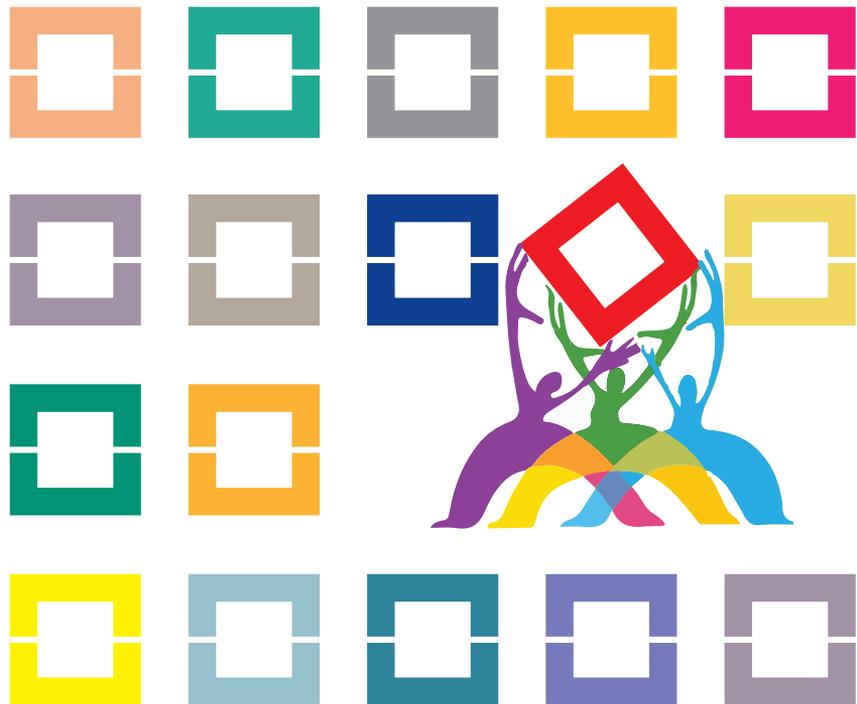


20
22

AZIENDE SANITARIE
di BOLOGNA

BILANCIO DI ERENGA



Bilancio di Genere

delle Aziende sanitarie di Bologna

Duemila*ventidue*

IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
Policlinico di Sant'Orsola

Azienda USL di Bologna IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche

IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli

BILANCIO di **GENERE**

Aziende Sanitarie di Bologna

Comitato Scientifico

Paolo Bordon, Direttore Generale - Azienda USL di Bologna

Anselmo Campagna, Direttore generale - IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli

Chiara Gibertoni, Direttore Generale - IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

Milena Fini, Direttrice Scientifica - IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli

Marco Seri, Direttore Scientifico - IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

Raffaele Lodi, Direttore Scientifico - IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche

Sabrina Colombari, Presidente Comitato Unico di Garanzia - Azienda USL di Bologna

Lorena Landi, Presidente Comitato Unico di Garanzia - IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

Elisa Porcu, Presidente Comitato Unico di Garanzia - IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli

Benedetta Siboni, Università degli Studi di Bologna

Paola Canestrini, Università degli Studi di Bologna

Iniziativa promossa dai Comitati Unici di Garanzia delle aziende sanitarie bolognesi

Grazie a Benedetta Siboni e Paola Canestrini, guide preziose per la realizzazione di questo primo bilancio di genere delle aziende sanitarie bolognesi.

BILANCIO di **GENERE**

SOMMARIO

PRESENTAZIONE	8
PREFAZIONE	10
Sezione 1 - IDENTITÀ DELLE AZIENDE e CONTESTO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO	13
Sezione 2 - LA TUTELA DELLE PARI OPPORTUNITÀ NELLE AZIENDE SANITARIE	19
Sezione 3 - LE PERSONE	27
Sezione 4 - LE PRESTAZIONI EROGATE E I COSTI DI PRODUZIONE	45
CONCLUSIONI	73
REGOLAMENTAZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ	85
RINGRAZIAMENTI	92

PRESENTAZIONE

Presentazione a cura di:

Luca Rizzo Nervo

Assessore con deleghe a welfare e salute, nuove cittadinanze, fragilità, anziani, disabilità del comune di Bologna.

