

L'Health Equity Audit per un welfare equilibrato: dalle disuguaglianze sociali e di genere alle capacità di controllo sulla salute

Silvia Pilutti, Giuseppe Costa, Angelo d'Errico e Roberto Di Monaco

RPS

L'equità di salute è un obiettivo del welfare, essendo un macro-indicatore degli effetti delle disuguaglianze sociali sulle capacità di controllo che donne e uomini riescono a esercitare sulla propria salute. A partire dalla letteratura, l'articolo avanza l'ipotesi secondo cui la persistenza delle disuguaglianze non deriva solo da limiti di conoscenza o da un'insufficienza delle politiche, ma scaturisce dalla riproposizione di relazioni asimmetriche di potere e di modelli culturali tradizionali connotati per genere. Essi operano sottotraccia, condizionano i nuovi interventi e resistono

al cambiamento. Per fronteggiare le manifestazioni di un welfare «asimmetrico», il contributo suggerisce di potenziare i sistemi di osservazione istituzionale sulla dimensione di genere. Propone inoltre in questo ambito l'utilizzo sistematico e diffuso di strumenti di Health Equity Audit di genere, attuando forme di valutazione ex ante ed ex post, agili e praticabili nel contesto italiano delle politiche sociali e della salute. Metodi e contenuti per far emergere i meccanismi sociali da contrastare si ispirano a pratiche note a livello internazionale, su cui il gruppo sta conducendo sperimentazioni applicative.

1. Introduzione

Prendiamo atto che un'ampia letteratura internazionale ha documentato l'effetto dei determinanti sociali sulla salute. La recente *review* condotta in Inghilterra da Michael Marmot (2010) e da un autorevole gruppo di studiosi, poi ripresa e arricchita con contenuti riferiti allo specifico contesto italiano da Costa e colleghi (2014), mostra come le disuguaglianze di salute non farebbero che riflettere, attraverso l'azione di specifici meccanismi sociali, le disuguaglianze nelle esperienze di vita e i differenti gradi di controllo che le persone riescono a esercitare sulla propria salute.

D'altro canto, la letteratura sulle disuguaglianze di genere ha da tempo mostrato la persistenza di un'ampia gamma di disuguaglianze nell'ac-

cesso alle posizioni di controllo di risorse e di opportunità nei differenti ambiti e sfere sociali, dal lavoro all'impresa, alla rappresentanza politica e sociale, con sistematico svantaggio delle donne (Bettio e Sansonetti, 2015; World Economic Forum, 2017; Oecd, 2017).

In tale scenario, l'ipotesi che muove questo contributo si focalizza su uno «spazio in ombra» dato dall'intersezione tra l'area dei meccanismi sociali che alimentano le disuguaglianze di salute e quella dei meccanismi specifici di genere, che incidono in modo sistematico sulle rappresentazioni e sui margini di autodeterminazione di donne e uomini. Illuminare tale intersezione e le interdipendenze tra meccanismi differenti sarebbe rilevante per comprendere meglio sia la generazione delle disuguaglianze di salute, data dalla differente esposizione di donne e uomini ai rischi e alle vulnerabilità sociali, sia l'impatto anch'esso asimmetrico per genere delle politiche sanitarie di prevenzione e cura (Costa e al., 2014, 2017).

Seguendo la nostra ipotesi esplorativa, proprio la presenza di tradizioni di studio e di intervento segnate dalle distinzioni, se non dalle separazioni (tra studi sui determinanti sociali e studi di genere, tra gestione di politiche sociali e politiche sanitarie ecc.), ostacolerebbe l'individuazione delle interazioni tra meccanismi sociali differenti, che nella realtà mostrerebbero radicate interdipendenze, capaci di influenzare le disuguaglianze di salute a svantaggio delle donne. In questa luce, sarebbe necessario uno sforzo nuovo sul piano della ricerca e dell'azione di ri-calibrazione del welfare per dipanare l'intreccio tra differenze biologiche e sociali legate al genere da un lato e alle disuguaglianze sociali dall'altro, che può oscurare e confondere alcuni aspetti delle disuguaglianze di salute.

Come agire in questa direzione? L'ipotesi di lavoro che viene proposta, su cui sono state avviate diverse sperimentazioni, consiste nell'utilizzo di uno strumento per l'Health Equity Audit (Hea), applicato nei servizi e nelle politiche di welfare seguendo un approccio di ricerca-azione (Manoukian, 2002; Dubost e Levy, 2007), per facilitare la generazione di conoscenza sull'area che abbiamo definito in ombra, il superamento di rappresentazioni stereotipate, la rivisitazione e la reinterpretazione di dati e di informazioni e l'utilizzo sistematico della conoscenza diffusa tra gli operatori (Di Monaco e Pilutti, 2016). Per questa via si tenterebbe di collegare la dimensione sanitaria e della salute a quella sociale e culturale, di rafforzare la natura interdisciplinare della ricerca e le connessioni settoriali e istituzionali tra le banche dati, i sistemi di osservazione istituzionale, le diverse fonti di informazioni e la conoscenza degli operatori.

Per sostenere l'ipotesi sulla rilevanza delle interdipendenze in ombra ci avvarremo di alcune delle evidenze disponibili in letteratura (paragrafi 2, 3 e 4); il quadro che deriva da questa prospettiva di osservazione suggerirebbe, a nostro avviso, di far ricorso a strumenti di Hea focalizzati sul genere, di cui si presenta una prima sperimentazione (paragrafo 5).

2. Alle radici delle disuguaglianze di salute: una sfida per la conoscenza

In letteratura è ormai assodato che lo stato di salute delle donne e degli uomini è condizionato da una molteplicità di fattori, sia biologici e genetici sia sociali ed economici. Eppure, addentrarsi nell'analisi delle relazioni tra salute e determinanti è piuttosto complesso poiché l'intensità degli effetti sulla salute è variabile a seconda dell'indicatore preso in considerazione (mortalità, incidenza di patologia, salute percepita ecc.) e gli stessi indicatori sociali hanno una capacità predittiva differente tra i generi.

Nei percorsi individuali questi elementi si intrecciano e rendono difficile ricostruire i nessi causali tra le caratteristiche delle persone e delle comunità e lo stato di salute. Si notano anche effetti contro-intuitivi, come nel caso del cosiddetto paradosso di genere: la maggiore longevità delle donne – che hanno in Italia un'aspettativa di vita di 84,9 anni contro i 80,6 degli uomini (Istat, 2018) – è negativamente segnata da una più accentuata presenza di patologie, con esiti invalidanti soprattutto nella tarda età.

