

Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere

**INTEGRAZIONE DI GENERE
DELLE LINEE GUIDA PER UN SGSL**

Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere

**INTEGRAZIONE DI GENERE
DELLE LINEE GUIDA PER UN SGSL**

è un Quaderno della

Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali

Direttore editoriale, Massimo De Felice

Direttore responsabile, Marco Stancati

Il Quaderno è a cura di Paola Conti e Antonella Ninci

Gruppo di progetto

coordinato da Antonella Ninci

composto da Chiara Breschi, Paolo Guidelli, David Maccioni, Sabina Piccione,
Emilia Vanni *INAIL*;

l'esperta indipendente Paola Conti

Gruppo di ricerca

responsabile scientifica Paola Conti;

composto da Chiara Breschi, Paolo Guidelli, Emilia Vanni *INAIL*

Hanno partecipato per i casi aziendali:

Cristina Milano, Paola Bresciani *PAC-Amadori*

Giovanni Ceccanti, Giovanni Guglielmi *Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa*

Gianluca Persichini, Manfredi Montalti *Sammontana S.p.a.*

Revisione testi di Cristina Sanna

Copertina di Toni Saracino

Struttura dell'opera

Volume III Integrazione di genere
delle linee guida per un SGSL

Volume IV Rischi lavorativi.
Un approccio multidisciplinare

Verso una valutazione globale di tutti i rischi in un'ottica anche di genere

Nella prefazione ai primi due volumi di “Salute e Sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere”, promosso dalla Direzione regionale Toscana e dall'allora CPO dell'Inail avevo sottolineato, nel settembre del 2011, come il progetto rappresentasse, nell'ambito dei processi lavorativi e delle situazioni organizzative, una risposta mirata e funzionale alla necessità d'individuazione d'indicatori di rischio in ottica di genere. E, quindi, come l'iniziativa si stesse traducendo in un concreto strumento per l'operatività quotidiana.

Questo grazie anche alla circostanza che, ben prima che il D.Lgs. 81/2008 legittimasse e prevedesse questo tipo di percorsi, si muoveva con il medesimo obiettivo l'Organismo deputato al rispetto, alla promozione e alla tutela della parità di genere (e più recentemente anche al contrasto delle discriminazioni). Sto parlando di quello che in passato era il “Comitato per le pari opportunità” e ora è “Comitato Unico per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” (più sinteticamente Comitato Unico di Garanzia). Il CUG ha promosso da tempo all'interno e all'esterno dell'Inail, strumenti che sollecitassero, quantomeno, la consapevolezza delle diversità insite nell'andamento infortunistico di uomini e donne, indagando l'incidenza del genere e/o del sesso nella genesi d'infortuni e malattie professionali.

Ne è un esempio la banca dati al femminile dove il fenomeno infortunistico e tecnopatico viene letto congiuntamente ad altri elementi che aiutano a decifrare la sua eziogenesi.

Mancavano però esperienze e strumenti applicativi che consentissero al datore di lavoro di valutare correttamente il rischio in relazione al genere, senza incorrere esclusivamente nella tradizionale prevenzione e protezione delle lavoratrici madri: importantissima certo, ma sicuramente non esaustiva del tema.

Fin dall'inizio del percorso si è avvertita l'esigenza di trovare dei sistemi che consentissero ai datori di lavoro di avere una diversa consapevolezza dell'organizzazione della propria azienda in termini di salute e benessere dei lavoratori e delle lavoratrici. Questa consapevolezza è stata ritenuta il primo passo per una valutazione del rischio che comprendesse anche i cosiddetti “nuovi rischi” ovvero connessi al genere, all'età, alla provenienza geografica e alla tipologia contrattuale. Fattori questi che presuppongono sicuramente un'analisi attenta della composizione del Personale, almeno per le grandi aziende, e la verifica di situazioni di rischio/disagio che possono andare al di là di quelle tradizionalmente conosciute.

Il sistema di autodiagnosi, presentato nel terzo volume, intende soddisfare proprio questa esigenza e mettere in condizione il datore di lavoro di verificare se il proprio

sistema di gestione della sicurezza e, comunque, la propria organizzazione del lavoro garantisca equità anche rispetto al genere e agli altri fattori indicati. Infatti, sempre più spesso questi “rischi”, che si esprimono anche come fattori di discriminazione, si presentano non come unici, ma come multipli, andando a colpire per più versi la stessa persona.

“L'autodiagnosi”, sperimentata con alcune aziende private e pubbliche sul territorio toscano, ha messo in luce quali siano gli elementi imprescindibili per poter parlare di un sistema di gestione della sicurezza orientato alla tutela della salute del lavoratore e della lavoratrice in ottica di genere. Sistema che deve mirare anche all'eliminazione dei fattori di rischio connessi all'età, provenienza, tipologia contrattuale, da sempre esistenti, ma ora assurti a evidenza di carattere giuridico.

Nel quarto volume, si affronta una questione fondamentale: cosa significa concretamente prevenire e valutare il rischio in ottica di genere, facendo il punto sullo stato dell'arte, e offrendo un contributo per il bisogno di conoscenza nella valutazione dei rischi muovendo dal genere come variabile per lo studio della sicurezza sul lavoro.

Nell'ottica dell'impostazione regionale per fare delle diversità territoriali un ulteriore valore aggiunto, è stata ritenuta funzionale allo studio una valutazione del contesto lavorativo attraverso un'analisi *gender-oriented* delle dinamiche del mercato del lavoro in Toscana ai tempi della crisi e, a complemento, un quadro di sintesi degli infortuni e malattie professionali nel contesto della stessa Regione.

Conclusivamente il terzo e quarto volume di “Salute e Sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere” aprono la strada, attraverso la metodologia che si è disegnata, alla prossima fase del percorso decisamente orientato verso la definizione di un quadro organico di linee guida per una valutazione globale di tutti i rischi nell'ottica più volte richiamata.

Infine i miei ringraziamenti al CUG Inail per la sua stimolante azione propositiva costantemente orientata a leggere i contesti in evoluzione, alla Direzione Toscana che ha messo a disposizione strumenti e risorse e prima ancora disponibilità culturale, ai puntuali ricercatori universitari dei gruppi di lavoro (davvero un valore aggiunto del progetto), e ai loro coordinatori, alla Direzione della Rivista Infortuni che contribuisce ogni volta a garantire la coerenza editoriale del prodotto.

Giuseppe Lucibello
Direttore generale INAIL

Salute e Sicurezza: una nuova prospettiva multidisciplinare di ricerca-azione

L'evoluzione del progetto sulla valutazione della componente di genere nell'ambito della sicurezza sul lavoro ha registrato, in primo luogo, l'ingresso dell'Università degli studi di Pisa come partner strategico dell'INAIL nella elaborazione di quei necessari presupposti di carattere scientifico multidisciplinare che possano corroborare le analisi e le azioni più prettamente rivolte alle singole realtà lavorative.

Altro aspetto evolutivo e qualificante del progetto, infatti, è stata la preziosa collaborazione fornita da tre aziende del territorio toscano - la Sammontana s.p.a., a partire dallo stabilimento di Empoli, la P.A.C. s.c.r.l. di Monteriggioni (del gruppo Amadori) e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa - che, superando in taluni casi iniziali (e in parte comprensibili) diffidenze, hanno fornito un importante contributo alla conoscenza delle criticità d'ordine essenzialmente organizzativo e comunicativo che possono costituire ulteriore ostacolo alla diffusa e concreta attuazione della sicurezza nei luoghi di lavoro, acquisendo anche, a loro volta, spunti per il miglioramento della politica aziendale sullo specifico tema.

Non va assolutamente sottovalutato, nel contesto di questa preliminare disamina dei diversi contributi prestati, il costante apporto - professionale e personale - dei colleghi della Direzione regionale per la Toscana componenti il Gruppo di Progetto, nell'esercizio dei rispettivi ruoli e competenze, e della dr.ssa Paola Conti, la quale, anche sperimentando direttamente con le aziende le metodologie e gli strumenti proposti nel terzo volume **“Integrazione di genere delle Linee Guida per un SGSL”**, con sensibilità e convinta adesione agli obiettivi del progetto, ha impostato una metodologia che ha favorito, tra l'altro, gli elementi di reciprocità sopra accennati.

Da un punto di vista personale, non posso fare a meno di sottolineare come la progressiva conoscenza delle molteplici variabili che insistono nei processi produttivi in cui operano contestualmente donne ed uomini, abbia accresciuto la mia “antica” consapevolezza che la prevenzione finalizzata alla sicurezza nei luoghi di lavoro è una materia infinita, per l'estrema varietà e mutevolezza di implicazioni oggettive e soggettive che la caratterizzano.

Per il tema del “genere” va anche evidenziata, a mio avviso, la peculiare, e per certi versi “insidiosa”, connotazione culturale insita in esso, come emerge dalla chiara e profeticamente cruda frase di John Stuart Mill opportunamente citata nel quarto volume **“Rischi lavorativi. Un approccio multidisciplinare”**, che ritengo opportuno riproporre integralmente in questa presentazione: *le sofferenze diventeranno più frequenti quanto più l'aumento della cultura creerà una sproporzione sempre maggiore tra le idee e le facoltà delle donne e gli scopi che la società accetta che esse si propongano.*

Quanto all'altra frase di Jean Jacques Rousseau (cfr. Infra volume IV, paragrafo 1.1.), essa evidenzia, tra l'altro, la pluralità di condizioni e, conseguentemente, di punti di osservazione che confluiscono in una analisi attenta e profonda delle affinità e delle differenze tra la donna e l'uomo, che l'Autore sintetizza splendidamente con le parole: (...) *troviamo tante affinità e tanti di quei contrasti tra loro che forse è proprio una delle meraviglie della natura aver potuto fare esseri tanto simili con una costituzione così diversa.*

Da così autorevoli fonti si può facilmente evincere quanto appropriato, se non necessitato, sia l'approccio multidisciplinare e multi professionale adottato dal progetto, a testimonianza della fondatezza della scelta della Direzione regionale INAIL per la Toscana di preconstituire le condizioni idonee a garantire i relativi apporti scientifici e metodologici, nella sempre più radicata consapevolezza della complessità del tema e della conseguente significatività del progetto.

È questo il campo di rilevazione e di approfondimento del quarto volume "Rischi lavorativi. Un approccio multidisciplinare", che completa, in questa fase del progetto, il quadro di complementarietà che si è inteso realizzare e che, in prospettiva, dovrà rappresentare il riferimento costante per l'ulteriore sviluppo, non tanto e non solo del presente progetto, ma di qualsivoglia approfondimento o intervento nella specifica materia.

Così come fondata e coerente si rivela l'altra scelta di "sperimentare" presso le tre aziende sopra menzionate, criteri e conoscenze generali per evitare che la loro necessaria e propedeutica universalità resti avulsa dal confronto con la realtà del mondo produttivo, articolato in una estesa pluralità di processi organizzativi, di relazioni strutturate e interpersonali, di comportamenti individuali. I risultati della ricerca-azione è riportata nel volume "Integrazione di genere delle Linee Guida per un SGSL", anche attraverso studi di caso, di cui i referenti aziendali sono autori.

Non va sottovalutata, poi, l'indagine - contenuta nello stesso volume - sugli infortuni in itinere occorsi a colleghi della Direzione regionale e delle Sedi INAIL della Toscana, che, pur nell'esiguità del campione che è stato possibile esaminare, fornisce comunque stimoli di riflessione interessanti su un fenomeno, quale quello degli infortuni connessi alla circolazione stradale, di sempre maggiore rilevanza da alcuni anni a questa parte nel mondo del lavoro complessivamente considerato.

L'auspicio finale che mi sento di formulare è che la "questione di genere" sia affrontata sempre con uno spirito scevro da qualsivoglia ideologismo o intento demagogico, che magari si ispiri semplicemente ai concetti di Rousseau e di Stuart Mill, per non dimenticare mai gli obiettivi della serietà e della oggettività.

Bruno Adinolfi

Direttore Regionale INAIL Toscana

INDICE

Un'altra tessera del mosaico degli strumenti per la salute e sicurezza sul lavoro di Antonella Ninci	13
Introduzione di Paola Conti	17
Parte I - GUIDA ALL'INTEGRAZIONE DI GENERE DEI SISTEMI DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO (SGSL)	25
1. - L'INTEGRAZIONE DELL'OTTICA DI GENERE NEI SISTEMI DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO (SGSL) di Paola Conti	26
1.1. - LE FINALITÀ DELL'INTEGRAZIONE DELL'OTTICA DI GENERE	26
1.1.1. - I vantaggi dell'integrazione	26
1.1.2. - L'integrazione del SGSL: tra volontarietà e obblighi di legge	26
1.1.3. - L'evoluzione normativa riguardante i SGSL	28
1.1.4. - Gli ambiti dell'integrazione dell'ottica di genere nei SGSL	30
1.2. - IL PROCESSO DI INTEGRAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	33
1.2.1. - Dare evidenza dell'ottica di genere nel SGSL	35
1.2.2. - L'auto-valutazione finalizzata a dare evidenza del grado di integrazione di genere	36
1.2.3. - Misurare l'integrazione di genere nel SGSL	37
1.3. - I PASSI SALIENTI DELL'INTEGRAZIONE DEL SGSL	39
1.3.1. - Primo passo: analisi di fattibilità	39
1.3.2. - Secondo passo: analisi delle informazioni raccolte e posizionamento	41
1.3.3. - Terzo passo: misurare l'equità in azienda	46
1.3.4. - Quarto passo: decisione aziendale a seguito del posizionamento secondo l'Indice	46
1.4. - PROCESSO DECISIONALE INFORMATO E MIGLIORAMENTO CONTINUO	47
1.4.1. - Criticità da affrontare per l'integrazione di genere	48
1.4.2. - Opportunità da cogliere attraverso l'integrazione di genere	49
1.5. - VISIO PER L'INTEGRAZIONE DEL SGSL DELLE AZIENDE DI ECCELLENZA	51
1.5.1. - La VISIO come risorsa per l'integrazione e miglioramento continuo del SGSL	51

1.5.2. - Obiettivi della VISIO:	52
1.5.3. - Cos'è la valutazione dell'impatto sulla salute individuale ed organizzativa?	52
1.5.4. - La VISIO quale contributo alla riduzione delle disuguaglianze di salute	52
1.5.5. - Che cosa serve per fare la VISIO?	53
1.5.6. - Quando condurre una VISIO	53
1.5.7. - Quali sono i passi necessari per la VISIO?	54
1.6. - IL PERCORSO DELLA VISIO IN DETTAGLIO	54
1.6.1. - Come iniziare	54
1.6.2. - Analisi iniziale	56
1.6.3. - Quali sono i passi necessari per l'analisi iniziale?	56
1.6.4. - Approfondimento	57
1.6.5. - Valutazione	58
1.6.6. - Formulare raccomandazioni per definire gli obiettivi e la pianificazione della salute e sicurezza	58
2. - L'INTEGRAZIONE DELLA PROSPETTIVA DI GENERE NELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI di Breschi Chiara, Paola Conti, Paolo Guidelli, Emilia Vanni	59
2.1. - RIFLESSIONI SULL'INTEGRAZIONE DELLE VARIABILI DI GENERE	59
2.2. - MAPPA LOGICA PER LA VALUTAZIONE DEI RISCHI IN OTTICA DI GENERE	61
2.3. - LA MAPPA LOGICA DEI PROFILI DI RISCHIO PER COMPARTO	64
2.3.1. - Quadro riepilogativo	71
2.4. - SCHEDE DI RISCHIO PER TIPOLOGIA	73
2.4.1. - Piano delle schede	74
2.4.2. - Descrizione della struttura della scheda	75
2.5. - IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI IN OTTICA DI GENERE	77
2.5.1. - Mappa degli Strumenti per l'integrazione di genere del DVR	78
2.6. - IL PROCESSO E LA REDAZIONE DEL DVR-G: MAPPA DEGLI STRUMENTI	80
2.6.1. - Prospettive di genere nell'analisi dei Pericoli	84
2.6.2. - Quadro riepilogativo: MAPPA STRUMENTI VALUTAZIONE RISCHI AZIENDA	87
2.7. - L'EVIDENZA DEL PROCESSO DI INTEGRAZIONE DELLA PROSPETTIVA DI GENERE: IL DVR-G	90
2.7.1. - Format DVR Integrato (DVR-G©)	91
Bibliografia di riferimento	97

Parte II - DALLA METODOLOGIA ALLE APPLICAZIONI PRATICHE 99**3. - L'INTEGRAZIONE POSSIBILE. IL PERCORSO DI SPERIMENTAZIONE****di Paola Conti 100**

3.1. - DALLA METODOLOGIA ALLE APPLICAZIONI PRATICHE: UN'ACTION RESEARCH 100

3.2. - OPERATIVIZZARE I CONCETTI ESPRESSI DALLE NORME 101

3.2.1. - Il processo logico della traslazione operativa dell'integrazione di genere 102

3.2.2. - Dal concetto all'operatività 104

3.2.3. - Qualità del lavoro e salute aziendale 106

3.2.4. - Visione sistemica e implicazioni sesso-genere 107

3.2.5. - Valorizzazione delle diversità, non discriminazione, intersezionalità 110

3.2.6. - Determinanti di salute ed indicatori aziendali di salute 111

3.3. - LA VERIFICA DEL METODO ATTRAVERSO L'ACTION RESEARCH 115

3.3.1. - La sperimentazione come processo di conoscenza condivisa 115

3.3.2. - L'utilizzo dei dati per fare prevenzione 116

3.3.3. - Un tesoro da maneggiare con cura: i dati del medico competente 118

3.3.4. - Gli indicatori organizzativi che producono informazioni ai sensi del D.Lgs. 81/08 121

3.3.5. - Indicatori basati sul genere 123

3.3.6. - Indicatori basati sull'intersezionalità 125

3.3.7. - L'uso degli indicatori e delle statistiche 126

3.3.8. - Ottimizzare l'uso dei dati: una chiave per l'integrazione 127

3.4. - RIFLESSIONI E PROSPETTIVE 128

Bibliografia di riferimento 132**4. - IL CASO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA PISANA****di Giovanni Ceccanti e Giovanni Guglielmi 135**

4.1. - L'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PISANA 135

4.1.1. - Il personale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana 136

4.1.2. - Il fenomeno infortunistico e tecnopatico 147

4.1.2.1. - Il fenomeno infortunistico 147

4.1.2.2. - Il fenomeno tecnopatico 160

4.2. - RIFLESSIONI E PROSPETTIVE 162

4.3. - BENCHMARK: IL PROGETTO PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO E DEI DANNI DA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI 163

4.3.1. - Il progetto	164
4.3.2. - La nuova metodologia proposta	165
5. - IL CASO DELLA DIREZIONE REGIONALE INAIL PER LA TOSCANA	
<i>di Breschi Chiara, Paolo Guidelli, Emilia Vanni</i>	167
5.1. - L'INFORTUNIO IN ITINERE: ASPETTI ASSICURATIVI	167
5.2. - I DATI INAIL SUGLI INFORTUNI IN ITINERE	170
5.3. - APPROFONDIMENTI DI GENERE: INFORTUNI IN ITINERE, UN MODELLO DI ANALISI	172
5.3.1. - Il questionario	173
5.4. - GLI ESITI DELL'INDAGINE IN TOSCANA	174
Questionario infortuni in itinere	182
Bibliografia di riferimento	187
6. - IL CASO DELLA PAC - AMADORI <i>di Paola Bresciani, Cristina Milano, Italo Rinaldini</i>	188
6.1. - GRUPPO AMADORI	188
6.1.1. - Il "laboratorio" di Siena, sinergia fra ricerca e produzione: la PAC di Monteriggioni	189
6.2. - VALUTAZIONE DEL RISCHIO COME PROCESSO PARTECIPATO E PERSONALIZZATO	189
6.3. - BENCHMARK	191
6.3.1. - Il caso dei movimenti ripetuti. Un processo di miglioramento partecipato	191
6.3.2. - Sistema premiante e SSL	192
6.3.3. - Soluzioni organizzative per la riduzione dei rischi (e dei costi)	192
6.3.4. - Soluzioni semplici per il miglioramento della qualità della vita e del lavoro	193
6.3.5. - Le statistiche del personale: un'azienda fifty/fifty	195
7. - IL CASO SAMMONTANA <i>di Manfredi Montalti, Gianluca Persichini</i>	197
7.1. - LA STORIA DI SAMMONTANA	197
7.2. - PARTECIPAZIONE AL PROGETTO INAIL "SSL, UNA QUESTIONE ANCHE DI GENERE"	198
7.3. - BENCHMARK: POLITICA AZIENDALE PER LA SALUTE, LA SICUREZZA E L'AMBIENTE	199
7.4. - APPROFONDIMENTI DI GENERE: L'ANALISI DEI DATI DELLE CARTELLE SANITARIE E DI RISCHIO	201
Note sugli autori e autrici	210
Ringraziamenti	213

Un'altra tessera del mosaico degli strumenti per la salute e sicurezza sul lavoro

Che poco si conosca, da un punto di vista puramente scientifico, delle diversità insite nell'appartenere al genere femminile piuttosto che a quello maschile e nell'essere uomo o donna, quanto ad esposizione ai rischi lavorativi o per le conseguenze dei medesimi, è cosa nota.

Altrettanto noto è che abbiamo dovuto attendere fino al 2008 affinché l'attenzione del legislatore per questo aspetto della sicurezza e, più in generale, per un concetto di salute sul lavoro largamente inteso che ricomprenda il genere tra le sue specificità, si trasformasse da una vocazione volontaristica ad un imperativo normativo diretto a esigere una valutazione del rischio completa e non parziale.

È vero anche che il dettato della legge, se non raccoglie esigenze già consolidate (e non è questo il caso), impiega molto tempo a entrare nelle coscienze e da qui a essere rispettato a prescindere dall'apparato sanzionatorio; quando poi ci addentriamo in questioni che, come quella relativa alle differenze di genere, hanno necessità di passaggi culturali importanti, la situazione si fa ancor più complessa specialmente in un paese come il nostro, notoriamente non all'avanguardia sui temi della parità di opportunità e del contrasto alle discriminazioni.

Come più volte si è precisato, l'avvento del D.Lgs. 81 del 2008 ha comunque legittimato e necessitato l'avvio di percorsi che consentano di dare un contenuto, in termini scientifici e di strumenti di prevenzione, alla "valutazione del rischio connesso al genere".

I tempi lunghi passati prima a riflettere, poi a provare a mettere le basi per un percorso orientato a colmare le lacune di conoscenza, da un lato, e alla realizzazione di strumenti concreti per la valutazione del rischio, dall'altro, stanno cominciando a dare i loro frutti e questo lavoro ne è la prova.

Le considerazioni, le esperienze e le indicazioni che fanno parte di questo quaderno, insieme alla ricerca del numero successivo, il quarto volume, costituiscono i pro-dromi per il rilascio di linee guida per la valutazione del rischio in ottica di genere.

Mi siano dunque consentite alcune considerazioni su aspetti e risultati che hanno fortemente impegnato il lavoro del gruppo di progetto autore del volume.

Va premesso che tutta l'attività svolta, presentata nei quaderni, il terzo e quarto volume di "Salute e Sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere", è legata da

un sottile *fil rouge* che tiene insieme le esperienze e la ricerca multidisciplinare e le orienta ai fini comuni del progetto proposto dal CUG INAIL, “Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere” la cui realizzazione è in corso nella Direzione Regionale INAIL Toscana.

Il sistema di autodiagnosi presentato in questo quaderno intende soddisfare l'esigenza di integrare in ottica di genere, da parte del datore di lavoro, il proprio sistema di gestione della salute e sicurezza. Gli strumenti di auto-valutazione sono stati messi a punto e sperimentati con alcune aziende private e pubbliche, quali il Gruppo Sammontana, Pac (società del Gruppo Amadori), Azienda Ospedaliera di Pisa e lo stesso INAIL - Direzione Regionale Toscana.

La messa a punto di tale sistema ha consentito di individuare alcuni aspetti chiave quali l'uso a fini prevenzionali dei dati aziendali. A tale scopo è necessario il miglioramento della comunicazione tra i settori (persone o uffici complessi) che si occupano del personale, il medico competente e il RSPP, per comprendere l'andamento degli esiti di salute e l'etiologia di eventi sentinella (ad esempio le assenze lavorative) e far emergere situazioni di disagio o di discriminazione, e la valorizzazione, negli ambienti pubblici, del ruolo di organismi di recente costituzione quali i CUG e gli OIV.

In ogni caso la sperimentazione ha consentito la validazione dello strumento di autodiagnosi realizzato, anche attraverso la verifica degli assunti e dei presupposti dai quali il percorso INAIL ha preso le mosse.

Un quadro logico e di sintesi viene proposto per la valorizzazione razionale di tutti i contributi che si andranno di volta in volta a produrre. Vengono offerte, ai datori di lavoro e a tutti i professionisti della sicurezza, indicazioni operative e strumenti utili ad affrontare in modo appropriato l'impostazione, l'implementazione e il miglioramento continuo del sistema di salute e sicurezza, a partire dal Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza (SGSL), integrando la prospettiva di genere nelle diverse fasi cicliche della prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi.

Il processo di valutazione dei rischi in ottica di genere viene riletto attraverso una proposta metodologica ed operativa, rinviando, per le specifiche relative agli standard tecnico-scientifici, alle evidenze che di volta in volta verranno evidenziate da specifici gruppi di ricerca - quali quello dell'Università di Pisa, autore del quarto volume - e validate nelle competenti sedi istituzionali.

Le aziende, con la loro entusiastica adesione e il pieno coinvolgimento, hanno nei fatti dimostrato che investire in prevenzione e sul benessere del personale non è una operazione antieconomica anche in momenti, come l'attuale, colpiti dalla crisi.

Già dai primi passi mossi insieme alle aziende che hanno partecipato al progetto

per la sperimentazione di procedure utili per l'integrazione di genere nella valutazione del rischio, è apparso con evidenza che si può parlare di sicurezza globale solo quando tutti i rischi cosiddetti "nuovi" vengano adeguatamente valutati.

Le pagine di questo quaderno, inoltre, hanno voluto contribuire all'indagine sulla esistenza, o meno, di un reale e motivato collegamento tra il genere e gli infortuni in itinere. Come è noto se da un lato abbiamo il dato negativo di una maggior incidenza del fenomeno infortunistico delle donne in tale fattispecie, dall'altro mancavano strumenti di indagine che rendessero possibile passare dalle ipotesi agli esiti verificati.

Per far questo potrà essere di indubbia utilità il questionario/intervista realizzato e presentato nel quaderno, uno strumento che può consentire ai datori di lavoro, attraverso l'analisi delle modalità dell'infortunio, ma anche del contesto sociale nel quale i lavoratori e lavoratrici si muovono, di apprestare misure di prevenzione non tradizionali, ma non per questo meno efficaci, quali la flessibilità oraria o altri strumenti di conciliazione vita familiare e lavorativa.

In conclusione: questo quaderno apre la strada, anche attraverso la metodologia che si è cominciata delineare per un sistema di gestione della sicurezza completo in quanto comprensivo della valutazione del rischio connesso al genere, alla prossima fase del percorso INAIL decisamente orientato verso la definizione di linee guida per la valutazione del rischio in ottica di genere.

Per far questo abbiamo bisogno di approfondire e continuare ricerca e sperimentazione, ma siamo tutti convinti, io per prima nel ruolo di responsabile del progetto e anche di presidente del Comitato Unico di Garanzia, che il percorso che abbiamo intrapreso sia destinato non ad avere un traguardo, ma si presenti piuttosto in perenne divenire passando da approfondimenti che allargano a settori produttivi sempre diversi anche in relazione alle dimensioni aziendali e alle realtà territoriali.

Questo obiettivo sfidante è l'unico in grado di realizzare una giustizia sostanziale anche in termini di prevenzione: le diversità di cui i lavoratori e le lavoratrici sono portatori, ancor prima di essere valorizzate come elemento di forza nei contesti produttivi, devono comunque essere attentamente considerate e valutate per non causare situazioni discriminatorie che si ripercuotano negativamente anche nel campo della salute e della sicurezza.

Ricordiamo infatti che l'uguaglianza stabilita a livello costituzionale dall'art. 3 della nostra Costituzione si riferisce a un concetto sostanziale della medesima, mentre trattare tutti in maniera uguale senza tener conto delle diversità realizza situazioni di ingiustizia sostanziale alle quali non possiamo permetterci di soggiacere, soprattutto nel campo della salute e sicurezza sul lavoro.

Per concludere, muovendo dal mosaico citato in apertura di questa postfazione, ritengo che il lavoro suggellato in queste pagine rappresenti proprio lo sforzo di portare l'attenzione e l'evidenza sulle diversità in primis per tutelarle, ma anche per trasformarle in elementi di forza e valore aggiunto per la dignità di lavoratrici e di lavoratori e al tempo stesso per contribuire al formarsi di modelli di organizzazione del lavoro che riescano a sposare insieme i temi della produttività e della competitività con quelli della attenzione alla persona.

Le aziende che hanno portato la loro testimonianza danno dimostrazione proprio di questo : investire sulle persone e sulla garanzia di salute e sicurezza si può e fornisce come risultato un profitto sia in termini economici che di benessere. E allora che la sfida continui e il lavoro prosegua.

Un grazie al Direttore Generale INAIL che su questo progetto ha creduto, a tutto il gruppo di lavoro e alla Direzione Regionale Toscana per l'impegno e la passione che hanno connotato il lavoro svolto e un grazie anche al CUG che ha inserito questo progetto in una delle sue primarie linee di azione.

Antonella Ninci
Presidente del CUG

Introduzione

La scelta dell'approccio con cui disegnare e gestire la tutela della salute e sicurezza comporta implicazioni fondamentali per l'organizzazione pubblica e privata, nonché rappresenta un fattore cruciale per il suo posizionamento qualitativo sul mercato, definendo opzioni strategiche e operative per attuare le disposizioni di legge la cui finalità è “(...) *l'uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati*¹”.

Nel Primo volume “**Disegno delle linee guida e primi strumenti operativi**” della collana realizzata nell'ambito del progetto “Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere”, erano state avanzate le ipotesi metodologiche e compiute le scelte epistemologiche. In quella prima fase di ricerca, sono stati individuati i concetti da operativizzare in relazione agli obiettivi posti dal legislatore, in primis la “garanzia dell'uniformità della tutela con riguardo a genere, età, condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati”². Il legislatore indica implicitamente quali altri concetti necessitino dei passaggi di operativizzazione nella “valutazione dei rischi” che “deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori”, nonché quelli connessi “alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi, alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro”³.

Il progetto, con il presente Terzo Volume della collana, ha compiuto passi significativi nella direzione di tradurre in pratica i concetti e gli obiettivi individuati dalle norme.

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

Per ogni fase, processo e dimensione ci sono strumenti, metodologie e approcci da adottare per garantire che il Sistema di gestione della sicurezza sia “integrato in ottica di genere” in modo idoneo al proprio contesto.

La “Guida all'integrazione di genere dei Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro” pubblicata nella prima parte del presente Volume, è pensata come una

1 Art. 1 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

2 Art. 1 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

3 Art. 28 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

risorsa per i datori di lavoro. Contiene, quindi, indicazioni e raccomandazioni che possano facilitare l'adempimento degli obblighi di legge attraverso l'avvio del processo di integrazione dei SGSL aziendali, secondo requisiti di equità, appropriatezza ed efficacia. La sequenza ciclica del modello di SGSL permette, infatti, una integrazione progressiva dell'ottica di genere nelle procedure e negli strumenti del Sistema.

Il principio dell'integrazione è, infatti, implicitamente suggerito dalle norme di legge a cui s'intende ottemperare. Il campo di applicazione è quello, su base volontaria, del SGSL.

Per coerenza con tale assunto, quindi, le indicazioni riportate nella guida, sono compatibili sia con gli standard OHSAS 18001:2007 che con le Linee Guida UNI INAIL 2001.

Il processo di valutazione dei rischi in ottica di genere viene delineato nel **Capitolo due**, proponendo il quadro logico della metodologia da adottare e rinviando, per le specifiche relative agli standard tecnico-scientifici, alle evidenze che di volta in volta verranno evidenziate da specifici gruppi di ricerca - quali quello dell'Università di Pisa, autore del Quarto Volume - e validate nelle competenti sedi istituzionali.

Non azioni aggiuntive o diverse, quindi, ma una integrazione mirata ed efficace nel processo in atto.

In ogni azienda/organizzazione può e deve essere avviato un percorso di ri-lettura del SGSL e dei rischi lavorativi, alla luce di alcune condizioni fondamentali delle lavoratrici e dei lavoratori in grado di interagire significativamente con i valori di rischio analizzati (il genere - trasversale alle altre caratteristiche - l'età, la provenienza da altri paesi e la tipologia contrattuale).

Non si tratta di adottare criteri legati, ad esempio, ad una presunta maggior vulnerabilità intrinseca di un soggetto rispetto ad un altro, portatore di una specifica condizione (un sesso-genere, con le sue caratteristiche bio-psico-sociali o che una fase della vita, caratterizzata da specifiche socio economiche e di stato di salute). Occorre, invece, di far sì che nella relazione causale tra i fattori di rischio, i fattori di esposizione e gli effetti sulla salute, non intervengano fattori organizzativi o scelte che possano produrre esiti di salute indesiderati su un gruppo di lavoratori su cui, per l'interazione di tutte le variabili, si vadano ad addensare fattori di vulnerabilità.

Questo tipo di analisi trasversale, permette di tenere in particolare conto le peculiarità della popolazione lavorativa, adottando metodi appropriati alla norma di legge. L'ottica di genere consente di collocare al meglio le diversità e le possibili condizioni di vulnerabilità legate ad altre variabili: appartenenza etnica/stato di migrante, diverso grado di abilità, orientamento sessuale, maggiore o minore precarietà della condizione occupazionale, etc., secondo una dimensione relazionale uomo-donna.

Il **presente Volume, il Terzo della Collana**, illustra come ipotesi e scelte di fondo siano state verificate sul campo in ambiti organizzativi e in settori lavorativi diversi e rappresentativi, sia delle realtà produttive (Industrie alimentari - stabilimenti dei gruppi Sammontana e Amadori), che di erogazione di servizi di sanità pubblica (Azienda ospedaliera Universitaria Pisana) e della Pubblica Amministrazione (INAIL - Direzione regionale Toscana).

Nella **seconda parte del Volume**, al **Capitolo tre**, viene descritto il processo logico della traslazione operativa dell'integrazione di genere, verificato attraverso una ricerca-azione con le aziende pilota. Tali risultati hanno permesso di elaborare, e pubblicare, le indicazioni e gli strumenti contenuti nella prima parte del Volume **“Guida all'integrazione di genere dei Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul lavoro (SGSL)”**.

Il metodo adottato per la verifica di fattibilità sul campo è stato quello della ricerca-azione, approccio che ha permesso non tanto di “studiare le realtà organizzative individuate”, ma di attivare un processo riflessivo e partecipato “insieme” a quelle stesse realtà produttive. Il lavoro realizzato con le aziende pilota, attraverso il coinvolgimento diretto di referenti aziendali chiave, con l'adozione di un metodo di lavoro collaborativo, ha consentito di verificare le ipotesi di partenza, testare gli strumenti e i metodi di analisi in termini di significatività, comprensibilità, efficacia e sostenibilità, di progettare e calcolare gli indicatori organizzativi, di verificare l'impostazione complessiva degli strumenti proposti e pubblicati nel presente volume.

La ricerca-azione, quindi, ha rappresentato il primo passo per la traduzione “in pratica” dell'obiettivo centrale del progetto “Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere”, al fine di traslare in un linguaggio formale e condiviso il dettato normativo, traducendolo in prassi operative.

Il principale risultato è stato quello di aver contribuito alla messa a punto delle indicazioni operative e degli strumenti, atti a mettere i datori di lavoro in condizione di affrontare, in modo appropriato, l'impostazione, l'implementazione e il miglioramento continuo del proprio SGSL, integrando la prospettiva di genere nelle diverse fasi cicliche della prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi (Cfr *Infra* Capitolo 1). L'integrazione di una prospettiva di genere, infatti, è il processo di valutazione delle implicazioni per le donne e gli uomini di ogni azione pianificata.

I passaggi salienti sono relativi, in primo luogo, all'*individuazione dei vantaggi e delle priorità per l'azienda, attraverso la valorizzazione della salute*.

Una valorizzazione mirata della salute di tutti i lavoratori può trasformarsi, infatti, in “cultura scientifica d'impresa”, grazie all'applicazione di modelli e metodi che rendano più efficace ed efficiente il processo decisionale e che assicurino alle imprese un vantaggio competitivo.

Migliorare il benessere e la salute dei lavoratori può ridurre l'assenteismo, aumentare la motivazione, accrescere la produttività, facilitare le assunzioni, ridurre il turnover, promuovere un'immagine positiva e attenta ai bisogni del personale. Le ricerche europee dimostrano che "per ogni euro investito nella Prevenzione della salute sul lavoro (PSL) si ottiene un rendimento compreso tra 2,5 e 4,8 euro per la riduzione dei costi (ROP, Return On Prevention).

L'integrazione dell'ottica di genere nel SGSL e il riconoscimento dell'eccellenza dell'azienda/organizzazione implica un Sistema di Gestione della SSL che evolve in termini di capacità di produrre salute e ridurre i rischi per donne e uomini, tenendo conto delle loro peculiarità. Tale sistema, deve confrontarsi con parametri essenziali e significativi di eccellenza. I principi sono universali, le soluzioni e gli strumenti adattabili caso per caso, anche a seconda della dimensione dell'azienda/organizzazione. Le tre dimensioni individuate per declinare l'analisi della Salute dal punto di vista organizzativo sono: efficacia, appropriatezza ed equità. Esse sono definibili attraverso dati oggettivi (numeri, statistiche ed altre tipologie di evidenze delle azioni intraprese e delle relative conseguenze: risultati quantificabili e confrontabili). Il modello di **auto-valutazione aziendale/organizzativa** proposto, contribuisce a migliorare la prevenzione, sia per le donne che per gli uomini, e fare in modo che tutti siano uniformemente protetti. Le aziende/organizzazioni che decidono di utilizzare gli strumenti finalizzati alla auto-valutazione, potranno verificare se vengono soddisfatti i requisiti minimi di adeguatezza del proprio SGSL rispetto all'approccio di Salute e Sicurezza sensibile al genere. Tali requisiti minimi riguardano, prima di tutto, l'assenza di condizioni che possano produrre effetti (pur anche non previsti) di discriminazione e di mancanza di equità su base di genere. Quelle organizzazioni che avranno soddisfatto tali requisiti minimi, potranno ottenere "formalmente" un posizionamento che è rappresentato da diversi livelli di aderenza ai valori dell'Indice per l'"Auditing di Efficacia, Appropriatezza ed Equità di Genere del Sistema SSL aziendale/organizzativo" (**EAGE Index®**).

Conoscenze e strumenti vengono messi a disposizione per una valutazione dei rischi che tenga conto delle differenze di genere prendendo in considerazione le peculiari caratteristiche (biologiche, sociali e culturali) maschili e femminili, nella loro interazione con l'organizzazione e l'attività lavorativa: tali differenze sono sottolineate sia per i rischi più tradizionali (chimici, biologici, fisici, ergonomici), che per i rischi di carattere organizzativo e psicosociale. Lo scopo della "**Mappa degli strumenti per la valutazione dei rischi in azienda**" è quello di dotare le aziende/organizzazioni della più adeguata strumentazione, senza costi aggiuntivi, ottimizzando i processi in essere e valorizzando gli sforzi compiuti.

L'analisi organizzativa e l'uso dei dati con approccio di genere per fare prevenzione e comprendere i fenomeni emergenti legati al lavoro e alla salute - leggendo i dati, analizzandoli e producendo statistiche - è un obiettivo per tutte le organizzazioni, pro-

mosso dalle principali agenzie internazionali nel campo del lavoro e della salute. I dati relativi al personale, infatti, sono un patrimonio delle organizzazioni e sono utilizzabile ai fini della prevenzione, con una ovvia distinzione tra le aziende medio/grandi e quelle piccole e piccolissime. Ove i dati siano disponibili e in grande numero, le aziende hanno l'opportunità di far dialogare le diverse banche dati aziendali che concorrono a fornire le informazioni. Benché queste siano costruite e alimentate con scopi diversi - prevalentemente di natura amministrativa - e non siano tra loro omogenee, è possibile con pochi passaggi procedurali, renderle idonee per analisi coerenti con la conoscenza approfondita delle peculiarità e differenze dei destinatari di interventi mirati per la salute e sicurezza. È possibile, attraverso opportuni correttivi e strumenti individuati nell'ambito della ricerca, realizzare un'analisi **di genere** basata, ove possibile, sull'**intersezionalità** per una conoscenza più approfondita dei fenomeni.

Qualora diverse variabili possano intersecarsi, l'azienda - attraverso un'accurata analisi dei dati - può produrre costantemente conoscenza organizzativa, o esplicitare quella tacita. Ciò consente di definire se esistono, e quali sono, i fenomeni più rilevanti per la salute di donne e uomini, se esistono gap D/U tali da avere influenza sugli esiti di salute e se nuovi fenomeni emergenti debbano essere presi in considerazione. Infatti, l'analisi degli esiti di salute ex post - ovvero i dati relativi ad infortuni e malattie professionali analizzabili a livello aziendale - restituisce solo una parte del quadro conoscitivo ed assume corpo e significato maggiori se messa in relazione con la lettura delle caratteristiche della popolazione lavorativa e dei principali fattori organizzativi interagenti.

Per questo motivo viene promossa l'adozione di un metodo di prevenzione globale, utile a comprendere ex ante, se e come, le scelte organizzative avranno potenziali diversi effetti sulla salute dei diversi gruppi di popolazione: la **Valutazione di Impatto sulla Salute Individuale ed Organizzativa (VISIO)**.

Per l'organizzazione che voglia tendere all'eccellenza, risulta strategico mettere in relazione i dati aziendali con i dati riguardanti i fenomeni "predittivi", connessi ai determinanti di salute. Per agevolare tutti gli attori della prevenzione, le informazioni significative disponibili verranno, quindi, raccolte nella "**mappa dei profili di rischio per comparto**" e nelle "**schede di rischio per tipologia**", fruibili attraverso il Portale INAIL.

Nei **Capitoli dal quarto al settimo**, le aziende coinvolte, inclusa L'INAIL - Direzione regionale per la Toscana, presentano, attraverso le voci dei referenti aziendali, nonché autori dei capitoli, la propria esperienza di sperimentazione *step by step* della metodologia e degli strumenti nel proprio contesto aziendale.

L'azienda Ospedaliera Universitaria Pisana analizza i dati del personale e degli esiti di salute utilizzando un approccio di genere, con particolare attenzione ai problemi connessi al logoramento legato all'invecchiamento della popolazione lavorativa.

Lo stabilimento **PAC Amadori** si concentra sull'attenzione alle diverse culture e problematiche di lavoratori di oltre venti diverse nazionalità.

La **Sammontana** propone una politica della salute e sicurezza in prospettiva di genere e analizza i dati sugli esiti di salute, in modo da comprendere quali siano i fenomeni emergenti per poter adottare una politica di prevenzione e promozione della salute, mirata per donne e uomini e gruppi specifici di lavoratori.

Infine, l'**INAIL Direzione per la Toscana**, sperimenta metodi e strumenti di indagine attenti al genere per approfondire il fenomeno degli infortuni in itinere.

In sintesi, nella attuale fase del percorso Salute e Sicurezza, una questione anche di genere, è possibile affermare che:

- l'integrazione di genere, in tutte le fasi e le dimensioni di salute e sicurezza, produce benefici per l'azienda e per tutti i lavoratori, compresi i lavoratori in condizione di maggior vulnerabilità.
- Integrare una prospettiva di genere nella formulazione, analisi e monitoraggio delle politiche, dei programmi, regolamenti e accordi decentrati di applicazione dei contratti collettivi di lavoro, nelle regole, politiche e misure concrete a livello di impresa, aiuta tutti coloro che hanno responsabilità per la SSL a fare meglio il proprio lavoro.
- Il prerequisito di un appropriato ed efficace processo di prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi, è l'integrazione della prospettiva di genere nei SGSL.
- L'integrazione del SGSL non può che basarsi su conoscenze e competenze adeguate e sull'assenza di meccanismi che inducano, anche in modo indesiderato, esiti di salute diversi tra donne e uomini, o tra gruppi di lavoratori, in diverse condizioni di vulnerabilità o esposizione ai fattori di rischio.
- Ciò introduce alla necessità di garantire equità di genere in azienda, nel complesso, e tra i diversi gruppi di lavoratori, in particolare.
- L'equità è garantita, a partire da una specifica volontà di azione del datore di lavoro e del management, anche attraverso l'analisi puntuale degli impatti delle scelte organizzative sulla salute dei lavoratori e delle lavoratrici.
- L'analisi puntuale produce delle evidenze che vanno a corroborare le scelte aziendali e gli orientamenti strategici.
- È fondamentale che tali scelte ed orientamenti vengano adottati non solo sulla

base di opinioni (o ancor meno di stereotipi), ma sulla base di evidenze che solo una corretta ed integrata analisi dei dati riguardanti il personale, entro ed oltre la valutazione dei rischi, può offrire.

Misurando gli effetti sulla salute delle politiche aziendali, a partire dalla condizione peculiare di ogni lavoratore e lavoratrice, si potranno creare “18 milioni di crepe nel soffitto di cristallo” (Hancock 2009).

Paola Conti

Responsabile scientifica del gruppo di ricerca

Parte I - GUIDA ALL'INTEGRAZIONE DI GENERE
DEI SISTEMI DI GESTIONE DELLA SALUTE
E SICUREZZA SUL LAVORO (SGSL)

1. - L'INTEGRAZIONE DELL'OTTICA DI GENERE NEI SISTEMI DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO (SGSL)

1.1. - LE FINALITÀ DELL'INTEGRAZIONE DELL'OTTICA DI GENERE

1.1.1. - I vantaggi dell'integrazione

L'approccio di genere consente di affrontare specifici problemi di SSL al fine di promuovere la salute in modo *uniforme, globale e universale*, per donne e uomini.

L'integrazione di una prospettiva di genere, è il processo di valutazione delle implicazioni per le donne e gli uomini di ogni azione pianificata, tra cui l'applicazione delle norme, le politiche o programmi, in qualsiasi settore e a tutti i livelli.

Si tratta di una strategia volta a rendere le condizioni, le preoccupazioni e le esperienze delle donne e degli uomini, parte integrante della progettazione, attuazione, monitoraggio e valutazione delle politiche e dei programmi in tutti gli ambiti della attività lavorativa e negli aspetti politici, economici e organizzativi dell'azienda, in modo che traggano benefici, in egual misura, dal proprio lavoro.

Un approccio alla SSL sensibile al genere riconosce e rende visibili le differenze tra i lavoratori di sesso maschile e femminile, in riferimento ai pericoli a cui sono esposti.

L'integrazione di genere, in tutte le fasi e le dimensioni di salute e sicurezza, produce benefici per tutti i lavoratori, compresi i lavoratori in condizione di maggior vulnerabilità.

Perché l'integrazione della prospettiva di genere aiuti coloro che hanno responsabilità per la SSL a fare meglio il proprio lavoro, occorre che essa sia applicata nella formulazione, nell'analisi e monitoraggio di: politiche, programmi, regolamenti e accordi decentrati di applicazione dei contratti collettivi di lavoro; regole e misure concrete a livello di impresa.

1.1.2. - L'integrazione del SGSL: tra volontarietà e obblighi di legge

Questa pubblicazione contiene raccomandazioni e strumenti operativi. Non può essere considerata una norma o una specifica tecnica da utilizzare a scopo di certificazione di parte terza, né per attività di vigilanza da parte delle Autorità di controllo in materia di sicurezza ed igiene del lavoro. Gli strumenti proposti possono essere

utilizzati sia da organizzazioni pubbliche e private che intendono integrare un SGSL, sia da chi, non avendoli ancora implementati, intende ottemperare pienamente agli obblighi di legge (D.Lgs. 81/08 e s.m.i.).

Le proposte di integrazione, di seguito pubblicate, vogliono contribuire ad operativizzare i concetti e le indicazioni contenute nel D.Lgs. 81/08 e s.m.i. con particolare riferimento agli articoli 1 e 28.

Infatti, tutti i datori di lavoro pubblici e privati, hanno l'obbligo, individuato dal legislatore nell'art. 1 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. di garantire **“l'uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati”**.

In particolare, l'obbligo è ulteriormente sottolineato all'art. 28 “valutazione dei rischi”, che recita: “La valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, sulla base di quanto previsto dal Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151, nonché quelli **connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro**”.

Il SGSL, come descritto nella guida UNI INAIL 2001⁴, ha validità generale, e la sua applicazione va modulata tenendo conto delle caratteristiche complessive dell'impresa/organizzazione (dimensioni, tipologie produttive, cicli tecnologici, struttura dell'organizzazione, etc.) che intende adottarlo volontariamente.

In taluni settori e/o comparti, regolamentati da leggi specifiche, l'applicazione di tale guida può necessitare di ulteriori documenti esemplificativi e/o integrativi che vengono via via elaborati e pubblicati.

Lo standard OHSAS 18001:2007, frutto del lavoro congiunto di Enti di Normazione, Enti di Certificazione ed esperti, è stato sviluppato per rispondere ad una precisa

4 UNI-INAIL, Linee Guida per un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL), 2001.

domanda del mercato che sollecitava l'istituzione di uno standard univoco per i Sistemi di Gestione della SSL.

Possono ottenere la certificazione secondo gli standard OHSAS 18001:2007, tutte le tipologie di aziende. I requisiti imposti dallo standard OHSAS dovranno trovare completa applicazione in ogni Sistema di Gestione della SSL che si voglia certificare. L'applicabilità della certificazione dipende da diversi fattori, fra i quali la politica di SSL definita, il tipo di attività svolta e le condizioni nelle quali l'azienda si trova ad operare. La norma OHSAS 18001 è pienamente compatibile con gli standard ISO 9001 per i Sistemi di Gestione della Qualità e ISO 14001 per i Sistemi di Gestione Ambientale; le aziende che lo desiderano possono integrare agevolmente fra loro questi tre diversi sistemi di gestione.

1.1.3. - L'evoluzione normativa riguardante i SGSL

L'evoluzione normativa ha comportato la nascita di strumenti per la gestione aziendale sempre più raffinati ed adattabili alle diverse realtà; ogni aspetto dell'organizzazione di ciascuna impresa diviene oggetto di norme finalizzate ad una sua gestione più efficiente, efficace e, di conseguenza, appropriata.

Sempre maggiore rilevanza sta acquistando, infatti, lo sviluppo e l'adozione di sistemi gestionali avanzati attraverso i quali, le aziende e le parti terze, (per esempio i soggetti preposti alla vigilanza, le istituzioni, gli enti appaltanti, etc.), traggono rilevanti vantaggi dall'applicazione di nuovi criteri manageriali.

L'adozione da parte delle aziende avviene normalmente su base volontaria e, in particolare, nelle aree della Qualità, dell'Ambiente e della Sicurezza e Salute, dove si sono sviluppati i sistemi gestionali dedicati e codificati in standard internazionali e nazionali. I Modelli e i Sistemi di Gestione danno forma allo strumento chiave della gestione aziendale, ovvero al documento di valutazione dei rischi.

L'organizzazione che adotta tali sistemi ha, quindi, la possibilità di applicare i criteri e gli strumenti definiti da questi standard (operare in regime di conformità), oppure di far "certificare" il sistema da un ente indipendente, al fine di garantire anche ai soggetti interessati i vantaggi che ne derivano.

Modelli di organizzazione e di gestione

Articolo 30 - D.Lgs. 81/08 1. Il modello di organizzazione e di gestione idoneo ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa delle persone

giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica di cui al Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231, deve essere adottato ed efficacemente attuato, assicurando un sistema aziendale per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi:

- a) al rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi a attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici;
- b) alle attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti;
- c) alle attività di natura organizzativa, quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- d) alle attività di sorveglianza sanitaria;
- e) alle attività di informazione e formazione dei lavoratori;
- f) alle attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori;
- g) all'acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge;
- h) alle periodiche verifiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate.

Omissis

5. In sede di prima applicazione, i modelli di organizzazione aziendale, definiti conformemente alle Linee guida UNIINAIL per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL) del 28 settembre 2001 o al British Standard OHSAS 18001:2007, si presumono conformi ai requisiti di cui al presente articolo per le parti corrispondenti. Agli stessi fini, ulteriori modelli di organizzazione e gestione aziendale possono essere indicati dalla Commissione di cui all'articolo 6.

Procedure standardizzate per la valutazione dei rischi

Con il Decreto Interministeriale del 30 novembre 2012 sono state recepite le procedure standardizzate di effettuazione della valutazione dei rischi di cui all'art.29, comma 5, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i., ai sensi dell'art.6, comma 8, lettera f), del medesimo decreto legislativo.

Il documento, approvato dalla Commissione consultiva, individua il modello di riferimento per l'effettuazione della valutazione dei rischi da parte dei datori di lavoro, di cui all'art. 29, comma 5, del D.Lgs. n.81/2008, al fine di individuare le

adeguate misure di prevenzione e di protezione ed elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza.

Se ne dà avviso, tramite comunicato, sulla Gazzetta Ufficiale n. 285 del 6 dicembre 2012.

Art. 1 Decreto Interministeriale del 30 novembre 2012.

1. Fermo restando l'integrale applicazione dei principi in materia di valutazione dei rischi di cui agli articoli 17, 28 e 29 del D.Lgs. n. 81/2008, i datori di lavoro di imprese che occupano fino a 10 lavoratori effettuano la valutazione dei rischi ai sensi dell'articolo 29 comma 5, del D.Lgs. n. 81 /2008 secondo le disposizioni del documento approvato dalla Commissione in data 16 maggio 2012, allegato al presente decreto.

2. I datori di lavoro di imprese che occupano fino a 50 lavoratori possono effettuare la valutazione dei rischi, ai sensi dell'articolo 29, comma 6, del D.Lgs. n. 81/2008, secondo le disposizioni del documento approvato dalla Commissione in data 16 maggio 2012, allegato al presente decreto.

1.1.4. - Gli ambiti dell'integrazione dell'ottica di genere nei SGSL

Le indicazioni contenute nella presente **Guida all'integrazione di genere dei Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul lavoro (SGSL)**, intendono rappresentare una risorsa per i datori di lavoro che, con lo scopo ultimo di adempiere agli obblighi di legge, possono avviare il processo di integrazione dei SGSL aziendali, secondo requisiti di *equità, appropriatezza ed efficacia*.

Il principio dell'integrazione è, quindi, implicitamente suggerito dalle norme di legge a cui si intende ottemperare; il campo di applicazione è quello, su base volontaria, dei SGSL.

Per coerenza con tale assunto, le indicazioni riportate nella presente guida, sono compatibili sia con gli standard OHSAS 18001:2007 che con le Linee Guida UNI INAIL 2001, come da quadro sinottico a seguire:

Tabella 1.1 - Quadro sinottico indice OHSAS 18001:2007 e Linee Guida UNI INAIL

OHSAS 18001:2007		Linee guida UNI INAIL 2001	
1	Scopo	A	Finalità
2	Pubblicazioni di riferimento		
3	Termini e definizioni		
4	Elementi del SG per la Salute e sicurezza sul lavoro	B	Sequenza ciclica di un SGSL
4,1	Requisiti generali		
4,2	Politica della sicurezza	C	Valutazione iniziale della situazione La politica per la salute e sicurezza sul lavoro Analisi di avvio, Emanazione, Contenuti
4,3	Pianificazione	D	Pianificazione
4,3,1	Identificazione del pericolo, valutazione del rischio e definizione dei sistemi di controllo	B	Sequenza ciclica di un SGSL Identificare le prescrizioni delle leggi e dei regolamenti applicabili; identificare tutti i pericoli e valutare i relativi rischi; identificare gli altri soggetti potenzialmente esposti
4,3,3	Obiettivi e programma		Obiettivi di SSL
4,4	Attuazione e funzionamento	E	Struttura e organizzazione del sistema
4,4,1	Risorse, ruoli, responsabilità, responsabilità finanziaria e autorità	E1	Il sistema di gestione
		E2	Definizione dei compiti e delle responsabilità

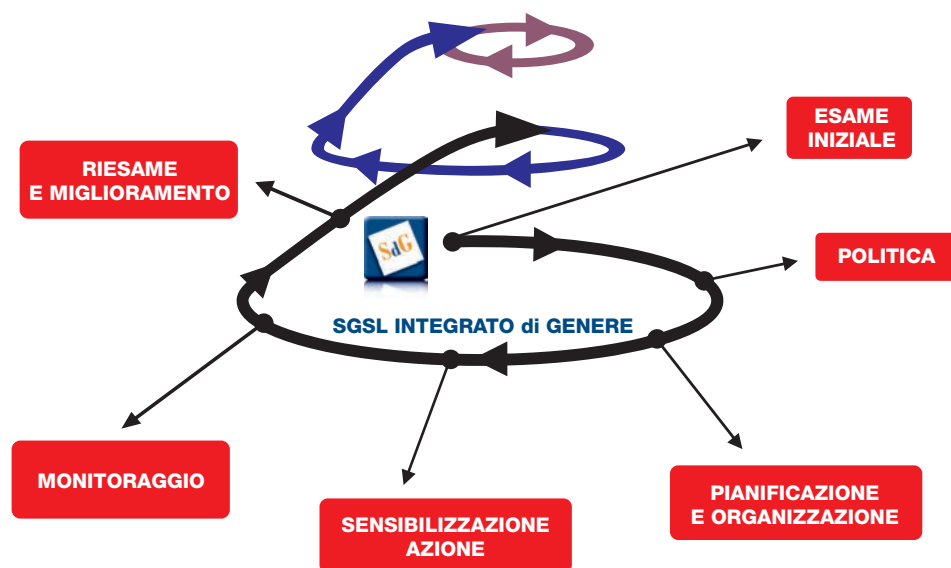
Segue: **Tabella 1.1** - Quadro sinottico indice OHSAS 18001:2007 e Linee Guida UNI INAIL

OHSAS 18001:2007		Linee guida UNI INAIL 2001	
4,4,2	Formazione, consapevolezza e competenza	E4	Formazione, addestramento, consapevolezza
4,4,3	Comunicazione, partecipazione e consultazione	E3, E5	Coinvolgimento del personale; Comunicazione, flusso informativo e cooperazione
4,4,6	Controllo operativo	E7	Integrazione della salute e sicurezza nei processi aziendali e gestione operativa
4,4,7	Preparazione e risposta alle emergenze		
4,5	Verifica	F	Rilevamento e analisi dei risultati e conseguente miglioramento del sistema
4,5,1	Misura e monitoraggio delle prestazioni	F1	Monitoraggio interno della sicurezza
4,5,2	Valutazione delle non conformità	F2	Caratteristiche e responsabilità dei verificatori
4,5,3	Analisi degli incidenti, NC, AC, AP	F3	Piano del monitoraggio
4,5,4	Controllo delle registrazioni		
4,5,5	Audit interno	F1	Monitoraggio interno della sicurezza
4,6	Riesame della direzione	F4	Riesame del sistema

1.2. - IL PROCESSO DI INTEGRAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Figura 1.1 - Struttura SGSL integrato in ottica di genere.