La redazione del primo Bilancio integrato di genere delle Aziende Sanitarie di Bologna è un'ottima notizia per molte ragioni. Innanzitutto ancora una volta le istituzioni sanitarie di Bologna decidono di essere avanguardia ed esempio, non solo in ambito clinico e assistenziale, per il resto del Paese. Infatti sono ancora assai poche, troppo poche, le istituzioni pubbliche che si sono date questo strumento di lettura della propria organizzazione e dei propri servizi secondo una visuale di genere e ancor meno sono le Aziende sanitarie che hanno fatto questa scelta.

Una scelta che è una chiave di volta per conoscere in modo approfondito, come premessa per interventi e iniziative tese a garantire l'equità e l'efficacia nei servizi sanitari offerti alle persone di ogni genere. Nel riconoscimento delle differenze e delle specificità. Nella ricerca di un approccio alla cura che, per essere davvero personalizzato, non può non tenere nella massima considerazione le diversità dei bisogni, delle attese, dei carichi di cura che differenziano i diversi generi, che possono essere influenzate da fattori biologici, sociali ed economici unici.

In un mondo in cui le disuguaglianze di genere persistono in molteplici sfaccettature della società, è fondamentale affrontare anche questa dimensione nel settore della salute. Il bilancio di genere si propone di analizzare e comprendere le disparità di salute tra uomini e donne, non solo negli esiti sanitari, ma anche nelle cause sottostanti, nei determinanti sociali e nelle risposte del sistema sanitario.

In secondo luogo, il bilancio di genere mette in luce le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e nella qualità dell'assistenza ricevuta. Le barriere di accesso possono essere di vario genere, tra cui la mancanza di informazioni adeguate, la distanza geografica dai servizi sanitari, i costi elevati e le discriminazioni di genere all'interno del sistema sanitario stesso. In molti contesti, le donne sono svantaggiate rispetto agli uomini nell'accesso a cure di qualità e a interventi sanitari efficaci.

Un altro aspetto cruciale del bilancio di genere nell'ambito sanitario è la rappresentanza delle donne nei processi decisionali e nella leadership sanitaria.

È ampiamente riconosciuto che la presenza di donne nei ruoli decisionali porta a una maggiore attenzione alle questioni di genere e a politiche più inclusive alle esigenze, non solo delle donne, ma di tutti. Eppure siamo ancora ben lontani, anche in ambito sanitario da una parità di opportunità, sia in relazione al persistente gender pay gap sia in relazione all'organizzazione dei servizi, sia relativamente all'accesso a responsabilità dirigenziali apicali. Questo pur in un quadro di netta prevalenza femminile tra i dipendenti delle Aziende sanitarie e nei percorsi di formazione e specializzazione.

Pertanto, promuovere la partecipazione e la leadership femminile nel settore sanitario è essenziale per garantire una prospettiva di genere in tutti gli aspetti della pianificazione, dell'erogazione e della valutazione dei servizi sanitari.

Ancora, il bilancio di genere nell'ambito sanitario implica un approccio integrato che considera l'impatto delle disuguaglianze di genere su tutta la catena di valore della salute, dalla prevenzione alla cura, dalla promozione alla riabilitazione. Ciò significa adottare politiche e programmi che affrontino le radici profonde delle disuguaglianze di genere, come le molestie e la violenza contro le donne, la conciliazione fra lavoro di cura non pagato e impegni lavorativi, ancora clamorosamente sbilanciato sulle spalle delle donne, e le norme culturali discriminatorie. Infine affrontare le disuguaglianze di genere nell'ambito sanitario può portare a una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse e a una maggiore sostenibilità a lungo termine del sistema sanitario.

In conclusione, il bilancio di genere nell'ambito sanitario è un imperativo etico e una necessità pratica per garantire un accesso equo e una qualità paritaria nell'assistenza sanitaria per tutti. Richiede un impegno collettivo per riconoscere, comprendere e affrontare le disuguaglianze di genere in modo da promuovere la salute e il benessere di ogni individuo, indipendentemente dal genere.

Un impegno collettivo che nella redazione di questo bilancio di genere è stato garantito, a partire dal prezioso lavoro dei Comitati Unici di Garanzia delle tre Aziende coinvolte, che voglio ringraziare.

La lettura di questi dati e di queste analisi saranno utili riferimenti per una programmazione sanitaria e sociosanitaria consapevole e ambiziosa nell'affrontare con determinazione le ancora molte situazioni di disuguaglianza e disparità presenti.



