

LA RACCOLTA DEGLI

ARTICOLI PUBBLICATI

SUL NOSTRO BLOG:

“LE PILLOLE DI GENERE”

FINO AL 2023


ANAAO DONNE

**pillole
di genere**

Lo spazio culturale aperto a tutt* creato
dal Gruppo Donne Anaa Toscana

genere • lavoro • salute

Prefazione

Dicembre è tempo di bilanci. Succede sempre quando si chiude un periodo e si confida che ne inizi un altro.

È con questo spirito, perciò, che ci avviamo ad esaminare a ritroso l'attività del Gruppo di Lavoro Anaa Donna Toscana.

Un Gruppo che si è ritrovato spontaneamente per lavorare, appunto, intorno a temi che venivano sentiti cogenti e che ci imponevano di partecipare fattivamente, oltre la normale attività di lavoro e sindacale: tutte hanno messo generosamente a disposizione le proprie volontarie energie.

Un compito che veniva sentito quasi come necessario: essere presenti e seminare impegno, fare parte ovvero creare una Rete più ampia di relazioni, scrivendo, pubblicando, sollecitando interventi.

Scorrendo il verbale della prima riunione del Gruppo, si leggono unione, voglia di fare, idee, mille idee.

In nuce, le direttrici che diverranno prevalenti si stagliano.

Lavorare e sviluppare ricerca in ambito di genere per migliorare il lavoro in Sanità delle donne e conseguentemente di tutt^, permettere formazione in un'ottica di genere partecipare al dibattito sui *Social*, offrendo spazi aperti di confronto.

Nel corso dell'anno 2023 si sono tenuti così corsi, "*Staff Round*", su molteplici argomenti, tutti affrontati sotto la lente del genere, così come sono stati sparsi semi o, meglio, come sono state sin dall'inizio chiamate, "*Pillole*", cioè pubblicazioni in ambito sanitario, anch'esse avendo riguardo appunto al genere.

Li ritroverete tutti all'interno di queste pagine, argomenti, partecipazione, analisi critica di quanto fatto. Sia gli *Staff Round* che le *Pillole* hanno avuto largo seguito e per questo si ritiene che essi meritino di essere replicati anche per il nuovo anno.

L'urgenza e la drammaticità dei fatti di violenza di genere, ci impongono, tuttavia, di tematizzare il nuovo impegno, che appunto sarà rivolto ad occuparsi di questa piaga, come diversamente non potrebbe essere definita. Si cercherà anche in questo caso di seminare, spingere a riflettere, forse provocare, consapevoli che senza una discussione schietta non si arriva da nessuna parte.

Buon Lavoro a tutte noi.

Paola Rosignoli
Consulente legale Anaa Toscana
Gruppo Donne Anaa Toscana

Verso una sanità orientata alle donne

Novembre 23, 2021

Visualizzazioni 263



L'11 e il 12 Ottobre si è svolta la III Conferenza "Donne, Sanità e Sindacato", a Genova. L'Area

Femminile di ANAAO si è incontrata, insieme a Economiste/i, filosofe/i, sindacaliste/i, direttrici/direttori generali per interrogarsi sull'attuale assetto della società e interpretare i bisogni di cura, benessere, in particolare delle donne che lavorano in sanità visto il loro imminente sorpasso rispetto ai Medici.

Un gruppo variegato, attento e solidale che non può e non sa chiudere gli occhi sul presente e vuole tracciare la via del futuro.

Un nuovo modello esistenziale e di lavoro, uno scenario produttivo bello nell'etica e nell'estetica, che sappia liberarsi da inutili vincoli pseudo dirigisti e produttivisti. Questo è quanto emerso dall'intensa due giorni di Genova della III Conferenza Nazionale Donne ANAAO.

In due parole "guardare in alto ed in avanti" perché nessuno lo farà per noi. Grazie

di cuore a chi ha organizzato ed a chi ha partecipato.

Ester Pasetti, Segretario Regionale ANAAO ASSOMED

Parità di genere e sanità: dallo studio Anaao Toscana nuovi indicatori nel Bersaglio MeS

Dicembre 28, 2021

Visualizzazioni 431



Dal Consiglio regionale Anaao Toscana novità importante sul fronte dei **diritti delle donne lavoratrici nelle aziende sanitarie toscane.**

L'inserimento di due indicatori di genere, **percentuale assenze di genere e indicatore soffitto di cristallo (E2A – E2B)**, nel Bersaglio delle aziende sanitarie toscane coordinato dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Questi due marcatori sono tratti dalla ricerca sul Bilancio di genere di Anaao Toscana – MeS.

Questa novità rappresenta un punto di riferimento storico in tema di **parità di genere e pari opportunità per le aziende sanitarie**, perché è un argomento che coinvolge trasversalmente tutte le categorie rispetto al riconoscimento di principi ampiamente riconosciuti dalla UE come valori fondamentali e come fattori trainanti della crescita economica per l'intero Paese e recentemente richiamato come principio trasversale del piano nazionale di ripresa e resilienza.

Concetta Liberatore, referente politiche di genere Anaao Toscana. “Abbiamo gettato le basi per la realizzazione di quello che, in gergo tecnico, viene definito ‘mainstreaming di genere’, vale a dire l'integrazione della dimensione di genere nelle politiche aziendali e istituzionali, con il lavoro messo in campo da Anaao Toscana e dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Attraverso la promozione attiva della **parità tra uomo e donna** in tutte le fasi e in tutti i settori dell'elaborazione e dell'attuazione delle politiche sanitarie nella nostra regione abbiamo accelerato un passaggio fondamentale, perché le Aziende inizino a tenere d'ora in avanti, sistematicamente conto, attraverso la misurazione e l'analisi periodica, anche della perdita secca di genere nelle nostre aziende in termini di % di assenza dal lavoro e di scarsa rappresentanza nelle posizioni apicali, attraverso l'analisi delle motivazioni delle differenze delle condizioni di lavoro, delle situazioni e necessità Donne/Uomini che hanno determinato ciò”.

Milena Vainieri, responsabile del Laboratorio Management e Sanità. “Dal 2020, abbiamo inserito

due nuovi indicatori nel sistema di valutazione della performance della sanità toscana che monitorano due ambiti complementari delle politiche e gestione del personale in ottica di genere:

1) le politiche di welfare aziendale attraverso la percentuale di assenza per genere che evidenzia se e quanto le aziende siano capaci di orientare le proprie politiche a supporto del benessere e del bilanciamento famiglia-lavoro;

2) il reclutamento delle figure apicali e le pari opportunità nei percorsi di carriera. In particolare, il valore superiore a 1 dell'indice del soffitto di cristallo (che indica la presenza di pari opportunità, ndr) evidenzia che in tutte le aziende sanitarie toscane le opportunità di carriera per le donne per le posizioni apicali, sembrano essere inferiori rispetto ai loro colleghi uomini.

Gli indicatori mostrano che **ci sono differenze** che vale la pena evidenziare per comprenderne le determinanti e diffondere le buone pratiche. La rilevazione e pubblicazione di queste informazioni aiuta ad avviare questo processo di confronto sia sulla performance che sulle pratiche soprattutto in un momento in cui le politiche di genere diventano strategie trasversali in tutti i settori”.

Flavio Civitelli, Segretario Regionale Anaa Toscana. “Come Anaa Toscana siamo orgogliosi di aver partecipato al raggiungimento di questo obiettivo in stretta collaborazione con il laboratorio MeS.

Finalmente le politiche di genere e i riflessi diretti sui bilanci e l'organizzazione del lavoro trovano spazio nei bersagli.

Un grande passo avanti che porta la Toscana ad essere la prima Regione negli obiettivi di equità”

Donne in sanità, premio Leads a Aou pisana.

Giugno 23, 2022

Visualizzazioni 290



L'Anaa Toscana vuole esprimere le più sincere congratulazioni all'Aou Pisana per il premio "Leads – Donne leader in sanità".

Un riconoscimento che indirettamente vede coinvolto il nostro sindacato che, insieme al Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha realizzato lo studio sul bilancio di genere "Il Bilancio di Genere nelle aziende sanitarie toscane. Rilevanza e ricadute nella organizzazione del lavoro": primo in Italia a essere proposto alle aziende toscane.

Lo studio ha dato il via a varie sperimentazioni a livello regionale, come quello dell'Azienda Pisana.

Passi in avanti per la creazione dell'Osservatorio Regionale su Genere, Salute e Lavoro.

Luglio 13, 2022

Visualizzazioni 237



Rilevanti i contenuti dell'incontro di oggi c/o la sede della Giunta regionale. Con la Consigliera Parità, Il Responsabile del Settore politiche del personale del SSR e relazioni sindacali, le rappresentanze CUG delle aziende sanitarie toscane e il MeS Sant'Anna, un deciso passo in avanti è stato fatto sulle **politiche di genere a tutela del lavoro dei professionisti della nostra sanità.**

Dalla ricerca Anaa Toscana-MeS sul Bilancio di Genere alla creazione dell'**Osservatorio regionale Genere, Salute, Lavoro** ora la strada è breve.

Anaa Toscana è fiera di questo risultato che rappresenta la sintesi di un percorso volto a ridurre le disuguaglianze, a rafforzare la trasparenza nell'utilizzo delle risorse, a valorizzare le differenze di genere, a favorire la crescita professionale delle **donne che sono oltre il 70% della forza lavoro delle nostre aziende.**

Anaa Toscana, oggi, ha saputo rappresentare le esigenze e gli interessi legittimi di una categoria di professionisti che vive nel pieno della più grave crisi del SSN dell'ultimo ventennio e si è impegnata, con risorse sul campo, a dare una compiuta visione di genere attraverso un sistema di misurazione, lettura e monitoraggio nuovo ed universale dei gender gap emersi dal lavoro.

E su questa via lavoreremo in futuro

Audizione nel Gruppo Ministeriale per le Pari Opportunità – Sottogruppo Normative e Processi da Aggiornare, anche con riferimento all'Osservatorio (Ministero della Salute)

Luglio 19, 2022

Visualizzazioni 213

Audizione Gruppo Ministeriale per le Pari Opportunità - Sottogruppo Normative e Processi da Aggiornare, anche con riferimento all'Osservatorio (Ministero Salute)

Concetta Liberatore, Paola Cantarelli, Milena Vainieri, Maria Grazia Maestrelli, Gerardo Anastasio, Flavio Civitelli

Oggi pomeriggio Anaa Toscana, il MeS Sant'Anna di Pisa e la Consigliera Parità Regione Toscana in **Audizione nel Gruppo Ministeriale per le Pari Opportunità – Sottogruppo Normative e Processi da Aggiornare, anche con riferimento all'Osservatorio (Ministero della Salute)** (composto dalle dr.sse Teresa Calandra, Monica Calamai, Francesca Bravi, Patrizia Ravaioli, Chiara Panci, Barbara Mangiacavalli).

Presentazione dei risultati raggiunti dalla **ricerca sul bilancio di genere** Anaa Toscana MeS e dal progetto sull'**Osservatorio regionale Genere Salute e Lavoro** messo in campo dal GdL composto dal MeS Sant'Anna di Pisa, Anaa Toscana, Consigliere Parità e InterCUG della Regione Toscana.

Obiettivi:

- Riconoscere e valorizzare il lavoro femminile;
- Migliorare e incrementare l'uso della tecnologia a servizio del lavoro delle donne;
- Garantire la partecipazione, pari opportunità di leadership con strumenti di valutazione e monitoraggio delle performance e valutazione dell'inserimento di una nota specifica all'interno della Finanziaria come elemento di valutazione delle Direzioni strategiche;
- Percorsi formativi per colmare il gender gap.

Tali obiettivi non sono raggiunti, ma **la strada da percorrere è presa ed è breve!**

Bilancio di Genere – Gruppo di Lavoro Anaa Donna Toscana

Luglio 28, 2022

Visualizzazioni 553

Forte dei recenti risultati raggiunti con la ricerca sul Bilancio di Genere di Anaa Toscana MeS, (vedi risultati [Report Bersaglio MeS Agenas](#)) Anaa Toscana lancia il primo **Gruppo di Lavoro Anaa Donna Toscana** per consolidare gli obiettivi raggiunti e lavorare su nuovi progetti.

Importanti i temi affrontati nella giornata di oggi: dalla ricerca sul Bilancio di genere all'Osservatorio regionale di genere, salute e lavoro alla luce delle recenti novità

introdotte con la legge 162/2021 sulla certificazione gender quality. Trasferire anche nel sistema pubblico le recenti premialità introdotte per le aziende private virtuose sarà un passaggio concreto verso la tutela e la valorizzazione delle politiche di genere in sanità.

Sulla **Tutela legale di genere**, quella offerta dalla nostra associazione è un fiore all'occhiello per Anaa. Prodotti nuovi e sempre più mirati e qualificati anche in base al genere sarà una sfida stimolante e in linea con le esigenze attuali.

Un altro punto chiave è la verifica normativa e il confronto tra gli atti ed i regolamenti delle Aziende Toscane. Come dire...Il diavolo si nasconde nei dettagli! Fondamentale il lavoro di raccolta e confronto tra le 7 segreterie aziendali per rendere omogenea l'attività sindacale e permettere di intervenire in modo capillare.

