

SICUREZZA e IGIENE del LAVORO  
Professione non organizzata in Ordini o Collegi - L. 4/2013

Dicembre 2014

## La prevenzione in ottica di genere

**Cenni ai fini di favorire lo sviluppo di capacità di gestione****raccolta di estratti, in ordine sparso da**

INAIL

Presidenza del Consiglio dei Ministri  
Dipartimento per le Pari Opportunità

### Genere e stress lavoro-correlato: due opportunità per il “Testo Unico”

Verso l'elaborazione di linee guida - Edizione 2009 [\*1]

Il merito di avere sollecitato l'attenzione al tema della parità di trattamento e del contrasto alle discriminazioni deve essere attribuito all'Unione Europea.

La produzione normativa comunitaria in materia sociale si è concentrata nel tempo in due ambiti principali: le pari opportunità fra uomini e donne e la salute sul lavoro.

Si è dovuto però attendere fino al XXI secolo perché le due politiche comunitarie, cioè le pari opportunità e la salute sul lavoro, si legassero ed entrassero a far parte l'una dell'altra.

La strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro **2002 – 2006** ha iniziato a introdurre il tema della differenza di genere.

La Commissione ha elaborato un'analisi che evidenzia i mutamenti avvenuti nel mondo del lavoro: muovendo da femminilizzazione e invecchiamento della popolazione attiva, diversificazione delle forme occupazionali (lavoro temporaneo, orari atipici, telelavoro), incremento di alcuni rischi sociali (stress, depressione, molestie, intimidazioni, violenze).

La strategia comunitaria 2002/2006 evidenzia tre nuove sfide in tema di salute e sicurezza sul lavoro:

- la necessità di prendere in considerazione la problematica della dimensione di genere nell'ambito della sicurezza e nella salute sul lavoro: migliore progettazione dei luoghi e dei posti di lavoro, organizzazione del lavoro e adattamento delle attrezzature di lavoro;
- l'anticipazione dei rischi nuovi ed emergenti, sia che si tratti di quelli legati alle innovazioni tecniche o di quelli dovuti all'evoluzione sociali;
- l'analisi delle esigenze legate all'ergonomia dei posti di lavoro, la necessità di tener conto dei disturbi del sistema muscolo-scheletrico e il trattamento specifico dei rischi emergenti

l'OMS nel documento **23 maggio 2007**, definisce, in riferimento all'equità di genere nella salute, i seguenti obiettivi:

- formulare strategie nazionali per includere il genere nei programmi e nella ricerca nazionale; formare e informare sulla promozione dell'equità di genere e la salute della donna
- sostenere e promuovere la ricerca e la formazione di genere in tutte le sedi istituzionali nazionali e internazionali
- includere la prospettiva di genere a tutti i livelli, includendo i giovani
- includere l'analisi di genere in tutti i campi della ricerca compreso quello epidemiologico e statistico;

[\*1] [http://www.inail.it/internet\\_web/wcm/idc/groups/internet/documents/document/ucm\\_portstg\\_115022.pdf](http://www.inail.it/internet_web/wcm/idc/groups/internet/documents/document/ucm_portstg_115022.pdf)

L'OMS nel documento 23 maggio 2007, definisce, in riferimento all'equità di genere nella salute, i seguenti obiettivi:

- promuovere il progresso dell'equità di genere nel campo della salute affinché donne e uomini, bambine e bambini siano considerati nella politica, nella programmazione e nell'educazione di coloro che sono preposti alla cura;
- favorire lo sviluppo di farmaci e di nuovi approcci terapeutici mirati al genere favorendo la ricerca anche mediante l'uso di incentivi così come è avvenuto nella ricerca pediatrica;
- promuovere l'integrazione dei concetti di sesso e genere.

[Trattasi dunque di un campo che è in fase di osservazione e studio, oltreché necessitare di un processo educativo e cognitivo. Si hanno informazioni che richiedono una migliore conoscenza ed uno sviluppo compiuto. n.d.r.]

## inoltre

### La prevenzione in ottica di differenza di età:

cenni

In Italia le previsioni indicano che la vita media degli uomini salirà da 77,4 anni (2005) a 83,6 del 2050, mentre quella delle donne passerà da 83,3 a 88,8.

Il dato è da relazionare anche alle riforme pensionistiche in atto

Prendendo atto delle indicazioni di fonte comunitaria ed in particolare il tema della campagna europea *Active Ageing* dove il lavoro è uno dei temi centrali nelle politiche di promozione dell'invecchiamento attivo. Centralità sancita nel 2010 dalla Commissione europea con la decisione "Europa 2020 – una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva" e nella quale si sottolinea l'importanza di "promuovere l'invecchiamento sano e attivo, nell'interesse della coesione sociale e di una maggiore produttività".

Per *Active Ageing*, o invecchiamento attivo, s'intende un processo finalizzato alla realizzazione delle potenzialità fisiche, mentali, sociali ed economiche degli anziani. Per l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), si tratta della capacità delle persone, una volta invecchiate, di condurre una vita attiva nel contesto sociale ed economico.

Mentre, infatti, un tempo le politiche per gli anziani erano incentrate sui bisogni, ora si tende a focalizzare sui diritti e sulle risorse dell'anziano e sulla possibilità di una più concreta partecipazione. Questo nuovo orientamento si sviluppa nel 1995, con il programma *Ageing and Health* (invecchiamento e salute) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) basato su una visione dell'invecchiamento che tiene conto di tutto il corso di vita degli individui, della comunità di appartenenza, delle differenze di genere e per rafforzare legami intergenerazionali. A partire dal concetto di invecchiamento che comprende diverse dimensioni dell'individuo (individuale, biologica, psicologica, sociale e culturale) l'OMS definisce l'invecchiamento attivo in termini di massima realizzazione delle potenzialità fisiche, mentali, sociali ed economiche delle persone anziane. Il termine "attivo" si riferisce all'effettiva partecipazione sociale, economica e culturale alla vita. Da "Lavorare negli anni della maturità". Invecchiamento attivo, salute e sicurezza dei lavoratori ultracinquantenni – Pubblicazione INAIL - Ricerca – edizione 2013

L'OMS considera come particolarmente rilevante per la prevenzione nell'invecchiamento attivo, l'adozione di stili di vita sani e partecipi attivamente nella cura della persona. Uno stile di vita corretto (adeguata attività fisica, alimentazione sana, assenza di fumo, assunzione moderata di alcol e farmaci) è importante nell'età avanzata per prevenire malattie e declino funzionale, prolungando la longevità e aumentando la qualità della vita.