Luca Rizzo Nervo

ASSESSORE

PREFAZIONE

PRESIDENTI CUG

IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI BOLOGNA
AZIENDA USL DI BOLOGNA IRCCS ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE
IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

I “Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni del lavoro” (CUG) delle tre Aziende sanitarie bolognesi da oltre un quinquennio cooperano attivamente anche declinando, congiuntamente, il Piano delle Azioni Positive ed il Piano per l’Uguaglianza di Genere. La scelta di IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Azienda USL di Bologna – IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, di mettere a fattor comune le politiche per la promozione della parità e del benessere lavorativo ed il contrasto ad ogni forma di discriminazione è stata dettata dalla volontà di creare sinergie ed economie di scala e migliorare, così, l’efficienza e l’efficacia negli interventi.

Questa collaborazione consolidata tra i CUG ha condotto alla decisione di realizzare, congiuntamente, il primo Bilancio di Genere, per offrire a tutti gli stakeholders una lettura unitaria e comparata circa l’impiego delle risorse, le prestazioni erogate e le politiche sul personale, lette attraverso la lente del genere.

Dare conto del modo in cui le Aziende sanitarie hanno realizzato i propri impegni è un dovere che risponde ad una logica di responsabilità, di trasparenza amministrativa, gestionale, strategica ed economica.

In questa ottica i CUG, il cui mandato normativo è garantire, nell’ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, tutela contro le discriminazioni ed il mobbing nonché l’assenza di qualunque forma di violenza fisica e psicologica, monitorano annualmente la condizione lavorativa del personale dipendente, con

¹ World Health Organization (2019). *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*, Human Resources for Health Observer Series No. 24, Geneva.

² World Health Organization and International Labour Organization (2022). *The gender pay gap in the health and care sector. A global analysis in the time of COVID-19*.

particolare attenzione agli aspetti legati alla carriera ed alla retribuzione di donne e uomini nelle aziende sanitarie. La letteratura segnala come siano ancora presenti, nelle organizzazioni sanitarie, fenomeni di segregazione orizzontale e verticale, differenze di genere nei percorsi di sviluppo professionale e nelle retribuzioni (c.d. gender pay gap o divario retributivo di genere).

Come mostra il report *Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce*¹, i progressi sulla parità di genere nelle organizzazioni sanitarie variano a seconda dei Paesi e dei settori professionali ma, complessivamente, il 69% delle organizzazioni sanitarie è diretto da uomini e l'80% dei posti di leadership è occupato da uomini.

Il report *The gender pay gap in the health and care sector. A global analysis in the time of COVID-19*² evidenzia come non esista altro settore professionale con una disparità retributiva uomo-donna così marcata come quello sanitario e come la grande parte del gender pay gap nel settore sanitario assistenziale resti "inspiegabile" con i dati disponibili.

Il Bilancio di Genere offre quindi, oltre ad una rendicontazione di genere delle prestazioni erogate e delle risorse impiegate, un dettagliato resoconto della condizione del personale letta attraverso le differenze tra dipendenti donne e uomini, che costituirà una valida base informativa a supporto di politiche del personale sempre più attente alla parità di genere.

LORENA LANDI

IRCCS Azienda Ospedaliero
Universitaria di Bologna

SABRINA COLOMBARI

Azienda USL di Bologna
IRCCS Istituto delle Scienze
Neurologiche

ELISA PORCU

IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli



IDENTITÀ DELLE AZIENDE e CONTESTO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO



Azienda USL di Bologna IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche (Ausl)

Ausl di Bologna è un ente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che ha come scopo la promozione e la tutela della salute, individuale e collettiva, della popolazione residente (oltre 880.000 abitanti) e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, corrispondente a 35 Comuni della Città metropolitana di Bologna (sono esclusi 10 Comuni della Città metropolitana che corrispondono al Nuovo Circondario Imolese e fanno riferimento all'Ausl di Imola), garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come stabilito dalla legislazione nazionale e regionale. Inoltre, l'Ausl concorre alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna (SSR-ER), anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali degli enti locali di pertinenza per quanto espressamente previsto o delegato. Infine, Ausl promuove l'innovazione tramite la ricerca e lo sviluppo, collaborando strettamente con le attività formative delle università.