Due poi le novità introdotte:

- la Medicina di genere e soprattutto le ricadute nel lavoro medico e sanitario;
- la Formazione. La diversità, anche in ambito sanitario, va valorizzata e conosciuta;



Il **“Premio Tania Picchione”** dedicato alle giovani donne impegnate nella ricerca e nello studio in progetti e/o tesi sulle politiche di genere in ricordo di una donna che tanto si è spesa per in questo ambito all'interno di Anaaos Toscana.

Proseguendo con le proposte, due già in calendario:

Dicembre 2022 I° Corso AFF Regione Toscana: il binomio donne e sanità, le nuove sfide del sindacato;

8 marzo 2023 il terzo appuntamento con la politica e le Istituzioni. Un update su quanto fatto anche alla luce della legge 162/2021.

Ci terremo informati e unite anche grazie alle **newsletter “Le Pillole di genere”**: un aggiornamento a 360° sulla salute e sul lavoro

Numerose le presenze:

Giovanna Gregori ASL Toscana Nord Ovest Carola

Martino AO Pisana

Chiara Toni AO Pisana

Sabrina Pientini ASL Toscana Centro

Caterina Violanti ASL Toscana Centro

Riccarda Del Bene AO Careggi

Claudia Pozzi AO Careggi

Maria Lorubbio ASL Toscana sud est

Caterina Rango ASL Toscana sud est

Tiziana Attala ASL Toscana sud est

Serenella Civitelli AO Le Scotte

Concetta Liberatore Referente politiche di genere Anaaos toscana Paola

Rosignoli Consulente legale segreteria Anaaos Toscana

Il GdL lavora in modo aperto e condiviso. Chi fosse interessat* può rivolgersi alla segreteria regionale

La ASL Toscana Sud Est apripista nel “BILANCIO DI GENERE”.

Agosto 25, 2022

Visualizzazioni 255



L'esperienza maturata nel 2018 nello studio pilota messo in campo da Anaa Toscana e dal CUG (Comitato Unico di Garanzia) ha portato alla realizzazione del progetto regionale sulle Aziende Sanitarie Toscane promosso da Anaa Toscana in collaborazione con il Laboratorio MeS – Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Oggi, due degli indicatori di parità di genere della ricerca, sono monitorati dal sistema di valutazione della performance dei servizi sanitari di 11 regioni e

dal recente sistema di valutazione della performance delle aziende ospedaliere sviluppato da AGENAS in collaborazione con il Laboratorio MeS.

Articolo su QUOTIDIANOLASANITA.IT

L'organizzazione del lavoro delle aziende sanitarie “tarata” sulle esigenze delle donne

di Concetta Liberatore



24 AGO - *Gentile Direttore,*

dall'Asl Toscana sud est a tutta Italia in nome della parità di genere. Nel 2018, Anaa Toscana e il Cug (Comitato unico di garanzia) dell'Azienda USL Toscana sud est hanno avviato lo studio pilota per individuare le differenze di genere nell'organizzazione del lavoro medico e sanitario. Questa iniziativa, fra le poche se non unica nel panorama italiano, ha portato Anaa Toscana a promuovere una riflessione a livello regionale.

Così, nel 2020-2021 prende avvio la sperimentazione del progetto sul Bilancio di Genere nelle aziende sanitarie, che ha visto la partecipazione di tutte le aziende sanitarie toscane. Il progetto promosso da Anaa Toscana in collaborazione con il

Laboratorio Management e Sanità (MeS) dell'Istituto di management, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, diretto dalla professoressa Milena Vainieri ha visto l'identificazione di un CRUSCOTTO di indicatori *gender specifici* per i medici e sanitari di tutte le aziende sanitarie toscane per mappare ciò che accade nella gestione del personale all'interno delle aziende sanitarie attraverso la misurazione, analisi e valutazione dell'impatto delle differenze di genere sull'organizzazione del lavoro e sulle azioni di welfare aziendale. Accanto alla misurazione sono state messe a fattor comune le linee di azione positive miranti a ridurre tali gap.

Importanti e rilevanti sono stati i risultati della ricerca che rappresenta un punto di riferimento storico sul fronte dei diritti delle donne lavoratrici nelle aziende sanitarie toscane. Un passo in avanti in tema di raggiungimento

CONTINUA A LEGGERE https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=106792

L'Europa dei medici non è ancora pronta per la parità di genere.

Ottobre 18, 2022

Visualizzazioni 434



Nonostante la ETUC (European Trade Union Confederation) si sia espressa proponendo l'introduzione di un equilibrio di genere nel board esecutivo di associazioni e società pubbliche e private; nonostante la Commissione Europea abbia tentato tra rinvii e interruzioni, a partire dal 2010, l'approvazione di una Direttiva sullo stesso argomento; nonostante la femminilizzazione della classe medica sia un fenomeno crescente, in alcuni Paesi prevalente e comunque inarrestabile; nonostante questi presupposti, la presenza di donne medico nei boards delle principali associazioni mediche europee rimane un evento raro.

Considerando nell'insieme le principali associazioni (CPME, EJD, FEMS, AEMH, CEOM), su un totale di 33 posizioni, 26 sono ricoperte da medici e 7 da mediche con una presenza del genere femminile prossima al 20%.

Si può fare di più? Certo!

Numerose ricerche dimostrano che quando le donne non siedono in posizioni di potere, è probabile che le loro necessità non siano capite o soddisfatte.

Davanti ad una professione sempre più difficile e sempre più frustrante, come dimostrato dall'ultima survey condotta in FEMS da Anaao, è importante che le istanze professionali delle donne medico siano discusse anche da chi queste problematiche le vive quotidianamente,

Eppure, persino a "Bruxelles" ci si ostina a dire che non si trovano donne interessate a ricoprire tali ruoli!

Proprio per la falsità di questa affermazione, le donne medico della Fems, sotto la spinta della delegazione Anaao, hanno chiesto alla assemblea generale della Federazione Europea dei Medici Salariati di discutere l'introduzione, anche a livello statutario, di una misura stringente, una

discriminante positiva, che aiuti le donne medico che vogliono partecipare ad attività sindacali di livello europeo, a trovare uno strumento di forza.

Questo provvedimento necessario è l'introduzione dell'obbligo di una quota di rappresentatività di genere nel board della Fems; purtroppo, anche nei sindacati di oltralpe, vi è il timore che sia difficile, se non impossibile, trovare delegate di sesso femminile nei gruppi sindacali.

L'Anaao, forte della sua esperienza e dei risultati ottenuti dopo l'introduzione di una quota di genere nei propri organismi statutari, sta spingendo e motivando l'introduzione di questa modifica nello statuto della FEMS, che si discuterà nella prossima assemblea generale del 2023.

La mozione è stata presentata e discussa, grazie alla compattezza di un gruppo di donne medico europee che hanno saputo fare squadra e sostenersi l'un l'altra con l'obiettivo di rendere il board FEMS del domani, un organismo attento alle esigenze dei professionisti sanitari.

Inoltre, tale cambiamento, renderebbe la Federation Europeenne des Medecins Salariées, leader ed esempio di un cambiamento di mentalità che dovrebbe coinvolgere tutte le associazioni mediche europee.

Alessandra Spedicato
Capo Delegazione Anaao in Fems

I tumori occupazionali nelle donne: qualche spunto di riflessione.

Novembre 11, 2022

Visualizzazioni **548**



Il ruolo del sesso e del genere come modificatori delle più comuni cause di malattia e di morte è stato ampiamente esplorato e discusso in una review recentemente pubblicata su *The Lancet* nel 2020 (Mauvais-Jarvis F. et al., 2020).

Per quanto riguarda le patologie oncologiche viene ribadito che l'incidenza è generalmente più alta negli uomini rispetto alle donne e attribuiscono queste differenze in parte al sesso, che potrebbe incidere nella biologia dei tumori, in parte al genere. Tra le differenze di genere che influenzano l'occorrenza dei tumori troviamo anche quelle di origine occupazionale. Diversi studi in letteratura hanno fornito misure sulla stima della frazione attribuibile dei tumori a causa di esposizioni professionali tra l'8% ed il 2%, le stime variano se si considerano uomini (14-3%) e le donne (2-1%).

La valutazione per quanto riguarda le donne è comunque una questione controversa e può essere stata in parte determinata dalla non completa conoscenza dei tumori professionale nelle donne. Infatti emerge da alcuni studi che, nonostante l'avanzamento nell'inclusione delle donne negli studi sui tumori occupazionali nei periodi più recenti, permangono ancora differenze non solo nel numero di studi in cui le donne vengono incluse, ma anche nel presentare analisi più approfondite (es. meno probabilità di approfondire la relazione dose risposta dato il basso numero di donne incluse negli studi).

Questa mancanza di dati sulle donne è preoccupante per una serie di motivi: per il possibile aumento del numero di donne nella forza lavoro anche in comparti inusuali, per il possibile aumento della percentuale di donne che svolgono lavori con esposizioni potenzialmente pericolose, per il fatto che le informazioni sul rischio cancerogeno provengono soprattutto da studi condotti sugli

uomini, non sono adeguati a descrivere il rischio tra le donne. Rispetto all'esposizione inoltre la differente distribuzione nelle donne nei comparti produttivi rispetto agli uomini può comportare esposizioni diverse ed anche modalità diverse con cui si realizzano. Anche all'interno dello stesso tipo di lavoro le esposizioni possono essere diverse per una diversa assegnazione dei compiti tra uomini e donne.

Un'ampia indagine condotta in Australia (Eng A. et al., 2011) ha messo in luce che ci sono disparità di genere nelle occupazioni, inoltre che uomini e donne che svolgono lo stesso lavoro percepiscono e/o riportano le esposizioni in maniera diversa e che, anche all'interno dello stesso lavoro, uomini e donne possono avere esposizioni diverse. Tali differenze dipendono anche dal fatto che lo stesso tipo di lavoro presuppone, nella maggior parte dei casi una diversa assegnazione di compiti tra uomini e donne. Tale fenomeno delle diversità sul piano lavorativo tra donne e uomini, che rappresenta una sistematica variabilità per genere, può essere definito un bias di genere e dovrebbe essere considerato nel disegno dello studio già nella fase di progettazione. Anche l'entità dell'esposizione potrebbe presentare differenze, come mostrato in uno studio italiano condotto sulla base delle informazioni contenute nel database sulle misurazioni delle esposizioni delle aziende (SIREP-INAIL) dove, sulla base delle esposizioni selezionate solo una piccola parte riguardava le donne (9%), ma queste ultime avevano maggiori probabilità, rispetto agli uomini, di essere esposte a livelli più elevati per diversi agenti cancerogeni (Scarselli A. et al. 2018).

Considerando i tumori femminili più frequenti, come il tumore della mammella, vorremmo sottolineare che il rischio per questo tumore può essere incrementato da alcune attività lavorative come il lavoro a turni notturno recentemente classificato come probabile cancerogeno dall'Agenzia internazionale di ricerca sul cancro-IARC (World Health Organization. IARC Monographs 2020). Nonostante la notevole percentuale di donne che lavorano con organizzazione lavorativa a turni (ed in primo luogo il personale sanitario), poco si parla in termini di prevenzione di questo rischio. Per il tumore dell'ovaio, ai fattori di rischio genetici ed endocrini noti per questo tumore, si aggiunge, il rischio lavorativo per esposizione ad amianto classificato con evidenza certa dalla Agenzia Internazionale di Ricerca sul cancro (World Health Organization. IARC Monographs, 2012), di fatto finora poco indagato nonostante rischi importanti osservati in alcune coorti lavorative.

Alla luce di queste riflessioni, vorremmo far presente che vi sia una possibile sottovalutazione dei fattori di rischio occupazionali dovuta a scarsità di informazioni sulle donne. Si ribadisce quindi la necessità di incrementare gli studi sulle donne, in particolare in comparti lavorativi con maggiore presenza di lavoratrici in primo luogo la sanità, ma anche i servizi o le industrie in cui è riconosciuta la presenza di cancerogeni.

Lucia Miligi

Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica ISPRO, Firenze

#INCLUSIONE DONNA

Dicembre 1, 2022

Visualizzazioni 714



#Inclusionedonna, nata nel 2018 con lo spirito di supportare le Istituzioni a traguardare gli obiettivi di aumentare le percentuali di occupazione e rappresentanza femminile declinandoli in 10 istanze prioritarie, plaude i risultati raggiunti dalle Istituzioni negli ultimi mesi ed è certa che la nuova compagine governativa non potrà che proseguire, migliorandola, su questa strada.

Mi riferisco in particolare ad uno dei progetti del PNRR della cui “messa a terra” #Inclusionedonna si fregia di aver contribuito iniziando a parlarne prima di tutto con la Ministra Bonetti già dal giorno del suo arrivo al governo a settembre 2019. È infatti in capo alla nostra rete la gestione del tavolo di lavoro tecnico istituito a gennaio 2021 da #Inclusionedonna insieme ad Accredia, AICEO e UNI per la “redazione di linee guida e KPI utili alle Imprese che vogliono dimostrare, attraverso audit di certificazione dei propri processi, l’aderenza alla politiche di parità di genere”.

