

Quando le donne stanno bene, tutto il mondo sta meglio

Amartya Sen, Premio Nobel per l'economia

La riforma sanitaria e l'approccio di genere

La L.R. n.17/2014 “Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria” dimostra ancora una volta che l'approccio di genere non è rilevante nelle scelte politiche di promozione della salute e di programmazione organizzativa. Evidentemente non si è tenuto conto delle numerose e consolidate evidenze sulla necessità di tenere conto delle problematiche relative alla salute delle donne nella riforma sanitaria, né del fatto che nell'attuale crisi, le donne sono ulteriormente penalizzate per l'aggravarsi delle condizioni di lavoro e degli stili di vita. A questa conclusione sono pervenute alcune donne attive nei servizi sanitari, nel sindacato e nelle associazioni femminili della Regione.

Principi e obiettivi della legge

La legge dichiara dal principio che intende dare attuazione alla L.R. 17/2013, realizzarne le finalità e superare le diseguaglianze.

Per essere più vicino ai bisogni di salute dei cittadini, favorirne la collaborazione, dare risposte unitarie, coordinate e continue ai bisogni della comunità, si propone di potenziare l'assistenza primaria, attribuendo ai Distretti sanitari il ruolo di livello privilegiato dell'integrazione tra le attività di prevenzione, cura e assistenza sociale.

Prescrive che l'assistenza sanitaria primaria **operi “secondo i principi della promozione della salute della comunità assistita”** facendosi carico dei problemi di salute della popolazione perseguendo, tramite percorsi assistenziali integrati, “ un alto livello di appropriatezza”.

Fra le funzioni organizzate si prevede l’”**assistenza materno-infantile**”, intesa come ‘l'assistenza ostetrico-ginecologica, l'assistenza pediatrica, l'assistenza psicosociale ed educativa, la tutela e il sostegno psicologico e sociale alle famiglie e alle persone nelle diverse fasi del ciclo di vita, gli interventi sociosanitari integrati”.

In questo contesto, quindi, come in altri della legge (art 37-39) si conferma un'organizzazione funzionale e di programmazione dei servizi (anche di quelli consultoriali) quasi esclusivamente in funzione della salute riproduttiva della donna-madre, e non si fa alcun riferimento alla crescente peculiarità dei rischi per la salute di tutte le donne correlati alle diverse posizioni sociali, all'accesso alle risorse, alle regole, agli atteggiamenti e stili di vita, al diverso ruolo che hanno assunto nella vita sociale ed economica nel nostro Paese.

Il “genere” come determinante di salute

Il “genere” è un determinante essenziale di salute, riconosciuto da Conferenze internazionali dell'OMS, da risoluzioni della UE e da politiche attuate in diverse regioni

italiane. E' infatti una costruzione sociale che va ben oltre le differenze biologiche e fisiologiche che definiscono uomini e donne, e si identifica con le complesse interrelazioni ed integrazioni tra sesso (differenza biologica e funzionale dell'organismo) e comportamenti psicologici e culturali degli individui che derivano dalla loro condizione sociale, educativa, etnica e religiosa.

Il genere influisce sulle differenze fra uomini e donne nell'esposizione ai fattori di rischio, nell'incidenza e prevalenza delle malattie, nella storia naturale delle malattie, nel trattamento e nelle risposte ai farmaci. (All.1)

La condizione femminile e le malattie di genere

Le donne hanno problemi e malattie diverse dagli uomini. In ragione del loro 'triplo ruolo' di madre, lavoratrice, caregiver, nella stragrande maggioranza dei casi, oltre al lavoro fuori casa, quasi il 70% delle donne si prende cura di genitori e suoceri malati, minori e disabili di ogni età, senza la sicurezza di poter contare costantemente su servizi di supporto, con conseguenze rilevanti sulle dinamiche di ingresso, permanenza e carriera nel mondo del lavoro.

La specificità di alcune mansioni lavorative le espone a rischi e malattie specifiche (All. 2), ma il loro stile di vita e' condizionato soprattutto dai ritmi, i tempi e gli impegni conseguenti alla necessità di produrre beni e offrire servizi familiari di cura alla pari di un sistema di Welfare integrativo, quando non addirittura sostitutivo, e comunque fondamentale. (All.3)

Hanno un'aspettativa di vita maggiore di quella degli uomini, ma più anni di vita' in disabilità, una qualità di vita inferiore e una peggior percezione del proprio stato di salute.