La biologia e la genetica influenzano notevolmente il modo in cui ciascuno di noi invecchia. L'invecchiamento è, in senso stretto, un insieme di processi biologici geneticamente determinati.

Da "Lavorare negli anni della maturità". Invecchiamento attivo, salute e sicurezza dei lavoratori ultracinquantenni – Pubblicazione INAIL - Ricerca – edizione 2013

## VARIABILI DI GENERE

Nascere di sesso femminile o maschile non è solo l'inizio di una vita caratterizzata da diverse strutture corporee e da differenti potenzialità riproduttive, ma rappresenta anche un'importante determinante per la salute umana.

È ormai noto che gli uomini sono mediamente più suscettibili ai tumori e alle infezioni, mentre l'incidenza delle patologie femminili è maggiore nelle malattie autoimmuni, nei disturbi dell'umore e del comportamento alimentare, nella fibromialgia e nelle sindromi associate.

Nello specifico:

- le donne diabetiche hanno un rischio più alto rispetto agli uomini diabetici di sviluppare patologie coronariche, ipertensione, obesità e dislipidemia;
- il cancro polmonare predilige localizzazioni periferiche nelle donne e quindi sviluppa più tardivamente una sintomatologia;
- le donne hanno una soglia del dolore più bassa e tale soglia è estrogeno-dipendente;
- le donne hanno una frequenza cardiaca più alta, anche durante il sonno;
- gli estrogeni sono neuro protettori;
- le donne recuperano prima dopo un ictus;
- le donne che vivono uno stress lavorativo cronico hanno più possibilità di sviluppare un diabete di tipo II.

<sup>1</sup> Un discorso a parte meritano le patologie cardiovascolari, che rappresentano comunque la prima causa di morte nel mondo occidentale per entrambi i sessi, ma la cui insorgenza è più precoce negli uomini. Le donne raggiungono questa non invidiabile parità con un ritardo di 10-15 anni, grazie all'azione cardioprotettiva degli estrogeni.

Le donne e gli uomini sono spesso **concentrati in determinate attività professionali o in diversi ruoli** e si trovano pertanto ad affrontare pericoli specifici riferiti a tali ambiti.

Le donne e gli uomini sono **fisicamente diversi**, non solo nella sfera riproduttiva: hanno condizioni di partenza, percezioni, stati di vulnerabilità differenti a causa della posizione relativa ai due generi nella società.

Le donne e gli uomini hanno differenti carichi **in ambito familiare**: le donne che svolgono una professione possono avere di fatto una duplice occupazione, sul posto di lavoro e a casa.

Donne e uomini possono avere **percezioni diverse di salute e di pericolo**, diverse forme di vulnerabilità ed esiti di salute.

Alcune differenze tra uomini e donne risultano essere rilevanti sia per la ricerca e sia per la pratica di salute e sicurezza:

**Differenze biologiche** (sessuali) dal punto di vista dell'apparato riproduttivo e della fisiologia (in particolare genetiche e ormonali);

**Differenze socio-ambientali** (di genere), dal punto di vista della percezione e dell'ambiente sociale circostante (fattori "contestuali")

Una differenza biologica per esempio è che le donne in età riproduttiva hanno una concentrazione di Cadmio (Cd) maggiore dei colleghi di lavoro uomini. Questo è dovuto ad una differenza biologica, avendo le donne più frequentemente una deficienza di ferro, e quindi una tendenza a un maggiore uptake (assorbimento ?) di Cd.

Durante la gravidanza, l'allattamento e in menopausa, le donne hanno livelli più elevati di Piombo (Pb) rispetto ai colleghi uomini. Anche questa è una differenza biologica dovuta alla demineralizzazione delle ossa, e al rilascio di Piombo libero con possibile rischio di intossicazione.

Anche per quello che riguarda il rischio della presenza degli inquinanti presenti negli ambienti di lavoro ci possono essere effetti diversi tra donne e uomini.

Il carico biologico (body burden) - Possibile penetrazione cutanea oltre all'inalazione regolamentata - per esempio, è spesso diverso tra uomini e donne. Esempi sono

il "body burden" per il piombo (più alto per i maschi),

per il cadmio (più alto per le femmine),

per il cobalto (più alto per le femmine),

per gli ftalati (più alto per le femmine),

per i difenilipolibromurati eteri (PBDE) (più alto per le femmine).

Alcune di queste differenze sono attribuibili a fattori biologici come per esempio le differenze nella percentuale di grasso nei tessuti di accumulo delle donne e degli uomini, mentre per altre la spiegazione non è nota.

In generale, nella valutazione del **rischio lavorativo chimico**, è necessario tenere presente che l'esposizione personale dipende da molteplici fattori che influenzano l'iter dei tossici nell'organismo umano, tra cui l'ambiente personale (dose disponibile), il contatto con la barriera corporea (cutanea, respiratoria, ingestione), la dose somministrata e/o assorbita o "uptake", la dose all'organo bersaglio (dose biologicamente attiva). Ci possono essere differenze tra donne e uomini lungo tutto questo iter.

Un'altra frequente differenza (*di genere*) è dovuta al diverso uso di **mezzi di protezione individuale**. Questi mezzi (es. maschere, guanti) sono spesso disegnati per lavoratori maschi, e non sono ergonomicamente (ed esteticamente) adatti per le donne.

Differenze di *genere* possono anche determinare differenti modalità di **assorbimento dei tossici**, come per esempio il tipo di abbigliamento, le condizioni della cute, l'uso di cosmetici, mezzi di rimozione dei tossici (lavaggio) dopo il lavoro, ecc. che spesso sono diversi tra uomini e donne.

Anche il **trasporto, il metabolismo e l'escrezione** dei tossici possono essere influenzati da fattori di sesso e di genere:

le donne hanno un peso medio più basso, una percentuale di grasso più alta, un volume plasmatico più basso e un flusso del sangue agli organi interessati più basso.