La sua articolazione territoriale comprende 6 Distretti di Committenza e Garanzia, mentre il modello ordinario di gestione è basato sulla suddivisione in Dipartimenti che comprendono Unità operative complesse e semplici e Programmi, preposti alla produzione ed erogazione di prestazioni e servizi omogenei e all'utilizzo delle risorse a tal fine attribuite. L'Ausl è presente capillarmente sul territorio, attraverso 9 stabilimenti ospedalieri, 19 Case di Comunità e 68 poliambulatori che garantiscono l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie da quelle di base a quelle di più elevato livello specialistico.

La struttura organizzativa di Ausl è inoltre integrata dall' 'Istituto delle Scienze Neurologiche' (ISN), riconosciuto dal Ministero della Salute quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Gli IRCCS perseguono, nell'ambito del loro ambito di specializzazione, finalità di ricerca scientifica, innovazione e didattica, valorizzandone i contenuti di trasferibilità alle attività di assistenza e di cura ed assicura altresì attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. ISN è parte integrante del SSR-ER e valorizza l'attività di ricerca mediante stretta collaborazione con l'Università di Bologna e attraverso la rete nazionale degli istituti di ricerca delle neuroscienze e neuro-riabilitazione.

L'assetto istituzionale di Ausl è rappresentato da:

- a. Direzione Generale, composta da Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo
- b. Collegio di Direzione;
- c. Collegio Sindacale;
- d. Consiglio Indirizzo e Verifica dell'IRCCS;
- e. Direttore Scientifico dell'IRCCS;
- f. Direzione delle Attività Socio-Sanitarie;
- g. Direzione Assistenziale;
- h. Altri organismi aziendali, quali: Comitato Tecnico Scientifico dell'IRCCS; CUG; Organismo Aziendale di Supporto all'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale ³ (OAS); Comitato Etico ⁴ (CE); Comitati Consultivi Misti (CCM); Comitato Utenti Familiari e Operatori - Salute Mentale.

³ La Regione Emilia-Romagna ha istituito l'Organismo Indipendente di Valutazione unico per tutte le Aziende del Sistema Sanitario regionale (OIV-SSR). Per garantire all'OIV-SSR il necessario supporto nello svolgimento delle proprie funzioni e la disponibilità di informazioni specifiche relative alle aziende del SSR, ogni Azienda sanitaria deve istituire un Organismo Aziendale di Supporto (cd. OAS)

⁴ Tutte e tre le Aziende sanitarie si avvalgono del Comitato Etico di Area Vasta Emilia Centro, che esplica le proprie funzioni volte a garantire uno sviluppo organico e costante di studi, sperimentazioni cliniche di medicinali per uso umano, ricerche, formazione, referenze scientifiche e consulenze a favore delle Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana di Bologna e della Provincia di Ferrara.

IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

AOU è un'organizzazione integrata del SSN per la salute e la ricerca, finalizzata a rispondere ai bisogni di salute attraverso assistenza sanitaria altamente specializzata, ricerca clinica e traslazionale e percorsi formativi. AOU è infatti sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna. Per le sue specialità mediche, attrae pazienti a livello locale, regionale e nazionale con situazioni cliniche complesse. La ricerca è parte integrante del mandato e della mission di AOU, che infatti è riconosciuta dal Ministero della Salute come IRCCS in due ambiti di ricerca: (a) l'assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico e (b) la gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche.

AOU si colloca in un unico complesso ospedaliero, composto da diversi edifici che occupano un'area di circa 1,8 Km con una superficie lorda complessiva pari a 386.982 m². L'attività attualmente si sviluppa su 32 padiglioni di cui 23 dedicati ad attività di assistenza e ricerca. La struttura organizzativa di AOU si sviluppa mediante i Dipartimenti ad Attività Integrata, che permettono l'organizzazione trasversale per percorsi e per attività omogenee e le linee di ricerca. I Dipartimenti sono costituiti da Strutture complesse, Strutture semplici e Programmi. L'organizzazione interna è strutturata in Dipartimenti ad attività integrata, ospedaliera e universitaria. Questa tipologia di organizzazione consente di assicurare l'esercizio delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, cui afferiscono le 87 unità operative.