Esaminando più in dettaglio le condizioni di salute, osserviamo che in Italia (Istat, 2017) il differenziale di mortalità tra maschi e femmine, a svantaggio dei maschi, è elevato per tutte le principali cause di morte. Nel quadro delle patologie croniche, invece, si osserva, a parità di età, una maggiore prevalenza femminile per osteoporosi (F +486% vs M), cefalee ed emicranie (+104%), artrosi e artrite (+63%), disfunzioni della tiroide (+418%), depressione e ansietà (+79%), allergie (+17%) e Alzheimer (+61%), contro una più accentuata prevalenza maschile di infarti del miocardio (M +197% vs F), angina pectoris (+65%), insufficienza renale (+31%), bronchite cronica ed enfisema (+23%), ictus ed emorragie cerebrali (+16%), diabete (+16%) e altre malattie del cuore.

Alcuni studi hanno evidenziato per le donne un vantaggio di salute

RPS

Silvia Pilutti, Giuseppe Costa, Angelo d'Errico e Roberto Di Monaco

derivante proprio dal patrimonio biologico (Doyal, 2001). Di fatto, però, questo *bonus* viene poi spesso eroso dagli effetti negativi derivanti da pratiche sociali specifiche delle donne e dall'inequiva distribuzione di risorse e opportunità, che le penalizza.

C'è chi, come Hunt e Annandle (1999), ha messo in evidenza la natura trasversale dell'effetto delle disuguaglianze sociali rispetto al genere: sarebbero sempre più evidenti secondo queste autrici le similarità tra lo stato di salute di uomini e donne in analoghe condizioni economiche e lavorative.

Tuttavia le evidenze empiriche continuano a mostrare un effetto asimmetrico per genere delle disuguaglianze sociali, riguardo ai loro effetti sulla salute. L'analisi sui dati longitudinali Istat sulla mortalità 2012-2014 (Ministero della Salute, 2017) evidenzia che la bassa istruzione aumenta quasi sempre il rischio di mortalità delle persone per cause specifiche, ma in modo differente per donne e uomini. Posto pari a 1 il rischio relativo (Rr) di mortalità di donne e uomini laureati per ciascuna causa, osserviamo la misura dell'eccesso di mortalità tra chi ha bassa istruzione.

I comportamenti associati agli abusi di droghe o alcol e alle abitudini alimentari esprimono il maggiore effetto del differenziale scolastico: il Rr per Aids è superiore per le donne (3,37) rispetto agli uomini (2,96) a bassa scolarità; lo stesso avviene per il diabete mellito, i cui Rr sono rispettivamente 2,65 per le donne e 1,77 per gli uomini. Al contrario, nelle epatiti e cirrosi il Rr è più basso per le donne (2,29) rispetto agli uomini (3,52).

Proseguendo nelle patologie con minori differenziali di rischio per istruzione, ma significativi, troviamo i tumori delle vie aeree e digestive superiori, dove il rischio è di nuovo maggiore per gli uomini (Rr 1,15 F e 2,47 M); nelle malattie del sistema respiratorio (Rr 1,39 F e 1,91 M); nel tumore al polmone, (Rr 0,82 F e 1,92 M), alle vie aerodigestive superiori (Rr 1,15 F 2,47 M), al colon (Rr 1,13 F 1,22 M) e alla vescica (Rr 1,05 F e 1,49 M). Lo stesso avviene negli incidenti stradali (Rr 1,03 F e 1,70 M), nelle cadute accidentali (Rr 1,18 F e 1,54 M) e nell'ambito della salute mentale legata al disagio sociale (Rr suicidi 0,89 F e 1,56 M; Rr disturbi psichici 1,55 F e 1,79 M).

La situazione si ribalta nuovamente a sfavore delle donne se si prendono in esame i tumori dello stomaco (Rr 2,50 F e 2,20 M), le malattie ischemiche del cuore (RR 1,67 F e 1,42 M) e dell'apparato circolatorio (RR 1,55 F e 1,49 M).

Un'ulteriore espressione delle differenze di genere si osserva nei casi

di tumori del polmone e della mammella, dove emerge un eccesso di rischio tra le persone più istruite, ma solo tra le donne. Il fenomeno è rilevante dal punto di vista sociale poiché proprio tra queste donne istruite sono più diffusi i comportamenti associati all'insorgenza delle patologie, c'è una maggiore abitudine al fumo e l'età alla prima gravidanza è più elevata (tra le meno istruite, Rr polmone 0,82 e Rr tumore mammella 0,88).

Bisognerebbe quindi muoversi su diverse coordinate contemporaneamente, attribuendo importanza non solo alle risorse e alle capacità individuali di cui le persone dispongono, ma anche alle differenti possibilità che hanno di tradurle in pratica, mettendo in atto comportamenti adeguati a proteggere la propria salute (Di Monaco e Pilutti, 2014). Da questo punto di vista il contesto di regole (Barbera e Negri, 2008) e di relazioni (Di Monaco e Pilutti, 2017) in cui le persone sono immerse – dalla famiglia al luogo di lavoro, ai vicini di casa, alle amicizie, all'associazionismo ecc. – svolge un ruolo fondamentale sia per le reali opportunità di scelta nei comportamenti di donne e uomini sia per i significati che vengono attribuiti nei vari ambienti di vita alle diverse pratiche sociali. Secondo questo approccio, è nel rapporto con il contesto sociale prossimo che l'effetto di genere influenza maggiormente i comportamenti e quindi il controllo sulla salute.

Condurre strategie di contrasto alle disuguaglianze di salute implicherebbe dunque da un lato approfondire le conoscenze sull'interazione tra genere e meccanismi sociali che intervengono (determinanti) e dall'altro lato verificare se le azioni messe in atto (normative, misure di politiche, servizi di welfare ecc.) per creare benessere o per riequilibrare le asimmetrie tra donne e uomini producano realmente riallineamento o se generino ulteriori scompensi.

In linea di principio le politiche non sanitarie (istruzione, formazione, lavoro, mobilità ecc.), che rispondono ai bisogni essenziali dei cittadini e si propongono di ridurre le disuguaglianze sociali, sono orientate a mettere tutte le persone in condizioni di esercitare pienamente la cittadinanza e il controllo sulla propria salute. Allo stesso modo le politiche sanitarie di prevenzione e cura sono generalmente considerate «neutre» rispetto al genere: esse mirano a ridurre i rischi e gli effetti della malattia e a evitare che abbia ripercussioni persistenti sul benessere e sull'integrazione sociale della persona. Eppure possiamo trovare evidenze di zone d'ombra – come si accenna nei successivi due paragrafi – su cui accrescere conoscenza e consapevolezza.