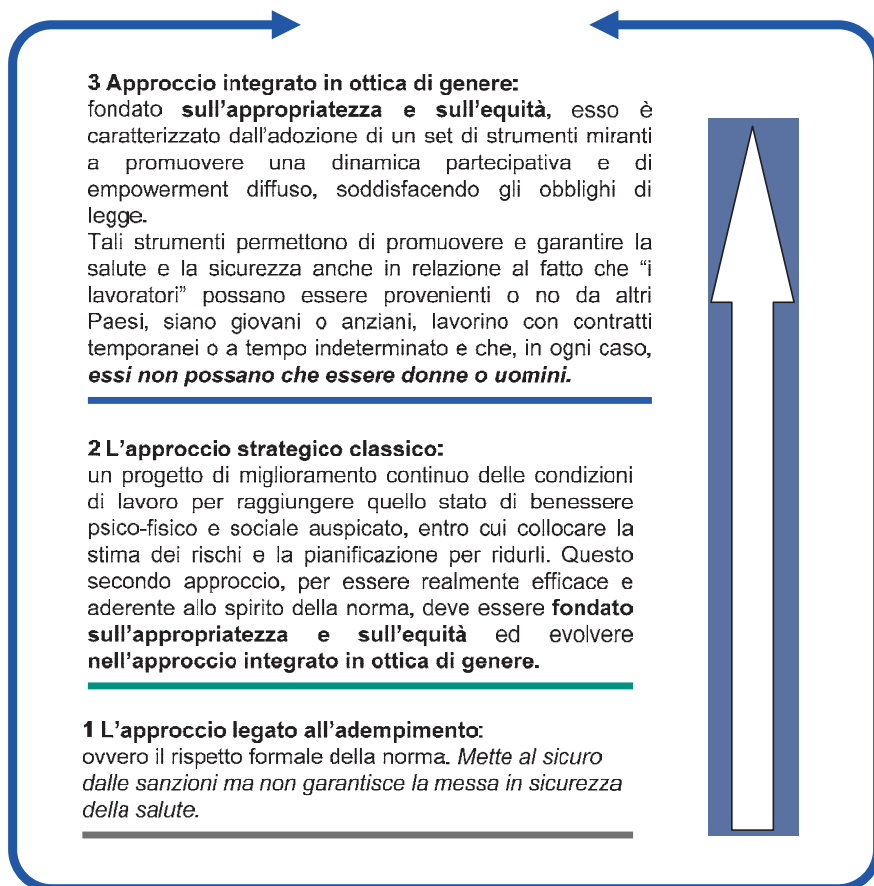
Rielaborazione da Struttura SGSL, sequenza ciclica - Linee guida UNI - INAIL per i SGSL



La scelta dell'approccio con cui disegnare e gestire la tutela della salute in azienda, comporta implicazioni fondamentali per l'organizzazione pubblica e privata e la posizione implicitamente sul mercato, definendo a cascata opzioni strategiche e operative per attuare le disposizioni di legge, la cui finalità è "l'uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati".

La sequenza ciclica del modello di SGSL, permette una integrazione progressiva dell'ottica di genere nelle procedure e negli strumenti del Sistema.

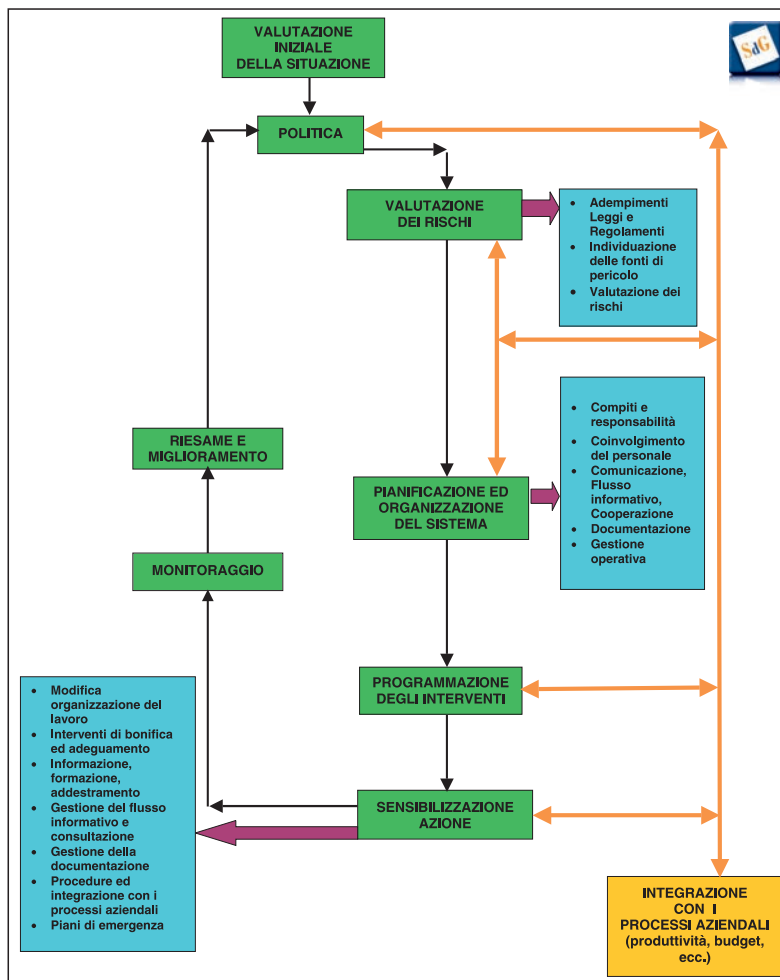
Figura 1.2 - Evoluzione del SGSL nel processo di integrazione della prospettiva di genere



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

In ogni fase, aspetto e dimensione, si possono individuare strumenti, metodologie e approcci da adottare per garantire che il Sistema di gestione della sicurezza sia "integrato in ottica di genere", in modo idoneo al proprio contesto.

Parliamo, quindi, non tanto di azioni aggiuntive o diverse, bensì solo di una integrazione mirata ed efficace nel processo in atto.

Figura 1.3 - Integrazione della prospettiva di genere negli elementi del SGSL

Rielaborazione da "elementi di un SGSL" in Linee guida UNI-INAIL per i SGSL

1.2.1. - Dare evidenza dell'ottica di genere nel SGSL

Il modello di *auto-valutazione aziendale/organizzativa* proposto, sostiene un approccio di genere alla salute e sicurezza, come un modo per migliorare la prevenzione sia per le donne che gli uomini, affinché tutti siano uniformemente protetti.

Le aziende/organizzazioni che decidono di utilizzare in auto-somministrazione gli strumenti finalizzati alla *auto-valutazione*, potranno verificare, prima di tutto, se nel SGSL aziendale vengono soddisfatti i requisiti minimi di adeguatezza all'approccio

di Salute e Sicurezza integrato della prospettiva di genere. Tali requisiti minimi riguardano l'assenza di condizioni che possono produrre effetti (pur anche non previsti) di discriminazione e di mancanza di equità su base di genere.

D'altro canto, un Sistema di Gestione della SSL che evolve in termini di capacità di produrre salute e ridurre i rischi per donne e uomini, non può non tenere conto delle loro condizioni oggettive e peculiarità soggettive, confrontandosi con parametri essenziali e significativi.

Le tre dimensioni individuate per rappresentare la modalità più idonea di operativizzare l'approccio ottimale ad una gestione della Salute aziendale/organizzativa in ottica di genere, sono *efficacia, appropriatezza ed equità*. Tali dimensioni sono definibili attraverso dati oggettivi (numeri, statistiche ed altre tipologie di evidenze delle azioni intraprese e relative conseguenze, risultati quantificabili e confrontabili).

Quelle organizzazioni che avranno soddisfatto tali requisiti minimi, potranno ottenere un posizionamento rappresentato da differenti gradi di aderenza ai valori dell'EAGE Index⁵, ottenuti grazie agli strumenti pubblicati sul Portale INAIL. Tale aderenza è misurata attraverso indicatori specifici relativi alle dimensioni *efficacia, appropriatezza ed equità di genere* del Sistema di Gestione della SSL aziendale/organizzativo.

1.2.2. - L'auto-valutazione finalizzata a dare evidenza del grado di integrazione di genere

La valutazione interna permette, a partire dal suo avvio e in ogni fase di revisione e miglioramento del sistema, di rilevare, attraverso una sorta di "istantanea", se l'azienda/organizzazione, pubblica o privata, ha adottato delle politiche in materia di salute e sicurezza, se queste politiche sono efficienti rispetto al raggiungimento degli obiettivi, nonché se producono equità di trattamento e, quindi, di risultato rispetto alle posizioni relative di donne e uomini (equità di genere).

Un percorso, dunque, di ri-lettura dei SGSL e dei rischi lavorativi, alla luce di alcune condizioni fondamentali delle persone, come il genere (trasversale), l'età, la provenienza da altri paesi e le tipologie contrattuali, in grado di modificare significativamente i valori di rischio analizzati contestualmente, secondo un approccio oggettivo.

Non si tratta di adottare criteri legati, ad esempio, ad una presunta maggior vulnerabilità intrinseca di un soggetto rispetto ad un altro, perché portatore di una spe-

5 © Paola Conti, 2011.

cifica condizione (un sesso-genere, con le sue caratteristiche bio-psico-sociali, piuttosto che una fase della vita, caratterizzata da specifiche socio economiche e di stato di salute). Occorre, piuttosto, far sì che nella relazione causale tra i fattori di rischio, i fattori di esposizione e gli effetti sulla salute, non intervengano aspetti organizzativi o scelte che, per l'interazione di tutte le variabili, possano produrre effetti di salute indesiderati su un gruppo di lavoratori su cui si vadano ad addensare fattori di vulnerabilità.

Questo tipo di analisi trasversale permette di tenere in particolare conto le peculiarità della popolazione lavorativa, adottando metodi appropriati alla norma di legge. L'ottica di genere, inoltre, consente di collocare al meglio le diversità e possibili vulnerabilità legate ad altre variabili, quali appartenenza etnica/stato di migrante, età, disabilità, orientamento sessuale, precarietà della condizione occupazionale, etc., secondo una dimensione relazionale uomo-donna.

Le fasi topiche in cui l'auto-valutazione potrà essere adottata dall'azienda, nella logica del miglioramento continuo, sono: *esame iniziale, politica, pianificazione e riesame*.

1.2.3. - Misurare l'integrazione di genere nel SGSL

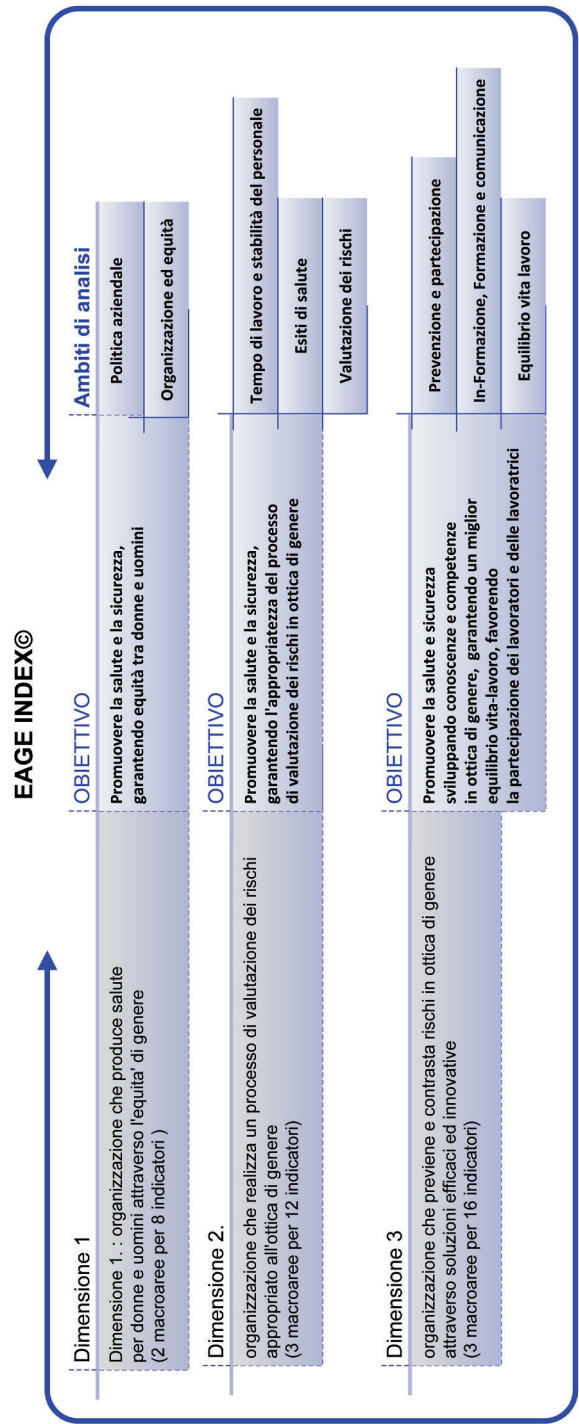
Per ottenere un riconoscimento comunicabile ai propri clienti interni ed esterni, stakeholder, competitor ed istituzioni di riferimento, posizionandosi tra le aziende di eccellenza, è possibile seguire una procedura che può risultare semplice ed efficace, grazie agli strumenti che vengono messi a disposizione e che sono accessibili tramite il Portale INAIL.

La procedura permette di rendere evidente e di misurare il grado di integrazione conseguito nell'ambito del proprio SGSL, a partire dall'assunto che il processo di integrazione rende manifesta una volontà di promuovere la salute aziendale, andando oltre i requisiti minimi di legge.

Il SGSL viene, quindi, misurato rispetto al grado di capacità espressa nel promuovere la salute e la sicurezza:

- garantendo equità tra donne e uomini;
- garantendo l'appropriatezza del processo di valutazione dei rischi in ottica di genere;
- ottenendo risultati efficaci che vengono consolidati nel tempo e che sono rappresentati dallo sviluppo di conoscenze e competenze, dalla volontà di garantire un miglior equilibrio vita-lavoro e dal favorire la partecipazione attiva dei lavoratori e delle lavoratrici al processo di prevenzione e rimozione dei rischi.

Figura 1.4 - Struttura dell'EAGE Index



1.3. - I PASSI SALIENTI DELL'INTEGRAZIONE DEL SGSL

1.3.1. - Primo passo: analisi di fattibilità

Per prima cosa occorre “fotografare” la propria azienda/organizzazione attraverso un metodo semplificato, raccogliendo informazioni presso i diversi uffici, detentori dei dati e/o responsabili delle politiche e dei processi aziendali, *check list 1*.

In secondo luogo è necessario coinvolgere e motivare il management, perché sia possibile il processo di cambiamento che vede i lavoratori attivi nell'esprimere al meglio comportamenti sicuri.

È essenziale che esista una condivisione degli obiettivi di salute a livello ampio e, per tale scopo, è importante che i soggetti che detengono e gestiscono dati e informazioni in azienda, colgano l'importanza del proprio lavoro e dell'apporto che un miglior utilizzo dei dati può dare all'organizzazione e al processo di prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi.

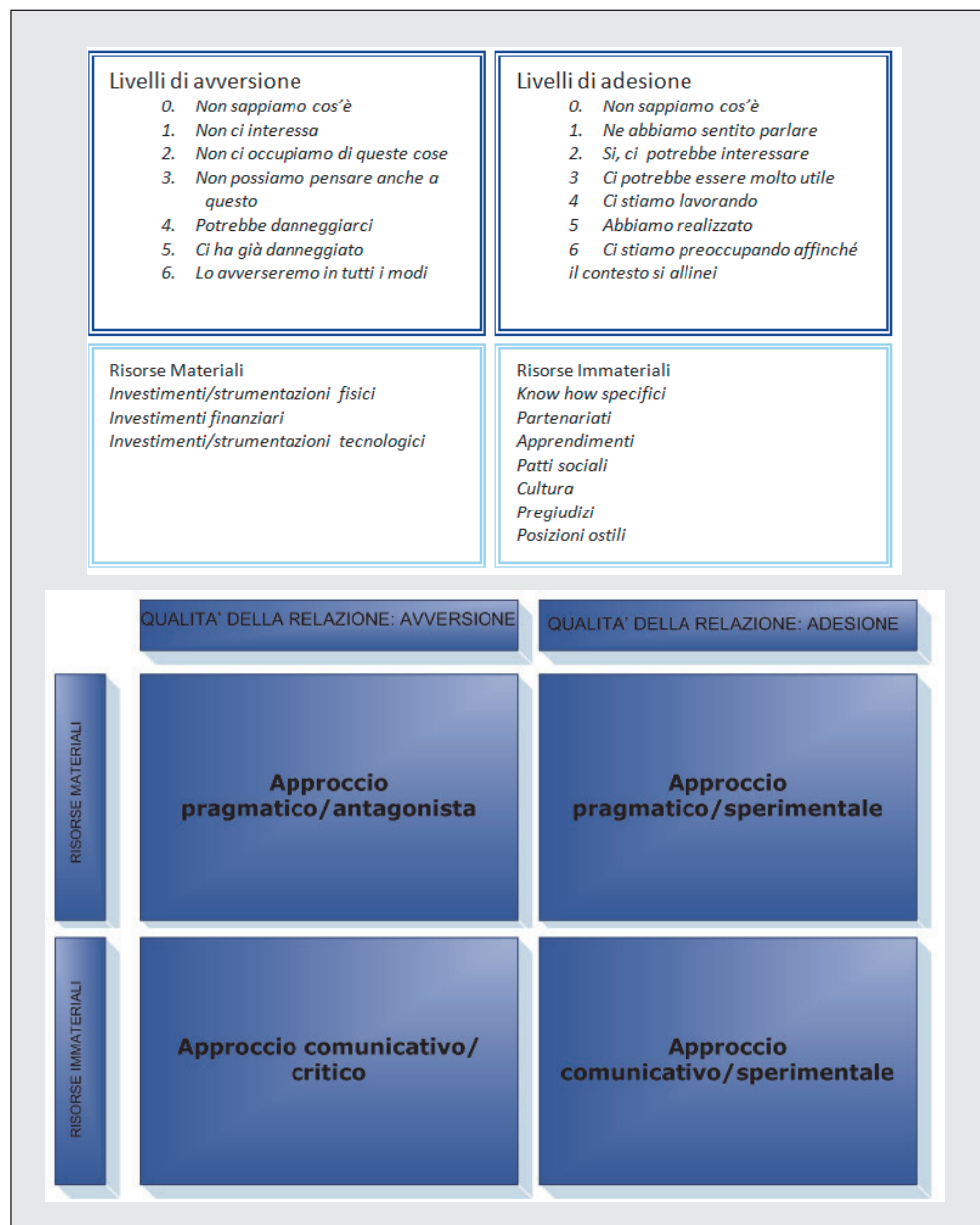
È possibile che venga loro proposto di fare qualcosa in modo diverso dal solito, senza aggravarli con procedure aggiuntive. È fondamentale il coinvolgimento, la motivazione e la rimozione delle resistenze che spesso nascono dalla mancata comprensione del senso e delle finalità di ciò che viene loro richiesto.

A tale scopo, possono essere scelte forme varie e diverse di informazione e coinvolgimento: è possibile ottenere una **Mappa delle risorse e relazioni interne**, utile a comprendere il clima e le azioni necessarie per procedere, favorendo l'adesione e riducendo lo scetticismo o l'ostilità.

A questo punto l'organizzazione sarà in grado di decidere se proseguire con la verifica del proprio posizionamento secondo l'Indice, o programmare azioni correttive.

Nel caso si decida di proseguire, si effettua il secondo passo.

Figura 1.5 - Mappa delle risorse e relazioni interne in riferimento all'integrazione del SGSL



La matrice viene proposta per sondare e comprendere quali sono gli atteggiamenti dominanti all'interno dell'organizzazione, nei confronti dell'azione da intraprendere in un tempo dato (l'azienda e la fase di riferimento). I soggetti fruitori sono le diverse tipologie di attori/fornitori interni.

I quattro quadranti possono essere visualizzati idealmente all'interno di una matrice di Boston, la cui ordinata rappresenta le risorse, mentre l'ascissa rappresenta il grado di adesione/avversione. Il centro comprende le posizioni 0 sia per l'adesione, sia per l'impiego di risorse.

Lo strumento va proposto per uno sguardo sinottico sulle prospettive di azione proprio in relazione alla percezione complessiva circa la situazione presente.

Il posizionamento

Per quanto riguarda il ruolo atteso dai decisori, si tratta di pensare al sistema di azioni che "elevino l'asticella" spostando verso destra (adesione) le performance del sistema, con un occhio attento sia alle risorse sia agli effetti.

	Ostilità - pregiudizio	Assente/ bassa adesione	Alta adesione
Risorse a sistema	E	C	A
Risorse occasionali	F	D	B

1.3.2. - Secondo passo: analisi delle informazioni raccolte e posizionamento

A questo punto è necessario compilare la *check list* 2 con le informazioni aziendali/organizzative raccolte. La check list, da compilare su supporto informatico, permette di ottenere un report contenente il proprio posizionamento aziendale e di evidenziare le aree di miglioramento. Ad ogni indicatore qualitativo è associato un punteggio che concorre al punteggio complessivo dell'area.

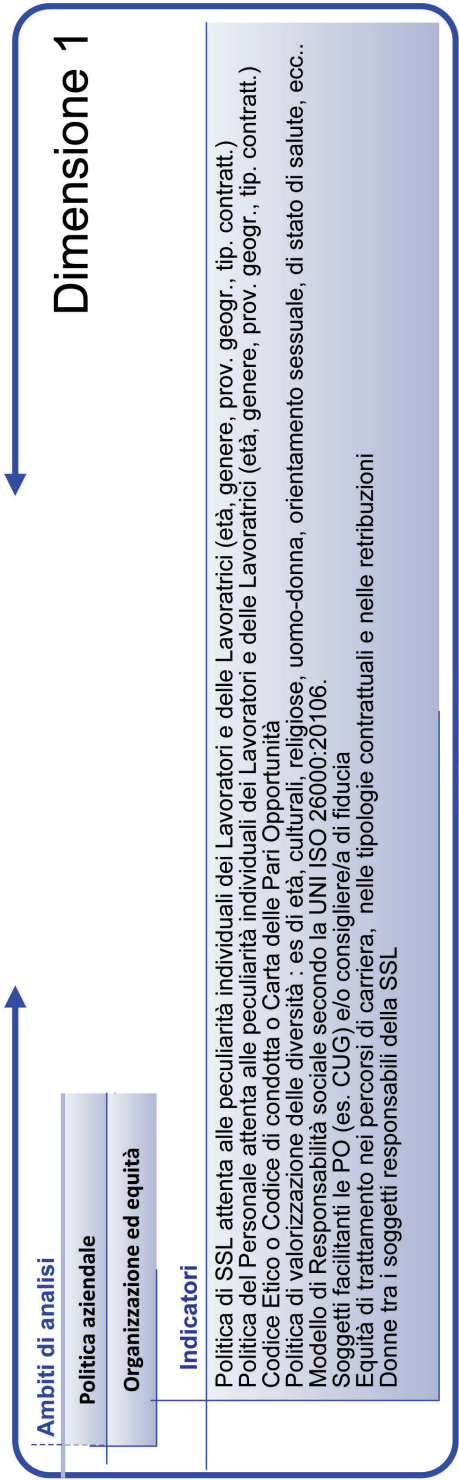
La somma dei punteggi delle tre aree, permette di posizionarsi nella tabella di soddisfacimento dell'Indice, esprimendo il punteggio ottenuto in valore percentuale, rispetto al punteggio massimo.

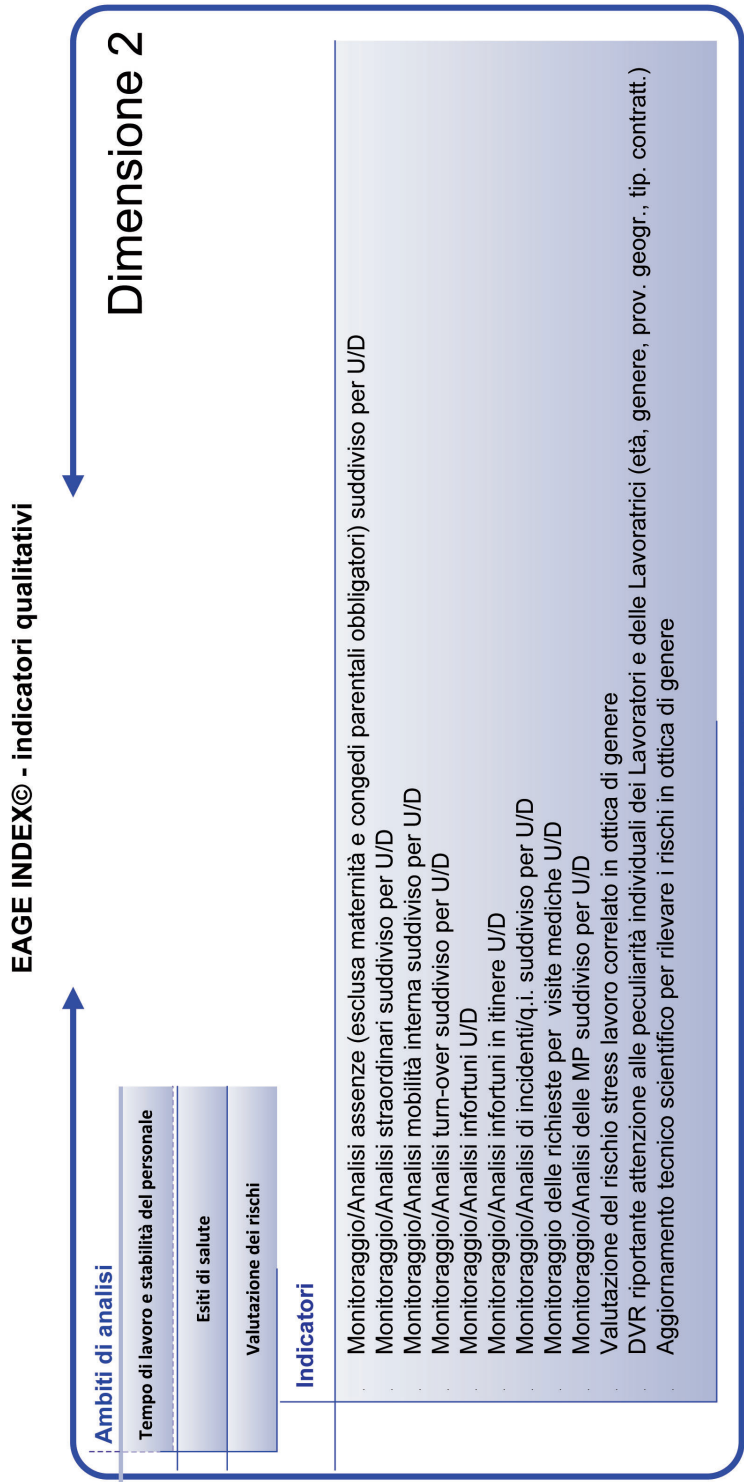
Le tre batterie di indicatori di salute aziendale, secondo il modello di Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro integrato in ottica di genere, permettono di accompagnare l'azienda ad evolvere nel processo di miglioramento del SGSL.

Gli indicatori sono, in prima battuta, di tipo qualitativo e scelti secondo obiettivi conoscitivi, tra cui:

- Conoscenza di quanto il contesto sia o meno facilitante la valorizzazione e non discriminazione, in tutte le politiche aziendali e nella salute e sicurezza in particolare.
- Capacità del management aziendale/organizzativo di produrre effetti di salute organizzativa e di ridurre quelli di malessere.
- Presenza di meccanismi e di modalità miranti alla crescita di consapevolezza ed autonomia degli individui, ad esempio nell'equilibrio tra la vita professionale e privata e nella progettazione di vita, con effetti positivi sulla produttività aziendale.
- Presenza e modalità di meccanismi miranti all'inclusività delle peculiarità individuali diverse e, quindi, riduzione dei fattori di rischio organizzativi-trasversali.
- Conoscenza della salute di donne e uomini e dell'ambiente che produce salute o danni per la stessa.
- Promozione dell'empowerment delle donne e degli uomini nel sistema SSL e nell'organizzazione e della possibilità-capacità di assumere comportamenti responsabili ed appropriati alla prevenzione dei rischi per la salute.

EAGE INDEX® - indicatori qualitativi





EAGE INDEX© - indicatori qualitativi

Ambiti di analisi

Prevenzione e partecipazione

In-Formazione, Formazione
e comunicazione

Equilibrio vita lavoro

Indicatori

Azioni proattive nella promozione della salute

Azioni proattive nella identificazione-prevenzione dei rischi emergenti

Raccolta percezioni e le esigenze dei lavoratori e delle lavoratrici in materia di salute e sicurezza

DPI adeguati secondo le particolarità di genere

Incentivi al raggiungimento di obiettivi di salute e sicurezza con attenzione alle peculiarità individuali dei Lavoratori e delle Lavoratrici (genere, età, provenienza geografica, tipologie contrattuali)

Raccolta dei bisogni dei lavoratori e delle lavoratrici per le azioni di informazione e formazione

Sviluppo conoscenze e competenze utili ad adottare procedure e comportamenti lavorativi che favoriscano la prevenzione e la sicurezza tenendo conto delle peculiarità individuali dei Lavoratori e delle Lavoratrici

Formazione delle figure del SSL aziendale sulle tematiche della salute e sicurezza dei lavoratori

con attenzione alle peculiarità individuali dei Lavoratori e delle Lavoratrici

Registrazione dati partecipazione dei dipendenti alle attività formative, suddivisi per U/D

Registrazione dati relativi alla partecipazione dei dipendenti alle attività formative in materia di SSL, suddivisi per U/D

Utilizzo orario di lavoro flessibile o telelavoro sulla base di esigenze individuali/familiari

Esistenza modalità di supporto alle lavoratrici in astensione per maternità o congedo parentale e/o al loro rientro al lavoro

Pausa pasto in un luogo adeguato e/o mensa interna

Supporto (che può essere di natura differente) per persone con figli piccoli

Supporto (che può essere di natura differente) per persone con disabili o anziani non autonomi in famiglia

Considerazione di eventuali difficoltà di trasporto ed eventuale predisposizione di servizi per/da azienda-domicilio

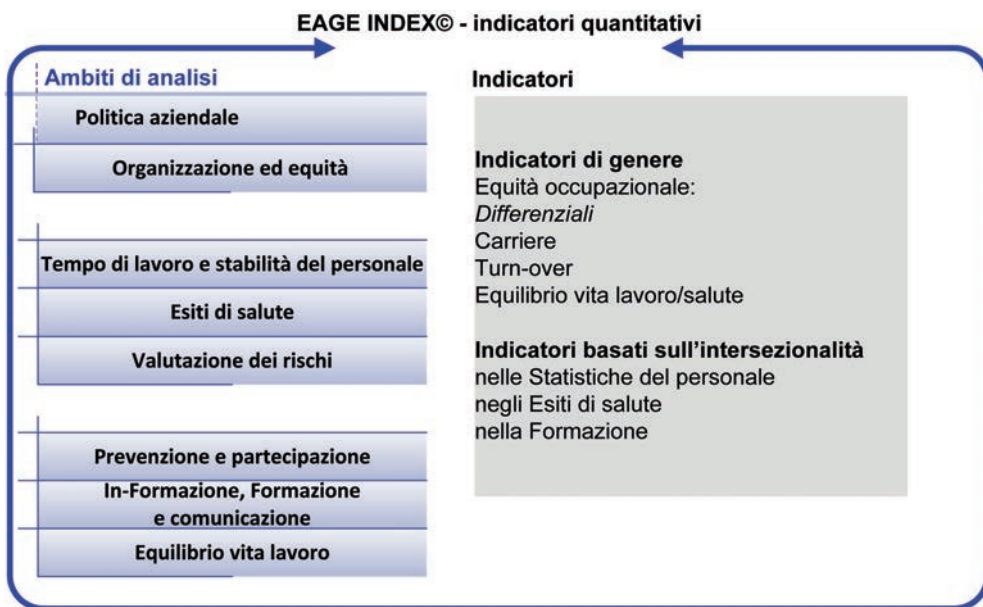
Dimensione 3

1.3.3. - Terzo passo: misurare l'equità in azienda

Un semplice procedimento, basato sull'analisi dei dati del personale, permette di verificare il **Grado di equità di genere aziendale/organizzativa**.

L'integrazione di genere comporta un processo di cambiamento incrementale delle politiche, metodi e attività e rappresenta la leva strategica per conseguire l'eguaglianza. L'obiettivo a lungo termine è far sì che l'attenzione prestata all'uguaglianza di genere, pervada tutte le politiche, le strategie e le attività aziendali, in modo che le donne e gli uomini influenzino, partecipino e beneficino equamente di tutti gli interventi, nonché che eventuali differenziali donna/uomo nelle assunzioni, nell'inquadramento contrattuale, nei percorsi di carriera e nelle retribuzioni, siano fondati su motivazioni tali da escludere ogni rischio di discriminazione, pur indiretta o indesiderata.

Figura 1.6 - Grado di integrazione della prospettiva di genere del SGSL aziendale



1.3.4. - Quarto passo: decisione aziendale a seguito del posizionamento secondo l'Indice

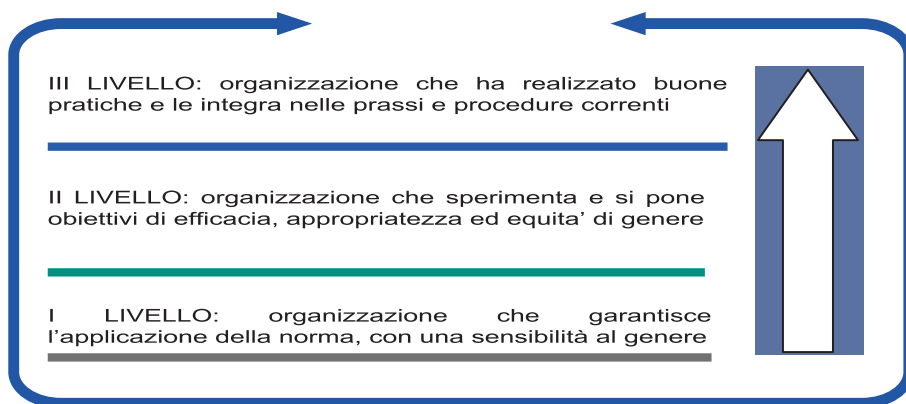
Ottenuto il posizionamento della propria azienda/organizzazione, rispetto al soddisfacimento dell'Indice del **Grado di efficacia, appropriatezza ed equità del SGSL aziendale/organizzativo** per le tre dimensioni (*grado soddisfacimento indice*), l'azienda:

1. potrà decidere di utilizzare il posizionamento ottenuto dandone pubblicità e comunicando la propria eccellenza senza intraprendere altre azioni;

2. potrà decidere di intraprendere azioni di miglioramento.

N.B. L'azienda con un SGSL già implementato, potrà intervenire in fase di riesame e introdurre l'integrazione tra gli obiettivi di miglioramento; l'azienda che non ha ancora introdotto il SGSL potrà decidere di adottarlo procedendo già con l'integrazione di genere.

Figura 1.7 - Grado di integrazione della prospettiva di genere del SGSL aziendale



1.4. - PROCESSO DECISIONALE INFORMATO E MIGLIORAMENTO CONTINUO

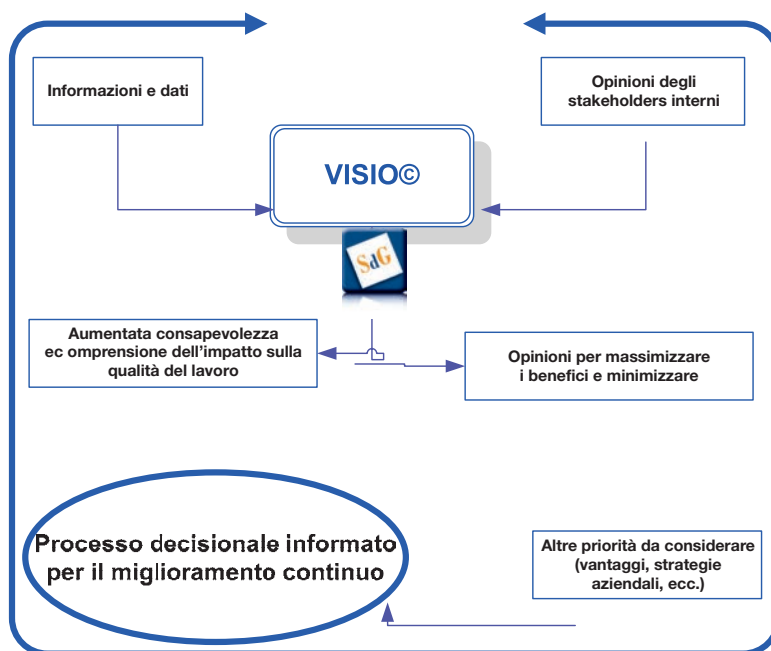
Lo spirito caratterizzante l'approccio al management, sotteso nei SGSL, è quello di operare sempre con uno sguardo ampio, ove siano chiare le implicazioni di ogni decisione assunta: per la qualità del lavoro, per la salute e sicurezza, per le strategie aziendali nel complesso.

Tutto questo, sempre e comunque, nell'ottica della semplificazione, dell'integrazione, dell'efficacia, della verificabilità degli esiti.

Il processo di autovalutazione, permette all'azienda di verificare quanto e come il proprio SGSL sia integrato in ottica di genere, secondo i criteri dell'Indice EAGE e di adottare, a seconda dei casi, azioni correttive o di miglioramento.

Per sostenere un processo decisionale informato per il miglioramento continuo, viene proposta, inoltre, la *Valutazione di Impatto sulla Salute individuale ed organizzativa di tutte le politiche* - VISIO®.

Figura 1.8 - Processo decisionale informato per il miglioramento continuo del SGSL



1.4.1. - Criticità da affrontare per l'integrazione di genere

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

Alcuni elementi che dovrebbero essere presi in considerazione ed eventualmente verificati sono:

- Politiche del personale non basate sulla valorizzazione delle peculiarità individuali: talenti, difficoltà, età, stato di salute, stato di migrante, grado di tutela contrattuale, orientamento sessuale, etc., (al contrario di come si fa nell’approccio del diversity management).
- Classe occupazionale, professionale, ruolo nell’organizzazione non adeguati in termini di equità di opportunità tra donne e uomini; limiti alla carriera basati direttamente o indirettamente sul sesso di appartenenza.
- Livello di istruzione e formazione non coerenti con la condizione occupazionale.

- Discriminazioni e comportamenti organizzativi sessisti, a partire dalle discriminazioni legate alla maternità, mobbing strategico o violenza. Discriminazioni multiple basate, ad esempio, sull'età, lo stato di migrante, la tipologia contrattuale, lo stato di salute di donne e uomini. Verificarsi di casi di molestia o violenza e tolleranza da parte del management di comportamenti molesti o violenti.
- Gap di genere nel salario e livello di reddito complessivo.
- Impossibilità di conciliare lavoro e carichi di cura per le donne e di ridistribuire gli stessi tra donne e uomini.
- Modalità di valutazione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro non adeguati dal punto di vista metodologico e scientifico a rilevare le variabili in termini di vulnerabilità uomo-donna e che non tengono conto delle percezioni diverse di salute e degli esiti.
- Prevenzione e sorveglianza sanitaria che non tiene conto delle evidenze scientifiche acquisite dalla medicina di genere.
- Dispositivi di prevenzione e protezione non pensati e calibrati per le donne e/o per le diverse corporature e caratteristiche anatomiche e abitudini potenzialmente diverse tra i sessi e/o tra individui dello stesso sesso.

1.4.2. - Opportunità da cogliere attraverso l'integrazione di genere

- Evidenziare modi per migliorare, in ottica di genere, l'analisi dei dati organizzativi, la prevenzione e valutazione dei rischi e la formazione.
- Migliorare le modalità di raccolta delle informazioni sulle esperienze negative di lavoro di uomini e donne e sollecitare un loro ruolo proattivo nel portare contributi per il miglioramento delle prassi di lavoro e di prevenzione.
- Migliorare il monitoraggio e la raccolta di dati/informazioni sulla salute e sicurezza in ottica di genere per intervenire in modo mirato, eliminando eventuali fattori di vulnerabilità di gruppi di lavoratori e fattori di esposizione ai rischi, non evidenti attraverso una analisi di tipo neutro.
- Migliorare il riconoscimento e la comprensione dei problemi e dei rischi che affrontano, anche in modo diverso, le donne e gli uomini sul posto di lavoro.
- Coinvolgere più donne nella consultazione sulle decisioni in materia di salute e di sicurezza.
- Assicurarsi che tutti gli accordi e le politiche di salute e sicurezza tengano conto delle pratiche di genere.
- Innalzare la qualità del lavoro per tutti i lavoratori, tenendo conto delle peculiarità individuali a partire dal genere di appartenenza.

- Attivare processi di informazione e comunicazione per garantire coinvolgimento e partecipazione dei lavoratori e in particolare delle lavoratrici sul Sistema salute e sicurezza organizzativo/aziendale.
- Individuare soluzioni organizzative che vadano a colmare i gap ingiustificati tra soggetti portatori di specificità.
- Adottare politiche mirate per un miglior equilibrio tra tempi e carichi nella vita privata e lavorativa.
- Ridurre e, ove possibile, eliminare i fattori organizzativi che producono effetti di discriminazione, sovraccarico di stress, ripercussioni dannose per la salute.
- Individuare, attraverso il monitoraggio costante delle informazioni organizzative, i fattori correlabili ai rischi emergenti e non immediatamente evidenziabili senza una ricerca attenta e predittiva delle cause.
- Attivare politiche aziendali mirate per garantire ai lavoratori e alle lavoratrici in età matura un invecchiamento attivo e in salute.
- Attivare politiche organizzative di valorizzazione delle differenze di carattere culturale e delle altre differenze e peculiarità che possono richiedere azioni di prevenzione mirata a gruppi specifici di lavoratori.
- Sviluppare una attenzione peculiare nei confronti di lavoratori e lavoratrici con contratti di lavoro temporaneo, rafforzando le misure di prevenzione nei loro confronti.
- Individuare le lacune negli accordi di lavoro, nelle politiche e procedure aziendali/organizzative che, con scelte di tipo apparentemente “neutro”, possono produrre effetti indesiderati di non equità tra donne e uomini, anche per effetto di altri fattori quali l’età, la provenienza geografica o la tipologia di contratto attraverso cui è resa la prestazione lavorativa.
- Sviluppare politiche aziendali mirate che possano interagire positivamente con condizioni soggettive legate alle diverse età e stagioni della vita.
- Sviluppare politiche aziendali mirate che possano interagire positivamente con condizioni soggettive quali lo stato di migrante e/o con culture diverse, anche in materia di lavoro e di rischi per la salute.
- Promuovere una cultura aziendale ove le discriminazioni, comprese le molestie sessuali, siano bandite come fonte di rischio per la salute individuale ed organizzativa.

1.5. - VISIO⁷ PER L'INTEGRAZIONE DEL SGSL DELLE AZIENDE DI ECCELLENZA

Definizione di salute

La definizione di salute adottata dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i., mutuata dall'Organizzazione mondiale della sanità, quale "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o di infermità", serve a sottolineare la gamma di fattori che incidono sulla salute.

Oltre ai fattori biologici ed agli stili di vita, la salute è determinata anche da fattori sociali, ambientali ed economici. Ecco perché le politiche ed i programmi di tutta l'organizzazione hanno un impatto significativo sulla salute.

1.5.1. - La VISIO come risorsa per l'integrazione e miglioramento continuo del SGSL

L'auto-valutazione VISIO serve a:

- Valutare in termini di *Valutazione di impatto sulla salute aziendale di tutte le politiche*, i potenziali effetti sulla qualità del lavoro - positivi e negativi - delle politiche, dei programmi e degli obiettivi aziendali.
- Migliorare la qualità delle decisioni di politica aziendale con suggerimenti ai decisori che permettano di aumentare gli effetti positivi e minimizzare quelli negativi.

Come si realizza una VISIO:

- Decidere se farlo.
- Decidere come farlo.
- Stima tecnica dei potenziali rischi e/o benefici sulla qualità del lavoro.
- Elaborazione del rapporto e delle raccomandazioni per i decisori da parte dei tecnici/dirigenti.
- Discussione con i decisori.
- Monitoraggio e valutazione continui.

Perché utilizzare la VISIO

- Introduce la *Valutazione di impatto sulla salute aziendale* di tutte le politiche nel processo decisionale.

⁷ Cathal Doyle, John Devlin, Owen Metcalfe, Health impact assessment: a practical guidance manual, The Institute of Public Health in Ireland, 2003 - rielaborazione ed integrazione della traduzione italiana.

- Allarga il concetto di equità e qualità del lavoro per tutti i lavoratori e per l'organizzazione nel complesso.
- Mostra il guadagno in produttività come un valore aggiunto di politiche/programmi non specificamente dedicati alla SSL.
- Promuove la collaborazione inter-disciplinare/ inter-settoriale.
- Risponde ad una priorità della popolazione lavorativa (il lavoro di qualità), rafforzandone il coinvolgimento.
- Aumenta la responsabilizzazione consapevole del decisore.

1.5.2. - Obiettivi della VISIO

- Sostenere il potenziale di crescita e di innovazione del sistema produttivo “in salute”, attraverso l'appropriatezza degli strumenti e dei metodi da utilizzare nella prevenzione, nella protezione dai rischi e nelle attività finalizzate a migliorare le condizioni di salute e sicurezza di lavoratori e lavoratrici.
- Fare in modo che le loro peculiari caratteristiche e le diverse condizioni di lavoro determinate dal ruolo di genere, dall'età, dalla provenienza geografica e dalla tipologia di contratto attraverso cui viene erogata la prestazione, divengano variabili da valorizzare e non determinanti indiretti di disuguaglianze di salute.
- Porre attenzione sulla salute delle persone appartenenti al contesto organizzativo. Lo stato di salute non si riferisce solo alla riduzione dei segnali di malattia o di disagio (ad esempio la classica connotazione di rimozione dei rischi), ma anche alla creazione di fattori di **ben-essere**, propriamente valorizzati attraverso programmi strategici umano/organizzativo/aziendale.

1.5.3. - Cos'è la valutazione dell'impatto sulla salute individuale ed organizzativa?

La VISIO è una combinazione di procedure, metodi e strumenti con cui una politica aziendale, un programma o un progetto, possono essere giudicati per i loro potenziali effetti sulla salute di una popolazione lavorativa, nonché per la distribuzione di tali effetti all'interno della popolazione. È progettata per informare e influenzare il processo decisionale e per ridurre le disuguaglianze di salute.

1.5.4. - La VISIO quale contributo alla riduzione delle disuguaglianze di salute

La VISIO mira a ridurre le disuguaglianze di salute, informando il management dei potenziali impatti delle scelte da adottare e consente, di raccomandare eventuali modifiche tali da permettere una più equa distribuzione degli effetti sulla salute.

Ad esempio, un'analisi della popolazione dovrebbe valutare in che modo i gruppi vulnerabili di una popolazione lavorativa (lavoratori con contratti a termine, immigrati e con bassa qualificazione) sono interessati negativamente da una scelta organizzativa. Le priorità e le raccomandazioni della VISIO dovrebbero mirare a 'livellare in alto', ovvero aumentare lo stato di salute dei gruppi della popolazione più vulnerabile.

Quali sono i vantaggi della VISIO?

La VISIO:

- estende la protezione della salute e sicurezza e riduce il carico potenziale di malattia;
- potenzia il coordinamento delle azioni per migliorare la salute in vari ambiti di intervento (raccordando sinergicamente le politiche organizzative, di produzione e quelle di prevenzione dei rischi);
- promuove una maggiore equità nella salute;
- offre la possibilità di ridurre i costi (trasferiti al settore sanitario e/o assicurativo) inerenti le conseguenze sulla salute delle politiche aziendali, trascurate durante la loro pianificazione e sviluppo.

1.5.5. - Che cosa serve per fare la VISIO?

Ci sono una varietà di metodi per intraprendere la VISIO, ma la maggior parte di questi seguono un approccio metodologico step-by-step.

Ogni VISIO è univocamente determinata dalle condizioni contestuali, quali:

- lo stato e la complessità della politica, del programma o del progetto;
- momento in cui la VISIO deve essere intrapresa prima, durante o dopo aver preso le decisioni sulla politica, sul programma o sul progetto;
- la probabilità che si verifichino impatti sulla salute;
- la portata e la gravità degli impatti;
- le risorse disponibili;
- la qualità della base dei dati e la disponibilità dei dati;
- le priorità e gli obiettivi di salute determinati a livello aziendale.

1.5.6. - Quando condurre una VISIO

Idealmente la VISIO dovrebbe essere effettuata all'inizio del processo decisionale, quando considerazioni sulla salute possono ancora influenzare le decisioni in gioco. Nel decidere il momento in cui intraprendere una VISIO, è importante essere chiari su

chi sta prendendo le decisioni fondamentali, nonché sull'individuazione dei punti decisionali chiave nella determinazione di una nuova politica, un programma o un progetto:

- **VISIO in fase di esame iniziale o di stesura della politica di SSL** - Una VISIO prospettica viene effettuata quando una politica, un programma o un progetto sono nella loro fase di sviluppo e le conclusioni e raccomandazioni possono influenzare le decisioni. Questo è il momento ideale per effettuare una VISIO.
- **VISIO in fase di pianificazione** - Una VISIO trasversale avviene mentre la politica, il programma o il progetto sono in fase di attuazione. Questo caso si applica quando la politica, il programma o il progetto sono soggetti a revisione.
- **VISIO in fase di riesame** - Una VISIO retrospettiva viene effettuata su una politica, un programma o un progetto che è già stato attuato. Può essere utile se si prospetta che qualcosa di simile verrà proposto per il prossimo futuro ed è importante imparare dalla precedente esperienza.

1.5.7. - Quali sono i passi necessari per la VISIO?

Analisi iniziale

In modo rapido e sistematico stabilisce se una politica particolare, un programma o un progetto hanno un impatto sulla salute e se è opportuna o necessaria una VISIO.

Approfondimento

Se l'analisi iniziale ha stabilito che la VISIO debba essere effettuata, la fase successiva è l'approfondimento. Questa fase costruisce il progetto della VISIO, istituisce un gruppo di lavoro e produce un piano di lavoro per la VISIO.

Valutazione

La fase di valutazione è la parte principale della VISIO dove sono considerati gli impatti sulla salute, sono raccolte le evidenze e sono formulate le raccomandazioni.

1.6. - IL PERCORSO DELLA VISIO IN DETTAGLIO

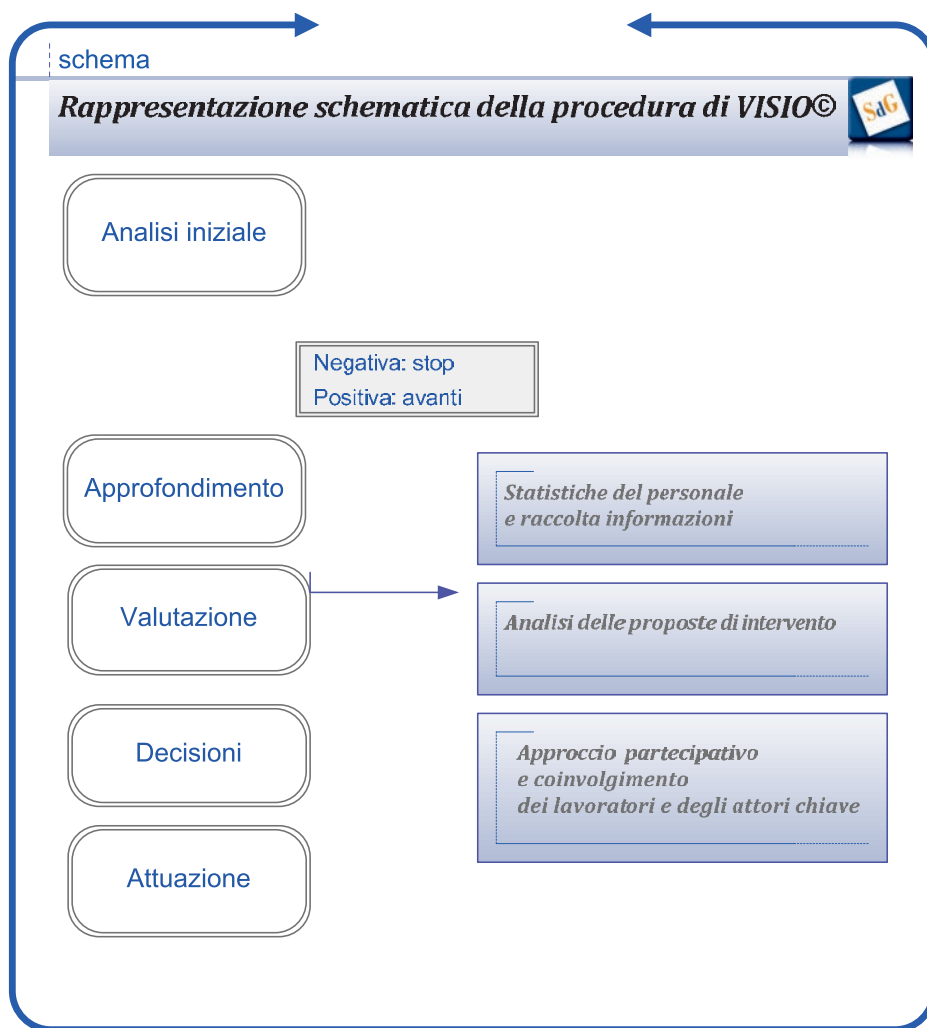
1.6.1. - Come iniziare

- Identificare e utilizzare le competenze e le esperienze esistenti.
- Fare informazione/divulgazione sulla VISIO.
- Decidere il punto di avvio più appropriato.

- **Acquisire conoscenza sulla salute e sui determinanti della salute**

Per iniziare il processo è necessaria una consapevolezza dei principali fattori determinanti della salute nei settori pertinenti. Questa consapevolezza aiuterà a valutare quando una VISIO potrebbe essere opportuna, che ricerca deve essere effettuata, quali competenze possono essere richieste e chi deve essere consultato. Sono sempre più disponibili evidenze che mostrano gli effetti sulla salute di tutte le scelte aziendali.

Figura 1.9 - Rappresentazione schematica della procedura di VISIO©



1.6.2. - Analisi iniziale

Un processo di esplorazione rapido e sistematico stabilisce:

- se una particolare politica, un programma o un progetto ha un impatto sulla salute;
- come una politica può influenzare la salute nelle fasce più vulnerabili della popolazione lavorativa;
- la probabile direzione e gli impatti sulla salute;
- se gli effetti sono di breve o lungo termine e se gli effetti sono diretti o indiretti;
- se vi è la necessità di una valutazione più dettagliata;
- se la VISIO è il modo migliore per affrontare efficacemente la salute e le questioni di equità.

Lo screening dovrebbe essere quanto più semplice possibile. Anche se la decisione non è di fare una VISIO, la proiezione sarà utile perché può aumentare la consapevolezza degli impatti sulla salute tra i decisori e spingerli a prenderli in considerazione in futuro.

1.6.3. - Quali sono i passi necessari per l'analisi iniziale?

La creazione di un nucleo

Si raccomanda che l'analisi venga effettuata, ove possibile, da più di una persona e che siano coinvolti un gruppo di testimoni chiave ed i principali rappresentanti delle funzioni aziendali, incluso l'RLS.

Preparare l'incontro

Prima della riunione potrebbe essere utile:

- distribuire agli interessati un riassunto della descrizione della politica, del programma o del progetto;
- stabilire quali aspetti della politica, del programma o del progetto sono aperti alla negoziazione e quali non lo sono;
- produrre e far circolare un profilo di base delle informazioni rilevanti.

Stabilire l'impatto sulla salute ed i gruppi di popolazione interessati

Nella riunione prevedere una sessione di brainstorming per ottenere i punti di vista degli attori chiave su quali possano essere gli impatti sulla salute e su quali gruppi di popolazione lavorativa potrebbero essere interessati e come. Redigere un elenco delle potenziali ripercussioni sulla salute individuate: si deve tentare di definire delle

priorità al fine di concentrare le scarse risorse disponibili sugli impatti più significativi. Lo strumento dello screening può contribuire a strutturare questa attività.

1.6.4. - Approfondimento

La fase di approfondimento produce il progetto per la VISIO e le modalità di gestione.

Creazione di un gruppo di lavoro

Normalmente viene costituito un gruppo che realizzerà la VISIO. La natura e le dimensioni del gruppo dipendono dalla complessità della politica, dalle risorse disponibili e dal tempo a disposizione per fare la VISIO.

Tentare di ottenere un buon mix di competenze nel gruppo

Potrebbe essere molto utile la presenza dei rappresentanti con accesso ai dati rilevanti. Altre competenze richieste variano a seconda del tipo di politica e dell'approfondimento della valutazione, ma potrebbero includere competenze specialistiche.

Coinvolgere i decisori

Se possibile, ottenere che i principali responsabili della politica o del programma siedano nel gruppo. Se non sono coinvolti i primi responsabili, chiedere loro di nominare i rappresentanti per tenerli aggiornati. La loro partecipazione contribuirà a dimostrare il valore aggiunto della VISIO alla politica, progetto o proposta e renderà più probabile che siano accettate le raccomandazioni per massimizzare la salute.

Spiegare le dimensioni di salute

Non tutti i partecipanti al gruppo direttivo hanno familiarità su come politiche, anche di altre aree, possano incidere negativamente sulla salute e, questo, deve essere spiegato attraverso azioni di sensibilizzazione. Alcuni brevi incontri ad alto livello potrebbero contribuire a favorire la comprensione delle idee che stanno dietro la VISIO e al suo processo.

Chi gestirà il processo di VISIO?

Il gruppo è in grado di decidere. Ci può essere a volte un vantaggio ad avere un consulente o facilitatore esterno. Questa persona potrebbe essere utilizzata per coordinare il processo dall'inizio alla fine o per sovrintendere ad un aspetto.

Chi dovrebbe presiedere il gruppo?

Una VISIO può dar luogo ad opinioni contrastanti, pertanto è molto importante avere una direzione con competenze di facilitazione.

Definire ciò che è oggetto di variazione

Ci possono essere degli aspetti della politica, del programma o del progetto che non sono negoziabili. Questi devono essere chiaramente identificati in via preliminare, in modo da convogliare al meglio le forze per mitigare gli effetti negativi sulla salute.

Avere un piano di lavoro o un cronoprogramma

Bisogna avere un piano di lavoro o un programma concordato con scadenze ben definite e risultati misurabili. Scoprire quali sono i punti chiave delle decisioni, capire quanto tempo ci sia a disposizione per formulare le raccomandazioni e decidere su ciò che possa essere realisticamente raggiunto entro tale data.

1.6.5. - Valutazione

La fase di valutazione è la fase principale della VISIO. Essa include:

Raccogliere le informazioni

Uno dei prodotti principali della fase di valutazione è un insieme di raccomandazioni evidence-based. I metodi utilizzati per raccogliere e analizzare i dati variano a seconda dell'approfondimento della VISIO.

- Statistiche del personale in ottica di genere e/o di intersezionalità e raccolta informazioni.
- Analisi delle proposte di intervento.
- Approccio partecipativo e coinvolgimento dei lavoratori e degli attori chiave.
- Valutare gli impatti sulla salute e stabilirne le priorità.
- Elaborare le raccomandazioni.

1.6.6. - Formulare raccomandazioni per definire gli obiettivi e la pianificazione della salute e sicurezza

Distribuzione degli effetti nella popolazione

Una politica, programma o progetto può avere un impatto positivo, su una parte della popolazione e negativo, su un'altra.

Disuguaglianze di salute

La valutazione deve considerare l'impatto sulla salute sugli strati più vulnerabili della popolazione lavorativa e le raccomandazioni dovrebbero mirare ad aumentare lo stato di salute dei gruppi di popolazione lavorativa meno sani verso quello dei più sani.

2. - L'INTEGRAZIONE DELLA PROSPETTIVA DI GENERE NELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI

2.1. - RIFLESSIONI SULL'INTEGRAZIONE DELLE VARIABILI DI GENERE

Il processo di valutazione dei rischi è alla base dell'implementazione di un SGSL e del suo mantenimento: sia le OHSAS 18001:2007 che le Linee Guida UNI INAIL, prevedono, in fase di pianificazione del Sistema l'identificazione dei pericoli, la valutazione del rischio e la determinazione dei controlli necessari. La valutazione, come specificato dalle OHSAS 18001:2007, deve riguardare tutte le condizioni di lavoro, ordinarie e straordinarie, e, secondo le Linee Guida Uni INAIL, tutte le persone che hanno accesso ai luoghi di lavoro, compresi i *“casi particolari quali nuovi assunti, lavoratori interinali, lavoratrici in gravidanza, puerperio, allattamento, etc.”*⁸.