Il progetto nel Piano di Ripresa e Resilienza di cui la “certificazione di genere per le imprese” è importante tassello, identificato dal nome Sistema di Certificazione della Parità di Genere ha infatti l’obiettivo di “assicurare una maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro e ridurre il gender pay gap attraverso la creazione di un sistema nazionale di certificazione della parità di genere, che dovrà migliorare le condizioni di lavoro delle donne.

La pubblicazione della UNI/PdR 125:2022 il 16 marzo 2022 sul sito dell’UNI è la prima milestone prevista dal progetto.

Tale Prassi prevede l’adozione di 33 specifici Indicatori chiave di prestazione suddivisi in 6 cluster,

Il passo successivo, previsto nell’ambito del Progetto, sarà quello di realizzare una Piattaforma per la raccolta di dati e informazioni sulla Certificazione di Parità di Genere e servizi di consulenza e

accompagnamento per le PMMI attraverso specifici fondi (di 2,5 MLN per la consulenza e 7,5 MLN per l'accreditamento) prestiti disponibili.

Ma se vogliamo che il **principio delle pari opportunità** sia effettivamente promosso e attuato concretamente è necessario ed auspicabile che, oltre a coinvolgere le Imprese nell'adottare la UNI/PdR 125:2022, si avvii ogni azione atta ad adeguare le procedure di acquisto (bandi di gara, avvisi o inviti) da parte di tutte le stazioni appaltanti perchè **"domanda" ed "offerta" trovino sinergia e coerenza** rispetto agli stessi principi di equità e sviluppo economico del nostro Paese

Questo anche alla luce di importanti modifiche normative effettuate proprio in questa direzione nel corso degli ultimi 18 mesi dal Governo anche dietro pressione della società civile femminile, #Inclusionedonna in primis, e che riporto qui per brevità

- le Amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 7 d.lgs. n. 165/2001, sono tenute a garantire la parità e le pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta o indiretta, relativa, tra l'altro, al genere, nell'accesso al lavoro, nella formazione professionale, nella promozione e nella sicurezza sul lavoro;
- l'art 46-bis del D.lgs. n. 198/2006 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna), come modificato dalla legge n. 162/2021, prevede che "A decorrere dal 1° gennaio 2022 è istituita la certificazione della parità di genere al fine di attestare le politiche e le misure concrete adottate dai datori di lavoro per ridurre il divario di genere in relazione alle opportunità di crescita in azienda, alla parità salariale, a parità di mansioni, alle politiche di gestione delle differenze di genere e alla tutela della maternità";
- **l'art. 5 della Legge n. 162/2021** prevede che "Alle aziende private che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, siano in possesso della certificazione della parità di genere di cui all'articolo 46-bis del codice delle pari opportunità tra uomo e donna, di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, introdotto dall'articolo 4 della presente legge, è riconosciuto un punteggio premiale per la valutazione, da parte di autorità titolari di fondi europei nazionali e regionali, di proposte progettuali ai fini della concessione di aiuti di Stato a cofinanziamento degli investimenti sostenuti. Compatibilmente con il diritto dell'Unione europea e con i principi di parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza e proporzionalità, le amministrazioni aggiudicatrici indicano nei bandi di gara, negli avvisi o negli inviti relativi a procedure per l'acquisizione di servizi, forniture, lavori e opere i criteri premiali che intendono applicare alla valutazione dell'offerta in relazione al possesso da parte delle aziende private, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, della certificazione della parità di genere di cui all'articolo 46-bis del codice delle pari opportunità tra uomo e donna, di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, introdotto dall'articolo 4 della presente legge. Per le procedure afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal regolamento (UE) 2021/240 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 10 febbraio 2021, e dal regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, nonché' dal Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) resta in ogni caso fermo quanto previsto dall'articolo 47 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.";
- **l'art. 1 del decreto 29 aprile 2022** del Presidente del Consiglio dei ministri, Dipartimento per le pari opportunità, emanato in attuazione dell'art. 46-bis del D.Lgs. n. 198/2006, dispone che "I parametri minimi per il conseguimento della certificazione della parità di genere alle imprese sono quelli di cui alla Prassi di riferimento UNI/PdR 125:2022, pubblicata il 16 marzo 2022, contenente «Linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere che prevede l'adozione di specifici KPI (Key Performance Indicator – indicatori chiave di prestazione) inerenti alle politiche di parità di genere nelle organizzazioni»";

- **l'art. 47 del d.l. n. 77/2021**, convertito con legge n. 108/2021, per perseguire le finalità relative alle pari opportunità, generazionali e di genere, reca disposizioni finalizzate all'applicazione di principi di pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici finanziati in tutto o in parte dal Piano Nazionale ripresa e resilienza ("PNRR") e dal Piano Nazionale degli investimenti complementari ("PNC"). In particolare:
 - il comma 4 dispone che "le stazioni appaltanti prevedono nei bandi di gara, negli avvisi e negli inviti specifiche clausole dirette all'inserimento, come requisiti necessari e come ulteriori requisiti premiali dell'offerta, criteri orientati a promuovere l'imprenditoria giovanile, l'inclusione lavorativa delle persone disabili, la parità di genere e l'assunzione di giovani, con età inferiore a trentasei anni, e donne [...]. Fermo restando quanto previsto al comma 7, è requisito necessario dell'offerta [...] l'assunzione dell'obbligo di assicurare, in caso di aggiudicazione del contratto, una quota pari almeno al 30 per cento delle assunzioni necessarie per l'esecuzione del contratto o per la realizzazione di attività ad esso connesse o strumentali, sia all'occupazione giovanile sia all'occupazione femminile".
 - Il comma 5 prosegue riconoscendo alla stazione appaltante la possibilità di prevedere l'assegnazione di un punteggio aggiuntivo all'offerente o al candidato, tra l'altro, che:
 - a) nei tre anni antecedenti la data di scadenza del termine di presentazione delle offerte, non risulti destinatario di accertamenti relativi ad atti o comportamenti discriminatori ai sensi dell'articolo 44 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, dell'articolo 4 del decreto legislativo 9 luglio 2003, n. 215, dell'articolo 4 del decreto legislativo 9 luglio 2003, n. 216, quelle di cui all'articolo 3 della legge 1° marzo 2006, n. 67, quelle di cui agli articoli 35 e 55-quinquies del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, ovvero quelle di cui all'articolo 54 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151;
 - b) utilizzi o si impegni a utilizzare specifici strumenti di conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro per i propri dipendenti, nonché modalità innovative di organizzazione del lavoro;
 - c) si impegni ad assumere, oltre alla soglia minima percentuale prevista come requisito di partecipazione, persone disabili, giovani, con età inferiore a trentasei anni, e donne per l'esecuzione del contratto o per la realizzazione di attività ad esso connesse o strumentali;
 - d) abbia, nell'ultimo triennio, rispettato i principi della parità di genere e adottato specifiche misure per promuovere le pari opportunità generazionali e di genere, anche tenendo conto del rapporto tra uomini e donne nelle assunzioni, nei livelli retributivi e nel conferimento di incarichi apicali;
 - e) abbia presentato o si impegni a presentare per ciascuno degli esercizi finanziari, ricompresi nella durata del contratto di appalto, una dichiarazione volontaria di carattere non finanziario ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 dicembre 2016, n. 254".
- **il decreto interministeriale del 29 marzo 2022** prevede che le aziende pubbliche e private che occupano più di 50 dipendenti **sono tenute** a redigere un rapporto biennale sulla situazione del personale maschile e femminile come previsto dal Codice delle Pari opportunità, dopo le modifiche previste dalla legge n. 162/2021. Le imprese che hanno in forza un numero di dipendenti inferiori a 50 **potranno** volontariamente redigere il documento che potrà essere utile qualora volessero dotarsi della nuova certificazione sulla parità di genere; dal 27 luglio 2022 è in vigore l'obbligo di comunicare all'Anac i dati sulle pari opportunità generazionali e di genere previste per gli appalti e le concessioni, sopra soglia e sotto soglia, che riguardano gli investimenti pubblici finanziati con le risorse del PNRR e del PNC;
- dal 27 luglio 2022 sono in linea le modifiche al sistema SIMOG ([Sistema informativo monitoraggio gare](#)) necessarie per l'acquisizione dei dati individuati con la [Delibera n. 122 del 16 marzo 2022](#). Il primo dato da comunicare è la previsione nel bando di gara, nell'avviso o nell'invito, dell'obbligo di assicurare, in caso di aggiudicazione del contratto, una quota pari ad almeno il 30% delle assunzioni necessarie per l'esecuzione del contratto sia all'occupazione giovanile (under 36) sia all'occupazione femminile.

*“la strada per arrivare ad una vera parità di genere nelle Organizzazioni è ancora lunga ma grazie alla pubblicazione della Prassi di riferimento UNI numero 125:2022 un tassello importante è stato piantato. Ora se vogliamo che il **principio delle pari opportunità** sia promosso e attuato concretamente è necessario ed auspicabile che, oltre a coinvolgere le Imprese nell’adottarla, si avvii ogni azione atta ad adeguare le procedure di acquisto (bandi di gara, avvisi o inviti) da parte di tutte le stazioni appaltanti perché **“domanda” ed “offerta” trovino sinergia e coerenza** rispetto agli stessi principi di equità e sviluppo economico del nostro Paese. La sfida è lanciata, va solo raccolta”*

SILA MOCHI

CON OCCHI DI DONNA

Dicembre 5, 2022

Visualizzazioni 711



CON OCCHI DI DONNA ANAAO DONNE

Ci volevano occhi e mente di donna per guardare al governo della Sanità con la certezza che una alternativa all' attuale modello ci può e ci deve essere. E questa alternativa verrà dalle professioniste e lavoratrici, una maggioranza multitasking che assicura la vita e la cura di tutti. Che oggi organizza un inedito dialogo fra protagoniste/i ed esperte/i, fra chi e con chi ha a cuore il SSN migliore al mondo. Per mettere in comune esperienza e visioni, per studiare ed arrivare alla Sanità che vogliamo.

Le cure orientate dalle donne sono la dignità e l'etica del lavoro di cura, sono prospettive non più One Size, sono luoghi di solidarietà, bellezza e benessere, di relazioni di dignità, dove l'economia è la cura, e soffrire -e morire-sul lavoro non è un destino.

Mobilitarci per il SSN per noi è anche questo!

Sandra Morano

Coordinatrice Area Formazione Femminile di Anaa0

COMPRENDERE “L’ ALTRA”, l’importanza della solidarietà femminile

Dicembre 15, 2022

Visualizzazioni **856**



Nel 2006 l'ex segretaria di Stato Madeleine Albright ha detto senza mezzi termini "C'è un posto speciale all'inferno per le donne che non aiutano le altre donne" e questa frase è stata ripresa da donne in tutto il mondo, capi di stato e celebrità fino a diventare all'epoca un mantra. Ricordiamoci, femminismo e empowerment femminile hanno una (imprescindibile) base di partenza: si chiama sorellanza.

Spesso mi sono chiesta come mai quando una Donna ce la fa nel mondo del lavoro, ovvero infrange il cosiddetto Tetto di Cristallo, riceve spesso critiche feroci da parte di altre donne o, peggio ancora, è lasciata sola nei suoi momenti di difficoltà. Mi sono data diverse spiegazioni, anche e soprattutto sulla base del mio sapere femminista.

Un primo motivo potrebbe essere che, a livello inconscio, i rapporti femminili funzionano bene solo quando potere e autostima si mantengono pari: se una delle donne rompe l'equilibrio, ecco che le altre si sentono in diritto di ostracizzarla o sminuirla. Una seconda ragione è poi da ritrovarsi nella cosiddetta "Sindrome dell'Ape Regina "

Le donne per farsi strada in un mondo di uomini (specialmente in ambiti lavorativi molto maschili dove il valore delle donne è sottostimato, come la sanità) finiscono spesso per assumere dei comportamenti tipicamente maschili o comunque ben accetti dalla società patriarcale, una sorta di sessismo interiorizzato. Per quanto questo ragionamento possa apparirci assurdo è alla base della mancanza di parità di genere. Agli uomini non viene richiesto di sembrare autorevoli all'infuori delle loro competenze, alle donne sì.

Uno dei problemi della mancanza di solidarietà femminile è che non viene realmente insegnata: la sorellanza è uno strumento potente e intimidisce: al pari dell'amicizia è una pratica di tutela che produce complicità e rafforzamento reciproco; il suo potere è rivoluzionario perché il sistema ha cercato di bandirla, o almeno di renderla il più difficile possibile. La solidarietà tra donne, soprattutto in ambito professionale, invalida i dispositivi di controllo ed è di ostacolo al patriarcato, che vuole il controllo totale dei comportamenti femminili. Dunque noi donne dovremmo maggiormente coltivare questa grande arma che è la solidarietà tra Donne quando ci troviamo di fronte alle difficoltà di una nostra collega.

Attraverso questo lungo processo, smettendo di sminuirci o banalizzarci, potremmo cercare di capire chi siamo emotivamente, socialmente e politicamente. Il che, all'interno di un sistema gerarchico patriarcale, equivale a comprendere anche l'Altra donna, contestualizzandola all'interno di una società fatta di discriminazioni e privilegi sociali.

