the links between male domination and sexual harassment*, Northeastern University Press.

Keith, M., Brophy, J., Kirby, P. and Roskam, E. (2002), *Barefoot research: a worker's manual for organising work security*, International Labour Office, Geneva.

Keltikangas-Järvinen, L. and Ravaja, N. (2002), 'Relationships between hostility and physiological coronary heart disease risk factors in young adults: moderating influence of perceived social support and sociability', *Psychology and Health* 17(2), pp. 173–190.

Kemmlert, K. and Lundholm, L. (2001), 'Slips, trips and falls in different work groups — with reference to age and from a preventive perspective', *Applied Ergonomics* 32(2), pp. 149–153.

Kessler, R. C. and Frank, R. G. (1997), 'The impact of psychiatric disorders on work loss days', *Psychological Medicine* 27, pp. 861–873.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S.,

Wittchen, H. U. and Kendler, K. S. (1994), 'Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey', *Archives of General Psychiatry* 51, pp. 8–19.

Kinnunen, U. (2002), 'Työ, vanhemmuus ja lapset. Teoksessa tieto ja tekniikka. Missä on nainen?' ('Work, parenthood and children. Knowledge and technology. Where are women?'), in Smeds, R., Kauppinen, K., Yrjänheikki, K. and Valtonen, A. (eds), *Tekniikan Akateemisten Liitto TEK*, Lahti, pp. 74–80.

Kinnunen, U., Sallinen, M. and Rönkä, A. (2001), 'Vanhempien työ ja vanhemmuus nuoren kokemana: yhteydet nuoren hyvinvointiin' ('Parents' work and parenthood seen by a young person: connections to a young person's well-being'), *Psykologia* 36(6), pp. 407–418.

Kipen, H. M., Hallman, W., Kelly-McNeil, K. and Fiedler, N. (1995), 'Measuring chemical sensitivity prevalence: a questionnaire for population studies', *American Journal of Public Health* 85, pp. 574–577.

Kivelä, K. and Lahelma, E. (2000), 'Ansiotyön ja perheen yhdistäminen: kaksinkertainen etu vai taakka naisten hyvinvoinnille ja terveydelle' ('Reconciliation of family and work: double benefit or burden to women's welfare and health'), *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37, pp. 40–52.

Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Virtanen, M. and Stansfeld, S. A. (2003), 'Association between organisational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees', *Psychosocial Medicine* 83, pp. 319–326.

Kivimäki, M., Kuusma, P., Virtanen, M. and Elovainio, M. (2001), 'Does shift work lead to

poorer health habits? A comparison between women who had always done shift work with those who had never done shift work', *Work and Stress* 15(1), 2001, pp. 3–13.

Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J. and Kirjonen, J. (2002), 'Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees', *British Medical Journal* 325, p. 857

Kivimäki, M., Vahtera, J., Thomson, L., Griffiths, A., Cox, T. and Pentti, J. (1997), 'Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline', *Journal of Applied Psychology* 82, pp. 858–872.

Kivistö, S., Lopenen, M. and Kuosma, E. (2001), *Sairauslomalta takaisin töihin. Siirtymävaiheen psykologinen sopimus (From sick leave back to work. Psychological agreement of the transitional phase)*, Työterveyslaitos, Helsinki.

Kompier, M. A. J. and Cooper, C. (eds) (1999), *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*, Routledge, London and New York.

Kompier, M. A. J. and Marcelissen, F. (1990), *Handbook on work stress* (in Dutch), NIA, Amsterdam.

Kompier, M. A. J., Gründemann, R. W. M., Vink, P. and Smulders, P. G. W. (1996), *Get going! Ten case studies of successful reduction of absenteeism* (in Dutch), Samsom, Alphen a/d Rijn.

Kornitzer, M., de Smet, P., Boulenguez, C., Backer, G., de Ferrario, M., Houtman, I., Ostergren, P.-O., Sans, S. and Wilhelmsen, L. (2002), 'The demand-control model and incidence of coronary heart disease in a multicentre European project: the JACE study', Presentation at the third ICOH-CVD,

Düsseldorf, 20 to 22 March. Kristensen, T. S., Kornitzer, M., Alfredsson, L. and Marmot, M. (1998), *Social factors, work, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union*, European Heart Network, July 1998, Belgium.

Kumpulainen, R. (2000), 'Timber and herring: modernisation and mobility in Finnish Lapland and the Western Islands of Scotland', *Research Reports No 237*, Department of Sociology, University of Helsinki, Helsinki, pp. 1770–1970.

Kuper, H., Singh-Manoux, A. and Marmot, M. (2002), 'The role of effort and rewards at work in relation to risk for coronary heart disease within the Whitehall II study', Presentation at the third ICOH-CVD, Düsseldorf, 20 to 22 March.

Lagerlöf, E. (1998), 'Women's occupational health: a European perspective', TUC seminar on women, work and health, 3 November, TUC, London.

Landrine, H. and Klonoff, E. A. (1997), *Discrimination against women. Prevalence, consequences, remedies*, Sage Publications, United States.

Landsbergis, P. A., Cahill, J. and Schnall, P. (1999), 'The impact of lean production and related new systems of work organisation on worker health', *Journal of Occupational Health Psychology* 4(2), pp. 108–130

Läraryöbundet (2002), TCO, *Marknadsundersökning (A market research)*, June 2002, Sweden.

Leino, P. I. and Hänninen, V. (1995), 'Psychosocial factors at work in relation to back and limb disorders', *Scandinavian Journal on Work, Environment and Health* 21, pp. 134–142.

- Leszczynski, D., Joenvaara, S., Reivinen, J. and Kuokka, R. (2002), 'Non-thermal activation of the hsp27/p38MAPK stress pathway by mobile phone radiation in human endothelial cells: molecular mechanism for cancer- and blood-brain barrier-related effects', *Differentiation* 70, pp. 120–129.
- Lewis, C. E., Bucholz, K. K. and Spitznagel, E. (1996), 'Effects of gender and comorbidity on problem drinking in a community sample', *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 20, pp. 466–476.
- Linares, D. (2003), 'Women and men in agriculture: a statistical look at the family labour force', *Statistics in Focus*, Theme 5: Agriculture and fisheries, 4/2003, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Lindbohm, M.-L. (1998), 'Recent Nordic research on occupational hazards and pregnancy outcome', *Women at work*, Proceedings of an international expert meeting, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Lindbohm, M.-L. and Taskinen, H. (2000), 'Reproductive hazards in the workplace', in Goldman, M. and Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.
- Lippel, K. (1993), *Le stress au travail: indemnisation des atteintes à la santé en doit québécois, canadien et américain*, Éditions Yvon Blais, Cowansville, p. 28.
- Lippel, K. (1996), *Workers' compensation and stress: gender and access to compensation*, Proceedings of the International Congress on Women, Work and Health, Barcelona, 17 to 20 April, pp. 82–91.
- Lippel, K. and Demers, D. (1996), *L'invisibilité, facteur d'exclusion: les femmes victimes de lésion professionnelles*, Department of Legal Sciences, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Lloyd, S. (1997), 'The effects of domestic violence on women's employment'. *Law and Policy* 19(2), pp. 139–167.
- Lundberg, U. and Frankenhaeuser, M. (1999), 'Stress and workload of men and women in high-ranking positions', *Journal of Occupational Health Psychology* 4(2), pp. 142–151.
- Lutz, H. (undated), At your service madame! Domestic servants, past and present: *gender, class, ethnicity and profession*, Unpublished research project (<http://www.vifu.de/new/nareas/migration/projects/lutz.html>).
- Lynch, J., Krause, N., Kaplan, G. A., Tuomilehto, J. and Salonen, J. T. (1997), 'Workplace conditions, socioeconomic status and risk of mortality and acute myocardial infarction: the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study', *American Journal of Public Health* 87(4), pp. 617–622.
- MacAlister Elliott and Partners (2002), *The role of women in the fisheries sector: report for the European Commission Fisheries DG*, Tender FISH/2000/01-LOT No 1, Final report 1443/R/03/D, Fisheries DG web site (http://europa.eu.int/comm/fisheries/doc_et_publ/liste_publi/studies/women/index.htm).
- Maestro, J., Montero, M. A. and Rivero, M. R. (2000), 'Perfiles formativos y necesidades de formación en materia de prevención de riesgos laborales de los empleados públicos españoles', ('Description and needs for occupational safety and health training among public sector employees'), *Prevención, Trabajo y Salud* 7, pp. 4–15.

Magnavits, N. (2002), 'Workplace violence in female nurses', Workshop WeW01:1 in Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. and Westberg, H. (eds), *Women, work and health — 11th international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Marmot, M., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E. and Stansfeld, S. (1997), 'Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence', *The Lancet* 350, pp. 235–239

Marmot, M., Feeney, A., Shipley, M., North, F. and Syme, S. L. (1995), 'Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study', *Journal of Epidemiology and Community Health* 49, pp. 124–130.

Maschewsky, W. (2002), 'MCS — Oversensitivity or overexposure?', Multiple Chemical Sensitivity International Conference, 8 April, Environmental Law Centre (http://www.elc.org.uk/Conference_Papers/MCS%20-%20oversensitivity%20or%20overexposure.doc).

Massai, G., Ambiente e Lavoro Toscana (2001), 'The lessons of the Tuscany survey into the health of women workers', Presented at 'A seminar on the gender dimension in health and safety', 16 November, Belgium EU Presidency/Federal Ministry of Labour and Employment Equal Opportunities Unit with the TUTB, Brussels.

Mastekaasa, A. (2000), 'Parenthood, gender and sickness absence', *Social Science and Medicine* 50, pp. 1827–1842.

Mather, C. and Peterken, C. (1999), 'Health promotion: learning from Europe', *Occupational Health Review*, November/December, pp. 23–26 (<http://www.bkk.de/ps/tools/>

[download.php?file=/bkk/content/psfile/downloaddatei/42/health_cir3ea7f5b2cfff5.pdf&name=health_circles.pdf&id=96&nodeid=28](http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/content/psfile/downloaddatei/42/health_cir3ea7f5b2cfff5.pdf&name=health_circles.pdf&id=96&nodeid=28)).

Matthews, S., Manor, O. and Power, C. (1999), 'Social inequalities in health: Are there gender differences?', *Social Sciences and Medicine* 48, pp. 49–60.

Mausner-Dorsch, H. and Eaton, W. W. (2000), 'Psychosocial work environment and depression: epidemiological assessment of the demand-control model', *American Journal of Public Health* 90(11), pp. 1765–1770.

McCarthy, E. and Scannell, J. (2002), Women, work and health — *An Irish perspective*, Report to the Occupational Health and Safety Institute of Ireland.

McCoy, C. A., Carruth, A. K. and Reed, D. B. (2002), 'Women in agriculture: risks for occupational injury within the context of gendered role', *Journal of Agricultural Safety and Health* 8(1), pp. 37–50.

McShane, D. P., Hyde, M. L. and Alberti, P. W. (1988), 'Tinnitus prevalence in industrial hearing loss compensation claimants', *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences* 13, pp. 323–330.

Meding, B. and Torén, K. (2001), 'Occupational skin and respiratory diseases', in Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Sweden 2000*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Meier, J. (1997), 'Domestic violence, character and social change in the welfare reform debate', *Law and Policy* 19(2), pp. 205–263.

Mejer, L. and Siermann, C. (2000), 'Income poverty in the European Union: children, gender and poverty gaps', Theme 3: 'Population and social conditions', Eurostat (http://europa.eu.int/comm/employment_social

/equ_opp/statistics_en.html).

Menckel, E. (2001), 'Threats, violence and harassment in school and worklife', in Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Sweden 2000*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Messing, K. (1998), *One-eyed science: occupational health and women workers*, Temple University Press, Philadelphia.

Messing, K. (ed.) (1999), *Integrating gender in ergonomic analysis: strategies for transforming women's work*, Trade Union Technical Bureau for Health and Safety, Brussels.

Messing, K. (2000), 'Ergonomic studies provide information about occupational exposure differences between women and men', *Journal of the American Medical Women's Association* 55(2), pp. 72–75.

Messing, K. and Stellman, J. (1999), 'Understanding occupational disease in the workforce', in Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, World Health Organisation, Geneva, pp 23-29.

Messing, K., Chatigny, C. and Courville, J. (1998a), '"Light" and "heavy" work in the housekeeping service of a hospital', *Applied Ergonomics* 29, pp. 451–459.

Messing, K., Dumais, L., Courville, J., Seifert, A. M. and Boucher, M. (1994), 'Evaluation of exposure data from men and women with the same job title', *Journal of Occupational Medicine* 36(8), pp. 913–918.

Messing, K., Punnett, L., Bond, M., Alexanderson, K., Pyle, J., Zahm, S., Wegman, D., Stock, S. R. and de Grosbois, S. (2003), 'Be the fairest of them all: challenges and recommendations in the treatment of gender in occu-

pational health research', *American Journal of Industrial Medicine* 43(6), pp. 618–629.

Messing, K., Tissot, F., Saurel-Cubizolles, M.-J., Kaminski, M. and Bourguine, M. (1998b), 'Sex as a variable can be a surrogate for some working conditions factors associated with sickness absence', *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 40(3), pp. 251–260.

Middleton, N., Gunnell, D., Whitley, E., Dorling, D. and Frankel, S. (2001), 'Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975–98', *Journal of Public Health Medicine* 23, pp. 262–267.

Miller, B. A. and Downs, W. R. (2000), 'Violence against women', in Goldman, M. and Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Miller, K., Greyling, M., Cooper, C. L., Lu, L. and Sparks, K. (2000), 'Occupational stress and gender: a cross-cultural study', *Stress Medicine* 16, pp. 271–278.

Mirrlees-Black, C. (1999), 'Domestic violence: findings from a new British crime survey self-completion questionnaire', *Home Office Research Study* 191, London.

Mohren, D. (2003), 'Results from the NWO research programme "Fatigue at work"', Department of Epidemiology, Maastricht University, Reported in Newsletter 14 of the European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Montero, M. A. and Frutos, P. E. (2000), Encuesta sobre necesidades formativas de los empleados públicos Europeos en salud laboral (*Survey on occupational safety and health training needs of public sector employees*), Leonardo da Vinci project

E/97/2/00428/EA/III.2.A/FPC, Federación de Servicios y Administraciones Públicas de Comisiones Obreras, Madrid.

Morata, T. C., Dunn, D. E., Kretshmer, L. W., Lemasters, G. K. and Keith, R. W. (1991), 'Effects of occupational exposure to organic solvents and noise on hearing', *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 19(4), pp. 245–254.

Mortola, J. (2000), 'Premenstrual syndrome', in Goldman, M. and Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Myers, E. N. and Bernstein, J. M. (1965), 'Salicylate oto-toxicity', *Archives of Otolaryngology* 82, pp. 483–493.

Naber, P. (1991), *Friendship amongst young women*, Acco/Library Youth and Society, Amersfoort.

Naegele, G. (1999), *Active strategies for an ageing workforce*, Conference report, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

National Centre for Women and Policing web site (<http://www.womenandpolicing.org/aboutus.asp>).

Naumanen, P. (2002), 'Koulutuksella kilpailukykyä. Koulutuksen yhteys miesten ja naisten työllisyyteen ja työn sisältöön' ('Competitiveness by education. Education's connection to men's and women's employment and content of work'), *Koulutussosiologian tutkimuskeskuksen raportti 57*, Turun yliopisto.

NCHS (1968), 'Hearing status and ear examination: findings among adults, United States 1960–62', Vital and Health Statistics, Series

11, No 32, National Nelson, D. L. and Burke, R. J. (2000), 'Women, work stress and health', in Davidson, M. J. and Burke, R. J. (eds), *Women in management. Occupational stress and black and ethnic minority issues, Part III*, Sage Publications, London.

Niedhammer, I., Bugel, I., Goldberg, M., Leclerc, A. and Guéguen, A. (1998), 'Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort: a prospective study', *Occupational and Environmental Medicine* 55, pp. 735–741.

Niedhammer, I., Saurel-Cubizolles, M.-J., Piciotti, M. and Bonenfant, S. (2000), 'How is sex considered in recent epidemiological publications on occupational risks?', *Occupational and Environmental Medicine* 57, pp. 521–527.

NIOSH (1997), *The effects of workplace hazards on male reproductive health*, National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

NIOSH (1999a), *Providing safety and health protection for a diverse construction workforce: issues and ideas*, Publication No 99–140, National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

NIOSH (1999b), *The effects of workplace hazards on female reproductive health*, National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

NIOSH factsheet (2001), 'Women's health and safety issues at work', Publication No 2001–123, National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

NIOSH web site (a), *Reproductive health*, NIOSH web pages (<http://www.cdc.gov/niosh/reprogp.html>), National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

NIOSH web site (b), Occupational heart disease, NIOSH web pages (<http://www.cdc.gov/niosh/heartdis.html>), National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

North, F. M., Syme, L., Feeney, A., Shipley, M. and Marmot, M. (1996), 'Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall study', *American Journal of Public Health* 86, pp. 332–340.

Notkola, V. and Vänskä, J. (1999), 'Määräaikaistyöntekijöiden työtapatuomat ja koetut työperäiset sairaudet' ('Occupational accidents and diseases among the temporary employed'), in Paananen, S. (ed.), *Työn vaarat 1999. Koetut työperäiset sairaudet ja työväkivaltatapaukset* (Dangers at work. Experienced occupational diseases and violence at work), Työmarkkinat, 2000:15, Tilastokeskus, Helsinki.

Notkola, V. and Virtanen, S. (1998), 'Occupational mortality differences among women and the role of work', in Women at work, Proceedings of an international expert meeting, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

Nuutinen, I., Kauppinen, K. and Kandolin, I. (1999), *Tasa-arvo poliisitoimessa — työyhteisöjen ja henkilöstön hyvinvointi* (Equality in the police force — well-being of work organisation and personnel), Työterveyslaitos, Sisäasiainministeriö, Helsinki.

O'Brien, M. and Shemilt, I. (2003), Working fathers: earning and caring, Equal Opportunities Commission, Manchester.

OECD (2001), Childcare coverage, OECD employment outlook, reproduced on the European Commission web site (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics/childcare.pdf).

OECD (2002), *Babies and bosses: reconciling work and family life — Volume 1 — Australia, Denmark and the Netherlands*, OECD, Paris.

Oeij, P. and Wiezer, N. (2002), *New work organisations, working conditions and quality of work: towards the flexible firm?*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

O'Hara, R. (2002), *Scoping exercise for research into the health and safety of homeworkers*, Health and Safety Laboratory, HSL/2002/18, Sheffield.

Olgiati, E. and Shapiro, G. (2002), *Promoting gender equality in the workplace*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

O'Neill, R. (2000), *Europe under strain. A report of trade union initiatives to combat workplace musculoskeletal disorders*, Trade Union Technical Bureau, Brussels.

Östlin, P. (2002), 'Gender perspective on socioeconomic inequalities in health', in Mackenbach, J. and Bakker, M. (eds), *Reducing inequalities in health: a European perspective*, London and New York.

Paoli, P. (2002), *Working conditions in the candidate countries*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Paoli, P. and Merllié, D. (2001), Third European survey on working conditions 2000, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official

Publications of the European Communities, Luxembourg (<http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0121EN.pdf>).

Papaleo, B. (2002), 'Presentation of the national ISPEL project to raise awareness of occupational risks to women', Workshop on women, work, safety and health, 15 March, ISPEL (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro), Department of Documentation, Rome.

Papaleo, B., Palmi, S. and Pera, A. (2003), 'Women, health and work: new strategy for research', Unpublished communication, ISPEL (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro), Department of Occupational Medicine, Rome.

Paul, J. (2003), *Health and safety and the menopause: working through the change*, Trades Union Congress, London (http://www.tuc.org.uk/h_and_s/tuc-6316-f0.cfm).

Phillips, A. and Taylor, B. (1980), 'Sex and skill: notes towards feminist economics', *Feminist Review No 6*, pp. 79–89.

Piirainen, H., Elo, A.-L., Hirvonen, M., Kauppinen, K., Ketola, R., Laitinen, H., Lindström, K., Reijula, K., Riala, R., Viluksela, M. and Virtanen, S. (2000), 'Work and health survey', Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

Piispa, M. and Saarela, K. L. (1999), 'Työväkivalta' ('Worklife violence'), in Paananen, S. (1999), *Työn vaarat 1999 (Dangers at work), Työmarkkinat 2000:15*, Helsinki.

Plomp, R. (1986), 'A signal-to-noise ratio model for the speech-reception threshold of the hearing impaired', *Journal of Speech and Hearing Research* 29, pp. 146–154.

Plumridge, L. (1999), 'Sex workers and health', in Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, World Health Organisation, Geneva.

Poelmans, S., Compernelle, T., De Neve, H., Buelens, M. and Rombouts, J. (1999), 'Belgium: a pharmaceutical company', in Kompier, M. A. J. and Cooper, C. (eds), *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*, Routledge, London and New York.

Pretty, G., McCarthy, M. and Catano, M. (1992), 'Psychological environments and burnout: gender considerations within the corporation', *Journal of Organisational Behaviour* 13, pp. 701–711.

Pryce, J., Cox, S. and Cox, T. (submitted), 'The impact of long working hours on libido', Submitted to the *Journal of Family and Marital Therapy*.

Punnett, L. and Herbert, R. (2000), 'Workrelated musculoskeletal disorders: Is there a gender differential and, if so, what does it mean?', in Goldman, M. and Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Pyykkö, I., Pekkarinen, J. and Starck, J. (1986), 'Sensory-neural hearing loss in forest workers. An analysis of risk factors', *International Archives of Occupational Environmental Health* 59, pp. 439–454.

Rantalaiho, L., Acker, J., Jónasóttir Melby, K. and Witt-Brattsröm, E. (2002), 'Women's studies and gender research in Finland', *Publications of the Academy of Finland 8/02, Helsinki* (<http://www.aka.fi/engl>).