Il D.Lgs. 81/08 e s.m.i., all'art. 2, recita:

valutazione dei rischi: valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza.

Il Legislatore ha sancito, in merito alla redazione e gestione del Documento di Valutazione dei Rischi, l'*obbligatorietà* per il management aziendale, circa il dover tenere in considerazione (comma 1. dell'art. 28) che:

La valutazione (omissis), anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, (omissis), e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, (omissis), nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro.

L'analisi dei rischi per la salute e la sicurezza nel luogo di lavoro deve essere globale, documentata e finalizzata all'individuazione di adeguate misure di prevenzione e protezione e deve, altresì, tener conto della presenza di eventuali gruppi omogenei di lavoratori che sono esposti a rischi specifici a causa delle loro mansioni o condizioni.

⁸ Il testo citato è ripreso dalle Linee Guida UNI-INAIL 2001, pertanto i termini non sono aggiornati con l'evoluzione normativa sia in materia di SSL che contrattuale; si deve ovviamente intendere che la valutazione deve comprendere tutti i rischi riguardanti le diverse tipologie di lavoratori, così come specificato all'art. 28 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

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

Necessario è, quindi, dotarsi della più adeguata strumentazione per la *valutazione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro in ottica di genere*, rappresentata a livello aziendale dal DVR, senza creare aggravii alle aziende, ma, anzi, ottimizzando i processi in essere e valorizzando gli sforzi compiuti, con il risultato di una riduzione dei costi.

È fondamentale evitare che si producano effetti indesiderati per lavoratrici e/o lavoratori, nel caso di metodologie e presupposti teorici non appropriati, o per l'influenza di luoghi comuni, o di stereotipi.

Il rispetto di tale principio richiede la definizione operativa dei compiti per dare attuazione alle misure di prevenzione e protezione e necessita, altresì, della personalizzazione di tali procedure da parte di soggetti che verranno individuati in base all'organizzazione aziendale. Tale individuazione dovrà portare, di conseguenza, anche ad una specifica formazione dei soggetti individuati (ad esempio di Dirigenti e Preposti).

La normativa si riferisce al Documento di Valutazione dei Rischi, come uno degli elementi di più grande rilevanza dell'intera gestione aziendale e, il datore di lavoro ha l'obbligo di individuare, attraverso adeguati strumenti di analisi e verifica, i rischi presenti nella propria azienda che possano causare danni alla salute dei lavoratori, o compromettere la salubrità del luogo di lavoro.

La personalizzazione del DVR è legata, tra l'altro, all'obbligo di individuare quelle mansioni che eventualmente espongano i lavoratori a rischi specifici e che richiedono riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione e addestramento. È necessario, inoltre, che nel DVR sia indicato se a quelle mansioni sono assegnati donne o uomini, specificando, qualora ciò sia rilevante ai fini della valutazione dei rischi, le loro caratteristiche relative all'età, paese di provenienza, tipologia contrattuale.

La fase di individuazione dei pericoli e la comprensione di come questi agiscano nella realtà organizzativa, è un processo di analisi delle varie fasi lavorative e di ricostruzione dei rapporti tra le varie attività che compongono il lavoro: ciò implica spo-

stare lo sguardo dal generale al particolare, scomponendo il processo di lavoro nelle sue attività basilari. In altre parole, più si osserva da vicino e più è agevole individuare i pericoli, valutare i rischi e effettuare il monitoraggio e, quindi, più è facile agire per la loro rimozione.

Proprio attraverso questo processo di scomposizione e ricomposizione, attraverso uno schema logico, è possibile ricostruire i rapporti che intercorrono tra le varie fasi del processo di lavoro e i rischi derivanti dagli elementi organizzativi (rischi trasversali). Poiché le mansioni lavorative sono attribuite a persone con le loro caratteristiche, sarà opportuno orientare le scelte di prevenzione e rimozione dei rischi, agendo sui fattori di esposizione e tenendo in considerazione proprio queste variabili organizzative di genere.

Un ruolo fondamentale hanno, in questa prospettiva, tutte le informazioni raccolte quotidianamente e nelle attività di monitoraggio. Infatti, il DVR deve essere un documento vivo, utilizzabile quotidianamente, al di là delle scadenze previste dalla legge, nell'ottica del miglioramento continuo.

Ecco il vero spirito del “Sistema di Gestione Aziendale” che mira a garantire non più solo l'adempimento rappresentato da un documento, ma un processo che coinvolge tutti gli attori aziendali in modo cooperativo, partecipato e responsabile.

Per questo è opportuno che si adotti la logica del Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza, indipendentemente dalla sua certificazione.

Il DVR dovrà, quindi, essere semplice, breve, comprensibile, ovvero uno strumento operativo di gestione a disposizione del datore di lavoro e del suo management per organizzare e migliorare gli ambiti relativi alla gestione della sicurezza e della salute.

Il modello e gli strumenti operativi di un DVR che adotti una prospettiva di genere devono, quindi, essere: compatibili e coerenti con le norme, da un lato, e con fattori di innovazione e di miglioramento continuo, dall'altro.

2.2. - MAPPA LOGICA PER LA VALUTAZIONE DEI RISCHI IN OTTICA DI GENERE

Allo stato attuale, per l'assenza di un confronto con uno standard normativo/tecnico che indichi, in modo inequivocabile, quale sia il percorso valutativo da utilizzare per la garanzia dell'universalità, dell'eguaglianza e dell'equità della tutela di lavoratori e lavoratrici, anche tenendo conto delle loro peculiarità, la valutazione dei rischi comporta una marcata soggettività da parte del valutatore nell'attribuire, ai diversi fattori, maggiore o minore rilevanza e, di conseguenza, nel definire le priorità nella programmazione degli interventi da porre in essere.

Le indicazioni e gli strumenti, di seguito illustrati, possono sostenere il datore di lavoro nel modulare l'eventuale eccessiva soggettività del valutatore. Inoltre, la consultazione, o ancor meglio la partecipazione attiva, del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), nonché la raccolta critica dei giudizi soggettivi dei lavoratori e delle lavoratrici, rappresentano un momento decisivo per la integrazione delle conoscenze di quegli aspetti di rischio che sfuggono o sono, a volte, sottovalutati dal management aziendale.

La proposta operativa rivolta ai datori di lavoro, ai consulenti, alle parti sociali e, non ultimo, ai ricercatori, vuole porre le premesse ad esperienze e studi, che possano portare alla luce le evidenze e gli indicatori di genere nell'ambito della prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi sul lavoro. Sarà poi compito degli organismi deputati, addivenire alla definizione degli standard normativi e tecnici.

Gli autori sono consapevoli che il percorso sarà lungo e complesso ma, proprio per questo, si è ritenuto che non fosse più procrastinabile avviare il processo di ricerca e sperimentazione.

Il valore aggiunto del modello di **Mappa logica per la valutazione dei rischi in ottica di genere**⁹, è la sua implementabilità collaborativa e ricorsiva nel tempo, il suo design ipertestuale, la possibilità di essere condivisa e fruibile nel suo insieme o per singoli moduli.

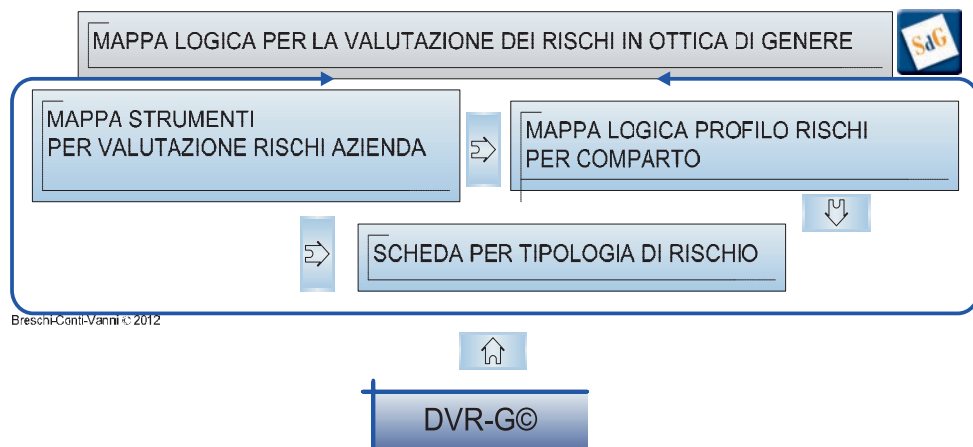
La mappa logica è basata sul principio dell'appropriatezza del metodo di valutazione dei rischi integrato nella prospettiva di genere, e mette a disposizione strumenti accessibili via web, tramite il Portale INAIL.

La mappa logica, pertanto, si compone:

- **della Mappa degli strumenti per la valutazione in ottica di genere dei rischi in azienda;**
- **della Mappa logica in ottica di genere dei rischi per comparto;**
- **delle Schede di rischio in ottica di genere per tipologia di rischio.**

Un complesso, quindi, di indicazioni, informazioni, riferimenti e strumenti per la elaborazione di un DVR che integri la prospettiva di genere: il **DVR-G**.

9 © Chiara Breschi, Paola Conti, Emilia Vanni - 2011-2012.

Figura 2.1 - Mappa logica per la valutazione dei rischi in ottica di genere

Gli strumenti, così come formulati, mettono a sistema il materiale esistente rendendolo immediatamente disponibile, sia per quanto attiene agli studi relativi gli aspetti di genere e, sia alle diverse possibili condizioni specifiche dei lavoratori, in piena attuazione della normativa vigente.

Tali strumenti saranno fruibili sul Portale INAIL; essi saranno collegati l'uno all'altro tramite rimandi (dei link), per agevolare l'informazione e l'utilizzo a chi spetta il compito di effettuare la valutazione dei rischi o vuole approfondire gli aspetti generali dei rischi connessi alla propria attività, ancor prima di affrontare, in modo specifico, la valutazione nell'azienda di proprietà o della quale è consulente.

Essi possono, inoltre, essere utilizzati anche in modo indipendente; infatti, nel caso in cui non sia stata ancora compilata la mappa logica di rischio per il comparto di interesse, sarà comunque possibile consultare le schede di rischio disponibili.

La mappa per comparto e la scheda di rischio, così come concepite, sono quindi, prodotti dinamici, destinati a evolversi e completarsi nel tempo per continuare ad essere attuali e, dunque, utili. Molti temi, infatti, devono essere approfonditi, in quanto la produzione scientifica non è ancora significativa: si pensi, a titolo di esempio, alla correlazione tra determinati rischi e l'incremento dell'età dei lavoratori. Pertanto, al momento della pubblicazione, alcuni campi della mappa e della scheda risulteranno vuoti, proprio per la mancanza di studi su argomenti specifici, relativi a criteri di attendibilità tecnico-scientifica individuati dal gruppo di Ricerca.

Il nostro auspicio è che, in tal modo, i documenti di valutazione dei rischi siano pienamente appropriati alle dimensioni aziendali, e possano essere, al contempo, calati nello specifico processo produttivo con l'effettiva valutazione dei relativi rischi ad esso connessi. Tali documenti, quindi, dovranno essere in grado di approfondire gli aspetti relativi al genere, alla provenienza da diversi paesi, all'età ed alla tipologia di inquadramento contrattuale, e non si dovranno limitare alla redazione di un mero elenco del personale femminile e/o in gravidanza e/o straniero. Tra l'altro, è necessario fare attenzione che i DVR non riportino la tipologia specifica di rischio - il così detto "rischio di genere", definizione impropria e fuorviante, che non trova riscontro nella corretta interpretazione dell'approccio di genere, applicato alla salute e sicurezza sul lavoro.

È pur vero che il processo di valutazione dei rischi, soprattutto nella piccola e media impresa, costituisce spesso per il datore di lavoro, un problema sia dal punto di vista tecnico che economico.

Per sostenere i datori di lavoro in questo complesso compito, il Decreto Interministeriale del 30 novembre 2012, ha previsto le procedure standardizzate per la redazione del DVR ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. 81/08, attraverso le quali, i Datori di Lavoro di aziende che occupano fino a 10 dipendenti, a partire dal 1° luglio 2013, non saranno più in regime di autocertificazione, ma dovranno effettuare la valutazione dei rischi secondo queste nuove procedure, applicabili anche alle aziende fino a 50 lavoratori.

Gli strumenti di seguito presentati, vogliono essere di aiuto per quei Datori di Lavoro che svolgono anche il ruolo di RSPP, agli RSPP e, in generale, a tutti i soggetti coinvolti nel processo di valutazione del rischio.

Essi hanno la finalità di fornire una mappatura di rischi per i vari comparti e per rischi specifici, secondo lo schema del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

2.3. - LA MAPPA LOGICA DEI PROFILI DI RISCHIO PER COMPARTO

La *mappa logica dei profili di rischio per comparto*, composta a regime da quattro sezioni, contiene i dati, le statistiche e gli studi ad oggi disponibili, fornendo un'istantanea dello specifico comparto produttivo, individuato dal codice ATECO- 2007¹⁰.

¹⁰ È stato scelto il riferimento ATECO 2007, in analogia a quanto indicato nel Decreto Interministeriale 30/11/2012, in modo da rendere fruibili gli strumenti proposti per la redazione del DVR secondo le procedure standardizzate.

Tale mappa dispone di più livelli di lettura e di approfondimento: dalla semplice consultazione al reperimento e lettura delle fonti utilizzate per la sua compilazione (enti, istituti di ricerca, università, italiani e stranieri; buone pratiche validate). Nel formato cartaceo, ogni quadro degli strumenti è introdotto da una parte descrittiva con una illustrazione più approfondita delle varie sezioni che, per una migliore fruibilità, sono poi riassunte e corredate da una bibliografia, utile per gli ulteriori approfondimenti. Nel formato web, sarà possibile accedere alle fonti.

Sono di seguito descritte le quattro sezioni.

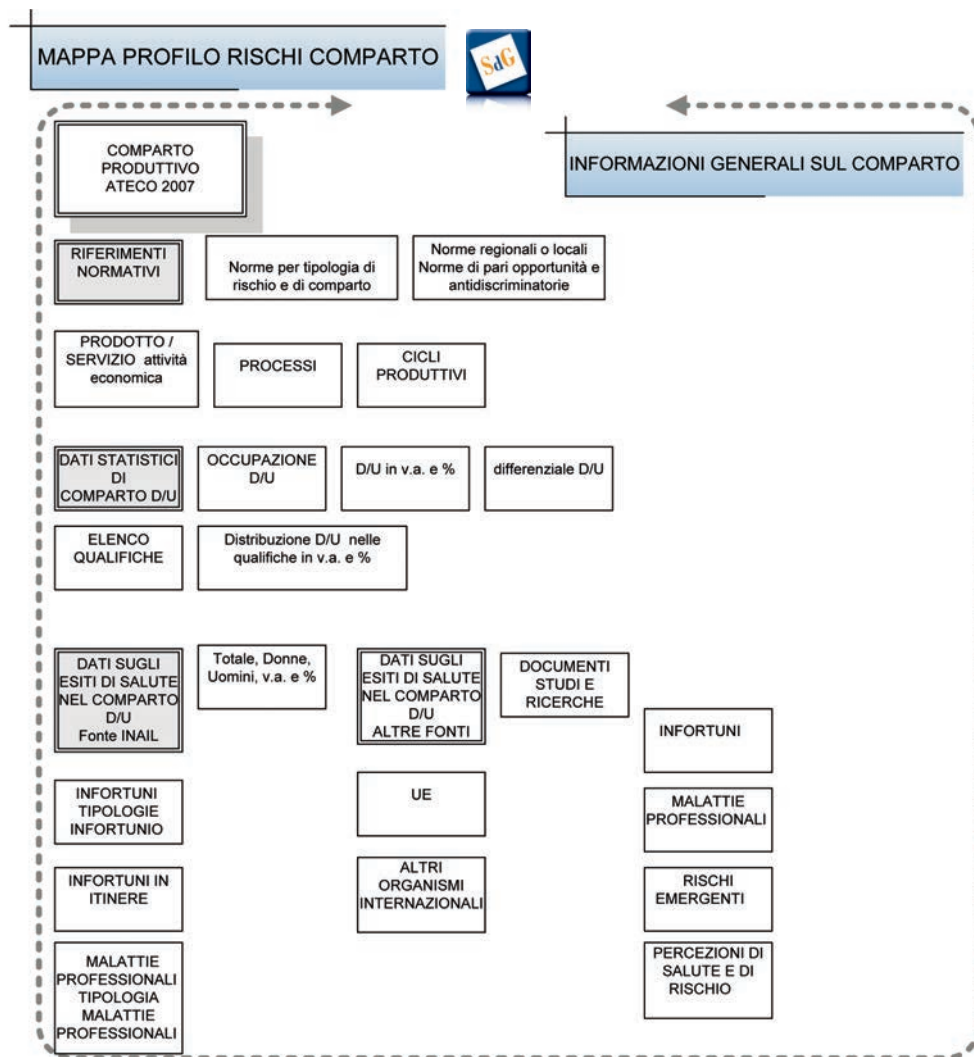
1 Sezione. Comparto produttivo

In questa sezione vengono individuati, con il codice ATECO 2007, il comparto e il settore di attività economica, nonché i riferimenti normativi merceologici, specifici per il comparto (se presenti), eventuali norme relative alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e, infine, i riferimenti alle norme antidiscriminazione e di pari opportunità.

Viene, quindi, descritto il processo produttivo con tutte le sue fasi (è previsto, infatti, un link di approfondimento, dove questo aspetto è trattato in modo più dettagliato, anche tramite flow-chart). È, infine, previsto un campo in cui elencare le attività tipiche del processo, coprendo tutto il ciclo produttivo da materia prima a prodotto finito. Nel caso di un'azienda di piccole o piccolissime dimensioni verranno prese in considerazione le sole attività effettivamente presenti. Tale aspetto, risulta di fondamentale importanza, in quanto è frequente - da parte delle piccole e piccolissime imprese - l'affidamento a terzi di specifiche parti della produzione.

Per meglio comprendere la costruzione dell'intera mappa di comparto, ogni sezione viene indicata al termine di ogni paragrafo. Lo schema completo della mappa è riportato alla fine del presente capitolo.

Figura 2.2 - Comparto produttivo. Mappa profilo rischi comparto

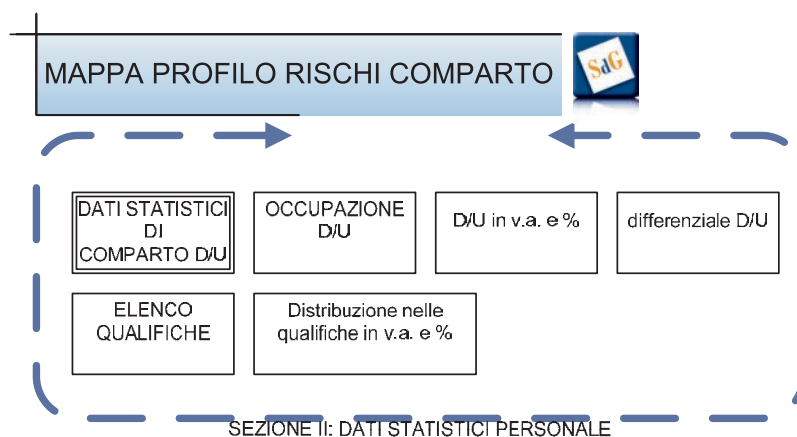


II Sezione. Dati statistici

Per effettuare una corretta valutazione di tutti i rischi, così come previsto dalla normativa vigente, e ancor più, per impostare valide ed efficaci azioni preventive e protettive, è imprescindibile conoscere i dati statistici occupazionali e quelli relativi agli esiti di salute, sia infortunistici che tecnopatologici, nonché tutte le informazioni reperibili sui rischi emergenti e sulla percezione di salute e di rischio.

Questa sezione riporta i dati statistici occupazionali di comparto, distinti per genere, in valore assoluto e in percentuale, con indicazione della distribuzione uomo/donna anche per le qualifiche tipiche.

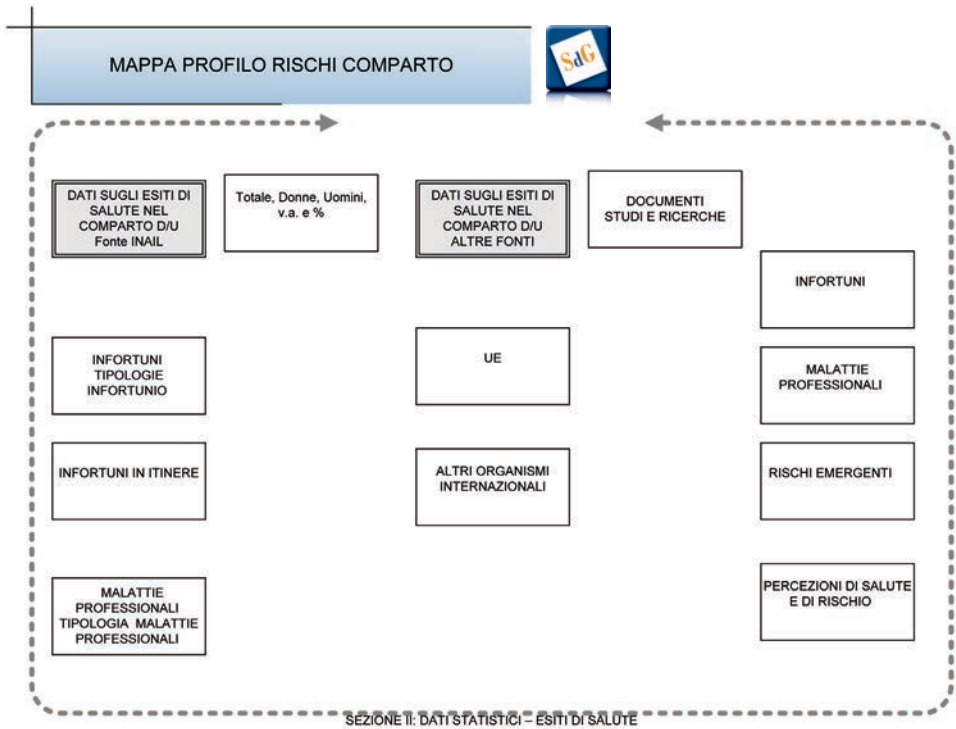
Figura 2.3 - Dati statistici personale - Mappa profilo rischi comparto



Segue, quindi, la parte relativa agli esiti di salute, sempre analizzati per genere, dove sono, in primo luogo riportati i dati relativi agli infortuni compresi quelli in itinere, alle malattie professionali, sia denunciati che riconosciuti dall'INAIL.

Se disponibili, sono poi indicati anche gli esiti di salute provenienti da altre fonti non INAIL (europee ed extraeuropee), con indicazione di eventuali studi e ricerche sui rischi emergenti e di valutazione delle percezioni di salute e di rischio.

Figura 2.4 - Dati statistici esiti di salute - Mappa profilo rischi comparto

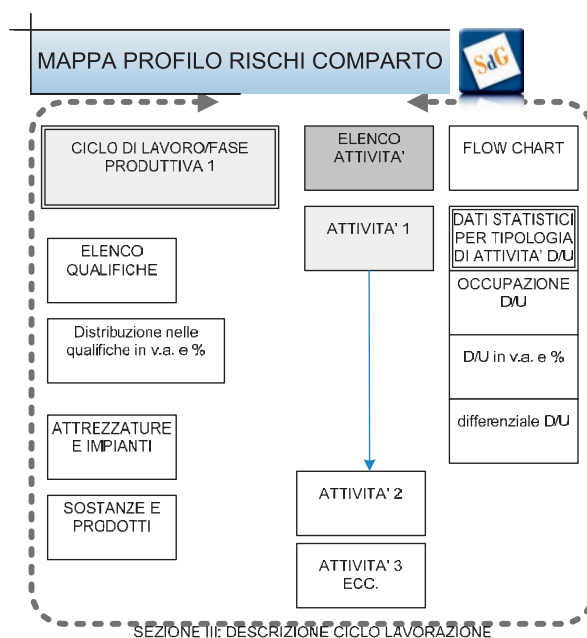


III Sezione. Descrizione del processo lavorativo

In questa sezione viene descritto, in modo più approfondito, il processo lavorativo, schematizzato mediante flow-chart, con indicazione di tutte le fasi e attività che lo compongono. Per ciascuna attività, vengono illustrate le mansioni, con evidenza degli eventuali fenomeni di segregazione sessuale, le qualifiche, anch'esse esaminate per genere (se disponibili), vengono poi forniti i dati statistici sull'occupazione, distinti per genere, sia in valore assoluto che in percentuale.

La descrizione delle attività viene completata con l'elenco delle attrezzature, impianti, sostanze e prodotti tipicamente impiegati.

Figura 2.5 - Descrizione del processo lavorativo - Mappa profilo rischi comparto



IV Sezione. Fattori di rischio, misure preventive e protettive

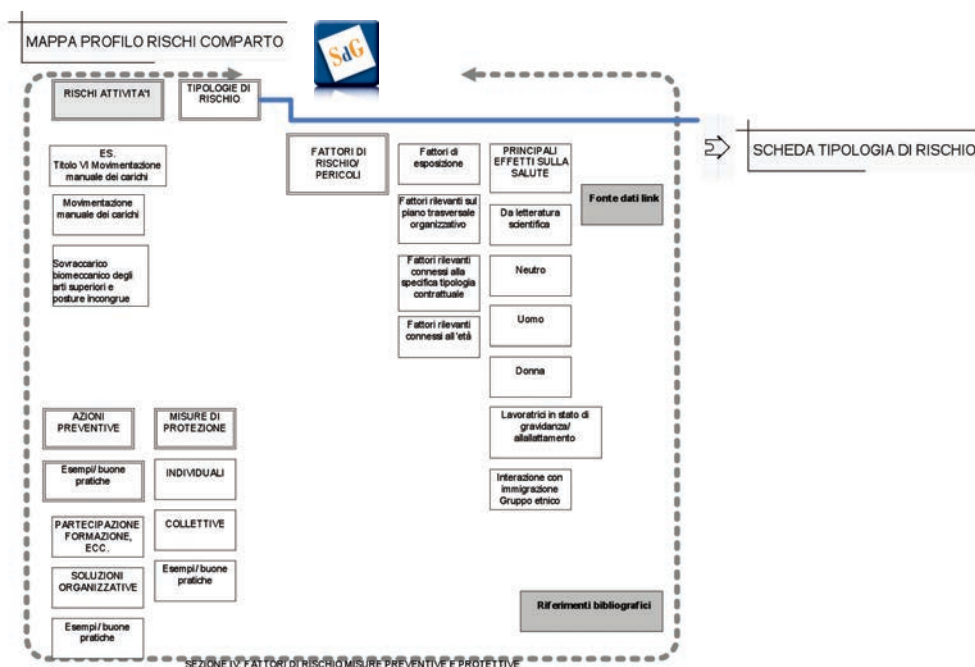
Per ogni attività del processo vengono individuati i tipici fattori di rischio e gli agenti di pericolo, secondo lo schema previsto dal D.Lgs. 81/08, con indicazione dei principali effetti sulla salute, sia dal punto di vista neutro che, se disponibili, con evidenze di effetti in ottica di genere. Particolare attenzione viene data alle condizioni di gravidanza e allattamento, ai fattori e agli effetti legati all'appartenenza a determinati gruppi etnici, nonché alla condizione di lavoratore migrante, alla tipologia contrattuale e all'età. Nelle schede pubblicate sul Portale INAIL sarà presente, per ogni rischio, il collegamento alla specifica scheda di rischio, il cui modello è illustrato di seguito.

La scheda si conclude con l'elenco delle misure di prevenzione usualmente attuate, nonché delle misure protettive, collettive e individuali, che permettono di gestire il rischio residuo.

È previsto, infine, uno spazio per indicare le misure di coinvolgimento dei lavoratori, in quanto una gestione efficace della salute e sicurezza sul luogo di lavoro, non può prescindere dall'impegno di tutti i lavoratori e dal loro coinvolgimento e consultazione, per raccogliere suggerimenti ed osservazioni in merito alla valutazione dei rischi, anche attraverso il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.

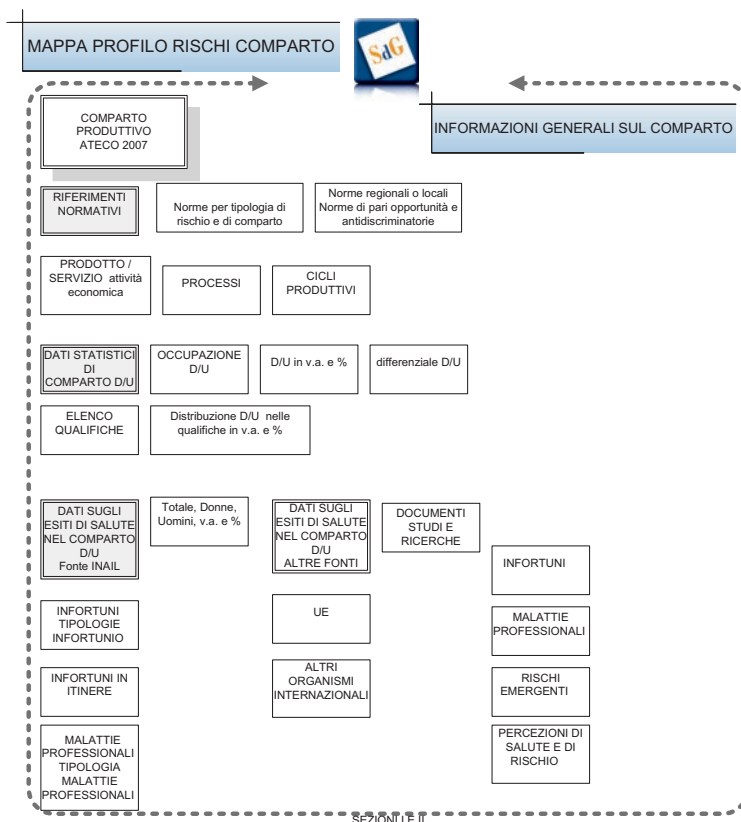
L'indicazione di tutti i riferimenti bibliografici utilizzati per la redazione, chiude, quindi, la mappa.

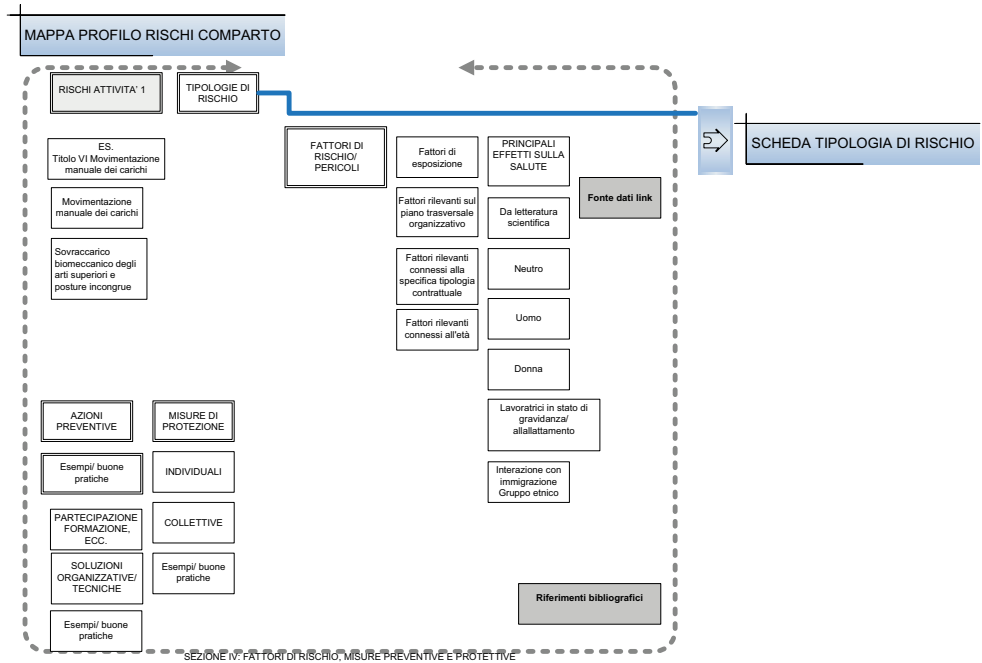
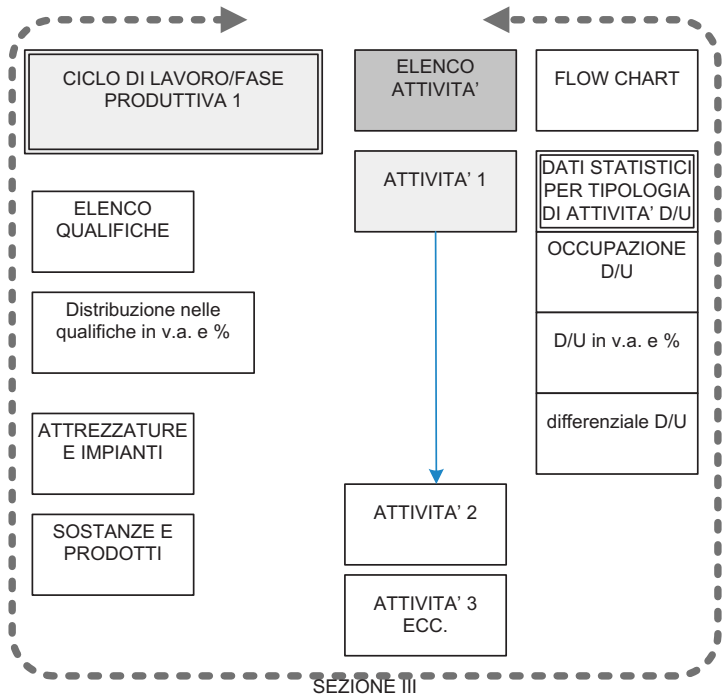
Figura 2.6 - Fattori di rischio, misure preventive e protettive - Mappa profilo rischi comparto



2.3.1. - Quadro riepilogativo

Figura 2.7 - Mappa logica profilo di rischi per comparto





2.4. - SCHEDE DI RISCHIO PER TIPOLOGIA

La scheda di rischio costituisce un utile strumento di supporto alla valutazione del rischio, in quanto illustrazione dello stato dell'arte della produzione scientifica in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, con particolare attenzione alla questione di genere, all'età ed alla provenienza geografica del lavoratore.

Come già detto in premessa, la predisposizione delle schede di rischio è un'attività dinamica che porterà sia alla costruzione di nuove schede all'emergenza di nuovi rischi, sia all'implementazione delle schede già predisposte, parallelamente alla disponibilità di nuove informazioni e di ulteriori dati. Per questo motivo è possibile che, per alcuni rischi, qualche sezione della scheda possa non essere compilata, qualora non siano ancora fruibili informazioni attendibili e/o evidenze scientifiche per quel specifico aspetto.

Anche le schede di rischio, come quelle di comparto, sono disponibili in formato cartaceo ed in formato web. Nel formato cartaceo, i vari aspetti di ciascun rischio sono presi in esame in maniera più approfondita e poi riassunti nella scheda conclusiva. Nel formato web, tramite collegamenti, è possibile accedere a tutte le fonti utilizzate.

Sia nella stesura del formato cartaceo che nella predisposizione della scheda web, è stata posta particolare attenzione all'utilizzo di immagini e di uno stile di comunicazione che eviti stereotipi e, al contempo, contrasti la segregazione/discriminazione su base di genere

Come indicato dal D.Lgs. 81/08, vengono presi in esame tutti i rischi per la salute e la sicurezza, compresi i rischi di tipo organizzativo. I rischi che sono oggetto di 'Titolo Specifico', sono affrontati nell'ordine proposto dal D.Lgs. 81/08, quindi, in primo luogo viene analizzato il rischio da movimentazione manuale dei carichi (Titolo VI), a seguire quello da uso di videoterminali (Titolo VII), quello da esposizione ad agenti fisici (Titolo VIII), a sostanze pericolose - agenti chimici, agenti cancerogeni e mutageni e amianto - (Titolo IX), e, infine, il rischio da agenti biologici (Titolo X). Sono oggetto di analisi, anche il rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori e da posture incongrue, nonché il rischio psico-sociale e le relative problematiche di stress lavoro-correlato. Per gli aspetti di natura infortunistica, dovranno essere predisposte schede specifiche per i rischi correlati alle caratteristiche degli ambienti di lavoro, alle macchine, alle attrezzature ed agli impianti utilizzati sarà il rischio di incendio ed esplosione, oggetto di esame e approfondimento. Altre schede, infine, sono dedicate al rischio determinato dal lavoro a turni e notturno.

2.4.1. - Piano delle schede

Titolo VI Movimentazione manuale dei carichi
Movimentazione manuale dei carichi
Sovraccarico biomeccanico degli arti superiori e posture incongrue
Titolo VII Attrezzature munite di VDT
Titolo VIII
Agenti fisici
Rumore
Vibrazioni
Campi elettromagnetici
Radiazioni ottiche artificiali
Titolo IX Sostanze pericolose
Agenti chimici
Agenti cancerogeni e mutageni
Esposizione all'amianto
Titolo X Agenti biologici
Psico sociale
Stress lavoro correlato
Rischi infortunistici
Caratteristiche luogo di lavoro
Macchine e attrezzature
Impianti
Incendio/esplosione
Incendio/esplosione
ALTRI:
Lavoro notturno
Lavoro a turni

2.4.2. - Descrizione della struttura della scheda

Ciascuna scheda composta da una prima parte introduttiva, al rischio in esame in cui viene riportata la definizione e la descrizione generale e vengono illustrati i dati infortunistici e/o tecnopatici che l'INAIL e/o altre fonti, rendono disponibili.

La sezione successiva contiene indicazioni sulle norme che, a vari livelli - comunitario, nazionale ed eventualmente regionale - regolamentano gli aspetti di salute e sicurezza in relazione allo specifico rischio.

Per ogni rischio, vengono individuate le principali fonti di pericolo e forniti esempi di attività/lavorazione in cui il rischio è significativo.

Particolare attenzione, inoltre, è riservata alla parte relativa agli effetti sulla salute e/o sulla sicurezza: per ciascun rischio sono, infatti, rese disponibili indicazioni per una valutazione che tenga conto delle eventuali differenze nella interazione del lavoratore con il rischio (assorbimento, metabolismo, escrezione, fattori ormonali/costituzionali, esposizioni extralavorative, interfaccia casa-lavoro, orari di lavoro, etc.) in base al genere, con particolare attenzione per la salute della sfera riproduttiva, sia maschile che femminile, ma anche in base all'età ed alla provenienza geografica, nonché alla tipologia di contratto.

Di questi aspetti di diversità si dovrà tenere conto anche nella parte successiva della scheda, in cui sono suggerite le misure di prevenzione da attuare per la rimozione o riduzione del rischio, nonché per la gestione ed il monitoraggio del rischio residuo.

Analogamente a quanto suggerito nella scheda sul comparto, anche nelle schede di rischio vengono proposte azioni di partecipazione, coinvolgimento e consultazione dei lavoratori/lavoratrici.

A conclusione di ciascun scheda, sono riportati i riferimenti bibliografici utili al Datore di Lavoro e/o al RSPP per gli approfondimenti sulla tematica ritenuti necessari.

La struttura della "Scheda di rischio per tipologia" sopra descritta è schematizzata nel modello a seguire (cfr *Infra* Modello 2.1) in cui sono ripercorsi tutti gli aspetti considerati.

Modello 2.1: Format per Scheda di Rischio per Tipologia

Format per Scheda di Rischio per Tipologia			
Introduzione			
			Spazio per immagini
Fenomeni infortunistici/tecno-patici - disaggregati per genere			
Riferimenti normativi			
Fonti di rischio (Esempi)			
Attività 1			
Attività 2			
Attività 3			
<i>N.B. nel riportare esempi e immagini viene adottato uno stile di comunicazione che evita gli stereotipi e contrasta la segregazione-discriminazione su base di genere</i>			
Effetti sulla salute			
Neutro			
Di genere	Uomo	Donna	Gravidanza/puerperio
Età			
Provenienza			
Tipologia contrattuale			
Effetti sulla salute			
Neutro			
Di genere	Uomo	Donna	Gravidanza/puerperio
Età			
Provenienza			
Tipologia contrattuale			
Azioni per il coinvolgimento dei lavoratori e delle lavoratrici			
Riferimenti bibliografici			

2.5. - IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI IN OTTICA DI GENERE

Esistono peculiarità e differenze “bio-psico-sociali” tra uomini e donne nelle condizioni di lavoro che influiscono sulla salute e sicurezza. L’adozione di un approccio neutro, pertanto, contribuisce al perdurare di lacune sul piano delle conoscenze e, a livello di prevenzione, ne riduce l’efficacia.

Pur evidenziandosi un crescente e diffuso aumento di conoscenza e consapevolezza delle cause scatenanti le condizioni di disturbo e danno in ambito lavorativo, è comunque, ancora oggi, diffusa l’attenzione alle fonti di rischio tradizionalmente “oggettivizzate”, più che ai diversi fattori di esposizione interagenti. Ciò è segno non solo di una protratta disattenzione all’analisi e valutazione dei rischi accurata e specifica per genere, ma ancor più di una carente attività informativa, volta a promuovere un’azione costante di prevenzione nei riguardi delle fonti di rischio.

Per questo, una grande opportunità è rappresentata dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., il quale prevede che il processo di valutazione dei rischi debba, obbligatoriamente, tenere conto di diversi elementi legati alla condizione dei soggetti tra cui, in particolare, le specificità rappresentate dalle differenze di genere.

Per la prima volta si prevede esplicitamente di mettere in relazione la valutazione dei rischi con le specificità delle lavoratrici e dei lavoratori, tenendo conto delle variabili relative alla peculiare condizione della popolazione lavorativa.

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

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

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

La piena attenzione verso il genere e la conseguente integrazione in un più ampio approccio metodologico alla valutazione dei rischi, passa attraverso l’esplicitazione di tali istanze nella **Politica Aziendale**. Essa deve far comprendere i principi a cui

s'ispira ogni azione aziendale, deve essere finalizzata alla salute e sicurezza e al benessere di tutti i partecipanti alla vita aziendale e, ad essa, tutti devono attenersi in rapporto al proprio ruolo e alle proprie responsabilità.

Occorre comunque sottolineare come già il legislatore mostri la strada da percorrere ai soggetti responsabili in ambito di SSL attraverso il D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.

Dal testo, infatti, emergono con chiarezza alcuni principali indicatori di tale scelta, come l'introduzione dell'**obbligo di individuazione delle procedure** e la loro collocazione nel documento di valutazione dei rischi; la precisione nel definire il **ruolo del dirigente e del preposto, nonché l'inserimento nel DVR stesso dell'organigramma aziendale** in tema di sicurezza. Ma il cardine centrale del nuovo modello di valutazione dei rischi è dato dall'introduzione della "**peculiarità della condizione**" dei lavoratori che, riconducendosi a un piano prettamente operativo, viene evidenziata attraverso la suddivisione dei lavoratori in **gruppi omogenei a seconda delle mansioni assegnate**. Ne consegue che a ogni gruppo apparterranno, pertanto, lavoratori che svolgono analoghe attività e utilizzano attrezzature/macchine/sostanze simili e, quindi, lavoratori esposti ad una stessa tipologia di rischio. **Ogni gruppo omogeneo dovrà, poi, essere suddiviso in base al genere, al fine di evidenziare eventuali peculiarità di esposizione ai rischi.**

In definitiva, il vero quid che distingue il metodo tradizionale di affrontare il tema sicurezza in azienda, rispetto all'approccio improntato sull'appropriatezza, è costituito dall'abbandono di un modello di valutazione dei rischi generalista, quand'anche orientato all'ottica di genere, in favore di una valutazione personalizzata, ritagliata per ogni gruppo omogeneo di lavoratori, attenta al singolo lavoratore/lavoratrice in caso di unicità dell'esposizione di un particolare fattore di rischio.

2.5.1. - Mappa degli Strumenti per l'integrazione di genere del DVR

Con questo obiettivo è stato elaborato un processo integrato di valutazione dei rischi che, partendo dalla letteratura e dall'esperienza consolidata in ambito nazionale - nello specifico con le Linee guida per i sistemi di gestione della sicurezza a cura di UNI-INAIL- e a livello europeo con le OHSAS 18001, propone un **approccio basato sull'analisi dei dati, in grado di restituire una fotografia reale degli esiti di salute di ogni ambito produttivo considerato.**

Tali dati - opportunamente elaborati e disaggregati per genere - costituiranno la base per l'identificazione di specifici ambiti di attenzione per la prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi.

A supporto di una tale metodologia è stata avviata l'implementazione delle già illu-

strate **Mappe e Schede di Rischio** in ottica di genere, elaborate per specifici comparti e per tipologia di rischio. In tali schede, sono evidenziati i principali fattori di rischio, gli effetti sulla salute in relazione alle eventuali differenze di genere, oltre alle possibili azioni di miglioramento e di monitoraggio.

La stessa prevenzione e la riprogettazione dei luoghi di lavoro, devono essere improntate alla capacità di intervenire con provvedimenti differenziati, secondo le peculiarità uomo/donna, nell'ottica di migliorare le condizioni dell'organizzazione, dei luoghi e delle postazioni di lavoro, tenendo in considerazione le specificità di genere.

Nella stessa ottica di specificità degli interventi a salvaguardia della SSL, anche le modalità di prescrizione di regole, procedure e norme di comportamento, dovranno seguire regole di peculiarità, essere mirate a specifici obiettivi e formulate secondo criteri di priorità. In sintesi, la sicurezza sui luoghi di lavoro non si raggiunge prevedendo e prescrivendo tutte le conosciute forme di tutela e protezione, ma solamente quelle utili per ogni specifica mansione/attività, dopo un'attenta analisi dei rischi che considera le possibili specificità legate al genere.

Processo di valutazione dei rischi in ottica di genere - Sintesi

Acquisizione dati generali azienda

1. Dati identificativi ed ubicazione

Individuazione soggetti responsabili ai fini della sicurezza (DdI, RSPP, Medico Competente etc.).

Dati relativi alla popolazione lavorativa (genere, età, provenienza geografica, tipologia contrattuale).

2. Descrizione attività lavorativa

- Layout aziendale.
- Tipologia di attività/descrizione del ciclo produttivo.
- Personale impiegato suddiviso per genere (D/U) e mansioni/attività svolte, dando evidenza di eventuali ed immotivati fenomeni di segregazione in base al genere, all'età, nazionalità, tipologia contrattuale.
- Elenco macchine, attrezzature e sostanze utilizzate.

3. Verifica documentazione struttura

- Agibilità.
- Eventuale CPI.
- Dichiarazioni di conformità, impianti tecnici e speciali.

4. Misure di tutela

- Definizione interventi per l'eliminazione/riduzione dei rischi, evidenziando come, eventualmente, le azioni tengono in considerazione i diversi gruppi di lavoratori suddivisi per genere (D/U).
- Programmazione di misure permanenti di prevenzione/protezione dai rischi, evidenziando come, eventualmente, le azioni tengono in considerazione i diversi gruppi di lavoratori suddivisi per genere (D/U).
- Monitoraggio continuo in ottica di genere.

5. Sopralluoghi per identificazione Rischi

- Identificazione e quantificazione rischi per la SSL (Fisico, Chimico, Biologico, Stress Lavoro-Correlato, etc.), evidenziando una eventuale incidenza di fattori di rischio a carico di lavoratori suddivisi per genere (D/U).
- Identificazione lavoratori esposti suddivisi tra D/U.
- Interviste ai lavoratori ponendo l'attenzione su evidenze riscontrate dai lavoratori circa incidenza infortuni/MP in ottica di genere.
- Verifica registro infortuni, analizzando eventuali diversità nella incidenza di infortuni/MP tra D/U.

6. Verifica documentazione in ambito SSL

- Dichiarazioni di conformità macchine/attrezzature.
- Caratteristiche/liste distribuzione DPI: verificare che nella scelta dei DPI si sia tenuto conto delle differenze fisiologiche e morfologiche tra D/U e donne e uomini non medi.
- Schede di sicurezza sostanze e preparati: verificare che nella scelta delle sostanze utilizzate nei cicli produttivi si sia tenuto conto di eventuali sensibilità specifiche all'esposizione da parte dei lavoratori donne o uomini.
- Formazione/informazione/addestramento in ottica di genere.
- Registro Infortuni: verificare diversità di incidenza di infortuni e/o malattie professionali a carico di D/U.
- Piano di Emergenza: attenzione alle peculiarità culturali e linguistiche.

2.6. - IL PROCESSO E LA REDAZIONE DEL DVR-G: MAPPA DEGLI STRUMENTI

Il processo di valutazione dei rischi in azienda e l'utilizzo degli strumenti complementari, vengono di seguito descritti, partendo dal processo classico e standardizzato.

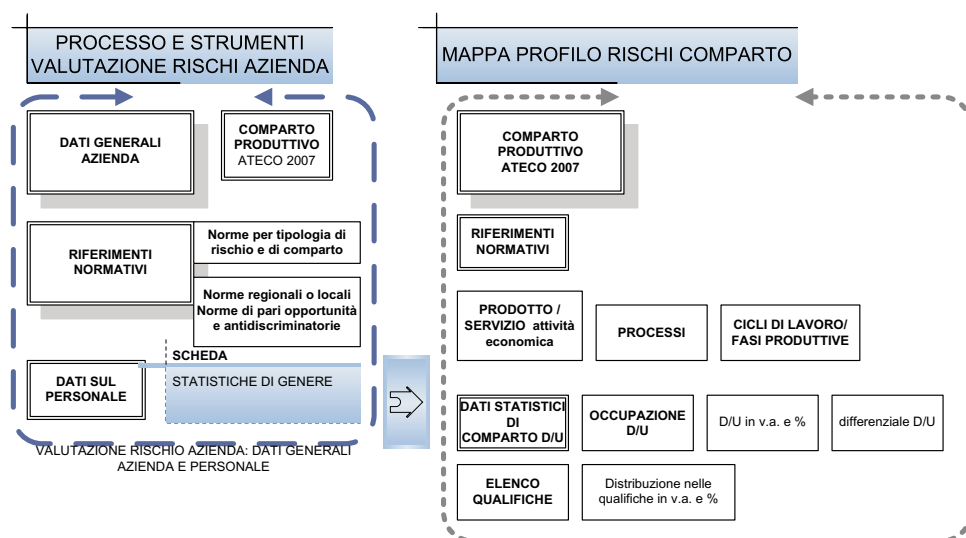
Gli schemi logici, qui illustrati, permettono di comprendere come la mappa degli strumenti per la valutazione in azienda è correlabile di volta in volta alla mappa di comparto e alla scheda di rischio.

Il processo di valutazione e di redazione del DVR viene descritto per macro-fasi.

1. Acquisizione dati generali azienda

- Dati identificativi ed ubicazione.
- Individuazione soggetti responsabili ai fini della sicurezza (Ddl, RSPP, Medico Competente, etc).
- Dati relativi alla popolazione lavorativa (genere, età, provenienza geografica, tipologia contrattuale).

Figura 2.8 - Fattori di rischio, misure preventive e protettive - Mappa profilo rischi comparto



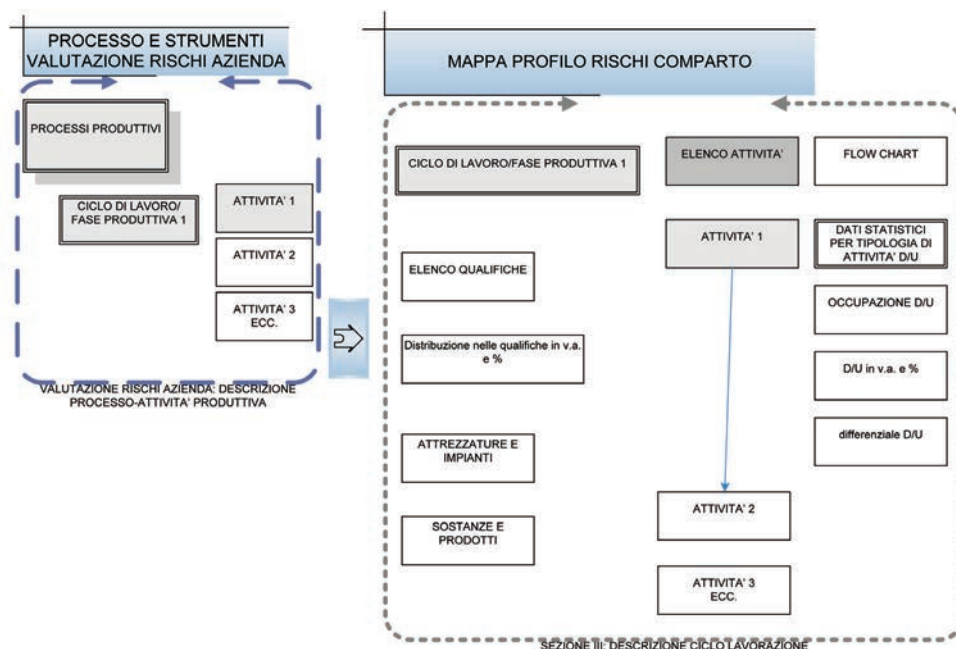
2. Descrizione processo e attività lavorativa

- Layout aziendale;
- Tipologia di attività/descrizione del ciclo produttivo;
- Personale impiegato suddiviso in D/U e mansioni svolte, evidenziando attività svolte prevalentemente da donne o da uomini ed eventuali e immotivati fenomeni di segregazione su base di genere (anche per età, nazionalità, tipologia contrattuale);
- Elenco macchine, attrezzature e sostanze utilizzate.

3. Verifica documentazione struttura

- Agibilità;
- Eventuale CPI;
- Dichiarazioni di conformità impianti tecnici e speciali.

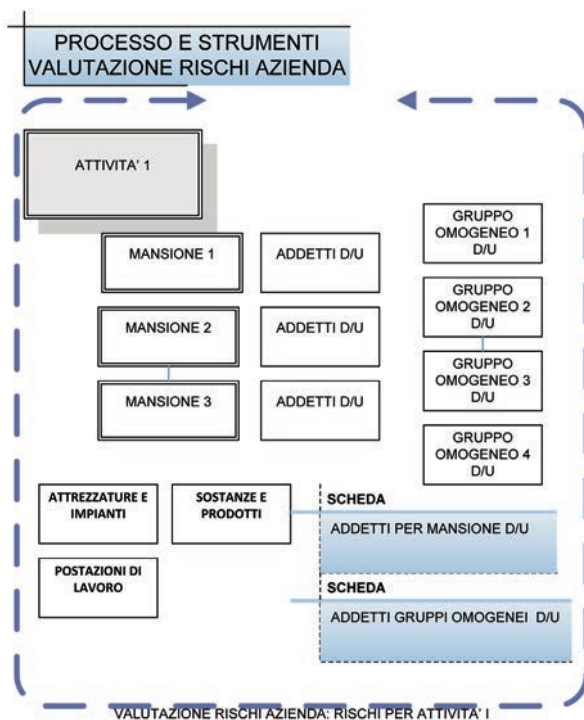
Figura 2.9 - Descrizione processo-attività lavorativa



4. Sopralluoghi per identificazione Rischi

- Identificazione e quantificazione rischi per la SSL (Fisico, Chimico, Biologico, Stress Lavoro-Correlato, etc.): evidenziare una eventuale incidenza particolare di fattori di rischio a carico di lavoratori D/U;
- Identificazione lavoratori esposti suddivisi tra D/U;
- Interviste ai lavoratori: porre l'attenzione su evidenze riscontrate dai lavoratori circa incidenza infortuni/MP in ottica di genere;
- Verifica registro infortuni: analizzare eventuali diversità nella incidenza di infortuni/MP tra D/U.

Figura 2.10 - Valutazione rischi per attività



2.6.1. - Prospettive di genere nell'analisi dei Pericoli

La metodologia proposta per la valutazione dei rischi tiene conto dei contenuti specifici del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. ed è quella più comunemente adottata. In particolare, viene valutata la probabilità (P) di ogni fattore di rischio analizzato (con gradualità 1.improbabile, 2.possibile, 3.probabile, 4.molto probabile) e la sua magnitudo (D) (con gradualità 1.lieve, 2.modesta, 3.grave, 4.molto grave), rappresentati in forma di matrice per una valutazione semi-quantitativa.

Matrice di Valutazione del Rischio: $R = P \times D$

P = probabilità	4				
	3				
	2				
	1				
		1	2	3	4
		D = danno			

Dalla combinazione dei due fattori è possibile ricavare l'entità del rischio con gradualità:

1. molto basso	2. basso	3. medio	4. alto
----------------	----------	----------	---------

Le azioni da intraprendere sono quindi programmate in funzione del livello di rischio.

Qualora previsto dal D.Lgs. 81/08, viene indicato il riferimento allo specifico documento di valutazione del rischio.

Sin qui l'impostazione usualmente adottata nella maggior parte dei DVR; ma in un'ottica di analisi per genere, provenienza geografica, tipologia contrattuale ed età, potranno essere prodotte più combinazioni della matrice, in base alla diversa pericolosità di uno stesso fattore di rischio o alla diversa esposizione.

Nella scheda "*Pericolo-D/U*"-vedi **Mappa strumenti per la valutazione rischi azienda** - che diviene, quindi, aggiuntiva rispetto allo schema classico, sarà quindi indicata l'entità del danno "D"; qualora differenziabile in base al genere

(aspetto desumibile dalle schede di rischio e dalle mappe di comparto), saranno specificati i due valori (differenziati per D/U).

La probabilità di esposizione specifica viene riportata nella scheda “Esposizione D/U”; la o le combinazione/i dei due fattori, pericolo ed esposizione, esprimente l’entità del rischio, viene quindi indicata nell’omonima sezione. La sezione “Rischio per la salute” viene completata nei casi in cui il pericolo costituisca, oltre che un rischio per la sicurezza, anche un rischio per la salute (può essere indicato anche l’opportuno riferimento alla mappa di comparto od alla scheda di rischio). Questa sezione è significativa in particolar modo per la valutazione del rischio da esposizione a sostanze pericolose: al comma 2 dell’art. 223 del D.Lgs. 81/08¹¹ è infatti previsto che il DVR si esprima anche in relazione alla pericolosità per la salute della sostanza pericolosa valutata.

La sezione “*Fattori rilevanti sul piano trasversale organizzativo*” viene compilata nei casi in cui il fattore di rischio in esame derivi da aspetti organizzativi, gestionali o, comunque, connessi alla organizzazione del lavoro e delle mansioni, e che richieda pertanto misure di prevenzione generali. Nelle ultime tre sezioni, “*Fattori rilevanti connessi alla specifica tipologia contrattuale*”, “*Fattori rilevanti connessi all’età*”, “*Fattori rilevanti connessi alla provenienza*” e “*Lavoratrici in stato di gravidanza/allattamento*”, saranno indicati gli eventuali riferimenti alla scheda di rischio e verranno riportate delle note relative alla valutazione della specifica situazione aziendale.

Le azioni da intraprendere per la realizzazione di un piano di miglioramento, terranno conto sia dell’entità del rischio, così come calcolata in modo semiquantitativo nella specifica colonna tenendo conto del “*Pericolo-D/U*”, sia degli eventuali fattori connessi alla tipologia contrattuale, all’età, alla provenienza geografica ed alla presenza di donne in gravidanza o in allattamento.