Gli ormoni sessuali (estradiolo e testosterone) influiscono in tutte queste fasi come è noto dalla sperimentazione farmacocinetica.

Il benzene per esempio è escreto sia per via respiratoria sia renale più lentamente nelle donne, e lo stesso vale per la *clearance* del tricloroetilene (TCE), che è più veloce tra i maschi, mentre la concentrazione nel sangue è più elevata tra donne.

Esistono quindi differenze nell'esposizione e negli effetti dei tossici tra maschi e femmine. Queste possono essere dovute sia a fattori biologici, sia a fattori di "genere" legate alle diversità nelle esposizioni e nei comportamenti.

I medici del lavoro hanno per anni studiato il lavoro a turni e il **lavoro notturno**. Nonostante ciò solo recentemente si è scoperto il ruolo del lavoro notturno come fattore di rischio per il tumore alla mammella. Infatti, secondo il recente rapporto dell'*International Agency for Research on Cancer*, (19) il lavoro notturno può essere considerato un "accertato" fattore di rischio per questo tumore.

L'evidenza epidemiologica accumulata è notevole, e il meccanismo d'azione, che coinvolge alterazioni ormonali dovute alle alterazioni del ritmo circadiano, è stato confermato.

Le implicazioni per la prevenzione sono ovviamente di grande rilevanza, dato che una forte percentuale di donne nel settore sanitario lavorano attualmente di notte.

Anche l'età e gli effetti della **menopausa** possono essere influenzati dalle condizioni lavorative.

Uno studio francese, condotto su 1.594 donne, ha mostrato che l'età precoce alla menopausa è associata a turni di lavoro troppo lunghi, lavoro pesante, lavoro stressante e fumo di sigaretta.

Altra priorità attuale per la ricerca sulle problematiche di genere in ambito occupazionale, è quella relativa a una **migliore conoscenza dei rischi** nelle nuove forme di lavoro quali il telelavoro, il lavoro interinale, il part-time, il lavoro flessibile ecc. dove sono spesso concentrate molte donne.

Molte di queste forme di lavoro atipico, possono essere sia a beneficio sia a danno della donna. I rischi sono meno ovvi dei benefici.

Il rischio principale è associato allo stress causato dalla **precarietà** e dall'**incertezza** caratteristica per queste forme di lavoro.

Per le donne è indispensabile la pianificazione e la prevedibilità del lavoro, altrimenti è impossibile mantenere quel labile equilibrio tra obblighi famigliari e obblighi lavorativi.

Per il momento, non sappiamo fino a che punto le nuove forme di lavoro incidano sulla salute fisica, psichica e sociale delle donne, né sui loro effetti sanitari e sociali a lungo termine.

Questo è sicuramente un argomento importante per future ricerche ma anche per i decisori delle politiche del lavoro.

Escluso l'apparato riproduttivo, altre sono le rilevanti differenze che emergono tra l'uomo e la donna e che possono influire significativamente sull'esito dell'analisi dell'esposizione al rischio.

(Come già sopra indicato. n.d.r.) Dal punto di vista dell'analisi biologica, le differenze relative alle dimensioni e al volume della struttura corporea, come il peso, la superficie, la percentuale di acqua, la composizione ossea, di certo rappresentano degli elementi di grande rilievo ai fini del metabolismo e della farmacocinetica dei tossici.

È difatti accertato ad esempio che per le donne l'esposizione a sostanze quali il benzene, il piombo, il cloro e l'etilene, sia maggiormente dannosa che per gli uomini, al di là del tempo specifico di gravidanza e allattamento, proprio a causa delle caratteristiche strutturali del genere femminile.

Se le **schede di rischio**, oggi presenti negli ambienti di lavoro, sono principalmente ancora tarate su di un lavoratore maschio di media costituzione, il dato certo dell'importanza, ad esempio, del maggiore o minore volume adiposo nella percentuale di rischio da assorbimento di sostanze nocive, quali ad esempio il DDT o la diossina, porta a valutare che il rischio di una tutela non adeguata e non attenta alle tipicità di genere, determini conseguenze di rischio o di danno rilevanti, prioritariamente per il mondo femminile, come nel caso specifico dell'assorbimento di sostanza, ma al contempo (valutando altri elementi) anche per quello maschile, nel caso il lavoratore non rientrasse nello standard previsto di "maschio medio" e, pertanto, di "lavoratore tipo", parametri fino ad oggi dati per scontati e per questo **sottovalutati nelle analisi di rischio al maschile**.

Un ulteriore elemento di differenziazione tra i generi, a potenziale rilevanza per quanto concerne la maggior esposizione a rischio correlato al lavoro, è la **statura**, generalmente inferiore quella delle donne nei confronti di quella degli uomini che, ponendole più vicine al terreno, giunge a comportare, in determinate lavorazioni, una maggiore intensificazione degli effetti delle vibrazioni sugli arti inferiori e superiori e, comunque, su tutto il corpo.

Seppure sono le vibrazioni ad alta e media frequenza che comportano maggior rischio, quella a bassa frequenza, presenti in genere nei mezzi di trasporto (settori oggi sempre più caratterizzati da popolazioni lavorative femminile), possono costituire una significativa fonte di rischio nel tempo, in quanto, colpendo il corpo intero della lavoratrice, strutturalmente più debole, determinano con più frequenza conseguenze di danno e inidoneità temporanee o, peggio, permanenti.

Correlando l'elemento del genere con l'elemento dell'**età**, evidenziando a pieno gli aspetti di grande positività che l'approccio a "matrice", previsto dal legislatore della riforma, di certo offre allargando gli ambiti di analisi, di approfondimento e, pertanto, di specifico intervento preventivo, ai fini dello sviluppo di una azione di tutela sempre più mirata e adeguata alla salvaguardia della salute e della sicurezza sul lavoro di ciascuna lavoratrice e lavoratore, non può di certo essere trascurata una necessaria particolare attenzione da dedicare alla fascia di età che va dai 40-50 anni.

Se rilevanti e necessari sono gli interventi da porre in essere nei riguardi della popolazione lavorativa al **maschile**, in specifico intorno alla soglia dei cinquant'anni, per una maggiore esposizione statistica ai rischi cardio-vascolari o da sindrome metabolica,

per la popolazione lavorativa al **femminile**, tale fascia di età rappresenta un periodo di grande cambiamento del corpo, sia dal punto di vista fisico sia psichico, determinando un nuovo e particolare rapporto con l'esposizione a specifiche fonti di rischio.