- Raphael, J. (1997), 'Welfare reform: prescription for abuse? A report on new research studies documenting the relationship of domestic violence and welfare', *Law and Policy* 19(2), pp. 123–137.
- Rea, T. and Buchwald, D. (2000), 'Chronic fatigue syndrome', in Goldman, M. and Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.
- Rees, D. (1993), 'Research note: reliability of self-report sickness absence data in the health service', *Health Services Management Research* 6(2), pp. 140–141.
- Reilly, B., Paci, P. and Hall, P. (1995), 'Unions, safety committees and workplace injuries', *British Journal of Industrial Relations* 33(2). Reproductive Health Outlook web site (<http://rho.org/html/aboutrho.htm>).
- Risking Acoustic Shock Conference (2001), Freemantle, Western Australia, September 2001.
- Robins, L. N. and Regier, D. A. (eds) (1991), *Psychiatric disorders in America*, The Free Press, New York.
- Rogers, R. and Salvage, J. (1988), *Nurses at risk: a guide to health and safety at work*, Heinemann Professional Publishing, London.
- Rohlf, I., Valls-Llobet, C., Lopez, M., Artazcoz, L. and Cirera, E. (2002), 'The total workload of women and men in a cross-cultural perspective', in Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. and Westberg, H. (eds), *Women, work and health — Illrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Roskam, E., *Women work to close the 'occupational safety gender gap'*, International Labour Office web site (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/gender/publ/roskam.htm>).
- Rout, U. R., Cooper, C. and Kerslake, H. (1997), 'Working and non-working mothers: a comparative study', *Women in Management Review* 12(7), pp. 264–275.
- Ruben, C. H., Burnett, C. A., Halperin, W. E. and Seligman, P. J. (1993), 'Occupation as a risk identifier for breast cancer', *American Journal of Public Health* 83, pp. 1311–1315.
- Rylander, L., Axman, A., Torén, K. and Albin, M. (2002), 'Reproductive outcome among female hairdressers', *Occupational and Environmental Medicine* 59, pp. 517–522.
- Sala, E., Airo, E., Olkinuora, P., Laine, A., Suonpää, J. P., Tähtinen, E. and Portnoi, H. (1999), *Päiväkotien kasvatushenkilöiden äänihäiriöt ja äänihäiriöiden työperäiset taustatekijät (Daycare employees' voice problems and their occupational explanatory factors)*, Työsuojelurahaston loppuraportti 97030, Turku.
- Salerno, S., Bosco, M. G. and Valcella, F. (2002a), 'Mental health and working environment in a group of public health service users' ('Salute mentale e ambiente di lavoro in un gruppo di utenti dei servizi pubblici di prevenzione'), *La Medicina del Lavoro* 93(4), pp. 329–337.
- Salerno, S., Bosco, M. G. and Figà-Talamanca, I. (2002b), 'Stress in Italian working women', Workshop SUW05, in Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. and Westberg, H. (eds), *Women, work and health — Illrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Sallmén, M. (2000), 'Fertility among workers exposed to solvents or lead. Finnish Institute of Occupational Health', *People and Work Research Reports* 37, Otamedia, Espoo.
- Sallmén, M. and Taskinen, H. (1998), 'Finnish studies on fertility among female workers',

Women at work, People and Work Research Reports 20, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, pp. 121–125.

Sataloff, R. T., Sataloff, J. and Hawkshaw, M. (1993), *Tinnitus in occupational hearing loss — Second edition*, Sataloff, R. T. and Sataloff, J. (eds), Marcel Dekker Inc., New York.

Saurel-Cubizolles, M.-J., Fougereyrollas-Schwebel, D., Camard, R. and the Enveff group (2002), 'Health and violence at work against women: national data in France', Workshop WeW01:3, in Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. and Westberg, H. (eds), *Women, work and health — Illrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Savolainen, S. and Lehtomäki, K. (1996), 'Hearing protection in acute acoustic trauma in Finnish conscripts', *Scandinavian Audiology* 25(1), pp. 53–58.

Schaufeli, W. B. and Enzmann, D. (1998), *The burnout companion for research and practice: a critical analysis*, Taylor and Francis, London.

Schernhammer, E. S., Laden, F., Speizer, F. E., Willet, W. C., Hunter, J., Kawachi, I. and Colditz, G. (2001), 'Rotating night shifts and risk of breast cancer in women participating in the nurses' health study', *Journal of the National Cancer Institute* 93(20).

Schie, E. van (1997), 'Career aspirations of men and women before coming into the labour market' (in Dutch), *Gedrag Organisatie* 10(5), pp. 286–299.

Schippers, A. (2002), *The special blight of migrant workers*, Radio Netherlands web site (<http://www.rnw.nl/society/html/migrant020102.html>).

Sennet, R. (1998), *The corrosion of character. The personal consequences of work in the new capitalism*, Norton, New York, London.

Sjögren, J. and Rappe, T. E. (2002), *Diagnos: duktig. Handbok för överambitiösa tjejer och alla andra som borde bry sig (Diagnosed competent. A handbook for overambitious girls and everyone else who thinks they should care)*, Bokförlaget.

Skiöld, L. (ed.) (2002), *Women and work — Seminar report, Worklife and EU enlargement WLE report 4*, Swedish National Labour Market Board (AMS), Stockholm (www.ams.se/wle).

Smith, D., Atkinson, R., Junko, M. and Yarnagata, Z. (2002), 'Occupational skin diseases in nursing', *Australian Nursing Journal* 51, June (http://www.anf.org.au/pdf/0206_clin_update.pdf).

Sochert, R. (1999), *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel, BAuA, Dortmund/Berlin*.

Spagat, 'Innovative Gesundheitsförderung berufstätiger Frauen', Information provided by ppm forschung + beratung — Projekt Spagat, Spagat project web site (<http://www.spagat.or.at/>).

Spanish Ministry of Employment and Social Affairs (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) (2002), *Proyecto Europeo para la mejora de la seguridad y la salud laboral por razones de reproducción y maternidad (European project for the improvement of security and health in the workplace due to reproduction pregnancy reasons)*, Madrid.

Stansfeld, S. (2002), 'Work, personality and mental health', *British Journal of Psychiatry* 181, pp. 96–98.

Steele, M., Alexander, M., Stephen, K. and Duffin, L. (1997), *Changes at work: the 1995 Australian workplace industrial relations survey*, Addison Wesley Longman, Melbourne.

Steenland, K., Johnson, J. and Nowlin, S. (1997), 'A follow-up study and heart disease

among males in the NHANES1 population', *American Journal of Industrial Medicine* 4(31), pp. 256–260.

Stefanovska, T. and Pidlisnuk, V. (2002), 'Ukraine struggles with pesticides — Women bear the brunt', *Pesticide News* 57, Pesticides Action Network, London.

Stellman, J. M. and Lucas, A. (2000), 'Women's occupational health: international perspectives', in Goldman, M. and Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Stenberg, B. and Wall, S. (1995), 'Why do women report sick-building syndrome more often than men?', *Social Science and Medicine* 40(4), pp. 491–502.

Stronks, K., van de Mheen, H., van den Bos, J. and Mackenbach, J. P. (1995), 'Smaller socio-economic inequalities in health among women: the role of employment status', *International Journal of Epidemiology* 24, pp. 559–568.

Strowbridge, N. F. (2002), 'Musculoskeletal injuries in female soldiers: analysis of cause and type of injury', *Journal of the Royal Army Medical Corps* 148, pp. 256–258.

Health at Work Sutela, H. (1999), 'Tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, työpaikan sosiaaliset suhteet' ('Equality, equity, workplace social relations'), in Lehto, A.- M. and Sutela, H., *Tasa-arvo työoloissa* (Equality at work), *Työmarkkinat* 19, Tilastokeskus, Helsinki.

Sutela, H., Vänskä, J. and Notkola, V. (2001), 'Pätkätyöt Suomessa 1990-luvulla' ('Temporary employment in Finland in the 1990s'), *Työmarkkinat* 2001:1, Tilastokeskus, Helsinki.

Taris, T., Schaufeli, W. B., Schreurs, P. and Caljé, D. (2000), 'Burned out in education: stress,

mental fatigue and absenteeism amongst teachers' (in Dutch), in Houtman, I., Schaufeli, W. B. and Taris, T. (eds), *Mental fatigue and work (in Dutch)* Samsom, Alphen a/d Rijn, pp. 97–106.

Taskinen, H. K., Kyrrönen, P., Sallmén, M., Virtanen, S. V., Liukkonen, T. A., Huida, O., Lindbohm, M. L. and Anttila, A. (1999), 'Reduced fertility among female woodworkers exposed to formaldehyde', *American Journal of Industrial Medicine* 36(1), pp. 206–212.

Taylor, R. (2002), *Managing workplace change*, Economic and Social Research Council, Swindon.

Tiihonen, A. and Koivisto, N. (eds) (2002), *Allowed to care/allowed to intervene: sexual harassment in sports — A guidebook for adults*, Finnish Sports Federation, SLU publications series 10/02, Helsinki.

TUC (forthcoming), 'TUC survey of safety reps 2002', Trades Union Congress, London.

TUTB, *Results of the survey*, Trade Union Technical Bureau web site (<http://www.etuc.org/tutb/uk/pdf/survey-document2.pdf>).

TUTB (2000), *Trade union initiatives across Europe*, Women, work and health special report, TUTB Newsletter, 13 March 2001, Brussels, pp. 21–23.

UK Department of Trade and Industry (2000), *Creating a work-life balance: a good practice guide for employers*, Department of Trade and Industry Publications, London (<http://www.dti.gov.uk/work-lifebalance/docs/cawlbfdoc>).

UNI-Europa and EFCI/FENI (2001), Health and safety in the office cleaning sectors. European manual for employees, UNI-Europa, Brussels (<http://www.union-network.org/uniproperty.nsf/c56501bbc7a97749c1256b3c004f96fe/cf3>

- ccc8d55dce0fcc1256b11002e1fea?OpenDocument).
- Unison (1997), *Unison members' experience of workplace bullying*, Unison, London.
- Unison (2001), *Women's health and safety: a guide for Unison safety representatives*, Unison, London.
- United Nations (1995), *International migration policies and the status of female migrants: Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting, San Miniato, Italy, 28 to 31 March 1990*,
- ST/ESA/SER.R/126, Population Division, United Nations, New York.
- Vagg, P. R., Spielberger, C. D. and Wasala, C. F. (2002), 'Effects of organisational level and gender on stress in the workplace', *International Journal of Stress Management* 9(4), pp. 243–261.
- Vahtera, J., Kivimäki, M. and Pentti, J. (1997), *Effect of organisational downsizing on health of employees*, *The Lancet* 350, pp. 1124–1128.
- Valls-Llobet, C. (2002), 'Women's health conditions after occupational chemical exposures', Workshop MoW03, in Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. and Westberg, H. (eds), *Women, work and health — Illrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Valls-Llobet, C., Borra, G., Doyal, L. and Torns, T. (1999), 'Household labour and health', in Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, World Health Organisation, Geneva.
- Vartia, M. (2003), *Workplace bullying: a study on the work environment, well-being and health*, People and Work Research Reports 56, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Veerman, T. J., Schoemaker, C. G., Cuelenaere, B. and Bijl, R. V. (2001), *Mental disability* (in Dutch), Elsevier, Doetinchem.
- Verbrugge, L. M. (1985), 'Gender and health: an update on hypotheses and evidence', *Journal of Health and Social Behaviour* 26, pp. 156–182.
- Verbrugge, L. M. (1986), 'From sneezes to adieu: stages of health for American men and women', *Social Sciences Medicine* 22(11), pp. 1195–1212.
- Verschuuren, R., de Groot, B. and Nossent, S. (1995), *Working conditions in hospitals in the European Union*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Vickery, G. and Wurzburg, G. (1996), 'Flexible firms, skills and employment', *The OECD Observer* No 202, October/November, OECD, Paris.
- Vingård, E. and Hagberg, M. (2001), 'Work factors and musculoskeletal disorders', in Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Sweden 2000*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Vinke, H., Andriessen, S., van den Heuvel, S. G., Houtman, I., Rijnders, S., Van Vuuren, C. V. and Wevers, C. W. J. (1999), *Women and rehabilitation for work (in Dutch)*, TNO Work and Employment, Hoofddorp.
- Vinke, H. and Wevers, C. (1999), 'Women, disability and rehabilitation in work' (in Dutch), in Houtman, I., Smulders, P. and Klein Hesselink, D. J. (eds), *Trends in work*, Samsom Alphen a/d Rijn, pp. 217–236.

- Virtanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J. and Cooper, C. (2001), 'Contingent employment, health and sickness absence', *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 27, pp. 365–372.
- Vogel, L. (1999), *Occupational health in central government administration: a comparative study of the implementation of selected provisions of the framework directive in Austria, Spain, France and the United Kingdom*, Trade Union Technical Bureau, Brussels.
- Vogel, L. (2002), 'The gender dimension in health and safety. Initial findings of a European survey', TUTB Newsletter 18, Trade Union Technical Bureau, Brussels, pp. 13–17 (<http://www.etuc.org/tutb/uk/survey.html>).
- Voice Care Network, More care for your voice, Kenilworth, UK (www.voicecare.org.uk).
- Wamala, S.-P., Mittleman, M. A., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K. and Orth-Gomer, K. (2000), 'Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women. The Stockholm female coronary risk study', *Social Science and Medicine* 51(4), pp. 481–489.
- WAO, WAZ and Wajong (2001), *Developments in the use of disability pensions in the Netherlands in 2000*, Landelijk Instituut Sociale Verzekering (LISV), Amsterdam.
- Webster, J. and Schnabel, A. (1999), *Participating on equal terms*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Wedderburn, A. (ed.) (2000), *Shift work and health*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Weinberg, A. and Creed, F. (2000), 'Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff', *The Lancet* 355, pp. 533–537.
- Westberg, H. (1998), 'Where are women in today's workplace?', in Kilbom, Å., Messing, K. and Bildt Thorbjörnsson, C. (eds), *Women's health at work*, Arbetslivsinstitutet, Sweden.
- Westerholm, P. (1998), 'The heart — a weak spot. Gender, work and cardiovascular disease', in Kilbom, Å., Messing, K. and Bildt Thorbjörnsson, C. (eds), *Women's health at work*, Arbetslivsinstitutet, Sweden.
- Westman, M. and Etzion, D. (2001), 'The impact of vacation and job stress on burnout and absenteeism', *Psychology and Health* 16, pp. 595–606.
- Whatmore, L., Cartwright, S. and Cooper, C. (1999), 'United Kingdom: evaluation of a stress-management programme in the public sector', in Kompier, M. A. J. and Cooper, C. (eds), *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*, Routledge, London and New York.
- White, B. (2000), 'Lessons from the careers of successful women', in Davidson, M. J. and Burke, R. J. (eds), *Women in management, Part II*, Sage Publications, London.
- WHO (undated), *Gender disparities and mental health*, World Health Organisation web site, 'Gender and women's mental health' (http://www5.who.int/mental_health/main.cfm?p=0000000022), Geneva.
- WHO (1980), *International classification of impairments, disabilities and handicaps*, World Health Organisation, Geneva

- WHO (1994a), *A global strategy on occupational health for all*, World Health Organisation web site (<http://www.who.int/oeht/OCHweb/OCHweb/OSHpages/GlobalStrategy/GlobalStrategy.htm>). Geneva.
- WHO (1994b), *Monica project* (monitoring cardiovascular disease), World Health Organisation, Geneva.
- WHO (1998), Gender and health technical paper, World Health Organisation web site (<http://www.who.int/frh-whd/GandH/GHreport/gendertech.htm>), Geneva.
- WHO (2001), 'Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward', Madrid statement, Gender mainstreaming health policies in Europe, gender mainstreaming programme, Division of Technical Support, World Health Organisation, Madrid.
- WHO (2002a), *Integrating gender perspectives into the work of the World Health Organisation: WHO gender policy*, World Health Organisation web site (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a78322.pdf>), Geneva.
- WHO (2002b), 'Selected occupational risks', *World Health Report 2002*, Chapter 4.9, World Health Organisation web site (<http://www.who.int/whr/2002/chapter4/en/index8.html>), Geneva.
- Wickström, G. and Joki, M. (1998), 'Utilisation of official breaks and take-up of short breaks in nursing work', in Lehtinen, S., Taskinen, H. and Rantanen, J. (eds), *Women at work*, Proceedings of an international expert meeting, *People and Work Research Reports 20*, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Williams, C. (2001), 'Health meeting resume', 'Filtration and health — clean air in the workplace', Birmingham, March, The Filtration Society (http://www.lboro.ac.uk/departments/cg/eresearch/filtration/abstracts_health_meeting.htm).
- Williams, K. and Umberson, D. (2000), 'Women, stress and health', in Goldman, M. and Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.
- Wise, L. A., Krieger, N., Zierler, S. and Harlow, B. L. (2002), 'Lifetime socioeconomic position in relation to onset of perimenopause', *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(11), pp. 851–860.
- Wollershein, J. P. (1993), 'Women workers', in Headapohl, D. M. (ed.), *State-of-the-art reviews, Occupational Medicine*.
- Woods, V., Buckle, P. and Haisman, M. (1999), *Musculoskeletal health of cleaners*, Health and Safety Executive, Contract research report 215/1999, HSE Books, Sudbury, UK.
- WorkCover NSW (2001), *Health and safety guidelines for brothels*, Sydney (http://www.workcover.nsw.gov.au/Publications/pdf/workcover_brothels.pdf).
- Wrangö, K., Wallenhammar, L. M., Ortengren, U., Barregard, L., Andreasson, H., Bjorkner, B., Karlsson, S. and Meding, B. (2001), 'Protective gloves in Swedish dentistry: use and side effects', *British Journal of Dermatology* 145(1), pp. 32–37.
- Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T. and Griffiths, A. (1997), *Guidance on the prevention of violence at work*, European Commission, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Yeandle, S., Gore, T. and Herrington, A. (1999), *Employment, family and community activities:*

a new balance for women and men, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Yehuda, R. (2002), 'Post-traumatic stress disorder', *New England Journal of Medicine* 346(2), pp. 108–114.

Ylikoski, M., Lehtinen, S., Kaadu, T. and Rantanen, J. (eds) (2002), *The FinEst bridge — Finnish–Estonian collaboration in occupational health*, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki (http://www.sm.ee/telematic/twinning/finest_bridge.pdf).

York Consulting (2003), *Pilots to explore the effectiveness of workers' safety advisors: interim findings*, Report to the Health and Safety Commission, available at the TUC web site (http://www.tuc.org.uk/h_and_s/tuc-6505-f0.pdf).

Zahm, S. H. (2000), 'Women at work', in Goldman, M. and Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Zahm, S. H., Pottern, L. M., Lewis, R. D., Ward, M. H. and White, D. W. (1994), 'Inclusion of women and minorities in occupational cancer and epidemiological research', *Journal of Occupational Medicine* 36(8), pp. 842–847.

Zahm, S. H., Ward, M. H. and Silverman, D. T. (2000), 'Occupational cancer', in Goldman, M. and Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Zitting, A. and Husgafvel-Pursiainen, K. (2002), 'Health effects of environmental tobacco smoke', *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 28, Supplement 2.

R I C E R C A



ALLEGATI

a Sabrina Tesoka, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Alla stesura del documento ha partecipato anche parte del personale dell'Agenzia, tra cui: Markku Aaltonen (responsabile centro tematico), Eusebio Rial-González, Christa Sedlatschek, Brenda O'Brien, Mónica Vega e Paola Piccarolo.

Sarah Copsey
Project Manager

ALLEGATO 1: RICONOSCIMENTI

L'Agenzia desidera ringraziare Kaisa Kauppinen e Riitta Kumpulainen, FIOH, Finlandia, e Irene Houtman, TNO Lavoro e occupazione, Olanda, per il loro contributo al presente documento, nonché altri collaboratori, tra cui gli operatori del Centro tematico sulla ricerca — Lavoro e salute, che hanno collaborato alla realizzazione del documento: Anneke Goudswaard, TNO Lavoro e occupazione, Olanda; Maria Castriotta, ISPEL, Italia; Alan Woodside, OSHII, Irlanda; Birgit Aust, AMI, Danimarca; Veerle Hermans, Prevent, Belgio; Dolores Solé, INSHT, Spagna; Karl Kuhn e Ellen Zwink, BAuA, Germania.

L'Agenzia desidera altresì esprimere il proprio apprezzamento alle persone riportate di seguito, le quali hanno fornito preziosi commenti e contributi ai fini della realizzazione del presente documento.