L'assetto istituzionale di AOU è rappresentato da:

- a. Direttore Generale;
- b. Direttore Scientifico;
- c. Direttore Sanitario;
- d. Direttore Amministrativo;
- e. Direzione delle Politiche del Personale e Governo delle Professioni Sanitarie e del Personale di Supporto;
- f. Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- g. Collegio di Direzione;
- h. Collegio Sindacale;
- i. Altri organismi collegiali, quali: CE, CTS, OAS, CUG, CCM, Comitato dei Garanti e Organismo Paritetico.

IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli

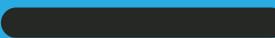
IOR è un istituto ad indirizzo ortopedico-traumatologico che opera in tale campo quale IRCCS pubblico. È un ente del SSN a rilevanza nazionale e parte integrante del SSR-ER nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza, ricerca e formazione. In Emilia-Romagna è hub regionale per alcune funzioni (ad es., ortopedia oncologica, chirurgia vertebrale, ortopedia pediatrica, revisione e sostituzione di protesi, malattie rare osteo-articolari) ed è centro di riferimento per metodiche innovative quali la medicina rigenerativa nonché la Banca regionale del tessuto muscolo-scheletrico, il Registro dell'Implantologia Protesica Ortopedica e il Registro degli espianti.

IOR partecipa altresì al sistema della ricerca nazionale e internazionale ed è un punto di riferimento nazionale per l'oncologia muscolo-scheletrica e vertebrale. Inoltre, IOR è sede ulteriore della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna per le attività di ricerca e didattica connesse all'ortopedia e alla medicina fisica e riabilitativa.

La sua sede principale è a Bologna, costituita da un ospedale, un centro di ricerca e strutture di servizio all'interno del parco circostante. Gestisce altresì un reparto di ortopedia e traumatologia presso l'ospedale di Bentivoglio (BO) e il polo ortopedico-riabilitativo presso l'ospedale di Argenta (FE). Inoltre, ha un Dipartimento a Bagheria, in Sicilia, dove svolge ricoveri e attività ambulatoriali.

L'assetto istituzionale di IOR è rappresentato da:

- a. Direttore Generale;
- b. Direttore Scientifico;
- c. Direttore Amministrativo;
- d. Direttore Sanitario;
- e. Direttore del Servizio di Assistenza Infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione;
- f. Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- g. Collegio Sindacale;
- h. Collegio di Direzione;
- i. Altri organismi collegiali, quali: CTS, OAS, CE, CCM, CUG.



la TUTELA DELLE PARI OPPORTUNITÀ NELLE AZIENDE SANITARIE

Le figure preposte

COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG)

In base al D.Lgs. 165/2001, così come modificato dall'art. 21 della L. 183/2010, le amministrazioni pubbliche devono costituire al proprio interno l'organismo denominato "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG), che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i Comitati per le pari opportunità e i Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni ad essi assegnate.

Il CUG ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi. La/il Presidente del CUG è designato dall'amministrazione. Il mandato dei membri del CUG è quadriennale e la sua istituzione avviene mediante selezione delle candidature il cui profilo risulta maggiormente aderente alle caratteristiche necessarie allo svolgimento delle funzioni di componente CUG.

Le principali funzioni sono garantire l'eliminazione di ogni forma di discriminazione e molestia e promuovere un ambiente di lavoro inclusivo, rispettoso e favorevole al benessere dei dipendenti. Il CUG ha tre compiti principali: proporre azioni positive e politiche per il benessere dei dipendenti, fornire consulenza su questioni organizzative e valutare i risultati delle iniziative relative al Piano di Azioni Positive e il rispetto della non discriminazione.

[AUSL](#) e [IOR](#) hanno istituito i rispettivi CUG nel 2011 ed [AOU](#) nel 2016.

Tra i compiti propositivi del CUG rientrano la formulazione del Piano di Azioni Positive (PAP), il Piano per l'Eguaglianza di Genere (GEP) e la redazione del Bilancio di Genere. Dal 2016, i CUG di Ausl di Bologna, AOU e IOR hanno avviato una costruttiva integrazione al fine di uniformare iniziative e comportamenti nei confronti dei dipendenti della sanità cittadina in modo da pianificarle congiuntamente. Il presente documento è il risultato di questa costruttiva integrazione, insieme al PAP e al GEP.