La solitudine è il denominatore comune dei problemi di salute femminile nel nostro Paese, causa di disagio e malattie quali depressione, alcolismo, disturbi alimentari. L'insicurezza sociale ed economica, come quella emotiva ed affettiva colpisce senza differenze tutte le donne adolescenti, adulte e anziane. I problemi di salute mentale, e soprattutto la depressione, coinvolgono la popolazione femminile a tutte le età e sono spesso causati dal basso status sociale, dall'impatto del lavoro e dalle violenze. A livello globale il suicidio è la prima causa di morte per le donne comprese tra i 20 e i 59 anni.

Sopra i 60 anni la prima causa di morte sono le malattie cardiovascolari, ma la prima causa di disabilità sono le demenze.

Malattie altamente prevalenti nella popolazione generale quali diabete, osteoporosi, malattie della tiroide, malattie neurologiche sono più frequenti nella popolazione femminile. A queste ovviamente si aggiungono quelle strettamente collegate alle specificità biologiche-sessuali, dal tumore della mammella alle patologie degli organi riproduttivi, come l'endometriosi.

Riconoscere questi problemi e' essenziale per delineare programmi e azioni, organizzare l'offerta dei servizi, indirizzare la ricerca, analizzare i dati statistici.

Per questo occorrono dati disagregati sulla prevalenza di malattie e sintomi nei due generi, sulla risposta ai farmaci, ma anche sulle condizioni di vita e di lavoro, sui ruoli sociali e familiari, sulla natura e qualità delle relazioni, sulle esperienze delle donne.

Ed è fondamentale che anche le politiche di deospedalizzazione e assistenza domiciliare,

qualificanti questa nuova legge, non comportino, per le famiglie e le donne, ulteriori aggravii economici e assistenziali, accrescendo le diseguaglianze che la crisi economica ha già acuito anche nella nostra Regione.

La violenza di genere e la violenza assistita

La politica sanitaria deve prendere atto che la violenza di genere non si limita ai femminicidi, ma e' un gravissimo fenomeno endemico che richiede specifici interventi di sanità pubblica. Secondo l'ISTAT circa dieci milioni di cittadine sono vittime di violenza, sia psicologica, fisica e sessuale e un quinto delle italiane dice di avere avuto addirittura paura per la propria vita. Gli esiti della violenza sono pesantissimi, non solo psicologici, ma anche fisici: patologie ginecologiche, psichiatriche, gastroenterologiche. I centri antiviolenza vanno fortemente sostenuti e sono fondamentali perché intercettano le donne nel momento più difficile. Ma occorre investire anche nelle strutture sanitarie (sportello rosa/ codice rosa nei Pronti Soccorso), nelle forze dell'ordine, nell'educazione scolastica, nel progresso culturale nell'ottica dell'integrazione, come ci dice la Convenzione di Istanbul. Bisogna essere coscienti del fenomeno, senza cadere nell'errore di sminuirlo, consapevoli che il miglioramento della qualità di vita e di salute delle donne diventa condizione e stimolo per il miglioramento delle condizioni generali di vita della collettività.

Non va dimenticata la specificità della salute delle donne immigrate irregolari, rom e sinte, delle donne e dei minori in carcere, di cui è nota la difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Anche le problematiche sanitarie delle lavoratrici del sesso dovrebbero trovare un'adeguata attenzione.

Le nostre proposte

1) articolare quanto previsto dall'art.21 della L.R 17/2014 **sull'assistenza domiciliare definendo risorse, criteri e modalità operative** che possano garantire a tutte le famiglie e agli anziani soli un servizio certo, continuativo, tempestivo, riducendo l'onere assistenziale oggi quasi interamente sostenuto dalle donne.