Un ringraziamento va anche ai focal point dell'Agenzia e agli altri membri del network; Carina Bildt, Istituto Nazionale per la Vita Lavorativa, Svezia; Lesley Doyal, Università di Bristol, Regno Unito; Marilyn Fingerhut, OMS; Carin Hakansta e colleghi, Organizzazione Internazionale del Lavoro; Karen Messing, Cinboise, Università del Québec a Montreal, Canada; Naiomi Swanson e colleghi, NIOSH; e

Alan Woodside
Occupational Safety and Health Institute of
Ireland (OSHI)
University Road
Galway
Ireland

Birgit Aust
Arbejds miljøinstituttet (AMI)
Lersø Parkallé 105
DK-2100 Copenhagen

Veerle Hermans
Prevent
Rue Gachard 88, boîte 4
B-1050 Bruxelles

Dolores Solé
Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el
Trabajo (INSHT)
Dulcet, 2-10
E-08034 Barcellona

Karl Kuhn e Ellen Zwink
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeit-
smedizin (BAuA)
Friedrich-Henkel-Weg 1-25
D-44149 Dortmund

Project Manager dell'Agenzia del Centro tema-
tico sulla ricerca - Lavoro e salute

Markku Aaltonen
European Agency for Safety and Health at
Work
Gran Vía, 33
E-48009 Bilbao

*Responsabili del Centro tematico sulla ricerca -
Lavoro e salute*

Jean-Luc Marié
INRS
30, rue Olivier Noyer
F-75680 Parigi Cedex 14

ALLEGATO 2: ORGANIZZAZIONE DEL PROGETTO, PARTECIPANTI ED ESPERTI

Project Manager dell'Agenzia

Sarah Copsey
European Agency for Safety and Health at Work
Gran Vía, 33 E-48009 Bilbao

Partecipanti al progetto del Centro tematico sulla ricerca - Lavoro e salute

Responsabili dell'organizzazione funzionale:

Kaisa Kauppinen e Riitta Kumpulainen
Istituto finlandese della salute sul lavoro (FIOH)
Työterveyslaitos Topeliuksenkatu 41A
FIN-00250 Helsinki

Irene Houtman e Anneke Goudswaard
TNO Lavoro e Occupazione
Polarisavenue 151
PO Box 718
2130 AS Hoofddorp
Olanda

Addetti all'organizzazione funzionale:

Maria Castriotta
Istituto Superiore per la Prevenzione e la
Sicurezza sul Lavoro (ISPESL)
Via Urbana I-167
00184 Roma

Jean-Claude André
INRS — Centre de Lorraine
Avenue de Bourgogne, BP 27
F-54501 Vandoeuvre Cedex

Partecipanti alla riunione degli esperti tenutasi a Roma il 15 marzo 2002

T. Baccolo (ISPESL, Italia)
L. Benedettini (CGIL, Italia)
C. Bildt (NIWL, Svezia)
M. Castriotta (ISPESL, Italia)
A. Ciani Passeri (Dipart. prev. di Firenze, Italia)
S. Copsey (European Agency for Safety and Health at Work)
G. Costa (ARPA Piemonte, Italia)
G. Delpier (Commissione nazionale per le pari opportunità, Italia)
I. Figà-Talamanca (Università La Sapienza, Italia)
C. Frascherl (CISL, Italia), G. Galli (UIL, Italia)
P. Germini (Commissione nazionale per le pari opportunità, Italia)
E. Giuli (ISPESL, Italia)
A. Goudswaard (TNO, Olanda)
V. Hermans (Prevent, Belgio)
M. Hiltunen (Min. Affari Soc., Finlandia)
I. Houtman (TNO, Olanda)
K. Kauppinen (FIOH, Finlandia)
K. Kuhn (BAuA, Germania)

B. Papaleo (ISPESL, Italia)
S. Perticaroli (ISPESL, Italia)
S. Salerno (ENEA, Italia)
D. Solé (INSHT, Spain)
E. Volturo (CDF ASL Milano, Italia)
A. Woodside (OSHI, Irlanda)
E. Zwink (BAuA, Germania)

Esperti aggiuntivi che hanno contribuito al documento

Disturbi muscolo-scheletrici: H. Riihimäki (FIOH)
Disturbi respiratori, asma e sindrome dell'edificio malato (sick-building syndrome): K. Reijula (FIOH)
Malattie dermatologiche: R. Jolanki (FIOH) e T. Estlander (FIOH)
Disturbi uditivi: E. Toppila (FIOH)
Neoplasie: T. Kauppinen (FIOH); telefoni cellulari: M. Hietanen (FIOH)
Salute riproduttiva: M.-L. Lindbohm (FIOH), H. Taskinen (FIOH) e I. Figà-Talamanca (Università La Sapienza)
Assenteismo, invalidità e riabilitazione: R. Gründemann (TNO)
Hanno inoltre contribuito: H. Huuhtanen (FIOH), S. Patolu-oto (FIOH) e T. Veriö-Piispanen (FIOH)

ALLEGATO 3: ESTRATTI RELATIVI ALLA PROBLEMATICHE DELLE DIFFERENZE TRA UOMINI E DONNE ESTRAPOLATI DALLA STRATEGIA COMUNITARIA IN TEMA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO 2002-06

Nell'ambito della strategia comunitaria in tema di salute e sicurezza sul lavoro 2002-06, la Commissione europea inserisce in modo specifico tra i propri obiettivi l'integrazione della problematica delle differenze tra uomini e donne nella salute e sicurezza sul lavoro. Il relativo testo è riportato a continuazione:

"Introduzione

Il tema della promozione della salute sul luogo di lavoro deve pertanto essere affrontato nel quadro dell'evoluzione generale delle attività economiche (più servizi), delle forme di occupazione (maggiormente diversificate), della popolazione attiva (con un maggior numero di donne, ma anche di lavoratori anziani), e della società in generale (maggiormente diversificata, ma anche contrassegnata dall'esclusione sociale). [...]

2.1. Trasformazioni nella società

2.1.1. Una società sempre più femminile

La più ampia partecipazione delle donne al mondo del lavoro, che si manifesta ormai da svariati decenni e che rappresenta uno degli obiettivi fondamentali fissati a Lisbona nel contesto dell'invecchiamento della popolazione attiva, introduce una nuova dimensione nel campo della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro. L'83% delle donne è impiegato nei servizi e questo spiega perché esse registrino un'incidenza di infortuni e di malattie professionali sensibilmente inferiore a quella degli uomini e perché il loro rischio di subire infortuni sia inferiore. Nonostante ciò, esse subiscono un'evoluzione sfavorevole in quanto le attività nelle quali la loro presenza è dominante assistono ad un aumento dei tassi d'incidenza, anche per quanto riguarda gli infortuni mortali sul lavoro. Per quanto non rappresentassero (nel 1995) che il 17,8% delle malattie professionali diagnosticate, le donne facevano registrare percentuali nettamente superiori in determinati gruppi: 45% delle allergie, 61% delle malattie infettive, 55% dei problemi di natura neurologica, 48% dei problemi di natura epatica e dermatologica. Tali cifre evidenziano pertanto le specificità significative delle donne nei riguardi delle malattie professionali. Le azioni di prevenzione, così come gli strumenti di misura e le norme di compensazione e di indennizzo, devono prendere in considerazione in modo specifico la partecipazione crescente delle donne al mondo del lavoro, nonché i rischi per i quali le donne presentano una particolare sensibilità. Tali azioni rivolte alle donne devono essere basate su ricerche che coprano gli aspetti ergonomici, la realizzazione dei posti di lavoro, gli effetti dell'esposizione agli agenti fisici, chimici e biologici, nonché la valutazione delle differenze fisiologiche e psicologiche nell'organizzazione del lavoro [...].

3.1. Per una strategia globale del benessere sul luogo di lavoro

La strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro deve avere come obiettivo il

continuo miglioramento del benessere, sia esso fisico, morale e sociale, sul luogo di lavoro. Tutti i soggetti interessati devono pertanto perseguire svariati obiettivi complementari [...].

2. L'integrazione della dimensione legata al genere nella valutazione dei rischi, nelle misure di prevenzione, nonché nei dispositivi di riparazione e di compensazione, al fine di prendere in considerazione le particolari caratteristiche delle donne in materia di salute e di sicurezza sul luogo di lavoro [...].

3.3.2. Incoraggiare la spinta al progresso

1. Benchmarking

La Commissione:

– valuterà la possibilità di proporre nel 2002 una modifica degli orientamenti per l'occupazione, chiedendo agli Stati membri di adottare degli obiettivi nazionali quantificati di riduzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, rivolgendo un'attenzione specifica ai settori caratterizzati da un elevato tasso di incidenti e integrando la dimensione del genere, nonché quella dell'età;

ALLEGATO 4 - ESTRATTI RELATIVI ALLA PROBLEMATICHE DELLA DIFFERENZE TRA UOMINI E DONNE ESTRAPOLATI DALLA RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO SULLA STRATEGIA COMUNITARIA IN TEMA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO 2002-06

Il Parlamento europeo ha esaminato e discusso la strategia comunitaria della Commissione europea in tema di salute e sicurezza sul lavoro 2002-06, adottando successivamente una risoluzione recante i propri punti di vista e le proprie proposte in merito alla strategia medesima. La strategia comunitaria fa riferimento all'integrazione della problematica delle differenze tra uomini e donne in tema di salute e sicurezza sul lavoro e gli estratti riportati di seguito, estrapolati dalla risoluzione del Parlamento europeo, sono relativi alla dimensione di tale problematica di cui al documento della Commissione.

"[...] considerato che la dimensione di genere e la dimensione demografica sono evocate nell'analisi della Commissione ma sono pressoché completamente assenti dagli interventi proposti

(ad esempio, le proposte di intervento dovrebbero tenere conto del fatto che molti settori dell'occupazione dominati dalle donne sono caratterizzati da salari bassi e da precarietà e che laddove gli uomini sono più soggetti a gravi incidenti sul lavoro, le donne tendono a soffrire di disturbi di natura mentale e correlati al lavoro),

3. Chiede alla Commissione di integrare la dimensione di genere nell'ambito dell'intera strategia, tenendo conto in particolare:

(i) del doppio carico di lavoro sostenuto da molte persone, prevalentemente donne, che svolgono attività remunerate e attività socialmente produttive ma non remunerate in relazione alle responsabilità personali, con possibili conseguenze a carico della salute e della sicurezza;

(ii) del fatto che, nel contesto della segmentazione di genere che caratterizza troppi mercati del lavoro europei, le donne ricevono una formazione professionale e accademica inferiore rispetto alle controparti maschili;

(iii) della situazione di categorie particolari, come i telelavoratori (un'elevata percentuale dei quali è rappresentata dalle donne), che producono una vasta gamma di prodotti presso le proprie abitazioni, e le donne che operano nel settore agricolo e all'interno di Pmi a conduzione familiare, ricoprendo in molti casi responsabilità anche legali nell'ambito dell'attività svolta e svolgendo lavori potenzialmente pericolosi senza tuttavia disporre di un'adeguata formazione, informazione o previdenza sociale;

(iv) del modo in cui gli aspetti dell'occupazione inerenti la salute, la sicurezza e la salute riproduttiva possono ostacolare l'ingresso nel mondo del lavoro da parte delle donne in taluni settori, un elemento che a sua volta perpetua la divisione tra uomini e donne nel lavoro, e proporre misure tese a garantire la rimozione di questi ostacoli.

Aspetti legislativi

4. Richiede l'ampliamento del campo d'azione della direttiva quadro, Direttiva del Consiglio 89/391/CEE del 12 giugno 1989 sull'introduzione di misure per favorire miglioramenti in tema di salute e sicurezza dei lavoratori sul posto di lavoro per categorie di lavoratori escluse, tra cui militari, lavoratori autonomi, telelavoratori e lavoratori domestici; l'esclusione delle ultime due categorie costituisce una discriminazione indiretta nei confronti delle donne e porvi fine significherebbe dare efficacia in modo concreto all'enfasi posta dalla Commissione in materia di pari opportunità.

5. Sostiene, nell'ambito della propria risoluzione del 20 settembre 2001 sugli abusi sul posto di lavoro, il cosiddetto "approccio globale nei confronti del benessere sul posto di lavoro", compresi tutti i tipi di rischi, tra cui stress, abusi, comportamenti persecutori e violenza. Un simile orientamento fa eco al giudizio espresso dalla Corte di giustizia in ordine alla vasta interpretazione dell'"ambiente di lavoro" (Articolo 137, paragrafo 1, TEC). Tuttavia, la Commissione dovrebbe considerare rilevante la problematica delle differenze tra uomini e donne in questo contesto e agire con maggiore concretezza, proponendo, ad esempio, una legislazione sui comportamenti persecutori (bullying) sul posto di lavoro; l'approccio globale dovrebbe altresì comprendere un impegno volto ad estendere l'intervento strategico in modo da inquadrare o combattere i rischi futuri posti dai nuovi processi o dalle variazioni ai processi preesistenti.

6. Relativamente ai problemi di natura muscolo-scheletrica, che riguardano oltre metà delle persone affette da disturbi lavoro-correlati in ambito Ue, soprattutto tra i lavoratori più anziani, sollecita la Commissione a proporre una direttiva di vasta portata sull'ergonomia sul posto di lavoro, al fine di riesaminare e miglio-

rare l'attuazione della Direttiva del Consiglio 90/270/CEE del 29 maggio 1990 sui requisiti minimi di salute e sicurezza per le attività lavorative svolte con l'ausilio di apparecchiature dotate di schermi, e proporre emendamenti alla Direttiva del Consiglio 90/269/CEE del 29 maggio 1990 sui requisiti minimi di salute e sicurezza per la movimentazione manuale dei carichi dove sussista il rischio, in modo particolare, di infortuni alla schiena a carico dei lavoratori, soprattutto in relazione alla movimentazione ripetitiva di piccoli carichi. Inoltre, le considerazioni attinenti la problematica delle differenze tra uomini e donne dovrebbero essere integrate all'interno delle politiche e delle pratiche della valutazione del rischio, nonché della progettazione dei posti di lavoro:

[...]

10. Sollecita la Commissione a valutare tutta la legislazione esistente in tema di salute e sicurezza, al fine di stabilire se si è tenuto conto delle esigenze specifiche relative alla problematica delle differenze tra uomini e donne, anche nei settori in cui queste ultime sono sottorappresentate;

[...]

12. Ritiene che la semplificazione legislativa non debba diventare un pretesto per la deregolamentazione delle disposizioni in materia di salute e sicurezza; sarebbe invece auspicabile una valutazione dell'adeguatezza delle disposizioni esistenti. Il ruolo degli interlocutori (soprattutto le autorità pubbliche e i rappresentanti dei lavoratori) dovrebbe essere definito con maggiore chiarezza, le convenzioni OIL (Organizzazione internazionale del lavoro) dovrebbero essere oggetto di maggiore considerazione, le attività legate al monitoraggio sanitario dovrebbero essere, in linea generale, chiarite in misura maggiore rispetto al modo frammentato e incoerente in cui sono illustrate nelle diverse direttive, e, infine, andrebbe

attuata, sotto forma di iniziativa orizzontale, una politica di integrazione totale dei sessi.

[...]

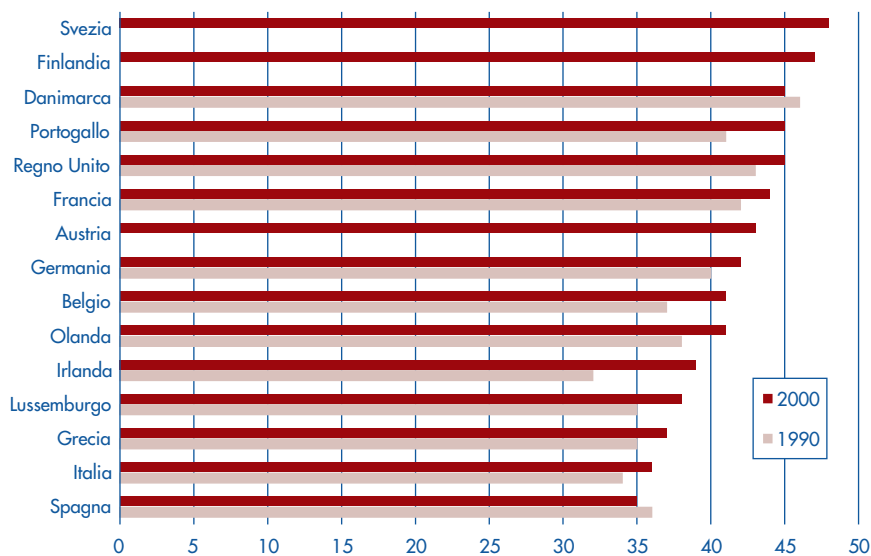
30. Accoglie con favore la nuova enfasi posta dalla Commissione sulla "integrazione della salute e della sicurezza" nelle altre politiche comunitarie, chiedendo alla Commissione di inserire nel proprio piano d'intervento sulla strategia un programma ben definito per l'integrazione della SSL in tutti gli ambiti legislativi ed extra-legislativi, sia all'interno della DG Occupazione e affari sociali che nelle altre DG; [...]"

Fonti. testi del Parlamento europeo adottati in occasione della seduta di mercoledì 23 ottobre 2002 (P5_TA-PROV(2002)10-23, testo P5_TA-PROV (2002)0499), "Adattamento al cambiamento nel lavoro e nella società" (A5-0310/2002 — Relatore: Stephen Hughes). Risoluzione del Parlamento europeo sulla comunicazione della Commissione "Adattamento al cambiamento nel lavoro e nella società: una nuova strategia comunitaria in tema di salute e sicurezza sul lavoro 2002-06" (COM(2002) 118 — C5-0261/2002 — 2002/ 2124(COS)).

Sito del Parlamento europeo (<http://www3.europarl.eu.int/omk/omnsapir.so/calendar?APP=PDF&TYPE=PV2&FILE=p0021023EN.pdf> LANGUE=EN).

ALLEGATO 5: DATI STATISTICI RELATIVI ALLE DIFFERENZE TRA UOMINI E DONNE E ALL'OCCUPAZIONE NELLA UE

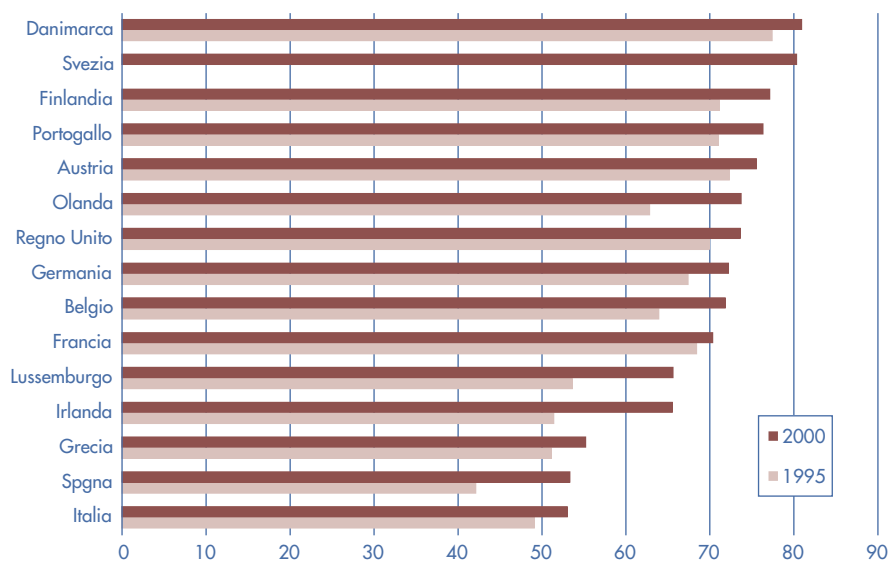
Figura 1: Occupazione femminile in percentuale all'occupazione totale, 1990 e 2000 (1)



(1) Nel 1990 Svezia, Finlandia e Austria non erano ancora Stati membri e i dati relativi a questi Paesi sono disponibili soltanto con riferimento al 2000.

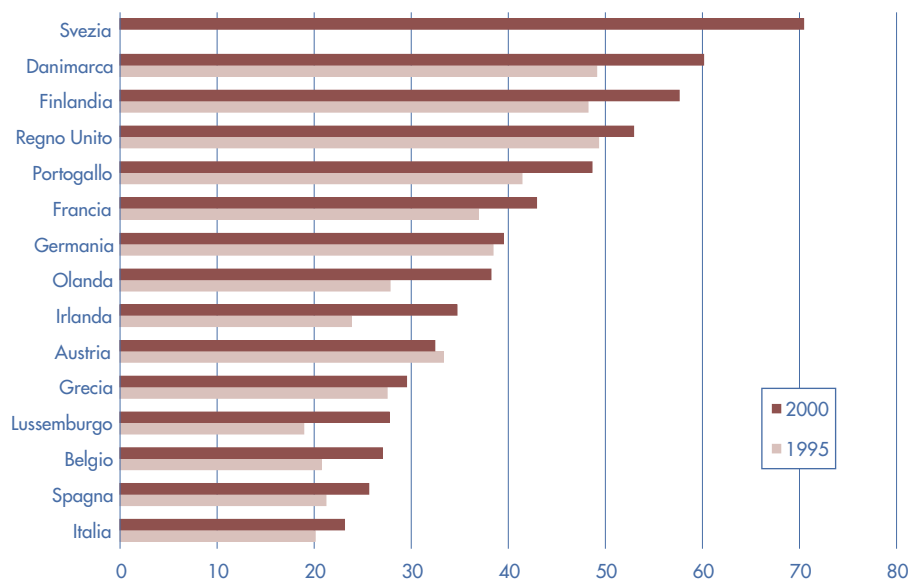
Source: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

Figura 2: Tasso occupazionale delle donne, età compresa tra i 25 e i 49 anni, nel 1995 e 2000 nella UE (%)



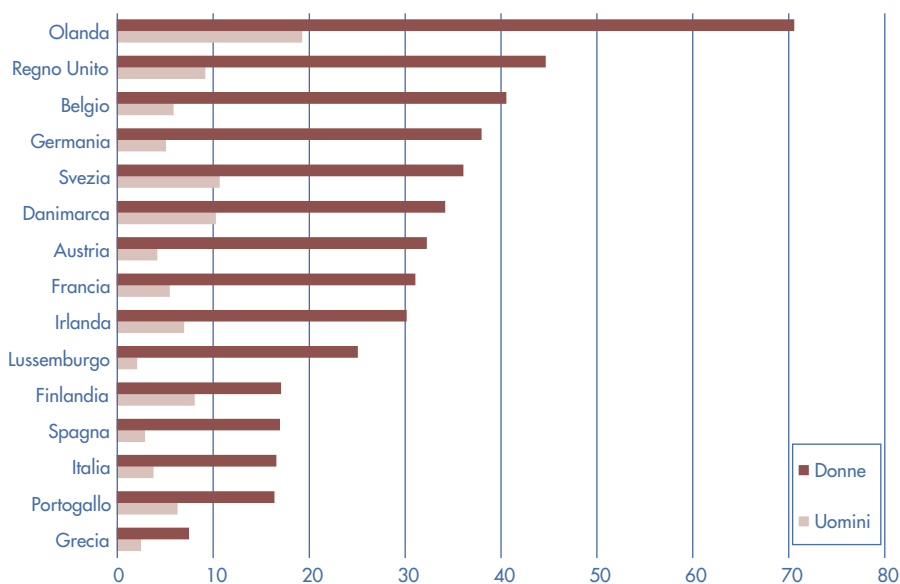
Fonte: Annuario Eurostat 2002.