Dott.ssa Maria Gabriella Raso
Area Formazione Femminile Anaao Assomed
Anaao Giovani Reggio Emilia

NON È SOLO UNA QUESTIONE ECONOMICA

Dicembre 20, 2022

Visualizzazioni **875**



Credo che il moto di ribellione nei confronti dei prestatori d'opera a gettone, che sta serpeggiando in tutto il mondo sanitario che ancora sceglie di dare fiducia allo Stato, rappresenti al meglio il concetto che non tutto si compra. Le istituzioni sanitarie stanno offrendo compensi fuori mercato per tenere in vita attività non sempre indispensabili in quanto erogabili ed erogate altrove con maggiore qualità, competenza, sicurezza, efficacia. Sottraendo per altro risorse ad altre voci di spesa maggiormente

necessarie, paghiamo questi signori con la voce “beni e servizi” al pari della lavanderia, della mensa, delle pulizie.

Quando diciamo che non si può chiudere un servizio, dovremmo anche poter dire, dati scientifici alla mano, il perché. La risposta non sempre avrà a che vedere con reali bisogni di salute. Lo stesso risultato lo si potrebbe ottenere appunto altrove, con minimo sacrificio da parte dell'utente, senza derogare alla sicurezza, facendo realmente economia di sistema.

Perché dovrebbero servire punti nascita in luoghi remoti in un paese che ha una delle popolazioni più anziane del pianeta e tassi di natalità da vergogna? Perché si devono tenere aperti punti di primo intervento o peggio ancora Pronto Soccorso H 12 a pochi chilometri di pianura dal PS principale? Perché dobbiamo continuare ad investire su un territorio che non decolla, non ce la può fare e lo ha dimostrato da almeno vent'anni? E perché per fare questo favore non ai cittadini, ma alla politica si devono spendere cifre astronomiche per acquistare qualche ora di tempo lavoro da personale non sempre qualificato, stanco perché magari ha fatto più turni notturni di seguito, inadatto perché non conosce applicativi e procedure?

Abbiamo inventato i mercenari della sanità ed abbiamo permesso che alcuni di questi si facessero belli sui media indicando noi dipendenti come i fessi che continuano non si sa come mai a farsi sfruttare. Speriamo si oltrepassi in fretta questo mal costume che non porterà a nulla se non amarezza in chi, qualificato, lavora dopo aver rispettato tutti i passaggi previsti dalla legge e si vede superato da chi a volte, non ha nemmeno la formazione richiesta.

Prescindere dal riconoscimento delle competenze professionali è rischioso oltretutto ingiusto. Favorire il conseguimento di competenze sempre maggiori è un dovere della parte datoriale. Occorrono pertanto investimenti importanti per garantire la permanenza nel SSN dei professionisti migliori: investimenti economici, ma non solo. Rispettare le competenze, valorizzarle, creare un ambiente di lavoro confortevole, con tempistiche adeguate, favorire la realizzazione delle idee migliori, instillare la cultura dell'arricchimento personale e professionale del lavoro in équipe, ridurre al minimo gli ambiti di conflittualità, abolire le vessazioni da burocratizzazioni inutili che sottendono il rispetto di norme di facciata. Depenalizzare l'attività, che non significa deresponsabilizzare, ma prendere atto del fatto che nessuno entra in turno con l'intento di nuocere ai pazienti che dovrà curare; considerare che si sta lavorando in condizioni disumane con tempi di scelta stringati, tutti i giorni, ovunque in una perenne emergenza che dura da anni. Conoscere i bisogni dei professionisti e delle professioniste: chi sceglie un lavoro come il nostro sa cosa lo attende, ma questo non significa che ogni diritto di vita umana e familiare debba essere perennemente calpestato in un sistema cronicamente instabile.

Sappiamo che Natale con le famiglie non è un diritto sempre, ma dopo qualche Natale sempre al lavoro, cominci a chiederti che vita sia, anche se magari ti offrono qualche euro in più. Cifre sempre molto lontane, comunque, da quelle riservate ai gettonisti, che magari all'ultimo minuto, non si presentano per il turno di Natale, che toccherà a quel punto al solito dipendente. Magari a fine turno. E poi succedono le disgrazie per le quali spendiamo sempre meno, alcune buone parole. Caduti sul lavoro per troppa generosità.

Chiediamo allo Stato di iniziare a valorizzare i suoi dirigenti e di rispettarli. O di dichiarare la morte del SSN, ora agonico e che non potremo rianimare in eterno. Da soli a mani nude. Ad un certo punto, anche con il paziente più caro, ci si arrende. Game over.

Dr.ssa Ester Pasetti

Segretario Regionale ANAAO ASSOMED Emilia Romagna

Novità legislative in tema di conciliazione vita-lavoro per i genitori e i prestatori di assistenza

Febbraio 17, 2023

Visualizzazioni 1079



La condivisione e la conciliazione dei tempi di vita -lavoro sono il primo passo per l'esercizio del diritto alla cura e per garantire un accesso equo al mercato del lavoro. Numerosi studi in ambito organizzativo evidenziano come i carichi di cura genitoriali gravano maggiormente sulle donne lavoratrici, le quali usufruendo dei congedi in via prevalente rispetto agli uomini, rimangono più a lungo lontane dal mercato del lavoro con ricadute sulla sfera personale e professionale. Oggi lavorare e conciliare i tempi di vita è divenuto ancora più difficile: e un diritto non tutelato e non garantito dalle Istituzioni significa perdita di posti di lavoro, disaffezione, abbandono del sistema sanitario nazionale.

La normativa europea nel riconoscere il diritto di assentarsi dal lavoro nelle situazioni previste dalla legge ne prevede anche i limiti e le condizioni. E se in vetta alla classifica degli Stati virtuosi si collocano Spagna e Paesi scandinavi, che staccano anche i modelli tedesco e francese, l'Italia rimane ancora il fanalino di coda, nonostante i passi in avanti della Legge di Bilancio 2021 sui congedi di paternità. Nonostante ciò, la differenza tra un paese e l'altro è ancora notevole e tanta è la strada da percorrere, anche se la [direttiva dell'Unione Europea](#) ha provato a disegnare delle linee comuni in tema di politiche di conciliazione, di congedo di maternità, di paternità e parentale.

Sostenere l'uguaglianza di genere in termini di diritti e doveri della genitorialità significa non comprimere il ruolo della maternità bensì valorizzarlo nell'ambito della piena genitorialità di entrambe le figure, al contempo significherebbe incidere nel gap che, ancora troppo ampio, vede donne e uomini ai due lati opposti della barricata nel mondo del lavoro.

Un passo deciso in avanti è necessario da parte delle Istituzioni, e ancora prima, dei singoli attori in ambito contrattuale e normativo, da assurgere a veri protagonisti di un cambiamento culturale che stenta a iniziare.

Con il **Decreto Legislativo n. 105/2022**, entrato in vigore il 13 agosto 2022, è stata recepita (in attuazione della direttiva UE 2019/1158) la disciplina relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza. La direttiva persegue l'obiettivo di porre rimedio alla sottorappresentanza delle donne nel mercato del lavoro e di promuovere l'attuazione del principio della parità di genere in ambito lavorativo. Le modalità per perseguire tale obiettivo sono, da un lato, il miglioramento dell'accesso alle misure di conciliazione per tutti i lavoratori e le lavoratrici con responsabilità familiari, e, dall'altro, la promozione dell'esercizio di tali misure. Il suddetto DL 105/2022 interviene con modifiche ed integrazioni, sia sul testo del [D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151](#) (Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità), sia su disposizioni di legge diverse, quali la [Legge n. 104/1992](#) (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), la [Legge n. 81/2017](#) (Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato), il [D.Lgs. n. 81/2015](#) (Disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni), in un'ottica di armonizzazione e coerenza con il nuovo dettato normativo.

Di seguito, nel dettaglio, gli argomenti e gli istituti coinvolti.

1. **Congedo di paternità obbligatorio ed alternativo**

Il [D.lgs. 105/2022](#) inserisce nel corpo del T.U. n. 151/2001 il "congedo di paternità obbligatorio", recependo ed ampliando le tutele previste per il congedo obbligatorio del padre introdotto dalla [legge 92/2012](#) e successive modifiche. Tale istituto riconosce al padre lavoratore, dai due mesi precedenti la data presunta del parto ed entro i cinque mesi successivi (quindi non più solo entro i cinque mesi successivi alla nascita come previsto dalla normativa previgente), il diritto ad astenersi dal lavoro per un periodo di dieci giorni lavorativi, non frazionabili ad ore, da utilizzare anche in via non continuativa. Tale periodo viene aumentato a venti giorni lavorativi in caso di parto plurimo.

Due sono quindi le modifiche principali effettuate dalla norma citata alla normativa previgente: l'arco temporale in cui il padre può usufruire dei 10 giorni di congedo obbligatorio e la durata dello stesso in caso di parto plurimo. Dal punto di vista pratico, il padre deve comunicare in forma scritta al datore di lavoro i giorni in cui intende fruire del congedo, con un anticipo non minore di cinque giorni, ove possibile in relazione all'evento nascita, sulla base della data presunta del parto, fatte salve le condizioni di miglior favore previste dalla contrattazione collettiva.

Per i giorni di congedo di paternità obbligatorio è riconosciuta un'indennità giornaliera pari al 100% della retribuzione; il trattamento normativo ed economico è poi il medesimo previsto per il congedo di maternità. (Il congedo obbligatorio è fruibile, entro lo stesso arco temporale, anche in caso di morte perinatale del figlio ed anche qualora il padre sia adottivo o affidatario). Tale congedo si configura come un diritto autonomo del padre lavoratore e pertanto spetta indipendentemente dal diritto della madre al proprio congedo di maternità, e si aggiunge al congedo di paternità disciplinato dall'[art. 28 TU](#) (congedo di paternità alternativo), il quale riconosce al lavoratore padre il diritto di astenersi dal lavoro per tutta la durata del congedo di maternità o per la parte residua non fruita dalla lavoratrice, oppure in caso di morte o di grave infermità della madre ovvero di abbandono, nonché in caso di affidamento esclusivo del bambino al padre.

Similmente che per la madre, in caso di fruizione del congedo di paternità obbligatorio o alternativo, il divieto di licenziamento si applica anche al padre lavoratore per la durata del congedo stesso e si estende fino al

compimento di un anno di età del bambino. In caso di dimissioni nel periodo in cui è previsto il divieto sopra esposto, al padre che ha usufruito del congedo di paternità spetta l'indennità di preavviso e la NASPI e lo stesso non è tenuto a prestare alcun preavviso.

2. Congedo parentale per i genitori lavoratori dipendenti

Innanzitutto è bene segnalare che, in relazione alla predetta disciplina rimangono immutati i limiti massimi individuali e cumulativi sussistenti per entrambi i genitori per beneficiare di tale istituto previsti dall'[art. 32 T.U.](#) Il [D.lgs. 105/2022](#), ha però riconosciuto, qualora vi sia un solo genitore ovvero un genitore nei confronti del quale sia stato disposto l'affidamento esclusivo del figlio, il limite massimo di un periodo continuativo o frazionato non superiore a 11 mesi (quindi non più solo 10 come previsto dalla disciplina previgente).

Per quanto concerne il trattamento economico e normativo, a ciascun genitore lavoratore spetta sino al dodicesimo anno di vita del figlio o dall'ingresso in famiglia in caso di adozione o affidamento (non più quindi fino al sesto come previsto dalla disciplina previgente) un periodo indennizzabile di tre mesi non trasferibile all'altro genitore.

I genitori hanno altresì diritto, in alternativa tra di loro, ad un ulteriore periodo di congedo della durata complessiva di tre mesi, per i quali spetta un'indennità pari al 30% della retribuzione. Da ciò ne consegue che il periodo massimo complessivo indennizzabile tra i genitori è di nove mesi (non più di soli sei come previsto dal testo previgente). Nel caso vi sia un solo genitore o vi sia un affidamento esclusivo ad uno di essi, al singolo genitore spetta un'indennità pari al 30% della retribuzione per un periodo massimo di nove mesi (non più quindi di solo sei mesi come previsto dalla disciplina previgente). Per i periodi di congedo parentale ulteriori ai nove mesi indennizzabili per entrambi i genitori o per il solo genitore è dovuta, sino al dodicesimo anno di vita del bambino o dall'ingresso in famiglia in caso di adozione o affidamento (e non più sino all'ottavo come previsto nella disciplina previgente), un'indennità pari al trenta per cento della retribuzione, a condizione che il reddito individuale dell'interessato sia inferiore a 2,5 volte l'importo del trattamento minimo di pensione a carico dell'assicurazione generale obbligatoria.

I periodi di congedo parentale sono computati nell'anzianità di servizio e non comportano riduzione di ferie, riposi, tredicesima mensilità o gratifica natalizia, ad eccezione degli emolumenti accessori connessi all'effettiva presenza in servizio, salvo diverse disposizioni della contrattazione collettiva.