2) Riconoscere **la prospettiva di genere e la medicina di genere**, come cardine fondamentale nella costruzione di sistemi sanitari innovativi, capaci di incidere sui determinanti della salute, fondati sull'idea di appropriatezza delle cure, e sul superamento delle diseguaglianze

3) Dare attuazione ai principi di programmazione prevista dal capo III della legge regionale 23/2004, predisponendo negli strumenti di diverso livello (*Piano sanitari e socio-sanitario regionale, piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, Piano attuativo locale e Piano attuativo ospedaliero, Programma delle attività territoriali, Piani di zona e nelle apposite Linee guida*) strategie e obiettivi specifici mirati a ridurre le disparità in materia di salute di genere

4) Attivare **programmi di formazione specifica** dei Medici, in particolare di quelli di

famiglia, e del personale socio-sanitario, sulla medicina di genere e sull'individuazione dei casi di maltrattamento e violenza domestica

5) **Potenziare i Consulenti**, che devono essere presenti diffusamente nei territori, recuperando ampiamente tutte le funzioni e i compiti previsti dall'art.5 della L.R. n.11/2006 (in particolare i punti h, i, k, m), garantendo la raccolta dei dati di attività in funzione del quadro epidemiologico, demografico e socio-economico dell'utenza.

Tale servizio deve essere riqualificato e valorizzato, per prendersi cura e tutelare le persone e le famiglie, con particolare attenzione alle donne nelle fasi del ciclo di vita, come recitato nella L. 59/14 appena approvata, ma soprattutto alle/agli adolescenti, la cui situazione esistenziale non sempre è supportata adeguatamente dalle famiglie, dalla scuola e dalla società tutta.

L'inadeguatezza dei suddetti servizi è ampiamente testimoniata dai dati elaborati dai Sindacati e dalle Associazioni femminili della Provincia di Pordenone, diffusi a livello regionale. Tali dati indicano uno scadimento generale del servizio che non risponde alle esigenze delle/degli utenti (sotto organico, instabilità delle équipes, mancanza di verifica degli standard e dell'omogeneizzazioni in tutta la Regione, mancanza di un capillare sistema informativo e di campagne di sensibilizzazione, registrazione delle esigenze avanzate e non raccolte).

6) Promuovere tutte le azioni **previste dal Piano d'azione straordinario contro la violenza di genere promosso dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza** del Consiglio dei Ministri, a partire dall'istituzione presso tutti i reparti di **Pronto soccorso ospedaliero di uno "sportello rosa" e del "codice rosa"** per facilitare il riconoscimento delle storie di violenza sulle donne e sui minori, sulla violenza assistita, con l'attivazione dei percorsi di sostegno conseguenti. Non è sufficiente, anche se indispensabile, varare una nuova legge sulla violenza - visto che la precedenti (*Leggi Regionali n. 8/2005, n. 7/2000 e 17/2012*) sono superate - se non si attua contemporaneamente un'azione organica che coinvolga ed integri i compiti dei diversi soggetti istituzionalmente coinvolti.

Anche il fenomeno della violenza domestica deve essere monitorato e i dati, raccolti e coordinati con le altre strutture del territorio, vanno inviati per l'elaborazione e la loro diffusione ad un unico **Centro Regionale**, in collegamento al servizio nazionale.

E' urgente anche il confronto con quanto viene attuato nei paesi come l'Inghilterra, in cui più sviluppate sono le pratiche di prevenzione, che hanno ridotto di molto le violenze e le spese connesse con gli abusi di genere (Global Foundation for the elimination of domestic violence (Edv) di Patricia Scotland)

7) Sostenere lo scambio di informazioni ed esperienze sulle buone prassi nel campo della promozione e prevenzione sanitaria attenta alla dimensione di genere **"Carta europea per l'eguaglianza e le parità delle donne e degli uomini nella vita locale"***

8) Riconoscere che le donne sono state e continuano a essere – insieme alle famiglie – un ammortizzatore sociale ed una sorta di «stampella» **ai modelli zoppicanti di Welfare in tutta Italia**

9) Garantire che il Rapporto FVG sul sociale rispecchi adeguatamente le **disparità tra uomini e donne al fine di programmare, nel 2015, strategie e servizi mirati a superare la «sperequazione sociale»** che attiene la distribuzione del lavoro di cura

10) Educare le giovani generazioni: partendo dalle scuole dell'infanzia. Va promosso un nuovo modo di intendere la salute, dalla vita affettivo-sessuale (applicazione della L. 194/68; pillola RU 486; pillola del giorno dopo, fecondazione assistita, malattie sessualmente trasmissibili, droghe e uso smodato di farmaci), all'alimentazione, alla motricità, ecc.

In particolare devono essere introdotti, programmi di educazione alla salute di genere nelle scuole e nella comunità tramite sinergie con gli operatori sanitari, i rappresentanti delle istituzioni e le associazioni.