RPS

Silvia Pilutti, Giuseppe Costa, Angelo d'Errico e Roberto Di Monaco

3. Determinanti sociali da declinare per genere e da contestualizzare?

La posizione sociale è un buon predittore della distribuzione del rischio di salute ed è, al contempo, un indicatore da cui emergono le disparità tra donne e uomini presenti in tutti i paesi avanzati. Come è noto, vi sono nella stratificazione delle occupazioni radicati fenomeni di segregazione orizzontale, che vedono le donne concentrate in pochi settori o comparti produttivi, di segregazione verticale, che si verificano quando sono meno presenti nelle aree più importanti delle occupazioni da un punto di vista gerarchico o professionale, e di differenziali retributivi a svantaggio delle donne, anche a parità di posizione professionale, peraltro in ampliamento con la recente crisi, in particolare per la frenata delle retribuzioni nel pubblico impiego (Piazzalunga e Di Tommaso, 2015). Gli studi epidemiologici mostrano come la differente posizione nella professione si traduca in disegualianze nella speranza di vita (Costa e al., 2014), tanto che i dirigenti possono contare su una speranza di vita nettamente maggiore degli operai. Tuttavia mentre una donna dirigente ha in media una speranza di vita a 35 anni di circa un anno e mezzo in più rispetto a un'operaia, un uomo nella medesima posizione può contare mediamente su cinque anni e mezzo di vita in più rispetto a un operaio non qualificato. Quindi, il gradiente sociale incide sulle vite di donne e uomini attraverso meccanismi differenti.

La segregazione non solo peggiora la posizione sociale delle donne, ma cambia anche i loro rischi professionali, che ricadono in aree tradizionalmente meno studiate e presidiate (Biancheri, 2014; Facchini e Ruspini, 2001). Le donne sono più occupate in lavori temporanei caratterizzati da alta domanda organizzativa e da basso controllo del lavoro da parte della persona, elevato livello di ripetitività delle azioni, con posture spesso scorrette, mansioni frequentemente a contatto con il pubblico (Messing e Östlin, 2006), in posizioni di basso livello dal punto di vista gerarchico e professionale. Si tratta di condizioni differenziate per genere, i cui rischi restano poco visibili (Who, 2011).

La catena dei meccanismi sociali che espone in maniera diseguale ai rischi di salute può essere molto lunga e rafforzata da pregiudizi persistenti. Così, ad esempio, i livelli formativi o professionali di donne e uomini spesso sono omogenei solo in apparenza. In Italia, tra i diplomati, si osservano ancora scelte formative segreganti e che si traducono in differenti rendimenti sul mercato del lavoro: nell'istruzione terziaria, ad esempio, le iscritte/laureate in ingegneria sono ancora

meno del 15%, mentre rappresentano il 95% a scienze della formazione. Analogamente anche a parità di professione si possono osservare rischi di salute differenti per genere (Eng e al., 2011) spiegabili con il fatto che, pur nella stessa professione, le mansioni assegnate a donne e uomini sono in realtà differenti seguendo stereotipi tradizionali come assegnare «lavori più ripetitivi» alle prime e «lavori più pesanti» ai secondi.

In opposizione a ruoli socialmente predefiniti, il processo di emancipazione femminile rischia di rimanere incompiuto se accompagnato da un sistema di welfare scarsamente emancipato, come è quello basato sulla famiglia dei paesi dell'area mediterranea. Così l'effetto sulla salute di alcuni eventi sociali (il lavoro, la disoccupazione ecc.) è più evidente e netto per gli uomini, mentre per le donne avrebbe spesso effetti più differenziati tra i vari contesti nazionali e più condizionati ai sistemi di welfare (Bambra e Eikemo, 2009; Naldini e Saraceno, 2011; Costa e al., 2014).

Un confronto internazionale (Fritzell e al., 2012) sulla salute percepita dalle madri, a seconda che siano occupate o no e che vivano in coppia o sole, mostra che in tutti i paesi considerati la salute percepita peggiora molto tra coloro che vivono sole e, ancor più, se non sono occupate (la misura dell'associazione tra i due fattori – Odds Ratio – in Svezia è 4,82 e in Gran Bretagna 2,79), mentre in Italia il peggioramento è minore (Or 1,45). Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che in Italia si separano in prevalenza le donne che hanno buone condizioni socio-economiche (Costa e al., 2014). Inoltre, il benessere delle donne, soprattutto in Italia, è ancora dipendente da una mancata divisione del lavoro familiare tra i partner (Istat, 2016) e dalla scarsa valorizzazione sociale del ruolo di chi della cura si occupa, ma non percepisce reddito (come le madri non lavoratrici).

All'interno della famiglia l'effetto di nuove flessibilità o servizi può diventare una bussola che orienta al coinvolgimento di entrambi i partner e cambia la divisione del lavoro, garantendo maggiore equità. Secondo alcuni studi una maggiore condivisione dei compiti di cura in famiglia, infatti, produce un guadagno di salute per le donne (riduzione dei casi di depressione) del 26% (Bird, 1999). Tuttavia, in presenza di un modello di welfare centrato sulla famiglia, le donne si sobbarcano la maggior parte del carico di cura, anche quando hanno un lavoro retribuito. Per queste donne lavoratrici, in particolare se di classe sociale più bassa (perché c'è un effetto di cumulo dei determinanti negativi), aumenta progressivamente il rischio di avere patologie croni-

RPS

Silvia Pilutti, Giuseppe Costa, Angelo d'Errico e Roberto Di Monaco

che e invalidanti con l'aumentare del carico familiare (Artazcoz e al., 2001; Harryson e al., 2012; Payne, 2001).

La generosità del welfare può favorire la permanenza delle donne nel mercato del lavoro, limitando i rischi di fragilità economica delle più anziane. Tuttavia tra le madri lavoratrici il 30% interrompe il lavoro per motivi familiari, contro il 3% dei padri, e solo una piccola percentuale riprende a lavorare a distanza di tempo (Istat, 2015). Inoltre, l'effetto negativo della nascita del primo figlio sulla probabilità delle donne di essere occupate aumenta per le generazioni di donne più giovani (Lugo, 2015).