Figura 3: Tasso occupazionale delle donne, età compresa tra i 50 e i 64 anni, nel 1995 e 2000 nella UE (%)



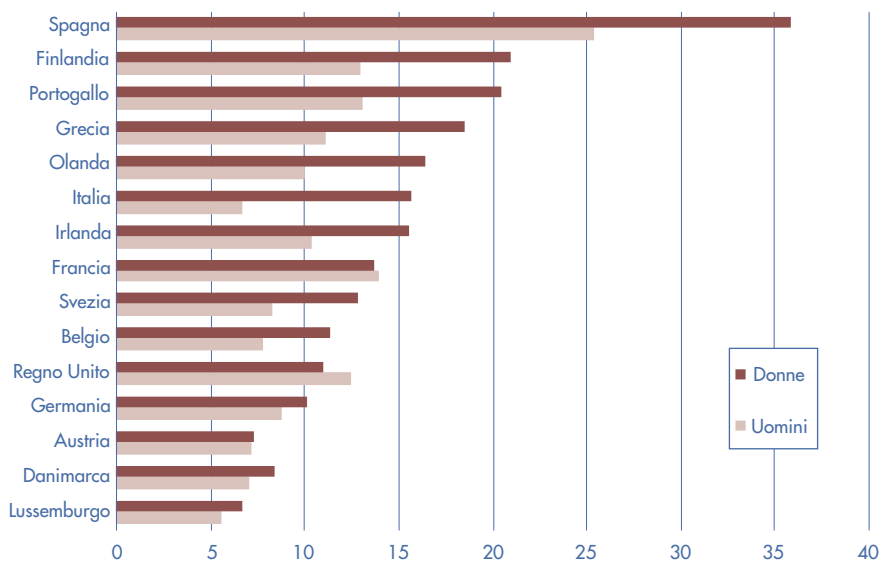
Fonte: Annuario Eurostat 2002.

Figura 4: Occupazione part-time in percentuale all'occupazione totale nel 2000



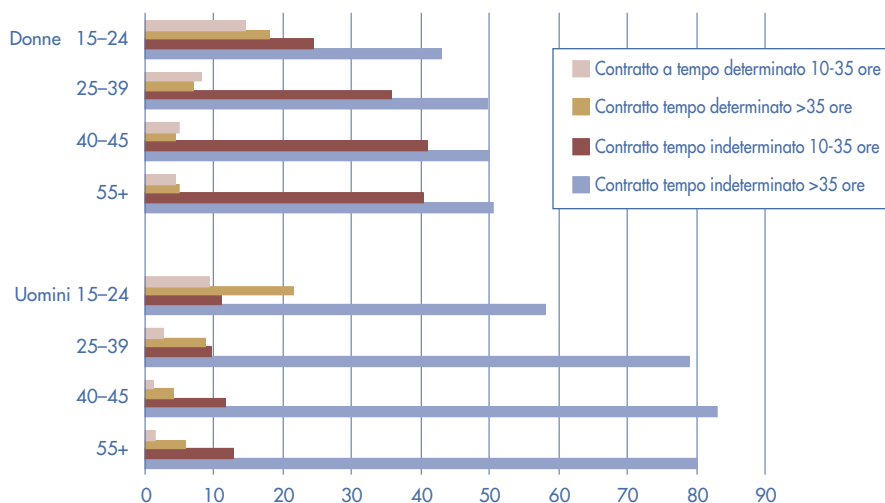
Fonte: Indicatori occupazionali significativi 2000/sito Internet parità dei sessi della Commissione europea: "Statistiche sulle problematiche delle differenze tra uomini e donne: occupazione part-time".

Figura 5: Percentuale di lavoratori non inquadrati come personale di ruolo, suddivisi per sesso e paese, 2000



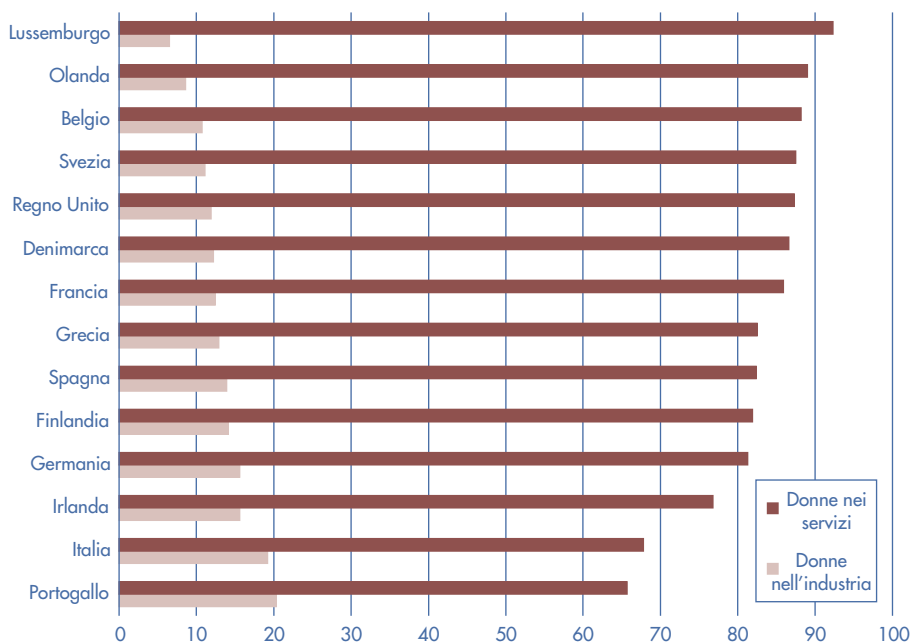
Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

Figura 6: Stato occupazionale nella UE per età e sesso: percentuali di lavoratori con tipologie di contratti di lavoro diverse, 2000



Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

Figura 7: Occupazione femminile in percentuale all'occupazione totale per settore; servizi e industria, 2000



Fonte: Occupazione in Europa/sito internet sulla parità dei sessi della Commissione Europea: "Statistiche sulla problematica delle differenze tra uomini e donne: segregazione dei sessi nel mercato del lavoro".

Tabella 1: Segregazione dei sessi per settore industriale nella UE

Percentuale dei posti di lavoro in ciascun settore occupati da uomini e donne con impieghi a tempo pieno (full-time) e a tempo ridotto (part-time)

NACE sectors (¹)	Uomini			Donne			Totale
	FT	PT	All	FT	PT	All	
Edile	86	5	91	6	3	9	100
Attività estrattive	82	2	84	16	..	16	100
Servizi di pubblica utilità	78	6	84	13	3	16	100
Trasporti, comunicazioni	68	7	75	16	9	25	100
Manifatturiero	68	5	73	20	7	27	100
Agricoltura		10	66	24	10	34	100
Servizi finanziari	51	7	58	27	15	42	100
Pubblica amministrazione	51	5	56	30	14	44	100
Commerciale, alberghiero, catering	41	6	47	30	23	53	100
Altri servizi comunitari	36	8	44	29	27	56	100
Formazione sanitaria	19	6	25	40	35	75	100
Case private ed extraterritoriali	2	3	5	35	60	95	100
Occupazione complessiva	50	6	56	26	18	44	100

Legenda FT= Full-time PT= Part-time (al di sotto delle 35 ore settimanali) All= FT + PT

(¹) I settori sono classificati per grado di segregazione con predominanza maschile. Il segno ".." sta ad indicare un valore inferiore allo 0,5%.
Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

Tabella 2: Presenza femminile in ciascun gruppo occupazionale per paese, 2000

Quota percentuale femminile di ciascun gruppo occupazionale primario ISCO e dell'occupazione complessiva, per paese

	Legislatori, funzionari e dirigenti	Professionisti	Tecnici e professionisti assimilati	Impiegati	Commissari e prestatori di servizi	Lavoratori specializzati agricoltura e pesca	Arti e attività affini	Operatori di impianti e macchinari e assemblatori	Occupazioni non specialistiche	Tot.
Finlandia	30	40	72	87	66	44	14	15	65	49
Svezia	32	57	54	61	74	38	8	16	71	48
Olanda	41	55	49	67	72	5	6	18	59	48
Regno Unito	37	58	37	75	75	-	7	13	45	47
Denimarca	35	50	68	64	65	17	9	21	35	46
Francia	46	45	46	79	72	29	12	20	56	46
Portogallo	42	52	30	66	58	36	23	61	71	46
Austria	38	37	57	68	78	50	11	23	51	46
Germania	25	38	58	71	74	37	11	17	51	45
Belgio	38	56	48	60	63	20	12	14	40	43
Irlanda	35	51	44	73	58	20	7	38	26	43
Grecia	45	54	26	61	51	46	16	3	53	41
Spagna	33	49	62	68	39	25	19	11	49	39
Italia	39	54	34	51	60	25	16	14	45	38

NB: i paesi sono stati classificati sulla base della quota femminile dell'occupazione complessiva. Le forze armate, il Lussemburgo e il lavoro agricolo nel Regno Unito non sono rappresentati a causa dei limiti dimensionali del campione. I dati si basano sui campioni nazionali originali, prima di operare l'adeguamento rispetto alla relativa dimensione del paese. Le celle evidenziate indicano una sottorappresentazione delle donne in misura superiore al 5% rispetto alla loro quota occupazionale complessiva nel paese di appartenenza. Le celle in rosso indicano una sovrarappresentazione delle donne in misura superiore al 5% rispetto alla loro quota occupazionale complessiva nel paese di appartenenza.

Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

Tabella 3: Diaggregazione occupazionale dell'impiego femminile e maschile nella UE

Percentuale dei posti lavoro in ciascuna occupazione svolti da uomini e donne nell'ambito di impieghi a tempo pieno (full-time) e a tempo ridotto (part-time)

Categorie occupazionali ISCO	Uomini			Donne			Totale
	FT	PT	All	FT	PT	All	
1. Legislatori, funzionari anziani e dirigenti	58	5	63	30	7	37	100
11 Legislatori, funzionari anziani	71	1	72	23	6	28	100
12 Dirigenti aziendali	66	5	71	23	6	29	100
13 Dirigenti di piccole imprese	53	5	58	35	7	42	100
2. Professionisti	41	9	50	27	23	50	100
21 Ingegneria fisica, matematica	75	6	81	16	3	19	100
22 Scienze biologiche, salute	30	3	33	41	26	67	100
23 Insegnamento	21	14	35	26	39	65	100
24 Altre professioni	57	7	64	25	11	36	100
3. Tecnici e professionisti assimilati	46	6	52	31	17	48	100
31 Assimilati ingegneria fisica	75	3	78	17	5	22	100
32 Scienze biologiche e operatori sanitari assimilati	17	3	20	50	30	80	100
33 Assimilati istruzione	21	10	31	30	38	69	100
34 Altri professionisti assimilati	52	8	60	26	14	40	100
4. Impiegati	28	3	31	45	24	69	100
41 Impiegati di ufficio	29	3	32	46	22	68	100
42 Addetti ai servizi clienti	26	2	28	40	32	72	100
5. Commessi e prestatori di servizi	28	5	33	33	34	67	100
51 Servizi di tutela personale	30	5	35	33	32	65	100
52 Modelli, dimostratori commerciali	25	6	31	33	36	69	100
6. Lavoratori specializzati agricoltura e pesca	59	10	69	22	8	31	100
7. Arti e attività affini	83	4	87	9	3	13	100
71 Attività estrattive, edili	92	6	98	2	..	2	100
72 Attività metallurgiche e impiantistiche	91	5	96	4	..	4	100
73 Precisione, artigianato, stampa	75	4	79	15	6	21	100
74 Alimentare, tessile, legno	63	3	66	24	10	34	100
8. Operatori di impianti e macchinari e assemblatori	77	6	83	14	3	17	100
81 Operatori impianti fissi	82	3	85	15	..	15	100
82 Operatori macchinari, assemblatori	65	4	69	25	6	31	100
83 Conducenti, operatori impianti mobili	85	10	95	3	2	5	100
9. Occupazioni non specialistiche	41	9	50	22	28	50	100
91 Pulizia, servizi domestici, rifiuti, venditori ambulanti	32	9	41	22	37	59	100
92 Lavoratori agricoli e del settore pesca	27	15	42	44	14	58	100
93 Altri lavoratori	67	8	76	16	8	24	100
0. Forze armate	90	2	92	7	1	8	100
Occupazione complessiva	50	6	56	26	18	44	100

Legenda FT = Full-time PT = Part-time (al di sotto delle 35 ore settimanali) All = FT + PT

NB: la classificazione ISCO è rappresentata con riferimento alle nove categorie occupazionali principali (classificazione a una cifra) e alla sotto categoria di secondo livello esistente all'interno di questi gruppi (classificazione a due cifre). Il segno "..." sta ad indicare un valore inferiore allo 0,5 %.

Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

ALLEGATO 6: DATI ESTRAPOLATI DALLA TERZA INCHIESTA EUROPEA SULLE CONDIZIONI DI LAVORO

Fonte: le tabelle e i dati contenenti dati estrapolati dall'inchiesta europea sulle condizioni di lavoro suddivise per sesso sono stati estratti da Fagan e Burchell (2002).

Legenda delle tabelle:

FT = Full-time; PT = Part-time (al di sotto delle 35 ore settimanali) Tutti = FT+PT

Tabella 1: Intimidazione e discriminazione sul posto di lavoro

Percentuale degli intervistati della terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro che ha dichiarato che nel corso dei 12 mesi:	Uomini			Donne			All
	FT	PT	All	FT	PT	All	
ha avuto esperienze personali di violenza o intimidazione	9	8	9	13	12	12	11
era a conoscenza di esperienze simili ai danni di altre persone	15	14	15	19	19	19	17
ha avuto esperienze personali di discriminazione	5	6	5	8	7	8	6
era a conoscenza di esperienze simili ai danni di altre persone	10	9	10	11	9	11	10
Tutti	39	37	39	51	47	50	44

NB: le domande formulate erano le seguenti: "Nel corso degli ultimi 12 mesi siete stati o meno sottoposti a [...] da parte di colleghi o altre persone sul posto di lavoro? Nella sede presso cui lavorate siete a conoscenza dell'esistenza di [...]?". La misura di discriminazione comprende sesso, età, nazionalità, appartenenza etnica, invalidità e orientamento sessuale.

Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

Tabella 2: Esposizione a rischi materiali e fisici suddivisi per sesso

Percentuale di intervistati della terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro che ha dichiarato di essere esposto alle seguenti condizioni di lavoro almeno per metà del tempo lavorativo	Uomini			Donne			Tot.
	FT	PT	Tot	FT	PT	Tot.	
Rumore elevato	27	18	26	12	10	11	20
Vibrazioni prodotte da utensili manuali, macchinari, ecc.	24	14	23	9	5	7	16
Inalazione di vapori, fumi, polvere o sostanze pericolose	21	15	20	11	7	9	15
Temperature elevate	17	15	17	11	11	11	14
Temperature basse	17	16	16	7	6	7	12
Manipolazione di sostanze o prodotti pericolosi	12	8	12	7	6	6	9
Radiazioni	4	3	4	3	1	2	3
Scala riassuntiva dell'esposizione ambientale							
Punteggio elevato	45	31	44	23	18	21	34
Punteggio medio	30	36	30	35	35	35	32
Nessuna esposizione	25	33	26	42	47	44	34
Totale	100	100	100	100	100	100	100

NB: la scala della "esposizione ambientale" si basa sulla somma dei sette elementi inseriti nella tabella, dove il grado di esposizione relativo a ciascun elemento è stato misurato su una scala di sette punti che variava da "sempre" a "mai".

Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

Tabella 3: Condizioni ergonomiche suddivise per sesso

Percentuale di intervistati della terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro che dichiarato di essere esposto alle seguenti condizioni di lavoro almeno per metà del tempo lavorativo	Uomini			Donne			Tot.
	FT	PT	Tot	FT	PT	Tot.	
Ripetuti movimenti delle mani o delle braccia	48	43	47	48	44	46	47
Posizioni dolorose o stancanti	33	30	33	35	29	33	33
Trasporto o spostamento di carichi pesanti	28	24	28	18	16	17	23
Scala riassuntiva delle condizioni ergonomiche pericolose							
Punteggio elevato	27	24	27	25	19	22	30
Punteggio medio	46	40	45	44	47	45	45
Nessuna esposizione	27	36	28	31	34	32	25
Totale	100	100	100	100	100	100	100

NB: la scala delle "condizioni ergonomiche pericolose" si basa sulla somma dei tre elementi inseriti nella tabella, dove il grado di esposizione relativo a ciascun elemento è stato misurato su una scala di sette punti che variava da "sempre" a "mai".

Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro

Tabella 4: Esposizione a rischi materiali, fisici ed ergonomici suddivisi per sesso e condizione occupazionale

Percentuale di intervistati della terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro che dichiarato un elevato tasso di esposizione a rischi materiali, fisici ed ergonomici

Gruppo di appartenenza occupazionale	Rischi materiali e fisici		Rischi ergonomici		Mansioni ripetitive inferiori a 10 minuti	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Mansioni impiegate manageriali	23	17	12	16	37	42
Mansioni impiegate professionali	19	20	8	15	33	36
Mansioni impiegate ufficio e servizi	20	13	17	19	46	47
Mansioni artigiane e lavori manuali affini	72	49	41	48	53	68
Mansioni operaie e lavori manuali operai	60	36	43	40	55	60
Tutti	44	21	27	22	46	48

Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

Tabella 5: Indicatori selettivi della domanda di specializzazione nei lavori maschili e femminili suddivisi per condizione occupazionale (1)

Gruppo di appartenenza occupazionale	Percentuale di uomini occupati le cui mansioni comportano:				Differenza percentuale del divario donne-uomini (2)			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Mansioni impiegate manageriali	76	46	39	73	-6	-13	-3	-13
Mansioni impiegate professionali	81	53	33	31	0	-1	-8	-14
Mansioni impiegate d'ufficio e servizi	64	32	36	21	-7	-8	0	-11
Mansioni artigiane e lavori manuali affini	64	36	37	23	-17	-49	-5	-1
Mansioni operaie e lavori manuali operai	46	19	35	8	-23	-11	-8	-3
Tutti	65	37	36	26	-4	-7	-7	-10

Legenda: A = Apprendimento e soluzione del problema
 B = Soltanto compiti complessi
 C = Lavoro di squadra e rotazione dei compiti
 D = Ampie responsabilità di pianificazione

- (1) Questi indicatori sono stati estratti dalle domande relative alla soluzione dei problemi (problem solving); compiti monotoni e/o complessi; pianificazione della produzione; dotazione di personale e/o orario lavorativo; rotazione dei compiti e/o lavoro di squadra.
- (2) La differenza del "divario tra uomini e donne" è rappresentata dalla differenza in punti percentuale ottenuta sottraendo il punteggio maschile da quello femminile. Un valore di segno negativo indica un numero inferiore di donne occupate nell'ambito di questo studio sul gruppo di appartenenza occupazionale.

Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

Tabella 6: Grado di autonomia nei lavori maschili e femminili suddiviso per appartenenza occupazionale

Autonomia lavorativa	Percentuale con un elevato livello di autonomia funzionale					
	Uomini			Donne		
	Bassa	Parziale	Elevata	Bassa	Parziale	Elevata
Mansioni impiegate manageriali	7	20	73	8	25	68
Mansioni impiegate professionali	10	37	53	14	50	36
Mansioni impiegate d'ufficio e servizi	24	38	39	30	37	33
Mansioni artigiane e lavori manuali affini	28	33	40	25	28	47
Mansioni operaie e lavori manuali operai	45	31	23	40	34	27
Tutti	25	33	42	25	39	36

Autonomia del tempo lavorativo	Percentuale con un elevato livello di autonomia temporale					
	Uomini			Donne		
	No	Parziale	Entrambi	No	Parziale	Entrambi
Mansioni impiegate manageriali	9	24	67	9	25	66
Mansioni impiegate professionali	25	28	47	41	30	29
Mansioni impiegate d'ufficio e servizi	32	35	33	34	37	29
Mansioni artigiane e lavori manuali affini	34	33	33	34	26	41
Mansioni operaie e lavori manuali operai	44	37	20	48	31	21
Tutti	31	32	37	36	33	31

NB: la scala relativa all'"autonomia lavorativa" comprende i metodi di lavoro, la velocità di lavoro, l'ordine dei compiti e le pause. Un'autonomia bassa indica autonomia in ordine a uno o a nessuno dei quattro elementi elencati. Un grado di autonomia elevata indica autonomia in ordine a tutti e quattro gli elementi.

Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

Tabella 7: Percezioni delle conseguenze sanitarie sui tassi occupazionali e di assenteismo

Percentuale di intervistati della terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro che ha dichiarato quanto segue:	Uomini			Donne			Tutti
	FT	PT	Tutti	FT	PT	Tutti	
Il lavoro incide in qualche misura sulla salute	62	55	61	61	53	58	60
Il lavoro migliora la salute	1	1	1	1	2	2	1
Il lavoro mette a rischio la salute e la sicurezza	32	25	31	24	19	22	27
Assenteismo negli ultimi dodici mesi							
Almeno per un giorno a causa di incidente sul lavoro	10	6	9	6	5	6	8
Se assente: valore medio dei giorni di assenza	21	15	22	21	23	21	21
Almeno un giorno a causa di problemi sanitari indotti dall'attività lavorativa	10	7	10	12	9	10	10
Se assente: valore medio dei giorni di assenza	18	19	18	17	25	20	19
Almeno un giorno a causa di altri problemi sanitari	34	29	33	40	34	36	35
Se assente: valore medio dei giorni di assenza	11	14	12	13	13	13	12

Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro

Tabella 8: Valutazioni espresse da uomini e donne sull'impatto prodotto a carico della salute dalle proprie attività lavorative

Percentuale di intervistati della terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro che ha dichiarato di avere i seguenti problemi indotti dalle condizioni di lavoro:	Uomini			Donne			Tutti
	FT	PT	Tutti	FT	PT	Tutti	
Problemi dell'udito	11	6	10	3	2	3	7
Problemi della vista	9	8	9	10	5	8	8
Problemi di natura allergica (allergie, problemi dermatologici, difficoltà respiratorie)	10	8	10	9	7	8	9
Problemi muscolari (lombalgie e altri dolori muscolari)	30	24	29	33	26	30	30
Problemi correlati allo stress (cefalee, dolori gastrointestinali, disturbi cardiaci, ansia, irritabilità, disturbi del sonno, "stress")							
Un sintomo	20	17	19	18	16	16	19
Almeno due sintomi	25	23	25	29	19	27	25
Totale con alcuni sintomi di stress	45	40	44	47	35	43	44

Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

Tabella 9: Responsabilità domestiche di uomini e donne che lavorano all'interno della UE

Situazione familiare	Percentuale di intervistati della terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro che nell'ambito del nucleo familiare:		
	contribuisce in misura maggiore al reddito familiare (1)	si occupa principalmente delle faccende di casa e della spesa (2)	si prende cura dei bambini e dei parenti anziani tutti i giorni (3)
Uomini			
Genitore coniugato/convivente	91	11	57
Coniugato/convivente senza figli a casa	89	12	11
Adulto celibe senza figli a casa	53	43	4
Totale uomini occupati	77	20	25
Donne			
Genitore coniugata/convivente	19	93	88
+ occupata full-time	24	92	86
+ occupata part-time	13	95	89
Coniugata/convivente senza figli a casa	22	91	23
Adulta nubile senza figli a casa	56	59	11
Totale donne occupate	31	83	45

(1) "Sono la persona in famiglia che contribuisce principalmente al reddito familiare".

(2) " Sono la persona in famiglia che si occupa principalmente della spesa giornaliera e della cura della casa " .

(3) "Trascorro almeno un'ora al giorno occupandomi dei bambini e dei parenti anziani" .

NB: per figli a carico si intendono quelli al di sotto dei 15 anni di età e che vivono all'interno dello stesso nucleo familiare. I genitori single non sono illustrati a parte, bensì sono inclusi nei valori complessivi.

Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

Tabella 10: Altre attività extra-lavorative e responsabilità extra-domestiche svolte da uomini e donne all'interno della UE

Situazione familiare	Percentuale di intervistati della terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro che svolge regolarmente:		
	attività ricreative, sportive o culturali durante la settimana (1)	corsi di formazione o accademici al di fuori dell'ambito lavorativo (2)	attività civiche nel corso dell'anno (3)
Uomini			
Genitore coniugato/convivente	66	9	34
Coniugato/convivente senza figli a casa	64	8	32
Adulto celibe senza figli a casa	79	12	25
Totale uomini occupati	69	10	31
Donne			
Genitore coniugata/convivente	57	10	29
+ occupata full-time	53	10	28
+ occupata part-time	62	10	31
Coniugata/convivente senza figli a casa	61	11	31
Adulta nubile senza figli a casa	71	22	29
Totale donne occupate	62	13	30

(¹) Attività ricreative, sportive o culturali durante la settimana (da notare che la definizione di attività "ricreative" o "culturali" è stata lasciata alla libera interpretazione degli intervistati. Tra le attività ricreative rientrano anche il relax o la visione di programmi televisivi, nonché attività più strutturate.

(²) Corsi di formazione o accademici almeno una volta al mese.

(³) Partecipa ad attività volontarie di beneficenza, politiche o sindacali durante l'anno.

NB: Dependent childr

Fonte: Terza inchiesta europea sulle condizioni di lavoro.

ALLEGATO 7: DATI ESTRAPOLATI DA EUROSTAT SULLA SALUTE E SICUREZZA DI UOMINI E DONNE SUL POSTO DI LAVORO

La tabelle riportate di seguito sono state estrapolate da Statistics in Focus, Theme 3: Population and social conditions, 4/2002 (Dupré, 2002), Eurostat, Commissione europea. Le statistiche europee sugli incidenti sul lavoro si basano su dati raccolti dai Paesi membri relativamente a incidenti che determinano un'assenza dal lavoro pari o superiore a quattro giorni. I dati riguardanti le malattie correlate al lavoro provengono dalle risposte fornite all'inchiesta sulla forza lavoro europea condotta nel

1999. Il tasso di incidenza è stato definito come il numero di incidenti sul lavoro che si verificano nel corso dell'anno per ogni 100.000 persone occupate. Il tasso di prevalenza è dato dal numero di disturbi sanitari correlati al lavoro riportati negli ultimi dodici mesi sulla base di ogni 100.000 persone occupate. In questo caso, il tasso di incidenza viene misurato in termini di unità equivalenti full-time (FTE) (vedi in basso), al fine di tenere conto delle differenze nelle ore lavorate sia tra uomini e donne sia tra lavori svolti nell'ambito di settori di attività diversi. L'occupazione FTE di uomini e donne viene stimata rettificando il numero di occupati in ciascun settore o in ciascuna occupazione nei diversi Paesi membri sulla base delle ore medie normalmente lavorate a settimana, in rapporto alle ore medie lavorate da donne e uomini occupati a tempo pieno nella UE in generale. Un simile orientamento differisce dalla prassi abituale di definire l'occupazione FTE sulla base delle normali ore a tempo pieno lavorate in ciascun paese separatamente, in quanto l'obiettivo è quello di tenere conto delle differenze nelle ore lavorative tra Paesi membri, nonché tra uomini e donne, tipi di attività e occupazioni. Dati equivalenti non sono disponibili presso tutti i Paesi membri. Per ulteriori spiegazioni, si consulti il testo Dupré (2002).

Figura 1: Tasso di incidenza degli incidenti sul lavoro subiti dagli uomini rispetto alle donne, 1998

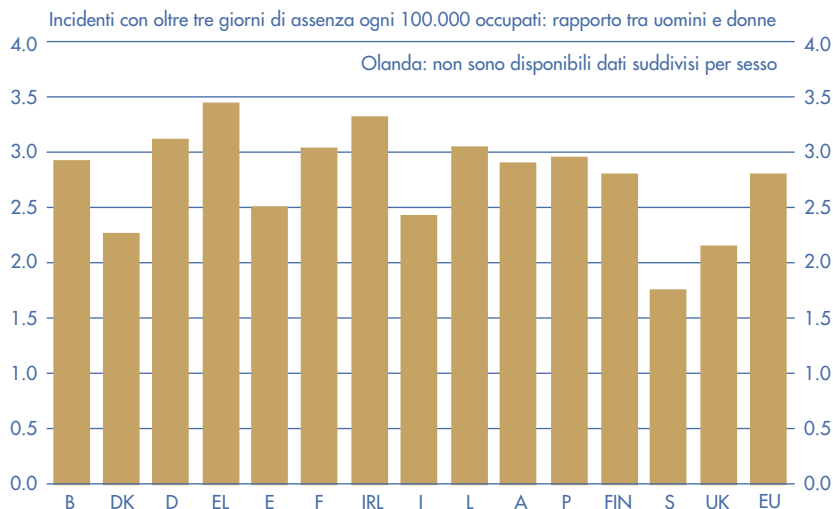


Figura 2: Tasso di incidenza degli incidenti sul lavoro subiti dagli uomini rispetto alle donne in termini di FTE, standardizzato per struttura settoriale, 1998 (assenza superiore a tre giorni)

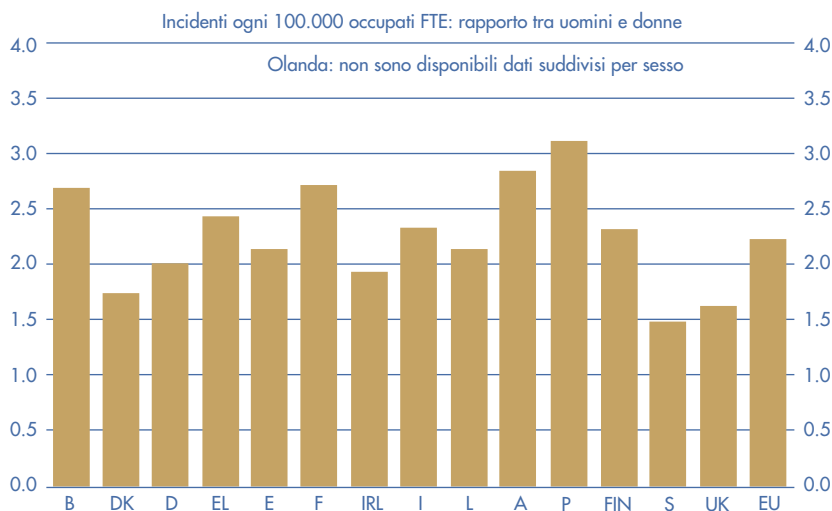


Figura 3: Tassi di incidenza standardizzati relativi agli incidenti sul lavoro subiti da uomini e donne in rapporto all'occupazione FTE per settore operativo nella UE, 1998 (assenza superiore a tre giorni)

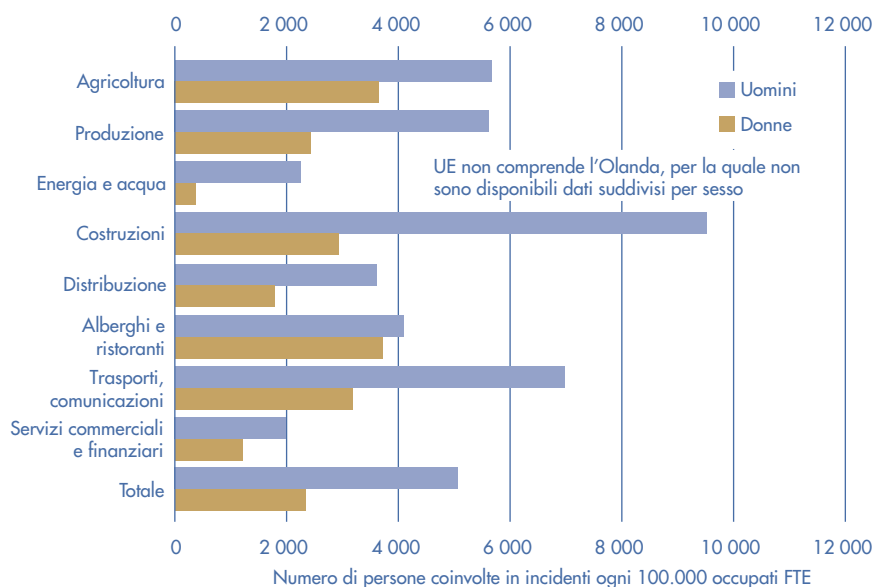


Figura 4: Variazione dei tassi di incidenza standardizzati relativi agli incidenti sul lavoro subiti da uomini e donne, 1994-1998 (assenza superiore a tre giorni)

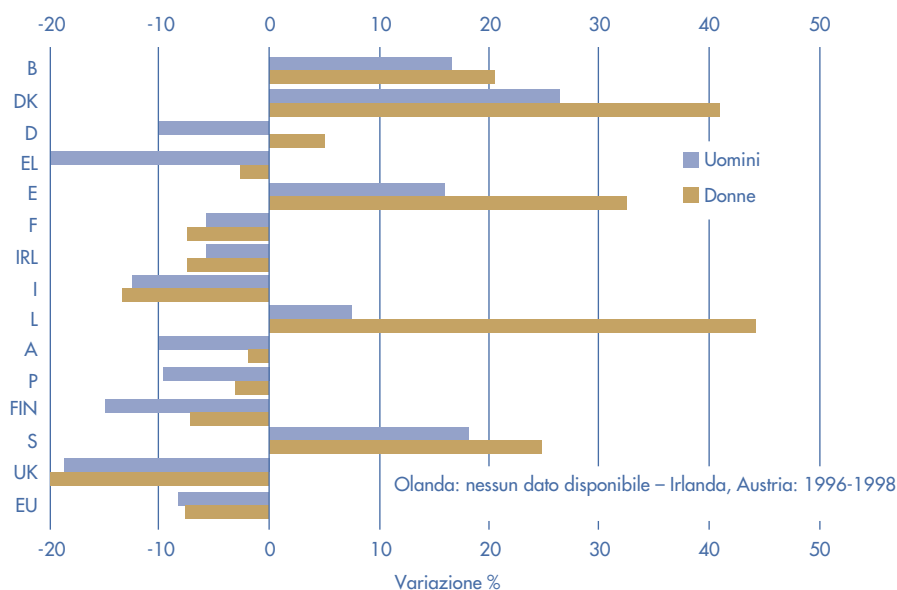


Tabella 1: Tassi di incidenza degli incidenti sul lavoro subiti dagli uomini rispetto alle donne per settore di attività, 1998

Numero di persone coinvolte in incidenti sul lavoro con oltre tre giorni di assenza ogni 100.000 occupati FTE, rapporto tra uomini e donne

Settore	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	A	P	FIN	S	UK	EU
Agricoltura	1.6	1.0	1.5	3.7	1.2	1.4	2.3	1.2	0.9	2.0	3.1	2.7	0.9	1.7	1.5
Produzione 2.7															
Energia e acqua	2.5	3.8	22.4	8.9	3.2	5.1	:	3.3	:	2.1	0.7	6.4	3.2	8.3	6.7
Costruzioni 8.8															
Distribuzione 2.3															
Alberghi e ristoranti	0.9	1.1	1.1	1.4	1.0	1.1	0.6	0.6	0.9	1.4	7.7	1.7	0.7	0.9	1.1
Trasporti, comunicazioni	2.9	1.1	2.2	3.6	2.7	3.0	4.9	1.9	4.0	2.7	1.1	2.2	1.4	2.0	2.2
Servizi finanziari e commerciali	2.4	1.2	0.6	2.9	1.3	2.5	1.3	1.4	2.3	2.8	4.2	1.8	1.3	1.2	1.7
Totale 2.7															
		1.7	2.0	2.4	2.1	2.7	1.9	2.3	2.1	2.8	3.1	2.3	1.5	1.6	2.2

NB: UE esclude l'Olanda, in merito alla quale non sono disponibili dati suddivisi per sesso

Figura 5: Tassi di incidenza degli incidenti sul lavoro subiti dagli uomini rispetto alle donne standardizzati per struttura occupazionale, 1999

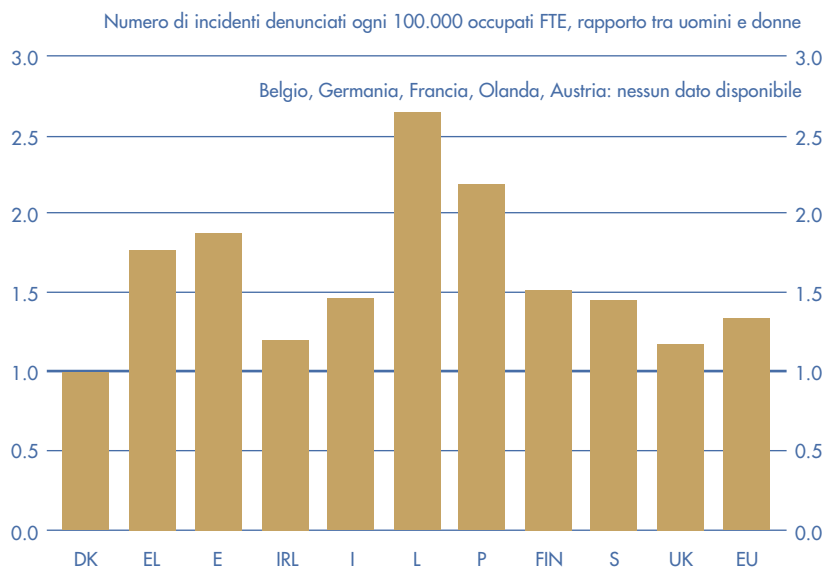


Figura 6: Tassi di prevalenza di disturbi correlati al lavoro riportati dagli uomini rispetto alle donne, standardizzati per occupazione, 1999

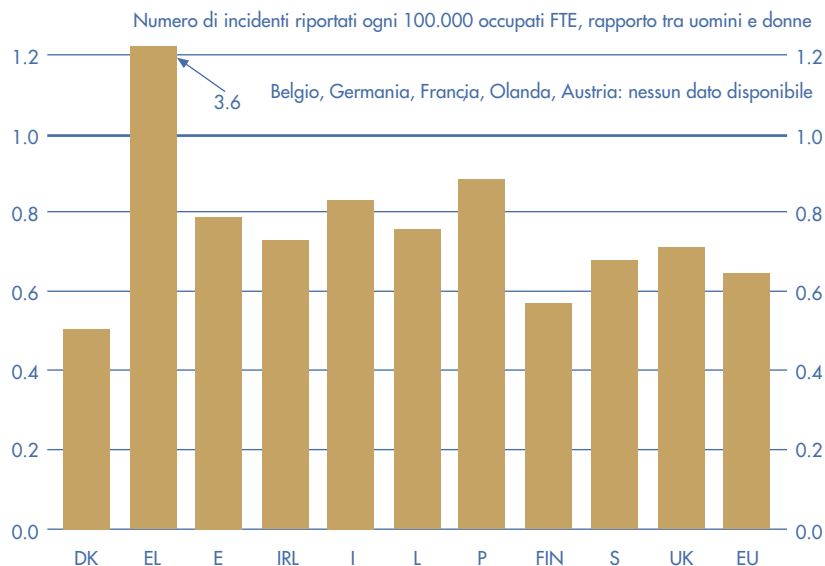


Tabella 2: Tassi di prevalenza di disturbi correlati al lavoro suddivisi per occupazione, 1999

Rapporto tra uomini e donne											
Occupazioni principali (ISCO)	DK	EL	E	IRL	I	L	P	FIN	S	UK	EU
Dirigenti, professionisti, tecnici	0.4	1.0	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.4	0.6	0.5
Impiegati d'ufficio	0.9	:	1.3	1.1	0.9	0.8	0.8	0.6	1.0	0.8	0.7
Addetti alle vendite e ai servizi	0.5	:	0.7	0.6	1.0	0.8	0.5	0.4	0.4	0.6	0.5
Maestranze specializzate	0.5	2.4	0.6	1.1	0.9	0.6	0.9	0.6	0.6	1.0	0.8
Occupazioni non specialistiche	0.5	1.4	0.9	0.5	0.7	2.1	1.3	0.5	1.1	0.8	0.7
Totale standardizzato	0.5	3.6	0.8	0.7	0.8	0.8	0.9	0.6	0.7	0.7	0.6

NB: EU esclude Belgio, Germania, Francia, Olanda e Austria, in merito alle quali non sono disponibili dati o una suddivisione per occupazione.

Tabella 3: Proporzioni di uomini e donne interessati da tipologie diverse di disturbi correlati al lavoro, 1999

Percentuale di uomini e donne suddivisi per tipologia di disturbo giudicato molto grave

Tipo di disturbo	DK	EL	E	I	L	P	FIN	S	UK	EU
Uomini										
Problemi a ossa, articolazioni o muscoli	57.3	38.8	53.0	50.3	44.3	45.6	58.6	59.7	44.1	51.4
Stress, depressione o ansia	8.4	10.7	7.3	12.6	7.3	15.2	11.2	14.2	30.5	16.5
Problemi respiratori o polmonari	4.8	17.5	12.6	10.3	12.6	11.3	11.8	5.8	3.7	8.4
Disturbi o attacchi cardiaci o altri problemi del sistema circolatorio	2.5	0.0	11.2	5.4	9.0	6.3	5.1	3.6	3.2	5.4
Problemi dell'udito	1.9	4.9	2.3	8.3	2.5	4.5	4.2	3.8	2.5	4.2
Cefalee e/o sforzo della vista	3.3	9.2	2.1	4.4	7.7	2.3	1.6	1.7	2.9	2.8
Problemi dermatologici	1.6	14.1	1.1	3.2	3.7	4.4	2.9	1.0	2.5	2.4
Disturbi infettivi (virus, batteri o altro tipo di infezione)	3.3	0.0	1.6	3.0	6.1	2.2	1.2	1.2	2.8	2.3
Altri tipi di disturbi	16.8	4.9	8.7	2.5	6.8	8.2	3.3	9.0	7.8	6.7
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Donne										
Problemi a ossa, articolazioni o muscoli	63.4	:	66.1	48.3	33.6	26.8	63.9	60.7	40.4	54.4
Stress, depressione o ansia	9.3	:	8.7	17.0	13.7	34.3	11.5	20.6	36.5	20.2
Problemi respiratori o polmonari	2.5	:	5.3	9.4	13.6	13.1	10.4	3.2	4.5	6.4
Cefalee e/o sforzo della vista	3.9	:	2.1	6.6	8.0	7.5	2.5	1.7	4.5	3.7
Disturbi infettivi (virus, batteri o altro tipo di infezione)	3.1	:	1.4	5.3	9.1	0.8	1.4	1.9	3.6	2.8
Problemi dermatologici	2.3	:	1.3	3.7	1.1	4.2	3.7	2.3	1.9	2.6
Disturbi o attacchi cardiaci o altri problemi del sistema circolatorio	1.0	:	6.1	3.3	7.4	1.9	2.8	1.4	1.4	2.5
Problemi dell'udito	1.4	:	0.4	2.8	0.4	0.5	0.8	0.8	0.4	1.0
Altri tipi di disturbi	13.1	:	8.7	3.6	13.0	10.9	2.9	7.4	6.8	6.4
Totale	100.0	:	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

NB: UE esclude B, D, EL (soltanto donne), F, IRL, NL e A, per le quali non sono disponibili dati suddivisi per sesso.