Ampiamente conosciute le conseguenze determinate dalle **alterazioni ormonali**, quali l'osteoporosi, causa di una rarefazione progressiva del tessuto osseo tale da rendendolo fragile e indebolito al punto di determinare spesso danni all'apparato muscolo-scheletrico, anche la riduzione progressiva del contenuto idrico, del volume e della elasticità del nucleo gelatinoso interposto tra le vertebre, utile nell'assorbire le sollecitazioni meccaniche che si creano tra le vertebre, rappresentano alcune delle sempre più frequenti cause, non solo di una maggior esposizione al rischio di micro-traumi ripetuti, ma più spesso di infiammazioni (osteoartriti) determinate da movimenti ripetitivi e rapidi o da sovraccarico a seguito di operazioni di trasporto, sostegno, sollevamento e spostamento di carichi.

Spostando l'attenzione invece a un'altra fascia di età, significativa per quanto concerne la tutela della salute per entrambi i generi, non si può (più) trascurare il periodo **dell'età fertile**.

Superando una considerazione miope che per troppo tempo ha attribuito il tema alla sola sfera del femminile in ambiente di lavoro..... I dati degli ultimi anni, in questo senso, parlano chiaro registrando un aumento (ancora comunque ampiamente sottostimato) di casi di infertilità al maschile e di casi di aborti spontanei pre-clinici al femminile.

Non essendo difatti considerata, nel primo caso, malattia professionale e, nel secondo, evento infortunistico, in entrambi i casi i giovani si trovano nella ingiusta condizione di essere portati a occultare in contesto lavorativo l'evento di danno.

Di accertata e confermata dannosità in questo senso ormai risultano alcuni fattori (ripro-tossici), quali l'esposizione a:

antiparassitari, pesticidi, gas anestetici, solventi (glicol eteri, solfuro di carbonio, toluene, glicoletilene, ossido di etilene), metalli (piombo, mercurio, manganese, nichel, cadmio), radiazioni ionizzanti, radiazioni elettromagnetiche, alcune sostanze chimiche come il benzene, e alcuni fattori quali il calore, il rumore, le vibrazioni e, da non trascurare, i potenziali effetti determinati dai fattori a carattere organizzativo come la fatica mentale, l'orario di lavoro (turni, lavoro notturno) e lo stress lavoro-correlato.

Su questo piano, più note, in quanto più facilmente conosciute perché immediatamente riconoscibili, seppur (purtroppo) ancora molto frequenti nelle lavorazioni, si distinguono le sostanze classificate secondo le seguenti frasi di rischio: R60, R61, R62, R63 <sup>11</sup>, per le quali, grazie a una consolidata e ampia diffusione info-formativa, hanno raggiunto una elevata "notorietà" di rischio tale da determinare un'allerta preventiva da parte di molte lavoratrici, in età fertile, sul posto di lavoro.

<sup>11</sup> Tali frasi di rischio si riferiscono a specifiche sostanze dannose per la fertilità. Sono classificate in: Sostanze note per gli effetti di danneggiamento della fertilità degli esseri umani (cat.1). Sostanze che dovrebbero considerarsi di danneggiamento della fertilità degli esseri umani (cat.2). Sostanze da considerarsi con sospetto per i possibili effetti di danneggiamento della fertilità degli esseri umani (cat.3). Per le sostanze che rientrano in queste categorie (Frase di Rischio: R60, R61, R62,R63), con gradazioni diverse, si hanno prove che stabiliscono un certo nesso causale tra l'esposizione della lavoratrice, la sostanza e un significativo calo della fertilità. Cfr. La lavoratrice in gravidanza, il rischio, la prevenzione e la tutela, INAIL, 2002

Rimanendo in tema di fertilità, una rilevante attenzione inoltre deve essere rivolta ai risultati di alcuni specifici studi che hanno messo in evidenza il rapporto tra il **rumore** e determinati effetti nocivi sull'apparato riproduttivo femminile (danni extrauditivi).

Sottoposta una popolazione lavorativa femminile a esposizione al rumore intermittente per due ore consecutive, sono stati registrati, nei casi più rilevanti, significativi aumentati di escrezione di ormone luteinizzante, disturbi mestruali e rilevante riduzione della fertilità, mentre, a seguito di esposizioni prolungate, si sono registrati casi di gastriti ed emorragie interne determinate da lacerazioni (ulcere) causate dalle oscillazione degli organi sospesi interni, sollecitati dalle onde (prodotte in costanza di rumore) infrante sui tessuti.

Con una specificità di genere, invece, ma a conseguenza di danno indifferenziata, si confermano i dati riferiti ai casi di **tumore lavoro-correlati**, rappresentando oggi la seconda causa di morte, dopo le malattie cardio-vascolari.

Se è difficile poter stipulare una statistica puntuale e precisa dei diversi casi, visto l'attuale non ancora adeguato sistema di raccolta dei dati e delle informazioni relative - tenuto conto anche della natura multi-fattoriale della patologia - certo è che

se per gli uomini i decessi per tumore del polmone, del colon-retto, dello stomaco e della prostata rappresentano circa il 60% dei casi di mortalità complessiva,

mentre per le donne, i tumori del seno, del polmone, del colon, e dello stomaco, rappresentano il 50% dei casi di mortalità complessiva, con un trend che vede,

per gli uomini, negli ultimi anni, una leggera ma costante inflessione,

non confermata invece per le donne, con dati in significativo aumento (pur essendo cresciute negli anni forme diverse di prevenzione e diagnosi precoce, mediante la diffusione di screening mammografico, promossi e previsti, seppur ad adesione volontaria, anche in alcune realtà lavorative, quali interventi di promozione alla salute nell'ambito di programmi di responsabilità sociale delle imprese).