CONSIGLIERE DI FIDUCIA

Accanto ai CUG, può essere nominato il/la Consigliere di Fiducia. Si tratta di una figura non obbligatoria nell'ordinamento italiano, prevista per la prima volta nella Raccomandazione della Commissione Europea 92/131 del 27 novembre 1991, relativa alla Tutela della dignità delle donne e degli uomini e dalla risoluzione A3-0043/94 del Parlamento Europeo.

La figura del Consigliere di fiducia è nominata con incarico fiduciario dalla Direzione su base volontaria e previo parere del CUG tra persone che possiedano documentata esperienza umana e professionale. È incaricata di fornire consulenza ed assistenza a tutte le persone che lavorano, a qualunque titolo, nelle strutture aziendali e che si ritengono oggetto di discriminazioni, molestie, mobbing o conflittualità sul luogo di lavoro. Svolgono inoltre, di concerto con il CUG, interventi di informazione, formazione e sensibilizzazione finalizzati a prevenire discriminazioni o molestie e favorire il benessere di lavoratori e lavoratrici. Detto incarico ha durata quadriennale, è rinnovabile e può essere revocato, con comunicazione motivata dalla Direzione.

Nel 2011 è stata costituita una rete metropolitana dei Consiglieri di fiducia cui hanno aderito nel corso del tempo [Ausl di Bologna](#)⁵, AOU, IOR, Ausl di Imola, Comune di Bologna e Città Metropolitana di Bologna.

Attualmente la rete è composta da 18 Consiglieri di fiducia il cui operato è definito dal Codice di condotta delle rispettive amministrazioni.

⁵ <https://www.ausl.bologna.it/pro/consiglieri-di-fiducia>

Programmare gli interventi

PIANO AZIONI POSITIVE (PAP)

Le azioni positive sono interventi mirati ad eliminare le barriere che impediscono le pari opportunità. Ai sensi dell'art. 48 del D.Lgs. 198/2006, le pubbliche amministrazioni devono sviluppare e adottare un proprio Piano triennale di Azioni Positive (PAP) volto a garantire pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa, nella formazione professionale e nei casi di mobilità; promuovere il benessere organizzativo e una migliore organizzazione del lavoro che favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata; promuovere all'interno dell'amministrazione la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione. Il PAP quindi ha carattere generale, comprendente ad esempio interventi volti a migliorare il benessere organizzativo e azioni relative alle persone con disabilità, non specifico sulle disparità di genere.

La mancata adozione del PAP comporta il divieto di assunzione di nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette (art. 6, co. 6, D.Lgs. 165/2001); inoltre, l'inadempienza rileva ai fini della valutazione della performance organizzativa complessiva dell'amministrazione e della valutazione della performance individuale del dirigente responsabile.

In particolare, la Direttiva n. 2/2019, con la quale vengono indicate le nuove linee di indirizzo definite "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche", definisce uno stretto collegamento tra PAP e il ciclo della performance stabilendo che detto Piano venga aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance.

Dal 2020 le tre Aziende hanno adottato un PAP condiviso. Nel 2023 i CUG delle tre Aziende hanno proposto alle rispettive direzioni il Piano per l'Uguaglianza di Genere e delle Azioni Positive, integrando in un unico documento programmatico PAP e GEP.

PIANO PER L'UGUAGLIANZA DI GENERE E DELLE AZIONI POSITIVE (PiUGenAP)

Oltre al PAP, esistono disposizioni specifiche per gli enti di ricerca. Il programma quadro per la ricerca e l'innovazione per il periodo 2021-2027, Horizon Europe, ha introdotto nuove disposizioni per rafforzare l'equità di genere nelle organizzazioni europee. In particolare, l'adozione di un Gender Equality Plan (GEP) è divenuto requisito per l'accesso ai finanziamenti. Si tratta di un documento programmatico triennale, la cui adozione non condiziona la valutazione dei progetti, ma è richiesta come obbligatoria al momento della firma del grant agreement per ricevere il finanziamento. Parallelamente e in analogia con Horizon Europe, anche il PNRR condiziona l'accesso ai finanziamenti per tutte le organizzazioni pubbliche e private alla adozione del Bilancio di Genere e del GEP.

La Commissione Europea identifica cinque aree minime di intervento per guidare gli enti di ricerca a sviluppare i propri GEP⁶.