Le politiche di conciliazione nelle organizzazioni lavorative possono produrre un effetto capacitante per donne e uomini, se interpretate come strumento per la valorizzazione delle persone e per l'aumento della competitività (Conti e Nenci, 2013). Sulla maternità, però, si concentrano molti stereotipi dei datori di lavoro: una madre sarà meno presente, meno affidabile, comporterà maggiori costi economici e organizzativi ecc. Per contro, la paternità può addirittura conferire maggiore solidità al profilo di un lavoratore. Spesso questa rappresentazione è condivisa dagli stessi colleghi e colleghe di lavoro (Italia Lavoro, 2015). Eppure sono proprio le madri a correre maggiori rischi: per le lavoratrici il rischio di infarto aumenta quasi del 30% per ogni figlio, rispetto al non avere figli (D'Ovidio e al., 2015). Questo vuol dire che non basta avere un lavoro per recuperare salute. Deve essere un lavoro di qualità e un lavoro che possa essere gestito nel rispetto dei tempi di vita delle singole persone. Le stesse relazioni all'interno della famiglia sono importanti. Il già citato studio di D'Ovidio e al. (2015) fa emergere che il carico di cura verso i figli delle madri lavoratrici raddoppia il rischio di malattia coronarica in presenza di almeno due figli maschi, mentre non sono stati evidenziati eccessi di rischio in presenza di due figlie femmine. Sebbene il contributo nelle attività di lavoro domestico dei figli nel complesso sia modesto (1-4 ore a settimana), e quindi non sufficiente a riequilibrare l'eccesso di carico sulle madri, molti studi fanno emergere che già nell'infanzia/adolescenza si riconosce un differente impegno di maschi e femmine nel lavoro familiare.

Ulteriori esempi dell'intreccio e della complessità nell'interpretazione della relazione tra meccanismi sociali e benessere in chiave di genere derivano dall'analisi della mobilità. Essa mostra che frequentemente le donne viaggiano con bambini e portano pacchi, pesi e ingombri; viaggiano in orari differenti rispetto agli uomini, usufruendo di misure di

flessibilità d'orario sui posti di lavoro; hanno minore accesso all'automobile e hanno la patente in percentuale inferiore agli uomini, e di conseguenza utilizzano maggiormente i mezzi di trasporto pubblici e camminano; sono più condizionate nella loro libertà di movimento dal livello di sicurezza dell'ambiente circostante (Conti e Nenci, 2013). Questi fattori, legati alla doppia presenza, contribuiscono ad aumentare l'esposizione a specifici rischi di salute.

Infine, le relazioni sociali possono essere condizionate da asimmetrie di forza o di potere che vedono più spesso le donne in posizione debole.

Un caso emblematico riguarda la violenza di genere. Secondo l'Istat (2015) quasi 7 milioni di donne hanno subito violenze nel corso della loro vita, spesso a causa di uomini a loro affettivamente molto vicini. La legge riconosce di fatto la violenza di genere come un problema sociale e non solo individuale e l'Oms definisce le violenze di genere un problema di salute pubblica per le gravi conseguenze che comportano in termini di salute (Who, 2002). La violenza esprime una relazione di potere e ha radici profonde negli stereotipi di genere e nelle discriminazioni. Qualunque azione tesa a promuovere l'equità di salute, contrastando la violenza di genere, si deve confrontare con la complessità della cornice culturale che, ad esempio, attribuisce alle donne la responsabilità di aver «provocato» con atteggiamenti e abbigliamento inopportuni, che sostiene la liceità da parte degli uomini di fare avance esplicite o di dilettersi con battute a sfondo sessuale ecc. (Caneva e Piziali, 2017).

4. È necessaria una prospettiva gender sensitive in sanità?

Nonostante la ricerca epidemiologica si sia molto interrogata sull'impatto dei differenti determinanti sociali e abbia mostrato i cambiamenti che nel tempo si sono prodotti nel quadro delle patologie a prevalenza maschile e femminile, la capacità del mondo sanitario di cambiare atteggiamento nella prevenzione e nella cura è più lenta.

Un utile punto di osservazione viene dalla «medicina di genere». Essa riconosce, unitamente a specifici tratti genetico-biologici, per donne e uomini il valore delle differenti esperienze di vita, delle differenti modalità di rappresentazione e gestione della quotidianità e della salute. Insomma, con la medicina di genere si tenta di superare una visione sanitaria in cui l'unica o la principale differenza tra donna e uomo è rappresentata da fenomeni ormonali e riproduttivi.

RPS

Silvia Pilutti, Giuseppe Costa, Angelo d'Errico e Roberto Di Monaco

Ma questo è un orientamento nuovo – sancito anche con la recente legge 11 gennaio 2018, n. 3 – poiché molta parte della ricerca farmacologica e dell'intervento sanitario è ancora tarato su una presunta neutralità di genere. Infatti, molti studi sperimentali i cui risultati sono applicati in modo esteso a tutti gli individui vedono la partecipazione quasi esclusiva di maschi. In ambito farmacologico, ad esempio, tutti i farmaci continuano ad essere testati sull'ideal-tipo maschio di 70 kg e i dosaggi consigliati fanno riferimento a questo standard. Eppure è dimostrato che donne e uomini hanno differenti capacità di metabolizzare i principi attivi contenuti nei farmaci (Baggio, 2015; Franconi, 2015; Gabelli e Codemo, 2015; Brunelleschi, 2016).

Donne e uomini, inoltre, manifestano sintomi differenti a fronte di una stessa patologia. Ad esempio nel caso dell'infarto del miocardio la donna ha dolori al collo, al dorso oppure non ha alcun dolore ma solo irrequietezza, ansia, lieve dispnea. A causa di questi sintomi «atipici», rispetto allo standard maschile, potrebbe non ricevere un adeguato intervento clinico. Una migliore consapevolezza di genere in fase diagnostica, dunque, può letteralmente salvare la vita (Baggio, 2015; Franconi, 2015).

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

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

Il sistema di assistenza sanitaria italiano è universalistico, potenzialmente rivolto a tutti, senza differenze di genere, eppure l'accesso alla

prevenzione e alla cura può trovare delle limitazioni specifiche di genere.

In tema di contraccezione, ad esempio, le resistenze all'accesso di alcune donne ai consultori familiari derivano da pressioni culturali dei partner che rifiutano *tout court* la contraccezione, ma anche dalla difficoltà delle donne a farsi visitare da medici uomini.

Inoltre, può essere rilevante il ruolo di intermediazione che le donne svolgono tra le esigenze di alcuni componenti della famiglia (bambini, partner e anziani) e il sistema sanitario. Questo spiegherebbe anche perché le donne fanno un uso maggiore dei servizi sanitari rispetto agli uomini.