Se nessuna causa oggi sembra confermarsi quale fonte certa di danno per i casi di tumore, in particolare per quelli al seno, per le donne-lavoratrici, negli ultimi anni si è registrata una rilevante conferma nella correlazione tra l'avvento della malattia e il ritardo della prima gravidanza o del non allattamento, entrambi fattori che oggi sempre più giungono a non risultare più così distanti e non correlabili con le inadeguatezze delle condizioni di lavoro e dei modelli organizzativi adottati dalle realtà lavorative, vista la mancata possibilità per le lavoratrici di poter agevolmente coniugare (come negli altri Paesi europei) scelte di vita (come l'aver una propria famiglia) e di lavoro (trovando non solo un'occupazione, e quindi una retribuzione, ma anche una propria realizzazione e soddisfazione in esso).

Un altro aspetto da non trascurare, tipico nei riguardi delle sole lavoratrici, è che da sempre le donne sono state adibite spesso a lavori che, oltre a essere considerati "leggeri", hanno richiesto una capacità minuziosa di controllo, di meticolosità o di predisposizione alla relazione.

Così, come per anni il settore tessile e calzaturiero ha visto impegnate popolazioni lavorative quasi completamente formate da personale femminile per la riconosciuta miglior capacità di poter svolgere certi **compiti di precisione** ("le rammendine" di storica memoria), oggi la situazione torna a ripetersi, come nel caso dell'analista di laboratorio o dei controlli qualità (a maggioranza femminile), dove le donne vengono a essere impiegate in lavori di precisione, ordine, meticolosità, curandone però solo, sul piano della valutazione dei rischi, gli aspetti "residuali" delle conseguenze di rischio di natura meramente fisico-meccanica, valutando le eventuali movimentazioni manuali dei carichi o la vista, ma trascurando ben più gravi fattori quali la ripetitività dei gesti, la monotonia, la postura, i ritmi, l'usura degli arti, la tensione, ma anche la solitudine prolungata, la minima possibilità di poter determinare o pianificare il proprio lavoro, la scarsa considerazione sociale della propria mansione, la limitata valorizzazione da parte dei propri superiori gerarchici, la retribuzione (effettiva) non equiparata a quella maschile.

Il continuo aumento del numero delle donne lavoratrici ha ripercussioni sui rischi occupazionali che, nelle indagini epidemiologiche più recenti, cominciano a manifestarsi diversamente. Le donne soffrono due volte di meno di infortuni sul lavoro ma due volte di più di malattie professionali.

Lo **stress**, dovuto soprattutto ai ritmi accelerati del lavoro, alla necessità di contenere i costi, alla maggiore precarietà del lavoro si unisce alla fatica di “tenere a mente” il lavoro e la casa, intesa soprattutto come cura dei figli, compito per ora poco alleviato dal contributo maschile.

Inoltre i livelli di malattie correlate allo stress sono circa il doppio per le donne rispetto agli uomini.

Molti fattori contribuiscono: sollecitazioni mentali e psicologico-emotive, carichi di lavoro pesanti, scarso controllo e autonomia sul lavoro, ambiguità e conflitti di ruolo, cattive relazioni all'interno dell'ambiente di lavoro, lavoro monotono, ripetitivo.

A lungo termine influenza lo stile di vita inducendo tabagismo, dipendenza da alcool o stupefacenti.

Per quanto riguarda le donne sono sempre più segnalati in letteratura rischi da stress per l'apparato riproduttivo, parti prematuri per eccessivo carico fisiologico, per stazione eretta prolungata, aumento dei decessi perinatali.

Il lavoro a turni è associato con irregolarità mestruali, disturbi della riproduzione, rischio di gravidanze complicate o a esito sfavorevole, disturbi del sonno.

Per quanto riguarda la dimensione specificamente di genere, si possono evidenziare ulteriori importanti differenze:

- le donne sono assorbite dal ruolo di **caregiver** e da quello di **shock absorber** della famiglia, perciò hanno minore disponibilità di tempo da dedicare ai mezzi di informazione e tutto ciò le porta a fruire meno delle campagne di prevenzione primarie e secondarie;
- la responsabilità della cura dei famigliari e la coesistenza di più lavori riducono il tempo libero delle donne limitando la possibilità di svolgere una regolare attività fisica, favorendo quindi l'insorgenza dell'obesità con tutte le sue conseguenze;
- il lavoro casalingo inoltre produce un gran numero di infortuni domestici (4.500.000 l'anno) di cui 8.000 mortali con una ripartizione donna/uomo del 65% e 35% rispettivamente (ISPESL - Osservatorio Epidemiologico Nazionale sulle condizioni di salute e sicurezza negli ambienti di vita);
- un altro fattore che non trova la giusta attenzione è la violenza. Violenza che non riguarda solo gli altri, ma ci coinvolge tutti poiché 6 milioni e 743 mila donne tra i 16 ed i 70 anni sono state vittime di una violenza (ISTAT) e tra i 16 e i 44 anni la violenza uccide più donne del cancro e degli incidenti stradali. Se noti sono gli esiti immediati della violenza, meno note sono le conseguenze a lungo termine che vanno ben al di là di quelle psichiatriche arrivando a minare anche la vita delle figlie e dei figli.

La prassi attuale (nell'affrontare la valutazione dei rischi e nell'individuare le misure di prevenzione e protezione n.d.r.), incentrata su un modello “neutro” risulta inadeguata a garantire l'applicazione delle norme e i vincoli introdotti dal D.Lgs. 81/08.

Evoluzione dell'approccio al Sistema Salute e Sicurezza sul lavoro:

**L'approccio legato all'adempimento** (DVR = rispetto formale della norma)

**L'approccio strategico classico** (miglioramento continuo per raggiungere lo stato di benessere psico-fisico e sociale, entro cui collocare la stima dei rischi e la pianificazione per ridurli. Necessita di una evoluzione nell'approccio “sensibile al genere”)

**Approccio sensibile al genere** (fondato sull'appropriatezza e sull'equità)

**Soggettività senza corpo. La genesi dell'identità maschile. (pag. 51)**

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

Da piccoli abbiamo scoperto di non avere giorni in cui non poter fare il bagno, crescendo non ci è stato chiesto se intendessimo fare figli in un colloquio di lavoro, in seguito non abbiamo dovuto rinunciare a opportunità di carriera per una gravidanza.

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

L'uomo non ha un corpo ingombrante: può prescindere nella costruzione del proprio progetto di vita e di realizzazione sociale, può fondare la sua autorevolezza etica sulla capacità di dominio del proprio corpo.