Documento elaborato da

Associazione “le Donne resistenti” (Paola Schiratti, Cecilia Savonitto, Daniela Rosa, Carlotta D’Antonio)

Associazione SNOQ? Udine (Maria Pia Tamburlini, Rosalba Perini)

Associazione “Donne che guardano al futuro” (Maria Pia Tamburlini, Paola Schiratti)

USR CISL FVG - Coordinamento Donne CISL (Iris Morassi, Renata Della Ricca,)

Confartigianato FVG, Donne e impresa (Filomena Avolio)

Udine, gennaio 2015

Fonti di riferimento

Legge regionale 16 ottobre 2014 n.17

Riordino dell’assetto istituzionale organizzativo del Servizio sanitario regionale enorme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria

Legge regionale 11 novembre 2013, n. 17

Finalità e principi per il riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale

Legge regionale 17 agosto 2004, n. 23.

Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale.

Legge regionale 7 luglio 2006, n. 11.

Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità.

DdL n. 1259 “Norme per le politiche di genere e per una nuova civiltà’ delle relazioni tra donne e uomini ” – Iniziativa della Giunta Regionale Umbria, DGR 24 giugno 2013, n. 664

United Nations E /CN.3/2013/10 Economic and Social Council- Statistical Commission- Forty-fourth session 26 February-1 March 2013-Gender statistics - Report of the Secretary-General unstats.un.org/.../doc13/2013-10-GenderStats-E.pdf

Carta europea per l'eguaglianza e le parità delle donne e degli uomini nella vita locale, <http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/dipartimento/documenti/508-carta-europea-per-luguaglianza-e-la-parita-delle-donne-e-degli-uomini-nella-vita-locale> (*nota)

Rapporto ombra CEDAW 2009-2014

http://www.pangeaonlus.org/r/Pangea/Documenti/Pdf/advocacy/piattaforma-pechino/Pechino%202009_2014.doc_July%2022_DEF%20.pdf

Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica

http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/8_marzo_2014/convenzione_Istanbul_violenza_donne.pdf

Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale _ Dipartimento Pari Opportunita' - Presidenza del consiglio dei Ministri – dicembre 2014

<http://www.partecipa.gov.it/media/1027/descrizione-del-piano-d-azione-straordinario-contro-la-violenza-sessuale-e-di-genere.pdf>

Legge 27 giugno 2013, n. 77

“Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011” Gazzetta Ufficiale n.152 del 1luglio 2013

Regione Lombardia Contro la violenza sulle donne

[http://www.consiglio.regione.lombardia.it/documents/38960/449297/BiblioDoc+violenza+sulle+donne+\(7\).pdf](http://www.consiglio.regione.lombardia.it/documents/38960/449297/BiblioDoc+violenza+sulle+donne+(7).pdf)

Legge Regionale Lombardia 2012

<http://www.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=News&childpagename=Regione%2FDeta il&cid=1213543969844&pagenome=RGNWrapper>

Sul metodo Patricia Scotland (Regno Unito)

Simonetta Agnello Hornby - Il male che si deve raccontare per cancellare la violenza domestica - Feltrinelli

***Nota**

Carta europea per l'eguaglianza e le parità delle donne e degli uomini nella vita locale, Elaborata e promossa dal Consiglio dei Comuni e delle Regioni d'Europa e dai suoi partners. Nell'ambito del progetto sostenuto dalla Commissione europea nell'ambito del 5° Programma d'azione comunitario per la parità tra donne e uomini(2005-2006). Nel medesimo articolo 14 i firmatari si impegnano a garantire ed a promuovere: l'inclusione

dell'ottica di genere nella pianificazione nella destinazione delle risorse e nella fornitura di servizi medici e sanitari e a garantire che le attività volte a promuovere la sanità, comprese quelle tendenti ad incoraggiare una sana alimentazione e l'importante esercizio fisico, tengano conto delle attitudini e delle necessità diverse delle donne e degli uomini; che il personale specializzato, ivi compreso il personale che lavora per la promozione della salute, conosca le modalità con le quali il genere influisce sulle cure mediche e sanitarie, e tenga conto dell'esperienza diversa di donne e uomini nelle rispettive cure; che donne e uomini abbiano accesso ad un'informazione adeguata sui problemi della sanità.