ALLEGATO 8: RISCHI OCCUPAZIONALI E DIFFERENZE DI GENERE NEL MONDO

L'Organizzazione internazionale del lavoro (Oit) ed altre istituzioni hanno analizzato la dimensione di genere in relazione ai rischi occupazionali a livello mondiale.

In media, la percentuale femminile all'interno del mercato del lavoro globale è di oltre il 40%. La tendenza generale mostra che il numero di donne che svolge un'attività lavorativa retribuita è in crescita. Tuttavia, nella maggior parte dei paesi, il tasso di disoccupazione femminile è più alto di quello maschile. La maggioranza delle donne su scala mondiale lavora ancora nel settore agricolo, spesso in qualità di membro della famiglia non retribuito, ma molte lavoratrici hanno trovato nuove opportunità di lavoro con una migliore retribuzione nell'industria o nel settore dei servizi. Le donne sono sempre più attive come imprenditrici e in molti paesi possiedono o gestiscono una percentuale significativa di piccole e micro imprese. Inoltre, benché le donne abbiano compiuto passi avanti nella struttura gerarchica, aggiudicandosi un numero sempre maggiore di posizioni di responsabilità o direttive, in generale continuano a ricoprire posti nella fascia occupazionale bassa o media dell'azienda, con rare eccezioni di donne che arrivano ai livelli più alti, sia nel settore privato che in quello pubblico.

I progressi verso l'uguaglianza fra i sessi sono discontinui e la discriminazione resta diffusa nel mondo del lavoro. Le donne tendono ancora ad essere massicciamente concentrate nella fascia dei lavori meno qualificati e retribuiti e rappresentano la maggioranza dei lavoratori part-time, tem-poranei o a domicilio.

I rischi occupazionali delle donne sono legati al tipo di lavori che esercitano tradizionalmente. Tra i rischi figurano la mancanza di misure e servizi per la sicurezza e la salute unita ad un lungo orario di lavoro, soprattutto nel caso dei lavori a domicilio. Sono comuni anche le lesioni e i rischi a carico del sistema riproduttivo provocati dall'esposizione ai pesticidi dannosi e dal gravoso lavoro fisico svolto durante la coltivazione agricola e il raccolto. Inoltre, le donne, per tutta la vita, devono assumersi il maggior carico di responsabilità nella cura della famiglia e della casa, anche se, in alcuni paesi, un numero sempre crescente di uomini sta iniziando ad avere un ruolo più importante sotto questo aspetto. Il livello più alto di stress, la stanchezza cronica e l'invecchiamento precoce delle donne possono essere attribuiti alla "doppia giornata" o allo sforzo di trovare un equilibrio tra le esigenze del lavoro e quelle della famiglia.

Le donne nel settore agricolo, al pari di molti altri lavoratori agricoli, presentano un'alta incidenza di lesioni e malattie e non hanno sufficienti servizi sanitari a disposizione. Il ruolo delle donne nell'agricoltura è da sempre sottovalutato. Oggi le donne producono quasi la metà dei prodotti alimentari nel mondo. La retribuzione media delle lavoratrici agricole impiegate nelle piantagioni è inferiore rispetto a quella dei lavoratori maschi. Molte donne che lavorano nel settore agricolo finiscono per svolgere mansioni che nessun altro vuole fare, come la miscelazione e l'applicazione di pesticidi dannosi senza protezione ed informazioni adeguate, con conseguente intossicazione e, in alcuni casi, decesso. Il pesante lavoro svolto durante la coltivazione e il raccolto può provo-

care un'alta percentuale di nascite di bambini morti, parti prematuri e la morte del bambino o della madre. Alcuni studi hanno dimostrato che il carico di lavoro nelle tradizionali mansioni "femminili", come la semina, la raccolta e il dissodamento è leggermente superiore a quello dei maschi, perché questi ultimi sono aiutati da mezzi meccanici durante l'irrigazione, la rincalzatura e la coltivazione (sito web dell'Oil).

Inoltre, la discriminazione di genere rende più difficile per le donne interrompere il circolo della povertà, soprattutto quando il capofamiglia è una donna, situazione che sta diventando sempre più comune in molti paesi. Il maggior livello di analfabetismo e lo scarso accesso all'istruzione e alla formazione rispetto agli uomini, uniti al fatto che le donne non sono rappresentate nelle organizzazioni politiche, influiscono negativamente sulle scelte professionali e sulle retribuzioni. È importante affrontare tali problematiche ed analizzare e individuare i diversi rischi e pericoli cui sono soggetti gli uomini e le donne nel mondo del lavoro globale e nel mercato della manodopera locale. È necessario un preciso impegno politico per combattere la discriminazione, facendo sì, ad esempio, che sia gli uomini che le donne beneficino dei programmi sulla

sicurezza e sulla salute sul lavoro, delle disposizioni di legge e delle istituzioni create per la loro applicazione (Forastieri, 2000; cfr. anche la "Nota informativa dell'Oil" in basso).

Le strategie e le politiche globali sulla sicurezza e salute sul lavoro dovrebbero inoltre tenere debito conto degli ulteriori problemi che affrontano le donne lavoratrici, in particolare nei paesi in via di sviluppo, quali il lavoro fisico, l'equilibrio tra lavoro e famiglia, il lavoro nell'ambito familiare, i metodi di lavoro meno sviluppati, i tradizionali ruoli sociali e la povertà. I tassi generali di povertà ed analfabetismo tra le donne lavoratrici nei paesi in via di sviluppo sono ancora maggiori di quelli degli uomini (Oms, 1994a; Kane, 1999a; cfr. anche Bildt e altri, 2002).

L'Oil ha lanciato un programma denominato "Lavoro dignitoso" per rispondere alla sfida rappresentata dalla globalizzazione e per promuovere opportunità di un lavoro dignitoso e produttivo per gli uomini e per le donne. L'obiettivo del programma è fissare una soglia per il lavoro che includa i diritti universali e che sia conforme ai valori e agli scopi di una data società. Il programma "Lavoro dignitoso" pone al centro delle iniziative dell'Oil l'uguaglianza tra i sessi e lo sviluppo (Oil, Bureau for Gender Equality, 2000).

Donne e pesticidi in Ucraina

Le donne in Ucraina rappresentano il 54 % della popolazione rurale e il 65 % della manodopera agricola. Le loro condizioni di lavoro sono peggiori di quelle degli uomini e le lavoratrici sono impegnate in larga misura nell'applicazione di pesticidi, inclusi quelli obsoleti. Tra le loro mansioni possono figurare zappare terreni contaminati da residui di radionuclidi e pesticidi per piantare patate e spruzzare i pesticidi senza indossare indumenti protettivi. Esistono riscontri concreti dai quali emerge che queste donne soffrono di patologie legate ai pesticidi, ma le donne stesse per la maggior parte non conoscono i pericoli. La produzione intensiva continua ad essere preferita, richiamando l'interesse delle principali realtà

agrochimiche. Un'iniziativa, guidata da donne, per inserire la dimensione di genere all'interno delle attività volte a proteggere l'ambiente e promuovere lo sviluppo sostenibile è quella, denominata "Le donne nell'educazione agraria", dell'organizzazione non governativa Centro di sviluppo sostenibile e di ricerca ecologica. Tra le attività figurano la promozione di un'agricoltura sostenibile, la riduzione dei pesticidi come elemento di primaria importanza, l'educazione ambientale e sensibilizzazione al problema, nonché il sostegno all'adozione di norme e politiche per la realizzazione di strategie miranti alla riduzione dei pesticidi a livello locale e statale.

Fonte: Stefanovska e Pidlisnuk (2002).

Esempi di strategie e politiche di sicurezza e salute occupazionale nel mondo

In generale, è sempre più sentita l'esigenza di tenere conto delle problematiche legate al genere e vengono propugnati approcci simili, in particolare l'integrazione della dimensione di genere nelle politiche e nelle attività di sicurezza e salute sul luogo di lavoro. Di seguito, vengono presentati esempi tratti dagli organismi internazionali.

Comitato congiunto Oil/Oms

Nel 1992 il comitato congiunto Oil/Oms ha riconosciuto l'esistenza di esigenze specifiche di salute occupazionale dei lavoratori legate, tra l'altro, all'età, alle condizioni fisiologiche, al genere, alle barriere comunicative e ad altri aspetti sociali. Il comitato propugna, come area d'intervento prioritario, lo sviluppo di attività in cui tali esigenze vengano affrontate individualmente, tenendo conto della salvaguardia della salute di tutti i lavoratori sul luogo di lavoro, senza alcuna discriminazione (Oil, 1992).

Oil

La risoluzione del 1985 della Conferenza internazionale del lavoro su parità di opportunità e di trattamento sul lavoro tra uomini e donne (vedi sotto) include misure relative all'ambiente di lavoro, stabilendo, per esempio, che "donne e uomini devono essere tutelati dai rischi legati al proprio lavoro e alle proprie mansioni alla luce dei progressi scientifici e tecnologici" e che è necessario salvaguardare la salute riproduttiva sia degli uomini che delle donne.

Nel 1989, l'Oil ha organizzato una riunione tripartita di esperti su "misure protettive speciali per le donne e parità di opportunità e di trattamento". La principale conclusione scaturita dal dibattito è che sia gli uomini che le donne richiedono una protezione adeguata contro i rischi relativi alla sicurezza e salute sul lavoro e le cattive condizioni di lavoro. Misure protettive specifiche per le donne sono incompatibili con il principio di pari opportunità e trattamento, a meno che non scaturiscano dalla condizione biologica delle donne. Ulteriori ricerche sono

Esempi di convenzioni Oil che recepiscono la dimensione di genere

La convenzione 171 sul lavoro notturno (1990) evidenzia il passaggio dal precedente concetto di tutela di tutte le donne al riconoscimento che la tutela deve essere estesa a tutti i lavoratori. L'esclusione generale delle donne dal lavoro notturno può avere effetti negativi sulle opportunità nel mondo del lavoro e cresce la tendenza a considerare discriminatoria tale esclusione, a meno che non sia giustificata da problematiche legate alla maternità.

La convenzione 176 sul lavoro a domicilio (1996), che riguarda un'area occupazionale dominata dalle donne (studi dimostrano che circa il 90% dei lavoratori a domicilio è rappresentato da donne), stabilisce le seguenti disposizioni: libertà di associazione, protezione contro la discriminazione, parità di retribuzione per impieghi di pari valore, protezione pre-

videnziale obbligatoria per legge, sicurezza e salute sul luogo di lavoro, età minima e protezione della maternità, e accesso alla formazione.

Convenzione 183 sulla protezione della maternità (2000). La novità presente in questo recente standard è rappresentata dal fatto che esso si riferisce a tutte le donne occupate, da una maggiore tutela contro il licenziamento durante la gravidanza o il congedo per maternità e dopo il ritorno al lavoro, dalla salvaguardia della salute per le donne in gravidanza e in allattamento e misure volte a garantire che la maternità non sia causa di discriminazione nell'occupazione.

La convenzione 184 sulla sicurezza e sulla salute nell'agricoltura sottolinea l'importanza di proteggere i giovani e le donne, riconoscendo l'alto numero di donne impegnate nel lavoro agricolo.

necessarie sulle differenze nelle funzioni riproduttive di uomini e donne. Altre conclusioni della riunione riguardano l'esigenza di modificare l'atteggiamento e le pratiche della società sulla parità di opportunità e di trattamento, il riconoscimento degli ulteriori carichi lavorativi sostenuti dalle donne, l'esigenza di rivedere tutta la legislazione sulla tutela applicabile alle donne, la necessità di legittimare tutta la legislazione vigente sulla protezione con riscontri scientifici obiettivi e aggiornati, l'esigenza di un alloggio decente, dell'alternarsi di periodi di lavoro e periodi di riposo e di adeguati impianti igienico-sanitari durante la gravidanza, l'allattamento e il primo periodo di maternità, l'esigenza della sicurezza personale di tutti i lavoratori (inclusa la protezione contro le molestie e la violenza sessuale) e l'importanza delle strutture per la cura dell'infanzia per gli uomini e le donne che lavorano.

A partire dall'approvazione della risoluzione del 1985 e dalla riunione di esperti del 1989, l'Oil ha adottato, a metà degli anni '90 una politica interna di integrazione della dimensione di genere, che include diverse componenti. Una è la necessità che tutto il personale dell'Oil effettui analisi di genere del mercato del lavoro e tenga in considerazione le differenze tra uomini e donne nella progettazione e nell'implementazione dei programmi tecnici. L'Oil ha designato specialisti della dimensione di genere in molti uffici di settore e ha istituito un'ampia rete di genere per un inserimento più efficace della dimensione di genere nella propria attività.

Un'altra conseguenza del passaggio dell'Oil ad un approccio più incentrato sul genere negli ultimi 20 anni è rappresentata dall'adozione di numerose convenzioni Oil che recepiscono la dimensione di genere, tra cui le convenzioni sul lavoro notturno, sul lavoro a domicilio, sulla protezione della maternità e sull'agricoltura (vedi riquadro in alto).

L'Oil sta inoltre affrontando il problema delle molestie sessuali sul luogo di lavoro. Tra le atti-

vità più recenti figurano studi nazionali e una riunione regionale in Asia, da cui è scaturita la pubblicazione Azione contro le molestie sessuali sul luogo di lavoro in Asia e nel Pacifico (2001). Nel campo della prevenzione dei problemi psicosociali sul lavoro, un programma di formazione denominato SOLVE affronta le tematiche dello stress e della violenza, comprese le molestie sessuali.

Nel campo specifico della salute e sicurezza sul lavoro, l'Oil ha elaborato una serie di suggerimenti su come integrare la prospettiva di genere nel settore della salute e sicurezza sul lavoro (cfr. anche "Nota informativa dell'Oil" in basso). I suggerimenti includono le seguenti tematiche:

- particolare considerazione alla sicurezza delle donne in tutte le politiche di salute e sicurezza sul lavoro;
- individuare i rischi professionali cui sono esposte le donne a livello aziendale;
- considerazioni ergonomiche basate su un approccio non discriminatorio e sulla valutazione dei rischi individuali;
- prevedere la variabilità umana, ad esempio standard nazionali che forniscano protezione contro i rischi a tutti i lavoratori indipendentemente dall'età o dal sesso;
- attività di ricerca che valuti le reali differenze tra i sessi;
- raccolta dei dati;
- partecipazione delle donne.

Commissione globale sulla salute delle donne

L'organizzazione mondiale della sanità (Oms), attraverso una risoluzione di ampia portata relativa alla propria attività in relazione alla salute delle donne, ha istituito una Commissione mondiale sulla salute delle donne. In tale contesto, è stato preparato un

documento sulle problematiche e sulla politica in tema di donne e salute sul posto di lavoro (Kane, 1999a) contenente un certo numero di raccomandazioni, riportate qui sotto. Anche questo documento raccomanda la valutazione della dimensione di genere nella legislazione sulla salute e sicurezza sul lavoro:

1. Le questioni inerenti la salute sul lavoro delle donne devono essere esaminate nel contesto di analisi della salute occupazionale specifiche al genere.
2. Tali analisi specifiche al genere devono individuare i rischi professionali specifici a carico della salute presenti in determinati settori, occupazioni e mansioni particolari, non solo per il singolo lavoratore, ma anche per gli altri membri della famiglia.
3. Il lavoro delle donne nel settore informale, nell'agricoltura e in casa deve essere concettualizzato e parametrato, se si vuole affrontare la questione degli specifici rischi professionali per la salute delle donne.
4. Deve essere ampliato l'utilizzo di metodologie quali le indagini sugli impieghi del tempo e il record linkage in studi longitudinali per individuare e valutare i rischi professionali per la salute.
5. La legislazione sulle esigenze sanitarie nel lavoro femminile deve essere riesaminata per assicurarsi che non sussistano discriminazioni contro le donne né che si trascurino i potenziali rischi occupazionali per la salute tra gli uomini.
6. È necessario sviluppare un accordo internazionale sulla classificazione dei rischi per la salute riproduttiva (come gli agenti chimici) e sulle precauzioni richieste per proteggere sia gli uomini che le donne contro tali pericoli.
7. La necessità di affrontare con maggiore priorità le esigenze relative alla salute professionale sia di uomini che di donne richiede l'im-

pegno ed una stretta collaborazione da parte delle varie agenzie internazionali coinvolte, quali l'Oms e l'Oil.

8. La ricerca interdisciplinare con una forte enfasi sulla componente delle scienze sociali è essenziale ai fini della comprensione delle questioni legate al genere nell'ambito della salute professionale. È auspicabile che l'Oms e i suoi competenti centri di collaborazione svolgano un ruolo di guida nel mettere a punto e coordinare tali iniziative di ricerca.

Risoluzione della conferenza Oil del 1985 sulla parità: condizioni di lavoro (estratto)

Condizioni di lavoro e ambiente (estratto)

- "Le misure volte a migliorare le condizioni di lavoro e l'ambiente per tutti i lavoratori dovrebbero seguire le conclusioni sulle azioni future nel campo delle condizioni di lavoro e dell'ambiente adottate dalla Conferenza internazionale del lavoro nel 1984 ed in particolare dovrebbero tenere conto delle disposizioni attinenti l'igiene, la salute e la sicurezza sul lavoro per le donne. In tal senso, sarebbe opportuno prestare attenzione:
 - in particolare ai settori e agli impieghi che occupano un grande numero di donne;
 - all'esigenza di garantire la corretta applicazione delle misure pertinenti a tutte le imprese coinvolte;
 - all'utilità di ampliare la portata di tali misure, per far sì che le condizioni di lavoro in settori o aziende finora escluse, quali le zone franche di esportazione e le free trade zone, possano essere adeguatamente regolamentate;
 - alla necessità che la legislazione nazionale garantisca che i lavoratori part-time, temporanei, stagionali e occasionali, oltre ai lavoratori a domicilio, con contratto di collaborazione e gli addetti ai servizi domestici, non siano oggetto di alcuna discriminazione rispetto ai

termini e alle condizioni di impiego e che non ne risulti un'ulteriore segregazione del mercato del lavoro;

- Riguardo alla legislazione protettiva:

- le donne e gli uomini devono essere protetti contro i rischi inerenti il proprio lavoro e la propria occupazione, alla luce dei progressi della conoscenza scientifica e tecnologica;

- devono essere adottate misure atte (a) a revisionare tutta la legislazione di tutela che si applica alle donne alla luce della conoscenza scientifica aggiornata e dei cambiamenti tecnologici e (b) rivedere, integrare, ampliare, conservare o abrogare tale legislazione in base al contesto nazionale, dato che tali misure sono destinate a migliorare la qualità della vita e a promuovere la parità tra uomo e donna sul lavoro;

- devono essere adottate misure per estendere la tutela speciale per le donne e gli uomini ai tipi di lavoro che si sono dimostrati dannosi, particolarmente dal punto di vista della funzione sociale della riproduzione, e tali misure dovrebbero essere periodicamente revisionate e aggiornate alla luce dei progressi scientifici e tecnologici;

- si devono intraprendere studi e ricerche sui processi che possono avere un effetto dannoso sulle donne e sugli uomini dal punto di vista delle funzione sociale della riproduzione, e si dovrebbero adottare le adeguate misure, basate su tali studi, per fornire la protezione necessaria.

- Le molestie sessuali sul luogo di lavoro rendono intollerabili le condizioni di lavoro per le vittime e ostacolano le prospettive di carriera. Le politiche per la promozione dell'uguaglianza dovrebbero quindi includere delle misure tese a combattere e prevenire le molestie sessuali".

Tratto dalla risoluzione sulla parità di opportunità e di trattamento sul lavoro per gli uomini e le donne, adottata dalla conferenza internazionale sul lavoro nella sua 71ma sessione nel giugno 1985.

Nota informativa dell'Oil: come integrare la prospettiva di genere nel campo della sicurezza e salute sul lavoro

1. Una politica sulla salute e sicurezza sul lavoro

Affinché le politiche di promozione della salute siano efficaci sia per gli uomini che per le donne, è necessario che esse si basino su informazioni più accurate sul rapporto tra la salute e i ruoli assunti dai due generi. Le donne lavoratrici sono particolarmente svantaggiate da strutture della forza lavoro, organizzazione del luogo di lavoro e atteggiamenti antiquati. Le politiche relative alla promozione della salute per le donne lavoratrici devono tenere conto dei tre ruoli rivestiti dalle donne: mogli, madri e lavoratrici. Gli effetti sulla salute di ciascun ruolo devono essere considerati separatamente ed è necessario esaminare i potenziali conflitti e le contraddizioni esistenti tra di essi. Si deve costruire una strategia su vasta scala per il miglioramento della sicurezza e salute delle donne lavoratrici all'interno di una politica nazionale sulla sicurezza e salute sul lavoro, particolarmente nelle aree in cui si concentrano molte donne. È necessario sviluppare una struttura coerente per garantire una approccio nazionale coordinato.

La concentrazione di donne lavoratrici in determinate occupazioni determina un quadro specifico delle lesioni e delle malattie. Le misure generali rivolte a tutti i lavoratori non raggiungono necessariamente i benefici auspicati per le donne lavoratrici. Gli effetti delle differenze di genere sulle esigenze sanitarie devono essere analizzati più approfonditamente, al fine di ottenere una migliore conoscenza sul rapporto

tra la salute delle donne e il loro ruolo sociale ed economico. I risultati devono essere inseriti nell'elaborazione delle relative politiche.