Nessuno ci chiederà mai se intendiamo avere figli per assegnarci un lavoro o proporci una progressione di carriera, nessuno ironizzerà sul nostro umore ipotizzando che sia attribuibile al nostro ciclo ormonale mensile, nessuno comparerà le nostre capacità professionali o politiche al nostro aspetto.

Una rappresentazione del *silenzio* del corpo come condizione di libertà è proposta nel testo delle Edizioni Paoline destinato alle giovani donne partecipanti a corsi prematrimoniali negli anni Cinquanta del secolo scorso:

[...] diversa è la psicologia maschile. Il destino dell'uomo è fisiologicamente invidiabile. Il suo equilibrio lo mette a un discreto riparo da disagi e da noie. Vive «in *quell'assoluto silenzio fisiologico che si chiama la salute*». Chi ne beneficia, *ignora, per anni, di avere un fegato, uno stomaco, degli intestini.*

Per giunta, la sessualità maschile, a differenza di quella femminile, rende cosciente della sua esistenza l'adolescente e il giovanotto solo attraverso sensazioni spontaneamente piacevoli. Dal punto di vista sociale, ad eccezione di grossi guai - importanti, d'accordo ma non continui come il servizio militare e quello in guerra - l'uomo, in apparenza, non trae che benefici dall'essere uomo. *La sua fisiologia non gli impedisce mai di attuare i suoi progetti*; tutti i posti nella società religiosa, politica, economica, sociale, gli sono teoricamente accessibili[...]. Sul piano strettamente fisico dell'amore, l'uomo ha tutti i vantaggi: ne prova i piaceri senza portarne il peso.[...] Ma l'uomo, sul piano spirituale, paga codesta condizione di favore con forte riscatto. Egli è molto più inclinato della donna all'egoismo, alle sensualità, al materialismo. [...] potrà anche desiderarla solo carnalmente, senza amore e senza tenerezza (Soubiran, pp. 46-47). [corsivi miei]

## Ridefinire lavoro e salute in ottica di genere (da pag. 42)

.... prima di qualsiasi discorso sul genere sia importante definire la salute e definire il lavoro.

Infatti la salute fino a oggi, malgrado lo sforzo nel 1948 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è stata concepita solo come salute fisica (maschile) e questa limitazione scientifica e socio-culturale ha portato a trattare solo alcune dimensioni di salute al lavoro (*women's integral health*) che incidevano nel corpo fisico lasciando da parte alcuni rischi specifici delle donne molto più legati alle dimensioni mentali e sociali del lavoro; un esempio per tutti il lavoro con impegno emotivo (relazione con bambini, anziani, con la morte, ecc.).

Ma anche il lavoro (*gender work*) necessita di essere definito soprattutto nel senso di lavoro formale e non formale, non retribuito (domestico) e retribuito, di lavoro regolare o irregolare, di lavoro legale o illegale (es. prostituzione, lavoro minorile), di lavoro delle immigrate, di lavoro precario o sicuro. Il lavoro e la sua precarietà, prevalentemente femminile, hanno una distribuzione per settore e una distribuzione orizzontale e verticale che vedremo successivamente. Non bisogna tuttavia tralasciare il fatto che il lavoro retribuito di per sé rappresenti comunque una condizione importante di salute ed emancipazione per le donne in tutto il mondo. La percentuale di donne che lavorano in un paese è considerato infatti elemento importante di progresso in una politica di genere equa.

Rilevante è il contesto sociale (*social context*) nel quale si affronta il problema del genere e del lavoro. È evidente che ogni Paese ha una sua storia, cultura e ha una condizione femminile diversa proprio in virtù di queste variabili socio-culturali ed economiche. Questo aspetto è stato determinante nei Congressi Internazionali sopracitati; infatti ognuno di essi ha riflesso i problemi di genere principali propri del contesto in cui si svolgeva, scoprendo e riscoprendo tuttavia, la trasversalità globale del problema femminile nel mondo. Gli indici relativi alla equità di genere (*gender inequality*) ci permettono da subito di capire come, ad esempio l'Italia, sia collocata a livello internazionale e quali siano gli aspetti più critici del *sottosviluppo di genere*.

All'interno di questo quadro si inserisce il carico del lavoro domestico (*unpaid work*) svolto da tutte le donne nel mondo, definito come lavoro non retribuito e affrontato come causa di inequità, malattia e infortunio, fino a considerare anche la violenza domestica come fattore di rischio.

In Italia siamo ancora lontani dalla produzione di dati relativi sia alle donne esposte sia al loro stato di salute. Eppure il lavoro domestico rappresenta un importante fattore di rischio, così come il lavoro domestico retribuito, e spesso, proprio nel caso delle donne, rappresenta una doppia esposizione (*double burden*) agli stessi fattori di rischio presenti nel lavoro retribuito e la causa per le donne di una doppia giornata di lavoro (*double working day*).

Sarebbe sufficiente questa constatazione per dichiarare le donne ad alto stress semplicemente per il numero di ore lavorate.

.....

Non è un caso che il documento della *European Occupational Safety and Health Agency* (OSHA-EU) su genere e lavoro (*Including gender issues in risk assessment*<sup>2</sup>) sottolinei che il bilanciamento casa-lavoro debba essere studiato e che interventi specifici debbano essere attuati proprio a favore di un bilanciamento compatibile con la salute. Questo sbilanciamento si conferma come dannoso per la salute delle donne.

Esistono, nel lavoro retribuito, dei settori di lavoro che sono storicamente di pertinenza quasi esclusivamente femminile e tra questi il lavoro di cura (*health care workers*).

Il 70% del personale sanitario è femminile, questo in quasi tutto il mondo, eppure i rischi professionali dovuti all'esposizione in questo settore non si ritrovano nelle malattie professionali, né si trovano studi sul problema degli infortuni dovuti a "relazioni" quali ad esempio quelli da aggressione in ospedale, a scuola, a casa.

Altro effetto è quello del *Burnout* (letteralmente la sindrome del bruciarsi), spesso citato ma poco studiato. Curare in ospedale come infermiera e essere l' "infermiera di casa" sono tipici compiti attribuiti alle donne e che le donne affrontano con un doppio burnout a tutt'oggi non stimato, ma che genera nella popolazione femminile un carico di sofferenza "invisibile" che si manifesta con la depressione (Reale E., 2008).