Allegato 1

I diritti delle donne in Italia non sono un dato acquisito. Le leggi vengono spesso disattese o interpretate in termini restrittivi da uno Stato con una Costituzione che predica (art. 3) l'uguaglianza di tutte le persone e la rimozione degli ostacoli che impediscono la piena attuazione di questo valore più volte ribadito.

La salute delle donne è ancor oggi prevalentemente legata a un'elaborazione maschile del sapere che va dalla ricerca alla farmacologia, dall'indicazione degli stili di vita alla salute riproduttiva. L'uguaglianza non si è ancora realizzata, soprattutto quando si parla di applicazione delle leggi che riguardano le donne e le minoranze. Per questo è indispensabile sostenere la parità di genere come fine specifico ancorato al tema della valorizzazione delle donne con un approccio che prevede la definizione di obiettivi misurabili nelle aree di maggiore interesse. Anche nel settore sanitario è necessario intervenire sulle specificità legate al genere, tanto più in un momento come quello attuale, in cui le condizioni di lavoro e più complessivamente degli stili di vita vanno aggravandosi, penalizzando particolarmente la popolazione femminile. Lo testimoniano l'alto tasso di disoccupazione, l'estendersi della povertà e l'assottigliarsi del già fragile sistema di servizi sociali.

In Regione alcuni significativi cambiamenti sono stati fatti e si stanno facendo, dall'Osservatorio regionale del lavoro all'Atlante degli infortuni sul lavoro, che prendono finalmente in esame la suddivisione dei dati per genere.

Entrando quindi in merito alle problematiche che devono essere applicate nei singoli settori, si focalizza l'attenzione sulla necessità di redigere i documenti di attuazione della normativa con una specifica ottica di genere a cui corrisponda un'attenta predisposizione di finanziamenti, strumenti, risorse umane che li rendano operativi in tal senso.

Ne consegue che la ricerca al femminile e l'educazione della popolazione tutta, fin dai primi anni, diventano percorsi ineludibili, connessi con il discorso sulla salute.

Allegato 2

La sicurezza di genere

Le donne rappresentano il **41,3% del mercato del lavoro italiano**¹, percentuale cresciuta negli ultimi anni in ragione dell'aumento delle lavoratrici straniere, del maggior numero di ultracinquantenni rimaste nel loro posto di lavoro per effetto della riforma pensionistica, nonché a causa della crisi e della necessità per le famiglie di avere maggiori introiti economici.

Come suggerito dall'OMS e coerentemente alle indicazioni del D. Lgs. 81/2008, che fa riferimento all'applicazione delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro "con un approccio di genere", si ritiene fondamentale l'emanazione e l'applicazione di **norme di genere specifiche**. Donne e uomini, infatti, risultano esposti a differenti tipi di esigenze e di agenti stressanti, anche quando vengono impiegati nello stesso settore e lavorano nello stesso campo. La differenza di genere presente sul fronte lavorativo emerge dalla lettura dei dati infortunistici, che sono influenzati dalla diversa esposizione lavorativa di uomini e donne nonché dalla differenza in termini di distribuzione per settori di attività economica (denotando una maggiore concentrazione delle donne nelle attività meno rischiose dei Servizi, 70% contro 40%).

Dall'analisi dei dati INAIL relativi al quinquennio 2008-2012, si evince che se da un lato le denunce di infortunio presentate da donne sono diminuite del -12,8% (pur essendoci un incremento di quasi 5 punti percentuali dell'incidenza femminile sul totale degli infortuni, a fronte dell'incremento del 2% dell'occupazione femminile), dall'altro le **denunce di malattie professionali sono cresciute considerevolmente** (25% nel 2007 a fronte del 32% nel 2011), salvo una battuta d'arresto nel 2012.

Con riferimento alle malattie professionali, a colpire i lavoratori sono soprattutto le malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee, con una differenza ben marcata tra i sessi: queste patologie, infatti, rappresentano il 61% delle denunce maschili e l'87% di quelle femminili.