Infine. La legge 197/2022, comma 359, ha previsto che l'indennità del 30% della retribuzione sia elevata, in alternativa tra i genitori, per la durata massima di un mese fino al sesto anno di vita del bambino, alla misura dell'80 per cento della retribuzione.

A cura di:

Dr.ssa Caterina Violanti, Vice-Segretaria Aziendale ANAAO - ASL Toscana Centro Avv.

Paola Rosignoli, Consulente Legale ANAAO TOSCANA

Bidirezionalità della cura: curare – curarsi

Febbraio 27, 2023

Visualizzazioni 1167



Il rapporto sulla condizione economica e lavorativa delle donne in Toscana del 2021 diffuso dalla Regione Toscana è dedicato al tema generale della **cura**.

Anche perché, come emerge nel documento, **nella nostra società, chi presta cure e assistenza, sia in ambito privato che professionale, è stato ed è prevalentemente di sesso femminile**. Si pensi infatti che nelle attività sociosanitarie la componente femminile pesa quasi quattro volte quella maschile. Le proporzioni relative dell'Ospedale pediatrico Meyer non risultano distanti da questi dati; è presente infatti anche nel nostro Ospedale una netta maggioranza di donne nell'area delle professioni sanitarie.

Come **Servizio di ascolto psicologico dell'Ospedale** rivolto ai dipendenti, ci troviamo a confrontarci con il tema della cura, nel suo senso più ampio, e con la sua dimensione circolare. La cura come obiettivo in ambito professionale, la cura rispetto alla vita privata che coinvolge sì, ovviamente la gestione familiare, ma anche la cura di se stessi (benessere fisico e psicologico); infine la cura erogata dal Servizio di ascolto stesso.

Il Servizio di Ascolto Psicologico della nostra azienda, di cui è responsabile la **Dott.ssa Giulia Bazzani** e cui attualmente sono dedicate due collaboratrici psicologhe, rappresenta anch'esso una forza al femminile, avente come mission **"l'aver cura di chi cura!"** e la facilitazione dell'integrazione e sinergia tra funzioni aziendali. All'interno di queste attività e percorsi di supporto emergono sicuramente spaccati di vita importanti in cui si evince come **non sempre sia facile conciliare la vita privata con il lavoro in ambito sanitario**. Non solo per un discorso di

impegno orario e/o lavoro su turni, ma per la componente emotiva che lavorare in sanità e ancor più con piccoli pazienti implica. Durante i colloqui e l'ascolto emergono storie che mettono in luce le **straordinarie capacità di resilienza e adattamento delle donne: la tenacia e la forza con cui si dedicano al proprio lavoro, unite ad una gentilezza e sensibilità verso il “prendersi cura”, di sé, degli altri e dei pazienti: madri indipendentemente e oltre i vincoli biologici.**

A cura di:

Dr.ssa Giulia Bazzani Resp. Salute organizzativa e formazione del personale AOU Meyer

Dr.ssa Giuseppina D'Agostino, Dr.ssa Giulia Ricci – Servizio di Ascolto Psicologico Meyer

Lavoro a turni notturno e tumore della mammella

Marzo 30, 2023

Visualizzazioni **1598**



SS Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro, SC Epidemiologia dei Fattori di Rischio e degli Stili di Vita, Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica ISPRO.

Il lavoro a turni notturno è stato classificato dall'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come cancerogeno di classe 2A, ovvero probabile cancerogeno per l'uomo, sulla base di evidenze seppure limitate in studi epidemiologici ed evidenze sufficienti in studi sperimentali su animali, in merito all'effetto oncogeno dell'esposizione alla luce durante il periodo notturno. La IARC aveva espresso già nel 2007 questa sua valutazione e successivamente l'ha confermato nella nuova rivalutazione condotta nel 2019 a seguito della pubblicazione di nuovi studi epidemiologici di maggiore qualità rispetto ai precedenti e non solo non solo sul tumore della mammella, ma anche su altre sedi tumorali. La monografia IARC uscita nel 2020 conclude che, sulla base delle evidenze disponibili, si osserva un'associazione positiva tra il lavoro a turni notturno e il tumore al seno, ma anche della prostata, del colon e del retto (IARC Monograph vol. 124,2020).

Tenendo presente che questi tumori sono tra i più frequenti nell'uomo, come riportato dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori (I numeri del cancro, AIRTUM AIOM, 2022), questo fattore di rischio, che ha a che fare con l'organizzazione lavorativa, assume una particolare importanza considerando gli aspetti di prevenzione in medicina del lavoro e anche a livello assicurativo per il corretto riconoscimento dei casi di origine professionale (Costa, 2010). Altro aspetto importante da considerare è che il lavoro a turni è sempre di più una caratteristica

fondamentale dell'organizzazione lavorativa ed è articolato in svariate forme e modalità di tipo contrattuale. Nel 2019 dai risultati della EU Labour Force Survey (Eurostat) che avevano preso in considerazione 28 paesi in Europa, emergeva che nel 2018 il 13,3% degli occupati (16,7% degli uomini e 9,4% delle donne occupate) ha lavorato in turni notturni. Sebbene con modalità diversa, i turni di lavoro notturni sono molto utilizzati in sanità, nei trasporti, nel settore alimentare (es. panettieri pasticceri), forze dell'ordine, lavoratori spettacolo (es. discoteche), pubblici servizi e ristorazione, operai industrie manifatturiere. Considerando la sanità, va fatto presente che molte operatrici sanitarie hanno prestato e continuano a prestare servizio nelle strutture in orario notturno questo è uno dei comparti su cui porre l'attenzione.

La difficoltà negli studi epidemiologici di definire l'esposizione ha portato ad una certa variabilità nei risultati degli studi, anche se studi di grandi dimensioni sul tumore della mammella e turni di lavoro con una accurata definizione dell'esposizione hanno fornito prove per la positiva associazione tra lavoro notturno e rischio di cancro al seno, in particolare tra le donne in premenopausa e con associazioni più forti per turni di lavoro notturni svolti per lungo tempo (Cordina-Duverger E et al, 2018). Una recente meta-analisi infatti conferma che il lavoro notturno svolto per lunga durata, frequenza e numero cumulativo di turni notturni svolti, aumenta il rischio di tumore della mammella ed è influenzato dallo stato menopausale con un rischio maggiore per chi inizia a fare i turni in premenopausa (Hong et al. 2022).

Il lavoro notturno altera l'esposizione al fotoperiodo (alternanza luce/oscurità), interferisce sui ritmi circadiani e perturba il ciclo naturale del sonno e della veglia e modifica i modelli di attività e riposo (es. ora dei pasti). La IARC ha basato la sua valutazione soprattutto sulla forte evidenza negli studi sperimentali su animale, dell'alterazione dell'alternanza luce-buio osservando che da questi studi emergono caratteristiche chiave tipiche degli agenti cancerogeni, in particolare coerenti con l'immunosoppressione, l'infiammazione cronica e la proliferazione cellulare. Negli studi sull'uomo e nei sistemi sperimentali inoltre c'è robusta e consistente evidenza di cambiamenti nei livelli di melatonina, un ormone secreto dalla ghiandola pineale che è il principale sincronizzatore dell'orologio biologico in grado di regolare il ritmo circadiano, in risposta alle alterazioni dell'alternanza luce-buio. I meccanismi ipotizzati alla base di tale effetto sarebbero vari e complessi: in estrema sintesi l'esposizione alla luce durante la notte riduce la secrezione di melatonina. Inoltre è stata osservata una prova suggestiva degli effetti sui livelli di estrogeni nelle lavoratrici che svolgono turni di lavoro notturni.

In attesa che venga meglio chiarito questo rischio anche attraverso studi epidemiologici che tengano conto di vari fattori di rischio che possano agire come confondenti o modificatori di effetto, in particolare tutti quei fattori rilevanti nel metabolismo degli estrogeni, la valutazione della IARC ha reso urgente e necessaria una valutazione del rischio in quei comparti di lavoro che presentano un'alta prevalenza di lavoro a turni notturni, come la sanità, per mettere a punto i necessari interventi di prevenzione.

A cura di:

dott.ssa Lucia Miligi

Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica ISPRO, Firenze

COSA SI DEVE FARE NELLE AZIENDE SANITARIE per la prevenzione delle violenze contro gli operatori sanitari e socio-sanitari: proposte operative

Maggio 3, 2023

Visualizzazioni **1060**



La violenza nei luoghi di lavoro rappresenta un rischio professionale per la sicurezza e salute di tutti i operatori sanitari e non ed al pari degli altri rischi lavorativi nelle aziende oltre a quanto previsto dalla Legge 113/2020 deve essere applicato quanto previsto dal D.Lgs 81/08 T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro.

E non c'è dubbio che, così come le rapine nelle banche, anche i rischi di aggressioni al personale sanitario siano ormai all'ordine del giorno e, quindi, prevedibili.

Pertanto le aziende sanitarie devono effettuare la valutazione di questo rischio e redigere il relativo documento (DVR); la responsabilità di tutto ciò è in capo ai direttori generali (datore di lavoro) ed è un obbligo non delegabile che ne porta la completa responsabilità (penale).

È necessario quindi:

- comprendere tutte le condizioni di esposizione ad episodi di molestia e violenza, non solo quelli che derivano dagli utenti esterni ma anche la violenza interna (tra operatori) (definizione ILO di molestie e violenza: interna e esterna);
- la valutazione deve essere fatta tenendo conto del genere, dell'età, della provenienza;
- deve identificare le misure di prevenzione collettive ed individuali da adottare;
- deve individuare percorsi di formazione per lavoratori e lavoratrici esposti al rischio specifico;

Primo atto per affrontare questo genere di rischi è:

la costituzione di un **Gruppo di valutazione in capo al Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP)** che ricomprenda varie figure: il responsabile rischio clinico e sicurezza del paziente, il medico competente (MC), i Rappresentanti Lavoratori per la Sicurezza (RLS), gli affari legali e/o gestione risorse umane, la formazione, le professioni: infermieristica e medica e necessita di altre competenze quali quelle rinvenibili nella Psicologia Aziendale, del Comitato Unico di Garanzia (CUG), dell'URP ecc.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Importante elemento è il monitoraggio degli eventi sentinella (molestie) anche attraverso indagini interne ad hoc, la valutazione del rischi stress lavoro correlato e del clima interno; la rilevazione e monitoraggio delle segnalazioni (procedure interne, portale...); Per la valutazione occorre prendere in considerazione:

TIPOLOGIA ATTIVITÀ: a contatto con pubblico, lavoro isolato in orari serali/notturni, operare in territori a elevato tasso di criminalità, o in attività che potrebbero creare conflitti (vigilanza, ispezioni, affido minori...);

CONTESTO ORGANIZZATIVO: organizzazione degli spazi, modalità di accesso degli utenti alle prestazioni, comunicazione e gestione delle attività, sistemi di identificazione, copertura dei turni...

AMBIENTE DI LAVORO: analisi delle singole strutture: entrate, vie di uscita, Illuminazione, arredi, sistemi di allarme, sistemi di sorveglianza e/o videosorveglianza... sistemi di allarme, senza trascurare la loro localizzazione (luoghi isolati) le aree esterne e i parcheggi;

ASSISTENZA DOMICILIARE: Programmazione, mappatura interventi a rischio, presenza di altri operatori;

TIPOLOGIA DI UTENTI: pazienti psichiatrici o sotto l'effetto di alcool e droga o sottoposti a procedimenti giudiziari; pazienti confusi agitati con deficit cognitivi, presenza di barriere linguistiche; utenti con animali pericolosi;

MISURE DI PREVENZIONE: È necessario comunque creare dei gruppi omogenei di lavoratori, in questo modo, sarà più semplice prendere le opportune misure di prevenzione e le misure correttive;

ADOZIONE DI UNA POLITICA AZIENDALE DI TOLLERANZA ZERO VERSO LE MOLESTIE E LA VIOLENZA verbale e fisica, che preveda azioni concrete: piano di comunicazione ospedale-paziente, monitoraggio delle condizioni interne di gestione del personale che possono favorire atteggiamenti aggressivi, adozione di un codice etico; promuovere un clima organizzativo positivo orientato alla riduzione degli episodi di violenza;

INFORMAZIONE/FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO E SENSIBILIZZAZIONE:

programmi di comunicazione, sensibilizzazione degli utenti e della popolazione; informazione formazione specifica per lavoratori e lavoratrici: riconoscere i segnali di rischio, strumenti operativi per la riduzione del rischio ed adozione comportamenti preventivi; formazione di dirigenti e preposti per la prevenzione e gestione della violenza;

MISURE ORGANIZZATIVE: pianificazione turni (non massacranti); presenza di più operatori nelle condizioni di rischio (almeno due);

DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI SUPPORTO ALLA VITTIMA ED AL GRUPPO DI

APPARTENENZA: assicurare un opportuno trattamento e sostegno agli operatori vittima di violenza o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito ad un episodio di violenza attraverso la valutazione psicologica e la presa in carico dei singoli (DPTS) e dei gruppi. Assicurare il supporto legale, in relazione a quanto previsto dalla legge 113/2020; prevede un percorso di accompagnamento al rientro al lavoro, in collaborazione con il Medico Competente.