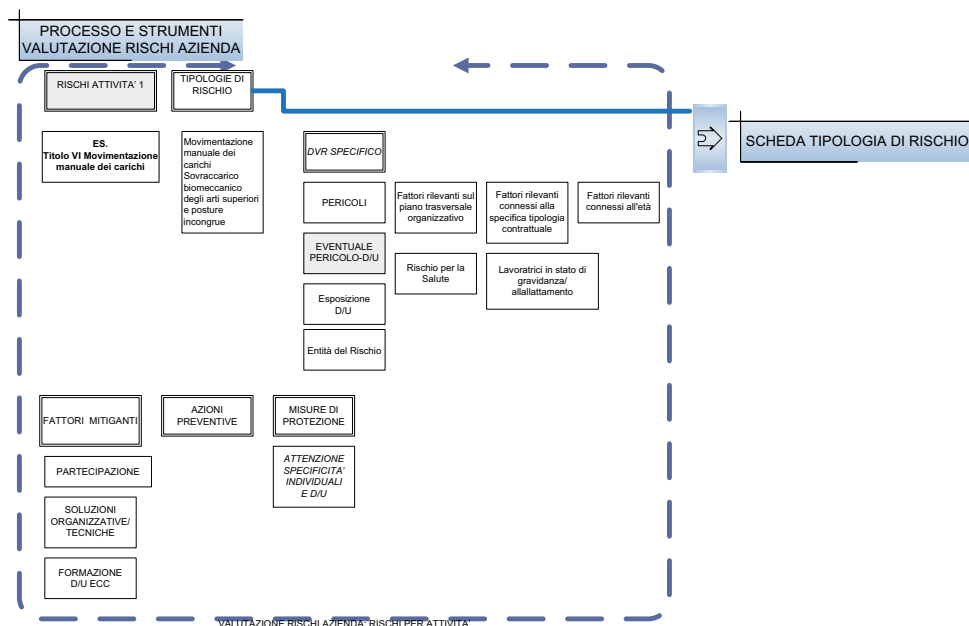
5. Misure di tutela

- Definizione di interventi per l’eliminazione/riduzione dei rischi: evidenziare come, eventualmente, le azioni tengono in considerazione i diversi gruppi di lavoratori D/U.

¹¹ D.Lgs. 81/08 e s.m.i., Art. 224 Misure e principi generali per la prevenzione dei rischi: ...2. Se i risultati della valutazione dei rischi dimostrano che, in relazione al tipo e alle quantità di un agente chimico pericoloso e alle modalità e frequenza di esposizione a tale agente presente sul luogo di lavoro, vi è solo un rischio basso per la sicurezza e irrilevante per la salute dei lavoratori e che le misure di cui al comma 1 sono sufficienti a ridurre il rischio, non si applicano le disposizioni degli articoli 225, 226, 229, 230.

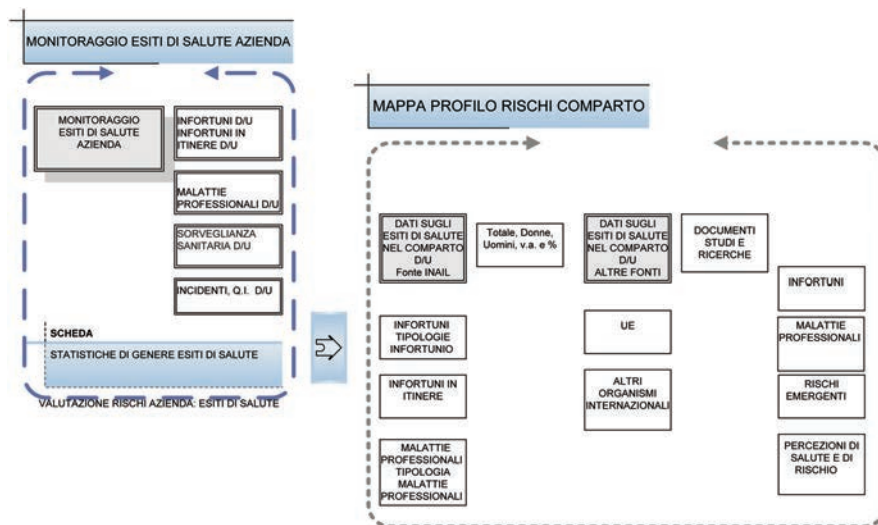
- Programmazione di misure permanenti di prevenzione/protezione dai rischi: evidenziare come, eventualmente, le azioni tengono in considerazione i diversi gruppi di lavoratori D/U.
- Monitoraggio continuo in ottica di genere.

Figura 2.11 - Monitoraggio esiti di salute azienda



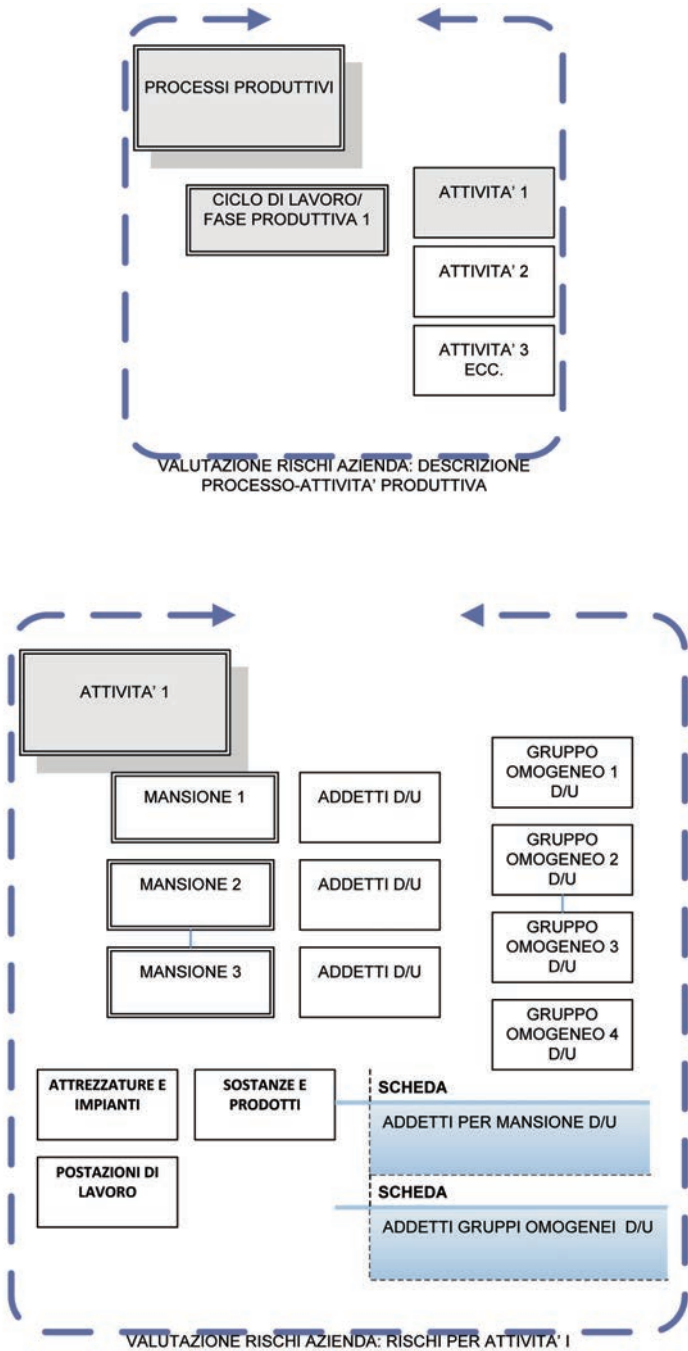
6. Verifica documentazione in ambito SSL

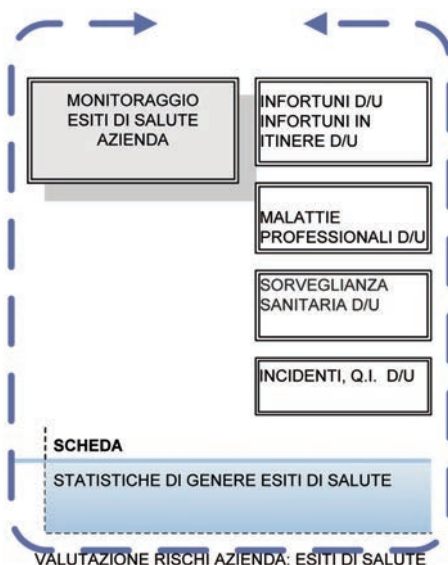
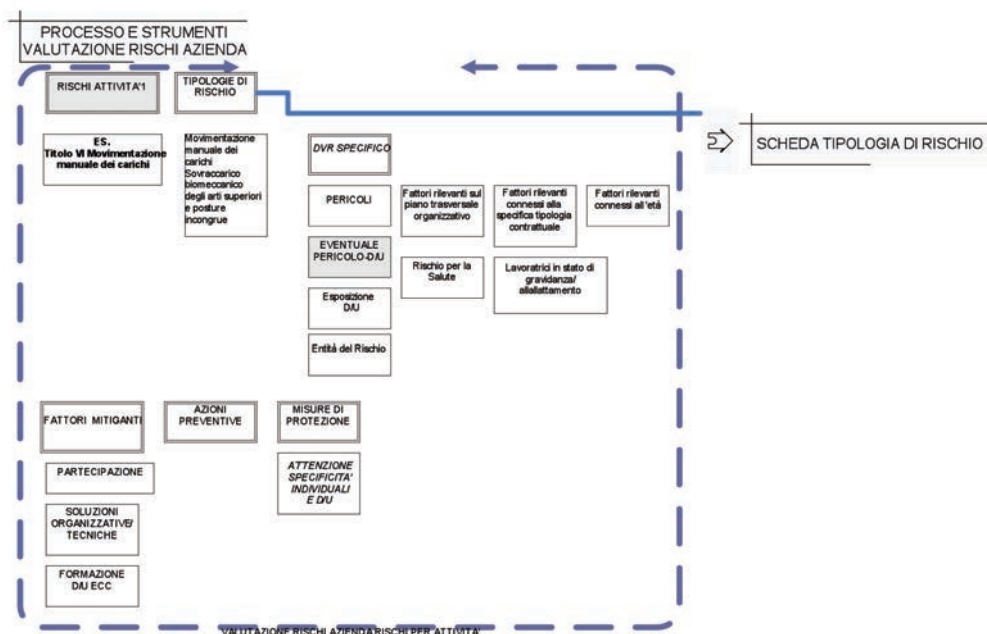
- Dichiarazioni di conformità macchine/attrezzature.
- Caratteristiche/liste distribuzione DPI: verificare che nella scelta dei DPI si sia tenuto conto delle differenze fisiologiche e morfologiche tra D/U e donne e uomini non medi.
- Schede di sicurezza sostanze e preparati: verificare che nella scelta delle sostanze utilizzate nei cicli produttivi si sia tenuto conto di eventuali sensibilità specifiche all'esposizione da parte dei lavoratori donne o uomini.
- Formazione/informazione/addestramento in ottica di genere.
- Registro Infortuni: verificare diversità di incidenza di infortuni e/o malattie professionali a carico di D/U.
- Piano di Emergenza.



2.6.2. - Quadro riepilogativo: MAPPA STRUMENTI VALUTAZIONE RISCHI AZIENDA







2.7. - L'EVIDENZA DEL PROCESSO DI INTEGRAZIONE DELLA PROSPETTIVA DI GENERE: IL DVR-G

Con l'obiettivo di agevolare il lavoro dei diversi attori della prevenzione e del management, sono stati elaborati strumenti operativi e indicazioni di metodo di lavoro, nel corso della stesura del DVR.

Gli strumenti vengono segnalati nell'indice esemplificativo del DVR e saranno riportati nel *tool* accessibile sul Portale INAIL.


Nel caso in cui, a parere degli autori, si è rivelato più vantaggioso elaborare strumenti, questi sono stati proposti; qualora il fornire indicazioni puntuali avrebbe potuto rappresentare un aggravio o una limitazione alla specifica possibilità di sperimentare ed innovare autonomamente, caso per caso, ci si è limitati ad inserire una segnalazione.


Questa modalità intende implicitamente affermare che ci sono molti modi appropriati ed efficaci di prendere in considerazione l'attenzione al genere nei diversi contesti e che le diverse organizzazioni potranno produrre buone pratiche. Queste, nelle forme e modalità idonee, potranno essere valorizzate e diffuse, attraverso canali istituzionali, professionali e comunicativi in senso ampio.


Dopo aver presentato la **Mappa degli Strumenti per l'integrazione di genere del DVR**, un quadro logico che intende offrire una visione d'insieme non solo degli strumenti, ma dello stesso processo di valutazione dei rischi in ottica di genere, viene riportato l'indice esemplificativo del DVR stesso che, grazie all'integrazione di genere potrà, con l'adozione della metodologia e degli strumenti proposti, essere definito **DVR-G, al fine di dare evidenza dell'avvenuta integrazione.**


Di seguito, vengono riportate indicazioni generali e semplificate per le imprese con meno di 50 dipendenti, in coerenza con le Procedure standardizzate.


2.7.1. - Format DVR Integrato (DVR-G©)


INDICE DVR	 DVR integrato: DVR-G©	STRUMENTI
PREMESSA		
1 - DATI GENERALI		
1.1 IDENTIFICAZIONE AZIENDA		
1.2 DESCRIZIONE AZIENDA		
ACQUISIZIONE DATI GENERALI AZIENDA Nome Ragione Sociale Ubicazione		
Soggetti responsabili SSL	SPECIFICARE D/U	
1.2.1 Descrizione del ciclo produttivo		
1.2.2 Schema a blocchi del processo/i		
1.2.3 Reparti e mansioni	SPECIFICARE D/U	Scheda 1 DVR
1.3 ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA		
1.3.1 Politica della Sicurezza Aziendale	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale SPECIFICARE l'integrazione della politica di SSL con la politiche aziendali, in particolare la politica di gestione e valorizzazione delle risorse umane: attenzione al genere, al diversity management, alle politiche antidiscriminatorie, ecc.	
1.3.2 Ruoli e Organizzazione del Sistema di Sicurezza Aziendale (Organigramma SSA)	SPECIFICARE D/U SPECIFICARE come avviene l'integrazione del SSA con i ruoli e i processi strategici dell'organizzazione	Scheda 2 DVR
1.3.3 Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP)	SPECIFICARE D/U	
1.3.4 Comunicazione interna e riunioni	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
1.3.5 Sorveglianza Sanitaria	SPECIFICARE attenzione al genere, età paese di provenienza, tipologia contrattuale	Scheda 3 DVR

INDICE DVR	 DVR integrato: DVR-G©	STRUMENTI
1.3.6 Monitoraggio Infortuni e malattie professionali	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	Scheda 4 DVR
1.3.7 Informazione e Formazione	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	Scheda 5 DVR
1.3.8 Gestione delle Emergenze		
1.3.9 Attività di manutenzione progettazione di nuovi impianti	Inserire le specifiche tecniche modulate per donne e uomini non medi	
1.3.10 Audit interni e sistema premiante	Specificare come il sistema premiante si pone obiettivi di SSL	
1.3.11 Lavori in appalto		
2 VALUTAZIONE DEI RISCHI		
2.1 CRITERI ADOTTATI PER LA VALUTAZIONE E PER LA COMPILAZIONE DEL DOCUMENTO	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
2.1.1 Metodo di lavoro	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
2.1.2 Acquisizione delle informazioni	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
2.1.3 Risultati delle statistiche infortuni e malattie professionali	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	Scheda 6 DVR
2.1.4 Identificazione dei pericoli e criterio di valutazione dei rischi	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
2.2 VALUTAZIONE DEI RISCHI DI INFORTUNIO		
2.2.1 Elenco strutture ed impianti (suddivisi per reparto/area)	verifica di congruità con utilizzo da parte di donne e uomini e donne e uomini non medi	
2.2.2 Elenco macchine ed attrezzature in uso ai lavoratori fisse, mobili e portatili (suddivise per reparto/area)	verifica di congruità con utilizzo da parte di donne e uomini e donne e uomini non medi	

INDICE DVR	 DVR integrato: DVR-G©	STRUMENTI
2.2.3 Elenco mezzi di sollevamento e mezzi trasporto interno delle merci (anche non semoventi)	verifica di congruità con utilizzo da parte di donne e uomini e donne e uomini non medi	
2.2.4 Materiali pericolosi (caldi, freddi; appuntiti; taglienti.)		
2.2.5 Sostanze e preparati pericolosi (relativi all'uso delle attrezzature)		
2.2.6 Individuazione dei pericoli per la sicurezza dei lavoratori	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
2.2.7 Individuazione dei rischi specifici presenti in azienda impiegando la metodologia ed i criteri dichiarati	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
2.2.8 Espressione del giudizio di rilevanza sui rischi individuati impiegando la metodologia/descrizione delle misure di prevenzione e protezione attuate o programmate per eliminare o ridurre il livello dei rischi determinati in conseguenza della valutazione della metodologia ed i criteri dichiarati	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
2.3 VALUTAZIONE DI RISCHI SPECIFICI O GIÀ NORMATI	VEDI SCHEDE DI RISCHIO	
2.3.1 Rischio rumore	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	
2.3.2 Rischio vibrazioni	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	
2.3.3 Rischio movimentazione manuale dei carichi	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	

INDICE DVR	 DVR integrato: DVR-G©	STRUMENTI
2.3.4 Rischio movimenti ripetitivi degli arti superiori	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	
2.3. 5 Rischio chimico	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	
2.3.6 Rischio Incendio	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	
2.3.7 Rischio esplosione (ATEX)	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	
2.3.8 Rischio biologico	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	
2.3 VALUTAZIONE DI RISCHI SOCIO-ORGANIZZATIVI	VEDI SCHEDE DI RISCHIO	
2.3.2 Rischi psicosociali e stress lavoro-correlato	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
2.3.3 Lavoro notturno	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
2.4 ALTRI RISCHI	VEDI SCHEDE DI RISCHIO	
2.4.1 Rischi derivanti da utilizzo dei Videoterminali	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	
2.4.2 Rischi derivanti da presenza di campi elettromagnetici	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	
2.4.3 rischio radiazioni ottiche artificiali	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	
2.4.4 rischi connessi all'esposizione all'amianto	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	
2.4.5 Rischi per lavoratrici in stato di gravidanza	VEDI SCHEDA DI RISCHIO	
2.5 NORMATIVA DI RIFERIMENTO	VEDI SCHEDE DI RISCHIO	
2.6 ESITO DELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
2.6.1 Gruppi di lavoratori esposti a rischi specifici	SPECIFICARE D/U	Scheda 7 DVR
3 MISURE DI PREVENZIONE	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	

INDICE DVR	 DVR integrato: DVR-G©	STRUMENTI
3.1 IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE DA ADOTTARE	SPECIFICARE attenzione al genere, età paese di provenienza, tipologia contrattuale	
3.1.1 Misure di prevenzione identificate	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
3.2 INFORMAZIONE E FORMAZIONE	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
3.2.1 Modalità dell'informazione e della formazione	SPECIFICARE attenzione al genere, età, paese di provenienza, tipologia contrattuale	
3.2.2 Informazione e formazione di base ai lavoratori neoassunti	TENERE CONTO di eventuali variabili legate al genere	
3.2.3 Formazione lavoratori e per cambio mansione	TENERE CONTO di eventuali variabili legate al genere	
3.2.4 Formazione ai Datori di Lavoro e ai Dirigenti	TENERE CONTO di eventuali variabili legate al genere	
3.2.5 Formazione ai Preposti	TENERE CONTO di eventuali variabili legate al genere	
3.2.6 Formazione per addetti all'utilizzo di carrelli elevatori e transpallet	TENERE CONTO di eventuali variabili legate al genere	
3.2.7 Formazione per addetti all'utilizzo di macchine e impianti particolari	TENERE CONTO di eventuali variabili legate al genere	
3.2.8 Informazione e formazione per il gruppo di emergenza	TENERE CONTO di eventuali variabili legate al genere	
3.2.9 Statistiche della formazione	SPECIFICARE D/U	Scheda 8 DVR
3.3 DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE	SPECIFICARE ATTENZIONE AL GENERE	
3.4 PARTECIPAZIONE E COINVOLGIMENTO DEI LAVORATORI E LAVORATRICI	SPECIFICARE ATTENZIONE AL GENERE	

INDICE DVR	 DVR integrato: DVR-G©	STRUMENTI
3.5 INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	SPECIFICARE ATTENZIONE AL GENERE	
4 PROGRAMMA DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE E DI MIGLIORAMENTO		
5 ALLEGATI		
ALLEGATI (ESEMPIO)		
Alla presente relazione sono allegati i seguenti documenti:		
<p>A1 PROGRAMMA DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE, PROTEZIONE E MIGLIORAMENTO (VIS DONNE E UOMINI)</p> <p>A2 ORGANIGRAMMA AZIENDALE E DELEGHE</p> <p>A3 ELENCO PREPOSTI E RELATIVE FUNZIONI (D/U)</p> <p>A4 ELENCO COMPONENTI SQUADRA EMERGENZE (D/U)</p> <p>A5 ELENCO COMPONENTI SQUADRA ANTINCENDIO (D/U)</p> <p>A6 ELENCO COMPONENTI SQUADRA PRIMO SOCCORSO(D/U)</p> <p>A7 ELENCO RAPPRESENTANTI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS) (D/U)</p> <p>A8 ELENCO LAVORATORI ESPOSTI A RISCHI SPECIFICI (D/U)</p> <p>A9 ELENCO DEI DPI(D/U)</p> <p>A10 PROCEDURE DI LAVORO SCRITTE - ISTRUZIONI OPERATIVE - DIRETTIVE AZIENDALI</p> <p>A11 FORMAZIONE (CORSI E PROGRAMMI) (D/U)</p> <p>A12 SCHEDE TECNICHE E MANUALI D'USO DI MACCHINE E IMPIANTI</p> <p>A13 ELENCO DOCUMENTAZIONE VARIA (CPI, DICHIARAZIONI DI CONFORMITA', AUTORIZZAZIONI VARIE,.....)</p> <p>A14 RELAZIONI TECNICHE DI SICUREZZA E/O IGIENE DEL LAVORO:</p> <p>VALUTAZIONE RISCHIO RUMORE</p> <p>VALUTAZIONE RISCHIO VIBRAZIONI</p> <p>VALUTAZIONE RISCHIO CHIMICO</p> <p>VALUTAZIONE RISCHIO MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI</p> <p>VALUTAZIONE RISCHIO MOVIMENTI RIPETITIVI DEGLI ARTI SUPERIORI</p> <p>VALUTAZIONE RISCHIO INCENDIO</p> <p>VALUTAZIONE RISCHIO ESPLOSIONE (ATEX)</p> <p>VALUTAZIONE RISCHI PSICOSOCIALI e STRESS LAVORO CORRELATO</p> <p>A15 PIANTELLA DELLO STABILIMENTO CON LAY OUT</p> <p>A16 PIANO DI EMERGENZA</p> <p>A17 PROTOCOLLI SANITARI (D/U)</p> <p>A18 VERBALI O PRESCRIZIONI ORGANO DI VIGILANZA</p> <p>A19 DENUNCE INAIL SU CASI DI MALATTIE PROFESSIONALI (D/U)</p> <p>A20 STATISTICA INFORTUNI (D/U)</p> <p>A21 ELENCO CONSULENTI E DITTE ESTERNE COINVOLTI NELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI E NELLA GESTIONE DELLA SICUREZZA (competenze specialistiche di integrazione dell'ottica di genere del SGSL)</p>		

Bibliografia di riferimento*

Paola Conti e Antonella Ninci, a cura di, Salute e sicurezza sul lavoro. Una questione anche di genere, voll. I e II, INAIL, Quaderni tematici della Rivista degli infortuni e malattie professionali, 2011.

D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106.

Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

(Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 - Suppl. Ordinario n. 108).

(Decreto integrativo e correttivo: Gazzetta Ufficiale n. 180 del 05 agosto 2009 - Suppl. Ordinario n. 142/L), REV. GENNAIO 2013, *Gianfranco Amato Dpl Vicenza; Fernando Di Fiore*.

Dietmar Elsler e al., Economic Incentives Guide, How to create economic incentives in occupational health and safety at work. A practical guide, EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work, 2011.

Cathal Doyle, John Devlin, Owen Metcalfe, Health impact assessment: a practical guidance manual, The Institute of Public Health in Ireland, 2003. Valutazione dell'impatto sulla salute: un manuale operativo. La traduzione in italiano, a cura di: Servizio di Epidemiologia Ambientale del Dipartimento di Ancona dell'Agenzia per la Protezione dell'Ambiente delle Marche, in collaborazione con l'Articolazione funzionale di Epidemiologia Ambientale dell'ARPA Toscana ed il Servizio Valutazioni Ambientali e degli Impatti sulla Salute dell'ARPA Veneto.

Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), Christian van Stolk, Laura Staetsky, Emmanuel Hassan, and Chong Woo Kim, Management of occupational safety and health An Analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER), European Risk Observatory Report, 2012.

Norma OHSAS 18001:2007 (Occupational Health and Safety Assessment Series).

Fabrizio Benedetti, a cura di, Stato dell'arte dei Sistemi di gestione della salute e sicurezza sul lavoro, Rivista infortuni e malattie professionali, INAIL, fasc. 1/2012.

UNI-INAIL, Linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL), 2001.

INAIL, LINEE DI INDIRIZZO SGSL - MPI Per l'implementazione di Sistemi di Gestione per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro nelle Micro e Piccole Imprese, 2011.

Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), Valutazione economica della prevenzione degli infortuni sul lavoro a livello aziendale, FACTS 28, 2011.

* Nota alla redazione dei riferimenti bibliografici

In coerenza con l'impostazione della ricerca, nel riportare i nomi degli autori e delle autrici, ove possibile, sono state evitate le abbreviazioni relative al nome proprio per contribuire a far emergere il sesso degli autori. Infatti, la sola iniziale crea un effetto di gender blindness che si vuole contribuire a far emergere e, ove possibile, evitare.

**Parte II - DALLA METODOLOGIA ALLE APPLICAZIONI
PRATICHE**

3. - L'INTEGRAZIONE POSSIBILE. IL PERCORSO DI SPERIMENTAZIONE

3.1. - DALLA METODOLOGIA ALLE APPLICAZIONI PRATICHE: UN'ACTION RESEARCH

Nel Primo volume “**Disegno delle linee guida e primi strumenti operativi**” della Collana realizzata nell’ambito del progetto “Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere”, sono state avanzate le ipotesi metodologiche e compiute le scelte epistemologiche, nonché individuati i concetti da operativizzare in relazione agli obiettivi posti dal legislatore¹².

- 1) Garanzia dell’uniformità della tutela¹³ anche con riguardo a:
 - a) genere;
 - b) età;
 - c) condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati.
- 2) La valutazione, anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, in merito a tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, compresi quelli connessi¹⁴:
 - a) alle differenze di genere;
 - b) all’età;
 - c) alla provenienza da altri paesi;
 - d) alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro.

Il presente capitolo illustra come tali ipotesi e scelte di fondo siano state verificate sul campo in ambiti organizzativi e in settori lavorativi diversi e rappresentativi, sia in realtà produttive (Industrie alimentari - stabilimenti dei gruppi Sammontana e Amadori) che di erogazione di servizi di sanità pubblica (Azienda ospedaliera Universitaria Pisana) e della pubblica amministrazione (INAIL - Direzione regionale Toscana).

12 “(...) garantire l’uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati”, Art. 1 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

13 Art. 1 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

14 “(...) la valutazione, anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, (...) nonché quelli connessi alle differenze di genere, all’età, alla provenienza da altri Paesi e alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro Art. 28 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

Le unità organizzative individuate, presentano le caratteristiche utili ai fini del progetto: popolazione lavorativa composta da donne e uomini, di età diverse, di diverse provenienze geografiche e diverse tipologie contrattuali.

Il metodo adottato per la verifica di fattibilità sul campo è stato quello della **ricerca-azione**, approccio che ha permesso non solo di “studiare le realtà organizzative individuate”, ma anche di attivare un processo riflessivo e partecipato, “insieme” a quelle stesse realtà produttive. Le aziende pilota, attraverso il coinvolgimento diretto di referenti aziendali chiave e l’adozione di un metodo di lavoro collaborativo, hanno consentito al gruppo di ricerca di:

- verificare le ipotesi di partenza;
- testare gli strumenti e i metodi di analisi in termini di significatività, comprensibilità, efficacia, sostenibilità;
- progettare e calcolare gli indicatori organizzativi;
- verificare l’impostazione complessiva degli strumenti proposti e pubblicati nella prima parte del presente volume.

3.2. - OPERATIVIZZARE I CONCETTI ESPRESSI DALLE NORME

La ricerca-azione, quindi, ha rappresentato il primo passo per la traduzione “in pratica” dell’obiettivo centrale del progetto “Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere”, al fine di traslare, in un linguaggio formale e condiviso, il dettato normativo, traducendolo in prassi operative.

Il principale risultato è stato quello di aver contribuito alla messa a punto finale delle indicazioni operative e degli strumenti, atti a mettere i datori di lavoro in condizioni di affrontare in modo appropriato:

- a) l’impostazione, l’implementazione e il miglioramento continuo del proprio SGSL, integrando la prospettiva di genere nelle diverse fasi cicliche della prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi (Cfr. *Infra* Capitolo 1);
- b) il processo di valutazione dei rischi, utilizzando il quadro logico della metodologia da adottare (Cfr. *Infra* Capitolo 2), rinviando, per le specifiche relative agli standard tecnico-scientifici, alle evidenze che di volta in volta verranno evidenziate da specifici gruppi di ricerca, quali quello dell’Università di Pisa, (Volume IV. Rischi lavorativi. Un approccio multidisciplinare), e validate nelle competenti sedi istituzionali.

3.2.1. - Il processo logico della traslazione operativa dell'integrazione di genere

Vengono di seguito descritti i passaggi logico-operativi sottoposti a verifica nell'ambito della ricerca-azione.

a) Valorizzazione della salute, individuazione dei vantaggi e delle priorità.

La valorizzazione della salute, peculiare di tutti i lavoratori, può trasformarsi in "cultura scientifica d'impresa", con l'applicazione di modelli e metodi che rendano più efficace ed efficiente il loro processo decisionale e che assicurino alle imprese un vantaggio competitivo.

Migliorare il benessere e la salute dei lavoratori può ridurre l'assenteismo, aumentare la motivazione, accrescere la produttività, facilitare le assunzioni, ridurre il turnover, promuovere un'immagine positiva e attenta ai bisogni del personale.

Le ricerche europee dimostrano che "per ogni euro investito nella Prevenzione della salute sul lavoro (PSL) si ottiene un rendimento compreso tra 2,5 e 4,8 euro per la riduzione dei costi (ROP, Return On Prevention).

b) Integrazione dell'ottica di genere nel SGSL e posizionamento dell'azienda/organizzazione.

Un Sistema di Gestione della SSL che evolve in termini di capacità di produrre salute e ridurre i rischi per donne e uomini, tenendo conto delle loro peculiarità, deve rapportarsi con parametri essenziali e significativi. I principi sono universali, le soluzioni e gli strumenti adattabili caso per caso, anche a seconda della estensione dell'azienda/organizzazione. Le tre dimensioni individuate nella prima fase della ricerca, per declinare l'analisi della Salute aziendale dal punto di vista organizzativo sono: efficacia, appropriatezza ed equità. Esse sono definibili attraverso dati oggettivi (numeri, statistiche ed altre tipologie di evidenze delle azioni intraprese e delle relative conseguenze, tra i quali, risultati quantificabili e confrontabili). Il modello di **auto-valutazione aziendale/organizzativa** proposto contribuisce a migliorare la prevenzione sia per le donne che per gli uomini e fare in modo che tutti siano uniformemente protetti.

Le aziende/organizzazioni che decidano di utilizzare gli strumenti finalizzati alla auto-valutazione, potranno verificare se vengono soddisfatti i requisiti minimi di adeguatezza del proprio SGSL rispetto all'approccio di Salute e Sicurezza sensibile al genere. Tali requisiti minimi riguardano, prima di tutto, l'assenza di condizioni che possano produrre effetti - pur anche non previsti - di discriminazione e di mancanza di equità su base di genere. Quelle organizzazioni che avranno soddisfatto tali re-

quisiti minimi, potranno ottenere “formalmente”, un posizionamento che è rappresentato da diversi livelli di aderenza ai valori dell’Indice per l’“Auditing di Efficacia, Appropriatezza ed Equità di Genere del Sistema SSL aziendale/organizzativo” (**EAGE Index®**).

c) Conoscenze e strumenti vengono messi a disposizione.

Una valutazione dei rischi che tenga conto delle differenze di genere, prende in considerazione le peculiari caratteristiche (biologiche, sociali e culturali) maschili e femminili nella loro interazione con l’organizzazione e l’attività lavorativa: tali differenze, sono sottolineate sia per i rischi più tradizionali (chimici, biologici, fisici, ergonomici), che per i rischi di carattere organizzativo e psicosociale. Sarà, quindi, necessario dotarsi della più adeguata strumentazione per la *valutazione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro in ottica di genere*, senza creare aggravii alle aziende, ma anzi ottimizzando i processi in essere e valorizzando gli sforzi compiuti, con il risultato di una riduzione dei costi. Tale è lo scopo della **“Mappa degli strumenti per la valutazione dei rischi in azienda”**.

d) Analisi organizzativa e uso dei dati per fare prevenzione.

Comprendere i fenomeni emergenti legati al lavoro e alla salute, leggendo i dati, analizzandoli e producendo statistiche in ottica di genere, è un obiettivo per tutte le organizzazioni e le principali agenzie internazionali. La stessa Unione Europea si è data questo obiettivo in modo stringente, invitando tutti gli Stati membri a prendere iniziative al riguardo:

La CE dovrebbe incoraggiare gli Stati membri a continuare a raccogliere informazioni statistiche sulle disuguaglianze di salute connesse al genere e a sviluppare lo scambio di politiche e pratiche efficienti¹⁵.

I dati relativi al personale sono un patrimonio per le aziende, utilizzabile ai fini della prevenzione, con un’ovvia distinzione tra le aziende medio/grandi e quelle piccole e piccolissime. Qualora i dati siano disponibili e in grande numero, le aziende hanno l’opportunità di far dialogare le diverse banche dati aziendali che concorrono a fornire dati/informazioni. Sebbene queste siano costruite e alimentate per scopi diversi - prevalentemente di natura amministrativa - e non siano tra loro omogenee, è possibile con pochi passaggi procedurali, renderle idonee per analisi coerenti con la conoscenza approfondita delle peculiarità e differenze presenti in azienda. È quindi,

¹⁵ Advisory Committee on Equal Opportunities for Women and Men - Commissione Europea, Opinion on The Future of Gender Equality Policy after 2010 and on the priorities for a possible future framework for equality between women and men, 2010.

sempre, possibile, attraverso opportuni correttivi e strumenti individuati nell'ambito della ricerca, realizzare un'analisi **di genere** (basata, ove possibile, sull'**intersezionalità** per una conoscenza più approfondita dei fenomeni). Attraverso un'analisi, qualora diverse variabili possano intersecarsi, l'azienda può produrre costantemente conoscenza organizzativa, o esplicitare quella tacita; ciò permette di definire se esistono, e quali siano, i fenomeni più rilevanti per la salute di donne e uomini, se esistono gap D/U tali da avere influenza sugli esiti di salute, nonché se nuovi fenomeni emergenti debbano essere presi in considerazione.

Infatti, l'analisi degli esiti di salute ex post - ovvero i dati relativi ad infortuni e malattie professionali analizzabili a livello aziendale - restituisce solo una parte del quadro conoscitivo, ed assume corpo e significato maggiori se messa in relazione con la lettura delle caratteristiche della popolazione lavorativa e dei principali fattori organizzativi interagenti.

e) Valutazione di impatto sulla salute organizzativa di tutte le scelte.

Per questo motivo si suggerisce all'azienda di adottare un metodo di prevenzione globale, la **Valutazione di Impatto sulla Salute Individuale ed Organizzativa (VISIO)**, utile a comprendere ex ante, se e come le scelte organizzative avranno diversi effetti sulla salute dei diversi gruppi di popolazione.

A tale proposito, è importante mettere in relazione i dati aziendali con i dati riguardanti i fenomeni "predittivi", connessi ai determinanti di salute. Le informazioni e i dati significativi, a supporto delle organizzazioni, saranno progressivamente accessibili nelle **"mappe dei profili di rischio per comparto"** e nelle **"schede di rischio per tipologia"**.

3.2.2. - Dal concetto all'operatività

È stato elaborato un metodo di analisi e sono state individuate, e sperimentate, prassi e strumenti per utilizzare le informazioni e i dati aziendali al fine di conoscere, attraverso il calcolo di specifici indicatori, le posizioni di donne e uomini nell'organizzazione, di verificare se esistano gap ingiustificati nelle condizioni di lavoro e di salute ed, infine, di intervenire in modo mirato, ottemperando al dettato normativo.

Il presente paragrafo illustra come:

1. la scelta di un approccio basato sulle dimensioni della **qualità del lavoro** e sui **determinanti della salute**;
2. per il riconoscimento, in una visione sistemica, dei molteplici fattori dinamici che influenzano la salute degli individui sul lavoro;

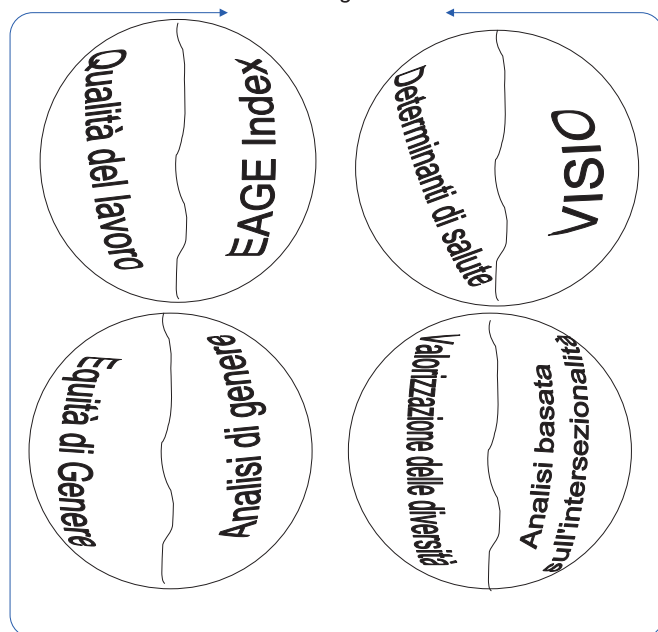
3. abbia portato ad individuare indicatori organizzativi progettati per verificare le relazioni esistenti tra variabili;
4. attraverso un'analisi basata sul **genere**;
5. adottando il metodo dell'**intersezionalità**.

Nella costruzione del set di indicatori qualitativi, le caratteristiche e le dimensioni ritenute influenti rispetto agli obiettivi conoscitivi, sono state definite a priori, sulla base degli esiti della prima fase di ricerca. Nel modello scelto, una volta identificati gli indicatori e le fonti informative, tale set di indicatori viene monitorato nel tempo dall'azienda per la realizzazione del proprio audit interno. Questo approccio ha il pregio della semplicità di calcolo e offre la possibilità di misurare l'andamento nel tempo dei singoli aspetti che possono influire sulla qualità del lavoro. Le principali implicazioni riguardano il processo di raccolta dei dati e la possibilità di utilizzare queste informazioni come strumento di prevenzione.

Per rendere effettivo, utile e sostenibile, il metodo di lavoro da parte delle aziende stesse, si è provveduto a semplificare il processo di analisi, attraverso gli strumenti presentati nella parte prima del presente Volume, strumenti che vengono resi disponibili tramite il Portale INAIL.

Figura 3.1 - Analisi globale della salute aziendale per l'integrazione di genere dei SGSL

Modello di analisi della Salute organizzativa e Salute individuale



3.2.3. - Qualità del lavoro e salute aziendale

Per prima cosa occorre sottolineare come le dimensioni della qualità del lavoro sono state prese in considerazione per definire gli indicatori qualitativi di salute aziendale/organizzativa e non come ambiti da misurare attraverso specifici indicatori quantitativi. La qualità del lavoro è un fenomeno dalle molteplici facce e, la misurazione di tale concetto, è caratterizzata dalla sua multidimensionalità, in quanto si sviluppa su diversi piani (soggettivo e oggettivo) e abbraccia molteplici dimensioni.

Ciò nonostante, le aziende che vorranno andare a misurare sul piano quantitativo alcune dimensioni della qualità del lavoro e degli impatti sulla salute individuale dei diversi fattori organizzativi, potranno farlo sulla base di specifici indicatori.

La letteratura internazionale, identifica nella *qualità del lavoro* un concetto esteso e multidimensionale che comprende la condizione lavorativa, le attitudini ed esigenze dei lavoratori, la corrispondenza tra le aspettative del lavoratore e le caratteristiche dell'occupazione, gli obiettivi e le pratiche organizzative delle aziende, l'ambiente di lavoro e, non ultima, la direzione e le priorità delle politiche sociali e occupazionali.

Il carattere multidimensionale e soggettivo del concetto di qualità del lavoro tiene conto sia delle "caratteristiche del posto di lavoro" che del raffronto tra "ambiente di lavoro e condizioni del mercato del lavoro"¹⁶.

Le caratteristiche del posto di lavoro: caratteristiche oggettive ed intrinseche che includono il grado di soddisfazione personale, la retribuzione, l'orario di lavoro, le qualifiche, la formazione, le opportunità di carriera professionale, il contenuto del lavoro, l'armonizzazione tra caratteristiche del lavoro e qualifiche del lavoratore (job match).

L'ambiente di lavoro e condizioni del mercato del lavoro: l'uguaglianza di genere, la sicurezza e la salute sul posto di lavoro, la flexicurity, l'occupabilità, l'accesso al lavoro, l'equilibrio vita-lavoro, il dialogo sociale e la partecipazione dei lavoratori, la diversità e la non discriminazione, la performance economica e la produttività.

¹⁶ European Commission (2008), "Employment in Europe 2008".

3.2.4. - Visione sistemica e implicazioni sesso-genere

Il punto di partenza dell'intero progetto è stato constatare che il concetto di genere, è un concetto dinamico, relazionale, che assume significati diversi in diversi contesti spazio-temporali. Il concetto si evolve nello spazio e nel tempo, entro e oltre le dimensioni nazionali ed istituzionali, evocando irrinunciabilmente l'obiettivo dell'equità di genere.

Una definizione puntuale del concetto di genere e la sua operativizzazione, è resa necessaria, quindi, per sostenere il difficile compito di esplicitare, nella prassi quotidiana, il vincolo normativo posto dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i., che si intende rendere finalmente attuabile; essa risulta di grande utilità per perseguire una pratica di salute e sicurezza in continua evoluzione.

In materia di salute e sicurezza sul lavoro, il sapere intorno al concetto di genere, inteso come sapere sulla differenza tra i due sessi, appare un punto di partenza utile, sebbene non esaustivo, per cominciare, intanto, a *riconoscere che esistono corpi diversi*.

(...) Nella costruzione della propria identità e nelle relazioni, gli uomini paiono rimuovere il proprio corpo. A differenza del corpo femminile, rappresentato e percepito socialmente come ingombrante - perché segnato dalla materialità biologica - il corpo maschile è un corpo silenzioso: un corpo apparentemente non attraversato da cicli, che non vede eventi che ne segnino il raggiungimento dell'età adulta o la fine della fertilità, un silenzio rappresentato come condizione di salute e di libertà che non ostacola l'espressione di una soggettività senza limiti nell'accesso a molteplici opportunità politiche, intellettuali, lavorative (...).

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

L'uomo non ha questo ingombro del corpo, può prescindere nella costruzione del proprio progetto di vita e di realizzazione sociale, può fondare la sua autorevolezza etica sulla capacità di dominio del proprio corpo. Questa svalutazione del corpo della donna si ripropone quotidianamente nei rapporti di lavoro, nei luoghi della scuola o dell'università dove il corpo delle donne è considerato un ingombro proprio per il suo non essere silenzioso, rimuovibile...Nessuno ci chiederà mai se intendiamo avere figli per assegnarci un lavoro o proporci una progressione di carriera, nessuno ironizzerà sul nostro umore ipotizzando che sia attribuibile al nostro ciclo ormonale mensile, nessuno comparerà le nostre capacità professionali o politiche al nostro aspetto (Ciccone, 2010)¹⁷.

¹⁷ Stefano Ciccone, La disparità di opportunità tra donne, in (a cura di) Felicia Baldi, Etiche e politiche di genere, Università di Bari, Servizio editoriale universitario, 2010.

Al contempo, la tendenza a voler distinguere un genere culturalmente costruito e un sesso biologicamente dato, porta a trascurare la complessità degli esseri umani e il ruolo dei fattori culturali nella costruzione del maschile e del femminile.

Se con genere si intende il modo in cui si rappresentano simbolicamente e normativamente i rapporti fra il maschile e il femminile, allora si vede come tali rapporti sono collegati ad altri sistemi di classificazione ed è, dunque, possibile - per esempio - studiare le relazioni di genere analizzando il nesso tra questi sistemi simbolici e i rapporti di potere.

Procedere a un delimitazione tra sesso e genere unicamente a livello fisico, ovvero situare l'azione biologica all'interno del corpo e l'aspetto socioculturale all'esterno del corpo, non è, quindi, più attuale e si presuppone, invece, una maggiore interconnessione reciproca se si vogliono perseguire realmente politiche di salute.

La teoria sistemica è, in tal senso, una opzione epistemologica utile, in quanto prevede, per uno stesso effetto, tante cause in rapporto reciproco che generano, così, uno schema nel quale la causa e l'effetto non hanno più una consequenzialità univoca, ma si ripercuotono l'una all'altra invertendosi. In ambito relazionale, i sistemi sono costituiti da parti che si trovano in interazione tra loro, non più secondo una concezione classica di tipo lineare (basata cioè sul rapporto causa - effetto), bensì secondo una logica di tipo reticolare, sistemico e multidirezionale. Questa analisi del **sistema sesso-genere** è capace di individuare la connessione tra famiglia e sfera socio-politica e la connessione tra genere e lavoro.

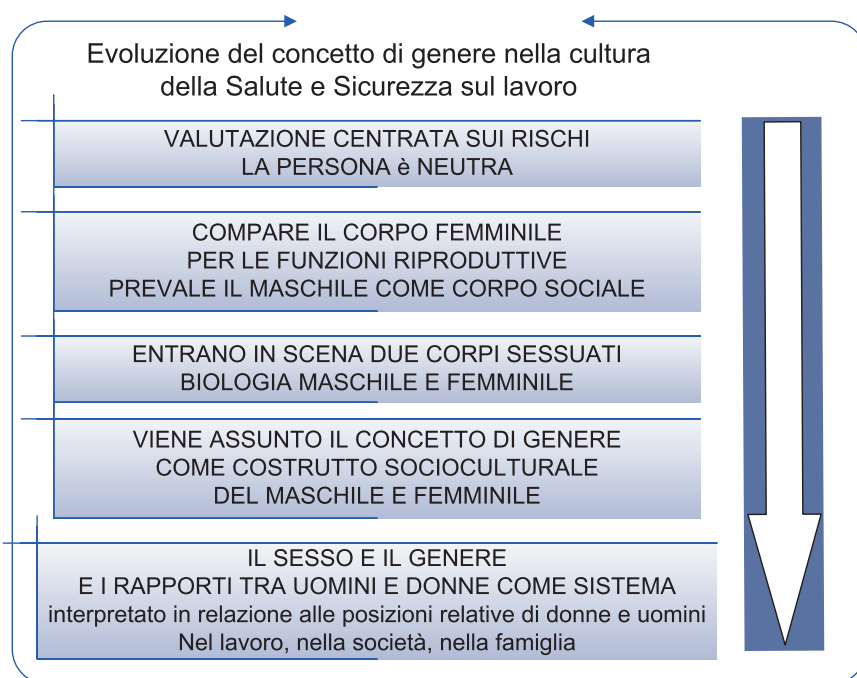
Nel sistema sesso-genere attuale le donne e gli uomini hanno differente potere; nello specifico le donne hanno spesso una posizione subordinata: ne consegue che uomini e donne abbiano anche differenti esperienze affettive e sociali.

La definizione relativa al *sex-gender system*, coniata ormai da decenni (Rubin, 1975), fa riferimento alla forma generale in cui i sistemi sono caratterizzati secondo il genere, volendo però sottolineare che la mancanza di equità tra donne e uomini non è inevitabile, ma è frutto di specifici rapporti secondo cui è organizzata la relazione uomo/donna, una caratteristica peculiare dell'organizzazione socio-politica: la divisione ideologica fra due sfere, che riflettono i rispettivi generi, quello femminile e quello maschile.

L'esperienza personale, sociale e storica è determinata dall'influenza che hanno i rapporti fra i generi. La visione dialettica che offre il sistema sesso-genere, fa sì che la sfera socio-politica sia analizzata nella sua complessità svelando l'inesistenza di due sfere distinte, separate e autonome, quella privata e quella pubblica (Kelly, 1984).

Le realtà sociali - e quindi i rapporti fra i sessi - si riflettono sul corpo e lo formano *"our lived, sexed bodies are transformable, are shaped by and contingent upon both material and social forces, of which gender is clearly one dimension"* (Price 1999). D'altro canto, i corpi vengono costituiti anche tramite il discorso, ricevono una "realtà materiale" su una base discorsiva e vengono vissuti come tali. Il concetto di appartenenza sessuale come "forma di esistenza" permette di comprendere l'appartenenza sessuale sia come pratica di pensiero, realtà emotiva e fisica, sia come rapporti e istituzioni sociali; noi siamo il corpo e, nel corpo, le dimensioni sesso e genere sono indivisibili.

Figura 3.2 - Evoluzione del concetto di sesso e genere nella cultura di SSL



3.2.5. - Valorizzazione delle diversità, non discriminazione, intersezionalità

Il nostro interesse ad approfondire il potenziale operativo del concetto di intersezionalità (intersectionality), è collegato al quesito principale a cui si intende rispondere con il presente lavoro, ovvero: *“quali sono le implicazioni metodologiche volte a garantire l’appropriatezza dei metodi e delle prassi che ogni Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro deve implementare per rispondere alle finalità di cui all’art.1 del D.Lgs. 81/08”?*

Nella interpretazione degli autori, il legislatore intende implicitamente promuovere un approccio alla gestione delle risorse umane, finalizzato alla creazione di un ambiente lavorativo inclusivo, che favorisca l’espressione del potenziale individuale e lo utilizzi come leva strategica per il raggiungimento degli obiettivi organizzativi e di salute. Un approccio basato, cioè, sulla valorizzazione delle diversità (diversity management) e sul principio di non discriminazione.

Tale approccio, ha l’obiettivo di valorizzare le persone presenti in azienda, in modo da offrire a tutte le stesse opportunità di crescita e di valorizzazione del proprio ruolo, facendo leva sulle rispettive diversità culturali, sociali e psicologiche, al fine di aumentare le possibilità di successo dell’organizzazione e la crescita di un ambiente che stimoli non solo la creatività, ma anche il senso di appartenenza, la motivazione, l’iniziativa e la responsabilità delle persone, coinvolgendole nel processo di gestione del proprio lavoro e della propria salute.

Già nel Volume I, pubblicato nell’ambito del presente progetto (Conti-Ninci 2011)¹⁸, nel quale sono state presentate le scelte metodologiche, si è ipotizzato che il nodo cruciale fosse quello relativo alla possibilità di considerare e, ove possibile misurare, i fenomeni dal punto di vista dei rapporti tra possibili condizioni, identità e differenze, rilevati dall’intersezione con il genere di appartenenza degli individui.

Non tutte le disuguaglianze si posizionano allo stesso livello: il genere è trasversale a tutte le altre dimensioni di analisi (Verloo 2005).

La scommessa è, ancora una volta, quella di operativizzare un concetto, in questo caso la definizione di identità e differenze, per approdare ad un metodo che permetta di cogliere gli elementi in grado di definire l’appropriatezza metodologica dell’analisi delle politiche e prassi aziendali in generale, nonché quelle in materia di tutela della salute sul lavoro, in particolare, facendo salvi i principi dell’equità di genere.

¹⁸ Paola Conti e Antonella Ninci, Salute e sicurezza sul lavoro. Una questione anche di genere. “Disegno delle linee guida”, vol. I, INAIL, 2011.

La politica relativa all'uguaglianza di genere ha subito, nell'UE, cambiamenti importanti in virtù, tra l'altro, degli sviluppi della politica antidiscriminatoria introdotta dal Trattato di Amsterdam. Tale Trattato stabilisce le competenze della UE nella lotta contro le discriminazioni fondate sul sesso, l'origine razziale ed etnica, la disabilità, l'età, la religione e l'orientamento sessuale. L'approccio antidiscriminatorio ha incluso anche i metodi di ricerca, favorendo il confronto sulla intersezione delle variabili di genere (che indicano le posizioni rispettive e relative di donne e uomini) con altre disuguaglianze.

Negli anni, le politiche sono state elaborate ed analizzate come: esplicitamente di genere (affrontano i problemi in termini esplicitamente di genere), fondate sulla comprensione strutturale delle disuguaglianze di genere (mostrando consapevolezza delle cause strutturali del problema, le norme di genere, e i rapporti di potere); esaustive (un concetto ampio di uguaglianza di genere, che affronta le interconnessioni tra le cause che creano un rapporto diseguale tra i sessi nei vari settori di economia, la politica, la società civile, nella violenza), fondate sulla equità di genere come un obiettivo in sé, non come un mezzo per raggiungere un altro obiettivo; politiche inclusive e miranti all'inclusività interrelazionale (che includono le riflessioni su come il genere si interseca con altre disuguaglianze).

3.2.6. - Determinanti di salute ed indicatori aziendali di salute

Tutte le politiche pubbliche e tutte le politiche aziendali determinano le condizioni in cui vivono e lavorano donne e uomini e, queste condizioni, hanno conseguenze positive e negative per la salute.

Sono determinanti della salute, innanzitutto, le condizioni socio-economiche, culturali ed ambientali. Le persone più istruite tendono a restare più sane, perché adottano stili di vita salutari: fumano meno delle persone meno istruite, sono meno sedentarie e si alimentano meglio, e, quindi, sono meno obese. Le malattie provocano una perdita di produttività per gli individui e le aziende. Di conseguenza, tutte le politiche aziendali hanno ricadute sulla salute.

Le condizioni di vita e di lavoro sono collegate al benessere e determinano lo stato di salute. Perciò è necessario che - per restare in buona salute - i cittadini vivano e lavorino in ambienti salubri. D'altro canto, l'ambiente e il territorio urbano condizionano fortemente lo stile di vita. Le politiche del territorio e quelle del lavoro influenzano, quindi, sullo stato di salute.

La strategia fissata nel Libro Bianco “Insieme per la salute: un approccio strategico per l’UE 2008-2013, si basa sui seguenti principi:

1. una strategia basata su valori in salute condivisi, quali l’universalità, l’accesso alle cure, la solidarietà e l’equità, che significa riduzione delle disuguaglianze in salute. Un valore sostanziale è l’empowerment dei cittadini, mentre la ricerca è alla base di politiche che vogliano fondarsi sulla evidenza scientifica;
2. la salute è la più grande delle ricchezze sia per gli individui che per la società, ed inoltre una popolazione sana è prerequisito di produttività economica e prosperità. Nel 2005 infatti il numero degli anni vissuti in buona salute (HLY) è stato incluso come indicatore strutturale di Lisbona, per sottolineare che l’aspettativa di vita della popolazione in buona salute e non solo la durata della vita, è un fattore di crescita economica;
3. la salute in tutte le politiche che significa, quindi, desanitarizzazione il discorso salute e invece responsabilizzazione sugli impatti sulla salute tutte quelle politiche che tradizionalmente si considera che abbiano altri obiettivi. Significa, inoltre, affrontare il problema della spesa sanitaria che cresce in tutti i sistemi dei nostri paesi con un approccio non riduzionista, ma ambizioso e orientato alla tutela dei diritti.

“Il modello sociale europeo”, che è stato il prodotto della storia e della cultura europea, è oggi, infatti, di fronte a un inedito e moderno compito: trovare risposte alla sostenibilità dei sistemi di sicurezza sociale, indicando in essi il motore di un nuovo modello di sviluppo, di produzione, di consumo. Esso quindi, da sistema di tutele e garanzie per i cittadini europei, deve divenire promotore e propulsore di progresso per la comunità internazionale. La “Salute in Tutte le Politiche” rientra in questo ambito, quale strategia della promozione della salute del XXI secolo, intesa anche come processo riformatore e propulsivo per lo stesso sviluppo economico e sociale di tutta l’Unione Europea. La Dichiarazione approvata ci fornisce indicazioni concrete sugli strumenti con i quali possiamo verificare, misurare, valutare l’impatto sulla salute, così come l’impatto sui sistemi della salute anche delle politiche non sanitarie. Ciò vuol dire, assumere una responsabilità fortemente politica, prima ancora che tecnica, perché consente di affrontare i problemi delle disuguaglianze nelle condizioni e opportunità di salute; far emergere le priorità di intervento delle politiche (la salute sulle altre politiche); considerare tutti i determinanti della salute; stimolare la consapevolezza e l’empowerment dei cittadini rispetto alla propria salute.

A tutti noi, Ministri della Sanità dell’Unione Europea, è affidata una grande ma appassionante sfida, quella di assumere una nuova e più alta responsabilità nel dare concreta attuazione a cambiamenti che garantiscano piena attuazione alle

dichiarazioni formali e ufficiali sulla politica per la salute dell'Unione Europea e, attraverso questa, salvaguardare il patrimonio della cultura democratica e dei diritti umani fondativi di quell'Europa che tutti vogliamo realizzare (Turco, 2007).

Con l'approccio basato sui determinanti di salute, attraverso il riconoscimento di molteplici fattori dinamici che influenzano la salute degli individui, è, quindi, possibile realizzare l'inclusione di persone/problemi/bisogni precedentemente ignorati ed esclusi dalla valutazione dei rischi.

Come già sottolineato, il misconoscimento dei corpi diversi da parte di molti esperti di salute e sicurezza, ambito caratterizzato da una cultura storicamente "al maschile", è potenzialmente connesso a quanto Stefano Ciccone illustra nelle sue riflessioni sul corpo maschile (Cfr. *Infra.* paragrafo 3.2.4).

Già nella prima fase del progetto, nel mettere in evidenza il vuoto di ricerca "di genere" nell'ambito della medicina del lavoro, si era evidenziato che:

un certo numero di ricercatori ha sottolineato che poco si sa sui determinanti della salute sul lavoro sia nelle donne che negli uomini. Si tratta, ancora, di considerare aspetti concettuali nel trattamento del sesso e genere dei soggetti coinvolti negli studi" (Conti-Ninci, 2011).

Per evitare di fare una operazione meramente teorica, nel processo di sperimentazione realizzato con le aziende pilota, che hanno aderito al progetto su invito dell'INAIL, a partire dall'analisi della struttura delle diverse banche dati, sono stati isolati, estratti e analizzati, i dati relativi agli indicatori atti a verificare la possibile incidenza dei diversi determinanti di salute su donne e uomini:

- determinanti di salute effettivamente isolabili ed analizzabili;
- rilevabili con indagini qualitative e/o in collaborazione con il Medico competente;
- determinanti di contesto/ambientali.

Tali indicatori - di seguito descritti - mettono in relazione dinamica, alcune delle possibili variabili realmente misurabili nel contesto aziendale, contribuendo così ad operativizzare l'approccio di genere basato sui determinanti di salute. Occorre ricordare come sia necessario prendere in considerazione il complesso dei determinanti di salute, per considerare i possibili effetti diseguali delle misure intraprese nella prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi, in rapporto agli esiti di salute. Lo strumento proposto, al riguardo, è la Valutazione di impatto sulla salute individuale ed organizzativa (VISIO):

Sulla base di modelli validati e riportati in bibliografia, viene proposto un quadro dinamico di determinanti della salute che comprende sia il sesso che il genere

e sottolinea l'intersezione di più fattori distinguendo determinanti a livello **macro, meso, e micro**. In questo modello, si pensa che le variabili a livello macro e meso possano interagire nel plasmare i caratteri e comportamenti individuali, e in ultima analisi, determinare così le conseguenze per la salute" (Conti-Ninci, 2011).