L'importanza di un approccio di genere è dovuta alle diverse esigenze delle donne, al fatto che rappresentano diversi bisogni e che sono esposte diversamente ai rischi. In generale i numeri delle statistiche INAIL dicono che sono meno colpite dagli infortuni sul lavoro, ma risultano più colpite dagli infortuni in itinere, quando cioè vanno o tornano dal lavoro. Questa tendenza si conferma anche nei dati del 2011 (consolidati al 31 ottobre 2012): la metà degli infortuni mortali che riguardano le donne si verifica durante il tragitto casa-lavoro-casa. Considerato che le donne sono percentualmente meno coinvolte degli uomini in incidenti, viene da pensare che la necessità di conciliare lavoro e incombenze familiari produca conseguenze anche sulla condotta di guida, soprattutto in particolari fasce orarie della giornata. Risulta quindi necessario, per ovviare a questi rischi, immaginare modelli di prevenzione non

¹ Fonte: popolazione e occupazione: ISTAT; infortuni sul lavoro: INAIL, archivi Banca Dati Statistica aggiornata al 31.10.2013

tradizionali che siano in grado di prevedere **un'organizzazione del lavoro più flessibile o modelli di conciliazione rispondenti alle esigenze delle lavoratrici.**

I dati negativi registrati in relazione alle malattie professionali, inoltre, rendono opportuna la puntuale adozione di misure preventive e correttive (**campagne informative sulle malattie di genere** sia per prevenirne l'insorgenza sia per agevolarne l'emersione). Sensibilizzare in ordine agli infortuni e alle malattie professionali, oltretutto, specie nell'ambito dei servizi alla persona, agevolerebbe forse l'intercettazione di parte del lavoro sommerso.

L'informazione, tuttavia, non sempre è sufficiente. L'imprenditrice artigiana, infatti, benché informata dell'indennizzo INAIL cui potrebbe avere diritto in caso di infortunio o malattia professionale, spesso è restia a farne richiesta per evitare una battuta d'arresto dell'attività che, se protratta nel tempo, rischia di avere conseguenze anche irreparabili (a costo di pagarne il prezzo in termini di salute, con successivi ulteriori costi a carico del sistema sanitario).

Si rende pertanto necessario un intervento della Regione, nella direzione di prevedere degli **sgravi contributivi per l'assunzione a tempo determinato di una persona che possa sostituire l'imprenditore impossibilitato.**

Al riguardo, una prioritaria attenzione dovrebbe essere accordata alle famiglie monoreddito, laddove rimanga infortunato o si ammali l'unico soggetto che guadagna.

Un aiuto che la Regione potrebbe fornire in queste ipotesi potrebbe essere quello di **inserire il familiare disoccupato del lavoratore infortunato nelle liste di pubblica utilità** per consentirgli di lavorare almeno per un periodo equivalente a quello della malattia/infortunio del familiare convivente. In particolare, potrebbe essere considerato un criterio premiale per la scelta dei beneficiari da assumere proprio l'infortunio/malattia dell'unico familiare titolare di reddito.

Documento elaborato da

Confartigianato FVG, Donne e impresa (Filomena Avolio)

Fonti di riferimento

Integrazione di genere delle linee guida per un SGSL (volumi 1-2-3) in Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere. Paola Conti, Antonella Ninci (a cura di)

Popolazione e occupazione: ISTAT; infortuni sul lavoro: INAIL, archivi Banca Dati Statistica aggiornata al 31.10.2013

I fattori di rischio per le donne, Ufficio Stampa Inail, aggiornato al 7.3.2013

Allegato 3

Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare rientra tra i livelli essenziali di assistenza definiti dalle norme nazionali. La Regione FVG sviluppa questo servizio a livello distrettuale e, in coordinamento con i medici di medicina generale, vengono erogate a domicilio prestazioni infermieristiche e riabilitative.

In quest'ottica va visto anche il complesso programma di integrazione dei servizi sanitari distrettuali e non, con quelli sociali dei Comuni che, nei casi di pazienti con bisogni complessi, realizzano un intervento ad alta integrazione sociosanitaria con precise regole.

Diverse aziende sanitarie della Regione hanno sperimentato forme innovative di presenza di operatori sanitari sul territorio: si va dalla apertura degli ambulatori infermieristici nei comuni più decentrati, a forme di infermiere di comunità, (es. Progetto Nonos dell'ASS5),

L'assistenza ad una persona cara è una sfida che i familiari spesso non riescono a gestire da soli.

In FVG da diversi anni è stato istituito attraverso un progetto regionale Sistema di conciliazione integrato (Si.Con.Te.), che vede la realizzazione delle attività previste a sostegno delle famiglie, mediante gli "Sportelli assistenti familiari" nei Centri per l'impiego. Gli sportelli del programma regionale Si.Con.Te. si occupano di favorire la conciliazione tra tempi di lavoro e tempi dedicati alla cura dei propri cari, anche attraverso l'incontro regolare e qualificato tra domanda e offerta di collaboratori familiari (assistenti familiari, colf, babysitter).