Non fa eccezione il lavoro di educare (**teaching work conditions**) anche questo quasi esclusivamente femminile e anche in questo caso la donna insegnante dei bimbi/e è anche l'insegnante di casa, anche qui doppio carico e doppio burnout in assenza di malattie professionali specifiche denunciate.

Proprio il tema Donne e depressione (**genderand depression**) è stato uno degli argomenti chiave del congresso di Zacatecas orientato a ricordare, non solo gli effetti diretti del lavoro, ma anche quelli legati ai conflitti tra le scelte familiari e quelle lavorative. Il *tetto di cristallo* nella carriera femminile viene riproposto anche nella difficoltà delle donne di dislocarsi geograficamente per migliorare la propria condizione di lavoro.

D'altro canto questi lavori tipicamente femminili nel mondo sono anche quelli che nelle società non hanno uno status (**gender labor status**) determinando nella sottovalutazione anche la sotto-retribuzione.

Sappiamo infatti che, in tutte le società, il lavoro femminile, quando retribuito, è sottopagato. Le differenze retributive (**gender salary gap**) a parità di lavoro raggiungono in Italia percentuali più elevate con un delta retributivo intorno al 20%.

Le donne subiscono una segregazione orizzontale e verticale, sono infatti sempre più istruite, svolgono sempre più spesso un lavoro retribuito, se non lo svolgono lo vorrebbero svolgere, ma sono collocate in una inferiore posizione giuridica, di segregazione verticale (**vertical gender segregation**) e di segregazione orizzontale per settori specifici, (**horizontal gender segregation**) e addirittura segregazione per azioni tecniche ripetitive che, a parità di posizione, sono meno pagate dei colleghi maschi.

Il lavoro femminile vive nella (r) monotonia e ripetitività sul lavoro (**monotony at work**), anche qui per quella atavica accettazione che nella differenza di genere la donna possa essere portata "per natura" alla maggiore pazienza/capacità per svolgere questi compiti (tra gli esempi più recenti i "call center").

Ma ecco di nuovo nascere la doppia esposizione anche nel lavoro legato ai piccoli muscoli delle mani.

Le (s) malattie osteo-articolari, (**musculoskeletal disorder**) non rappresentano una novità, ma una novità sarebbe ricondurre la sua prevalenza tra le donne nella doppia esposizione lavorativa e domestica.

Le donne operaie sono maggiormente a rischio così come le casalinghe ma la doppia esposizione ancora non è stata stimata anche se alcuni passi avanti nella sua conoscenza si intravedono (Mattioli S., Baldasseroni A., Curti S., Cooke RM., Mandes A., Zanardi F., Buiatti E., Campo G., Violante FS., 2009).

Ma oltre all'aspetto di disparità di presenza nei settori produttivi, di segregazione orizzontale e verticale esiste anche un problema di genere nella semplice progettazione ovvero di (t) ergonomia (**gender ergonomics**). Sempre più donne sono coinvolte in settori che prima erano di esclusiva pertinenza maschile e in questi casi vengono denunciate condizioni di lavoro che non tengono conto delle differenze di genere legate agli utensili, ai dispositivi individuali di protezione, alla posizione di lavoro spesso in piedi per tutto il turno.

Esiste inoltre un lavoro femminile in (u) contesti lavorativi quasi esclusivamente maschili (**problem in masculine work**) dove le donne sono esposte a maggiore rischio di (v) molestie sessuali e violenza (**violence and sexual harrassment**) (es. piattaforme petrolifere, guidatrici di autoveicoli, servizio militare, ecc.) o a elevati carichi di lavoro come nelle costruzioni.

Un capitolo a parte, trattato solo a livello internazionale, è quello della (w) **prostituzione** (**sex workers**), delle relative violenze e infezioni e quello (x) del lavoro infantile (**child labour**) che spesso è legato alla prostituzione ma anche al lavoro nei campi e al lavoro domestico.

## La medicina dei generi (pag. 60)

Un rischio a cui è doveroso fare attenzione è che la medicina di genere diventi sinonimo di salute della donna. Segnalare che la scienza medica abbia sinora valutato solo il punto di vista maschile della salute e della malattia, non significa che la si debba ribaltare dal punto di vista femminile.

Fin dalla vita intrauterina gli uomini lottano per sopravvivere: la percentuale di feti maschi abortiti è nettamente maggiore e hanno un rischio più alto di sofferenza durante lo stress del parto.

A qualsiasi età gli uomini sono esposti a una maggiore mortalità: morti violente e suicidi nella giovane età, patologie cardiovascolari nell'età adulta più precoci che nelle donne, maggiore incidenza e peggiore prognosi nelle malattie tumorali e, infine, il primato femminile nei disturbi dell'umore potrebbe in parte essere dovuto alla difficoltà maschile di riconoscere ed esprimere un disagio psichico.

Vero è che le donne vivono più a lungo, ma la qualità della loro salute è meno brillante rispetto agli uomini: dolore cronico, depressione, ansia, sindrome del colon irritabile, stanchezza, cefalea, tiroiditi, artrite reumatoide, non sono certo dei buoni compagni di vita. E le percentuali femminili di prevalenza rispetto agli uomini sono impressionanti: 500% in più di patologie della tiroide, 123% in più delle cefalee, 300% in più di artrite reumatoide, 138% in più di depressione.

È questo il cosiddetto "paradosso femminile", ovvero le donne hanno una speranza di vita maggiore, ma la loro qualità di vita è peggiore.

La medicina di genere è un'ottica che ha fatto una gran fatica a nascere e lotta ancor più strenuamente per crescere; ne consegue che gli studi scientifici sulla fisiopatologia delle differenze sessuali in salute e malattia rappresentano un insieme di informazioni non ancora ben consolidate e armonizzate, anche se quantitativamente rilevanti.

Un dato, però, sembra essere ormai acclarato: le differenze di genere della salute umana possono essere in parte spiegate dalla differente natura delle risposte fisiologiche allo stress. La comprensione di questi diversi meccanismi necessita di un passo indietro, verso l'origine della vita umana.