Più in generale, gli studi dimostrano l'importanza del ruolo delle donne e soprattutto delle madri nei confronti dei figli all'interno della famiglia, ma anche nei luoghi di lavoro, nel veicolare comportamenti a rischio o pratiche salutari (Richardson e al., 2016).

5. La ricerca azione attraverso l'Hea di genere

Tirando le fila, le disuguaglianze sociali che hanno effetti sulla salute, intrecciate al genere, diventano meno visibili e meno facilmente superabili. Talvolta proprio l'apparente uguaglianza di condizioni o la neutralità delle regole sembrerebbe suggerire l'assenza di disuguaglianze. Altre volte le disuguaglianze di risorse, capacità e relazioni tra donne e uomini non vengono riconosciute come tali, a causa di stereotipi o di specifici modelli culturali. Talvolta vengono ricondotte alle vocazioni e alle scelte differenti per genere. Perfino gli interventi «a favore delle donne» possono rivelare a un'analisi più attenta delle ambiguità. L'esatta comprensione di questi fenomeni sarebbe fondamentale per l'assetto di un welfare orientato all'equità di genere nella salute, al fine di calibrare gli interventi in relazione agli effetti che generano, voluti e non voluti, diretti e indiretti, indipendentemente dalle intenzioni di chi li promuove o dai principi di equità a cui si ispirano.

Per modificare gli equilibri descritti, le disposizioni di carattere burocratico formale rischiano di non essere sufficienti. Ad esempio, l'aver sancito la parità formale per legge nei congedi parentali ha affermato il principio, ma non è bastato a cambiare i comportamenti, guidati dalle relazioni consolidate negli ambienti di lavoro, dove gli uomini non hanno chiesto i congedi di cui avevano diritto, e nelle

RPS

Silvia Pilutti, Giuseppe Costa, Angelo d'Errico e Roberto Di Monaco

famiglie, dove gli uomini hanno continuato ad essere meno presenti. Nel dibattito internazionale, dalla piattaforma di Pechino del 1995 all'Agenda 2030 Onu per lo sviluppo sostenibile, c'è ampio riconoscimento del fatto che le disuguaglianze sociali rappresentano un ostacolo allo sviluppo umano e alla crescita economica (Ministero della Salute, 2017) e pertanto è necessario che gli Stati sviluppino strumenti per presidiare l'equità di salute nelle politiche e negli interventi, concentrandosi sulle cause delle disuguaglianze di salute, più che sui sintomi. Come tradurre in pratica, in operatività, questo appello è cosa ben più complessa.

Gli attori chiamati a raccolta, e anche coloro a cui questo contributo può essere destinato, sono anzitutto i decisori politici, poi chi si occupa di ricerca e produce conoscenza, fino ad arrivare ai servizi e alle piccole comunità e organizzazioni in cui agiscono le iniquità e in cui sarebbe opportuno promuoverne il superamento.

In questo contributo proponiamo di utilizzare per la valutazione di equità uno strumento – da noi adattato – tratto dal *Bias Free Framework – Building an Integrative Analytical System For Recognizing and Eliminating InEquities* – (Eichler e Burke, 2006), progettato per aiutare ricercatori, decisori politici, operatori dei servizi di welfare e altri soggetti a riconoscere i pregiudizi e a identificare i mezzi per superarli.

Si tratta di sviluppare un percorso con 19 domande (Allegato 1) per orientare e stimolare la valutazione, per «farsi le domande giuste» al fine di fare emergere i meccanismi sociali che producono e riproducono le disuguaglianze di genere. Il percorso prende le mosse dalla constatazione che i pregiudizi si fondano su un sistema di gerarchie, ovvero su rapporti squilibrati di potere tra gruppi di individui differenti per genere, età, etnia, religione ecc. La struttura dei rapporti di potere tende a reiterarsi nel tempo e, quindi, identificare i meccanismi attraverso cui si riproducono gli squilibri di potere permette di progettare azioni di contrasto.

L'applicazione dello strumento, seguendo una consolidata metodologia sperimentata per la valutazione dell'equità di salute (Progetto VisPa¹ – Regione Emilia-Romagna), richiede di coinvolgere i soggetti

¹ La Valutazione di impatto sanitario – Vis – è uno strumento di valutazione degli impatti utile a focalizzare l'attenzione sul tema della salute intesa come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia. Il processo di valutazione prevede una consultazione «allargata» ad alcuni informatori chiave con il supporto di specifiche checklist (nel nostro caso

interessati o toccati dal problema e di farli lavorare in gruppo sul tema. In sostanza, se l'erogatore di un intervento o di un servizio, o il responsabile di un ambiente, come un luogo di lavoro o di ritrovo, decide di sviluppare una valutazione di equità per affrontare i problemi delle persone, dovrebbe partire dal coinvolgimento degli attori che possono aiutare, nell'ambito specifico, al riconoscimento delle disuguaglianze tra donne e uomini dei meccanismi sociali che le generano e alla formulazione di proposte per il loro superamento. Tra questi non dovrebbero mancare i diretti interessati, lavoratrici e lavoratori nel caso di un'impresa, cittadine e cittadini nel caso di un quartiere ecc.

Entrando nel merito, il *Bias Free Framework* individua tre ordini di meccanismi che agiscono per la conservazione dello stato gerarchico con cui è indispensabile confrontarsi nell'affrontare una ricerca o nel progettare e valutare delle policy e dei servizi di welfare; per ciascuna di queste problematiche sono richieste infatti azioni differenti.

Il primo ordine di meccanismi riguarda l'intenzione e lo sforzo nel conservare una gerarchia: ovvero quando il contesto sociale giustifica e mantiene la differenziazione di gruppi dominanti e non. I gruppi sono quindi definiti e il loro squilibrio è una caratteristica come un'altra, ritenuta normale in quello specifico contesto socio-politico. Questo è ciò che vediamo avvenire, ad esempio, in campo professionale quando, nonostante le elevate credenziali formative, molte donne rimangono inspiegabilmente in posizioni subordinate e non attraversano il «soffitto di cristallo», invisibile ma reale, o non si staccano da un «pavimento appiccicoso», cioè dalle posizioni lavorative più basse, che le trattiene (Booth e al., 2003).

Il secondo ordine di meccanismi attiene alla reiterazione delle gerarchie che opera attraverso il fallimento nell'esaminare le differenze: quando l'appartenenza a un gruppo dominante/non dominante non è presa in esame come socialmente rilevante e ci si adatta a un modello standard. O, come nel caso del genere, quando si assume un riferimento come neutro, senza riconoscere le differenze rilevanti dell'essere donne o uomini.