Più di 8.100 richieste di informazioni dalle famiglie e oltre 10 mila contatti da parte di assistenti familiari, 936 contratti e 22.496 servizi erogati dagli sportelli, sono i numeri dell'anno 2013 del progetto "Si.Con.Te. Gli accessi al servizio da parte degli assistenti familiari sono stati 10.270 contro i 7.521 del 2012 (+36,6%). Le richieste di informazioni delle famiglie sono state 8.120, 689 in più rispetto al 2012 (+9,3%). 936 i contratti concretizzati, quasi la metà di quelli stipulati in tutta la Regione, circa 2.000 nel 2013. In Provincia di Udine, 511 prevedono un impegno oltre le 40 ore. La maggior parte delle assistenti familiari proviene da Romania e Ucraina e ha un'età superiore ai 45 anni. Cresce la componente dell'offerta di lavoratori italiani.

La tutela della salute e della sicurezza sul lavoro

Le differenze sul lavoro tra uomini e donne esistono ed è necessario considerarle attentamente anche nella tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Esiste una forte carenza di analisi condotte in un'ottica specificatamente femminile .

Per salvaguardare la salute e la sicurezza sul lavoro è necessario adoperare la lentezza della differenza: declinare la questione al femminile, privilegiando una modalità di intervento più strutturata e permanente, non più limitata, in ogni caso, al solo problema della maternità. E dunque porre attenzione anche ai cambiamenti che si verificano con l'età

(menopausa, calo vista, problemi osteomuscolari ecc) ed inoltre il doppio carico di lavoro sostenuto dalle donne, ha ripercussioni sulla loro salute e sicurezza.

Fra gli obiettivi indicati dalla strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro vi è quello di una valutazione dei rischi legata al genere, sia nelle misure di prevenzione che di protezione personale e collettiva, sia nei dispositivi di riparazione e di compensazione.

Si tratta di superare l'approccio tradizionale all'analisi dei rischi per la salute e la sicurezza, che ha finora relegato l'attenzione alle lavoratrici solo ai casi di valutazione dei rischi per la gravidanza e l'allattamento (Direttiva 65/82/CE, recepita dal D.Lgs. 645/1996), valutazione peraltro ancora oggi molto poco praticata dalle aziende nel nostro Paese. L'Unione europea, in coordinamento con l'OMS, ha inoltre adottato nel 2003 la Strategia per l'ambiente e la salute, collaborando alla quarta Conferenza sull'Ambiente e la salute, tenutasi a Budapest nel giugno 2004, che ha prodotto il Piano operativo europeo per l'ambiente e la salute dei bambini (Children's Environment and Health Action Plan for Europe, CEHAPE). Nel piano CEHAPE si sottolinea l'importanza delle azioni volte a tutelare la salute riproduttiva dei genitori e si considera il periodo pre-concepimento fra quelli su cui intervenire con la prevenzione per evitare danni ai bambini. Una delle azioni specifiche del piano riguarda infatti: «Emanare/attuare leggi che stabiliscano valori soglia per la sicurezza dei luoghi di lavoro, per proteggere i soggetti in età riproduttiva da agenti chimici dannosi per il sistema riproduttivo»: La Strategia europea per l'ambiente e la salute è a lungo termine. Al punto 4.4 (Salute sul posto di lavoro) riporta che «Poiché le politiche sull'ambiente di lavoro incidono sulla salute, la strategia europea per l'ambiente e la salute creerà sinergie con la strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul lavoro». Quando si indicano le misure per ridurre l'esposizione, inoltre, si fa riferimento alla tutela delle lavoratrici in gravidanza (punto 6.2.3) prevista dalla Direttiva 92/85/CEE.

E' quindi positivo che tra le finalità del **Testo unico sulla sicurezza sul lavoro** pubblicato siano contenuti elementi di particolare importanza, tra i quali l'attenzione alle differenze di genere, all'età ed alla provenienza professionale dei lavoratori e delle lavoratrici.