La politica sulla SSL deve includere come obiettivo la specifica tutela della salute e sicurezza delle donne lavoratrici. Sarebbe opportuno fornire direttive ai datori di lavoro, ai sindacati e alle autorità nazionali, onde individuare i problemi, operare i dovuti collegamenti con le attività generali svolte sulla salute e sicurezza di tutti i lavoratori e sviluppare programmi specifici volti a garantire che le esigenze delle lavoratrici siano tenute in debito conto nei processi di ristrutturazione occupazionale e industriale a livello nazionale, soprattutto nel campo della legislazione, dell'informazione e della formazione, della partecipazione dei lavoratori e della ricerca applicata.

2. Intervento a livello di impresa

I settori e le occupazioni che incidono sulla salute delle donne lavoratrici dovrebbero costituire gli obiettivi chiave del cambiamento. Quindi, andrebbero attuati programmi di prevenzione specifici. A livello aziendale, è necessario adottare misure per contenere i rischi professionali a cui sono esposte le lavoratrici. Per un'efficace prevenzione e contenimento di tali rischi, sarebbe utile sviluppare piani di azione specifici per i rischi legati al lavoro all'interno di ciascuna mansione, inclusi i fattori psicosociali e organizzativi, tenendo presente il benessere fisico, mentale e sociale delle lavoratrici. È auspicabile dare priorità alla revisione delle pratiche lavorative e a una nuova progettazione delle mansioni tesa a eliminare o ridurre i rischi, alla classificazione delle attività lavorative, all'aggiornamento delle abilità e alla creazione di nuovi percorsi di carriera in occupazioni in cui la presenza delle donne è predominante.

3. Intervento a livello di singolo individuo

Esiste l'esigenza di dedicare maggiore attenzione alla salute e alla sicurezza sul lavoro delle

donne, tutelando il loro benessere mediante servizi per la salute professionale. È necessario predisporre programmi di prevenzione per conservare un ambiente di lavoro salubre. Il lavoro deve essere adattato alle capacità delle donne lavoratrici, alla luce del loro stato di salute fisica e mentale, per esempio riducendo il carico di lavoro delle donne, promuovendo un'adeguata tecnologia, trasferendo la lavoratrice ad un'altra mansione in base alle sue esigenze e fornendo il reinserimento, ove necessario.

Sono ancora carenti le misure speciali per lo svolgimento di attività fisiche durante la gravidanza, in particolare la protezione delle donne in stato interessante, per le quali il lavoro notturno o gravoso e l'esposizione alle radiazioni possono costituire un rischio per la salute inaccettabile. Tuttavia, l'approccio dovrebbe essere quello di fornire a tutti i lavoratori pari tutele contro i rischi sul luogo di lavoro, incoraggiando una più equa suddivisione del carico di lavoro tra gli uomini e le donne in tutti gli ambiti, inclusi la cura dei bambini, i lavori domestici e il lavoro fuori di casa.

4. Considerazioni ergonomiche

Il concetto di peso massimo che può essere sollevato manualmente dalle donne e la progettazione dei dispositivi di protezione individuale devono essere riesaminati in base alle attuali conoscenze tecniche e tendenze sociomediche. È necessario tenere in considerazione le differenze tra i sessi.

Gli standard nazionali sulla movimentazione manuale non dovrebbero più regolare i diversi limiti di peso tra uomini e donne, ma adottare un approccio non discriminatorio, basato sulla valutazione e sul controllo dei rischi a livello individuale. Australia, Canada e Stati Uniti sono alcuni tra i paesi che hanno introdotto questo criterio nei loro standard.

Con la massiccia migrazione a livello mondiale, sta diventando sempre più evidente che gli

standard antropometrici devono basarsi sulla variabilità umana, piuttosto che su popolazioni "modello", poiché tra i lavoratori dei singoli paesi si possono riscontrare caratteristiche razziali ed etniche diverse.

5. Prevedere la variabilità umana

Sarebbe opportuno evitare le generalizzazioni sulle capacità fisiche delle donne, tenendo invece presenti, realisticamente, anche la vulnerabilità e le esigenze dei lavoratori maschi. Il parametro per decidere quali e quante prestazioni esigere da un singolo lavoratore dovrebbe essere costituito dalla capacità individuale dei lavoratori, indipendentemente dall'età e dal sesso. Di conseguenza, si dovrebbero adottare standard nazionali per fornire l'adeguata tutela (contro ogni rischio) ai lavoratori più sensibili o vulnerabili di qualsiasi età o sesso.

I singoli standard sull'esposizione agli agenti fisici, chimici o biologici dovrebbero evitare ogni forma di discriminazione e garantire la protezione della salute di tutti i lavoratori. La speciale tutela legale per le donne non dovrebbe essere abrogata, ma estesa ai lavoratori maschi, se opportuno, per esempio nel caso della protezione contro le radiazioni e la tutela della salute riproduttiva.

6. Ricerca

Le ricerche epidemiologiche esistenti devono essere valutate in chiave critica, al fine di individuare le tendenze sistematiche di indagine utilizzate nello studio dei modelli di salute e malattia delle donne, onde evitare ipotesi basate sui tradizionali valori culturali (ad esempio, associare alcuni tumori al collo dell'utero con determinate occupazioni femminili). L'unico modo per effettuare indagini che siano di reale beneficio per la salute delle donne consiste nel valutare le effettive differenze tra i sessi ed evitare giudizi erranei sulla vita delle donne.

7. Raccolta dei dati

Anche le statistiche nazionali sugli infortuni e sulle malattie professionali delle donne sono carenti e le conoscenze sulla salute delle donne sono ancora insufficienti. Molti paesi continuano a dare grande importanza alle statistiche ufficiali sulla mortalità materna, che è ancora un indicatore fondamentale della salute generale delle donne nei paesi in via di sviluppo. Tuttavia, molte donne lavorano solo part-time o in qualità di domestiche, per potersi dedicare alle responsabilità familiari, contribuendo contemporaneamente all'economia familiare. Questa situazione le esclude dalle statistiche sugli indennizzi per infortuni o sulle assenze dal lavoro per malattia. Il lavoro domestico e a domicilio sono raramente inseriti nelle statistiche. Le occupazioni femminili spesso mancano di rapporti medici o certificati di morte, come nel caso di molti lavoratori.

La realizzazione di statistiche nazionali sugli infortuni e sulle malattie professionali in base al genere contribuirebbe a determinare le priorità di azione mediante programmi di prevenzione, a sviluppare una strategia di informazione nazionale per raccogliere e diffondere i dati sulla salute e sulla sicurezza professionale delle lavoratrici e ad elaborare standard nazionali, codici nazionali di buone pratiche e altre linee guida sugli specifici rischi cui sono soggette le donne lavoratrici.

8. La partecipazione delle donne

Le donne dovrebbero essere più rappresentate e coinvolte più direttamente nel processo decisionale riguardante la salvaguardia della loro salute.

Le opinioni delle donne in qualità di utenti, fornitrici di assistenza e lavoratrici e le loro esperienze, conoscenze ed abilità dovrebbero riflettersi nella formulazione e nell'attuazione delle strategie per la promozione della salute. Le donne dovrebbero partecipare in misura mag-

giore al miglioramento delle loro condizioni di lavoro, in particolare attraverso l'ideazione di programmi, la fornitura di servizi per la salute sul lavoro e l'accesso a un maggior numero di informazioni di migliore qualità, alla formazione e all'educazione sanitaria. Il sostegno offerto alle lavoratrici per organizzarsi e partecipare al miglioramento delle proprie condizioni di lavoro deve essere potenziato sia a livello nazionale che aziendale.

Fonte: Forastieri (2000), Sicurezza sul lavoro: nota informativa sulle donne lavoratrici e le problematiche legate al genere rispetto alla salute e sicurezza sul lavoro, Organizzazione internazionale del lavoro, Ginevra (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/gender/womenwk.htm>).

ALLEGATO 9: SOMMARIO DEL RAPPORTO TRA GENERE, STATUS OCCUPAZIONALE E CONDIZIONI DI LAVORO: RISULTATI DI UN'ANALISI DI GENERE DELLA TERZA INDAGINE EUROPEA SULLE CONDIZIONI DI LAVORO

Fagan e Burchell (2002) hanno analizzato il rapporto esistente tra genere, status occupazionale e vari indicatori delle condizioni di lavoro tratti dalle tre indagini europee sulle condizioni di lavoro. Di seguito viene riportata la tabella riassuntiva dei risultati elaborata dai due studiosi. La loro conclusione è che l'analisi ha dimostrato che esistono differenze di genere rispetto ad alcuni aspetti delle condizioni di lavoro, ma non uno schema preciso che si ripete in tutti gli indicatori analizzati.

Indicatori delle condizioni di lavoro	Differenza tra i generi	Rapporto con lo status occupazionale
<p>Contenuto del lavoro - elementi selezionati</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risoluzione dei problemi e apprendimento • Complessità/monotonia delle mansioni • Lavoro di squadra/rotazione delle mansioni • Responsabilità di pianificazione 	<p>L'impatto della categoria professionale di lavoratore a tempo pieno o a tempo parziale va oltre la questione del genere in sé: le occupazioni part-time offrono minori opportunità di apprendimento, sono più monotone e comportano minori responsabilità di pianificazione.</p>	<p>La risoluzione dei problemi, la complessità delle mansioni e la pianificazione sono elementi che configurano principalmente il lavoro di manager e professionisti. In ciascuna categoria occupazionale, questi elementi del contenuto del lavoro sono generalmente meno prevalenti per le lavoratrici donne rispetto ai lavoratori uomini. Le minori differenze tra i generi si riscontrano tra gli impiegati che svolgono lavoro d'ufficio e gli addetti ai servizi.</p>
<p>Rapporto tra competenze ed esigenze del lavoro e quantità di formazione offerta dai datori di lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le proprie competenze corrispondono alle prestazioni richieste dal lavoro? • Numero di giornate di formazione ricevute? 	<p>Una grande maggioranza, sia di uomini che di donne, ha affermato che le proprie competenze corrispondono alle esigenze del lavoro e la quantità della formazione ricevuta sul luogo di lavoro in media è risultata simile. I lavoratori a tempo parziale sono la maggioranza di coloro che hanno affermato che le loro competenze sono sottoutilizzate e inoltre ricevono meno formazione dei lavoratori a tempo pieno.</p>	<p>I manager e i professionisti hanno ricevuto una maggiore formazione rispetto agli altri lavoratori. All'interno di ogni categoria professionale, le donne ricevono meno formazione degli uomini; questo "divario di genere" è meno pronunciato nella categoria dei manager e dei professionisti.</p>
<p>Il servizio clienti e il lavoro "a contatto diretto con la gente"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentuale dell'orario di lavoro trascorso interagendo direttamente con persone esterne al luogo di lavoro (clienti, passeggeri, pazienti, allievi, ecc.) 	<p>Un elemento caratteristico soprattutto del lavoro femminile, sia a tempo pieno che a tempo parziale.</p>	<p>Un elemento caratteristico soprattutto del lavoro impiegatizio. Le donne in posizioni direttive o con incarichi da professioniste svolgono più frequentemente mansioni "a contatto con la gente" rispetto agli uomini che lavorano nelle stesse categorie professionali. La situazione è ribaltata nel caso del lavoro manuale (colletti blu): le donne svolgono mansioni "a diretto contatto con la gente" con minore frequenza rispetto agli uomini.</p>
<p>Esposizione all'intimidazione e alla discriminazione sul luogo di lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violenza, intimidazioni e prepotenze • Discriminazione (sesso, età, nazionalità, etnia, origini, disabilità, orientamento sessuale) 	<p>La donne subiscono atti di violenza, intimidazione e discriminazione sul lavoro in percentuale maggiore degli uomini e sono maggiormente consapevoli del problema.</p>	
<p>Esposizione a rischi materiali e fisici: in proporzione all'orario di lavoro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rumore intenso • Vibrazioni degli strumenti e dei macchinari • Temperature estreme • Prodotti o sostanze pericolosi 	<p>Gli uomini sono maggiormente esposti a questi rischi rispetto alle donne. I lavori part-time offrono una certa protezione da tali problemi, sia in termini un minore rischio di esposizione che di orario di lavoro più breve.</p>	<p>All'interno di ciascuno status occupazionale, gli uomini sono maggiormente esposti a questi rischi. Questa differenza di genere è più pronunciata nel caso di lavori manuali; è trascurabile nella categoria dei professionisti. Esiste un'interazione tra genere e status occupazionale: l'esposizione più alta riguarda gli uomini che svolgono lavori manuali, seguiti dalle donne che svolgono la stessa attività; l'esposizione più bassa riguarda i lavoratori di livello impiegatizio di entrambi i sessi.</p>

Indicatori delle condizioni di lavoro	Differenza tra i generi	Rapporto con lo status occupazionale
<p>Esposizione a rischi ergonomici in proporzione all'orario di lavoro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavoro con il computer • Telelavoro da casa con il computer 	<p>Nessuna differenza di genere nel lavoro con il computer, ma gli uomini hanno una tendenza lievemente maggiore al telelavoro. I lavoratori part-time tendono a lavorare meno con il computer.</p>	<p>Le differenze di genere sono più pronunciate quando viene preso in considerazione lo status occupazionale: in ciascuna categoria professionale, gli uomini hanno una tendenza maggiore a lavorare con il computer (incluso il telelavoro).</p>
<p>Lavoro a domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> • La propria casa è il principale luogo di lavoro (escluso il telelavoro). 	<p>Nessuna differenza di genere nella percentuale di lavoratori a domicilio; nessuna differenza tra lavoratori a tempo pieno/a tempo parziale (ma l'indagine potrebbe sottovalutare il maggior impegno delle donne nel settore del lavoro a domicilio occasionale o informale)</p>	<p>Esistono differenze di genere nel profilo occupazionale dei lavoratori a domicilio. I lavoratori a domicilio maschi sono in prevalenza manager o artigiani, mentre le lavoratrici a domicilio donne svolgono normalmente lavori d'ufficio o sono addette ai servizi.</p>
<p>Intensità del lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fattori che determinano i ritmi di lavoro • Lavorare ad alta velocità • Tempo insufficiente per completare il proprio lavoro proprio • Scadenze rigorose 	<p>Per le donne i ritmi di lavoro tendono ad essere determinati dalla domanda di altre persone; gli uomini sono maggiormente esposti agli obiettivi di produzione o alla velocità delle macchine. Nessuna differenza di genere rispetto all'esigenza di lavorare ad alta velocità o dalla insufficiente disponibilità di tempo per completare il proprio lavoro. Gli uomini tendono a lavorare con scadenze più strette. I lavori part-time offrono una certa protezione contro l'intensità del lavoro.</p>	<p>I manager e i professionisti sono più soggetti al rischio dell'intensità del lavoro (ma i lavoratori manuali sono più esposti a lavorare ad alta velocità). Esiste un'interazione tra genere e status occupazionale: per quanto riguarda le posizioni manageriali e i lavori artigianali, le donne sono meno esposte ad alti livelli di intensità del lavoro, mentre esistono poche differenze di genere nelle altre categorie professionali.</p>
<p>Interruzioni fastidiose</p>	<p>Nessuna differenza tra i generi o tra la condizione di lavoratore a tempo pieno/a tempo parziale.</p>	<p>L'incidenza è leggermente più alta nelle posizioni manageriali o professionali.</p>
<p>Autonomia sul lavoro e sull'orario di lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metodo di lavoro • Ritmi di lavoro • Ordine di svolgimento delle proprie mansioni • Quando fare una pausa • Quando andare in ferie • Influenza sul proprio orario di lavoro 	<p>Gli uomini hanno livelli maggiori di autonomia. Esistono poche differenze tra lavoratori a tempo pieno o a tempo parziale rispetto all'autonomia sul lavoro, ma i lavoratori part-time hanno un'influenza leggermente maggiore sul proprio orario di lavoro.</p>	<p>L'autonomia è maggiore per i manager e i professionisti. L'autonomia sul lavoro delle donne professioniste è molto più bassa rispetto a quella dei colleghi maschi.</p>

Indicatori delle condizioni di lavoro	Differenza tra i generi	Rapporto con lo status occupazionale
<p>Retribuzione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guadagni mensili netti - Struttura salariale 	<p>Le donne sono maggiormente a rischio di ricevere una paga più bassa rispetto agli uomini e hanno poca probabilità di arrivare ad alti livelli salariali.</p> <p>Questa differenza di genere si riscontra anche tra i lavoratori part-time.</p> <p>Una percentuale più alta di uomini riceve pagamenti aggiuntivi all'interno della propria struttura salariale.</p>	
<p>Consultazione riguardo l'organizzazione del lavoro e le misure a tutela della salute e sicurezza sul lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> • La consultazione avviene ed è efficace • Consapevolezza dei rischi per la salute e la sicurezza 	<p>La maggioranza degli uomini e delle donne considera di essere efficacemente consultata, ma uno su tre di ambo i generi non viene consultato.</p> <p>Tra coloro che lavorano in condizioni rischiose, le donne tendono ad affermare in percentuale maggiore di non disporre di informazioni sufficienti riguardo alla salute e sicurezza, inoltre è più probabile che non siano dotate di equipaggiamento protettivo.</p>	

Fonte: Fagan e Burchell (2002), Gender, jobs and working conditions in the European Union, (Genere, tipologia di lavoro e condizioni lavorative nell'Unione europea) Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro

ALLEGATO 10: DIFFERENZE TRA GLI STATI MEMBRI IN MATERIA DI PREVIDENZA SOCIALE IN CASO DI ASSENZE PER MALATTIA E NORMATIVA SULL'INVALIDITÀ

Paesi dell'Unione europea e normativa previdenziale sulle assenze per malattia

Gründemann e Van Vuuren (1997) hanno riepilogato la normativa previdenziale vigente negli stati membri della Ue (più Norvegia) in caso di assenza per malattia o invalidità. Pur giungendo alla conclusione che esistono grandi differenze, è stato rilevato che la pratica spesso differisce in modo sostanziale dai regolamenti ufficiali.

In molti paesi (Austria, Belgio, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Lussemburgo, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia e Regno Unito), in caso di assenza temporanea per malattia si richiede il certificato emesso da un medico generico. La situazione varia tra i diversi paesi relativamente al numero dei giorni di assenza dopo i quali è richiesto tale certificato. Solo in tre paesi (Danimarca, Irlanda e Olanda) non è richiesto alcun certificato. La presentazione del certificato medico in caso di assenza per malattia, spesso ha lo scopo di stabilire una

soglia per rendere meno agevoli le assenze "giustificate" con problemi di salute. Nella realtà, il certificato medico non ha un grande significato. I lavoratori si recano da un medico che sanno firmerà il certificato e se quel dottore non collabora, possono sempre rivolgersi a un altro medico. Cionostante, le ricerche dimostrano che l'obbligo di presentare un certificato medico generalmente si traduce in una più bassa incidenza di assenze per malattia (vedi Gründe-mann e Van Vuuren, 1997).

In molti paesi, il lavoratore assente per malattia deve aspettare uno o più giorni prima di ricevere l'indennità. Questo periodo è denominato "periodo d'attesa". Solo in Austria, Germania, Lussemburgo e Norvegia esso non è previsto. Negli altri paesi, i lavoratori non vengono pagati per il primo giorno (Belgio e Svezia), per i primi due giorni (Olanda), per i primi tre giorni (Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo, Spagna e Regno Unito), o per i primi nove giorni (Finlandia). In molti paesi, la pratica può divergere molto dalle disposizioni normative. In molti casi i dipendenti sono risarciti per la perdita di retribuzione durante i giorni d'attesa. Il periodo d'attesa viene utilizzato inoltre come soglia contro l'assenteismo. La letteratura, e il fatto che talvolta la pratica è diversa dalle norme che regolano la materia, dimostrano che i giorni d'attesa sono accompagnati da una minore frequenza dell'assenteismo, ma che la durata media dell'assenza è più lunga. Quindi, l'effetto delle differenze tra i giorni d'attesa nei paesi della Ue sul totale delle assenze deve essere considerato nullo.

In molti paesi, ufficialmente l'assenza per malattia comporta una perdita di reddito, nel senso che i salari non vengono pagati o che la percentuale dell'indennità corrisposta è inferiore al 100% della retribuzione. La realtà, generalmente, è meno negativa di quanto stabiliscano le regole ufficiali. In molti paesi, i datori di lavoro integrano l'indennità, arrivando in molti casi addirittura al 100%.

Dopo il primo periodo di assenza, in molti paesi l'indennità diminuisce. Si continua a corrispondere il pagamento integrale delle retribuzioni solo in quattro paesi (Danimarca, Lussemburgo, Olanda e Norvegia). Negli altri paesi, tale percentuale varia tra il 50 e l'80% dell'ultimo stipendio ricevuto.

Molti Stati (11) applicano un periodo massimo di inabilità al lavoro di circa un anno. In Italia e nel Regno Unito, si applica un periodo massimo più breve (rispettivamente 26 e 28 settimane). Il periodo massimo di assenza influisce molto sulla lunghezza del congedo per malattia. Tuttavia, esso può anche influire sull'atteggiamento verso il reintegro, incidendo in tal modo anche sui giorni complessivi di assenza

Sebbene tutti i paesi della Ue abbiano un'apposita normativa per il congedo per maternità, esistono forti differenze nella durata di tale congedo tra i vari Stati. In particolare, il congedo di maternità può costituire una quota significativa del periodo complessivo di assenza per malattia consentito. Per esempio, nel sistema sanitario olandese, la percentuale di tempo lavorativo assorbito dal congedo per maternità costituisce, in media, l'1-1,5% (Gründemann e Van Vuuren, 1997).