## La gender blindness nella ricerca medica (pag. 81)

Storicamente il corpo maschile è stato sempre considerato "normale" e questo ha determinato il fenomeno noto come "pregiudizio di genere" di cui si è preso atto solo nel 1991 quando Bernardine Healy, il primo direttore donna del *National Institute of Health*, evidenziò che le donne con infarto del miocardio erano curate meno rispetto agli uomini (Healy BN., EnglJ., 1991). La *gender blindness* inoltre si evidenzia nell'esclusione delle donne dagli studi preclinici e clinici (Meinert CL et al., 2000).

Pertanto, i dati provenienti dallo studio del maschio sono stati trasferiti alle donne, dimenticando che la biologia femminile può influenzare in maniera specifica lo sviluppo e la progressione delle malattie (Pinn., 2003; Sen G. et al., 2002).

Non bisogna poi dimenticare il cosiddetto "*gender identification bias*" (Holmes DJ e Hitchcock CL., 1997).

In passato, i ricercatori, i medici e chi era deputato alla scelta dei progetti da finanziare erano quasi tutti maschi (Zuk M., 2002) e questo ha influenzato la scelta dei temi di ricerca, gli *outcomes* e l'interpretazione dei risultati (MacCoun RJ., 1998; Robinson ME e Wise EA Pain., 2003).

Aree di criticità e svantaggio delle donne si evidenziano, anche, nell'ambito delle sperimentazioni di farmaci per patologie non specificamente e tradizionalmente femminili dove si osserva una "inappropriatezza rappresentativa" o una "sottorappresentazione" delle donne.

Il dosaggio dei farmaci è in genere misurato sugli uomini (di peso di 70 kg) senza considerare le variabili al modello maschile: la differenza di dimensione, di composizione corporea, il diverso metabolismo, la diversa eliminazione determinano variazioni dei parametri farmacocinetici, ossia un diverso modo in cui il farmaco viene assorbito, distribuito, metabolizzato ed eliminato (Franconi et al al., 2007). Diversità sono presenti anche a livello farmacodinamico, ossia nel modo in cui il farmaco agisce.

Ancora oggi, in presenza di evidenze scientifiche della specificità del corpo femminile, le donne sono generalmente incluse (ove lo siano) nella fase III dell'arruolamento della sperimentazione, ma non nella fase I e nella fase II della sperimentazione (fasi importanti per stabilire il dosaggio, gli effetti collaterali e la sicurezza nell'uso di farmaci).

La mancanza di studi specifici sulle donne, soprattutto nelle fasi precoci della ricerca, non solo non permette di misurare la reale efficacia dei farmaci su di loro, ma potrebbe avere anche limitato l'identificazione di farmaci specifici per le donne (Holdcroft A., 2007).

Questo senza contare i rischi che nascono dalla mancata attenzione alla specificità di genere da parte della ricerca farmacologica. Solo a titolo esemplificativo ricordiamo che le donne vanno più incontro a reazioni avverse da farmaci, reazioni che fra l'altro sono più gravi (Franconi F. et al., 2007). In particolare, le reazioni avverse ai farmaci sono 1,7 volte più frequenti nelle donne che negli uomini (Pirmohamed M. et al., 2004; Montilla S. et al., 2008).

Alle reazioni avverse sono anche da imputarsi un maggior numero di ricoveri ospedalieri (59% nelle donne) (Pirmohamed et al, 2004). Le differenze riscontrate nell'ambito farmacologico possono estendersi a tutti gli xenobiotici e quindi agli inquinanti ambientali e a quelli presenti nell'ambiente di lavoro (Franconi F. et al., 2007).

### **La nascita della medicina di genere in Italia (pag. 83)**

In Italia, seppur lentamente, la salute e la medicina di genere stanno nascendo, ma si pensi che negli USA la *Food and Drug Administration* (FDA) ha attualmente un ufficio che si occupa specificamente della salute delle donne e della loro partecipazione ai *trials* clinici<sup>5</sup> e che l'OMS ha organizzato un Ufficio "*Women's Health and Gender Mainstreaming*".

Ma torniamo al nostro paese.

Nel **1999** è nato il gruppo di lavoro "Medicina Donna Salute" che ha dato un contributo fondamentale all'individuazione della tematica "genere" nel nostro paese.

Nel **2005** è stato istituito dal sottosegretario alla Salute On. Elisabetta Alberti Casellati un tavolo tecnico con la partecipazione dell'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l'Agenzia Servizi Regionali Sanitari (ASSR), l'Università di Sassari e la Società Italiana di Farmacologia per formulare le linee-guida sulle sperimentazioni cliniche e farmacologiche con un approccio di genere.

Nella primavera del **2008** è stato pubblicato dal Ministero della Salute il rapporto "Lo Stato di Salute delle Donne in Italia" mentre, nel dicembre dello stesso anno, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha elaborato e pubblicato il rapporto dal titolo "La Sperimentazione Farmacologica sulle Donne" che riprende molti dei suggerimenti già presenti nel capitolo "Approccio di genere alla salute" presente nel rapporto in precedenza segnalato.

Sempre nel 2008, l'AIFA ha introdotto l'equità uomo/donna tra i criteri della Commissione di valutazione degli Accordi di Programma per l'assegnazione di finanziamenti alle industrie che investono in Italia nell'ambito della ricerca farmacologica. Sempre l'AIFA, nell'ambito della ricerca indipendente sui farmaci, ha proposto temi relativi alla salute della donna.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha finanziato progetti strategici dedicati alla salute della donna, uno dei quali - quello coordinato dall'ISS - prevede unità dedicate alla medicina del lavoro, alle malattie iatrogene, e alla produzione di linee guida che considerano anche il ruolo sociale.

Un ruolo chiave nel promuovere l'ottica di genere in relazione alla salute è stato svolto dalle società scientifiche, molte delle quali si sono dotate di apposite sezioni che hanno contribuito alla diffusione della cultura di genere.

In conclusione, è importante sottolineare che alla fine del 2009 saranno diplomati i primi due dottorati in Farmacologia di Genere, dottorato istituito presso l'Università di Sassari.

Dottorato che si propone di formare esperti in questo specifico ambito con lo scopo di arrivare alla cura più appropriata considerando il genere.

selezione a cura di Gabriello Palagi e Stefania Gnaldi - Ottobre / Dicembre 2014