Gli obiettivi

- Fornire informazioni specifiche connesse ai potenziali rischi per la salute delle donne derivanti dal contesto lavorativo.
- Controllare lo stress e i rischi psicosociali connessi all'attività lavorativa attraverso un'attenta organizzazione e gestione del lavoro, nonché con politiche appropriate e norme specifiche.
- Promuovere e incentivare una maggiore partecipazione delle donne nell'assunzione di decisioni importanti relative alla salute e sicurezza.
- Realizzare percorsi formativi collegati alla costruzione del Documento di Valutazione dei Rischi anche in un'ottica di genere.
- Programmare gli appuntamenti formativi rivolti ai soggetti coinvolti nell'attuazione delle normative esistenti, prevedendo un approccio di genere e fornendo strumenti di analisi e di intervento mirati.

Vanno divulgati gli sviluppi del Piano regionale della Prevenzione di cui alla DGR n. 1177 del 1/06/06 (e' in via di superamento: c'e' un nuovo Piano nazionale della prevenzione 2014-2018) che comprendeva tra gli obiettivi anche uno specifico progetto dedicato alla "Tutela della salute delle donne nei luoghi di lavoro", per poi programmare le fasi di implementazione successive, anche alla luce delle nuove disposizioni legislative intervenute.

E' indispensabile anche conoscere se vi siano stati interventi di vigilanza e controllo da parte delle strutture regionali deputate alla prevenzione con verifica mirata alla diversità di genere.

Realtà e prospettive dei consultori familiari

E' sicuramente necessaria un'indagine specifica sullo stato di attuazione della Legge 194/78, che non si limiti esclusivamente ad una rilevazione quantitativa delle interruzioni di gravidanza, ma riguardi anche le modalità con cui vengono assistite le donne da parte delle strutture pubbliche e capire come il servizio sanitario regionale traduce concretamente gli obiettivi contenuti nella legge nazionale.

E' indispensabile altresì un'analisi severa sullo stato dei servizi consultoriali presenti sul territorio regionale, per verificare come si è data attuazione all'impianto normativo esistente e alla programmazione regionale.

I consultori familiari sono servizi che, per la ricchezza di competenze multidisciplinari, mediche e psico-sociali, possono svolgere attività significativa ed efficace di promozione della salute.

La discontinuità di tali punti di riferimento sul territorio e le carenze di organico hanno ridotto la potenzialità di questi servizi di primo livello nell'attività ad essi affidata a partire dalla salute riproduttiva.

Lo svilimento e l'impoverimento dei consultori familiari, nonostante la vigenza delle normative nazionali e nonostante i risultati di qualità ottenuti e certificati dall'Istituto superiore di Sanità, motivano un' iniziativa di intervento urgente atta a rimuovere le criticità presenti.

E' ragionevole ritenere che l'applicazione integrale della programmazione nazionale e regionale, nelle quali il percorso nascita rappresenta una componente strategica centrale, può produrre come conseguenza diretta ed indiretta un ulteriore riduzione del ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza.

In questa direzione è necessario:

- adeguare la rete dei consultori familiari a quanto stabilito dalla legge nazionale n. 34 del 1996, che prevede la presenza di un consultorio ogni 20mila abitanti e di adeguare le prestazioni sulla base di studi epidemiologici svolti sulla popolazione di riferimento;
- garantire la gratuità di tutte le proprie prestazioni;

- definire protocolli di base chiari inerenti le prestazioni consultoriali, ai fini di rendere omogenei i servizi offerti sul territorio e allo stesso tempo di salvaguardare l'identità e l'immediata riconoscibilità dei consultori, all'interno di altre strutture quali i distretti o i presidi ospedalieri;
- disporre di una più completa codifica regionale delle prestazioni effettuate, comprese quelle realizzate dal personale non medico;
- instaurare una maggiore sinergia con altre strutture, istituzionali e non, presenti sul territorio, quali le circoscrizioni, la scuola, le associazioni, etc;
- allargare il raggio d'intervento del consultorio familiare anche al campo della prevenzione maschile (andrologia, urologia);
- prevedere la presenza di una mediatrice culturale, per facilitare l'accesso ai consultori delle donne straniere tra le quali l'aborto è in aumento. Tale scelta costituisce una valida opportunità per un primo approccio finalizzato anche alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale.
- Prevedere all'interno dell'organizzazione ospedaliera una percentuale di medici non obiettori

Documento elaborato da

USR CISL FVG Coordinamento Donne CISL (Iris Morassi, Renata Della Ricca,)