Livello Micro, determinanti che fanno riferimento alla primaria importanza di alcuni fattori nel plasmare gli esiti di salute: questi includono il sesso-genere, la classe sociale, la razza/etnia, lo status di immigrato, la posizione geografica e l'età. Ci sono, inoltre, i determinanti che si riferiscono a comportamenti come il fumo, la dieta, l'esercizio fisico, i comportamenti sicuri o no.

Livello Meso, o determinanti connessi alla sfera sociale e relazionale di ogni singolo individuo: comprendono le condizioni di lavoro, la situazione familiare, lo status socio economico e culturale, le relazioni di potere e di genere, etc.

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

Figura 3.3 - Modello di ecosistema dei determinanti di salute

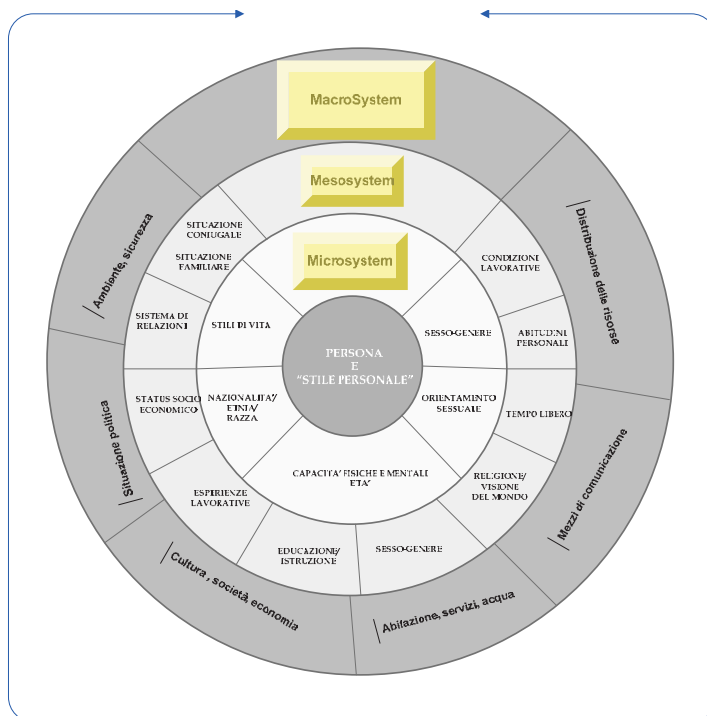
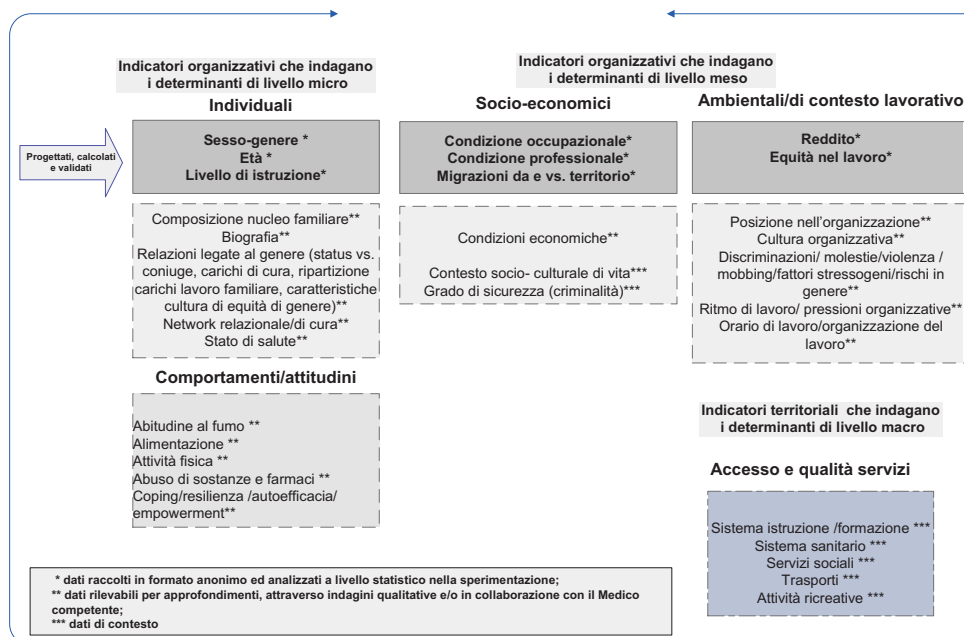


Figura 3.4 - Determinanti di salute e indicatori organizzativi

3.3. - LA VERIFICA DEL METODO ATTRAVERSO L'ACTION RESEARCH

3.3.1. - La sperimentazione come processo di conoscenza condivisa

Il processo di sperimentazione del modello e degli strumenti, elaborati nell'ambito del progetto e rilasciati nel presente Volume, si è realizzato grazie al coinvolgimento di quattro aziende/organizzazioni: Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa, PAC-Amadori e Sammontana. L'INAIL- Direzione regionale per la Toscana - ha ritenuto di essere necessariamente parte in causa anche nella fase di sperimentazione.

Le aziende hanno aderito ad un preciso invito dell'Ente, l'INAIL, che le ha identificate come aziende pilota in virtù dei loro requisiti di base: affidabilità nelle prassi correnti di salute e sicurezza consolidate, sensibilità al tema dell'integrazione della prospettiva di genere nei SGSL e rappresentatività delle diverse popolazioni lavorative. Un campione nel quale sono presenti le variabili significative: uomo, donna, età, paese di provenienza, diverse tipologie contrattuali; settore pubblico e privato, presenza di processi di produzione di beni e di servizi.

Ogni azienda, è poi caratterizzata da una peculiare composizione della popolazione lavorativa, rispetto alle variabili.

Fin da subito, grazie alla grande disponibilità degli interlocutori aziendali, il rapporto consulente/azienda si è caratterizzato sulla base di un rapporto di fiducia e di scambio di conoscenze e competenze “alla pari”. Infatti le aziende non sono state prese in considerazione come casi-studio, ma come interlocutori attivi e competenti, insieme ai quali simulare un processo di analisi e verifica degli strumenti e delle metodologie elaborate dal gruppo di ricerca.

Di seguito vengono riportate, in sintesi, le fasi della sperimentazione:

- **Fase I:** reciproca presentazione, del progetto da una parte, dell'azienda, dall'altra: la conoscenza dell'azienda è avvenuta “sul campo”, ovvero, entrando in contatto con i diversi attori chiave e avendo accesso, per quanto possibile, alla conoscenza diretta del lavoro “in azione”.
- **Fase II:** incontro con gli attori chiave aziendali e raccolta dei diversi pareri in merito alla struttura e agli indicatori qualitativi dell'EAGE Index. Rispetto agli indicatori si sono verificate: la comprensibilità, la significatività, la fattibilità per l'azienda di rispondere ai quesiti individuati. Sono state apportate le modifiche suggerite dagli interlocutori aziendali.
- **Fase III:** simulazione di posizionamento dell'azienda secondo l'EAGE Index.
- **Fase IV:** raccolta delle buone pratiche aziendali pertinenti da valorizzare.
- **Fase V:** collaborazione reciproca nell'analisi delle banche dati aziendali/organizzative (struttura, campi, tipologia di dati).
- **Fase VI:** estrazione dei dati relativi al personale e agli esiti di salute (anonimi).
- **Fase VII:** “ripulitura” ed omogeneizzazione delle banche dati; analisi dei dati sulla base degli indicatori progettati.
- **Fase VIII:** elaborazione delle informazioni ottenute per individuare, fin da subito, azioni di miglioramento, alcune già adottate dalle aziende interessate, altre in divenire.
- **Fase IX:** elaborazione dei contributi pubblicati di seguito, da parte di referenti aziendali.
- **Fase X:** verifica finale degli strumenti.

L'INAIL regionale Toscana ha portato, inoltre, un contributo peculiare, relativo alla messa a punto e alla sperimentazione di una indagine sugli infortuni in itinere, al fine da far emergere eventuali variabili sensibili al genere nella tipologia di infortunio specifica.

3.3.2. - L'utilizzo dei dati per fare prevenzione

I pur diversi modelli dei SGSL tendono, per loro natura, all'integrazione di tutte

le politiche organizzative: dalle politiche del personale, alle politiche di salute e sicurezza.

Nel percorso di validazione si è, quindi, assunto tale modello di analisi integrata per quanto riguarda l'ottimizzazione dell'uso delle banche dati aziendali ai fini della prevenzione.

Le aziende/organizzazioni possiedono una ricchezza, spesso inutilizzata, rappresentata dai dati e informazioni detenuti da diversi uffici, che solitamente non vengono messi in relazione tra loro in modo tale da produrre informazione utile al management, al datore di lavoro, al Servizio di prevenzione e protezione, agli RLS, etc.

Molti e diversi adempimenti interni ed esterni richiedono l'estrazione di dati in diverso formato e, spesso, tali adempimenti rappresentano continue "ri-lavorazioni" con un notevole aggravio per i diversi uffici.

Una gestione dei dati finalizzata a produrre conoscenza e pensata per tale scopo, a partire dalla struttura delle banche dati e dal formato di immissione dei dati, potrebbe, viceversa, agevolare gli uffici, ridurre le ripetizioni, rendere efficienti e facili gli adempimenti.

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

Nel corso della ricerca-azione, sono state individuate le seguenti fonti informative dell'azienda/organizzazione, utili al miglioramento continuo dei SGSL:

a) Dati (Database) in possesso dell'azienda: (Ufficio personale-risorse umane; Servizio Prevenzione e Protezione).

- Dati personali: informazioni di base dei dipendenti come l'anagrafica, nome, cognome, residenza, nazionalità, dati di contatto, etc.;
- Retribuzioni: paghe e contributi, dati retributivi (compresi i dati sulle presenze e assenze per le diverse casistiche); indennità, premi di produzione, etc.;
- Assunzioni, cessazioni, mobilità interna, malattia, congedi, permessi retribuiti e non;
- Gestione delle competenze e formazione;
- Registro infortuni; registrazioni malattie professionali; incidenti, quasi incidenti, etc.
- DVR; mansioni, organigramma, gruppi omogenei, dati relativi alla prevenzione e valutazione-rimozione dei rischi, formazione obbligatoria in materia di SSL.

Questi dati sono estraibili ed analizzabili in forma disaggregata per genere (sostituendo il numero di matricola con un numero identificativo, in modo da garantire l'anonimato). Riportando i dati delle diverse fonti in un unico data base, è possibile procedere con l'analisi, correlando le diverse variabili per produrre informazioni sui principali fenomeni riguardanti sia l'azienda nel suo complesso che singole categorie di lavoratori, rispetto ai quali si vogliano promuovere azioni proattive di miglioramento e riduzione delle eventuali forme di discriminazione o vulnerabilità indotte da fattori organizzativi.

Quei fenomeni che producono malessere organizzativo e, quindi, effetti negativi sulla salute individuale, possono essere risolti o mitigati con misure di miglioramento, sostegno mirato, flessibilità, compensazione, formazione, etc.

b) Dati (Database) in possesso del Medico competente:

- sorveglianza sanitaria e gestione delle cartelle cliniche (**dati riservati al Medico Competente**: dati estraibili ed analizzabili - dal medico competente - solo in forma aggregata).

3.3.3. - Un tesoro da maneggiare con cura: i dati del medico competente

Attraverso il confronto con il coordinatore dei medici Competenti del Gruppo Sammontana, si è ipotizzato di comprendere più a fondo se e come il data base in possesso dei medici, per la gestione delle cartelle sanitarie e dei profili di rischio, possa divenire una fonte preziosa di informazioni sullo stato di salute di donne e uomini, utile a fare prevenzione, promozione della salute, individuazione dei rischi emergenti in azienda.

Ciò, ovviamente, con tutte le dovute accortezze atte alla tutela della privacy di singoli e di gruppi di lavoratori, in ottemperanza agli obblighi di riservatezza ed indipendenza di giudizio per i medici stessi.

Nel Capitolo 7 è lui stesso autore di un approfondimento, a partire dai dati, analizzati con un approccio integrato al genere, disponibili nel data base di gestione della cartelle sanitarie e profili di rischio.

Non si vuole qui entrare nel merito del difficile compito del Medico Competente e dei dilemmi legati al ruolo e al rapporto con l'azienda di riferimento, s'intende, semmai, suggerire, a scadenze prefissate, un confronto approfondito tra management, servizio di prevenzione e protezione, medico competente, RLS, etc., con l'obiettivo di mettere in condizione l'azienda, che ritenga voler "comprendere" quali interventi di miglioramento adottare, oltre la canonica redazione del DVR.

Ciò dovrà avvenire con “informazioni alla mano”, ottenute attraverso l’analisi dei dati realizzati in ottica di genere, sia nell’ambito delle politiche del personale che in quello degli esiti di salute.

Grazie alla collaborazione con lo sviluppatore del software¹⁹, si è potuto visionare l’insieme dei campi del data base (immaginando, naturalmente che ciò sia estendibile ad altri tipi di software in commercio o disponibili per via istituzionale).

Per prima cosa, si è verificato, quali informazioni sia in grado di memorizzare il programma analizzato:

AMBITO	SPECIFICHE PER L'ESTRAZIONE DEI DATI
Ditte/Aziende: dati identificativi; tipo di lavorazione; reparti e mansioni; fattori di rischio, con associato il proprio protocollo ASPP;	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
Cartella Sanitaria: dati identificativi; reparto e mansione lavorativa;	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
protocollo degli ASPP (ferma restando comunque la possibilità di fare modifiche personalizzate ad hoc per ogni dipendente per particolari esposizioni lavorative e/o patologie concomitanti);	è possibile una personalizzazione che tenga conto dei diversi possibili livelli di rischio D/U
periodicità delle visite ed esami;	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
tutte le notizie mediche (Esame Obiettivo esteso);	campo libero
scheda per videoterminali; scheda per colonna vertebrale; scheda per legni duri;	è possibile una personalizzazione che tenga conto dei diversi possibili livelli di rischio D/U
giudizio di idoneità eventuali prescrizioni/limitazioni;	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
vaccinazioni;	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
spirometria secondo lo standard ERS-ATS 2005;	è possibile una personalizzazione che tenga conto dei diversi possibili livelli di rischio D/U

¹⁹ Achille, gestionale di cartella sanitaria e di rischio prodotto e distribuito da MEDILAB. NET di Francesco Di Pede.

tossicodipendenze	è possibile una personalizzazione che tenga conto dei diversi possibili livelli di rischio D/U
Statistiche e monitoraggi	campi disponibili per l'estrazione dati D/U

Al fine di poter individuare gli indicatori relativi agli esiti di salute, si è, inoltre verificato che:

Infortuni denunciati	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
Tipologia infortunio e sede lesione	è in forma descrittiva
Infortuni in itinere	è in forma descrittiva
malattie professionali denunciate/segnalate	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
tipologia malattie professionali	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
gg. assenza per malattia di competenza INAIL	(Non sono più richiesti dall'allegato 3A)
gg. assenza per malattia non di competenza INAIL	(Non sono più richiesti dall'allegato 3A)
n. lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
n. gg. di assenza per congedo di maternità-paternità - obbligatoria e facoltativa	(Non sono più richiesti dall'allegato 3A)
n. lavoratori visitati nell'anno di riferimento	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
n. idonei	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) temporanee	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) permanenti	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
n. inidoneità temporanee	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
n. inidoneità permanenti	campi disponibili per l'estrazione dati D/U

Tutti i dati relativi ai fattori di rischio sono estraibili come indica il nuovo allegato 3B. Ulteriori gruppi di fattori di rischio potrebbero essere facilmente costituiti all'emergere di specifiche richieste o necessità	campi disponibili per l'estrazione dati D/U
L'anamnesi familiare, fisiologica, e patologica prossima sono contenute in campi di scrittura liberi. Da questi campi è un poco più laborioso estrarre le informazioni. Ma, con le tecniche opportune è possibile estrarre le informazioni richieste	
I dati relativi all'esame obiettivo, sono immessi tramite delle finestre di facilitazione dell'ingresso dati e quindi la stessa risposta è sempre scritta allo stesso modo. pensando ad una analisi successiva dei dati, queste informazioni possono, con un buon lavoro di preparazione, essere raggruppati e codificati in gruppi di patologie da successivamente mettere in relazione agli indicatori	
I risultati di visite mediche di medicina del lavoro, sia specialistiche ed anche tutti gli esami ematochimici sono completamente estraibili perché sono contenuti in una tabella dedicata a questo e facilmente collegabile alle varie visite eseguite nel tempo.	campi disponibili per l'estrazione dati D/U

3.3.4. - Gli indicatori organizzativi che producono informazioni ai sensi del D.Lgs. 81/08

Nel progettare *indicatori organizzativi di genere*²⁰, si è operato per rendere facilmente disponibili le informazioni prodotte dal calcolo degli indicatori stessi, nell'ambito del Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro.

20 L' "indicatore di genere" è una misura sintetica che ha lo scopo di fornire un'informazione rilevante ed immediata sulla posizione relativa di uomini e donne.

Il punto di partenza è stata la verifica di quali fossero, nei diversi data base aziendali analizzati, i dati non neutri (*gender-blind data*) in modo da poter elaborare statistiche:

- **sensibili alle differenze di genere (*gender-sensitive*):** sono sensibili al genere quelle analisi capaci di riconoscere le questioni e problemi legati al genere di donne e uomini;
- **in grado di tematizzare la relazione di genere (*gender-oriented*):** sono orientate al genere quelle analisi che mettono in risalto le eventuali diverse posizioni di donne e uomini rispetto ad un determinato fattore.

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

Il dettato del D.Lgs. 81/08 e s.m.i., riferendosi a genere, età, nazionalità, condizione occupazionale, richiede implicitamente uno sforzo ulteriore dalla "semplice analisi di genere". In linea con l'ottica europea - orientata verso politiche che affrontino le disuguaglianze multiple - chiede di analizzare e confrontare gruppi specifici di possibili disuguaglianze (di classe, razza/etnia, genere). A tal fine, sono stati, quindi, progettati gli indicatori che permettono di verificare la natura simultanea di più categorie a più livelli, utilizzando l'approccio individuato dall'Unione Europea, ovvero un approccio basato sull'"intersezionalità".

Così facendo, si riconosce la natura multidimensionale e relazionale dei fattori organizzativi e di condizioni individuali diverse in una sola unità di analisi.

In questo modo, è possibile catturare diversi livelli di differenza. In particolare, l'analisi rivela come si intersecano le eventuali forme di discriminazione e di disuguaglianza, o piuttosto di valorizzazione e vantaggio, nel creare opportunità e benefici sociali e materiali per coloro "che godono di uno status sociale piuttosto che un altro: come ad esempio, essere italiano, essere uomo, essere a tempo indeterminato, essere giovane piuttosto che immigrato, donna, a tempo determinato, over 50, etc."

Un'analisi basata su tale approccio, infatti, non intende semplicemente aggiungere una categoria ad un'altra (ad esempio sesso, nazionalità, tipologia contrattuale, età), ma si sforza invece di capire che cosa avviene nell'intersezione di due o più categorie, mantenendo sempre la variabile uomo/donna come categoria di base.

La scelta di questa posizione epistemologica è volta a mostrare come le relazioni sociali siano '*gendered*' e, come il genere si evidenzia quale processo, correlato ad altri processi.

Gli indicatori scelti, quindi, sono frutto di un percorso di definizione operativa dei concetti che si voleva rendere implementabili e consentono la rilevazione empirica di informazioni.

3.3.5. - Indicatori basati sul genere

Equità occupazionale:
<ul style="list-style-type: none"> • n. di dipendenti T e D/U per tipologia di contratto (v.a.) (contratto a tempo indeterminato, contratto a tempo determinato, altre tipologie contrattuali; di cui part time; • % D e U sul totale dipendenti • n. di dipendenti D/U in % sul totale di singola tipologia contrattuale (% di riga) • % di donne per singola tipologia contrattuale sul totale delle donne dipendenti (% di colonna) • % di uomini per singola tipologia contrattuale sul totale degli uomini dipendenti (% di colonna) • n. di dipendenti D/U in % sul totale di singola qualifica (% di riga) • % di donne per singola qualifica sul totale delle donne dipendenti (% di colonna) • % di uomini per singola qualifica sul totale degli uomini dipendenti (% di colonna)
Differenziali D/U
<ul style="list-style-type: none"> • Gap D/U in %: su totale dipendenti • Gap D/U in %: sul totale di singola tipologia contrattuale (di riga e di colonna) • Gap D/U in %: dirigenti su tot dipendenti (di riga) • Gap D/U in %: personale a tempo indeterminato (di riga) • Gap D/U in %: personale con altre tipologie contrattuali (di riga) • Gap D/U in %: retribuzione lorda • Gap D/U in %: salario accessorio-variabile • Gap D/U in %: sul totale per tipologia di qualifica (di riga e di colonna)
Carriere (D/U v.a. e % di riga e colonna)
<ul style="list-style-type: none"> • % D e U Personale dipendente per qualifica, tipologia contrattuale e titolo di studio • % D e U Personale dipendente per qualifica, tipologia contrattuale e anzianità di servizio
Turn-over (D/U v.a. e % di riga e colonna)
<ul style="list-style-type: none"> • Personale a tempo indeterminato cessato

<ul style="list-style-type: none"> • Personale altre tipologie contrattuali cessato • Personale assunto a tempo indeterminato • Personale assunto altre tipologie contrattuali
Equilibrio vita lavoro/salute (D/U v.a. e % di riga e colonna)
<ul style="list-style-type: none"> • Dipendenti a tempo indeterminato per qualifica ed età • Dipendenti altre tipologie contrattuali per qualifica ed età • h Permessi per malattia figli piccoli • h Congedi parentali retribuiti e non • h Permessi retribuiti • h Aspettative non retribuite • Dipendenti in Part-time • h dovute da contratto, h lavorate e h di assenza (esclusa maternità) • h assenza per malattia di competenza INAIL • h assenza per malattia non di competenza INAIL
Esiti di salute (D/U v.a. e % di riga e colonna)
<ul style="list-style-type: none"> • Infortuni denunciati • Tipologia infortunio e sede lesione • Infortuni in itinere • Malattie professionali denunciate/segnalate • Tipologia malattie professionali • n. lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria • n. lavoratori visitati nell'anno di riferimento • n. idonei • n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) temporanee • n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) permanenti • n. inidoneità temporanee • n. inidoneità permanenti • n. visite richieste
Formazione (D/U v.a. e % di riga e colonna)
<ul style="list-style-type: none"> • h Partecipazione ai corsi di formazione • h Partecipazione corsi salute e sicurezza

3.3.6. - Indicatori basati sull'intersezionalità

Caratteristiche e condizioni del personale:
<ul style="list-style-type: none"> • n. di dipendenti (per età e nazionalità) T e D/U per tipologia di contratto (v.a.) (contratto a tempo indeterminato, contratto a tempo determinato, altre tipologie contrattuali; di cui part time; • % D e U sul totale dipendenti (per età e nazionalità) • n. di dipendenti (per età e nazionalità) D/U in % sul totale di singola tipologia contrattuale (% di riga) • % di donne (per età e nazionalità) per singola tipologia contrattuale sul totale delle donne dipendenti (per età e nazionalità) (% di colonna) • % di uomini (per età e nazionalità) per singola tipologia contrattuale sul totale degli uomini dipendenti (per età e nazionalità) (% di colonna) • n. di dipendenti (per età e nazionalità) D/U in % sul totale di singola qualifica (% di riga) • % di donne (per età e nazionalità) per singola qualifica sul totale delle donne dipendenti (per età e nazionalità) (% di colonna) • % di uomini (per età e nazionalità) per singola qualifica sul totale degli uomini dipendenti (per età e nazionalità) (% di colonna)
Esiti di salute (D/U v.a. e % di riga e colonna per tipologia di contratto, inquadramento contrattuale - qualifica, età e nazionalità)
<ul style="list-style-type: none"> • Infortuni denunciati • Tipologia infortunio e sede lesione • Infortuni in itinere • Malattie professionali denunciate/segnalate • Tipologia malattie professionali • n. lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria • n. lavoratori visitati nell'anno di riferimento • n. idonei • n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) temporanee • n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) permanenti • n. inidoneità temporanee • n. inidoneità permanenti • n. visite richieste
Formazione (D/U v.a. e % di riga e colonna per tipologia di contratto, inquadramento contrattuale - qualifica, età e nazionalità)
<ul style="list-style-type: none"> • h Partecipazione ai corsi di formazione • h Partecipazione corsi salute e sicurezza

3.3.7. - L'uso degli indicatori e delle statistiche

Nel presente capitolo sono riportati esempi e considerazioni generali di come sia stato possibile realizzare un'analisi più o meno dettagliata, a seconda dei casi, della posizione relativa di donne e uomini nell'organizzazione, attraverso il metodo di calcolo previsto dalla metodologia sperimentata nella ricerca-azione (il processo è stato realizzato in tutte le aziende partecipanti al processo di sperimentazione).

Obiettivi conoscitivi verificati:

- a) analizzare le caratteristiche macro-occupazionali della popolazione lavorativa;
- b) individuare macro-fenomeni della condizione occupazionale D/U²¹;
- c) individuare gap D/U;
- d) individuare in che rapporto sono le donne rispetto agli uomini per singola categoria di analisi;
- e) realizzare statistiche del personale secondo lo spirito del D.Lgs.81/08 in ottica di intersezionalità e genere;
- f) realizzare il monitoraggio degli esiti di salute secondo lo spirito del D.Lgs. 81/08.

È stato possibile utilizzare le statistiche del personale nella logica del miglioramento continuo, a partire dall'analisi dei dati fondamentali riguardanti il personale stesso.

Il primo livello di analisi è rappresentato dalle statistiche del personale in ottica di genere. **Risultato atteso:** evidenziare eventuali "gap di genere", fenomeni di segregazione occupazionale, etc.

Se in un'azienda si fa emergere la conoscenza relativa ad un eventuale gap ingiustificato tra categorie di lavoratori, rispetto ad alcuni fattori organizzativi rilevanti, si avrà più chiaro il quadro dei possibili interventi di miglioramento che dovranno essere promossi dal management e rilevati in fase di valutazione dei rischi.

Per il recupero del gap, le azioni potranno essere di valorizzazione degli individui; correttivi di eventuali distorsioni organizzative, norme interne, prassi o consuetudini; di tutela verso alcune categorie di soggetti.

Una efficace politica di prevenzione consiste, infatti, anche nel far sì che l'organizzazione non produca esiti di discriminazione, segregazione o addensamento su alcuni lavoratori o lavoratrici, dei fattori di vulnerabilità.

Mettere in relazione di genere la lettura dei dati, permette di evidenziare dei fenomeni

21 Il prendere le donne come parametro di riferimento è, ovviamente, una scelta. Si può fare il contrario.

macro, che necessitano di una attenta interpretazione per rimuovere eventuali fattori organizzativi che possano ingiustificatamente portare ad esiti discriminatori o di segregazione occupazionale, ovvero rappresentano un potenziale fattore di rischio per la salute.

Risultato atteso: le percentuali di riga e di colonna danno informazioni diverse e complementari e permettono di evitare conclusioni affrettate, possibili quando la percentuale è solo di riga.

Possono così evidenziarsi gli eventuali gap relativi alla distribuzione nei due universi di donne e uomini e tra i due universi nel complesso, e se si analizzeranno le distribuzioni del personale nelle tipologie contrattuali e nelle qualifiche, si potrà verificare quante donne rispetto al totale/donne e, quanti uomini rispetto al totale/uomini sono allocati nelle diverse categorie prese in considerazione.

3.3.8. - Ottimizzare l'uso dei dati: una chiave per l'integrazione

Il modello seguente illustra la complementarità delle politiche e dell'analisi dei dati nei SGSL integrati della prospettiva di genere.

Figura 3.5 - Complementarietà delle politiche e dell'analisi dei dati nei SGSL integrati della prospettiva di genere



Sono attori del modello integrato e dell'interscambio di dati i detentori e fornitori di dati aziendali; i clienti interni; i clienti esterni.

È importante sottolineare, inoltre, come tutti i dati possono essere prodotti ed utilizzati ai fini della prevenzione, in vari processi interni:

- Valutazione dei rischi;
- Valutazione stress lavoro correlato;
- Politiche del personale;
- Certificazione e mantenimento Sistemi Qualità, Salute e Sicurezza, Ambiente, Responsabilità sociale d'impresa;
- Servizio prevenzione e protezione; sorveglianza sanitaria.

In un modello integrato di produzione ed utilizzo dei dati aziendali, inoltre, si potrà rispondere ad adempimenti che richiedono il rilascio di dati da parte dell'azienda/Ente, evitando le rilavorazioni, per esempio:

Aziende con più di 100 dipendenti: adempimenti vari e ogni due anni rapporto alla Consiglia di parità

Pubbliche Amministrazioni, adempimenti vari e, a cadenze specifiche, ad esempio:

- Rapporto annuale Ministero Economia e Finanze
- Rapporto CUG
- Piano azioni positive
- Relazione benessere e clima

3.4. - RIFLESSIONI E PROSPETTIVE

Nello spirito del percorso INAIL "Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere", le azioni intraprese dai diversi gruppi di ricerca sono aperte verso un'evoluzione lenta e progressiva, che solo grazie all'adesione professionale ed individuale di tutti gli attori coinvolti, permetterà di portare a compimento il progetto.

Le attività di ricerca sono mirate ad individuare la letteratura scientifica già pubblicata e le evidenze utili ad integrare o modificare gli standard di valutazione dei diversi rischi; sono in corso ricerche sul campo, nei diversi settori e territori ed altre se ne potranno sviluppare a livello nazionale o in diversi ambiti regionali. Internalizzare le competenze di integrazione dell'ottica di genere nel sistema, a livello istituzionale ed organizzativo, rappresenta, inoltre, uno degli obiettivi.

Il passaggio decisivo per fare in modo che la salute di tutti e tutte sia uniformemente tutelata è far sì che ogni soggetto coinvolto (a partire dai lavoratori e dalle lavoratrici) cominci a vedere, riconoscere e analizzare, a livello di singola organizzazione, le diverse peculiarità e condizioni degli individui in modo competente, cogliendo le differenze eventuali nell'esposizione ai pericoli e negli impatti sulla salute.

Per poter sviluppare questo livello di competenza occorre prima di tutto volerlo. Occorre, poi, che i diversi contesti rendano possibile questa evoluzione di conoscenze, abilità, attitudini.

Sarebbe auspicabile, quindi, che le competenze di analisi ed intervento in ottica di genere venissero valorizzate, riconosciute, richieste, formalizzate in ogni contesto.

Devono essere considerate, a livello di sistema, competenze di base da un lato, altamente specialistiche dall'altro, a seconda del ruolo di chi è chiamato ad agire.

Le aziende/organizzazioni, coinvolte attualmente nel percorso di ricerca-azione (la fase futura prevede ulteriori adesioni), devono poter sviluppare tali abilità, per implementare in autonomia la metodologia INAIL e lo potranno fare, solo avendo colto lo spirito innovativo ed evolutivo del progetto.

I contributi prodotti e riportati nei capitoli a seguire, rappresentano, quindi, una prima parte del complesso lavoro di analisi realizzato.

I dati presi in esame sono relativi ad un totale di 6.089 lavoratori e lavoratrici di cui il 63% rappresentato da donne, ciò in virtù del coinvolgimento dell'azienda ospedaliera che vede una popolazione, rappresentante l'86% del campione, fortemente femminilizzata, anche se con numerosi ambiti di aggregazione più che proporzionale sia al maschile che al femminile.

Se estrapoliamo i dati delle sole aziende di produzione, vediamo come il dato risulti invertito, con il 62% di uomini nel totale delle aziende considerate.

Le nazionalità presenti sono relative a 25 Paesi; tutte le principali classi di età sono rappresentate, così come le diverse tipologie contrattuali.

La maggior parte dei dati restano per ovvi motivi riservati alle singole organizzazioni, e le informazioni prodotte verranno da loro utilizzate per azioni di miglioramento future.

Tutte le organizzazioni che hanno partecipato al progetto, hanno attivato un numero limitato, seppur significativo, di figure aziendali. Altre, dovranno essere coinvolte e, verosimilmente, formate alla metodologia sperimentata. Viste le oggettive difficoltà economiche di tutti i settori produttivi, appare poco realistico che una successiva

fase di investimento nel capitale umano avvenga al di fuori dei momenti e dei processi pianificati in materia di salute e sicurezza. Il processo sarà quindi lento e comprenderà successive e diverse fasi di implementazione.

Ciò nonostante, sia l'INAIL - Direzione regionale Toscana che l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa, che la PAC-Amadori e la Sammontana, ritengono che il lavoro fin qui fatto, e di cui si è deciso pubblicare solo uno spaccato specifico per ogni caso studio, sia solo un primo passo.

Tutte le aziende, nella prospettiva di una piena integrazione dell'ottica di genere nei propri SGSL, hanno cominciato a misurarsi con i parametri qualitativi definiti dall'indice EAGE. Soprattutto, hanno avviato un processo riflessivo al proprio interno per far sì che dalla politica aziendale (quella rinnovata e diffusa da Sammontana e pubblicata nello specifico capitolo, viene riportata come esempio e fac-simile per tutte le organizzazioni), all'aggiornamento ed integrazione di genere del DVR, che include il processo di valutazione dei rischi, nonché ai rischi emergenti da contrastare con misure organizzative o tecniche, a seconda dei casi, si scelgano le soluzioni più efficaci e coerenti con la problematica da affrontare.

L'analisi integrata dei data base organizzativi ha, infatti, permesso di evidenziare fenomeni poco noti, o non direttamente considerati come influenti sulla salute e sicurezza. Questo, sia per quanto riguarda il complesso della popolazione lavorativa, e sia per specifici gruppi di lavoratori e lavoratrici.

Nella maggioranza delle organizzazioni coinvolte, ad esempio, si sono evidenziate tendenze specifiche per genere nelle carriere, nelle retribuzioni, nell'uso del tempo, nell'evoluzione dello stato di salute. Sono stati evidenziati dei fenomeni, o sconfessati degli stereotipi, ad esempio, in merito alle assenze per malattia o per congedi di varia natura.

Laddove le ipotesi interpretative - circa l'evoluzione nel tempo dei fenomeni infortunistici e tecnopatici - sono state riconfermate, sono state prese in considerazione nuove forme di intervento e monitoraggio, da adottare nella prevenzione o riduzione dei danni, come le azioni di promozione della salute o gli interventi di carattere organizzativo.

Di particolare interesse si sono rilevate le analisi che mettono in correlazione il sesso, l'età, la professione, gli esiti di salute, come nel caso dell'Azienda Ospedaliera di Pisa, il cui approfondimento apre numerosi interrogativi ed ampi spazi di approfondimento e interventi futuri.

L'analisi delle cartelle sanitarie e di rischio, effettuata direttamente dal medico competente di Sammontana, va ad evidenziare gli effetti diversi su donne e uomini, di

possibili determinati di salute, correlati agli stili di vita, in relazione agli esiti di salute, aprendo uno spazio di riflessione sulle variabili legate ai fattori di esposizione lavorativa che intervengono nell'interazione gli uni con gli altri.

Solo l'analisi puntuale, realizzata grazie alla disaggregazione per sesso dei dati, e alla correlazione di genere tra variabili solitamente non prese in considerazione a fini prevenzionali, ha permesso di mettere in evidenza punti di forza e di debolezza dei diversi sistemi di salute e sicurezza.

In tal modo, le diverse aziende hanno cominciato a discutere su quali siano le misure più idonee da adottare - da condividere, in ogni caso, con il management, con gli attori della prevenzione e della negoziazione - pur non avendo ancora identificato, in molti casi, la soluzione più adatta e percorribile.

Dal punto di vista del gruppo di ricerca, grazie alla autovalutazione, nelle aziende si è cominciato a spostare lo sguardo, allargandolo, su problemi e ipotesi di intervento, precedentemente non presi in considerazione.

Come nel caso degli infortuni in itinere, un fenomeno all'attenzione di tutti, a partire da INAIL, che ha deciso di comprendere meglio e più a fondo quali possano essere le variabili di genere sottese ai dati che vedono una percentuale di donne maggiore di quella degli uomini.

L'azione di benchmark riportata nei capitoli riguardanti i casi aziendali, è mirata a far sì che le diverse organizzazioni, insieme alle loro debolezze, scoprano e diano valore ai punti di forza, alle pratiche utili ed innovative che possono essere evidenziate e diffuse. Anche nel caso si tratti di azioni semplici: anzi più sono semplici, a basso costo e con un impatto significativo, più saranno utili e disseminabili.

A conclusione della prima sperimentazione, quindi - avendone illustrato le scelte, i metodi adottati e i principali risultati conoscitivi - in questa fase della ricerca-azione, è possibile affermare che:

- il prerequisito di un appropriato ed efficace processo di prevenzione, valutazione e rimozione dei rischi, è l'integrazione della prospettiva di genere nei Sistemi di salute e sicurezza aziendali, a partire dai SGSL ove presenti.
- l'integrazione dei SGSL non può che basarsi su conoscenze e competenze adeguate e sull'assenza di meccanismi che inducano, anche in modo non voluto, esiti di salute diversi tra donne e uomini o tra gruppi di lavoratori in diverse condizioni di vulnerabilità o esposizione ai fattori di rischio.
- Ciò introduce alla necessità di garantire equità di genere in azienda nel complesso e nei diversi gruppi di lavoratori, in particolare.

- L'equità è garantita, a partire da una specifica volontà di azione del Datore di lavoro e del management, anche attraverso l'analisi puntuale degli impatti delle scelte organizzative sulla salute dei lavoratori e delle lavoratrici.
- L'analisi puntuale produce delle evidenze che vanno a corroborare le scelte aziendali e gli orientamenti strategici.
- È fondamentale che tali scelte ed orientamenti vengano adottati non sulla sola base di opinioni (o ancor meno di stereotipi), ma sulla base di evidenze che solo una analisi di genere di tutti i dati riguardanti il personale può offrire.

Bibliografia di riferimento*

Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), ESENER, Indagine europea fra le imprese sui rischi nuovi ed emergenti, 2010 e 2011.

Agenzia europea per la sicurezza e la salute e sul lavoro, *Inserire le problematiche legate al genere nella valutazione dei rischi*, FACTS - n. 43.

Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), Promozione della salute nei luoghi di lavoro, FACTS 94, 2010.

Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), Sondaggio paneuropeo d'opinione sulla salute e la sicurezza sul lavoro, 2009.

Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), Sintesi a cura di William Cockburn, Xabier Irastorza e Malgorzata Milczarek, Comprendere la gestione della sicurezza e della salute sul lavoro, i rischi psicosociali e la partecipazione dei lavoratori attraverso ESENER, 2012.

Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), European Trade Union Confederation, Worker Participation in Occupational Safety and Health, 2012

Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), Malgorzata Milczarek, Workplace Violence and Harassment: a European Picture, 2010.

Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), Lorenzo Munar, Mainstreaming OSH into business management, 2010.

Felicia Baldi, a cura di, Etiche e politiche di genere, Università di Bari, 2010.

Canadian International Development Agency (CIDA) Guide to Gender-Sensitive Indicators, Minister of Public Works and Government Services Canada, 1997.

* **Nota alla redazione dei riferimenti bibliografici**

In coerenza con l'impostazione della ricerca, nel riportare i nomi degli autori e delle autrici, ove possibile, sono state evitate le abbreviazioni relative al nome proprio per contribuire a far emergere il sesso degli autori. Infatti, la sola iniziale crea un effetto di gender blindness che si vuole contribuire a far emergere e, ove possibile, evitare.

Castriotta, Maria, a cura di, *Prospettive di genere applicate alla salute e sicurezza del lavoro. Stato dell'arte*, Dipartimento Documentazione, Informazione e Formazione, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, Focal Point Italiano dell'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, 2004.

William Cockburn, Daniela Treutlein and Judith Heinrich, A review of methods used across Europe to estimate work-related accidents and illnesses among the self-employed European Agency for Safety and Health at Work, 2010.

Conti Paola, a cura di, *Genere e stress lavoro-correlato: due opportunità per il "Testo Unico"*. Verso l'elaborazione di linee guida, Sintagmi - Inail, 2009.

Paola Conti e Antonella Ninci, a cura di, *Salute e sicurezza sul lavoro. Una questione anche di genere*, voll. I e II, INAIL, Quaderni tematici della Rivista degli infortuni e malattie professionali, 2011.

Costa, G., Cislighi, C., Caranci, N., *Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura*, Salute e Società, Franco Angeli, 2009.

Camilla Elg, Hilda Rømer Christensen, Birte Siim, Intersectionality at work: concepts and cases, Kvinder, Køn & Forskning 4 NR. 2-3 2010.

European Agency for Safety and Health at Work, Gender issues in safety and health at work. A review, 2003.

European Commission (2008), "Employment in Europe 2008", capitolo 4.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound), Changes over time - First findings from the fifth European Working Conditions Survey, 2011.

European Parliament, Committee on Women's Rights and Gender Equality.

DRAFT REPORT on eliminating gender stereotypes in the EU (2012/2116(INI)).

The Global Gender Gap Report 2009, pubblicato dal World Economic Forum, 2009.

Roxane Gervais e al., Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work, European Risk Observatory, A summary of an Agency report, EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work, 2011.

Hancock, A. (2009). An Untraditional Intersectional Analysis of the 2008 Election. Politics and Gender / Cambridge University Press. Vol. 5 (1).

Hancock, A. (2008). Intersectionality as a Normative and Empirical Research Paradigm. Politics and Gender / Cambridge University Press.

Istituto Europeo per l'uguaglianza di Genere, Programma di lavoro annuale 2012.

ISFOL, La qualità del lavoro. Evidenze nazionali e sovranazionali, atti del convegno, 2012.

Joan Kelly, "The Double vision of feminist theory" in Id. Women, History and theory, The University of Chicago Press, Chicago 1984.

Kim, A. M., Tingen, C. M., Woodruff, T. K., Sex bias in trials and treatment must end: Gender inequalities in biomedical research are undermining patient care, *Nature* 465, 688-689, 2010.

Emanuela Lombardo and Lise Rolandsen Agustín, Framing gender intersections in the European Union: what implications for the quality of intersectionality in policies?, Paper presented at the ECPR First European Conference on Politics and Gender, 2009.

Queen's University Belfast, Belfast Marradi, A., Referenti, pensiero e linguaggio: una questione rilevante per gli indicatori, *Sociologia e ricerca sociale*, XV, 43, Franco Angeli, Milano, 1994.

Ministero della salute, I fattori di rischio e i determinanti di salute, Conferenza Ministeriale "La salute in tutte le politiche: risultati e sfide", 2007.

Ministry of foreign affairs of Denmark, Danida, *Gender-sensitive monitoring and indicators*, Ministry of Foreign Affairs of Denmark Denmark, 2006.

Gayle Rubin, The Traffic in women: Notes on the "Political Economy" of Sex, del 1975, contenuto nell'antologia "Toward an Anthropology of Women".

Joan w. Scott, Gender and politics of history, Columbia University press, New York 1988.

Smith, M., Plantenga, J., Bettio, F., Fagan, C. and Remery, C., *Analysis Note: A Gender Equality Index for the European Union*, Report for the EU Expert Group on Gender and Employment [EGGE] to the European Commission's Directorate of Employment and Social Affairs (DGV), Equal Opportunities Unit (G1), 2009.

Mieke Verloo, Displacement and Empowerment: Reflections on the Concept and Practice of the Council of Europe Approach to Gender Mainstreaming and Gender Equality, From: *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, Volume 12, Number 3, 2005.

Verloo Mieke, Multiple Inequalities, Intersectionality and the European Union, Radboud University, Nijmegen, *European Journal of Women's Studies*, 13, n. 3: 211-228, 2006.

Walby, S., Complexity Theory, Systems Theory, and Multiple Intersecting Social Inequalities, *Philosophy of the Social Sciences*, 1, 37: 449-470, 2007.

Woodward, A. E., Too late for gender mainstreaming? Taking stock in Brussels, *Journal of European Social Policy*, 1, 18: 289-302, 2008.

4. - IL CASO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA PISANA

4.1. - L'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PISANA

L'Ospedale di Pisa è sorto nel 1257 accanto alla Piazza dei Miracoli e fu dedicato a S. Chiara in segno di devozione per l'assistenza ai malati. Detta sede storica è caratterizzata da una struttura a padiglioni, costituita da 30 edifici principali, alcuni risalenti al 1200, e altri costruiti nel corso dei secoli e, tra questi, diversi nel periodo fascista. Alcune unità sono state costruite negli anni settanta-ottanta. Nei diversi edifici si sono susseguiti, nel tempo, lavori di ristrutturazione e ammodernamento, per renderli confacenti alle mutate esigenze organizzative e lavorative.

La sede di S. Chiara, è stata fino al 2010 la sede principale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana; attualmente invece la sede principale si trova al c.d. Ospedale di Cisanello, che prende questo nome dal quartiere dove è collocato.

Il plesso di Cisanello trova le sue origini in un sanatorio degli inizi del 1900, con struttura a padiglioni, al quale è stato aggiunto un fabbricato (a monoblocco) negli anni settanta, quest'ultimo sede storica della trapiantologia di fegato e rene. Da metà degli anni novanta, sono iniziati i lavori di ampliamento, che hanno visto la realizzazione nel tempo di cinque nuove strutture a monoblocco tra loro collegate. Ampliamento che si è esaurito nel 2010 con l'inaugurazione del Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

Tra il 2009 e il 2010 le principali specialità chirurgiche si sono trasferite dal S. Chiara a Cisanello e, con esse, la Direzione Generale dell'Azienda.

Nei primi mesi del 2013 è prevista la gara per l'affidamento dei lavori per un nuovo ampliamento del plesso di Cisanello, intervento necessario per completare l'operazione di trasferimento definitivo di tutto ciò che ancora permane nella sede del S. Chiara, strutture universitarie comprese.

Questo sarà fattibile grazie al piano di recupero dell'ospedale S. Chiara definito con l'Amministrazione Comunale di Pisa, secondo il progetto firmato dall'architetto David Chipperfield. Dal riassetto urbanistico e dalla conseguente valorizzazione dell'area storica limitrofa alla Torre di Pisa, attraverso la vendita di edifici di proprietà dell'Azienda Ospedaliera e dell'Università di Pisa, dipende infatti buona parte dell'operazione di trasferimento definitivo di tutto l'ospedale a Cisanello, con il completamento del cosiddetto "potenziamento". Si tratta di un'operazione di grande rilevanza, sia per la collettività e sia per il servizio sanitario regionale, perché consentirà, da un lato, riqualificare una delle aree di maggiore pregio storico della città,

con evidenti ricadute di tipo economico, dall'altro, eliminare definitivamente la frammentazione dei reparti ospedalieri su due presidi e di concentrare l'area assistenziale, didattica e della ricerca, in un moderno monoblocco ispirato agli standard di qualità, sicurezza e risparmio energetico fra i più avanzati in Europa.

L'ospedale di Pisa è un Ospedale di rilevanza Nazionale e di alta Specializzazione, grazie anche all'apporto dell'attività sanitaria e di ricerca della Università di Pisa.

L'attività sanitaria è organizzata in Dipartimenti ad Attività Integrata con l'Università (DAI), rappresentando una vera e propria integrazione tra l'assistenza, la ricerca applicata e la didattica. Tali Dipartimenti sono:

- Dipartimento Emergenza Accettazione.
- Dipartimento Cardio Toraco Vascolare.
- Dipartimento Materno Infantile.
- Dipartimento di Oncologia, dei Trapianti e delle Nuove Tecnologie.
- Dipartimento delle Neuroscienze.
- Dipartimento di Gastroenterologia e delle Malattie Infettive.
- Dipartimento di Area Medica.
- Dipartimento delle Malattie Muscolo - scheletriche e Cutanee.
- Dipartimento di Radiodiagnostica e Radiologia Vascolare ed Interventistica e Medicina Nucleare.
- Dipartimento di Anestesia e Terapie Intensive.
- Dipartimento di Medicina di Laboratorio.

Oltre ai DAI, l'organigramma della AOUP comprende la Direzione Aziendale, il Dipartimento di Staff, il Dipartimento Amministrativo, il Dipartimento Economico Finanziario, il Dipartimento dell'Area Tecnica e il Dipartimento Integrato Interaziendale.

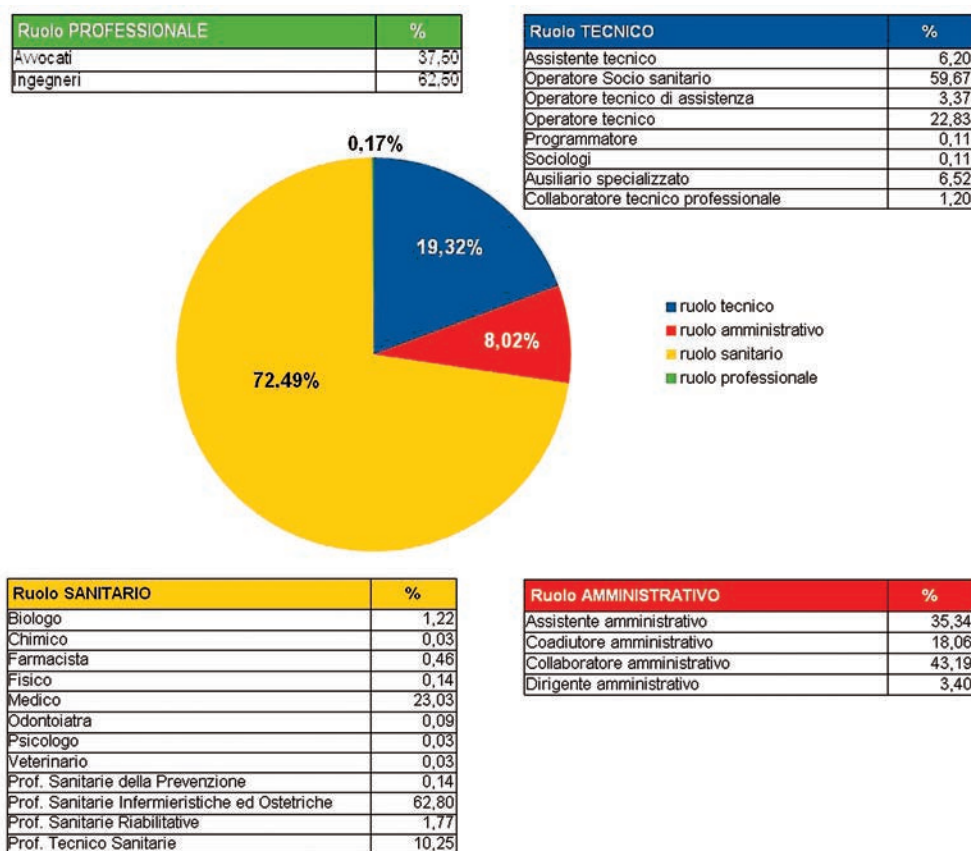
4.1.1. - Il personale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

Nella pubblicazione INAIL del 2007 dal titolo "*LA SICUREZZA IN OSPEDALE - Strumenti di valutazione e gestione del rischio*", gli ospedali italiani venivano suddivisi in base al numero di posti letto. Tra questi, il 7% aveva tra 800 e 1500 posti letto, fascia nella quale si colloca l'AOUP con i suoi 1300 posti letto complessivi distribuiti tra le due sedi (400 in S. Chiara e 900 in Cisanello). Vanno, inoltre, considerati gli innumerevoli ambulatori delle diverse specialità. Si è stimato che giornalmente più di 20.000 persone accedono complessivamente ai due plessi ospedalieri. Ai pazienti (anche gli accessi per visite ambulatoriali) e visitatori, vanno sommati i dipendenti in turno

di lavoro, gli studenti universitari che frequentano le lezioni frontali dei corsi di medicina, di odontoiatria, delle professioni sanitarie, etc., nonché tutte le persone che prendono parte ai tirocini dei percorsi universitari, di specializzazione, di dottorato e di altri corsi che non rientrano nei percorsi universitari. Poi vanno aggiunti tutti i dipendenti delle ditte che in appalto eseguono lavori o servizi (manutenzioni, pulizie e sanificazione, logistica, mensa, etc.).

Di seguito si riporta il grafico nel quale è rappresentata la suddivisione, in base al ruolo, del personale operante nella AOUP nell'anno 2011.

Figura 4.1 - Distribuzione personale AOUP anno 2011



Confrontando i dati sopra riportati con quelli della pubblicazione INAIL del 2007, si nota che la situazione non ha subito grandi modificazioni, se non una riduzione del personale amministrativo. Quest'ultima dinamica, presumibilmente, è correlata al fatto che in Toscana, a partire dal 2007, diverse funzioni amministrative della Azienda

USL e Ospedaliera sono confluite negli Enti per i Servizi Tecnico-amministrativi di Area Vasta (ESTAV).

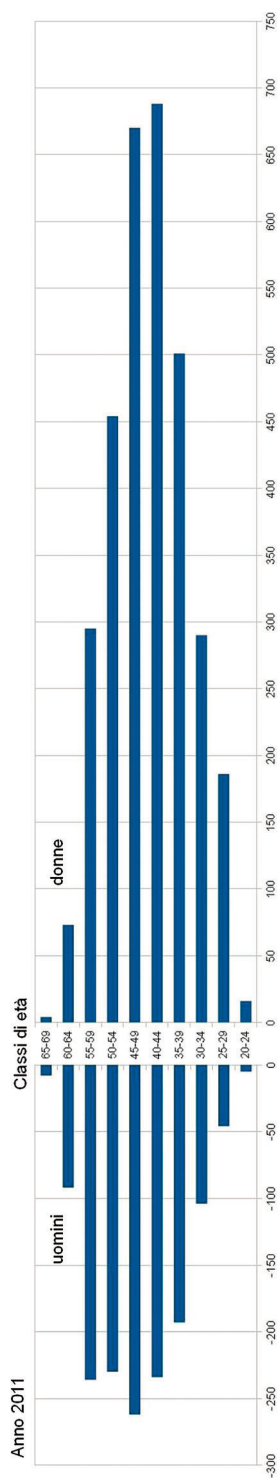
Tabella 4.1 - Confronto dati pubblicazione INAIL 2007 e distribuzione popolazione AOUP 2011

	RUOLO			
	Tecnico	Professionale	Sanitario	Amministrativo
Pubblicazione				
INAIL 2007	19,80%	0,20%	64,80%	11,60%
AOUP 2011	19,32%	0,17%	72,49%	8,02%

Quello fin qui riportato è il vecchio metodo utilizzato per l'analisi della popolazione dei lavoratori, ove i dati sono aggregati; di seguito; da qui in poi, tutti i dati resi noti saranno disaggregati per sesso, tenendo conto della professione, ed in alcuni casi, della classe di età di appartenenza, quali ulteriori variabili, al fine di verificare se tali informazioni possano rivelarsi un'analisi utile ai fini prevenzionistici.

Nell'anno 2011 il numero dei lavoratori (media aritmetica tra il numero di lavoratori dal 1 gennaio al 31 dicembre) è di 4552 unità, dei quali 3153 sono donne (69%) e 1399 sono uomini (31%).

Nella figura di seguito riportata è indicata la struttura, suddivisa per classi di età (dai 20 ai 65 anni in gruppi quinquennali) della popolazione, riferita all'anno 2011 del periodo 30 giugno - 1 luglio, costituito da 4572 persone, di cui 3167 donne e 1405 uomini.

Figura 4.2 - Struttura popolazione AOUP per classi di età e sesso - anno 2011

Come si evince dalla Figura 4-2, è chiaramente visibile come la popolazione femminile sia caratterizzata da un considerevole numero di soggetti appartenenti alle classi di età comprese tra i 40 e i 49 anni. Quest'ultimi, di fatto, rappresentano il 42% della popolazione femminile, che sommati a quelli appartenenti alla classe di età 35-39 anni, ne costituiscono il 58%.

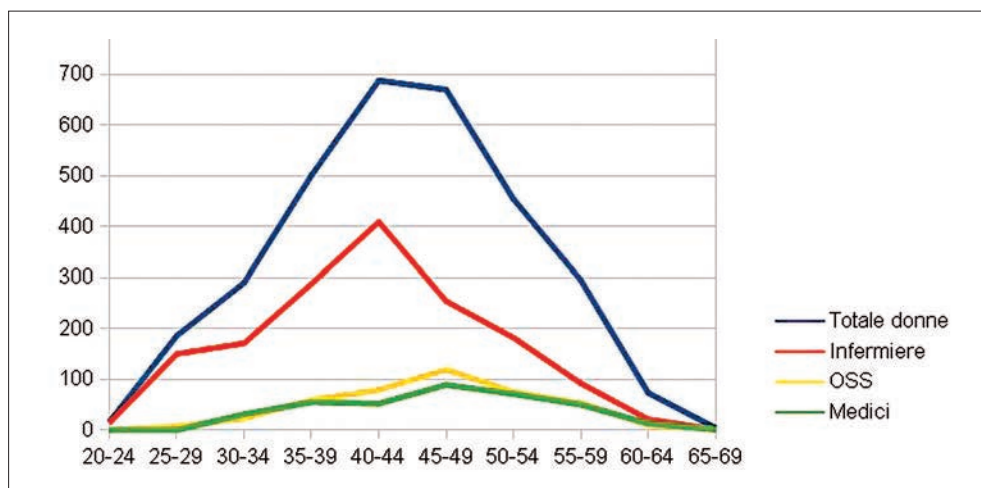
Il 45,4% della popolazione, totale dei lavoratori, è costituito da personale afferente alla Professione Sanitaria Infermieristica ed Ostetrica, per il 17,5 da Medici e per l'11% da Operatori Socio Sanitari, così ripartiti tra donne e uomini (Tabella 4-2):

Tabella 4.2 - Specifica di alcune professioni che costituiscono il 45% la popolazione della AOUP

Professione	DONNE		UOMINI	
	% sul totale della popolazione	% sulla popolazione femminile	% sul totale della popolazione	% sulla popolazione maschile
Prof. Sanit. Inf. e Ost.	34,47	49,76	10,93	35,6
Medici	7,89	11,39	9,61	9,61
OSS	9,28	13,40	1,72	1,63

Le altre professioni, singolarmente, sono numericamente inferiori al 10% della popolazione.

Di seguito sono rappresentati graficamente, ed in modo tabellare, i dati sopra esposti, mettendo in evidenza la struttura per classi di età e l'età all'assunzione della popolazione maschile e della popolazione femminile delle Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche, dei Medici e degli Operatori Socio Sanitari.

Figura 4.3 - Classi di età popolazione femminile - 2011**Tabella 4.3** - Specifica delle classi di età delle professioni numericamente più rappresentative della popolazione femminile - 2011

Popolazione femminile	CLASSI DI ETÀ		
	< 35	35 - 49	> 49
Prof. Sanit. Inf. e Ost.	20,86%	59,92%	18,71%
Medici	8,56%	54,14%	37,29%
OSS	7,04%	60,33%	32,63%

Dall'analisi per classi di età della popolazione femminile, emerge, oltre a quanto riportato nella tabella 4.3, che nelle Professioni Sanitarie Infermieristiche, il 25,85% delle dipendenti è ricompreso nella classe di età ricompresa tra i 40 ed i 44 anni; nei Medici il 24,58% è ricompreso nella classe di età ricompresa tra i 45 ed i 49; nelle OSS il 27,93% è ricompreso nella classe di età ricompresa tra i 45 ed i 49.