Il terzo ordine di meccanismi problematici riguarda l'uso di doppie

la scheda *Bias Free Framework*) per individuare, e successivamente dettagliare, le interazioni tra gli elementi sui quali impatta il progetto/la politica/l'azione, il contesto e le possibili ripercussioni sui determinanti di salute. Il materiale è disponibile all'indirizzo internet: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/documenti-tecnici/strumenti-vispa/KIT%20VISPA.doc/view>.

RPS

Silvia Pilutti, Giuseppe Costa, Angelo d'Errico e Roberto Di Monaco

misure: ovvero quando i gruppi dominanti e non dominanti sono trattati in modo diverso, tale per cui i primi continuano ad essere favoriti. Un esempio di doppia misura può essere rintracciato nelle proposte di assunzioni part-time alle donne e full-time agli uomini, indipendentemente dai bisogni degli interessati, supponendo che per le prime possa essere meno grave rinunciare al full-time.

Per applicare questo metodo alle problematiche di genere occorre proporre ai soggetti coinvolti nel processo di valutazione, di cui abbiamo parlato sopra, una riflessione a partire dalle «domande critiche», opportunamente adattate al contesto specifico di intervento, riferite a ciascuno di questi tre ordini di meccanismi di creazione di disuguaglianze. Lo schema proposto, illustrato nella tabella allegata, approfondisce quindi la natura del problema con le domande di stimolo ed esplora i meccanismi sociali in azione, che potremmo definire conoscenza «situata», radicata nelle pratiche di lavoro (Gherardi, 2003, 2008), e conseguentemente i tipi di intervento da adottare.

In occasione di un evento formativo organizzato dalla direzione del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste, intitolato «Disuguaglianze, determinanti di salute di genere e buone pratiche di comunità» (26 e 27 ottobre 2017), si è proposto di avviare un processo di *Gender Health Equity Audit*, utilizzando una nostra riformulazione dello strumento del *Bias Free*. A cinque gruppi di operatrici/operatori e responsabili di servizi ospedalieri e territoriali di Trieste è stato chiesto di interrogarsi per esplicitare eventuali disuguaglianze di genere all'interno dell'organizzazione del servizio in cui lavorano, oppure tra l'utenza che accede al servizio, nel modo di trattare i pazienti ecc. Il mandato si spingeva anche a tentare di identificare delle possibili soluzioni a partire dal loro personale contributo. Questo per evitare che il rimando a responsabilità superiori inneschasse un immediato senso di impotenza e di paralisi.

Il primo risultato interessante della sperimentazione sul piano conoscitivo è stato proprio arrivare a identificare l'esistenza di asimmetrie di genere, anche quando in un primo momento si erano negate.

Il secondo risultato riguarda la modalità con cui il processo di riflessione si è sviluppato, a partire dall'analisi dei soggetti esterni fino ad arrivare al cuore del funzionamento dei servizi: dall'osservazione degli utenti, guardando agli squilibri nelle loro famiglie, al contesto sociale in cui il servizio si trova, all'organizzazione interna del servizio, fino ai cambiamenti nell'erogazione del servizio che potrebbero consentire all'organizzazione di diventare più attenta alle disuguaglianze.

Il terzo risultato riguarda proprio lo sforzo nel trovare soluzioni pratiche, vicine, agibili direttamente dalle/dai partecipanti all'incontro. È in questa fase che si è sentita ancor più la necessità di allargare il panorama dei soggetti con cui confrontarsi (*stakeholders*) e anche l'esigenza di raccogliere maggiori informazioni e di non fidarsi unicamente del proprio punto di vista (autoreferenzialità che inganna).

Questa prima esperienza è stata di stimolo, tanto che la stessa azienda sanitaria ha in programma altri appuntamenti formativi e di lavoro nel 2018, in cui intende coinvolgere anche i vertici aziendali. Parimenti, abbiamo proposto in altre realtà regionali percorsi simili.

5. Conclusioni

Il contributo ha esplorato numerosi elementi di criticità che emergono da una vastissima letteratura sulle disuguaglianze di salute e di genere, a cui contribuiscono differenti discipline (medicina, sociologia, economia ecc.), senza pretese di esaustività ma verificandone l'articolazione e la consistenza. Questa panoramica dovrebbe stimolare gli attori del welfare ad affinare i metodi per «farsi delle domande» sull'origine delle disuguaglianze e sulla promozione dell'equità. Infatti, per interpretare le differenze di genere nella salute non basta prendere atto che donne e uomini svolgono lavori differenti e partecipano alla vita sociale e familiare con contributi differenti, e hanno sintomi diversi per stessa patologia, ma sembrerebbe necessario capire perché ciò avviene, quando e come la diversità di genere si traduce in disuguaglianza, qual è l'intensità dello svantaggio e chi diventa il soggetto a rischio. Come affermano la Commissione europea e l'Ocse, inoltre, il contrasto alle disuguaglianze non ha solo un valore etico, ma anche sociale ed economico.

In questa luce il contributo propone uno strumento che può aiutare a «farsi le domande giuste», per far emergere i meccanismi sociali di genere che agiscono sottotraccia. Si tratta di uno strumento che si muove nella scia della ricerca-azione, che ha mostrato nella sperimentazione come possa produrre conoscenza nuova e orientare il cambiamento delle pratiche di lavoro nei servizi di welfare.

Di questo strumento possono utilmente avvalersi in primis i decisori politici e i responsabili dei servizi per allineare agli obiettivi di equità di genere le azioni intraprese, con riflessioni *ex ante*, *in itinere* o *ex post*. È uno strumento che mira a coinvolgere, dal basso, operatori e utenti,

RPS

Silvia Pilutti, Giuseppe Costa, Angelo d'Errico e Roberto Di Monaco

per provare a incidere sul benessere di piccole comunità e di contesti organizzativi, identificando in modo più circostanziato bisogni e richieste di intervento. A partire da questo, le implicazioni per i sistemi di osservazione e le politiche possono essere estese e sistematizzate.