Normativa sull'inabilità permanente o a lungo termine nei paesi Ue

In molti paesi (Belgio, Finlandia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Norvegia, Portogallo e Spagna), la normativa sull'inabilità prolungata e quella sull'inabilità permanente sono collegate, riguardo ai tempi, alle norme che regolano il congedo temporaneo per malattia. In questi paesi, esiste un periodo d'attesa per l'indennità per inabilità permanente, equivalente al periodo massimo applicabile al congedo per malattia (non permanente). Nella maggior parte dei paesi non è essenziale che il periodo massimo di congedo per malattia (non permanente) sia trascorso prima che una persona abbia diritto all'indennità permanente (Gründemann e Van Vuuren, 1997).

Le modalità e le condizioni di pagamento sono diverse. Spesso si basano su minimo di perdita della capacità di guadagno o su una percentuale minima di inabilità al lavoro. Tale minimo, così come l'indennità massima, può variare in misura considerevole da paese a paese. In Belgio, la percentuale di indennizzo dipende dalle circostanze familiari. In molti paesi, è prevista un'ulteriore procedura di valutazione, decisiva per l'attribuzione dell'indennità di inabilità o della pensione di invalidità. Anche in questo campo, esistono differenze tra paesi (Gründemann e Van Vuuren, 1997).

ALLEGATO 11: RISULTATI DELL'INDAGINE DEL BTS SULLE PROBLEMATICHE LEGATE AL GENERE NEL CAMPO DELLA SICUREZZA E SALUTE SUL LAVORO ED ESEMPI DI INIZIATIVE SINDACALI

Indagine del BTS sul rapporto tra genere e SSL

Al fine di facilitare l'incorporazione del genere nelle politiche di salute e sicurezza sul luogo di lavoro, il BTS (Bureau tecnico sindacale) e la Confederazione europea dei sindacati (ETUC, European Trade Union Confederation) hanno condotto, nel 2001-02, un'indagine nei 15 paesi Ue. L'indagine, patrocinata dal Ministero del lavoro belga, insieme alle attività perseguite dalla Presidenza belga dell'Unione europea, aveva lo scopo di valutare:

- l'integrazione delle problematiche di genere nelle politiche di salute e sicurezza;
- gli interventi attinenti la salute e la sicurezza sul lavoro che tengono conto delle problematiche di genere.

Il questionario è stato sottoposto a: sindacati (36%); istituti di ricerca (21%); enti responsabili delle politiche di salute e sicurezza sul lavoro (13%); e servizi di prevenzione (9%). Pochissime risposte sono pervenute dagli enti

responsabili delle politiche di parità. L'indagine è stata accompagnata da una ricerca e da un'analisi sul modo in cui viene trattato il tema del genere negli articoli pubblicati su riviste scientifiche o specializzate nella divulgazione della salute e sicurezza sul lavoro e su una letteratura più vasta.

Questi i risultati iniziali emersi:

- La dimensione di genere viene sempre più riconosciuta come un fattore integrante per la salute e sicurezza sul luogo di lavoro.
- Le problematiche affrontate andavano dai disturbi muscoloscheletrici all'organizzazione del tempo di lavoro, spaziando dai tradizionali settori maschili, come l'industria edile, alle occupazioni con predominanza femminile, come il lavoro infermieristico e i servizi di pulizia.
- Alcuni settori sono chiaramente più avanzati di altri rispetto a tale problematica: il 25% delle attività si riscontra nel settore dei servizi sociali e sanitari; il 10% nel campo della distribuzione e della vendita al dettaglio (ad esempio, le casse dei supermercati); ma meno del 25% nell'industria, in particolare nei settori tessile, calzaturiero e dell'abbigliamento.
- La maggior parte delle politiche per la salute e sicurezza sul lavoro sono ancora basate su un modello che non tiene conto della dimensione di genere e che si richiamano storicamente al lavoratore maschio tipico e, in linea generale, le istituzioni preposte alla salute e sicurezza sul lavoro ignorano la dimensione di genere, ad eccezione dei paesi nordici.
- I servizi di prevenzione iniziano a integrare la dimensione di genere nelle proprie attività, ma normalmente solo nelle aree occupazionali con "predominanza femminile", o rispetto a quelle problematiche considerate "più specificatamente femminili".
- La ricerca risente della settorialità della politica; per esempio, esistono molti studi sulla

segregazione in base al genere nel mondo del lavoro, ma pochi affrontano il problema della salute e sicurezza sul lavoro; molte indagini sull'impiego del tempo hanno analizzato come viene ripartito il tempo tra le varie attività, ma poche hanno posto in relazione questa problematica con le condizioni di lavoro.

- Esistono diverse interpretazioni su quali siano gli elementi distintivi di una ricerca sensibile al genere. Può considerarsi tale un'analisi incentrata sui lavori con predominanza femminile, o una che includa un'analisi comparativa di donne e uomini, o ancora che si concentri su problematiche considerate particolarmente importanti per le donne, ad esempio la salute riproduttiva o la conciliazione tra lavoro e vita privata. Altre ricerche considerano la dimensione di genere nell'ambito di fattori sia interni che esterni al luogo di lavoro, tra cui lo studio delle popolazioni maschili da una prospettiva di genere.
- Diversi campi di ricerca utilizzano approcci differenti. Nessuno garantisce l'inclusione della dimensione di genere. È necessario un approccio interdisciplinare, che affronti anche le questioni del tempo lavorativo e del tempo dedicato alla vita privata ("approccio trasversale"). È molto importante tenere conto dell'esperienza soggettiva dei lavoratori.
- Solo una minoranza delle ricerche sulla salute e sulla sicurezza sul lavoro che tengono conto delle differenze di genere è mirata all'adozione di interventi e alla prevenzione.
- Le politiche sociosanitarie, sulla salute sul lavoro e sull'uguaglianza sono molto settoriali e relativamente indifferenti alle questioni che esulano dal loro campo.
- Le politiche per la salute sul lavoro tendono a trascurare l'interazione tra lavoro retribuito e non retribuito. Se la questione del genere viene trattata, spesso ci si limita solo al gene-

re femminile, etichettato come "gruppo vulnerabile".

- Negli ultimi anni, le politiche sulla sanità pubblica hanno cominciato ad essere più attente alla dimensione di genere. Tuttavia, né le occupazioni retribuite né quelle non retribuite sono inserite in modo significativo nella maggior parte degli studi sulla dimensione di genere in campo sanitario. Ove il legame tra salute e lavoro non retribuito sia stato oggetto di esame, l'attenzione si è focalizzata più sull'accesso all'occupazione che non sull'esplorazione del nesso tra il doppio carico di lavoro e la salute.
- La sanità pubblica normalmente tiene conto delle condizioni di lavoro solo quando c'è un rapporto diretto tra un particolare fattore ed una patologia medica. Questo atteggiamento si ripercuote maggiormente sulle donne, per esempio perché le conseguenze del lavoro sulla salute tendono a non avere una causa univoca, come succede più frequentemente con gli uomini.
- La politica sulla salute sul lavoro non è collegata a quella sulla parità e la SSL è poco visibile nella gestione delle problematiche legate all'uguaglianza sul lavoro.
- In molti paesi, si perseguono concrete politiche per promuovere l'equilibrio dei generi sul lavoro, tuttavia la maggior parte dei casi analizzati non affronta il problema dei cambiamenti in atto nelle condizioni di lavoro, ma si limita alla formazione professionale, a volte con l'aggiunta del supporto psicologico.

Sono inoltre state osservate differenze tra i vari paesi, in particolare tra i paesi scandinavi e quelli latini. Il BTS ha rilevato che, nei paesi scandinavi, la dimensione di genere è più visibile ed integrata nella politica istituzionale e che sembra siano in corso un numero maggiore di studi sulla SSL e sulle problematiche di genere. Gli indicatori di genere sono stati utilizzati nelle

attività di monitoraggio e la collaborazione e gli specifici programmi di vari attori hanno prodotto una quantità di conoscenze più sistematiche. L'approccio di genere è stato applicato ad una gamma più ampia di problemi di salute sia nelle ricerche che nel monitoraggio statistico. Nei paesi latini, il BTS ha osservato che esiste un'attività istituzionalizzata molto minore, seppure in crescita, in materia di SSL e dimensione di genere, e, ove esercitata, la stessa si limita ai problemi specificatamente femminili. Tuttavia, data l'alta domanda "sociale" di attività sulle problematiche di genere e SSL, sono state intraprese iniziative a livello locale. Il Regno Unito adotta invece un approccio pragmatico, che pur non affrontando tutte le problematiche legate al genere e alla SSL, ha comunque dato vita sia a iniziative locali, di norma promosse dai sindacati, sia a programmi di ricerca da parte dell'ente responsabile della SSL, che è diventato più sensibile alle problematiche legate al genere.

Fonti: Vogel (2002); sito web del BTS.

Esempi di azioni dei sindacati in materia di SSL e dimensione di genere

Il BTS ha inoltre raccolto esempi di iniziative dei sindacati volte a prevenire i rischi per le donne e a incrementare la partecipazione femminile. Ad esempio, nel 1996 le tre confederazioni sindacali milanesi, CGIL, CISL e UIL, hanno costituito un gruppo di lavoro sulla salute professionale delle donne, formato da sindacalisti, tecnici del servizio pubblico di prevenzione, medici e rappresentanti per la sicurezza dei lavoratori. Le aree di studio includono il lavoro ripetitivo delle

donne in diversi settori dell'industria e dei servizi, i rischi biologici, la tutela della maternità e il lavoro notturno.

Il sindacato spagnolo, CCOO, ha siglato un accordo con la più grande catena alberghiera delle isole Baleari per istituire un programma di informazione e formazione, attuato dai sindacati, sui disturbi muscolo-scheletrici nei circa 30 hotel della società. È stato ideato un corso di formazione per i rappresentanti della prevenzione, indirizzato al personale femminile impiegato nella pulizia delle camere, i cui problemi principali sono il mal di schiena ed altri disturbi muscoloscheletrici. Il corso di formazione, condotto dal sindacato, si svolge nei locali degli alberghi e verte sui seguenti temi: il riconoscimento dei disturbi muscoloscheletrici, la valutazione dei rischi e la predisposizione di un programma di prevenzione. Viene anche svolta un'indagine sul personale addetto alle pulizie. Le proposte elaborate dai lavoratori durante il corso e quelle scaturite dall'indagine sul personale addetto alle pulizie sono state raccolte ed inserite nei programmi di prevenzione. Il comitato per la sicurezza discute questi programmi con i tecnici del servizio di prevenzione e sulla base di tali piani vengono intraprese le azioni ritenute necessarie per la prevenzione. Un risultato importante è stata la più attiva partecipazione delle cameriere ai piani, che in precedenza avevano un ruolo di scarsissimo rilievo nei comitati per la sicurezza o nelle decisioni d'acquisto (un problema era rappresentato dalla cattiva ergonomia dell'arredamento e dell'attrezzatura di lavoro).

Fonte: BTS (2000).

ALLEGATO 12: POLITICHE E LEGISLAZIONE SULLA PARITÀ TRA I SESSI NELL'UE

Il Trattato CE pone la promozione della parità tra uomini e donne tra gli obiettivi della Comunità (Articolo 2) e lo rende un obiettivo trasversale (Articolo 3) per la Ue. L'articolo 13 del Trattato CE dà il diritto alla Commissione di prendere l'iniziativa per combattere le discriminazioni fondate, tra le altre cause, sul sesso. L'articolo 141 costituisce la base legale per le misure comunitarie destinate a promuovere le pari opportunità e la parità di trattamento tra uomini e donne in materia di occupazione. Nel sito web della Commissione sulla parità tra i sessi (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/rights_en.html#other) vengono forniti collegamenti alla legislazione ed altre azioni in materia di parità tra i sessi, oltre a link alle direttive e agli atti elencati di seguito.

Le direttive UE sulla parità tra i sessi trattano i seguenti temi:

- Parità delle retribuzioni (Direttiva 75/117/CEE del Consiglio)
- Parità di trattamento sul luogo di lavoro (Direttiva 76/207/CEE del Consiglio)
- Parità di trattamento rispetto ai regimi obbligatori di sicurezza sociale (Direttiva 79/7/CEE del Consiglio)
- Parità di trattamento rispetto ai regimi professionali di sicurezza sociale (Direttiva 86/378/CEE del Consiglio)
- Parità di trattamento per coloro che esercitano un'attività autonoma, nonché per il coniuge che partecipa all'attività (Direttiva 86/613/CEE del Consiglio)
- Congedo di maternità (Direttiva 92/85/CEE del Consiglio)
- Organizzazione dell'orario di lavoro (Direttiva 93/104/CE del Consiglio)
- Congedo parentale (Direttiva 96/34/CE del Consiglio)
- Onere della prova nei casi di discriminazione basata sul sesso (Direttiva 97/80/CE del Consiglio)
- Accordo quadro sul lavoro a tempo parziale (Direttiva 97/81/CE del Consiglio)

Altri atti della Comunità trattano i seguenti temi:

- Equilibrio fra i sessi nel processo decisionale
- Conciliazione tra vita lavorativa e vita privata
- Cooperazione allo sviluppo
- Donne e scienza
- Violenza e sfruttamento sessuale
- Formazione ed educazione
- Parità delle retribuzioni
- Occupazione e mercato del lavoro
- Fondi strutturali
- Diritti umani e discriminazione multipla

ALLEGATO 13: CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA PARITÀ SUL LUOGO DI LAVORO

Di seguito viene presentata una checklist di autovalutazione per misurare la parità sul luogo di lavoro.

La parità viene valutata in base a otto diversi standard.

Il livello di parità	<ul style="list-style-type: none"> - La parità e il benessere del personale sono inseriti nella gestione delle risorse umane? - La parità è parte integrante degli obiettivi e della strategia dell'organizzazione del lavoro? - In che modo viene percepita la parità dai membri del personale?
Politiche salariali e retributive	<ul style="list-style-type: none"> - La politica sul salario e sulle ricompense è basata sulla parità di trattamento e sull'equità? - I motivi su cui si fondano le ricompense e i premi sono presentati e discussi apertamente? - Le persone hanno la sensazione di essere trattate con giustizia?
Opportunità di carriera e di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> - Le persone nella propria attività hanno pari opportunità di lavoro e di carriera e di crescita nell'arco della vita?
Obiettivi comuni ed opportunità di esercitare il controllo e di influire sui processi	<ul style="list-style-type: none"> - Tutti conoscono a sufficienza la visione e gli obiettivi comuni?
Atmosfera lavorativa e affiatamento	<ul style="list-style-type: none"> - La cultura sul luogo di lavoro promuove l'uguaglianza? - La diversità è considerata una ricchezza oppure l'obiettivo è l'omogeneità del personale?
Flusso delle informazioni e facilità di accedervi	<ul style="list-style-type: none"> - Ci sono pari opportunità per tutti relativamente all'informazione sul proprio lavoro e sulla propria unità di lavoro e sulle condizioni e prospettive future, anche in termini economici?
Condizioni di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> - Le condizioni di lavoro sono sicure e soddisfacenti dal punto di vista ergonomico? - La gestione dell'età viene praticata e viene prestata la dovuta attenzione alle persone più anziane? - Sono stati attivati programmi sulle competenze lavorative e in caso affermativo, promuovono il benessere del personale?
Conciliazione tra vita lavorativa e famiglia (vita privata)	<ul style="list-style-type: none"> - L'opportunità di avere una vita privata al di fuori del lavoro è disponibile per tutti? - Si richiedono e si premiano lo straordinario e un eccessivo impegno continui? - Il rifiuto di effettuare il lavoro straordinario viene punito? - La vita personale e familiare viene apprezzata oppure la famiglia è considerata un peso? - Gli uomini che chiedono il congedo parentale sono favoriti e premiati oppure scoraggiati e sottilmente puniti?

Fonte: Kauppinen e Ojala (1999).

ALLEGATO 14: QUALITÀ DEL LAVORO DELLE DONNE: LE STRATEGIE DI CAMBIAMENTO INDIVIDUATE DALLA FONDAZIONE EUROPEA

All'inizio del presente documento è stato osservato come sia un'ampia gamma di problematiche relative alla parità sul lavoro e nella vita sociale e civile ad incidere sulle differenze di genere in termini di salute e sicurezza sul luogo di lavoro. Studiare tali problematiche non rientra nelle finalità del presente studio ed altri attori a livello di Ue hanno proposto una strategia d'azione in questo campo. Le seguenti proposte sono esempi di buone pratiche suggerite dalla Fondazione europea (2002c), sulla base delle proprie ricerche.

1. Aree per una contrattazione collettiva

- Discriminazione/parità salariale: livelli, opportunità e sistemi di retribuzione, strutture e fasce retributive, valutazione delle mansioni, accesso ai benefici, ecc.
- Segregazione in base al genere: Accesso a/natura di formazione, reclutamento, promozione, definizioni e qualificazioni dell'impiego, organizzazione del lavoro, restrizioni al lavoro femminile, ecc.

- Accesso al lavoro/sicurezza sul lavoro: licenziamento per esubero del personale, rescissione del contratto, sicurezza dell'orario, inquadramento contrattuale, ecc.
- Rapporto famiglia-lavoro: congedo di maternità/paternità/parentale e per assistenza a un familiare, cura dell'infanzia, orario di lavoro, ecc.
- Cultura/strutture aziendali: pari opportunità/corsi di sensibilizzazione, percorsi di carriera, molestie sessuali, ecc.

(Bercusson e Dickens, 1996)

2. Colmare il divario tra i generi: esempi di accordi innovativi

Di seguito vengono forniti alcuni esempi di accordi innovativi volti a migliorare l'accesso delle donne al lavoro, a ridurre la segregazione sessuale e a diminuire la discriminazione salariale, per contribuire a colmare il divario tra i sessi sul lavoro.

Migliorare l'accesso al lavoro e gli avanzamenti di carriera delle donne

- Eliminazione dello stereotipo di genere nella descrizione dell'impiego e negli annunci di lavoro.
- Opportunità di conciliare il lavoro e i servizi di cura e accordi sulla flessibilità dell'orario.
- Rimozione o innalzamento dei limiti d'età ed eliminazione delle richieste d'informazioni discriminatorie.
- Azioni positive nelle inserzioni per il reclutamento del personale (per incoraggiare la candidatura del genere sottorappresentato).
- Stabilire target di reclutamento.
- Verificare la presenza di candidati idonei tra il proprio personale, ed invitare tutte le candidate donne per un colloquio, oppure inserirle in una lista preferenziale per le occupazioni in cui sono sottorappresentate, almeno in percentuale al numero delle candidate .

Avanzamento e formazione

- Commissionare studi di genere sulla composizione della forza lavoro.
- Identificare gli ostacoli agli avanzamenti di carriera delle donne.
- Tracciare percorsi di carriera volti a facilitare l'accesso delle donne alle posizioni più elevate.
- Accesso uguale o preferenziale alla formazione e all'esperienza lavorativa.
- Corsi di formazione specifici (ad esempio, destinati a mettere in grado le donne di acquisire competenze "maschili" oppure a sensibilizzare i manager ed altro personale sulle pari opportunità).
- Fondi per la formazione e posti riservati alle donne.
- Predisporre strutture per l'assistenza durante la formazione.

Colmare il divario tra le differenze salariali basate sul genere

- Esaminare il contesto in cui si applica l'accordo (per esempio, assicurarsi che tutti i dipendenti siano coperti dall'accordo, anche i lavoratori a tempo parziale o a tempo determinato).
- Sviluppare nuovi strumenti per una valutazione delle mansioni indipendente dal genere.

Conciliare vita lavorativa e vita familiare

- Interventi di formazione durante il congedo parentale, nonché in relazione al reintegro nell'impiego.
- Mantenere i contatti durante il periodo di congedo.
- Maturazione dei diritti relativi all'anzianità di servizio e alla previdenza sociale durante i periodi di congedo.

3. Fattori contestuali che influenzano il risultato delle azioni e degli interventi

La ricerca della Fondazione ha evidenziato anche l'impatto del contesto generale sulla contrattazione collettiva per la parità (Dickens, 1998). Sono stati individuati i seguenti fattori.

- Fattori ambientali: contesto economico, mercato del lavoro, interventi legislativi e non legislativi.
- Fattori organizzativi: interessi e timori dei datori di lavoro, interessi e timori dei sindacati, contesto interno collaborativo, politica delle risorse umane.
- Il significato del genere nella contrattazione collettiva: l'identità dei negoziatori, l'importanza della presenza delle donne, natura e qualità del rapporto di contrattazione.

4. Problematiche che saranno oggetto di ricerche ed iniziative future

Nell'ambito dell'allargamento dell'Unione europea, la ricerca della Fondazione ha individuato un certo numero di problematiche atte ad essere oggetto di studi futuri:

- Ricerce comparative più approfondite tra i vari paesi.
- Sviluppare indicatori sensibili al genere in materia di qualità del lavoro e dell'occupazione (status, occupazione, livelli di reddito e salario, protezione sociale, salute e sicurezza, organizzazione del lavoro, sviluppo delle competenze, conciliazione lavoro-vita privata).
- Analisi approfondite dei fattori che sottostanno alla segregazione di genere dei mercati del lavoro della Ue e delle strategie poste in atto per affrontare tale problema.
- Continuare la ricerca su come conciliare il tempo lavorativo e non lavorativo con la life-course perspective.
- Rapporto tra lavoro retribuito e lavoro non retribuito e collegamenti con il regime pensionistico e di salvaguardia sociale.
- La qualità del lavoro e dell'occupazione femminile nei paesi candidati, dove sembrano esserci, rispetto alla Ue, tassi di partecipazione delle donne più alti e una minore segregazione.

Fonte: Fondazione europea (2002c), *La qualità del lavoro e dell'occupazione femminile - Strumenti per il cambiamento.*