A cura di:

Rossana Mancini, Medico del Lavoro

Direttrice UOC Igiene e Salute Luoghi di Lavoro USL

Toscana Sud Est

Presidente CUG aziendale

Componente Consiglio Nazionale ANAAO

La Salute Mentale: ancora povera Cenerentola della Sanità?

Maggio 23, 2023

Visualizzazioni 1198



In Europa e in Italia i Disturbi Mentali colpiscono oltre un sesto della popolazione ogni anno e una persona su quattro ne soffre, almeno una volta nella vita.

Sono circa 730.000 le persone assistite dai DSM, ma c'è un profondo disagio psichico che resta ancora sommerso: solo 1/3 si cura, gli altri, per lo stigma patognomonico di tali disagi, non sono intercettati.

Secondo un documento scientifico pubblicato dall'OMS nel primo anno di pandemia di Covid-19, la prevalenza globale di ansia e depressione è aumentata del 25% soprattutto tra giovani e studenti, nella cosiddetta next generation.

Oltre ai quadri clinici più classici per presentazione psicopatologica, ci sono **«Patologie emergenti»** come:

- i gravi Disturbi di Personalità, scarsamente rispondenti alle varie terapie;
- le Dipendenze Comportamentali, in primis quelli alimentari;
- le patologie di Doppia diagnosi con disturbi da sostanze (alcol, droghe sempre più innovative e facilmente acquisibili nel mercato virtuale);
- i Disturbi dello Spettro Autistico (soprattutto nel delicato passaggio all'età adulta).

Inoltre, il carico di lavoro dei vari operatori della Salute Mentale è ulteriormente gravato dalle «**Nuove incombenze**» in particolare:

- *l'assistenza psichiatrica nelle carceri*: le figure professionali sono esigue;
- *La presa in carico dei pazienti autori di reato*: dopo la chiusura degli Ospedali giudiziari, dal 2015 si è avviato un graduale passaggio alle R.E.M.S, che attualmente sono in numero insufficiente rispetto alla richiesta.
- *La cura dei migranti*, problematica drammatica, in progressivo aumento
- *La gestione emergenze-urgenze delle crisi psicopatologiche negli adolescenti*:

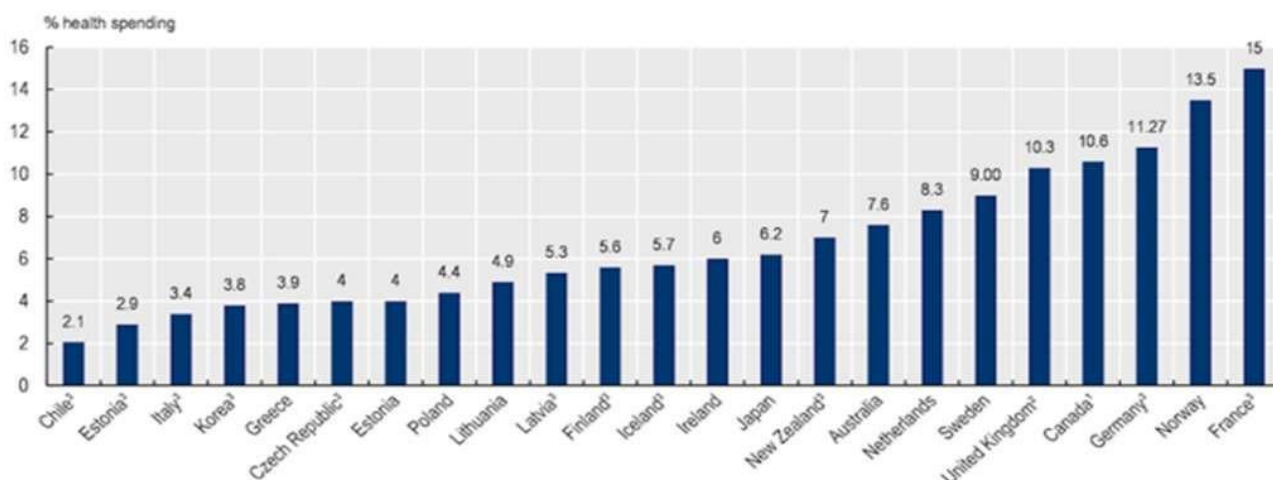
I Disturbi Mentali (D.M.) rappresentano una delle maggiori sfide per la sanità pubblica nella Regione Europea dell'OMS in termini di prevalenza, carico della malattia (misurato in anni di vita corretti per disabilità) e disabilità: sono le prime cause di invalidità, non inserimento lavorativo, giornate perse di lavoro, pensionamento anticipato.

Da queste criticità, è nato l'*appello alle massime autorità del nostro Paese*, da parte di 91 direttori di Dipartimento di Salute Mentale che, pur nelle differenze regionali, non riescono a garantire le prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza.

Da uno studio recente di Anaa-Assomed emerge che **nel 2025 mancheranno altri 1000!** psichiatri tra pensionamenti e dimissioni.

L'86% degli psichiatri intervistati dichiara di aver ricevuto un '**aggressione**, e sono gli specialisti che rischiano di più di essere vittima di violenza fisica, precedendo i colleghi del Pronto soccorso. La Lancet Commission sulla Salute Mentale Globale e lo Sviluppo Sostenibile, [in occasione del primo Summit Interministeriale Mondiale tenutosi a Londra nel 2018, si è raccomandata che](#), i Paesi a basso-medio reddito, per la salute mentale, dovrebbero aumentare ad almeno il 5% del bilancio sanitario totale; i Paesi ad alto reddito ad almeno il 10%.

L'Italia si colloca tra i Paesi ad alto reddito, ma per la Salute Mentale non raggiunge nemmeno i livelli di finanziamento previsti per i Paesi a basso-medio reddito, nonostante nel 2001, la Conferenza dei Presidenti delle Regioni, s'impegno a destinare il 5% dei fondi sanitari regionali.



La Lancet Commission sulla Salute Mentale Globale e lo Sviluppo Sostenibile, 1° Summit Interministeriale Mondiale
Londra 2018

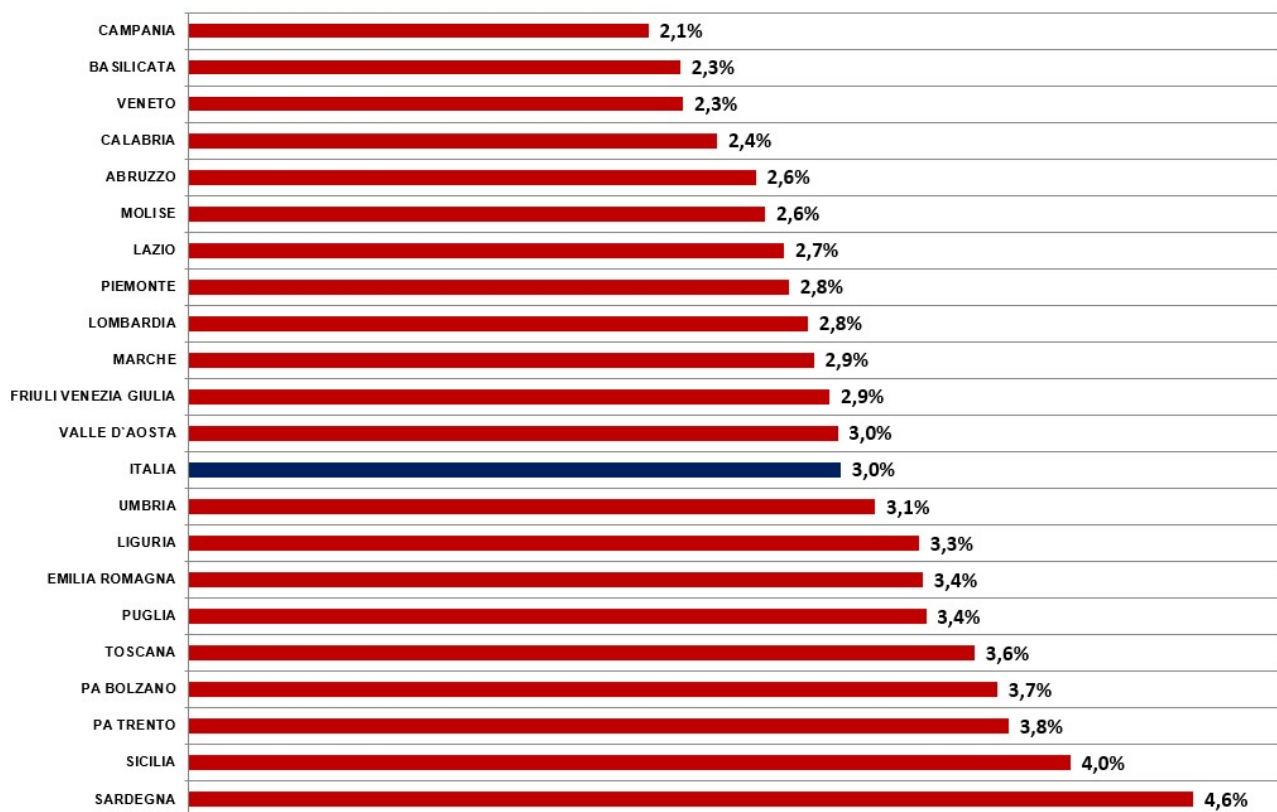
Tra il 2015 al 2018 la spesa per la Salute Mentale (SM) oscillava su valori intorno al 3,5% – 3,6% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

Anno Tot Fondo Indistinto FSN Spesa Salute Mentale Spesa Salute Mentale / FSN (%)

2015	107.032.486.290	3.739.512.000	3,49%
2016	108.198.967.678	3.824.693.000	3,53%
2017	108.948.660.735	3.954.097.000	3,63%
2018	109.876.848.907	3.956.194.000	3,60%
2019	111.079.467.550	3.316.332.000	2,98%
2020	113.257.674.550	3.386.704.000	2,99%

Spesa per la salute mentale - % su FSR

Fonte: SIEP su dati Rapporto Salute Mentale, Ministero Salute - Anno 2020



Insomma, il “risparmio” è solo apparente, e si riflette in maggiori spese sia dirette (es.: farmaci, cure, ricoveri) che indirette (es.: mancato accesso al mercato del lavoro, assenze per malattia, maggior costi di cura soprattutto se in comorbidità con altre patologie...).

Le recenti misure adottate da Governo e Parlamento, pur evidenziando una maggiore sensibilità verso il disagio psichico con azioni più adeguate alla sua risoluzione, sono interventi limitati, frammentari, con scadenze ravvicinate di impiego e senza prospettive di rinnovo: di qui la comprensibile difficoltà delle Regioni ad utilizzare questi fondi per un reale rafforzamento del sistema di cura per la SM.

Da queste criticità, le 10 principali società scientifiche assieme alle Istituzioni, chiedono la formazione di un'**Agenzia per la Salute Mentale** che si dovrebbero occupare di:

-organizzare un tavolo di lavoro interministeriale e interregionale, valorizzando un coordinamento tra le Regioni, per la definizione di PDTA condivisi e integrati con piani di trattamento individuale, orientati alla recovery del paziente e incentrati sui suoi bisogni;

La salute mentale deve essere un diritto esigibile in tutto il paese, senza diseguaglianze, per questo è importante studiare l'allocazione delle risorse in modo omogeneo sul territorio, incrementando il rafforzamento dei servizi, il reclutamento di professionisti e la loro appropriata formazione”.

«...non c'è salute senza salute mentale»

È il messaggio emerso dalla Conferenza Ministeriale europea sulla Salute mentale (Helsinki 2005).

A cura di:

dott.ssa Tiziana Attala

Referente salute mentale Anaao.

Donne Leader in Sanità

Giugno 26, 2023

Visualizzazioni **438**



Publicato sulla importante rivista **Healthcare policy** la ricerca di Anaa Toscana e del Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, MeS sul bilancio di genere. A pag. 23 di [questo pdf](#) potete leggere il testo completo.

L'avvio di un percorso virtuoso di identificazione, misurazione e monitoraggio degli indicatori di genere in sanità e le raccomandazioni emerse, rappresentato oggi il punto di partenza per una organizzazione che si impegni in tal senso perché le **lavoratrici in sanità**, nelle varie fasi del percorso professionale e di vita, dal momento dell'assunzione al pensionamento, abbiano chiare e garantite le opportunità di carriera, le parità retributive, le condizioni di work-life balance adeguate alle diverse fasi di vita, in un clima lavorativo che contrasti stereotipi, discriminazioni e ogni forma di violenza e le trattienga "in una **cultura della diversità e dell'inclusione**".

La ricerca va avanti e se da un lato il numero di indicatori calcolati per migliorare la parità di genere è ancora limitato rispetto ai rapporti specifici o ai modelli sul bilancio di genere, dall'altro lato uno dei punti di forza di questo percorso è averli già inseriti in un sistema di valutazione multidimensionale: il **Bersaglio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa**.

Un passo importante per **includere le politiche di genere in sistemi già in uso**.

Anaaos Toscana è certa che è questa la strada da percorrere se vogliamo lavorare per **guidare i cambiamenti e non subirli**.