RPS

L'HEALTH EQUITY AUDIT PER UN WELFARE EQUILIBRATO

Riferimenti bibliografici

- Artazcoz L., Borrella C. e Benachb J., 2001, *Gender Inequalities in Health Among Workers: the Relation with Family Demands*, «Journal of Epidemiology and Community Health», n. 55, pp. 639-47.
- Baggio G., Basili S. e Lenzi A., 2014, *Medicina di genere. Una nuova sfida per la formazione del medico*, «Medicina e Chirurgia, Quaderni delle conferenze permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia», n. 62, pp. 2778-2782.
- Baggio G., 2015, *Dalla medicina di genere alla medicina genere-specifica*, «The Italian Journal of Gender-Specific Medicine», vol. 1, n. 1, pp. 3-5.
- Bambra C. e Eikemo T.A., 2009, *Welfare State Regimes, Unemployment and Health: a Comparative Study of the Relationship between Unemployment and Self-Reported Health in 23 European Countries*, «Journal of Epidemiology & Community Health», vol. 63, n. 2, pp. 92-98.
- Barbera F. e Negri N., 2008, *Mercati, reti sociali, istituzioni*, il Mulino, Bologna.
- Bettio F. e Sansonetti S., 2015, *Visions for Gender Equality*, European Commission - Directorate-General for Justice, disponibile all'indirizzo internet: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/150902_vision_report_sep_en.pdf.
- Biancheri R., 2014, *La trasversalità dell'approccio di genere per la salute e la sicurezza del lavoro. Dalla teoria alla prassi un'interazione possibile*, «Salute e Società», n. 1, pp. 124-127.
- Bird C.E., 1999, *Gender, Household Labor, and Psychological Distress: the Impact of the Amount and Division of Housework*, «Journal of Health Social Behavior», vol. 40, n. 1, pp. 32-45.
- Booth L., Francesconi M. e Frank J., 2003, *A Sticky Floors Model of Promotion, Pay, and Gender*, «European Economic Review», vol. 47, n. 2, pp. 295-322.
- Brunelleschi S., 2016, *Immune Response and Auto-immune Diseases: Gender Does Matter and Makes the Difference*, «The Italian Journal of Gender-Specific Medicine», vol. 2, n. 1, pp. 5-14.
- Caneva E. e Piziali S. (a cura di), 2017, *Gli italiani e la violenza assistita: questa sconosciuta. La percezione della violenza contro le donne e i loro figli*, «We World Reports», n. 4, disponibile all'indirizzo internet: www.weworld.it.
- Conti P. e Nenci A., 2013, *Salute e sicurezza sul lavoro, una questione di genere*, «Rivista degli infortuni e delle malattie professionali», vol. 1, Inail, Milano.
- Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L. e Zengarini N. (a

- cura di), 2014, *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Fondazione Smith Kline presso Franco Angeli, Milano.
- Costa G., Stroschia M., Zengarini N. e Demaria M. (a cura di), 2017, *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Inferenze, Milano.
- D'Ovidio F., d'Errico A., Scarinzi C. e Costa G., 2015, *Increased Incidence of Coronary Heart Disease Associated with «Double Burden» in a Cohort of Italian Women*, «Social Science & Medicine», n. 135, pp. 40-46.
- Di Monaco R. e Pilutti S., 2014, *Le azioni di correzione nel senso dell'equità delle politiche non sanitarie*, in Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L. e Zengarini N. (a cura di), *L'equità nella salute in Italia*, Fondazione Smith Kline presso Franco Angeli, Milano.
- Di Monaco R. e Pilutti S., 2016, *Scommettere sulle persone. La forza della leadership distribuita*, Egea, Milano.
- Di Monaco R. e Pilutti S., 2017, *Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute. Partire dalle persone*, disponibile all'indirizzo internet: www.disuguaglianzedisalute.it/?p=3054.
- Doyal L., 2001, *Sesso, genere e salute: un nuovo approccio*, in Facchini C. e Ruspini E. (a cura di), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano.
- Dubost J. e Levy L., 2007, *Origine e sviluppo della ricerca-azione*, «Spunti», vol. VIII, n. 9, pp. 66-106.
- Eichler M. e Burke M.A., 2006, *The Bias Free Framework: a New Analytical Tool for Global Health Research*, «Canadian Journal of Public Health», vol. 97, n. 1, pp. 63-68.
- Eichler M. e Burke M.A., 2006, *The Bias Free Framework: a Practical Tool for Identifying and Eliminating Social Biases in Health Research*, The Global Forum for Health Research, Ginevra.
- Eng A., Mannelte A., McLean D., Ellison-Loschmann L., Cheng S. e Pearce N., 2011, *Gender Differences in Occupational Exposure Patterns*, in «Occupational & Environmental Medicine», n. 68, pp. 888-894.
- Facchini C. e Ruspini E. (a cura di), 2001, *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano.
- Fillingim R.B. e King C.D., Ribeiro-Dasilva M.C., Rahim-Williams B. e Riley J.L., 2009, *Sex, Gender, and Pain: a Review of Recent Clinical and Experimental Findings*, «The Journal of Pain», n. 10, pp. 447-85.
- Franconi F., 2015, *Paradigmi della ricerca di genere*, «The Italian Journal of Gender-Specific Medicine», vol. 1, n. 1, pp. 6-8.
- Fritzell S., Vannoni F., Whitehead M., Burstom B., Costa G., Clayton S e Fritzell J., 2012, *Does Non-Employment Contribute to the Health Disadvantage Among Lone Mothers in Britain, Italy and Sweden? Synergy Effects and the Meaning of Family Policy*, «Health & Place», n. 18, pp. 199-208.
- Gabelli C. e Codemo A., 2015, *Gender Differences in Cognitive Decline and Alzheimer's Disease*, «The Italian Journal of Gender-Specific Medicine», vol. 1, n. 1, pp. 21-28.