Tabella 4.4 - Specifica delle classi di età al momento dell'assunzione delle professioni numericamente più rappresentative della popolazione femminile - 2011

Popolazione femminile	ETÀ DELL'ASSUNZIONE		
	< 35	35 - 49	> 49
Prof. Sanit. Inf. e Ost.	72,55%	16,52%	5,00%
Medici	44,75%	53,59%	1,66%
OSS	33,33%	57,98%	7,04%

Degno di nota è l'età all'assunzione delle OSS, in parte spiegabile dal fatto che nel tempo la professione degli Operatori Tecnici Assistenziali si è riconvertita in quella di OSS, con la conseguente cessazione del rapporto di lavoro nel precedente profilo professionale e riapertura del rapporto di lavoro nel profilo professionale di OSS. Però, è anche vero, che per molti anni la professione dell'OSS è stata vista da molte donne quale possibilità di nuova attività o riconversione e miglioramento professionale da operaia o addetta alle pulizie o badante, ovvero persone dipendenti di cooperative che cercano di migliorare la loro condizione lavorativa passando alle dipendente del SSN. Conseguentemente la maggior parte del personale OSS presente ha un'età ricompresa tra i 35 ed i 49 anni.

L'età di assunzione dei Medici è giustificata dal lungo percorso di studio.

Per quanto concerne l'età di assunzione del personale delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, si denota un ridotto ricambio generazionale, dinamica meglio rappresentata nella tabella che segue, dove vengono riportate le assunzioni a tempo indeterminato del quadriennio 2008 - 2011, nello specifico della distribuzione percentuale per classe di età per anno di riferimento, nonché la percentuale delle assunzioni per specifico anno in rapporto alle professioniste in servizio a tempo indeterminato.

Tabella 4.5 - Personale femminile appartenente alle Professioni Sanitarie Infermieristiche assunto a tempo indeterminato nel periodo 2008 – 2011, distribuito in percentuale per anno e percentuali assunzioni su personale in servizio a tempo indeterminato stessa professione

Anno	CLASSI DI ETÀ							% assunte su in servizio
	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	
2008	0,00%	31,63%	27,25%	14,29%	9,18%	10,20%	7,14%	6,33%
2009	0,00%	39,58%	25,00%	15,63%	13,54%	2,08%	2,08%	6,20%
2010	0,00%	44,07%	16,95%	13,56%	15,25%	8,47%	1,69%	3,81%
2011	5,77%	40,38%	25,00%	15,38%	5,77%	7,69%	0,00%	3,36%

La popolazione maschile ha una distribuzione più equilibrata sulle classi di età, e presenta fenomeni non dissimili alla popolazione femminile rispetto all'età di assunzione per Medici e delle Professioni Sanitarie Infermieristiche. Differisce l'età di assunzione degli OSS uomini dalle colleghe donne, col 55% dei professionisti assunti in età inferiore ai 35 anni.

Figura 4.4 - Classi di età popolazione maschile - 2011

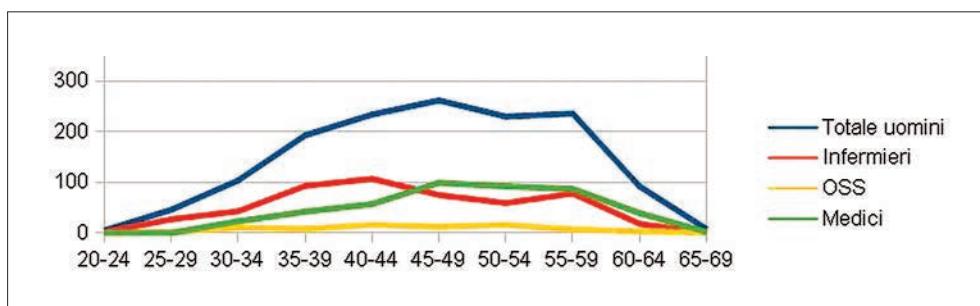


Tabella 4.6 - Specifica delle classi di età delle professioni numericamente più rappresentative della popolazione maschile - 2011

Popolazione maschile	CLASSI DI ETÀ		
	< 35	35 - 49	> 49
Prof. Sanit. Inf. e Ost.	14,17%	54,89%	30,94%
Medici	5,22%	44,90%	49,89%
OSS	16,22%	47,30%	36,49%

Tabella 4.7 - Specifica delle classi di età al momento dell'assunzione delle professioni numericamente più rappresentative della popolazione maschile - 2011

Popolazione maschile	ETÀ DELL'ASSUNZIONE		
	< 35	35 - 49	> 49
Prof. Sanit. Inf. e Ost.	65,47%	16,77%	1,00%
Medici	43,08%	53,74%	3,17%
OSS	55,41%	36,49%	5,41%

Osservando il quadriennio 2008 - 2011, si nota che il rapporto numerico donne/uomini non ha subito grandi variazioni, benché il numero dei soggetti che compongono la popolazione femminile sia andato aumentando leggermente nel tempo, mentre complessivamente la popolazione maschile è numericamente diminuita.

Tabella 4.8 - Raffronto numero lavoratori quadriennio 2008-2011 risultante da tre diversi modi di estrazione

Totale lavoratori	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Numero medio lavoratori	4378	4512	4597	4552
Periodo 30 giugno - 1 luglio	4400	4544	4656	4572
Saldo al 31 dicembre	4550	4553	4593	4520

Tabella 4.9 - Numero lavoratori medio distinto per sesso

	NUMERO MEDIO LAVORATORI				
	Totale	Donne	% Donne	Uomini	% Uomini
2008	4378	2915	66,58%	1463	33,42%
2009	4512	3042	67,42%	1470	32,58%
2010	4597	3134	68,17%	1463	31,83%
2011	4552	3153	69,27%	1399	30,73%

Figura 4.5 - Popolazione AOUP nel quadriennio 2008 - 2011
distinto per sesso e professioni

Periodo 30 giugno 1 luglio										
Qualifica	Anno 2008					Anno 2009				
	% U/U	%U/T	% D/D	% D/T	Tot	% U/U	%U/T	% D/D	% D/T	Tot
Amministrativo	6,01	2	8,99	6	8	6,03	1,96	8,8	5,94	7,09
Operatore tecnico	9,15	3,05	4,97	3,32	6,36	8,6	2,79	4,66	3,15	5,64
Op Socio Sanitario	4,16	1,39	11,35	7,57	8,95	4,47	1,45	11,48	7,75	9,2
Prof. San. Inf. E Ost	34,88	11,61	51,75	34,52	46,14	35,48	11,53	54,45	34,73	46,26
Prof. San. Riabilitazione	0,41	0,14	1,74	1,16	1,3	0,81	0,26	1,7	1,14	1,4
Prof. Tecnico San.	8,67	2,89	6,47	4,32	7,2	7,99	2,6	7,01	4,73	7,33
Dirigenti Medici	29,76	9,91	7,26	4,84	14,75	29,38	9,55	10,21	6,89	16,44
altri Dirigenti	2,32	0,77	4,36	2,91	3,68	2,51	0,81	1,83	1,23	2,04
altre figure	4,64	1,55	3,1	2,07	3,61	4,74	1,54	2,87	1,94	3,48
% sul totale annuo		33,3		66,7			32,5		67,5	

Qualifica	Anno 2010					Anno 2011				
	% U/U	%U/T	% D/D	% D/T	Tot	% U/U	%U/T	% D/D	% D/T	Tot
Amministrativo	6,18	1,98	8,33	5,67	7,65	5,65	1,84	8,52	5,91	7,75
Operatore tecnico	8,74	2,79	4,73	3,22	6,01	7,12	2,32	4,07	2,82	5,14
Op Socio Sanitario	4,5	1,44	12,37	8,42	9,86	4,97	1,62	13,45	9,32	10,94
Prof. San. Inf. E Ost	34,34	10,98	49,53	33,7	44,68	33,67	10,96	49,68	34,43	45,39
Prof. San. Riabilitazione	0,74	0,24	1,64	1,12	1,36	0,81	0,26	1,42	0,98	1,24
Prof. Tecnico San.	8,06	2,58	7,54	5,13	7,71	7,33	2,38	7,32	5,07	7,45
Dirigenti Medici	30,17	9,64	11,21	7,62	17,26	29,64	9,65	11,43	7,92	17,57
altri Dirigenti	2,55	0,82	1,86	1,27	2,09	1,95	0,63	1,42	0,98	1,61
altre figure	4,7	1,5	2,78	1,89	3,39	3,29	1,07	2,65	1,84	2,91
% sul totale annuo		31,96		68,04			30,73		69,27	

Altro aspetto particolare del quadriennio 2008 - 2011 è la dinamica delle assunzioni e cessazioni del rapporto di lavoro.

Tabella 4.10 - Numero nuove assunzioni e cessazioni nel quadriennio 2008 - 2011

	2008		2009		2010		2011	
	assunti	cessati	assunti	cessati	assunti	cessati	assunti	cessati
Donne	388	287	327	233	277	191	155	172
Uomini	127	127	116	103	93	163	50	77
Totale	515	414	443	336	370	354	205	149

In tale periodo, vi sono state 1533 assunzioni a fronte di 1153 cessazioni del rapporto di lavoro. Di queste ultime, una parte sono relative alla raggiunta età pensionabile, altre riguardano soggetti, che pur con contratto a tempo indeterminato, hanno interrotto anticipatamente il proprio rapporto di lavoro, altri ancora riguardano i contratti a tempo determinato. Delle assunzioni, il 45,66% sono a tempo determinato e il 54,34% a tempo indeterminato, così suddivisi fra donne e uomini ed in relazione alla professione:

Tabella 4.11 - Percentuale numero assunzioni nella tipologia di contratto, distinguendo la professione e il sesso, nel quadriennio 2008 - 2011

TIPO DI CONTRATTO Professione	A TEMPO INDETERMINATO		A TEMPO DETERMINATO	
	Donne	Uomini	Donne	Uomini
Amministrativo	5,88%	4,20%	5,06%	5,44%
Operatore Tecnico	2,35%	3,78%	0,18%	0,68%
Op. Socio Sanitario	21,18%	10,92%	25,68%	8,16%
Prof. San. Inf. E Ost.	45,21%	31,51%	52,08%	56,46%
Prof. San. Riabil.	1,51%	0,84%	0,00%	0,00%
Prof. Tec. San.	8,07%	9,66%	9,95%	10,88%
Dir. Medici	13,78%	34,87%	6,69%	10,88%
Altri Dirigenti	1,34%	2,94%	0,18%	4,08%
Altre figure	0,67%	1,26%	0,18%	3,40%
Totale	71,43%	28,57%	79,00%	21,00%

La durata dei contratti a tempo determinato non ha una distribuzione particolare rispetto al sesso o alla professione. Il 27% ha una durata inferiore ai 6 mesi, il 13% ha una durata compresa tra i 6 ed i 10 mesi. L'11% ha una durata di 11 mesi, il 21%

ha una durata compresa tra i 12 ed i 22 mesi, il 4 % ha una durata superiore ai 22 mesi.

L'analisi della popolazione lavorativa assunta con contratto a tempo determinato per classi di età, evidenzia che l'83% del personale di entrambi i sessi afferente alle professioni sanitarie ha un'età inferiore ai 35 anni, il 15% ha un'età ricompresa tra i 35 ed i 49 anni; tra i medici il 65% delle donne hanno un'età inferiore ai 35 anni mentre il 59% degli uomini ha un'età ricompresa tra i 35 e di 49 anni, nessuno supera i 49 anni; tra gli OSS il 66% ha un'età ricompresa tra i 35 e di 49, però il 15% delle donne supera i 49 anni mentre il 25% degli uomini ha meno di 35 anni.

Tabella 4.12 - Nuovi assunti nel quadriennio 2008 - 2011 con contratto a tempo determinato, suddivisi per sesso e in rapporto al totale degli assunti (indet. + deter.) ed a quelli totali del medesimo sesso (indet. + deter.)

CONTRATTO TEMPO DETERMINATO	CLASSI DI ETÀ		
	< 35	35 - 49	> 49
Donne/Donne	64,56%	30,74%	4,70%
Uomini/Uomini	65,99%	28,57%	4,08%
Donne/totale	51,00%	24,29%	3,71%
Uomini/totale	13,86%	6,00%	0,86%
Totale per classe di età/totale	64,86%	30,29%	4,57%

4.1.2. - Il fenomeno infortunistico e tecnopatico

4.1.2.1. - Il fenomeno infortunistico

Con riferimento alla Norma UNI 7249/2007 “*Statistiche degli infortuni sul lavoro*”, sono stati elaborati i seguenti dati del quadriennio 2008 - 2011

- **Numero dei lavoratori:** media aritmetica tra il numero di lavoratori dal 1° gennaio al 31 dicembre;
- **Ore annuali lavorate:** totale delle ore lavorate nell'anno 2011;
- **Numero degli infortuni:** infortuni annotati sul Registro Infortuni;
- **Infortuni in itinere:** nel percorso casa lavoro e viceversa;
- **Giorni infortunati:** totale delle giornate complessive di assenza dal lavoro per gli infortuni.

Gli infortuni, distinti dagli incidenti in itinere, sono stati suddivisi in due sottoinsiemi: gli infortuni di tipo biologico e altri tipi di infortunio in occasione di lavoro. I primi

sono conseguenti a contatti accidentali con possibili agenti biologici e caratterizzati da nessuna assenza dal lavoro e, non sono tenuti di conto nelle elaborazioni che seguono. Tali infortuni biologici sono riportati solo nella tabella 4.13.

Tabella 4.13 - Numero infortuni ed incidenti in itinere nel quadriennio 2008 - 2011

	INFORTUNI COMPLESSIVI DENUNCIATI		INCIDENTI IN TINERE
	Biologici	Altri infortuni	
Anno 2008	181	117	60
Anno 2009	186	143	48
Anno 2010	183	107	48
Anno 2011	194	144	65

Tabella 4.14 - Numero di infortuni ed incidenti in itinere nel quadriennio 2008 - 2011, in relazione alle giornate di assenza dal lavoro

	INFORTUNI			INCIDENTI IN TINERE		
	< 3 giorni	> 3 giorni	Giornate di assenza	< 3 giorni	> 3 giorni	Giornate di assenza
Anno 2008	17	98	2362	3	57	2465
Anno 2009	24	119	3361	2	46	2019
Anno 2010	18	89	2748	2	46	1752
Anno 2011	13	131	3924	3	62	1653

Tabella 4.15 - Distribuzione percentuale degli infortuni e degli incidenti in itinere distinti per anno e sesso

	INFORTUNI		INCIDENTI IN ITINERE	
	Donne	Uomini	Donne	Uomini
Anno 2008	69,23%	30,77%	75,00%	25,00%
Anno 2009	75,52%	24,48%	66,67%	33,33%
Anno 2010	78,50%	21,50%	79,17%	20,83%
Anno 2011	77,08%	22,92%	72,31%	27,69%

Tabella 4.16 - Distribuzione numero infortuni distinti per classe di età, sesso e anno di accadimento

INFORTUNI/ETÀ	2008	2009	2010	2011
DONNE				
< 35	9	16	7	18
35 - 49	42	58	47	65
> 49	30	34	30	28
UOMINI				
< 35	8	6	6	2
35 - 49	14	13	11	16
> 49	14	13	6	15

Tabella 4.17 - Distribuzione numero incidenti in itinere distinti per classe di età, sesso e anno di accadimento

ITINERE/ETÀ	2008	2009	2010	2011
DONNE				
< 35	6	7	6	7
35 - 49	23	17	22	27
> 49	16	8	10	13
UOMINI				
< 35	1	2	2	3
35 - 49	4	7	3	12
> 49	10	7	5	3

Tabella 4.18 - Distribuzione percentuale numero infortuni distinti per anno di accadimento e professioni numericamente più rappresentative

INFORTUNI	2008	2009	2010	2011
DONNE				
Pro. San. Inf	35,04%	46,85%	38,32%	41,67%
Medici	3,41%	2,10%	3,73%	2,78%
OSS	12,82%	20,98%	27,10%	26,39%
UOMINI				
Pro. San. Inf	13,67%	11,19%	8,41%	11,11%
Medici	0,85%	2,10%	1,87%	0,69%
OSS	3,41%	4,20%	2,80%	4,17%

Tabella 4.19 - Distribuzione percentuale numero incidenti in itinere distinti per anno di accadimento e professioni numericamente più rappresentative

ITINERE	2008	2009	2010	2011
DONNE				
Pro. San. Inf	33,33%	41,67%	47,92%	40,00%
Medici	6,67%	0,00%	2,08%	1,54%
OSS	10,00%	14,58%	18,75%	10,77%
UOMINI				
Pro. San. Inf	15,00%	16,67%	12,50%	12,31%
Medici	3,33%	6,25%	2,08%	3,08%
OSS	1,67%	2,08%	2,08%	6,15%

L'andamento degli infortuni in occasione di lavoro, appare direttamente proporzionale al numero della popolazione femminile e maschile. Diversamente, gli infortuni in itinere non seguono lo stesso trend.

Sia gli infortuni in occasione di lavoro che quelli in itinere, sembrano distribuirsi in modo direttamente proporzionale in rapporto al numero dei soggetti appartenenti alle varie classi di età e sesso.

La distribuzione degli infortuni in occasione di lavoro, in relazione alle tre professioni prese in esame, rispecchia l'andamento proporzionale rispetto al numero dei soggetti appartenenti alle Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche ed agli OSS. Al contrario, l'andamento degli infortuni in occasione di lavoro dei medici, sembra inversamente proporzionale al sesso di appartenenza, laddove il numero degli uomini è superiore alle donne e l'età media di quest'ultimi è più alta.

Passando alle conseguenze degli infortuni in occasione di lavoro, e prendendo nuovamente a riferimento la pubblicazione INAIL del 2007, *"LA SICUREZZA IN OSPEDALE - Strumenti di valutazione e gestione del rischio"* (dati infortunistici quinquennio 2001 - 2005), risulta che per *"la sede della lesione nel 31% dei casi sono coinvolti gli arti superiori e, in primo luogo, la mano alla quale corrisponde il 20% del complesso delle denunce. Altre parti del corpo interessate dall'evento lesivo sono: gli arti inferiori (27%) ed in primo luogo il ginocchio (8% del complesso delle denunce) e la colonna vertebrale (20%)"*.

La situazione del quadriennio 2008 -2011 in AOUP vede una alternanza tra gli arti inferiori e superiori quale sede di lesione con maggior casi e con percentuali superiori a quelle indicati nell'elaborato INAIL. Prendendo a riferimento il 2011 vediamo che il

43% delle lesioni è a carico degli arti inferiori ed in particolare il ginocchio (28% dei casi). Le altre parti del corpo interessate sono al 26% gli arti superiori (di cui il 48% la mano) ed al 15% il torace e gli organi interni (di cui l'85% alla regione lombo-sacrale).

Tabella 4.20 - Distribuzione percentuale degli infortuni in relazione alla sede della lesione

SEDE LESIONE	2008	2009	2010	2011
Testa	17,09%	9,09%	5,61%	8,33%
Torace e organi interni	5,98%	13,29%	14,02%	15,28%
Colonna vertebrale	11,11%	5,59%	12,15%	6,25%
Arti superiori	24,79%	38,46%	33,64%	26,39%
Arti inferiori	39,32%	32,17%	31,78%	43,06%

Sempre nella pubblicazione INAIL “le lussazioni e contusioni rappresentano le principali conseguenze dell’evento per il 67% dei casi denunciati confermando quanto avviene per il complesso degli infortuni sul lavoro, seguono le ferite (18%)”. Parimenti in AOUP, nel periodo preso in esame, la sommatoria tra contusioni e lussazioni rappresentano la conseguenza maggiore degli eventi infortunistici, però, pare opportuno far notare come nel 2011, il 15% delle conseguenze sia da riscontrarsi nelle lesioni da sforzo mentre le ferite costituiscono solo il 2%.

Tabella 4.21 - Distribuzione percentuale degli infortuni in relazione alla natura della lesione

NATURA LESIONE	2008	2009	2010	2011
Contusione	48,72%	57,34%	47,66%	36,81%
Ferita	7,69%	9,09%	3,74%	2,08%
Frattura	11,11%	8,39%	11,21%	10,42%
Lesioni da sforzo	0,85%	0,00%	6,54%	15,28%
Lussazione, distorsione	27,35%	22,38%	36,17%	31,94%

In AOUP, nel quadriennio 2008 - 2011, le forme di accadimento con più eventi sono le cadute in piano (18 - 22%) e gli urti contro parti fisse (immobili, arredi) o oggetti/attrezzature (12 - 20%), anche se, nel 2011, assume una certa rilevanza l’infortunio correlato al sollevamento o spostamento di carichi (20,83%). Allo stesso modo, come emerge nel documento INAIL “*le cadute sono al primo posto della classifica delle forme di accadimento interessando il 16% delle denunce*”, alle quali “*seguono i sollevamenti (14%) e i colpi (13%)*”.

Tabella 4.22 - Distribuzione percentuale degli infortuni in relazione alla forma di accadimento

FORMA DI ACCADIMENTO	2008	2009	2010	2011
Altre forme	35,04%	27,25%	28,97%	19,45%
Caduto dall'alto	0,00%	0,00%	6,54%	12,50%
Caduto in piano su	17,95%	16,80%	20,26%	22,22%
Colpito da	12,82%	12,59%	6,54%	6,25%
Ha urtato contro	12,82%	20,28%	14,02%	16,67%
Si è colpito con	11,97%	9,09%	8,41%	1,39%
Sollevando spostando	7,69%	11,19%	7,48%	20,83%

L'agente materiale causa dei maggiori eventi, sia in AOUP che nell'elaborato INAIL, è l'ambiente di lavoro, ed in particolare le superfici di transito, ma con valori assai differenti: il 50% contro il 26%. Sulla base di quanto si evince nell'elaborato INAIL, il 24% degli eventi è a causa dei mezzi di sollevamento e trasporto, agente che nel caso dell'AOUP non assume rilievo. Nuova analogia è l'agente "persona" che incide, da solo, per il 15% sul totale degli infortuni, conseguenza del contatto continuo con i pazienti o altro personale ospedaliero. Altro valore interessante del 2011, è dato dall'agente attrezzature con il 16% dei casi correlati nella maggior parte degli eventi ad azioni di spostamento o urti.

Tabella 4.23 - Distribuzione percentuale degli infortuni in relazione all'agente materiale

AGENTE MATERIALE	2008	2009	2010	2011
Altro	24,78%	18,18%	21,50%	8,34%
Ambienti di lavoro	48,72%	46,15%	48,60%	53,47%
Attrezzature	5,13%	6,29%	1,87%	16,67%
Materiali, sostanze	3,42%	9,79%	14,95%	4,86%
Mezzi sollevamento-trasporto	10,26%	4,20%	6,54%	2,08%
Persone	5,98%	10,49%	6,54%	14,58%

Nell'elaborato INAIL non c'è un'analisi degli incidenti in itinere, anche se viene però riportato che questo tipo di infortunio nel 2005 costituisce il 15% circa del complesso delle denunce del comparto, in linea con quanto avviene per tutte le attività dell'Industria e Servizi. In AOUP, nel quadriennio 2008 -2011, costituisce mediamente il 30% delle denunce.

Le lesioni vedono quali sedi preferenziali, la colonna vertebrale e gli arti inferiori (dal 58 al 66%), mentre la natura delle lesioni è dal 40 al 56% dei casi una lussazione/di-torsione e per il 25-40% dei casi una contusione.

Tabella 4.24 - Distribuzione percentuale degli incidenti in itinere in relazione alla sede della lesione

SEDE LESIONE	2008	2009	2010	2011
Testa	10,00%	6,25%	12,50%	6,15%
Torace e organi interni	10,00%	10,42%	10,42%	6,15%
Colonna vertebrale	28,33%	33,33%	45,83%	40,00%
Arti superiori	11,67%	12,50%	4,17%	20,00%
Arti inferiori	31,67%	25,00%	22,92%	26,15%
sconosciuta	8,33%	12,50%	4,16%	1,55%

Tabella 4.25 - Distribuzione percentuale degli incidenti in itinere in relazione alla natura della lesione

NATURA LESIONE	2008	2009	2010	2011
Altro	8,33%	14,59%	4,17%	1,53%
Contusione	28,33%	25,00%	27,08%	41,54%
Ferita	1,67%	2,08%	4,17%	1,54%
Frattura	21,67%	20,83%	8,33%	12,31%
Lussazione, distorsione	40,00%	37,50%	56,25%	43,08%

La caduta in piano, nel 2008, costituisce il 33% dei casi quale forma della lesione, andando a diminuire nel corso degli anni fino al 15% degli eventi nel 2011, anno in cui il 75% dei casi vede quale forma di accadimento l'evento alla guida di un mezzo di trasporto. Nel 2010 il 30% dei casi ha visto quale dinamica l'investimento da mezzi di trasporto.

Tabella 4.26 - Distribuzione percentuale degli incidenti in itinere in relazione alla forma della lesione

FORMA DI ACCADIMENTO	2008	2009	2010	2011
Afferrato da	6,67%	25,00%	6,25%	0,00%
Altre forme	25,01%	16,66%	18,75%	6,16%
Caduto in piano su	33,33%	22,92%	29,17%	15,38%
Ha urtato contro	15,00%	22,92%	12,50%	0,00%
Incidente alla guida di	3,33%	0,00%	2,08%	75,35%
Investito da	13,33%	12,05%	29,17%	1,54%
Sollevando spostando	3,33%	0,00%	2,08%	0,00%

Nel 2008 l'ambiente di lavoro costituisce il 46% degli agenti dei casi di incidente, andando, però, a perdere consistenza nel quadriennio, scendendo fino al 18% nel 2011. I mezzi di trasporto nel 2008 costituivano il 35% delle cause e l'80% nel 2011.

Tabella 4.27 - Distribuzione percentuale degli incidenti in itinere in relazione all'agente materiale

AGENTE MATERIALE	2008	2009	2010	2011
Altro	18,37%	8,33%	6,25%	0,00%
Ambienti di lavoro	46,27%	29,17%	35,42%	18,46%
Mezzi sollevamento trasporto	35,00%	62,50%	56,25%	80,00%

L'esame degli indici infortunistici, ci fornisce un'altra serie di informazioni; difatti l'indice di incidenza calcolato, sia per gli infortuni che per gli incidenti in itinere, per il quadriennio in questione, distinto per sesso, ci dimostra che il valore di riferimento si è mantenuto sostanzialmente costante nel tempo con percentuali nettamente inferiori per gli uomini rispetto alle donne.

Tabella 4.28 - Indice incidenza infortuni distinti per sesso e anno accadimento

INFORTUNI	2008	2009	2010	2011
Donne	27,79	35,5	26,8	35,2
Uomini	24,61	23,81	15,72	23,59
Totale	26,72	31,69	23,28	31,63

Tabella 4.29 - indice incidenza incidenti in itinere distinti per sesso e anno accadimento

ITINERE	2008	2009	2010	2011
Donne	15,44	10,52	12,13	14,91
Uomini	10,25	10,88	6,84	12,87
Totale	13,7	10,64	10,44	14,28

Per l'anno 2011, oltre all'indice di incidenza è stato calcolato anche l'indice di frequenza e l'indice di gravità, determinando i seguenti valori:

- Indice di Frequenza: 20,42.
- Indice di Gravità: 0,56.

Nella *Pubblicazione Statistica INAIL del giugno 2007*, sull'andamento degli infortuni e delle malattie professionali, per il settore di attività economica "Sanità e servizi sociali" è indicato il solo valore dell'Indice di Frequenza per inabilità temporanea, pari a 24,14.

In una presentazione organizzata nel 2007 a Mantova, (la cui documentazione è reperibile al link http://www.aslmmn.it/Docs_File/Sanit%C3%A0.pdf), sono riportati i dati degli infortuni nel comparto Sanità della Provincia di Mantova nel periodo 2000-2005, tratti dai flussi informativi INAIL-ISPEL-Regioni. In detto elaborato si trovano riportati i seguenti indici infortunistici:

- Indice di Frequenza: valori compresi tra 20,0 e 24,0.
- Indice di Gravità: valori compresi tra 0,6 ed 1,0.

Nella pubblicazione del 2010 dell'Osservatorio Provinciale Infortuni sul Lavoro e Malattie Professionali dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trento in Collaborazione con

L'INAIL di Trento, relativamente agli eventi del triennio 2007 - 2009, è riportato un valore di 20,2 quale Indice di Frequenza.

Non sono stati trovati parametri di confronto per l'Indice di Incidenza calcolato per l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana.

Il raffronto degli Indici di Frequenza e di Gravità calcolati per l'anno 2011 nella AOUP, più quelli sopra riportati, sembrano dimostrare un andamento infortunistico con valori nella media.

Detti indici sono stati calcolati nello specifico delle professioni, distinti per sesso, anche se in alcuni casi il dato di riferimento è relativo al solo evento infortunistico, e come tale ha un debole significato statistico.

Tabella 4.30 - Indici infortunistici per gli infortuni accaduti nell'anno 2011 nella popolazione femminile, con distribuzione nelle professioni di accadimento e con riferimento percentuale agli infortuni totali delle donne e di tutti i lavoratori

Infortuni - 2011	DONNE						
	Indice Incidenza	Indice Frequenza	Indice Gravità	Numero infortuni	% Inf. Donne	% Tot. Inf.	N. medio lavoratori
Dirigenti Medici	11,08	6,39	0,11	4	3,6	2,78	361
Prof. San. Inf. E Ostet.	38,24	26,41	0,83	60	54,5	41,67	1569
Prof.San. Riabilitazione	22,73	16,31	0,2	1	0,9	0,69	44
Prof. Tecnico Sanitarie	25,75	17,96	0,37	6	5,41	4,17	233
Op. Socio Sanitario	91,13	60,33	1,39	38	34,23	26,39	417
Operatore tecnico	15,5	10,63	0,22	2	1,8	1,39	129
Complessivo Donne	35,2	23,62	0,64	111	-	77,08	3153

Gli Operatori Socio Sanitari si distinguono, sia nella popolazione femminile che in quella maschile, per il maggior valore degli indici. Nella popolazione femminile i valori relativi alle OSS sono maggiori di quelli della Professione Sanitaria Infermieristica, mentre in quella maschile per frequenza e incidenza, precedono le professioni Tecnico Sanitarie, mentre per indice di gravità gli Operatori Tecnici.

Tabella 4.31 - Indici infortunistici per gli infortuni accaduti nell'anno 2011 nella popolazione femminile, con distribuzione nelle professioni di accadimento e con riferimento percentuale agli infortuni totali degli uomini e di tutti i lavoratori

Infortuni - 2011	UOMINI						
	Indice Incidenza	Indice Frequenza	Indice Gravità	Numero infortuni	% Inf. Uomini	% Tot. Inf.	N. medio lavoratori
Dirigenti Medici	2,28	1,23	0,01	1	3,03	0,69	438
Prof. San. Inf. E Ostet.	32,26	19,88	0,49	16	48,48	11,11	496
Prof. Tecnico Sanitarie	55,05	35,45	0,55	6	18,18	4,17	109
Op. Socio Sanitario	81,08	50,16	0,79	6	18,18	4,17	74
Operatore tecnico	36,7	23,73	1,83	4	12,12	2,78	109
Complessivo Uomini	23,59	14,03	0,38	33	-	22,92	1399

Prendendo a riferimento l'Indice di Frequenza con valore 20 e l'Indice di Gravità con valore 0.6, sono state analizzate le dinamiche degli infortuni occorsi alle professioni che hanno questi indici con valori superiori; le percentuali determinate sono messe a confronto con quelle determinate per l'anno 2001.

Tabella 4.32 - Analisi per l'anno 2011, per alcune professioni, della sede della lesione

SEDE LESIONE	DONNE		UOMINI			2011
	OSS	P.S. Inf. Ost.	OSS	Prof. Tecn. San.	Op. Tecnico	
Testa	10,53	8,33	0	0		8,33
Torace e organi interni	13,16	15	33,33	33,33		15,28
Colonna vertebrale	2,63	10	0	0		6,25
Arti superiori	31,58	23,33	50	33,33	25	26,39
Arti inferiori	42,11	43,33	16,67	33,33	75	43,06
Altro	0	0	0	0		0,69

Tabella 4.33 - Analisi per l'anno 2011, per alcune professioni, della natura della lesione

NATURA LESIONE	DONNE		UOMINI			2011
	OSS	P.S. Inf. Ost.	OSS	Prof. Tecn. San.	Op. Tecnico	
Altro	2,63	3,33			25	3,47
Contusione	34,21	43,33	50	33,33	25	36,81
Ferita	0	0		16,67		2,08
Frattura	5,26	6,67	16,67			10,42
Lesioni da sforzo	13,16	15	16,67	50		15,28
Lussazione, distorsione	44,74	31,67	16,66		50	31,94

Tabella 4.34 - Analisi per l'anno 2011, per alcune professioni, della forma di accadimento

FORMA DI ACCADIMENTO	DONNE		UOMINI			2011
	OSS	P.S. Inf. Ost.	OSS	Prof. Tecn. San.	Op. Tecnico	
Altre forme	23,69	15	49,99	33,33	25	20,14
Caduto dall'alto	15,79	10				12,5
Caduto in piano su	23,68	28,33	16,67	16,67	25	22,22
Colpito da	0	10			25	6,25
Ha urtato contro	10,53	16,67	16,67		25	16,67
Si è colpito con	5,26	0				1,39
Sollevando spostando	21,05	20	16,67	50		20,83

Tabella 4.35 - Analisi per l'anno 2011, per alcune professioni, dell'agente materiale

AGENTE MATERIALE	DONNE		UOMINI			2011
	OSS	P.S. Inf. Ost.	OSS	Prof. Tecn. San.	Op. Tecnico	
Altro	18,43	2,33	16,67	16,67		8,34
Ambienti di lavoro	55,26	59,33	16,67	16,67	50	53,47
Attrezzature	13,16	16,67	16,67	33,33	25	16,67
Materiali sostanze	7,89	1,67	16,67		25	4,86
Mezzi sollevamento e trasporto	0	1,67	16,67	16,67		2,08
Persone	5,26	18,33	16,67	16,67		14,58

Anche se l'analisi per talune professioni è viziata, dato l'esiguo numero dei casi, in generale si osserva che la maggior parte degli infortuni sono dovuti a cadute o a urti che avvengono nell'ambiente di lavoro o con macchine o attrezzature. La tendenza in merito alla sede della lesione è sostanzialmente confermata rispetto a quella generale.

La natura della lesione vede le OSS con un alto valore legato alle lussazioni e distorsioni, tra queste, la maggior parte dei casi sono correlati a cadute o urti, in due occasioni: nel sollevare pazienti e materiali. Lo stesso è asseribile per le Infermiere. Le lesioni da sforzo che interessano le professioni Tecniche Sanitarie sono occorse ai Tecnici di Radiologia Medica, le quali messe assieme a quelle delle e degli OSS, nonché delle infermiere, sono correlabili per una buona metà a sollevamento di persone o cose, l'altra per cadute, urti e inciampi.

Nelle forme di accadimento, il sollevamento di persone è principalmente riscontrato a carico delle infermiere, mentre per gli OSS, oltre ai pazienti, buona parte dei casi è legato al sollevamento di materiali. I Tecnici di Radiologia Medica sono le figure tra le Professioni Tecniche Sanitarie che hanno avuto infortuni sollevando sia pazienti che cose.

L'agente materiale per le infermiere è correlato alla movimentazione dei degenti, in un caso dovuto ad una aggressione, e in altro ad un urto contro un'altra persona camminando.

L'analisi per indice di Incidenza, Frequenza e Gravità per professioni è stato fatta anche per gli incidenti in itinere, nelle quali emerge un'altra professione: il personale amministrativo. Dei 65 eventi, 52 sono incidenti stradali di cui 35 a carico delle donne e 17 degli uomini.

Gli incidenti stradali che hanno coinvolto gli uomini sono avvenuti tutti mentre erano alla guida del mezzo di trasporto. Tra le donne, 3 sono state investite mentre le altre 32 erano alla guida del mezzo di trasporto.

Degli altri 13 casi, 10 donne ed 1 uomo, sono caduti camminando, i restanti due casi sono un'aggressione ed uno schiacciamento a causa di un infisso.

Tabella 4.36 - Indici infortunistici per gli incidenti in itinere accaduti nell'anno 2011 nella popolazione femminile, con distribuzione nelle professioni di accadimento

Incidenti in itinere - 2011	DONNE				
	Indice Incidenza	Indice Frequenza	Indice Gravità	N. infortuni	N. medio lavoratori
Dirigenti Medici	2,77	1,6	0,01	1	361
Altri Dirigenti	66,67	40,18	1,03	3	45
Prof. San. Inf. E Ostet.	16,57	11,45	0,26	26	1569
Prof.San. Riabilitazione	22,73	16,31	0,36	1	44
Prof. Tecnico Sanitarie	8,58	5,99	0,13	2	233
Amministrativi	25,83	17,88	0,67	7	217
Operatore Socio Sanitario	16,79	11,11	0,27	7	417
Complessivo Donne 2011	14,91	10	0,25	47	3153

Tabella 4.37 - Indici infortunistici per gli incidenti in itinere accaduti nell'anno 2011 nella popolazione maschile, con distribuzione nelle professioni di accadimento

Incidenti in itinere - 2011	UOMINI				
	Indice Incidenza	Indice Frequenza	Indice Gravità	N. infortuni	N. medio lavoratori
Dirigenti Medici	4,57	2,47	0,07	2	438
Prof. San. Inf. E Ostet.	16,13	9,94	0,19	8	496
Prof. Tecnico Sanitarie	9,17	5,91	0,04	1	109
Amministrativi	24,69	15,12	0,72	2	81
Operatore Socio Sanitario	54,05	33,44	1,22	4	74
Operatore tecnico	9,17	5,39	0,12	1	109
Complessivo Uomini 2011	12,87	7,65	0,21	18	1399

4.1.2.2. - Il fenomeno tecnopatico

Nella pubblicazione INAIL del 2007²², sono commentate le denunce di malattia professionale del comparto Sanità del quinquennio 200-2005. In essa, si riporta che nel settore sanità il fenomeno tecnopatico è in aumento e che *“diminuiscono le malattie tabellate, tra le quali, quelle più frequentemente rilevate sono: le malattie da radiazioni*

²² LA SICUREZZA IN OSPEDALE - Strumenti di valutazione e gestione del rischio.

ionizzanti, rimaste piuttosto stabili, in termini di denunce, e le dermatiti che invece sono in continua riduzione e che dai 65 casi del 2001 sono passati ai 17 casi del 2005. In aumento, invece, le malattie non tabellate, quelle per le quali spetta al lavoratore dimostrare il nesso eziologico tra la malattia e la causa lavorativa, passate da 142 denunce del 2001 a 290 del 2005; tra queste vanno segnalate le malattie dell'apparato osteo-articolare e, in particolare, le affezioni dei dischi intervertebrali (96 casi nel 2005)".

Nel 2008 le malattie dell'apparato osteo-articolare sono state tabellate.

In AOUP, nel triennio 2008-2010, ci sono state 19 denunce di malattia professionale, di cui solo 8 sono state riconosciute dall'INAIL. Tra le denunce, 12 sono a carico della Professione Sanitaria Infermieristica, di cui 4 per affezioni ai dischi intervertebrali, tra le quali una non riconosciuta dall'Istituto assicuratore; le altre 3 sono, invece, relative a malattie dei tendini ed affezioni delle sinoviali, di cui solo una è stata riconosciuta dall'INAIL.

Tabella 4.38 - Denunce malattie professionali 2008 - 2010

MALATTIE PROFESSIONALI 2008 - 2010		
CODICE SANITARIO	QUALIFICA PROFESSIONALE	RICONOSCIUTA
Infermiere professionale	Infermiere professionale	s
Infermiere professionale	Infermiere professionale	n
Infermiere professionale	Infermiere professionale	s
Medico specialista ambulatoriale	Medico specialista ambulatoriale	n
Meccanico manutentore	Meccanico manutentore	n
Operatore di riabilitazione	Operatore di riabilitazione	n
Infermiere professionale	Infermiere professionale	n
Infermiere professionale	Infermiere professionale	s
Infermiere professionale	Infermiere professionale	s
Infermiere professionale	Infermiere professionale	s
Meccanico manutentore	Meccanico manutentore	n
Infermiere professionale	Infermiere professionale	n
Infermiere professionale	Infermiere professionale	n
Infermiere professionale	Infermiere professionale	s
Massaggiatore - fisiokinesiterapista	Massaggiatore - fisiokinesiterapista	s
Facchino/portabagagli	Facchino/portabagagli	n
Infermiere professionale	Infermiere professionale	s
Infermiere professionale	Infermiere professionale	n
Tecnico di laboratorio	Tecnico di laboratorio	n

Tabella 4.39 - Denunce malattie professionali 2011

MALATTIE PROFESSIONALI 2011		
CODICE SANITARIO	QUALIFICA PROFESSIONALE	N°
Asma bronchiale	Medico	1
Ernia discale lombare	Infermiere	5
Ipoacusia da rumore	Operatore tecnico	1
Malattie causate da radiazioni ionizzanti	Infermiere	1
Malattie causate da radiazioni ionizzanti	Medico	1
Patologia allergica	Assistente tecnico	1
Patologia allergica	Ausiliario sanitario - portantino	1
Patologia allergica	Infermiere	2
Patologia neoplasica	Operatore tecnico	1
Spodilodiscopatie del tratto lombare	Ausiliario sanitario - portantino	3
Spodilodiscopatie del tratto lombare	Infermiere	6
Spodilodiscopatie del tratto lombare	Medico	1
Spodilodiscopatie del tratto lombare	Operatore tecnico	1
Spodilodiscopatie del tratto lombare	Tecnico della riabilitazione	1
Malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore	Ausiliario sanitario - portantino	4
Malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore	Impiegato	1
Malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore	Infermiere	5

Nel 2011 le denunce all'Istituto assicuratore sono in totale 36, di queste il 75% sono a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, di cui il 47 correlabili alla movimentazione di carichi o pazienti e il 28 % correlabili a movimenti ripetitivi, dei quali il 70% inerenti un unico reparto. Tra le patologie dell'apparato muscolo scheletrico, l'82% sono a carico delle Professioni Sanitarie Infermieristiche e degli Operatori Socio Sanitari, tra il quali il 59% sono donne e il 41% sono uomini.

4.2. - RIFLESSIONI E PROSPETTIVE

La possibilità di incrociare i dati statistici degli infortuni e delle tecnopatie con le informazioni desumibili dalla cartelle sanitarie di idoneità alla mansione, sono un metodo per testare oggettivamente l'esito degli interventi di prevenzione/protezione effettuati negli anni passati. Questi dati devono, però, essere confrontati con l'effett-

tiva realtà aziendale, ovvero i numeri da soli costituiscono una informazione che deve essere letta con gli occhi di chi conosce le dinamiche dell'attività lavorativa.

Certo è che rimane assai difficile fare elaborazioni dettagliate e orientate alla singola professione o ad uno specifico reparto, quando i dati necessari sono custoditi in data base che non dialogano tra loro e, peggio ancora, se su documenti cartacei.

L'elaborazione dei dati del personale, degli infortuni e delle malattie professionali qui presentata è stata lunga e laboriosa proprio perché si è dovuto comporre un unico quadro prendendo parti da diverse banche dati, un lavoro quasi artigianale che, come tale, è unico ma non scevro da imperfezioni.

In conclusione, pare opportuno porre l'attenzione sui dati del 2011 relativi sia agli eventi infortunistici sia alle tecnopatie, dati dai quali emerge un'informazione, ovvero l'aumento delle lesioni a causa dell'apparato muscolo scheletrico, correlabile alla movimentazione dei carichi o dei pazienti, nonché ai movimenti ripetuti.

Al riguardo dei rischi derivanti dalla movimentazione dei carichi, è in essere dal 2008 un progetto di intervento illustrato di seguito (cfr *Infra* Capitolo 4.3). In relazione alle patologie da movimenti ripetuti, sono state attuate misure correttive che hanno ridotto sostanzialmente le cause delle tecnopatie.

4.3. - BENCHMARK: IL PROGETTO PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO E DEI DANNI DA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI

Le affezioni croniche e degenerative della colonna vertebrale sono assai frequenti nel settore ospedaliero, e rappresentano uno dei principali problemi sanitari nel mondo dal punto di vista dei costi economici per assenze dal lavoro per malattia, cure e invalidità. Negli U.S.A., le alterazioni del rachide rappresentano la principale causa di limitazione lavorativa nelle persone con meno di 45 anni di età. In Italia, secondo i dati ISTAT, le sindromi artrosi che, sono le affezioni di gran lunga più diffuse, risultano al secondo posto tra le cause di invalidità civile.

Nell'ambito della Medicina del Lavoro, specialmente nel settore della Sanità, costituiscono la principale causa di richiesta di parziale non idoneità al lavoro.

I dati infortunistici e delle tecnopatie dei dipendenti della AOUP, precedentemente rappresentati, sono la dimostrazione di quanto sopra detto.

Dal 2008, in AOUP, è in corso un progetto per la riduzione del rischio per la salute e sicurezza dei lavoratori, derivante dalla movimentazione manuale dei carichi che ha coinvolto, e coinvolge, la U.O Medicina Preventiva e del Lavoro, la U.O. la Prevenzione e Protezione, la U.O. Riabilitazione Funzionale Rischi e la Direzione Infermieristica.

Le conoscenze acquisite con l'adozione del suddetto progetto ci hanno portato a formulare la necessità di modificare il metodo di intervento per la riduzione del rischio nella movimentazione manuale dei pazienti.

4.3.1. - Il progetto

Gli obiettivi del progetto:

- la riduzione del rischio lavorativo da movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti;
- la prevenzione dell'insorgenza delle patologie del rachide;
- la ricollocazione mirata del personale con patologia e possibile reimpiego del personale con limitazioni.

La metodologia utilizzata è suddivisibile nei seguenti ambiti di intervento:

- a) Valutazione delle mansioni a rischio ed azioni preventive:
 - rilevazione delle mansioni a rischio tramite le griglie di rilevazione MAPO - NIOSH;
 - Individuazione e attivazione delle misure preventive;
 - attività mirata di formazione dei soggetti ad alto rischio;
 - Verifica nel tempo delle mutazioni del livello di rischio.
- b) Analisi degli eventi infortunistici correlati alla movimentazione manuale di persone o cose, mediante: raccolta sistematica delle informazioni sugli infortuni e le assenze per malattia dovute a cause lavorative correlate con la movimentazione; indagine conoscitiva per ogni singolo evento al fine di verificarne la dinamica di accadimento.
- c) Aggiornamento della valutazione del rischio, mediante: aggiornamento periodico della valutazione del rischio; verifica dell'effettiva adozione delle misure preventive e loro efficacia
 - Riabilitazione, rivalutazione e reinserimento del soggetto con limitazione alla mansione. La metodologia è basata sui presupposti teorici della Teoria Neuro-cognitiva della Riabilitazione che si articola in:
 - valutazione funzionale;
 - estrapolazione elementi predittivi;
 - elaborazione Modificazioni Finali Attese;
 - verifica - validazione dell'intervento;
 - training del personale a maggior rischio tramite utilizzo di palestra dedicata.

La mappatura del livello di rischio, utilizzando il metodo a Indice MAPO (Movimentazione e Assistenza Pazienti Ospedalizzati), elaborato dell'EPM di Milano, si è di-

mostrata utile al fine di orientare e indirizzare le iniziative di prevenzione, sia nelle scelte di priorità che nel merito del tipo di interventi richiesti sia organizzativi (acquisto di ausili) che formativi, nonché a facilitare la ricollocazione degli operatori per i quali sia stato espresso un giudizio di idoneità con prescrizione e a ridurre il numero degli infortuni sul lavoro.

L'esperienza sin qui condotta ci ha dimostrato che la sola introduzione dei sollevatori non risolve in maniera esaustiva il problema, pur modificando in alcune situazioni la fascia dei livelli di azione suggeriti per il MAPO. Infatti in seguito ad una non recentissima fornitura di alcuni solleva persone ed alcune imbracature, è stato possibile verificare che detta azione non ha di fatto portato ad una riduzione sostanziale del rischio. Il fallimento è derivato dall'inutilizzo dei solleva persone, perché anche se l'uso dei medesimi comporta una riduzione degli sforzi per la movimentazione del paziente, l'avere a disposizione i solleva persone con un numero di imbracature insufficienti rispetto al numero dei pazienti da movimentare oppure non adatte alla specifica patologia sofferta, determina nel primo caso un sostanziale aumento delle manovre manuali per la movimentazione del paziente ed un aumento dei tempi di attività senza nessun beneficio ma anzi una percezione di aggravio della fatica (tempo impiegato per mettere e togliere la stessa imbracatura da doversi usare su più pazienti), nel secondo caso rende vano il possesso del sollevatore.

4.3.2. - La nuova metodologia proposta

Dati gli esiti dell'esperienza pregressa il nuovo obiettivo è quello di intervenire su alcuni reparti, con indice di rischio MAPO più elevato, diversi per attività lavorativa svolta e tipologia dei pazienti, precisamente:

- chirurgia;
- medicina;
- neurologia/neuroriabilitazione;
- traumatologia/ortopedia.

In concreto, in via sperimentale, assieme al personale dei vari reparti sono stati scelti dei "corredi" di solleva persone, imbracature e ausili minori, diversi per tipologie e prerogative d'impiego, personalizzati rispetto alle esigenze del reparto ovvero correlati al numero di pazienti da movimentare e tenendo di conto delle specifiche patologie da questi sofferte. Il numero delle imbracature è tale da renderne possibile l'impiego in modo continuo e costante, affinché tale modo di lavorare divenga una buona prassi lavorativa.

Quanto sopra costituisce una vera sperimentazione perché, confrontandoci col fornitore e con altre aziende sanitarie, si è appreso che al momento non c'è, quanto-

meno in Toscana, esperienza su questo nuovo modo di acquisire gli ausili, visto che, di solito, viene adottato il metodo di acquistare un solleva persone corredato da una o due imbracature, cosa che di fatto porta agli esiti precedentemente descritti.

Questa sperimentazione si pone, quindi, i seguenti obiettivi:

- definire una prassi lavorativa che veda un'effettiva riduzione del rischio da movimentazione manuale dei carichi;
- fare esperienza in questo “nuovo” modo di operare per comprendere quanti e quali ausili servono e quali possono essere le implicazioni operative anche su base di genere, organizzative ed anche di eventuale rischio clinico (eventuali controindicazioni ausilio-paziente);
- creare un gruppo di operatori sanitari, donne e uomini, che possano testimoniare l'applicazione del nuovo metodo di lavoro;
- creare le condizioni operative che permettano anche ai lavoratori con “prescrizioni”, alle donne con corporatura più minuta, alle donne e uomini non medi, di poter svolgere con soddisfazione, e senza rischi, il proprio lavoro.

La fornitura degli ausili di sollevamento è stata contestuale ad un corso di addestramento che ha interessato 140 persone tra: personale infermieristico, operatori socio sanitari, fisioterapisti.

A distanza di tre settimane dalla fornitura degli ausili sono state fatte delle visite nei reparti per verificare il loro effettivo impiego. In alcuni casi è stato necessario effettuare nuovi brevi incontri di addestramento all'uso dei solleva persone ed in particolare di talune tipologie di imbracature. Un'ulteriore verifica è prevista a sei settimane dalla fornitura degli ausili.

Alla 9 settimana di sperimentazione al personale dei reparti sarà somministrato un questionario anonimo, con attenzione al genere dei rispondenti, con l'intento di rilevare quale sia l'impatto sul loro lavoro derivante dall'uso dei solleva persone e degli ausili minori, nonché comprendere se e quali motivi rendono difficile l'uso dei medesimi.

5. - IL CASO DELLA DIREZIONE REGIONALE INAIL PER LA TOSCANA

Il contributo di seguito illustrato, descrive un modello di analisi dell'infortunio in itinere elaborato sulla base dell'esperienza dell'INAIL Toscana, per indagare se e in che misura, gli aspetti connessi all'ambiente di lavoro e di vita, possono incidere sulla salute e sicurezza in itinere anche in base al genere.

Dopo l'illustrazione del fenomeno dell'infortunio in itinere, dal punto di vista assicurativo e statistico, viene presentato il percorso di sperimentazione e validazione del questionario (in Appendice), messo a punto e sottoposto ad un campione di infortunati impiegati presso l'INAIL delle Sedi e della Direzione Regionale.

5.1. - L'INFORTUNIO IN ITINERE: ASPETTI ASSICURATIVI

L'infortunio in itinere è l'infortunio conseguente al rischio della strada, che coinvolge il lavoratore nel percorso dall'abitazione abituale al luogo di lavoro e viceversa, oppure dal luogo di lavoro a quello di consumo del pasto se diverso dall'abitazione e da un luogo di lavoro all'altro, quando il lavoratore presta servizio per più di un datore di lavoro.

Si tratta quindi di un infortunio che si verifica al di fuori del luogo e dell'orario di lavoro.

Non sono inquadrati come infortuni in itinere, bensì come infortuni in attualità di lavoro, gli eventi che, pur essendo conseguenti al rischio della strada, accadono nell'ambito ed in correlazione con la prestazione lavorativa.

Prima dell'emanazione del Decreto Legislativo n. 38 del 23 febbraio 2000, che con l'art. 12 regola la fattispecie, la copertura assicurativa dell'infortunio in itinere era possibile come "estensione" dell'assicurazione obbligatoria regolata dal T.U. n° 1124/1965 quando, per le modalità specifiche di svolgimento e di organizzazione delle mansioni lavorative, il rischio della strada che incombe sulla popolazione comune, assumeva carattere di maggiore gravità configurando il "rischio generico aggravato", suscettibile di tutela in quanto il lavoratore non poteva esimersi dall'affrontarlo.

Nel corso degli anni la Corte di Cassazione, con varie sentenze, aveva progressivamente ampliato l'ambito di tutela di questa tipologia di infortunio, individuando altre ipotesi di rischio generico aggravato, che prendevano a riferimento non solo le esigenze lavorative, ma anche quelle personali e familiari del lavoratore.

Il Decreto Legislativo n°38/2000 recante "Disposizioni in materia di assicurazione

contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali” ha recepito i principi giurisprudenziali che si erano consolidati nel tempo e, l’infortunio in itinere, ha trovato così un inquadramento normativo.

L’art. 12 del Decreto, infatti, integra gli artt. 2 e 210 del T.U. n. 1124/65 disponendo che:

Salvo il caso di interruzione o deviazione del tutto indipendenti dal lavoro o, comunque, non necessitate, l’assicurazione comprende gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e, qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale, durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti. L’interruzione e la deviazione si intendono necessitate quando sono dovute a cause di forza maggiore, ad esigenze essenziali ed improrogabili o all’adempimento di obblighi penalmente rilevanti. L’assicurazione opera anche nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, purché necessitato. Restano, in questo caso, esclusi gli infortuni direttamente cagionati dall’abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall’uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; l’assicurazione, inoltre, non opera nei confronti del conducente sprovvisto della prescritta abilitazione di guida.

L’attività di trasferimento dall’abitazione al luogo di lavoro è, perciò, un’attività protetta, e le condizioni che regolano l’ammissione dell’infortunio in itinere alla tutela assicurativa sono rappresentate da:

- a) la normalità del percorso effettuato;
- b) la mancanza di un servizio di mensa aziendale o di un luogo di ristoro convenzionato, nel caso in cui l’infortunio si sia verificato durante la pausa mensa;
- c) la necessità di eventuali soste o deviazioni;
- d) la necessità dell’utilizzo del mezzo privato.

L’indeterminatezza di alcune espressioni usate dal legislatore, quali la “normalità del percorso”, “le soste e le deviazione necessitate”, “l’uso necessitato” del mezzo proprio si prestava a interpretazioni non univoche per cui, negli anni successivi alla emanazione del Decreto, la Corte di Cassazione è stata chiamata più volte a sentenziare sui vari aspetti della norma.

Già nel 2002 la Suprema Corte affermava che i criteri per l’indennizzabilità dell’infortunio “in itinere” sono: la sussistenza di una correlazione tra l’evento e il percorso seguito, che deve essere quello “normale”, cioè il più breve e diretto, tra abitazione e posto di lavoro; il nesso occasionale tra l’itinerario seguito e l’attività lavorativa, nel senso che il primo è stato percorso in funzione dello svolgimento della seconda

e quindi in orari con essa compatibili ed infine la necessità dell'uso del mezzo privato da parte del lavoratore, considerata con riferimento sia agli orari di lavoro che a quelli dei mezzi pubblici di trasporto.

È stata ammessa la possibilità di effettuare pause durante il percorso, ma solo se "brevi" (riposo di breve durata, necessità fisiologiche, soste voluttuarie di pochi minuti) e non suscettibili di modificare il rischio.

Successivamente si è reso necessario definire i confini del percorso oggetto di tutela e la Cassazione ha precisato che è infortunio in itinere quello che si verifica nella pubblica via e, comunque, non in luoghi di esclusiva proprietà del lavoratore assicurato o in quelli di proprietà comune quali le scale, i cortili e le strade interne ad esclusivo uso condominiale. Questo perché si deve trattare di luoghi in cui il lavoratore non ha la possibilità di intervenire direttamente per eliminare o ridurre la possibilità di incidenti.

Per quanto riguarda l'uso del mezzo privato, in più sentenze è stato confermato che la necessità di tale uso è condizione imprescindibile per l'indennizzabilità dell'infortunio; necessità che può essere riferita sia alla impossibilità o alla maggiore difficoltà a raggiungere il posto di lavoro con i mezzi pubblici, sia alle esigenze di tutela della vita familiare dell'assicurato: in ogni caso l'uso del mezzo privato non può essere giustificato solo dal fine di conseguire condizioni di vita più comode o di minore disagio, se non vi è la dimostrazione della sua effettiva necessità per assenza di mezzi di trasporto pubblici idonei.

La Cassazione ha ribadito in più di una sentenza che restano comunque esclusi dalla tutela assicurativa, gli eventi conseguenti alla determinazione da parte del lavoratore di situazioni di pericolo del tutto svincolate dalle esigenze della lavorazione in quanto configuranti il rischio elettivo, interrompono il nesso di causalità tra l'evento ed il lavoro. Rientrano in questa fattispecie e, quindi, non sono indennizzabili, gli infortuni conseguenti alla violazione delle norme del Codice della strada.

Il rischio elettivo, quale unico limite alla tutela dell'infortunio in itinere, si ritrova, infine, in una recente sentenza della Cassazione che ha ritenuto indennizzabili le lesioni riportate da un lavoratore aggredito per scippo nel percorso casa-lavoro in quanto "in tema di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, è indennizzabile l'infortunio occorso al lavoratore in itinere, ove sia derivato da eventi dannosi, anche imprevedibili ed atipici, indipendenti dalla condotta volontaria dell'assicurato, atteso che il rischio inerente il percorso fatto dal lavoratore per recarsi al lavoro é protetto in quanto ricollegabile, pur in modo indiretto, allo svolgimento dell'attività lavorativa, con il solo limite del rischio elettivo"

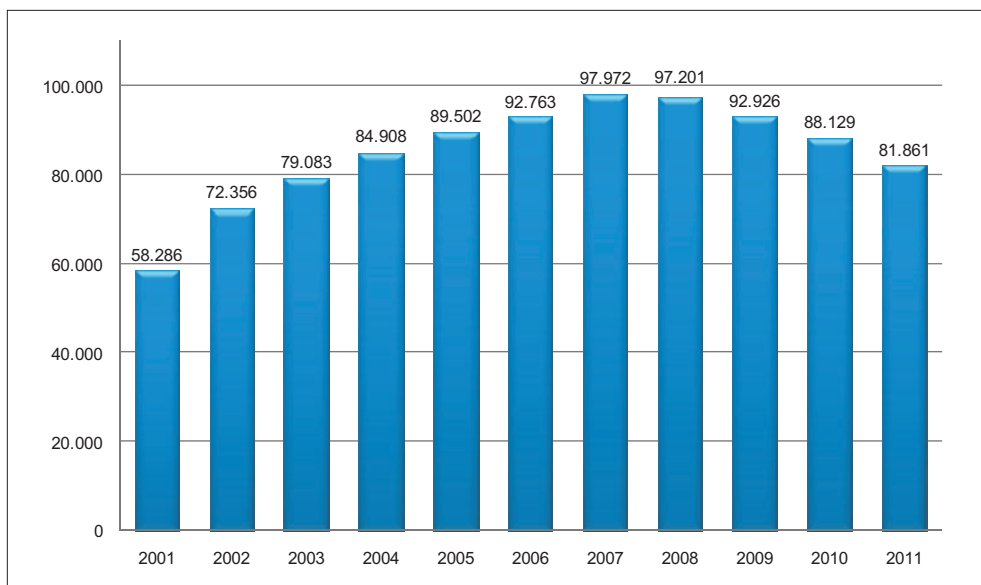
5.2. - I DATI INAIL SUGLI INFORTUNI IN ITINERE

I dati pubblicati dall'INAIL nel Rapporto Annuale 2011 evidenziano, rispetto al 2010, un calo degli infortuni in complesso denunciati pari al 6,6%, con una diminuzione più sensibile degli infortuni in itinere, che da 88.129 casi nel 2010 sono passati a 81.861 nel 2011 (-7,7%). Il calo infortunistico in complesso ha interessato sia i lavoratori (-7,0%) che le lavoratrici (-5,6%).