Concetta Liberatore

LE FERIE, UN DIRITTO “QUASI” IRRINUNCIABILE

Luglio 31, 2023

Visualizzazioni **280**



Il fondamentale diritto alle ferie nella prassi è sempre garantito? O meglio, in che modo trova concreta applicazione?

Il diritto alle ferie è un diritto irrinunciabile, questo si evince dalla lettura dell'art. 36 della Costituzione. Nella prassi tale diritto viene liberamente “azionato” dai lavoratori?

Oggi giorno, il tema delle ferie non godute è ricorrente. Nel settore medico – sanitario è ormai quasi una regola. Sono molteplici le ragioni che inducono dirigenti, e non solo, a lavorare per anni ininterrottamente. In tale sede, sarà nostra premura illustrare, seppur sinteticamente, a livello giuridico-normativo le soluzioni percorribili qualora il problema emerga.

Nell'ambito medico-dirigenziale, normalmente, le ferie non godute nell'anno di competenza devono essere utilizzate entro il primo semestre dell'anno successivo (*art.33, co. 12, CCNL Area Sanità triennio 2016-2018*). Frequentemente, però, per "esigenze di servizio" nemmeno tale soluzione risulta percorribile. Dunque, quali sarebbero i rimedi giuridici per ovviare a tale situazione?

Generalmente, anche se il legislatore ha sempre optato per un generico divieto di monetizzazione delle ferie, in alcuni casi ciò è consentito.

Infatti, nell'ambito che ci interessa, tale divieto può venir meno soltanto qualora le ferie maturate e non godute non siano state fruite dal lavoratore per esigenze di servizio e solo in caso di cessazione del rapporto di lavoro (*art.33, co. 10, CCNL Area Sanità triennio 2016-2018*).

Il principio suddetto, però, deriva dall'armonizzazione del nostro ordinamento ai principi espressi a livello europeo. La monetizzazione delle ferie non godute, infatti, è considerato come diritto sociale fondamentale (*per approfondimento vedi art. 31 paragrafo n. 2 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, art. 7 della direttiva n. 2003/88/CE*).

A livello giurisprudenziale è sempre la CGUE che con alcune recenti pronunce ha riaffermato l'importanza del diritto in parola. In particolare, la Corte a seguito di un rinvio pregiudiziale della Corte Suprema Austriaca, ha espresso un fondamentale principio sul tema della monetizzazione delle ferie non godute, richiamando espressamente la normativa comunitaria di riferimento: *"L'articolo 7 della direttiva 2003/88/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 4 novembre 2003, concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro, letto alla luce dell'articolo 31, paragrafo 2, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, deve essere interpretato nel senso che esso osta ad una disposizione del diritto nazionale in base alla quale non è dovuta alcuna indennità finanziaria per ferie annuali retribuite non godute per l'ultimo anno di lavoro in corso, qualora il lavoratore o la lavoratrice, senza giusta causa, ponga fine anticipatamente e unilateralmente al rapporto di lavoro. Non è necessario che il giudice nazionale verifichi se per il lavoratore fosse impossibile fruire dei giorni di ferie retribuite cui aveva diritto"* (CGUE – sez. VII – causa C-233- 20 del 2021)).

A seguito dei principi espressi a livello comunitario, anche la Suprema Corte di Cassazione, sez. Lavoro, ha recentemente riconosciuto il diritto alla monetizzazione delle ferie non godute ad un dirigente medico. Infatti, con la sentenza n. 18140 del 2022, ha sancito un principio che può così essere sintetizzato: **«il potere del dirigente pubblico di organizzare autonomamente il godimento delle proprie ferie, non comporta la perdita del diritto, alla cessazione del rapporto, all'indennità sostitutiva delle ferie se il datore non dimostra di avere, in esercizio dei propri doveri di vigilanza e indirizzo sul punto, formalmente invitato il lavoratore a fruire delle ferie e di aver**

assicurato altresì che l'organizzazione del lavoro e le esigenze del servizio cui il dirigente era preposto non fossero tali da impedire il loro godimento».

Tuttavia, la giurisprudenza di merito non sempre si è espressa come la Corte di Cassazione sul tema. Di fatto, soltanto in alcuni giudizi è stato riconosciuto il diritto alla monetizzazione in caso responsabilità dell'Azienda.

Sul tema, nel silenzio del legislatore, è sempre la Corte di Cassazione che, innovando il nostro impianto giurisprudenziale e non solo, ha affermato il principio secondo cui l'indennità sostitutiva delle ferie non godute va riconosciuta anche alla lavoratrice che non abbia potuto fruirne per astensione obbligatoria dal lavoro (prima e dopo il parto), restando invece neutra la modalità di cessazione del rapporto, connessa alla scelta di dimettersi (*Cass. Civ. sez. lav. Ord. N. 19330 del 2022*).

Concludendo, sicuramente un'attenta pianificazione e programmazione delle ferie potrà garantire, per tutte le ragioni descritte, sia un benessere del dipendente in un'ottica di conciliazione famiglia-lavoro, sia un miglioramento del servizio offerto dall'Azienda nel suo complesso. Malgrado ciò, in assenza di interventi strutturali a livello normativo, tutte le soluzioni descritte, soprattutto in ambito giurisprudenziale, rappresentano rimedi laddove, invece, servirebbe una regolamentazione coerente con la realtà lavorativa. Il tutto, sempre al fine di salvaguardare e tutelare nel miglior modo possibile il diritto irrinunciabile per eccellenza, quello alla salute.

Avv. Paola Rosignoli
Consulente legale Anaao Toscana

La valutazione del rischio nei luoghi di lavoro: come tenere conto delle differenze di genere?

Ottobre 30, 2023

Visualizzazioni 342



Gli uomini e le donne non sono biologicamente uguali e anche le rispettive professioni, condizioni lavorative e modalità di trattamento possono essere diverse. Vi sono differenze che possono incidere sui rischi a cui uomini e donne sono esposti sul luogo di lavoro e sul modo di valutarli e tenerli sotto controllo come sottolineato fortemente anche dall'EU-OSHA, agenzia europea per la sicurezza e salute sul lavoro, che sta conducendo ricerche e ribadisce l'importanza di accrescere la conoscenza sulle problematiche di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro che le donne e gli uomini affrontano.

È quindi necessario che venga adottata l'integrazione della dimensione di genere nelle attività di sicurezza e salute sul lavoro e sviluppati strumenti adatti. Gli sforzi che devono essere messi in atto devono essere continui per migliorare le condizioni di lavoro sia per gli uomini e per le donne con la consapevolezza però dell'esistenza di differenze di genere nelle condizioni di lavoro che hanno conseguenze per la salute lavorativa. La ricerca e gli interventi dovrebbero sempre tenere conto del tipo effettivo di lavoro che fanno uomini e donne e delle possibili diverse condizioni di esposizione e di lavoro. Infatti, ci sono differenze che influiscono sui rischi a cui sono esposti, oltre alle differenze fisiche va considerato il lavorare in settori specifici diversi e in mansioni diverse o, come nel caso delle donne, avere da una parte maggiori responsabilità a casa e d'altra parte l'essere poco rappresentate a livello di supervisione e di gestione nel lavoro. Differenze poco riconosciute nell'ambito della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

Il ruolo dei datori di lavoro nel riconoscimento delle differenze di genere è fondamentale e si dovrebbe tradurre nel documento della valutazione dei rischi, ma ancora troppo spesso poco

considerate. Del resto nel Testo Unico, il Dlgs 81/2008 si parla di genere nell'art. 1, art. 6, art. 8, art. 40 e soprattutto nell'art. 28 dove viene reso obbligatorio per i datori di lavoro il *tenere in considerazione anche la differenza di genere nel processo di valutazione dei rischi*, che diventa quindi l'elemento fondamentale per considerare le differenze di genere. È quindi importante adottare e sviluppare strumenti idonei a facilitare i datori di lavoro a questa valutazione.

Ed è proprio su questo ultimo punto che si è incentrato lo staff round organizzato da Anaa Assomed Toscana giovedì 5 ottobre dal titolo: *“Differenze di genere: VaRiDiGe come utile ausilio nel mondo del lavoro?”* di cui è stato relatore il Prof. Rudy Foddìs responsabile della sezione Medicina del Lavoro della AOU di Pisa, professore associato di Medicina del Lavoro e membro di commissioni su genere e lavoro (SIMLI e ICHO).

Il prof. Foddìs oltre a fare un'introduzione sul tema delle differenze di genere e lavoro, ha poi spiegato nel dettaglio uno strumento dal nome VaRiDiGe (Valutazione Rischi Di Genere, <https://varidige.med.unipi.it/>) che è stato sviluppato come applicativo web e che richiede la raccolta ed inserimento di dati necessari all'elaborazione di un responso che sinteticamente dia un punteggio e delle indicazioni di miglioramento per quanto attiene il tema delle differenze di genere nei luoghi di lavoro. In VaRiDiGe le aree investigative identificate, sulla base delle informazioni desunte dalla letteratura, sono quattro. La prima di queste è rappresentata dall'analisi delle simmetrie/asimmetrie della distribuzione demo-anagrafica della popolazione di una azienda che possono suggerire situazioni di criticità legate alla presenza di fattori di rischio mal gestiti oppure aspetti organizzativi che possono creare selezioni differenziali a sfavore dell'uno o dell'altro genere. La seconda area è il grado di pari accesso alla formazione e pari consapevolezza dei rischi derivanti dalle esposizioni occupazionali. La terza area è relativa alle metodologie impiegate nella misurazione di fattori di rischio lavorativo con l'utilizzo di un algoritmo di valutazione che attribuisca punteggi, positivi, sulla base della scelta di metodi più appropriati alla valutazione differenziata del rischio che tengano conto del genere e che diano anche suggerimenti che migliorano l'applicazione delle metodologie valutative. La quarta area è quella relativa all'analisi della conciliazione dei tempi di vita lavorativa e di vita extra-lavorativa. Sono state per questo elaborati una serie di item volti a valutare le misure messe in campo dal datore di lavoro per soddisfare le esigenze di conciliazione della specifica popolazione lavorativa.

Come spiegato durante lo staff round dal Prof. Foddìs, questo è un esempio di applicativo, sviluppato con il contributo iniziale di un finanziamento INAIL, che rappresenta un tentativo di fornire uno strumento in grado di essere un ausilio al datore di lavoro e tutti gli attori della prevenzione coinvolti nel valutare e verificare se e come il genere sia appropriatamente considerato nel sistema preventivo della propria attività lavorativa.

Lucia Miligi responsabile della SS di Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica-ISPRO, attualmente presidente della Fondazione ISPRO.

Parità, disparità e violenza di genere

Novembre 27, 2023

Visualizzazioni 87



Sono unanimi ed intensi i sentimenti di rabbia, vergogna e di amara disillusione dinanzi ai casi recenti. Notizie di cronaca che quasi quotidianamente ci riportano fatti di sangue a danno di donne, che provocano un senso di profonda impotenza e frustrazione. Come far finta di niente domani e voltar pagina, pensando che tutto passerà e che se ciò accade, è solo per pura fatalità. Una fatalità questa a cui non ci si può più permettere di affidarsi. Non si sta parlando qui di diversità di genere, né di parità tra uomini e donne, bensì ancora prima di rispetto, dignità e sicurezza verso chi è vittima del suo stesso destino e che una intera comunità non riesce a tutelare e difendere da una morte annunciata. E di questo le Istituzioni devono farsi carico.

Sono 107 nel 2023, 107 le donne vittime di un femminicidio che riteniamo spietato. Numeri della Commissione parlamentare d'inchiesta che nascondono volti, sentimenti di donne con una storia, il loro vissuto. Donne di tutte le età e classe sociale, di varie regioni del Nord e del Sud, che si sono trovate sole al cospetto del loro assassino, che era forse la persona amata o quella per cui l'amore era finito. Donne che lavoravano o non lavoravano, madri o non madri, **semplicemente Donne**. Certo, il recente inasprimento delle pene ed i più tiepidi interventi in via di strumenti di prevenzione, anch'essi recentemente introdotti, possono avere una loro valenza, ma sappiamo bene che **non solo punendo ma educando e modificando la società si produce cambiamento**: le pene, meglio se certe, sono l'ultimo tassello di un percorso che deve partire dalla famiglia, dalle scuole, per arrivare nei luoghi di lavoro e dove si nasconde la cultura della misoginia e della sopraffazione anche se in forma larvata.

È stato chiesto un minuto di silenzio. Come se bastasse per smuovere le coscienze e risvegliare l'attenzione sul valore della dignità, sul rispetto della vita umana, sulla responsabilità e sul senso di giustizia sociale ormai dimenticati. La violenza sulle donne è oppressione. È discriminazione. È negazione della libertà. E **non è solo un problema delle donne, ma di tutti e tutte**. È una questione di giustizia, di democrazia, di civiltà.