RPS

Silvia Pilutti, Giuseppe Costa, Angelo d'Errico e Roberto Di Monaco

- Gherardi S., 2003, *Sapere situato ed ambiguità decisionale in una comunità di pratiche*, «Studi Organizzativi», n. 3, pp. 159-183.
- Gherardi S., 2008, *Dalla comunità di pratica alle pratiche di comunità: breve storia di un concetto in viaggio*, in «Studi Organizzativi», vol. 10, n. 1, pp. 49-72.
- Harryson L., Novo M. e Hammarström A., 2012, *Is Gender Inequality in the Domestic Sphere Associated with Psychological Distress among Women and Men? Results from the Northern Swedish Cohort*, «Journal of Epidemiology and Community Health», vol. 66, n. 3, pp. 271-276.
- Hunt K. e Annandale E., 1999, *Relocating Gender and Morbidity: Examining Men's and Women's Health in Contemporary Western Societies*, «Social Science and Medicine», n. 48, pp. 1-5.
- Istat, 2015, *Indagine conoscitiva sull'impatto in termini di genere della normativa previdenziale e sulle disparità esistenti in materia di trattamenti pensionistici tra uomini e donne*, disponibile all'indirizzo internet: www.istat.it/it/archivio/170065.
- Istat, 2016, *I tempi della vita quotidiana*, disponibile all'indirizzo internet: www.istat.it/it/archivio/193098.
- Istat, 2017, *Health for All*, disponibile all'indirizzo internet: www.istat.it/it/archivio/14562.
- Istat, 2018, *Indicatori demografici*, disponibile all'indirizzo internet: www.istat.it/it/archivio/208951.
- Italia Lavoro, 2015, *Progetto La FemME*, disponibile all'indirizzo internet: www.italialavoro.it/wps/portal/lafemme.
- Lugo M., 2015, *La penalizzazione delle madri nel mercato del lavoro italiano: un confronto fra coorti*, disponibile all'indirizzo internet: www.neodemos.info.
- Manoukian F., 2002, *Presupposti ed esiti della ricerca-azione. L'intrapresa di percorsi di conoscenza insieme ad altri*, «Animazione Sociale», n. 11, pp. 50-60.
- Marmot M., Goldblatt P., Allen J. e al., 2010, *Fair Society Healthy Lives*, disponibile all'indirizzo internet: www.instituteoftheequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review.
- Messing K. e Östlin P., 2006, *Gender Equality, Work and Health: a Review of the Evidence*, Who - World Health Organization, disponibile all'indirizzo internet: www.who.int/gender/documents/Genderworkhealth.pdf.
- Ministero della Salute, 2017, *L'Italia per l'equità nella salute*, Inmp, Roma.
- Naldini M. e Saraceno C., 2011, *Conciliare famiglia e lavoro*, il Mulino, Bologna.
- Oecd, 2017, *The Pursuit of Gender Equality. An Uphill Battle*, Oecd Publishing, Parigi.
- Payne S., 2001, *Disuguaglianze nella salute: classe sociale, età, genere*, in Facchini C. e Ruspini E. (a cura di), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano.
- Piazzalunga D. e Di Tommaso M.L., 2015, *The Increase of the Gender Wage Gap in Italy During the 2008-2012 Economic Crisis*, «Carlo Alberto Notebook», n. 426, disponibile all'indirizzo internet: www.carloalberto.org/assets/working-papers/no.426.pdf.

- Richardsen A.M, Traavik L.E.M. e Burke R.J., 2016, *Women and Work Stress: More and Different?*, «Handbook on Well-Being of Working Women», International Handbooks of Quality-of-Life, Springer, Dordrecht-Heidelberg-New York-Londra.
- Who - World Health Organization, 2002, *World report on violence and health*, disponibile all'indirizzo internet: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/5/9241545615_ita.pdf.
- Who - World Health Organization, 2011, *Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants*, disponibile all'indirizzo internet: www.cugh.org/sites/default/files/Improving%20Equity%20in%20Health%20by%20Addressing%20Social%20Determinants.pdf.
- World Economic Forum, 2017, «Global Gender Gap Report», disponibile all'indirizzo internet: www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2017.

RPS

Silvia Pilutti, Giuseppe Costa, Angelo d'Errico e Roberto Di Monaco

Allegato 1 - Guida al percorso di Health Equity Audit focalizzato sul genere

- A) SI MANTENGONO GLI SQUILIBRI DI CONTROLLO E DECISIONE
Quanto il contesto sociale giustifica e mantiene le differenziazioni inique tra donne e uomini?
Identificare i meccanismi attraverso i quali si mantengono gli squilibri.
- A1 Negazione dello squilibrio
Lo squilibrio esistente è negato nonostante l'evidente contrario?
- A2 Mantenimento dello squilibrio
Le pratiche o le visioni basate sullo squilibrio tra uomini e donne sono presentati come normali?
- A3 Prospettiva dominante
La prospettiva o punto di vista degli uomini è la sola adottata?
- A4 Patologizzazione
Chi si allontana dalla cultura maschile dominante è considerato patologico?
- A5 Oggettivazione
Lo spogliare una persona della propria intrinseca dignità o della sua umanità è presentato come normale?
- A6 Colpevolizzazione della vittima
Le vittime di violenze individuale e/o strutturale sono colpevolizzate o ritenute responsabili?
- A7 Appropriazione
Si mette in discussione la proprietà delle risorse e i beni delle donne e non si riconosce il loro contributo?

B) NON SI ESAMINANO E NON SI CONSIDERANO LE DIFFERENZE

Quando non si tiene conto delle differenze tra donne e uomini o si usa un elemento considerato «neutro»?

Identificare le differenze che non sono considerate e che si traducono in disuguaglianze.

B - Fallimento nell'esaminare le differenze

B1 Insensibilità alle differenze

La rilevanza di essere uomini e donne è ignorata?

B2 Decontestualizzazione

La diversa condizione sociale di uomini e donne è stata esplicitamente considerata?

B3 Generalizzazione e universalizzazione

L'informazione derivata da una cultura «androcentrica» è generalizzata senza esaminare se applicabile alle donne.

B4 Omogeneità presupposta

Uomini e donne sono trattati come fossero uniformi?

C) SI USANO DOPPIE MISURE

Quando donne e uomini sono trattati in modi differenti?

Identificare se si usano doppie misure e se sono appropriate a ridurre disuguaglianze piuttosto che non aumentarle.

C - Uso di doppie misure

C1 Evidenti doppie misure

Uomini e donne sono trattati in modo diverso?

C2 Sotto-rappresentazione o esclusione

Le donne sono sotto-rappresentate o escluse?

C3 Eccezionale sotto-rappresentazione o esclusione

Nei contesti normalmente associati alle donne, ma pertinenti a tutti i gruppi, gli uomini sono sotto-rappresentati o esclusi?

C4 Negare la facoltà di azione

Uomini e donne vengono considerati in entrambe le posizioni di agire e di subire?

C5 Trattare opinioni come fatti

Le opinioni espresse dagli uomini a proposito delle donne sono trattate come fatti?

C6 Stereotipi

Gli stereotipi maschili e femminili sono trattati come aspetti essenziali dell'appartenenza delle persone?

C7 Esagerare le differenze

I tratti sovrapposti sono trattati come fossero caratteristiche di soli uomini o sole donne?

C8 Doppie misure nascoste

Sono usati diversi criteri per definire fatti paragonabili con lo scopo di nascondere la loro comparabilità?