Un inquadramento più completo del fenomeno degli infortuni in itinere si ottiene da un'analisi storica del dato partendo dal 2001 (Figura 5.1), che permette di evidenziare come, a seguito dell'entrata in vigore del già citato art. 12 del Decreto Legislativo 38 del 23 febbraio 2000, il numero delle denunce di infortunio in itinere sia aumentato nel 2002 del 24,1% rispetto al 2001. Le denunce sono progressivamente aumentate negli anni, anche se con incrementi inferiori, fino ad un massimo di 97.201 nel 2008. A partire dal 2009 si assiste ad un calo dei casi, dopo anni di costante aumento.

Dal momento che nello stesso arco temporale gli infortuni sul lavoro nel complesso sono invece diminuiti negli anni, la percentuale di infortuni in itinere sul totale è ovviamente aumentata, passando dal 7,3% del 2002 all'11,3% del 2011.

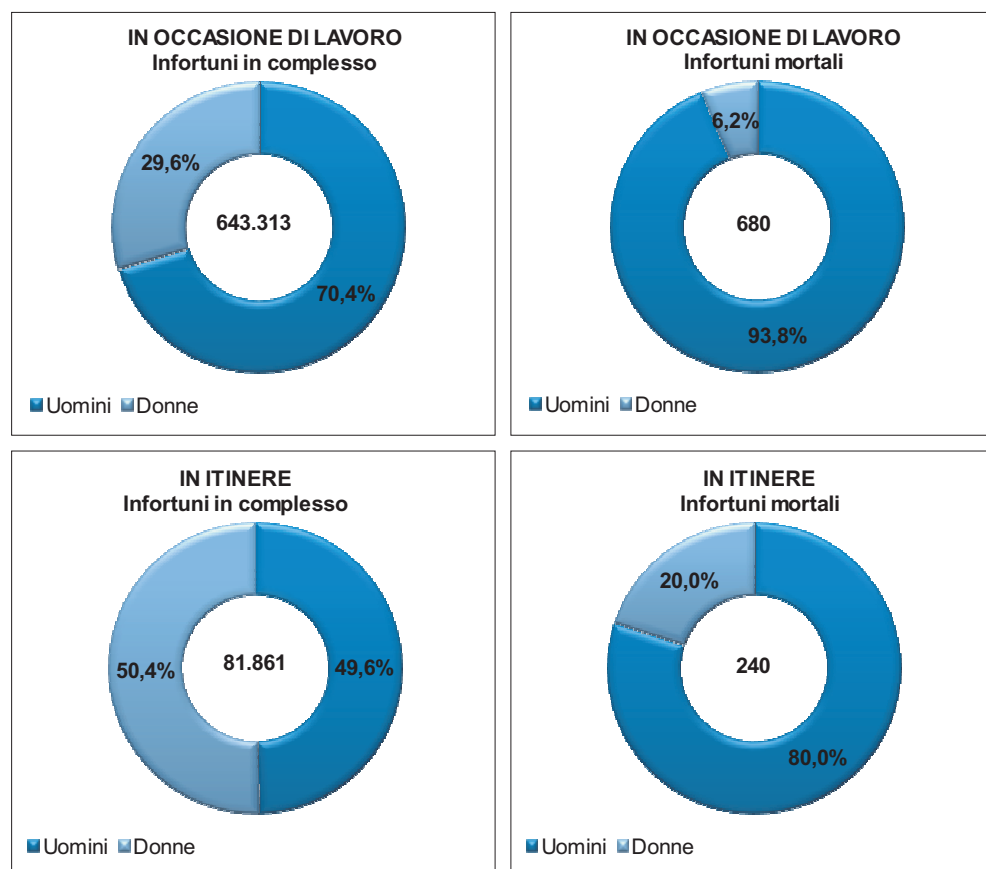
Figura 5.1 - Andamento delle denunce di infortunio in itinere in Italia nel periodo 2001-2011



Se gli infortuni in itinere sono diminuiti nell'ultimo triennio e di questi quelli mortali sono calati del 39,4% rispetto al 2002, le loro conseguenze restano comunque ancora gravi, con un incremento dei casi mortali nell'ultimo anno. Mentre, infatti, i casi mortali

per infortunio in occasione di lavoro sono scesi dai 744 del 2010 ai 680 del 2011 (-8,6%), gli infortuni mortali in itinere sono aumentati del 4,8%, passando da 229 a 240, in controtendenza con l'andamento dei casi mortali nel complesso (-5,4%), dovuto esclusivamente ai lavoratori uomini, con un -7,3% rispetto al 2010. I decessi al femminile hanno infatti subito un sensibile aumento, passando dai 78 casi del 2010 ai 90 del 2011, pari a +15,4%. Questo incremento è dovuto prevalentemente ai casi in itinere, che costituiscono più della metà dei decessi femminili (Figura 5.2).

Figura 5.2 - Infortuni denunciati nel 2011 per sesso e per tipologia



La Figura 5-2 illustra l'andamento infortunistico per sesso e per tipologia: gli infortuni occorsi alle donne in occasione di lavoro²³ sono quasi il 30% del totale e poco più del 6% dei mortali, dati che rispecchiano la minor rischiosità delle attività svolte dalle

²³ L'infortunio in occasione di lavoro comprende sia l'infortunio accaduto nell'ambiente di lavoro ordinario sia quello stradale verificatosi durante lo svolgimento dell'attività lavorativa.

donne, occupate prevalentemente nei servizi, in settori a bassa pericolosità o, se in settori a maggior rischio, in ruoli impiegatizi o dirigenziali. Gli infortuni in itinere sono invece pressoché equamente distribuiti tra uomini e donne, per le quali i casi mortali costituiscono il 20% del totale (240): dei 90 infortuni mortali occorsi alle donne nel 2011, oltre la metà (48) sono in itinere²⁴, mentre per gli uomini i decessi in itinere sono circa il 23% degli 830 casi mortali.

Questi dati evidenziano che per le donne, che sono circa il 51% della popolazione residente in Italia ma rappresentano poco più del 40% del totale dei lavoratori, la probabilità di subire un infortunio in itinere è superiore di quasi il 50% rispetto a quella del collega maschio.

5.3. - APPROFONDIMENTI DI GENERE: INFORTUNI IN ITINERE, UN MODELLO DI ANALISI

Gli infortuni in itinere sono un aspetto tutt'altro che trascurabile del fenomeno infortunistico, costituendo nel 2011 l'11,3% del totale degli infortuni denunciati, con un 26% di casi mortali sul totale dei 920 verificatisi.

Dato che ci porta alla conclusione che i decessi in itinere non siano strettamente collegati alla specifica attività svolta dall'infortunato e, pertanto, che occorra una diversa valutazione nella lettura del rischio determinante il fenomeno infortunistico.

Per indagare se e in che misura gli aspetti connessi all'ambiente di lavoro e di vita possono incidere sulla salute e sicurezza in itinere anche in base al genere, è stato scelto il questionario in quanto strumento di indagine piuttosto diffuso poichè versatile e facile da compilare e l'intervistato può dedicargli il tempo necessario per riflettere e scegliere le risposte in tutta tranquillità.

Il modello proposto, e di seguito descritto in dettaglio, trae lo spunto iniziale dal questionario che in Toscana viene somministrato ai lavoratori che hanno subito un infortunio in itinere per approfondire gli aspetti tecnici dell'infortunio a fini però esclusivamente assicurativi. Il modello è pensato per i dipendenti della Pubblica Amministrazione, ma con le opportune modifiche, in particolare nella prima sezione, è di facile applicazione anche in altri settori produttivi o di servizi.

Il questionario è stato proposto ad un campione di 14 colleghi dell'INAIL Toscana che tra il 2010 e il 2011 hanno subito un infortunio in itinere *definito positivamente* dall'Istituto.

²⁴ I dati sono riferiti alla rilevazione ufficiale del 31 marzo 2012, per cui le statistiche relative ai casi mortali del 2011 non sono ancora complete. Ai fini statistici, infatti, vanno considerati i decessi che avvengono nei 180 giorni successivi alla data dell'evento infortunistico.

È stata posta un'attenzione particolare alla fase propedeutica alla somministrazione del questionario, in primo luogo perché veniva richiesta una collaborazione attiva nel valutare la comprensibilità e l'efficacia delle domande e nel fornire suggerimenti; in secondo luogo, e questo aspetto dovrà essere tenuto presente nell'utilizzo di questo strumento, perché il questionario non può essere anonimo per due motivi: il numero degli infortuni in itinere in un'azienda è per fortuna limitato; le informazioni contenute nel questionario stesso rendono chi lo compila facilmente individuabile. Per queste ragioni risulta fondamentale illustrare chiaramente caratteristiche e finalità del questionario a chi dovrà compilarlo, in modo che l'intervistato collabori e dia risposte veritiere e, quindi, utili all'indagine.

Prima della somministrazione presso l'INAIL Toscana i colleghi sono stati pertanto avvisati dal Direttore Regionale con una lettera di presentazione del questionario stesso e delle sue finalità. In un secondo momento i lavoratori sono stati contattati personalmente da alcuni membri del Gruppo di Lavoro e sono state loro fornite ulteriori informazioni; infine è stato proposto il questionario, che è stato compilato da ciascuno individualmente.

5.3.1. - Il questionario

Il questionario è diviso in sei sezioni, per un totale di 35 domande a risposta chiusa, con **una prima sezione** introduttiva relativa ad informazioni di tipo socio-anagrafico (età, sesso, tipologia di contratto e di inquadramento, etc.). Il questionario permette all'intervistato di esprimere un giudizio mediante assegnazione di un punteggio a determinate affermazioni.

La seconda e la terza sezione focalizzano l'attenzione sul tragitto e sulle modalità di accadimento dell'infortunio. Sono proposte domande relative al percorso seguito per recarsi al lavoro nel periodo dell'infortunio, con riferimento alla durata, alla distanza, alla disponibilità o meno di mezzi pubblici. È stato posto un quesito anche sulla motivazione per cui era effettuato quel tragitto; ciò per evidenziare la consuetudine (normale tragitto casa-lavoro) o l'eccezionalità (missione, distacco) dell'evento. Le domande sull'infortunio riguardano sia il giorno e l'ora, che il mezzo impiegato e la responsabilità o meno dell'evento.

La quarta sezione è dedicata alle condizioni lavorative: sono poste domande sull'anzianità di servizio e di mansione e viene chiesto di esprimere un giudizio su affermazioni relative al grado di autonomia, al carico di lavoro, alle problematiche lavorative o interpersonali.

La quinta sezione sposta quindi l'attenzione sulle condizioni familiari nel periodo in cui si è verificato l'infortunio, con particolare riferimento alla presenza o meno del

partner, di figli (grandi o piccoli) e di familiari non o parzialmente autosufficienti. Anche in questo caso viene chiesto di esprimersi assegnando un punteggio su affermazioni relative alla capacità di assolvere ai propri compiti familiari e sulla tipologia di impegno che maggiormente assorbiva il tempo a disposizione (cura dei figli, faccende domestiche, assistenza a familiari, etc.).

La sesta sezione, infine, riguarda la conciliazione lavoro-famiglia: mediante l'assegnazione di un punteggio viene chiesto all'intervistato di esprimersi sia sulla situazione concreta vissuta che sulle priorità della propria vita (in termini di soddisfazione lavorativa e familiare). Viene poi chiesto di esprimersi sul grado di supporto ricevuto nella gestione lavoro-casa, sia all'interno che all'esterno della famiglia, nonché in termini di politiche aziendali.

Al termine del questionario è, inoltre, disponibile uno spazio per esprimere eventuali giudizi, suggerimenti o per fornire informazioni aggiuntive.

Pur con i limiti che questo strumento può avere, il questionario permette di effettuare un primo screening sulla situazione aziendale relativa alle possibili interrelazioni tra il verificarsi di un infortunio in itinere e le situazioni di stress o di difficoltà vissute dall'infortunato nell'ambiente lavorativo o familiare. Volutamente il numero delle domande è stato contenuto al di sotto di quaranta, in modo da non rendere faticosa e pesante la compilazione; sono stati però toccati tutti gli aspetti che possono influire sulla persona sia in ambiente lavorativo che in quello familiare, nonché, da ultimo, nella conciliazione lavoro-famiglia.

5.4. - GLI ESITI DELL'INDAGINE IN TOSCANA

Coscienti del fatto che l'esiguo numero di questionari somministrati non consente di formulare un'analisi statistica, si ritiene comunque utile presentare quanto emerge da una lettura dei dati sia in termini generali che disaggregati per genere.

Dei 14 dipendenti INAIL attivi presso le sedi e la Direzione Regionale del territorio toscano che hanno subito un infortunio in itinere negli ultimi anni e che hanno compilato il questionario, registriamo una uniforme distribuzione tra uomini e donne (6 vs 8) (Figura 5-3), tutti con elevato livello di scolarizzazione (6 laureati e 7 diplomati) e che ricoprono incarichi impiegatizi o di management (7 vs 6 con una leggera copertura di posizioni apicali a favore del genere maschile rispetto a quello femminile: i primi annoverano 4 soggetti tra dirigenti, quadri e professionisti e 2 impiegati con proporzioni invertite nel panorama donne) (Figura 5-4) con residenze in prossimità del posto di lavoro (9 entro i 15 km e solo 5 oltre i 30) (Figura 5.5).

Figura 5.3 -Ripartizione per genere dei questionari compilati

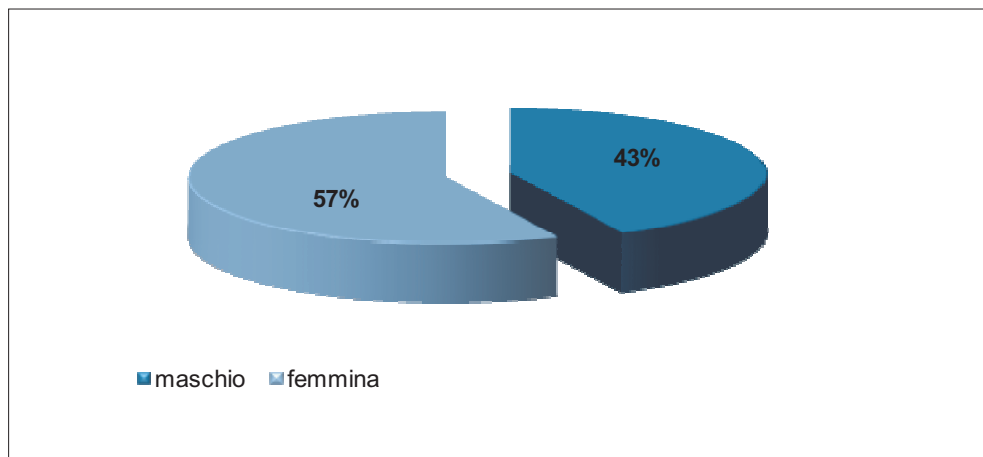


Figura 5.4 - Distribuzione per qualifica/Inquadramento

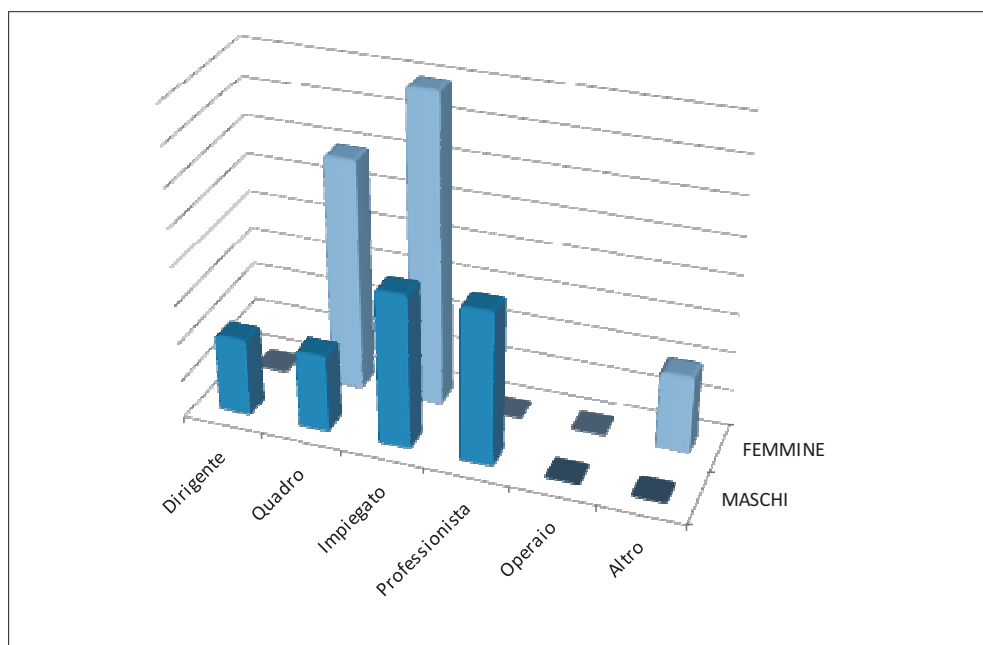


Figura 5.5 - Quesito 3: Distanza Casa-Lavoro

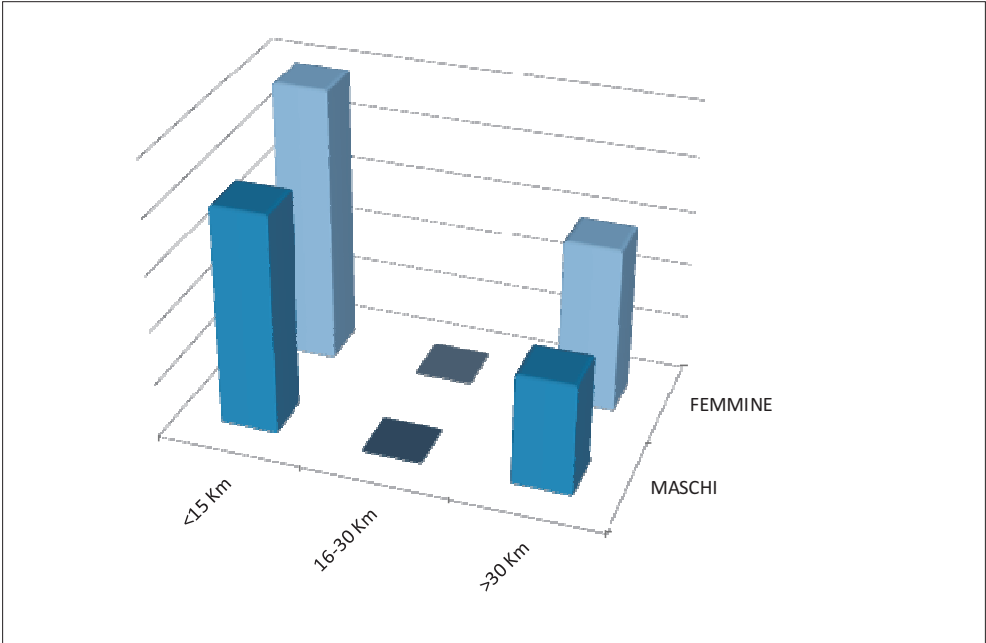
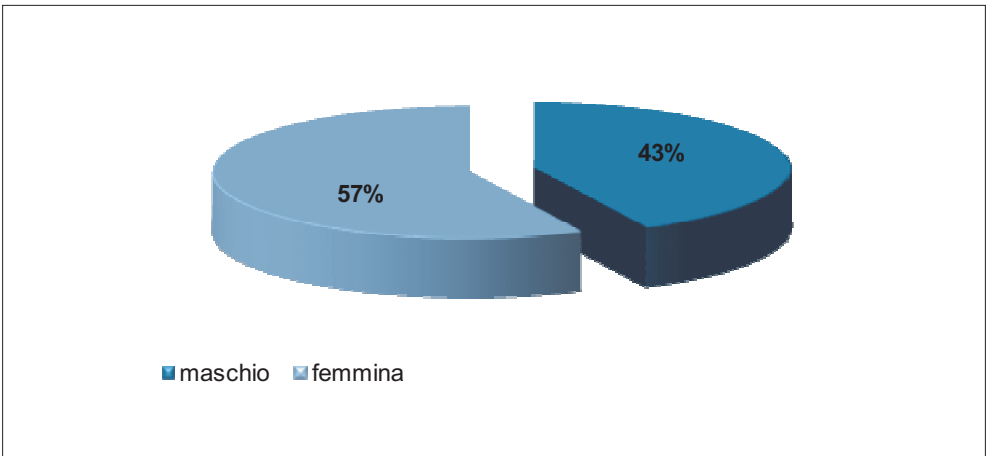


Figura 5.6 - Quesito 11: Utilizzo del mezzo di trasporto



Il percorso casa lavoro è stato coperto per la metà dei casi con mezzi pubblici e per l'altra metà con mezzi privati guidati dall'infortunato privilegiando l'auto (Figure 5-6 e 5-7).

Figura 5.7 - Quesito 13: Tipo di mezzo privato

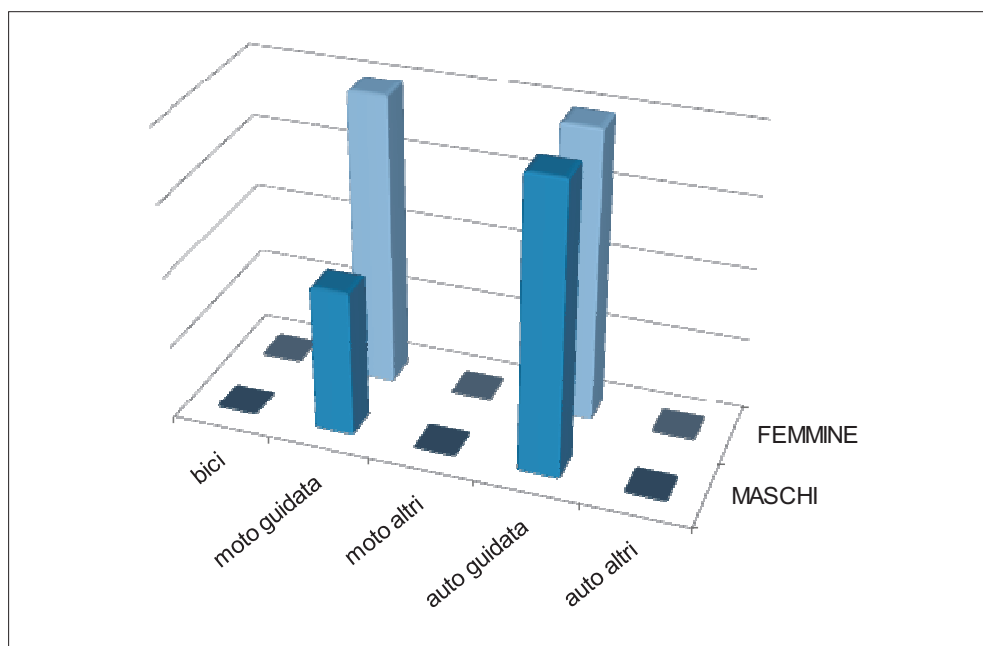
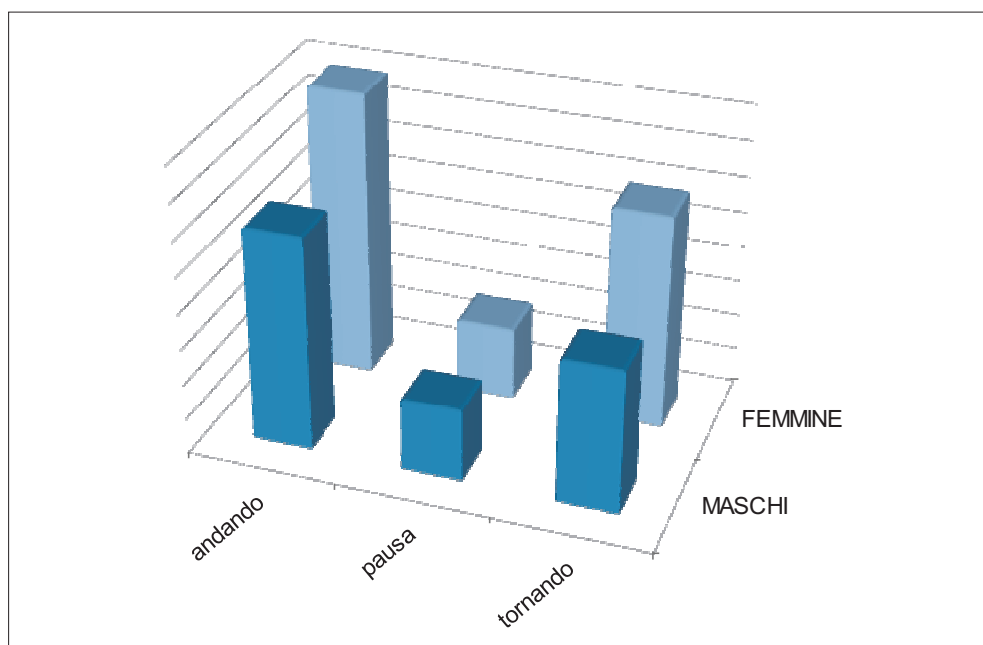


Figura 5.8 - Quesito 9: Tratta percorsa all'atto dell'infortunio



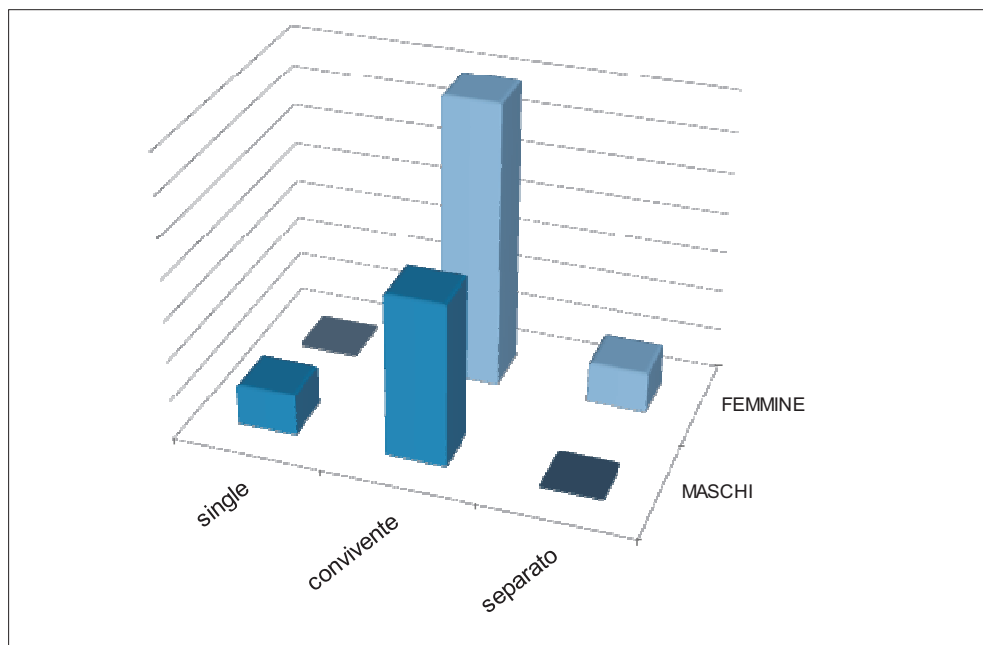
Si può dedurre che la scelta del mezzo pubblico non è in funzione della distanza dal luogo di lavoro, registrando l'utilizzo di mezzi pubblici e privati nella stessa percentuale, sia per percorrenze urbane che extra urbane, e considerando che nelle aree cittadine la copertura del servizio pubblico sia garantita capillarmente.

Al momento non si può ascrivere il fenomeno ad un particolare giorno della settimana lavorativo registrando infortuni in tutti i giorni della settimana, mentre si evince che la maggior distanza e densità di traffico possono rappresentare le cause degli incidenti, registrando 7 eventi nel tragitto per raggiungere il posto di lavoro, 2 nella pausa pranzo e 5 nella tratta di rientro a casa (Figura 5-8).

A dimostrazione di come il dato non possa, e non debba, essere interpretato come statistico si registra, a differenza di quanto palesato da tutte le ricerche delle aziende di assicurazione che si occupano di RC Auto, che il genere femminile si presenta come responsabile dell'evento lesivo con un rapporto 3:1 rispetto al genere maschile.

Una analisi delle condizioni lavorative mette in evidenza come, nel periodo in cui è accaduto l'infortunio, prescindendo dal genere, i soggetti fossero sottoposti ad un elevato carico di lavoro, che imponeva scadenze non prorogabili pur svolgendosi in ambiente lavorativo stabile dove, le relazioni interpersonali, non rappresentano un elemento di criticità.

La fotografia del quadro familiare presenta gli infortunati in una relazione di coppia con un nucleo familiare, a causa della diversa media di età (50 anni gli uomini e 46 le donne), pari a 2.63 per i maschi e 3.43 per le femmine (Figura 5-9), registrando una media di età della prole minore per la seconda categoria.

Figura 5.9 - Quesito 21: Condizioni familiari

Cinque famiglie, su un totale di sette, afferenti agli infortuni al femminile, godevano di molteplici redditi familiari; rapporto che si inverte, una famiglia su 5, quando si analizzano quelle monoreddito. I nuclei familiari, per la stragrande maggioranza si trovano nelle condizioni di avere persone non coabitanti parzialmente autosufficienti, per le quali in alcuni casi, l'impegno familiare risulta causa di stress. Le criticità individuate sono, in ordine decrescente: disponibilità economiche, faccende domestiche e assistenza a familiari in condizioni di difficoltà. Gli intervistati esprimono giudizi positivi in merito alla possibilità di conciliazione delle richieste provenienti dalla propria famiglia e dal proprio lavoro, non considerando tale aspetti come generatori di stress. In cinque casi si segnala la propensione a ridurre il proprio impegno lavorativo attraverso un part-time. L'ambito familiare rimane il principale universo all'interno del quale trovare supporto per gestire le responsabilità sia familiari che professionali (Figure 5-10 e 5-11).

Figura 5.10 - Quesito 34: Importanza del supporto esterno nella conciliazione Famiglia-Lavoro

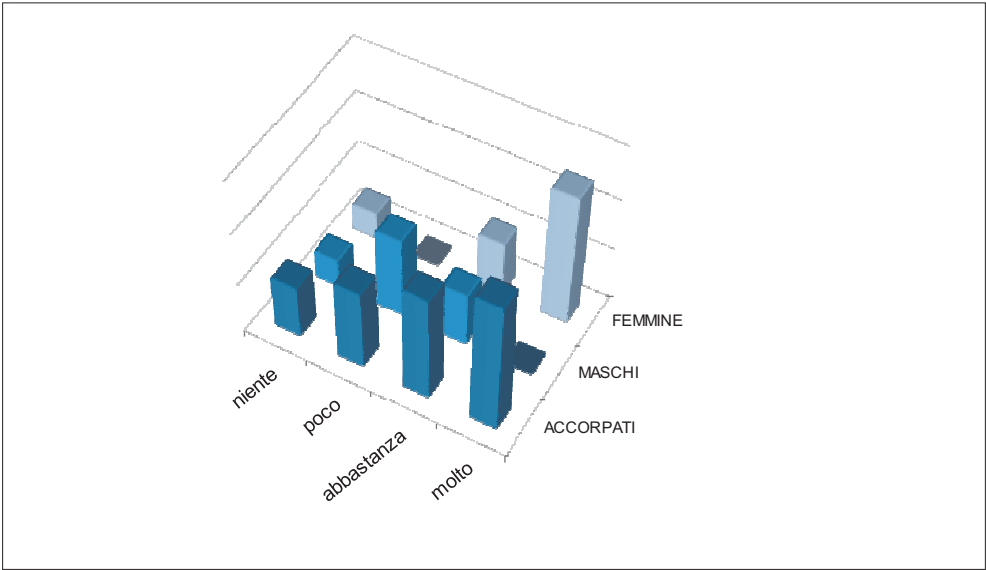
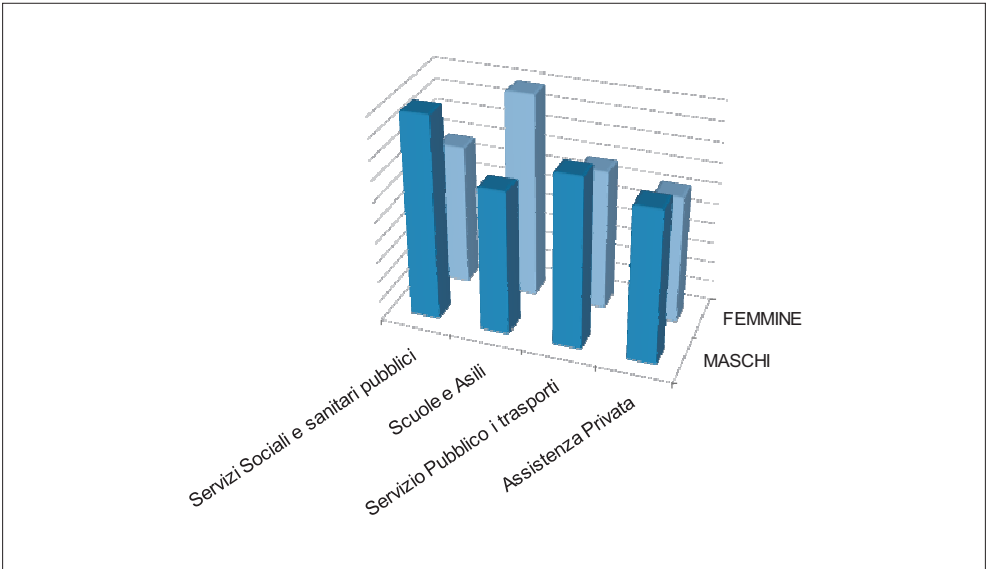
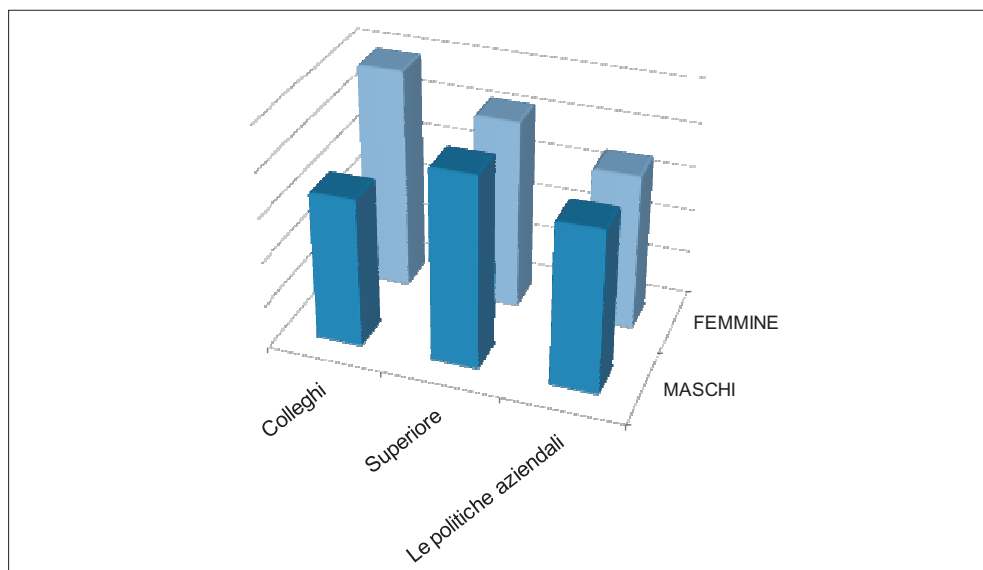
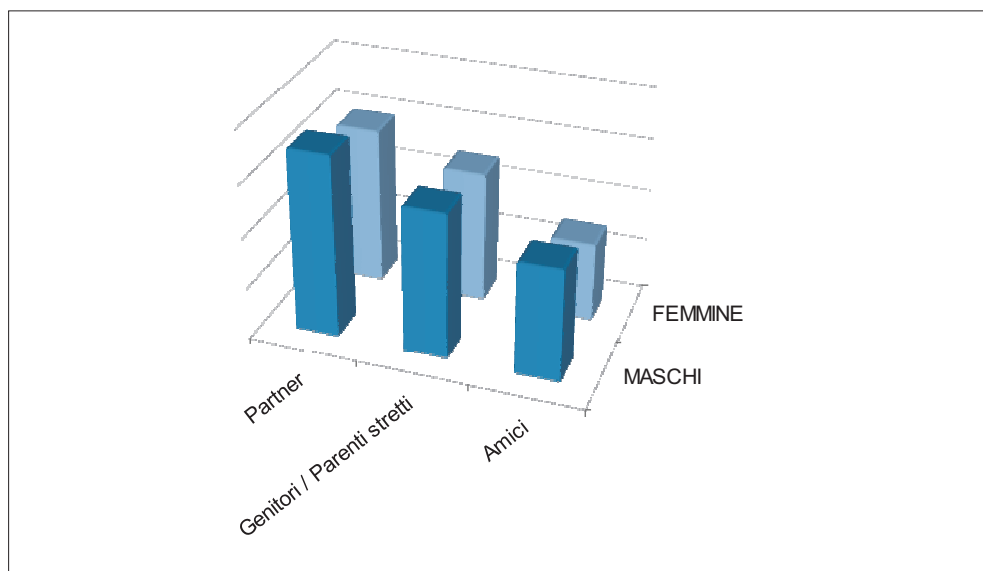


Figura 5.11 - Quesito 35: Grado di supporto ricevuto da varie figure, Servizi, Politiche aziendali





QUESTIONARIO INFORTUNI IN ITINERE

INDAGINE INAIL TOSCANA - INFORTUNI IN ITINERE
SETTORE:

Le chiediamo di fornirci alcuni dati socio-anagrafici utili ai fini della presente indagine (Il periodo di riferimento è quello in cui è accaduto l'infortunio)

Età <input type="text"/> Sesso <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina Nazionalità _____ Residenza _____ Domicilio _____		Titolo di studio <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media inferiore <input type="checkbox"/> diploma di scuola media superiore <input type="checkbox"/> laurea	
Qualifica/Inquadramento <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Quadro/Funzionario <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Professionista/tecnico <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Altro _____		Tipologia di contratto <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part-time verticale ¹ <input type="checkbox"/> Part-time orizzontale ² <input type="checkbox"/> Altre tipologie contrattuali (determinato CoCoPro, ecc) <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part-time verticale ¹ <input type="checkbox"/> Part-time orizzontale ²	
Orario di lavoro <input type="checkbox"/> Diurno (orario standard) <input type="checkbox"/> Solo notturno <input type="checkbox"/> A turni solo diurno <input type="checkbox"/> A turni anche notturno	Giorni di riposo settimanale <input type="checkbox"/> Due consecutivi <input type="checkbox"/> Due non consecutivi <input type="checkbox"/> Uno	1 Part-time verticale: lavora a tempo pieno, ma solo in alcuni giorni della settimana, del mese, o dell'anno. 2 Part-time orizzontale: lavora tutti i giorni a orario ridotto	
<p>Di seguito le viene chiesto di rispondere a quesiti relativi al percorso da lei seguito per recarsi a lavoro nel periodo in cui ha avuto l'infortunio</p>			
1. Il tragitto percorso era: <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Il tragitto abituale <input type="checkbox"/> Per distacco/assegnazione temporanea <input type="checkbox"/> Per missione/trasferta		2. Si recava sul posto di lavoro più spesso <input type="checkbox"/> a piedi <input type="checkbox"/> con mezzi pubblici <input type="checkbox"/> con mezzo privato: <input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> moto/scooter <input type="checkbox"/> bicicletta	
3. Indichi a quale distanza abitava dal suo posto di lavoro all'epoca dell'infortunio <input type="checkbox"/> a meno di 15 Km <input type="checkbox"/> a una distanza compresa tra 16 e 30 Km <input type="checkbox"/> a più di 30 Km			
4. Quali erano le caratteristiche del tragitto che doveva percorrere per recarsi al lavoro da casa? <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> extraurbano <input type="checkbox"/> misto		5. Aveva la possibilità di usare mezzi pubblici per recarsi al lavoro? meno di 15 minuti <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, ma non coincidenti con il mio orario di lavoro	

6. Quanto tempo impiegava in media a raggiungere il posto di lavoro? (solo andata) <input type="checkbox"/> meno di 15 minuti <input type="checkbox"/> un tempo compreso tra 16 e 30 minuti <input type="checkbox"/> più di 30 minuti	7. Da quanto tempo, per recarsi al lavoro, utilizzava questo percorso? Anni <input type="text"/> Mesi <input type="text"/>								
<i>Di seguito le viene chiesto di fornire alcune informazioni relative alle modalità di accadimento dell'infortunio</i>									
8. In quale giorno della settimana si è verificato l'infortunio? <input type="checkbox"/> LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> GIO <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> DOM	9. Al momento dell'infortunio stava: <input type="checkbox"/> Andando al lavoro <input type="checkbox"/> Tornando dal lavoro <input type="checkbox"/> In pausa pranzo								
10. A che ora è avvenuto l'infortunio? <table border="1" data-bbox="200 869 323 915"> <tr> <td>h</td><td>h</td><td>m</td><td>m</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	h	h	m	m	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	11. Al momento dell'infortunio viaggiava su un mezzo di trasporto? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
h	h	m	m						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
12. Se ha risposto sì alla domanda n. 11, il mezzo era: <input type="checkbox"/> Pubblico <input type="checkbox"/> Privato	13. In caso di mezzo privato, si trattava di: Bicicletta Scooter/ Moto guidato personalmente Scooter/Moto guidato da altri Auto guidata personalmente Auto guidata da altri								
14. Dagli accertamenti effettuati dall'Autorità intervenuta sul luogo dell'infortunio o dai periti dell'assicurazione nell'incidente lei è stata: <input type="checkbox"/> Vittima <input type="checkbox"/> Responsabile <input type="checkbox"/> Responsabile in parte									
<i>Di seguito le viene chiesto di rispondere a dei quesiti relativi alle sue condizioni lavorative nel periodo in cui ha avuto l'infortunio</i>									
15. Quando è accaduto l'infortunio da quanti anni lavorava in azienda? Anni <input type="text"/> Mesi <input type="text"/>	16. Da quanto tempo le era stata assegnata la mansione che svolgeva nel periodo in cui ha avuto l'infortunio? Anni <input type="text"/> Mesi <input type="text"/>								
17. Quando è accaduto l'infortunio aveva un orario flessibile¹? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <small>1 Orario flessibile: elasticità di timbratura nella giornata, con obbligo di raggiungimento di un monte ore settimanale o mensile</small>									

18. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, indichi il grado in cui è d'accordo con le seguenti affermazioni, da 1 (Per niente d'accordo) a 4 (Completamente d'accordo).				
	1	2	3	4
Nel mio lavoro potevo decidere come programmare le mie attività				
Il mio lavoro mi permetteva di prendere molte decisioni in autonomia				
Il mio lavoro richiedeva di fare una quantità di cose diverse				
Spesso mi sembrava di avere troppo lavoro da svolgere a scadenze ravvicinate				
19. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, quanto si sentiva oberato dal suo lavoro? <input type="checkbox"/> Per niente <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto	20. Numeri a partire da 1 gli aspetti del suo lavoro che maggiormente la impegnavano (1 impegno più elevato) <input type="checkbox"/> Le relazioni con colleghi/superiori <input type="checkbox"/> Il carico di lavoro <input type="checkbox"/> Le scadenze <input type="checkbox"/> L'incertezza lavorativa			
<i>Di seguito le viene chiesto di rispondere a dei quesiti relativi alle sue condizioni familiari nel periodo in cui ha avuto l'infortunio</i>				
21. All'epoca dell'infortunio lei era: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Convivente o sposato/a <input type="checkbox"/> Separato/a o divorziato/a	22. All'epoca dell'infortunio, quanti erano i componenti del suo nucleo familiare**? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>* si fa riferimento al numero di persone che condividevano la stessa abitazione</small>			
	23. Se ha figli, indichi per ciascun figlio l'età che aveva all'epoca dell'infortunio: 1°) <input type="text"/> 2°) <input type="text"/> 3°) <input type="text"/> 4°) <input type="text"/> 5°) <input type="text"/>			
24. Se all'epoca dell'infortunio doveva prendersi cura di persone che richiedevano un'assistenza particolare, indichi quali di queste situazioni erano presenti nella sua famiglia: <input type="checkbox"/> Persone coabitanti parzialmente autosufficienti <input type="checkbox"/> Persone non coabitanti parzialmente autosufficienti <input type="checkbox"/> Persone coabitanti non autosufficienti <input type="checkbox"/> Persone non coabitanti non autosufficienti	25. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, altre persone oltre a lei contribuivano al reddito familiare? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			

26. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, indichi il grado in cui è d'accordo con le seguenti affermazioni, da 1 (Per niente d'accordo) a 4 (Completamente d'accordo).				
	1	2	3	4
Avevo sufficiente tempo per portare avanti le mie responsabilità familiari				
Spesso mi sembrava che gli impegni familiari che dovevo svolgere fossero troppi per una sola persona				
Il livello di impegno richiestomi dalla mia famiglia era troppo alto				
27. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, l'impegno richiesto dalla sua situazione familiare era per lei fonte di stress <input type="checkbox"/> Per niente <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto	28. Numeri a partire da 1 gli aspetti della sua sfera familiare che maggiormente la impegnavano (1 impegno più elevato) <input type="checkbox"/> Relazioni familiari <input type="checkbox"/> L'accudimento dei figli <input type="checkbox"/> Le faccende domestiche <input type="checkbox"/> L'assistenza a familiari in condizioni di difficoltà <input type="checkbox"/> Le disponibilità economiche			
<i>Di seguito le viene chiesto di rispondere a dei quesiti relativi alle problematiche di conciliazione lavoro famiglia all'epoca dell'infortunio</i>				
29. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, indichi il grado in cui si sente in sintonia con ciascuna delle seguenti affermazioni da 1 (Per niente d'accordo) a 4 (Completamente d'accordo).				
	1	2	3	4
Le richieste del mio lavoro interferivano con la mia vita familiare				
La quantità di tempo che il mio lavoro richiedeva rendeva difficile l'adempimento delle responsabilità familiari				
Il mio lavoro produceva un tale affaticamento da rendere difficile l'adempimento degli obblighi familiari				
Le richieste della mia famiglia interferivano con le mie attività lavorative.				
La mia vita familiare interferiva con le mie responsabilità lavorative (come arrivare a lavoro puntuale, lavorare oltre l'orario di lavoro ...)				
I miei obblighi familiari producevano un tale affaticamento da interferire sulla mia performance lavorativa				

<p>30. In generale, riteneva di avere la necessaria forza (competenze, risorse personali) per fronteggiare le richieste che provenivano dalla Sua famiglia e dal Suo lavoro?</p> <p><input type="checkbox"/> Per niente <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto</p>	<p>31. Quanto il problema di conciliare le esigenze familiari e lavorative incideva sul suo livello generale di stress?</p> <p><input type="checkbox"/> Per niente <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto</p>			
<p>32. A causa delle difficoltà legate alla gestione delle responsabilità familiari e lavorative ha mai pensato di:</p> <p><input type="checkbox"/> Cambiare completamente lavoro</p> <p><input type="checkbox"/> Cercare lavoro in un'azienda che venisse maggiormente incontro ai suoi impegni familiari</p> <p><input type="checkbox"/> Chiedere che le fosse assegnato un altro orario di lavoro</p> <p><input type="checkbox"/> Chiedere di passare ad un contratto part-time</p>				
<p>33. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, indichi il grado in cui si sente in sintonia con ciascuna delle seguenti affermazioni, da 1 (Per niente d'accordo) a 4 (Completamente d'accordo).</p>				
	1	2	3	4
Dal mio punto di vista, la vita personale di un individuo deve essere orientata più al lavoro che alla famiglia.				
Le maggiori soddisfazioni della mia vita vengono dal lavoro piuttosto che dalla famiglia				
Tutto sommato, considero il lavoro come più centrale per la mia esistenza che la famiglia				
<p>34. Quanto importante ritiene sia stato per lei il supporto di altre persone per conciliare le sue responsabilità familiari e professionali?</p> <p><input type="checkbox"/> Per niente <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto</p>				
<p>35. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, indichi il grado di supporto ricevuto supporto dalle seguenti figure e servizi nel gestire le sue responsabilità familiari e professionali, indicando per ciascuna di esse un valore da 1 (Per niente) a 4 (Molto)</p>				
	1	2	3	4
Partner				
Genitori/Parenti stretti				
Amici				
Servizi sociali e sanitari pubblici				

	1	2	3	4
Scuole e asili				
Servizio pubblico di trasporti				
Assistenza privata				
Collegghi				
Superiore				
Le politiche aziendali				

La ringraziamo vivamente della sua collaborazione e le saremo grati volesse offrirci qualche suggerimento ai fini della presente ricerca

Bibliografia di riferimento

Corte di Cassazione, Sentenza n. 11545 del 10 luglio 2012.
 Corte di Cassazione, Sentenza n. 17752 del 29 luglio 2010.
 Corte di Cassazione, Sentenza n. 10028 del 27 aprile 2010.
 Corte di Cassazione, Sentenza n. 19496 del 10 settembre 2009.
 Corte di Cassazione, Sentenza n. 17655 del 29 luglio 2009.
 Corte di Cassazione, Sentenza n. 6211 del 7 marzo 2008.
 Corte di Cassazione, Sentenza n. 15973 del 18 luglio 2007.
 Corte di Cassazione, Sentenza n. 995 del 17 gennaio 2007.
 Corte di Cassazione, Sentenza n. 5525 del 18 marzo 2004.
 Corte di Cassazione, Sentenza n. 9211 del 9 giugno 2003.
 Corte di Cassazione, Sentenza n. 1320 del 1 febbraio 2002
 INAIL, Rapporto Annuale 2011 (Luglio 2012).
 INAIL, Rapporto Annuale 2007 (Luglio 2008).

6. - IL CASO DELLA PAC - AMADORI

6.1. - GRUPPO AMADORI

Amadori è uno dei gruppi leader nel settore agroalimentare italiano, fondato a San Vittore di Cesena quarant'anni fa, il Gruppo è presente oggi sul territorio nazionale con stabilimenti industriali, filiali e agenzie, contando sulla collaborazione di oltre 7.000 lavoratori. Alla base delle strategie imprenditoriali, c'è la decisione del Gruppo di gestire direttamente l'intera filiera integrata. Questa scelta consente un controllo approfondito e certificato di tutte le fasi produttive: selezione delle materie prime, allevamenti, incubatoi, mangimifici, trasformazione, confezionamento e distribuzione. Tradizione e innovazione sono i due elementi che contraddistinguono il Gruppo sul mercato.

I dati:

Fondato a San Vittore di Cesena quarant'anni fa, nel 1969, il Gruppo è presente oggi sul territorio nazionale con:

- 6 incubatoi;
- 4 mangimifici;
- 6 stabilimenti di trasformazione e lavorazione;
- 24 tra filiali e agenzie, in tutta Italia;
- 3 piattaforme primarie, che smistano fino a 250.000 casse al giorno;
- circa 350 agenti e 700 automezzi per il trasporto secondario che servono, quasi giornalmente, circa 17.000 clienti con 500 prodotti e 1.700 referenze.

A ciò si aggiungono gli allevamenti di proprietà a gestione diretta (oltre 1.100.000 mq) che producono il 40% del fabbisogno totale di animali vivi del Gruppo, e i 3.700 ettari di terreno su cui insistono gli allevamenti.

Si avvale della collaborazione di oltre 7.000 lavoratori così ripartiti:

Emilia Romagna 65% - Abruzzo 25% - Toscana 5% - Lombardia 2% - Puglia 1% - Altre regioni 2%.

Si conferma forte la presenza di personale femminile, 53%.

Il personale opera

- per il 21% nell'area zootecnica e mangimistica;
- per il 60% nell'area trasformazione alimentare e spedizioni;
- per il 14% nell'area commerciale;
- per il 5% nelle diverse aree di servizio.

L'azienda oggi può essere definita, a tutti gli effetti, multiculturale, con personale

straniero pari al 32%. Il personale non italiano proviene da molti paesi (ben 82 diverse nazionalità), con una maggioranza di lavoratori di origine nord africana (e dell'Europa dell'est).

6.1.1. - Il “laboratorio” di Siena, sinergia fra ricerca e produzione: la PAC di Monteriggioni

Fondata nel 1985, l'azienda si occupava di allevamento e macellazione tacchini.

Già da allora si avvaleva della collaborazione di un gruppo di lavoro formato da una trentina di persone, in maggioranza donne. Pian piano l'azienda è cresciuta. Nel 1994 l'azienda Amadori acquista lo stabilimento di Monteriggioni (SI), nel quale, oggi, lavorano più di 200 persone, 50% donne.

Nello stabilimento si effettua la lavorazione ed il deposito di carni avicole. Le attività produttive partono con il ricevimento dei tacchini vivi, per poi concludersi con la spedizione dei prodotti alimentari confezionati.

Oltre allo svolgimento di queste attività principali, ne sono presenti altre definite accessorie o di servizio: centrali frigorifere per la conservazione e la surgelazione dei prodotti, impianto di depurazione acque reflue, laboratorio controllo qualità e monitoraggio ambientali, etc. Caratteristica della lavorazione è l'attività di macellazione di tacchini maschi e femmine con produzione di busti interi, e attività di sezionamento dei busti (con produzione di tagli confezionati (petti, cosce, ali, etc.).

6.2. - VALUTAZIONE DEL RISCHIO COME PROCESSO PARTECIPATO E PERSONALIZZATO

Le attività di produzione sono caratterizzate, per loro natura da alcune criticità:

- cicli di lavoro vincolato a catena, dove ciascun operatore attende alla singola operazione di smontaggio sul pezzo in transito (ad esempio esecuzione di un taglio su una carcassa in movimento); sono caratterizzati da tempi di ciclo estremamente brevi e determinati dalla cadenza della linea;
- postazioni singole di lavoro al banco, dove l'indice di controllo non è rappresentato tanto dal numero di pezzi eseguiti nell'unità di tempo bensì dai Kg di carne prodotti; in tale caso i tempi di ciclo delle operazioni si differenziano in funzione della pezzatura e del livello di qualità dei pezzi in ingresso al banco di lavoro (ad esempio operazioni di disosso di tagli di prima scelta piuttosto che di seconda scelta, o di stesse parti anatomiche pesanti piuttosto che leggere);

- lavori composti da gruppi di postazioni strutturate in apparenza ad “isola”, dove non sono tanto le operazioni simili sugli stessi pezzi ad essere l’elemento caratterizzante, bensì dove la variazione del tipo di prodotto in ingresso rende fattibile scelte alternative di assetto delle postazioni e delle operazioni che devono essere svolte all’interno del gruppo stesso (ad esempio nastri per il confezionamento in vassoi di tipo diverso di cosce, sovracosce, ali, o altri).

L’analisi del rischio, relativo ai movimenti ripetitivi, è stata effettuata applicando il metodo OCRA semplificato, ovvero quello che fa uso della check-list per la stima dei diversi fattori di rischio, con l’ausilio di riprese video effettuate sul campo, in modo da potere valutare agevolmente i fattori frequenza con il conteggio delle azioni tecniche ed il fattore posture incongrue (esame al rallentatore).

L’impiego di forza nell’esecuzione delle azioni lavorative, è stato valutato intervistando i lavoratori: in particolare si è provveduto a domandare al singolo lavoratore di individuare fra le azioni svolte quelle eventuali in cui fosse richiesto maggior impiego di forza, ed anche poi di classificarne l’intensità di in base ad una scala di quattro voci (forza leggera, modesta, moderata, forte). Tale scala è semplificata rispetto a quella di Borg, ma adeguata ad effettuare la valutazione con il metodo della check-list.

I dati organizzativi sono stati acquisiti nel corso dei sopralluoghi, intervistando capi reparto e responsabili di produzione, per poi essere sottoposti a confronto con gli standard di produzione.

I dati delle valutazioni delle singole postazioni, sono stati poi aggregati per linea di lavorazione e presentati per ciascun reparto, ottenendo mappe di rischio che consentono una visione sintetica ed il calcolo degli indici di rischio medio.

Un’ulteriore tipologia di mappa è quella per mansione, che consente di calcolare il livello di esposizione personale.

Le fasi principali del progetto si sono articolate con il seguente ordine:

- Definizione e codifica delle postazioni di lavoro;
- Riprese video;
- Acquisizione di dati organizzativi e produttivi;
- Analisi e valutazione di ciascuna postazione di lavoro (compilazione check-list);
- Individuazione di possibili miglioramenti per ciascuna valutazione effettuata;
- Mappe di rischio per reparto e per linea;
- Presentazione e discussione delle mappe di rischio con i responsabili di reparto;
- Mappe di rischio per mansione;
- Piano di miglioramento;
- Realizzazione degli interventi;
- Aggiornamento della valutazione.

6.3. - BENCHMARK

6.3.1. - Il caso dei movimenti ripetuti. Un processo di miglioramento partecipato

Grazie alla collaborazione con l'EPM²⁵, e in particolare con la Dott.ssa Daniela Colombini, e il Dott. Enrico Occhipinti, frutto di un rapporto di collaborazione ormai lungo e consolidato, a partire dal 2000, sono stati avviati studi sugli effetti dei movimenti ripetitivi. È importante sottolineare che quello dei metodi di valutazione del rischio è un campo di indagine relativamente giovane: oggi quello presentato dall'EPM è a nostro parere il più completo, ed è riconosciuto nelle norme internazionali. Tuttavia, gli studi in questo ambito, sono in continua evoluzione ed è per questo motivo che è necessaria una ricerca e una sperimentazione continua.

Amadori ha aperto le porte della propria azienda all'Istituto di ricerca sopracitato, dando loro la possibilità di fare "esperimenti sul campo".

Da tali studi è emerso, infatti, che i movimenti ripetitivi provocano una serie di patologie degli arti superiori. I fattori scatenanti sono tanti e uno di questi è la forza muscolare, difficile da valutare. Infatti, i metodi per misurarla possono essere di due tipi: una serie di interviste codificate che, se adeguatamente condotte, offrono dei dati abbastanza affidabili, oppure l'"elettromiografia", una tecnica diagnostica molto utilizzata in campo neurologico e ortopedico che permette l'analisi dell'attività muscolare a riposo e durante l'attivazione volontaria. Questa tecnica è prevalentemente utilizzata in laboratorio. Noi volevamo andare oltre: grazie alla sinergia fra Amadori e l'Istituto di ricerca siamo riusciti ad applicare il secondo metodo sui lavatori del taglio tacchino del nostro stabilimento di Monteriggioni, Siena, dove gli operai che lavorano in sala taglio, utilizzano dei guanti per meglio afferrare e lavorare la carne.

A tali operai, abbiamo chiesto di poter applicare dei sensori per quantificare la forza necessaria. Dai dati ricavati, abbiamo capito che era necessario creare un guanto più resistente che diminuisse la forza muscolare necessaria per tenere in mano la carne. Ci siamo inventati un nuovo prototipo di guanto.