Non possiamo accettare che le donne siano discriminate, umiliate, abusate, uccise solo perché donne. Non possiamo tollerare che siano costrette a vivere in condizioni di paura, di isolamento, di dipendenza economica e affettiva dai loro aguzzini. Non possiamo permettere che siano private della loro libertà, della loro autonomia, della loro felicità. Per questo, **dobbiamo agire**. Per garantire che le **leggi** che tutelano le donne dalla violenza siano applicate in modo efficace e tempestivo; che le **Istituzioni** siano sensibili e competenti nel gestire i casi di violenza; che la **cultura e i media** promuovano una rappresentazione delle donne rispettosa e non stereotipata; che la società civile sia solidale e attiva nel sostenerle. Questo vuol dire fare rete e impegnarsi **a denunciare, a informare, a creare spazi di confronto e di sostegno, a organizzare iniziative di sensibilizzazione e di prevenzione**. Questo vuole **fare RETE**. Quella della solidarietà, della reciprocità. Patrimonio prezioso da valorizzare, sostenere e ampliare. Quella rete che non si arrende, ma che continua a lottare **per un mondo senza violenza, senza paura, senza discriminazione**. Quella, insomma, che non si ferma ma che va oltre i confini, oltre le differenze, oltre i pregiudizi. La rete che ci unisce, che ci rende migliori, che ci fa sperare.

Auspichiamo che questa rete, le cui maglie sono ancora troppo larghe e in parte sfilacciate, si stringa velocemente per essere efficace. E per essere tale deve essere elastica e arrivare anche dove sembra impossibile. Deve infine consentire che le donne siano presenti, non tanto rappresentate ma necessariamente presenti, nei luoghi della scelta, della contrattazione fatta in nome loro, ma senza di loro, per portare finalmente la società ad un livello di giustizia sostanziale e dare attuazione concreta all'**art. 3 della nostra Costituzione**: il principio più invocato ma anche il più disatteso.

LE DIFFERENZE DI GENERE NELLE PATOLOGIE GASTROINTESTINALI: la valorizzazione necessaria per una migliore diagnosi e terapia

Dicembre 11, 2023

Visualizzazioni 293



Affrontare la pratica clinica gastroenterologica non può prescindere dalla valorizzazione delle differenze di genere in questa disciplina, così come in altre. Queste possono riguardare vari aspetti, tra cui l'epidemiologia, la presentazione clinica, il protocollo diagnostico, l'approccio terapeutico e l'outcome alla terapia.

Passiamo adesso in rassegna, in maniera integrata, le **principali e più comuni differenze** di genere di cui è mandatorio tenere conto nella pratica clinica gastroenterologica.

1. La malattia da reflusso gastroesofageo. Il sesso femminile tende ad avere una clinica molto più stringente, con sintomi più spesso tipici; nel sesso maschile i sintomi sono più spesso atipici ed extra-esofagei. Questo influenza anche il dosaggio ed il protocollo di somministrazione dei farmaci antisecretivi.

Per quanto riguarda la dispepsia funzionale, nelle donne l'uso dei procinetici dopaminergici elicit più spiccatamente effetti collaterali sul ciclo ormonale, con minore tolleranza rispetto al sesso maschile.

2. La sindrome del colon irritabile. Esempio lampante di drammatica prevalenza nel sesso femminile, sia per fattori ormonali, che sociali, che alimentari, quasi sempre nella sua variante con stipsi. Una diagnosi che sia attenta alle differenze di genere non può prescindere da una attenta valutazione dei sintomi e dei segni in funzione della fase ormonale, nella donna in età fertile, o della presenza di comorbidità pelviche.

La risposta alla terapia nel sesso femminile, rispetto a quello maschile, è molto maggiore se viene tesa una normalizzazione della motilità intestinale che spesso è responsabile del sintomo dolore, mentre negli uomini il discomfort principale è l'alterazione dell'alvo di per sé.

3. Malattie infiammatorie intestinali. L'incidenza di MICI, così come di tutte le patologie autoimmuni, è maggiore nel sesso femminile, soprattutto in giovane età e per quanto riguarda la malattia celiaca e la malattia di Crohn, mentre negli uomini prevale la colite ulcerosa che ha esordio più spesso nell'età adulta-avanzata.

Queste malattie sono fortemente influenzate dagli ormoni femminili, tanto che è dimostrata una aumentata incidenza al menarca e ai cambiamenti ormonali, mentre durante la gravidanza, verosimilmente per un fenomeno di tolleranza autoimmunitaria, le pazienti sperimentano un miglioramento.

Dal punto di vista clinico, il sesso femminile ha più spesso comorbidità reumatologiche, endocrinologiche e una presentazione pluri-organo: artriti, sacroileite, uveiti, tiroiditi, epatopatie autoimmuni; da sottolineare anche la malattia di Crohn con manifestazioni perianali. Il sesso maschile presenta più spesso sintomi di tipo ostruttivo con necessità di chirurgia up-front per coinvolgimento del tenue. La malattia celiaca è associata ad osteoporosi anche grave nelle donne, ed una maggior percentuale di malassorbimento di ferro, folati e calcio, proprio per la situazione ormonale ed endocrinologica di base.

La risposta alla terapia dipende non solo dal sesso, ma anche dal tipo di patologia. La risposta agli steroidi per la RCU è maggiore, più rapida e più sostenuta nel sesso femminile, più lenta e meno completa in quello maschile. Le pazienti rispondono inoltre meglio alla terapia con farmaci biologici richiedendo meno dei pazienti maschi un cambiamento di molecola per failure terapeutico.

4. Litiasi biliare. La prevalenza è nettamente maggiore nel sesso femminile. Più in genere, i fenomeni di sovrassaturazione biliare sono influenzati dagli ormoni femminili e dal circolo enteropatico dei lipidi, che si rende prono al peggioramento dopo la menopausa, per un fenomeno di aumentata tolleranza periferica all'insulina e un maggior deposito di colesterolo epatico.

5. Patologie epatiche. Come detto sopra, il sesso maschile tende ad avere una maggiore predisposizione a sviluppare steatosi e steatoepatiti non alcoliche (NAFLD) rispetto alle donne, situazione che si appiana dopo la menopausa.

Gli uomini sono più suscettibili all'infezione cronica da virus dell'epatite B, mentre le donne hanno una prevalenza anche sociale che le espone maggiormente al virus dell'epatite C. La risposta agli antivirali è tutto sommato sovrapponibile, con una maggiore aderenza terapeutica e quindi un maggior risultato di successo in termini di eradicazione da parte del sesso femminile, pur pagando un prezzo maggiore in termini di effetti collaterali, soprattutto come genesi ex-novo di malattie autoimmuni. Nettamente prevalente nel sesso maschile la epatopatia da potus, così come il cancro epatocellulare.

Come tutte le malattie autoimmuni, anche quelle di pertinenza epatocellulare come la colangite sclerosante e la cirrosi biliare primitiva colpiscono più spesso le donne, con una ricaduta in termini di frequenza di inserimento nelle liste trapiantologiche di fegato.

6. Patologia neoplastica. Differente è l'incidenza della patologia neoplastica degli organi gastrointestinali nei due sessi. Il K colon, storicamente più frequente negli uomini, sta raggiungendo livelli di incidenza quasi pari nella donne, mentre sia il K esofago che il K stomaco rimangono come primato al sesso maschile, sicuramente per fattori di natura ambientale. Molto dibattuta l'incidenza di K pancreas, con studi che forniscono risultati contrastanti. Del HCC si è detto sopra.

A cura della Dr.ssa Caterina Violanti, Vice-Segretario Aziendale ANAAO Asl Toscana Centro, Dirigente Medico Gastroenterologia Firenze, ASL TC.

(bibliografia: AGA Guidelines 2022, ECCO Guidelines 2021, AIOM protocolli aggiornati 2023).

Qualche considerazione conclusiva

Un gruppo di lavoro, quello delle donne Anaa Toscana, nato all'interno di un sindacato, che ha espresso forza, coerenza e alleanza fra figure che lavorano in sanità con competenze diverse.

I vari successi ed attività descritti in questo volume ci parlano da soli e rimandano l'immagine di un lavoro compatto, che cerca ogni giorno di coinvolgere le forze e di farle crescere insieme.

Le *pillole di genere* e gli *staff round* hanno costituito una nuova modalità di informare, sensibilizzare e coinvolgere gli iscritti Anaa e non solo: una modalità innovativa, in cui la partecipazione è misurabile e che può diventare suggerimento operativo, non solo per il contesto sindacale.

Le *Pillole di genere*: 5000 battute per raccontare argomenti e temi che dovevano coinvolgerci e coprire l'interesse di un pubblico non solo specializzato. 23 pillole dai contenuti più diversi con una media di 605 visualizzazioni (Range 87-1598) e con un andamento che può essere misurato secondo lo schema a latere.



Gli argomenti: sanità orientata per il genere, nuovi indicatori nel bersaglio MeS, premi ricevuti dalle donne in sanità, i passi per la creazione dell'Osservatorio Regionale di genere, salute lavoro, audizione nel Gruppo Ministeriale per le Pari Opportunità – Sottogruppo Normative e Processi da Aggiornare, anche con riferimento all'Osservatorio al Bilancio di Genere della ASL Toscana SUD EST che ha svolto un ruolo di apripista, riflessioni sull'Europa dei medici non ancora pronta per la parità di genere, #Inclusione Donna, lo sguardo al governo della sanità con Occhi di donna, l'importanza della solidarietà femminile nel comprendere l'altra e la riflessione che le scelte in sanità non possono essere solo una questione economica.

E ancora: le novità legislative in tema di conciliazione vita- lavoro per i genitori e i prestatori di assistenza e gli approfondimenti sulla valutazione del rischio nei luoghi di lavoro tenendo conto delle differenze di genere. Poi temi strettamente sanitari: come i tumori occupazionali nelle donne e le riflessioni che ne scaturiscono in ottica di differenze di genere, il rischio di tumori della mammella femminile e turni di lavoro notturno, la salute mentale ancora Cenerentola in sanità e la sua valorizzazione necessaria ed anche le differenze di genere nelle patologie gastrointestinali e la bidirezionalità della cura: curare – curarsi.

Non poteva non esserci poi uno sguardo dolente sull'argomento delle violenze contro gli operatori sanitari e socio-sanitari, fornendo proposte operative per le aziende sanitarie sulla prevenzione, ed in fine un grido tutte insieme per dire basta alla violenza sulle donne, riflettendo su parità, disparità e violenza di genere.

Anche i momenti degli *Staff round*, che si sono svolti dal 7 novembre 2022 al 5 ottobre 2023, in tutto 6 incontri, ci hanno dato la possibilità di parlare di argomenti specifici e di creare momenti di discussione sempre importanti, tutti legati dal filo comune dell'ottica di genere.

Il percorso scelto dal gruppo di lavoro Donne Anaa Toscana, scaturito da confronti e discussioni su come sollecitare il coinvolgimento nell'informazione, è una strada comune fatta appunto di condivisione, una voce corale che ha permesso di unificare energie, ma anche commozioni e delusioni, in una forma che potesse raggiungere tutte e tutti.

Quanto fatto in fondo costituisce un esempio, da condividere e perciò anche da migliorare con il contributo di ognuno*.

Lucia Miligi

Presidente Fondazione ISPRO

Coordinatrice Formazione Gruppo Donne Anaa Toscana

Indice

Sommario

Prefazione.....	1
Verso una sanità orientata alle donne.....	2
Parità di genere e sanità: dallo studio Anaa Toscana nuovi indicatori nel Bersaglio MeS.....	3
Donne in sanità, premio Leads a Aou pisana.....	5
Passi in avanti per la creazione dell'Osservatorio Regionale su Genere, Salute e Lavoro.....	6
Audizione nel Gruppo Ministeriale per le Pari Opportunità – Sottogruppo Normative e Processi da Aggiornare, anche con riferimento all'Osservatorio (Ministero della Salute).....	7
Bilancio di Genere – Gruppo di Lavoro Anaa Donne Toscana.....	8
La ASL Toscana Sud Est apripista nel “BILANCIO DI GENERE”.....	10
L'Europa dei medici non è ancora pronta per la parità di genere.....	11
I tumori occupazionali nelle donne: qualche spunto di riflessione.....	13
#INCLUSIONE DONNA.....	15
CON OCCHI DI DONNA.....	19
COMPRENDERE “L'ALTRA”, l'importanza della solidarietà femminile.....	20
NON È SOLO UNA QUESTIONE ECONOMICA.....	22
Novità legislative in tema di conciliazione vita- lavoro per i genitori e i prestatori di assistenza.....	24
Bidirezionalità della cura: curare – curarsi.....	27
Lavoro a turni notturno e tumore della mammella.....	29
COSA SI DEVE FARE NELLE AZIENDE SANITARIE per la prevenzione delle violenze contro gli operatori sanitari e socio-sanitari: proposte operative.....	31
La Salute Mentale: ancora povera Cenerentola della Sanità?.....	34
Donne Leader in Sanità.....	38
LE FERIE, UN DIRITTO “QUASI” IRRINUNCIABILE.....	40
La valutazione del rischio nei luoghi di lavoro: come tenere conto delle differenze di genere?.....	43
Parità, disparità e violenza di genere.....	45
LE DIFFERENZE DI GENERE NELLE PATOLOGIE GASTROINTESTINALI: la valorizzazione necessaria per una migliore diagnosi e terapia.....	47
Qualche considerazione conclusiva.....	50
Indice.....	51