Abbiamo pensato, quindi, ad una soluzione: acquistata una grattugia se ne sono ricavati tanti piccoli quadratini che sono stati sistemati su ciascun dito del guanto: la carne non scivolava più ma rimaneva attaccata al guanto. Successivamente abbiamo chiesto ad alcuni lavoratori di provare ad utilizzare questa sorta di prototipo. Facendo l'elettromiografia prima con il guanto normale e dopo con il guanto modificato, ci siamo resi conto del beneficio reale. (Per tale motivo abbiamo deciso di brevettare il guanto con l'auspicio di metterlo in produzione).

²⁵ EPM Unità di Ricerca Ergonomia della Postura e del Movimento (Fondazione Don Carlo Gnocchi, Università degli studi di Milano).

Per tutte le lavoratrici della sala taglio tacchini di Siena, che hanno partecipato all'esperimento, il beneficio è stato immediato e tangibile.

Tre lavoratrici che hanno deciso di prestarsi agli studi, hanno così commentato l'esperimento:

A)

“Quando mi hanno chiesto di partecipare ero un po' titubante, invece devo dire che mi sono sentita subito a mio agio. Sia i ricercatori che i nostri colleghi sono stati molto cordiali, ci hanno spiegato cosa si aspettavano e le modalità che avrebbero utilizzato. Devo ammettere che con il guanto è davvero efficace, ha una maggiore presa e quindi ci si sforza meno”.

B)

“Sono entusiasta di aver partecipato, e poi credo che i cambiamenti, soprattutto se fatti per migliorare, devono sempre essere accolti positivamente. E il guanto che ci hanno fatto testare potrebbe portare dei benefici a tutti!”

C)

“Penso che il guanto sia davvero innovativo, io ho molta esperienza nel mio lavoro e ammetto che lo sforzo da utilizzare nella presa è nettamente inferiore, e questo chiaramente fa sì che il lavoro sia meno faticoso. Spero che a breve si possa realizzare il progetto, per me e per tutti i miei colleghi del taglio”.

6.3.2. - Sistema premiante e SSL

Contemporaneamente all'introduzione del sistema di verifica è stato attivato un sistema premiante rivolto ai Preposti (responsabili di produzione e capireparto) che tiene conto, oltre, degli indicatori relativi alla qualità e alla produzione, anche dei risultati degli audit della sicurezza, delle modalità di gestione delle non conformità rilevate, oltre che dell'andamento infortunistico.

Ciò, al fine di contribuire ulteriormente a sensibilizzare i Preposti, non solo sugli aspetti strettamente legati alla produttività e alla qualità del prodotto finito, ma anche ad esercitare una adeguata funzione di prevenzione e gestione degli aspetti di sicurezza.

6.3.3. - Soluzioni organizzative per la riduzione dei rischi (e dei costi)

Dopo alcuni anni di gestione delle idoneità, con indicazione dei parametri di forza e

postura per i soggetti patologici, ed inoltre, dopo avere verificato che con interventi di bonifica si erano create delle postazioni migliori rispetto a quelle precedenti, si è deciso di attivare un sistema di rotazione su varie postazioni di lavoro, in modo che l'impegno biomeccanico per l'arto superiore sia distribuito su distretti articolari diversi. Tale misura è motivata dalla necessità di tutelare adeguatamente anche i lavoratori sani, aspetto rivelatosi critico con il precedente metodo utilizzato: i lavoratori con prescrizioni saturavano le poche postazioni a rischio lieve, rendendo difficile la prevenzione per i lavoratori sani.

L'introduzione delle rotazioni è stata concordata con l'azienda, con i Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e con le RSU che hanno previsto congiuntamente riposi di 10 minuti ogni 1h e 10' (per tutte le linee di produzione dello stabilimento).

Il lavoro svolto ha consentito di approfondire la conoscenza tecnica sui diversi fattori che concorrono al rischio di tipo ergonomico per gli arti superiori sulle linee di produzione tipiche della trasformazione alimentare. Sono stati aggregati i dati delle valutazioni effettuate per il calcolo degli indici medi dei vari fattori, e per evidenziare la distribuzione del numero di postazioni di lavoro rispetto al rischio; e sono state identificate le lavorazioni critiche ed i relativi fattori determinanti. Gli interventi di miglioramento ad oggi effettuati, alcuni dei quali sopra descritti, hanno dimostrato che in alcuni casi è possibile ridurre sensibilmente il rischio con interventi semplici e fattibili nel breve periodo. L'insieme delle conoscenze consente ora di individuare correttamente un piano di miglioramento che si integri nel sistema delle strategie di sviluppo aziendale in ogni suo aspetto (investimenti sia nello sviluppo di nuovi impianti che nella riprogettazione, formazione, addestramento e gestione del personale, pianificazione del lavoro); l'intento è quello di potere in modo tecnico e oggettivo valutare costi e benefici nell'ambito della sicurezza, per accompagnare il piano di sviluppo dell'azienda nel rispetto comunque inevitabile dei vincoli di gestione economica cui l'impresa deve far fronte, che sono quelli di mantenere competitività sul mercato, salvaguardare il costo dei prodotti, nonché salvaguardare l'occupazione, e nella ricerca della tutela della salute dei lavoratori migliore possibile.

6.3.4. - Soluzioni semplici per il miglioramento della qualità della vita e del lavoro

L'approccio partecipativo che caratterizza la gestione delle politiche del personale e della salute e sicurezza in azienda, ha permesso di coniugare le necessità della produzione con i bisogni espressi da una popolazione lavorativa variegata e caratterizzata, in misura rilevante da contratti di lavoro avventizi e da grande eterogeneità nelle biografie, competenze, culture, lingue, etc.

Sono state attivate nel tempo soluzioni e micro-interventi atti a risolvere problema-

tiche apparentemente banali, se osservate dal punto di vista di un management che deve garantire il risultato in termini di produzione, estremamente rilevanti per le singole condizioni individuali, se osservate dal punto di vista dei lavoratori.

Criticità e Soluzioni adottate:

C: *Numero rilevante di lavoratori stranieri caratterizzati da culture e religioni diverse*
S:

- Attenzione mirata ai lavoratori che vogliano seguire i precetti imposti dal periodo del Ramadan;
- adozione di un protocollo derivante dall'accordo con l'Imam della comunità islamica locale per adottare gli standard della macellazione islamica;
- adozione nella mensa aziendale di un Menu alternativo che tiene conto dei divieti religiosi;
- dal velo islamico alla modifica del DPI: soluzione adottata per tutti i lavoratori come DPI e come norma igienica HCCP nella foggia del Hidjab per proteggere i capelli (a partire da una lavoratrice che indossava un foulard colorato) verrà adottato da tutti e sarà bianco, di cotone.

C: *segnalazione di un alto numero di lavoratori con ipertensione*

S: la mensa aziendale ha adottato una cucina senza sale, potrà essere aggiunto da chi non corre rischi di ipertensione.

C: *Numero rilevante di lavoratori che, vivendo temporaneamente nel territorio, sono privi di punti di riferimento e di reti sociali*

S: L'azienda ha creato un pur informale "centro servizi" con funzioni di mediazione-facilitazione, sia in azienda che verso l'esterno:

- uffici pubblici, asili, necessità di prendere case in affitto, compilazione di documenti, accordi con il microcredito toscano, etc.
- agevolazioni per il trasporto casa-lavoro per chi è privo di mezzi di locomozione.

C: *Lavoratori che, privi di reti sociali-familiari, di altre forme di sostegno economico e di cura, si trovino con problemi familiari o di salute*

S: L'azienda permette l'adozione di un orario flessibile per rispondere alle diverse esigenze, stante la necessità di essere in produzione se addetti ad una linea di produzione. L'assenza - per quanti hanno un contratto di avventizio - prevede oggi la decurtazione della retribuzione. Si sta esplorando la possibilità di sperimentare un meccanismo sul modello della "banca delle ore", previsto da molti contratti collettivi.

È stato realizzato, inoltre, un ambulatorio in azienda e una sala ristoro da usare durante le pause.

6.3.5. - Le statistiche del personale: un'azienda fifty/fifty

I grafici a seguire dimostrano come l'azienda sia costituita strutturalmente su un principio di sostanziale equità di genere, per quanto attiene le assunzioni e gli inquadramenti contrattuali. Tale modalità permane nel tempo e nelle ripartizioni riguardanti i gruppi di popolazione lavorativa anche in riferimento alla provenienza geografica: Italia, Ue, Extra UE (sono presenti nel 2012 ben 22 nazionalità diverse).

Figura 6.1

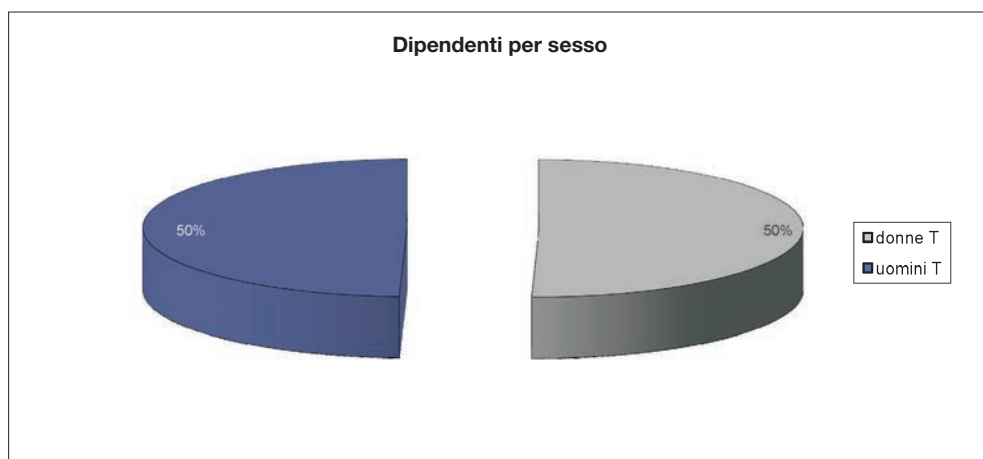


Figura 6.2

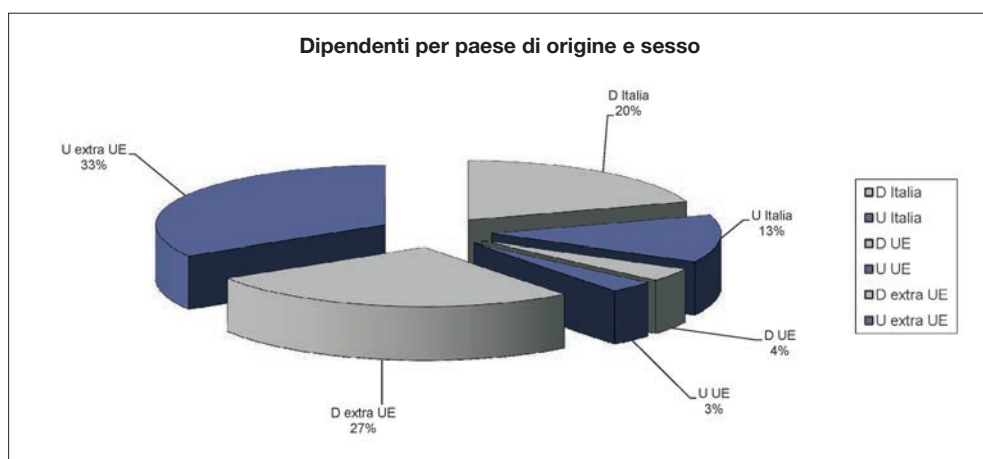
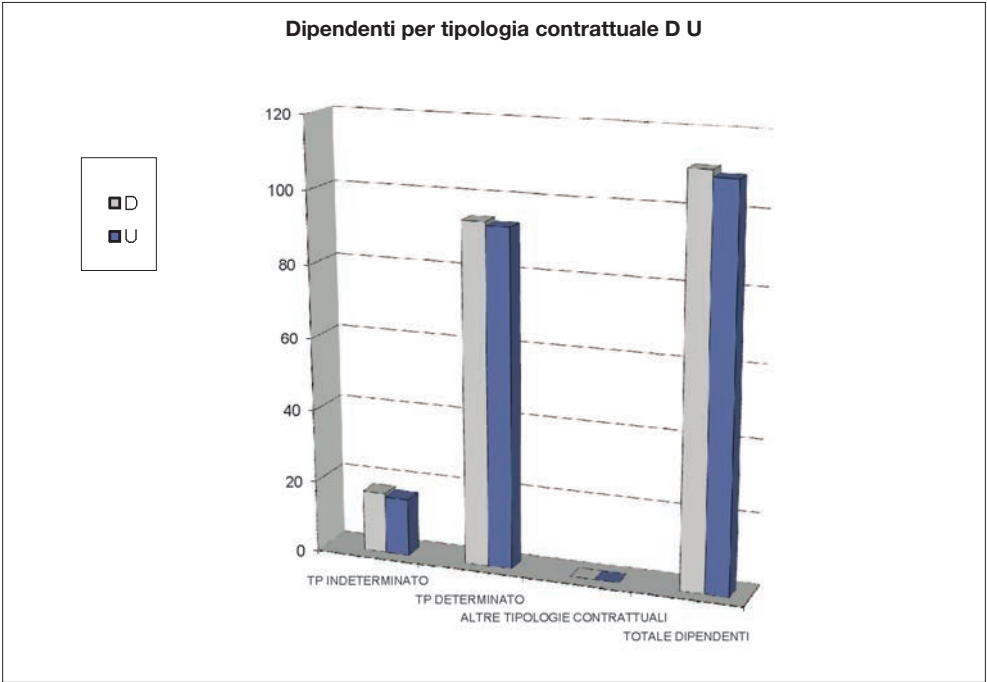


Figura 6.3



7. - IL CASO SAMMONTANA²⁶

7.1. - LA STORIA DI SAMMONTANA

La storia di Sammontana ebbe inizio negli anni Quaranta a Empoli, dove Romeo Bagnoli si guadagnò un'ottima reputazione per il gelato del suo bar-latteria. Per farlo così buono utilizzò ingredienti freschissimi e di prima qualità, come il latte proveniente dal vicino paese di Sammontana, da cui trasse il nome per il suo locale.

Nella primavera del 1948 il figlio maggiore di Romeo, Renzo, trasformò insieme ai fratelli Sergio e Lorianò il bar-latteria in un vero e proprio laboratorio artigianale per il gelato, che in pochi anni ricevette un numero altissimo e sempre crescente di richieste dai paesi limitrofi. I Bagnoli scoprirono allora l'esistenza di un deposito di ferraglie, a Genova, dove poter trovare qualche componente di macchinario lasciato dagli americani quando, dopo la guerra, tornarono in patria. Renzo, Sergio e Lorianò si recarono quindi dal titolare del deposito, chiedendo cosa potessero acquistare con la piccola somma in loro possesso. La risposta fu: "Prendete quello che volete, prima o poi mi pagherete". Così fecero e tornarono a casa con le parti necessarie a realizzare le prime macchine per la produzione industriale di gelato, che iniziarono a funzionare grazie alla regia di Renzo e all'ingegno e alle conoscenze meccaniche di Sergio.

L'attività artigianale di Sammontana cominciò così a crescere e ad evolversi, conseguendo sempre maggiore successo. Nel 1955 nacque l'idea di portare le caratteristiche del suo gelato anche in altri Bar e Caffè, inventando un barattolo di metallo contenente 6 litri di quel gelato speciale, in 14 gusti diversi. Era così nato un prodotto diventato poi un simbolo dell'azienda in particolare a partire dagli anni Sessanta quando, con l'avvento dei frigoriferi con congelatore nelle case degli italiani, si diffuse fra le famiglie: fu il primo gelato industriale.

Il successo ottenuto permise alla famiglia Bagnoli non solo di allargare la gamma dei prodotti con alcuni gelati monodose - come stecchi, coppe e coni - ma soprattutto di ampliarsi fino a fondare l'attuale stabilimento a Empoli.

Il 1960 vide la nascita del primo sito industriale e, negli anni successivi, l'azienda crebbe sempre più, grazie alle innovazioni tecnologiche, alle ambizioni e allo spirito imprenditoriale dei Bagnoli. Per primi imboccarono la strada della comunicazione, sviluppando campagne accattivanti e un'immagine allegra e spensierata, ben rappresentata dal cono "umanizzato" del logo, nato negli anni Settanta e ridisegnato negli anni Ottanta da Milton Glaser, graphic designer di fama internazionale (è suo il celeberrimo logo *I Love New York*).

²⁶ Manfredi Montalti è Medico Competente di Sammontana ed autore del paragrafo "L'analisi dei dati delle cartelle sanitarie e di rischio; Gianluca Persichini è Datore di lavoro ai sensi della disciplina antinfortunistica di Sammontana e autore degli altri paragrafi del caso Sammontana.

Negli anni Ottanta Sammontana era ormai diffusa in tutta Italia. Una realtà imprenditoriale che non ha mai smesso di crescere e investire, fino ad arrivare ai giorni nostri e alla recente acquisizione, nel luglio 2008, di altri marchi famosi sul mercato.

Grazie a questa operazione, Sammontana Spa si posiziona oggi al secondo posto nel mercato dei gelati industriali in Italia, accanto alle grandi multinazionali del freddo, con una quota del 20% circa ed è leader in Italia nel settore della croissanterie congelata, di cui detiene circa il 40% del mercato.

A questo successo hanno contribuito anche investimenti importanti in ambito sportivo: dalla prima sponsorizzazione di una squadra ciclistica negli anni d'oro del ciclismo in Italia - basti ricordare che con la Maglia aziendale Bianchi Moreno Argentin vinse il Campionato del mondo nel 1986 - a quelle nel mondo del calcio, a cui si aggiungono altre più recenti partnership e iniziative che ogni anno, lungo tutta la penisola, vedono protagonista il marchio.

7.2. - PARTECIPAZIONE AL PROGETTO INAIL “SSL, UNA QUESTIONE ANCHE DI GENERE”

La normativa vigente in materia di Sicurezza sul Lavoro con il D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., ha reso attuale la necessità di tenere in considerazione, e quindi valutare, le diversità uomo/donna nell'ambito lavorativo, al fine di individuare quei rischi che potrebbero incidere in maniera diversa, con una diversa ricaduta a fronte di presenza maschile o femminile.

Sammontana aveva iniziato già in precedenza, con interventi incisivi, a strutturare la propria attività considerando, appunto, tali differenze. Attraverso la conoscenza dei fattori di rischio specifici, sia per i lavoratori che per le lavoratrici, nonché con la volontà di intervenire sugli stessi, con azioni mirate al fine di ridurre il più possibile le conseguenze sulla salute.

È con questo obiettivo che all'indomani dell'entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008, nel quale all'art. 28 viene espressamente considerato e reso cogente tale fattore, si è maggiormente, e più specificatamente, entrati nel merito di questo argomento andando a chiarire una serie di dati (come ad esempio gli indici infortunistici e le malattie professionali), differenziandoli per sesso e per paese di provenienza, e di conseguenza, apportando modifiche al layout di alcune linee di produzione per facilitare la posizione ergonomica delle lavoratrici.

Nella consapevolezza della possibilità di effettuare ulteriori ed interessanti passi avanti nella considerazione dei fattori di genere, l'occasione ci è stata data dalla redazione del nuovo DVR nel quale sono in corso di inserimento ulteriori particolari, dalla modifica

di un programma di estrazione dati, fino alla scheda sanitaria appositamente modificata per agevolare la lettura e quindi la gestione dei parametri interessati.

Anche l'adesione dell'azienda alle richieste di part-time (orizzontale e verticale), è stato un ulteriore aiuto a rendere agevole e più coniugabile la doppia attività alla quale sono chiamate le donne: lavoratrici e conduttrici della famiglia.

Non è stata fatta una questione di genere neanche al momento dell'inserimento di lavoratori stranieri (extra UE) nel ciclo lavorativo a tempo indeterminato.

Degno di nota è l'opportunità di collaborazione con INAIL, che per noi ha rappresentato un momento di ulteriore spinta per cogliere quelle indicazioni e pratiche virtuose che, valorizzate, nella convinzione che riusciranno ad incidere su finalità e comportamenti di azienda e lavoratori.

7.3. - BENCHMARK: POLITICA AZIENDALE PER LA SALUTE, LA SICUREZZA E L'AMBIENTE²⁷

La società SAMMONTANA Spa si prefigge l'obiettivo prioritario di assicurare l'equilibrio tra i fini societari contemplati nello statuto e le esigenze di salvaguardia della salute delle persone e dell'ambiente.

È volontà della SAMMONTANA Spa operare nel rispetto della sicurezza dei propri dipendenti, dei propri clienti, delle popolazioni che vivono nei pressi dello stabilimento e dei terzi in generale, prevenendo il verificarsi di incidenti e mitigandone gli eventuali effetti dannosi.

Da tempo, la società dedica alle politiche di sicurezza e salute dei lavoratori e alla tutela dell'ambiente una attenzione rilevante sia in termini di risorse umane che finanziarie.

Per conseguire i livelli di sicurezza desiderati e possibili, evitando anche l'accadimento di incidenti o infortuni, è essenziale l'approfondita conoscenza delle attività svolte e dei pericoli ad esse connessi, quindi è necessario l'impiego di personale adeguatamente formato, la realizzazione di impianti secondo elevati standard di qualità e sicurezza ed il loro esercizio secondo criteri che pongano la necessaria attenzione alla sicurezza, alla salute e alla protezione dell'ambiente.

La SAMMONTANA Spa accetta e fa proprio il principio ispiratore della Direttiva Europea 96/82/CE secondo cui il funzionamento sicuro di una determinata installazione dipende dai criteri gestionali complessivi.

²⁷ La politica aziendale è stata integrata in ottica di genere e diffusa entro l'ambito temporale del progetto INAIL. È stata considerata un caso di benchmark.

La SAMMONTANA Spa pertanto assicura che:

- il rischio di incidenti ed infortuni, inteso come combinazione della probabilità di occorrenza e della gravità degli effetti, sia il minimo ragionevolmente perseguibile con l'attuale stato della conoscenza e della tecnologia;
- il rispetto delle leggi vigenti in materia e le norme sia costantemente assicurato;
- sia seguita puntualmente l'evoluzione legislativa e normativa in tema di sicurezza e di tutela dell'ambiente e ci si adegui tempestivamente alle nuove prescrizioni;
- tutti i dipendenti, siano informati, formati ed addestrati ad operare con piena cognizione dei rischi potenziali connessi con le attività;
- tutti i terzi che lavorano per conto della SAMMONTANA Spa adottino comportamenti, prassi e procedure in rispetto delle norme vigenti e comunque coerenti con i principi definiti nella presente politica.

Tutto quanto indicato sarà svolto nell'ottica di individuare strategie, interventi, valutazioni attenti alle differenze di genere.

È politica della Sammontana Spa offrire pari opportunità in ogni aspetto del rapporto di lavoro, senza distinzione di sesso, a tutti coloro che siano in possesso dei requisiti richiesti per lo svolgimento delle varie attività, salvo specifiche disposizioni di legge.

Eguali opportunità verranno quindi assicurate - a parità dei requisiti - nelle selezioni ed assunzioni, nell'assegnazione degli incarichi, nell'addestramento e sviluppo, nella gestione delle politiche salariali e dei benefits aziendali.

La Società adotterà iniziative idonee a favorire:

- le condizioni, l'organizzazione e la distribuzione del lavoro che diano pari opportunità all'uno e all'altro sesso;
- l'inserimento del personale dell'uno e dell'altro sesso nei vari settori a livelli aziendali.

Il raggiungimento degli obiettivi descritti, si esplicita anche attraverso il rispetto di quanto disciplinato dal Testo Unico sulla sicurezza, con il D.Lgs. 81/2008, le cui prescrizioni hanno imposto un nuovo approccio alla prevenzione dei rischi, dove è necessario tener conto, oltre ai rischi già noti, delle diversità uomo/donna nei fattori di esposizione e di vulnerabilità.

Sammontana Spa, nell'ottica del miglioramento continuo, e sensibile agli aspetti che riguardano la sicurezza e la salute sui luoghi di lavoro all'interno dei propri stabilimenti, nonché il "benessere" della popolazione lavorativa nel chiaro intento di eseguire una valutazione dei rischi che soddisfi in maniera tangibile il dettato del D.Lgs. 81/08 e quindi in un'ottica di genere ha stabilito che:

Tutti i soggetti della prevenzione debbano essere sensibili a riconoscere l'esigenza di tutele differenziate in presenza di rischi diversi o che hanno ripercussioni diverse su lavoratori e lavoratrici.

I soggetti della prevenzione devono essere adeguatamente formati ed informati, devono avere competenze tali da poter affrontare la valutazione con approccio sensibile alla specificità di genere.

Le donne siano consultate e partecipino in merito alle tematiche che attengono agli aspetti della sicurezza e salute.

La partecipazione delle donne alle scelte che attengono alla sfera delle tematiche sicurezza e salute presuppone che le stesse siano coinvolte in maniera attiva nel processo di valutazione in ogni momento: ovvero nella fase di mappatura dei rischi, in quella decisionale momento in cui devono essere prese decisioni relative alle soluzioni da adottare e infine nella fase di monitoraggio dei risultati conseguiti.

Gli impegni sopra esposti sono commisurati alle capacità umane, tecniche ed economiche della SAMMONTANA Spa e gli obiettivi fissati sono conformi alle suddette capacità.

È stato dato atto che allo stato attuale SAMMONTANA Spa è pienamente rispondente a tutti i principi qui enunciati ed ha attuato tutti gli interventi volti ad eliminare e / o ridurre qualsiasi forma di rischi.

La politica adottata è soggetta a revisione da parte dell'Alta Direzione che in collaborazione con il Responsabile del Servizio Sicurezza e Ambiente valuteranno l'andamento dei risultati.

Il rispetto dei principi sopra citati è garantito dal raggiungimento e dal mantenimento delle certificazioni ISO 9001 / UNI EN ISO 9001:2000 oltre che in conformità alle norme BRC - Global Standard Food e IFS International Food Standard.

Questa politica aziendale per la salute la sicurezza e l'ambiente verrà portata a conoscenza di tutti i soggetti coinvolti attraverso la sua pubblicazione nel sito internet, distribuzione al personale, agli enti preposti ai controlli e a quanti ne faranno richiesta.

7.4. - APPROFONDIMENTI DI GENERE: L'ANALISI DEI DATI DELLE CARTELLE SANITARIE E DI RISCHIO

L'analisi dei dati circa le limitazioni dei dipendenti Sammontana dei due stabilimenti, di Empoli e Vinci, fornisce alcune interessanti indicazioni circa le problematiche di salute, secondo una prospettiva di genere. Il campione analizzato è composto di

776 lavoratori appartenenti ai due stabilimenti, 476 sono di sesso maschile mentre quelli di sesso femminile sono 300. I lavoratori provenienti da altri paesi sono 35 e, quindi, nella nostra analisi non abbiamo considerato tale variabile in quanto i dati da analizzare non hanno valenza statistica per la loro esiguità.

Il campione risulta nello specifico distribuito come indicato nelle seguenti tabelle:

Tabella 7.1

EMPOLI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Produzione	169	140	309
Manutenzione	62	0	62
Cellisti	44	0	44
Magazzinieri	35	0	25
Laboratorio	5	17	22
Impiegati	26	17	43
Totale	339	174	513

VINCI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Produzione	98	115	213
Manutenzione e lavaggi	25	11	36
Magazzinieri	12	0	12
Totale	135	126	261

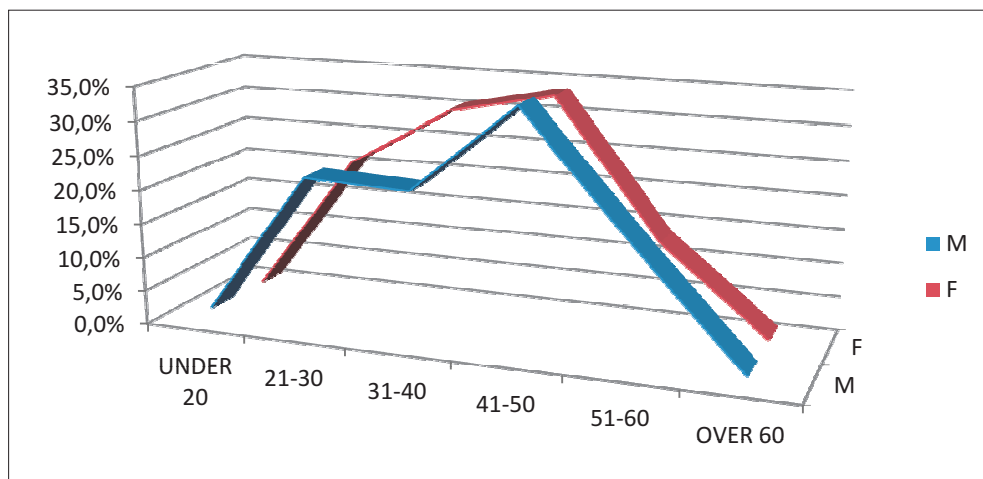
TOTALE	NORMOPESO	SOVRAPPESO	OBESI	OBESO TIPO 1	OBESO TIPO 2	OBESI TIPO 3
M	212	212	52	39	9	4
F	209	68	23	18	4	1
TOT	421	280	75	57	13	5

TOTALE	UNDER 20	21-30	31-40	41-50	51-60	OVER 60
M	9	108	105	166	83	5
F	4	64	90	99	40	3
TOT	13	172	195	265	123	8

Dall'analisi di questi dati possiamo evidenziare come la popolazione femminile svolga principalmente le mansioni di addette alla produzione e confezionamento (sia di pasticceria che di gelato), mentre in attività di magazzino, cella e manutenzione, il personale addetto è quasi pressoché totalmente maschile.

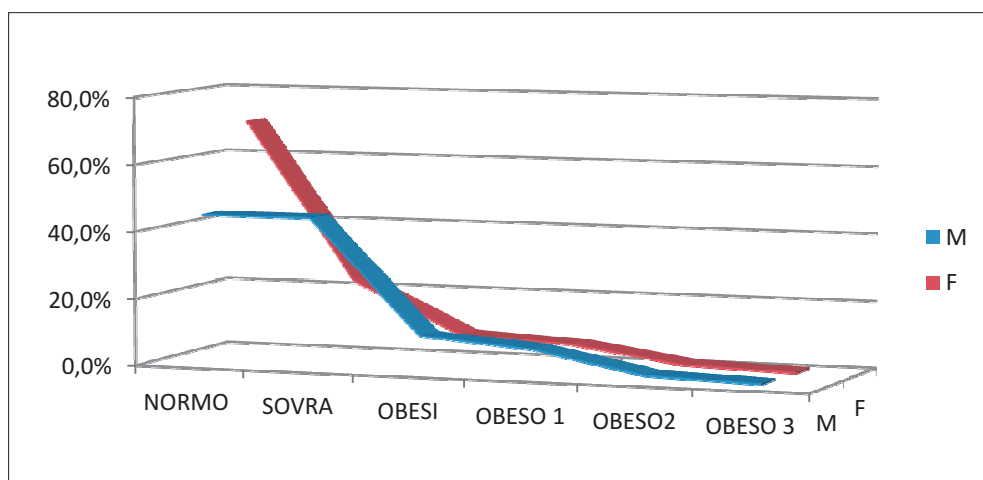
La distribuzione per fasce di età mostra un andamento sostanzialmente sovrapponibile tra lavoratori e lavoratrici, con soltanto una piccola differenza legata ad un numero più elevato di lavoratrice con età compresa tra i 31 e 40 anni. (Tale andamento è ben visibile nella seguente rappresentazione grafica).

Figura 7.1



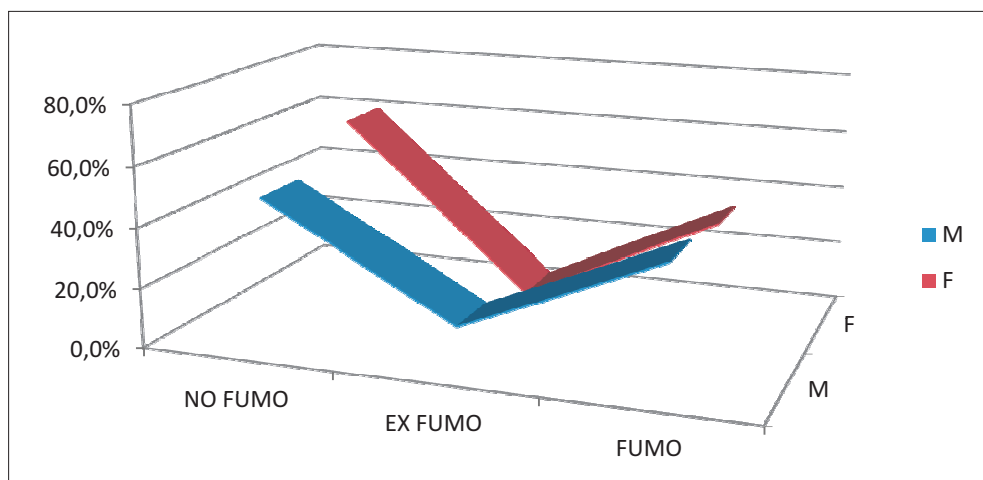
L'analisi della distribuzione dei lavoratori per indice di massa corporea (BMI) dimostra, invece, un andamento differente tra lavoratori e lavoratrici, con quest'ultime che hanno una prevalenza di normopeso rispetto ai lavoratori, a loro volta quasi equamente divisi tra normo e sovrappeso, anche in questo caso riassunto dalla seguente rappresentazione grafica.

Figura 7.2



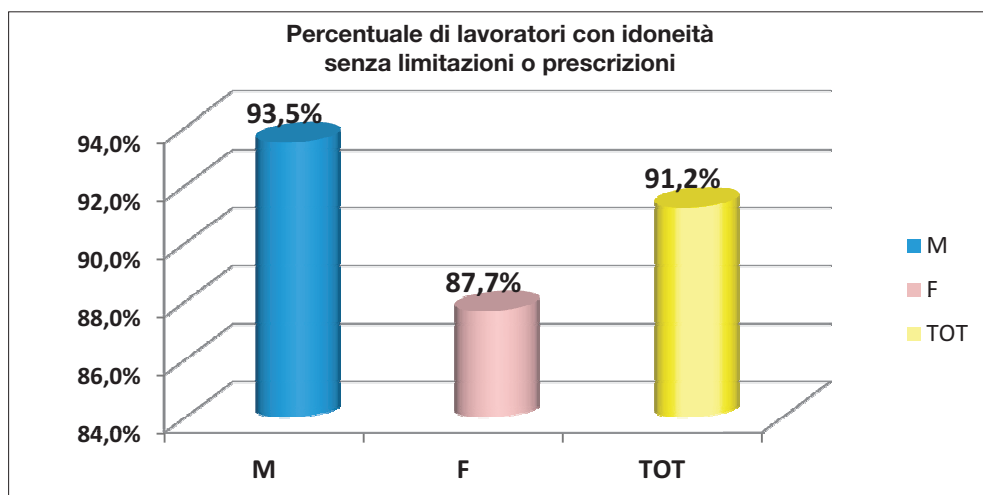
Altro dato che differenzia le due popolazioni prese in esame è quello del fumo. Dall'analisi risulta, come rappresentato nel grafico sottostante, che nella popolazione delle lavoratrici e dei lavoratori, la percentuale di fumatori e fumatrici è circa la stessa, mentre vi sono differenze maggiori tra gli ex fumatori (prevalenti negli uomini) e tra i non fumatori (maggiori nelle lavoratrici).

Figura 7.3



L'analisi dei dati è proseguita con la valutazione della distribuzione dei giudizi di idoneità, con limitazioni tra i lavoratori e le lavoratrici prese in esame.

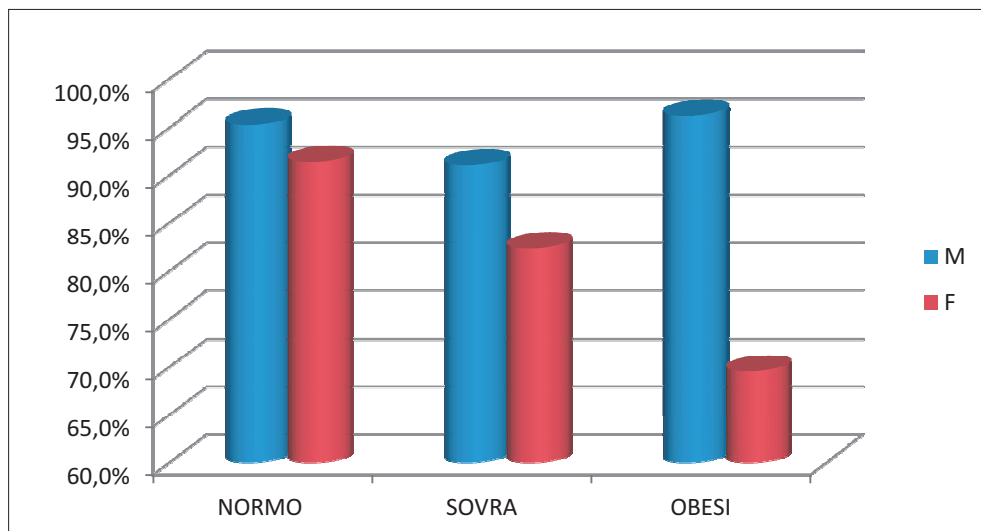
Figura 7.4



Il primo dato evidenzia che il numero di idoneità, con limitazione e/o prescrizione, è più frequente nelle lavoratrici che nei lavoratori.

L'andamento delle idoneità, se analizzate per BMI come schematizzato di sotto, sembra indicare che tale parametro influenzi maggiormente la popolazione femminile rispetto a quella maschile.

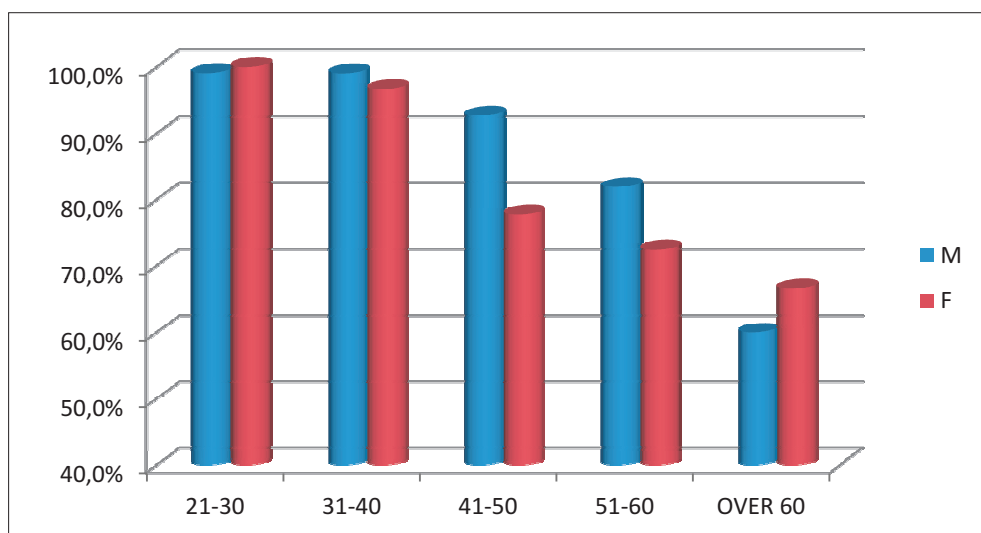
Figura 7.5



Non emergono, invece, differenze sostanziali nelle varie classi di obesità, rispetto alla distribuzione delle idoneità con limitazioni e prescrizioni.

L'analisi delle idoneità nelle varie fasce di età è riassunta nel grafico successivo:

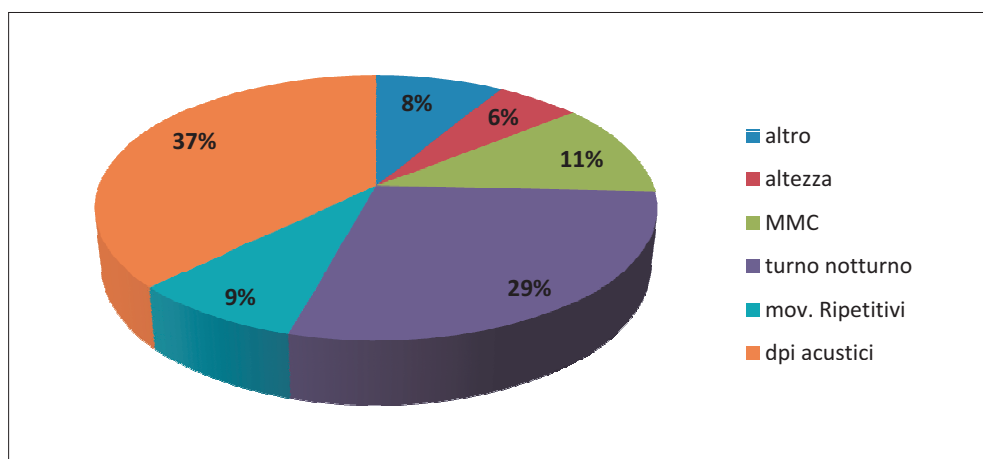
Figura 7.6



Tale analisi dimostra come, all'aumentare dell'età dei soggetti, aumenta il numero di lavoratori con limitazioni e prescrizioni; nella popolazione dei lavoratori tale andamento è progressivamente costante, mentre nella popolazione delle lavoratrici si assiste ad un aumento, accentuato nelle over 40, con un aumento lento delle prescrizioni nelle fasce di età successive.

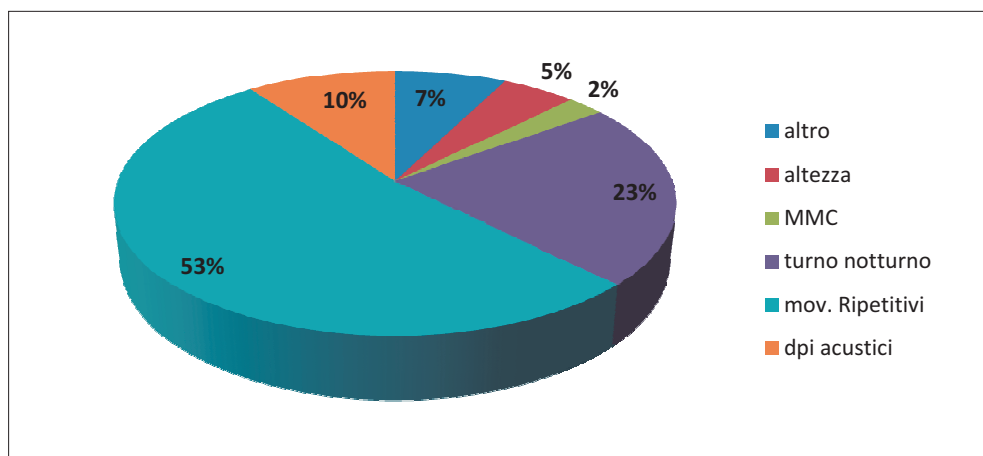
La distribuzione delle limitazioni tra i lavoratori è la seguente:

Figura 7.7



Mentre tra le lavoratrici è quello sotto indicato.

Figura 7.8



Tali distribuzioni dimostrano differenze sulle motivazioni delle limitazioni tra lavoratori e lavoratrici: in particolar modo, le limitazioni circa la movimentazione manuale dei carichi e l'utilizzo dei Dpi acustici, contraddistinguono la popolazione dei lavoratori, mentre la popolazione delle lavoratrici è contraddistinta da limitazioni circa l'essere adibite a movimenti ripetitivi.

Le spiegazioni che possiamo dare a tale dato sono molteplici e sono riassumibili in due cause principali: la prima è la diversità delle mansioni cui sono adibiti i lavoratori e le lavoratrici che determina differenti limitazioni all'idoneità; la seconda la diversa incidenza di patologie tra i due sessi. Purtroppo l'esiguo numero delle limitazioni non consente di analizzarne l'andamento in base alle fasce di età ed al BMI.

Nello specifico, la prima causa spiega l'aumento delle limitazioni circa la movimentazione manuale dei carichi nella popolazione maschile e anche il maggior numero di prescrizioni, circa l'utilizzo dei DPI acustici, può essere ricondotto a tale causa, non per l'esposizione in Sammontana, che è uguale per uomini e donne, quanto perché la popolazione maschile potrebbe avere avuto esposizioni più elevate in altre precedenti esperienze lavorative. La seconda causa, invece, spiega sufficientemente la notevole percentuale di limitazioni circa i movimenti ripetitivi nella popolazione delle lavoratrici; infatti, è nota la maggiore incidenza di problematiche di patologie muscolo tendinee dell'arto superiore (tunnel carpale in particolare) nella popolazione femminile, anche in relazione alla mansione svolta.

Infine, un altro parametro analizzato nelle sottocategorie precedentemente utilizzate sono stati gli infortuni, per durata media:

Figura 7.9

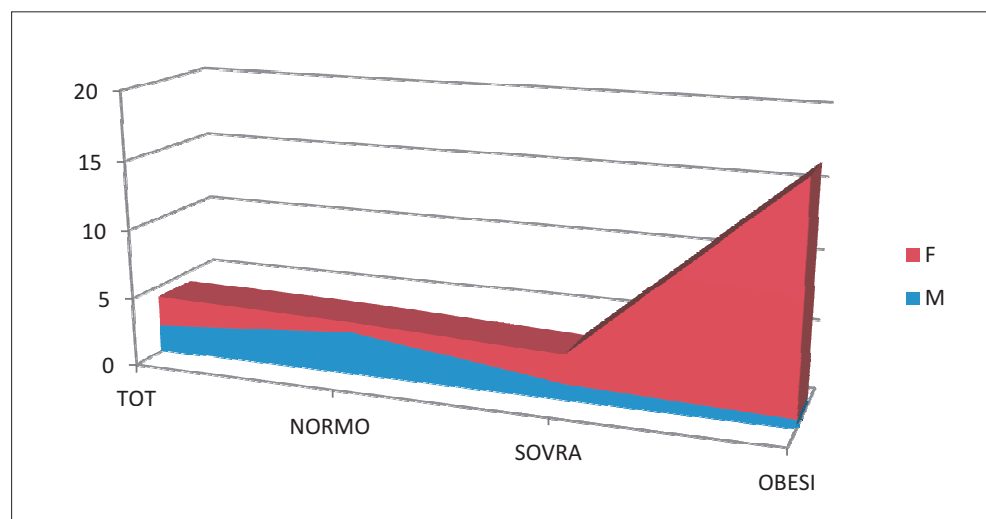
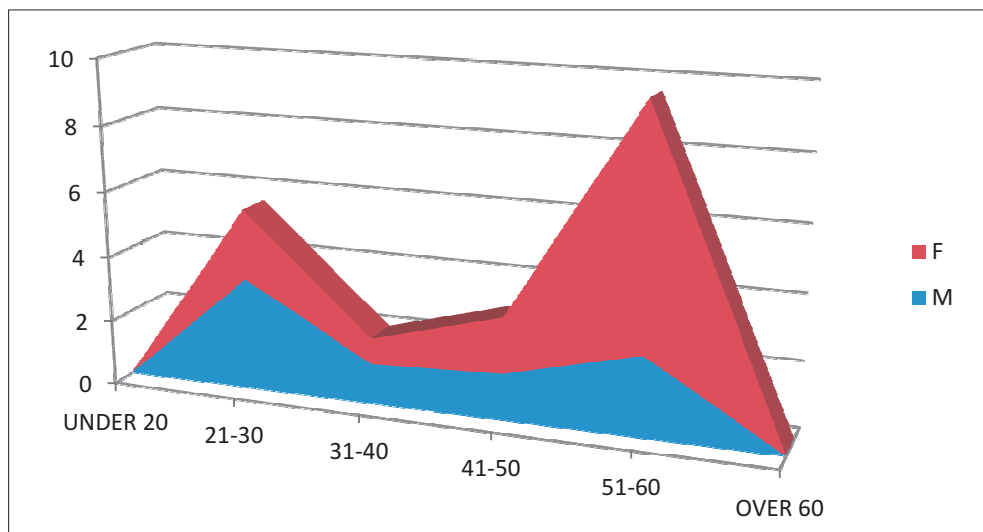


Figura 7.10



Nella popolazione femminile, il numero di ore perse per infortunio/lavoratore aumentano all'incrementare del BMI, mentre ciò non influenza tale parametro nella popolazione maschile. In entrambe le popolazioni analizzate, si registra un picco di ore perdute per infortunio/lavoratore nella popolazione con età compresa tra i 21 ed 30 anni e tra i 51 ed 60 anni.

Gli infortuni sono stati anche analizzati in base al numero di infortuni occorsi per numero di lavoratori:

Figura 7.11

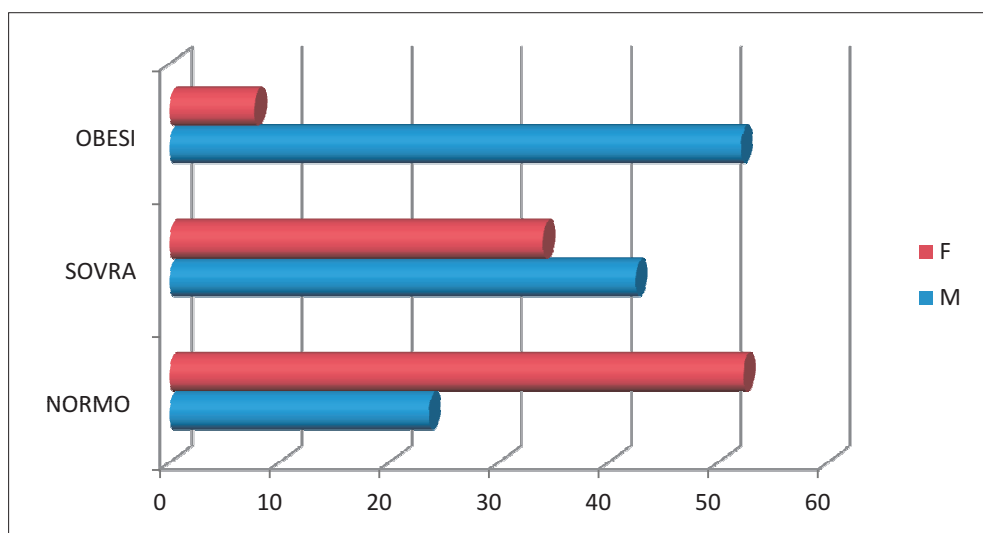
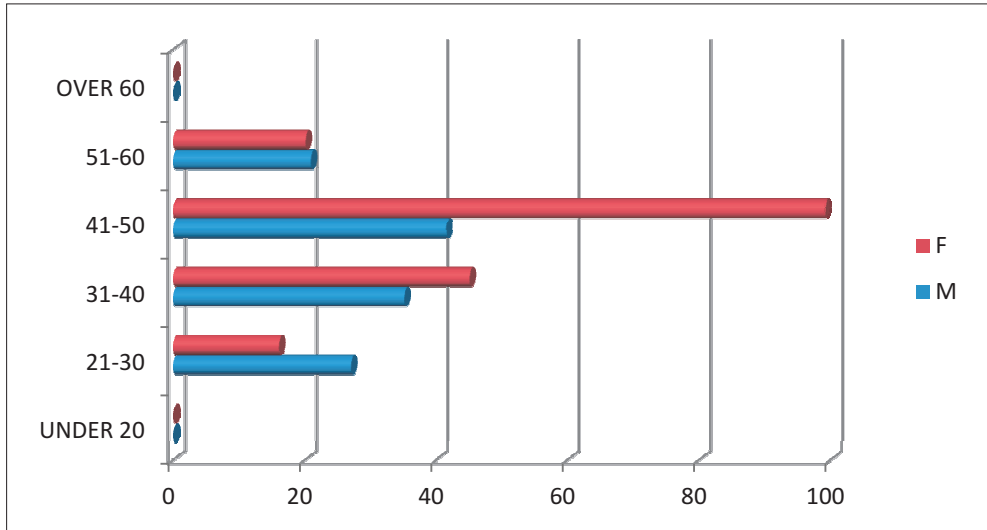


Figura 7.12



Il primo dei due grafici ci indica un comportamento completamente diverso tra la popolazione maschile e quella femminile circa l'incidenza di infortuni sul lavoro in base al BMI: infatti, nella popolazione femminile sono minori gli infortuni tra le normopeso e più frequenti nelle lavoratrici obese, mentre nei lavoratori l'andamento è esattamente opposto.

Invece, nel secondo grafico, non vi sono differenze tra popolazione maschile e femminile nell'andamento degli infortuni in base all'età: infatti i lavoratori e le lavoratrici tra i 31 ed i 50 anni hanno meno infortuni rispetto alle altre fasce di età.

Note sugli autori e autrici

Chiara Breschi, Chimico in forza alla Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione INAIL della Direzione Regionale Toscana. Si occupa dell'accertamento e della valutazione dei rischi, derivanti dall'esposizione dei lavoratori ad agenti nocivi e svolge attività di consulenza tecnica per la classificazione del rischio assicurato, per il riconoscimento di benefici prevenzionali e di incentivi di sostegno alle imprese. Nell'ambito della formazione, si occupa della progettazione di corsi, con svolgimento di docenze universitarie. Ha partecipato, ed è attualmente impegnata attivamente, in progetti di ricerca, tra cui "Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere", che l'INAIL promuove a livello regionale e nazionale, anche in collaborazione con altri Enti e Istituzioni, nell'ambito dell'igiene industriale e della prevenzione degli infortuni e del fenomeno tecnopatico.

Giovanni Ceccanti, Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione presso l'Università di Pisa. Dal 2009, lavora presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana in qualità di Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro col ruolo di Addetto al Servizio di Prevenzione e Protezione nonché Responsabile P.O. SGSL, in servizio nella U.O. Prevenzione e Protezione dai Rischi, diretta dall'Ing. Luciano Zuccoli. Nei precedenti vent'anni ha lavorato presso il Dipartimento della Prevenzione della Azienda USL di Pisa, occupandosi di salute e sicurezza sul lavoro, rivestendo anche la qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria.

Paola Conti, Sociologa, è Amministratore Unico della Sintagmi Srl. Opera nel campo della salute e del lavoro, del gender mainstreaming e dell'innovazione organizzativa. Svolge attività di ricerca, consulenza e formazione, collaborando con Enti, Imprese, Università e Centri di ricerca. Consulente esperta di salute-sicurezza in ottica di genere, partecipa a progetti di ricerca e intervento. Per INAIL è responsabile scientifica del progetto "Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere" nell'ambito del quale è stata curatrice, con Antonella Ninci, dei primi due volumi: "Disegno di linee guida e primi strumenti operativi"; per il Dipartimento Pari Opportunità - Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha curato il volume "Genere e stress lavoro correlato. Due opportunità per il Testo Unico".

Giovanni Guglielmi, Laurea in Medicina e Chirurgia e specializzazione in Medicina del Lavoro presso l'Università degli Studi di Pisa. Dal Dicembre 1998, Dirigente Medico e medico Competente della Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, nonché Medico Autorizzato dall'ottobre 2002, in servizio presso la UO Medicina Preventiva del Lavoro diretta dal Dott. Alfonso Cristaudo. Collaboratore EPM (Milano), in tema di patologie da sovraccarico biomeccanico. Autore e coautore di circa 90 pubblicazioni nell'ambito della Medicina del Lavoro.

Paolo Guidelli, Ingegnere elettronico in forza alla Consulenza per l'Innovazione Tecnologica INAIL, attivo in Direzione Regionale Toscana. Operativo in progetti mirati all'automazione di processi che coinvolgono attori interni ed esterni all'Istituto a carattere sia locale che nazionale. Proattivo nell'adozione dei dettami del Codice dell'Amministrazione Digitale. Attento conoscitore del patrimonio informativo dell'INAIL, caratterizzazione utile nei processi decisionali, di controllo di gestione, di progettazione delle azioni di prevenzione oltre che di studio dei fenomeni infortunistici e del mercato del lavoro.

Manfredi Montalti, medico chirurgo, ha conseguito la specializzazione in Medicina del Lavoro presso l'Università di Firenze. È medico competente per varie aziende nel territorio toscano. Dal Marzo 2011, è medico competente degli stabilimenti di Vinci e Empoli, nonché coordinatore nazionale dei medici competenti del gruppo Sammontana Spa.

Cristina Milano, Laurea in Biologia. Dal 1999 in Amadori come Assicuratore Qualità: dal 2010 ricopre il ruolo di RSPP nello stabilimento PAC Amadori. Ha collaborato come docente presso la Facoltà di Medicina Veterinaria di Pisa, Associazione Industriali di Perugia e USL 7 di Siena. Inoltre insieme ad USL7 di Siena ha partecipato ad un progetto regionale di indagine tubercolinica in un ambiente di lavoro multietnico.

Antonella Ninci, Avvocato, esercita la attività professionale presso la Avvocatura INAIL della Regione Toscana come Coordinatore. Da molti anni si occupa dei temi legati alle discriminazioni e alla parità di opportunità; è stata Presidente del CPO dell'INAIL e ora Presidente del Comitato Unico di Garanzia. È consulente esperta di diritto antidiscriminatorio presso la Presidenza del Consiglio - Dipartimento per le Pari Opportunità - ed in particolare presso l'UNAR (Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali). È responsabile del progetto "Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere".

Gianluca Persichini, da 20 anni in Sammontana, ha ricoperto il ruolo di RSPP per lo stabilimento di Empoli fino al 2009; è poi stato nominato Datore di Lavoro, ai sensi della disciplina antinfortunistica, per l'intero gruppo composto dai stabilimenti di Empoli, Milano, Verona, Vinci, Pomezia.

Italo Rinaldini, Laurea in Fisica e diploma di Specializzazione in Fisica Sanitaria, diploma Ergonomia scuola EMP (Milano), dal 2001 è presente in Amadori qualità di Responsabile di Funzione Sicurezza e Ambiente per la Divisione Trasformazione Alimentare, in precedenza RSPP e Responsabile Assicurazione Qualità, consulente aziendale per la gestione della sicurezza e per costruttori di macchine (marcatura CE).

Emilia Vanni, Dirigente Medico di I Livello in forza alla Sovrintendenza Medica Regionale INAIL della Toscana. Si occupa di tutti gli aspetti della medicina assicurativa, con particolare attenzione alle problematiche riguardanti le Malattie Professionali. Svolge attività di docenza nell'ambito dei corsi di formazione erogati dall'INAIL, in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Specialista in Medicina del Lavoro, ricopre il ruolo di Medico Competente per alcune Sedi dell'Istituto assicuratore.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione:

Alfonso Cristaudo, Medico del lavoro, direttore della UO Medicina Preventiva del Lavoro, coordinatore dei medici competenti ed autorizzati della AOUP; Carlo Rinaldo Tomassini, medico, Direttore Generale della AOUP, Grazia Valori, avvocato, Direttore del Dipartimento Amministrativo della AOUP e Luciano Zuccoli, ingegnere chimico, direttore della UO Prevenzione e Protezione dai rischi, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione della AOUP, hanno collaborato attivamente alla sperimentazione nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa.

Francesco Di Pede, programmatore, ha contribuito alla possibilità di definizione degli indicatori di genere relativi agli esiti di salute.

Franco Pecchioni, Presidente responsabile di stabilimento della PAC-Amadori ha avviato il processo di sperimentazione mettendo a disposizione le risorse e competenze aziendali.

Michele Vanin, Sintagmi srl, informatico sistemista, ha collaborato alla analisi di genere delle banche dati aziendali.

Salute e Sicurezza sul Lavoro, una questione anche di genere

La collana attualmente si compone dei seguenti volumi:

- I - Disegno di Linee Guida: Metodologie e strumenti.**
Evidenze scientifiche delle variabili di genere
- II - Disegno di Linee Guida: Analisi dei dati in ottica di genere.**
Monografie normative
- III - Integrazione di genere**
delle linee guida per un SGSL
- IV - Rischi lavorativi.**
Un approccio multidisciplinare