Queste aree sono: equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione; equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali; uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera; integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nei programmi degli insegnamenti; contrasto della violenza di genere, comprese le molestie sessuali.

PAP e GEP condividono l'obiettivo di raggiungere l'uguaglianza di genere.

Per soddisfare i requisiti richiesti dalla Commissione Europea è perciò necessario indicare specificamente le azioni finalizzate all'eguaglianza di genere e adottare tali azioni sulla base di un processo di programmazione e monitoraggio che deve basarsi su dati disaggregati per genere, predisponendo il GEP.

Per sviluppare tale documento, le tre Aziende sanitarie hanno istituito un Board formato dalla Governance delle tre aziende ed un GEP Team interaziendale, nominato nel rispetto delle indicazioni della Horizon Europe Guidance on Gender Equality Plans approntata dalla Direzione Generale per la Ricerca e l'Innovazione della Commissione Europea. Il GEP Team interaziendale ha quindi utilizzato le cinque aree indicate dalla Commissione Europea quali obiettivi del GEP, cui ha aggiunto una sesta area, relativa alla promozione di salute, sicurezza e benessere lavorativo. Per ciascun obiettivo ha definito le azioni da programmare, i target che si intendono raggiungere e i relativi indicatori di impatto e risultato, le persone responsabili per ciascuna azione, il ruolo e le responsabilità e le tempistiche.

⁶ <https://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/toolkits/gear/what-gender-equality-plan-gep>

Il GEP Team ha integrato all'interno del GEP stesso e nel rispetto dei requisiti previsti dalle linee guida Horizon gli obiettivi inseriti nel PAP per il medesimo arco temporale, giungendo alla proposta del documento integrato, denominato PiUGenAP.

La redazione del primo Bilancio di Genere è prevista dall'Obiettivo 1.1. ' Favorire la conciliazione e l'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata', stabilendo la raccolta dati nel corso del 2023 e la diffusione e pubblicazione del documento nel corso del 2024.

Il primo Bilancio di Genere delle Aziende sanitarie bolognesi

Il Bilancio di Genere è uno strumento volto a realizzare una maggiore trasparenza sulla destinazione delle risorse di bilancio e sull'impatto delle politiche pubbliche su uomini e donne. Tra gli obiettivi fondamentali del Bilancio di Genere vi sono:

- 1) Accrescere la consapevolezza dell'impatto che le politiche pubbliche possono avere sulle disuguaglianze di genere;
- 2) Assicurare una maggiore efficacia degli interventi, tramite una chiara definizione di obiettivi di genere da tenere in considerazione anche nell'individuazione delle modalità di attuazione;
- 3) Promuovere una maggiore trasparenza della pubblica amministrazione, attivando meccanismi tesi a evidenziare pratiche potenzialmente discriminatorie.

Il Parlamento Europeo, con la Risoluzione 2002/2198, del 03/07/2003, ha sottolineato l'importanza del Bilancio di Genere al fine di valutare l'impatto delle politiche di bilancio, "integrando la prospettiva di genere a tutti i livelli della procedura di bilancio e ristrutturando le entrate e le uscite al fine di promuovere l'uguaglianza tra i sessi".

In Italia, la redazione del Bilancio di Genere è raccomandata dalla Direttiva n. 173/2007 del Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità ("Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche") e poi resa obbligatoria dal D.Lgs. 150/2009 (cd. Riforma Brunetta) in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

In ambito sanitario, il Bilancio di Genere può essere utilizzato per analizzare i bisogni della comunità attraverso una prospettiva di genere rispetto all'accesso e all'impatto delle prestazioni sanitarie, nonché l'equità in ambito lavorativo. L'obiettivo finale è quello di sviluppare nuove politiche e interventi sensibili alle questioni di genere per una maggiore equità sociale.

In particolare, la formulazione del Bilancio di Genere delle tre Aziende bolognesi contiene diversi elementi originali: (1) non esiste un modello consolidato di tale bilancio per il settore sanitario; (2) non ci sono esperienze pregresse di un unico Bilancio di Genere che presentino le attività di aziende sanitarie con caratteristiche diverse, (3) non ci sono esperienze pregresse sullo sviluppo un Bilancio di Genere che unisca le caratteristiche legate alla ricerca sanitaria a quelle dell'assistenza.

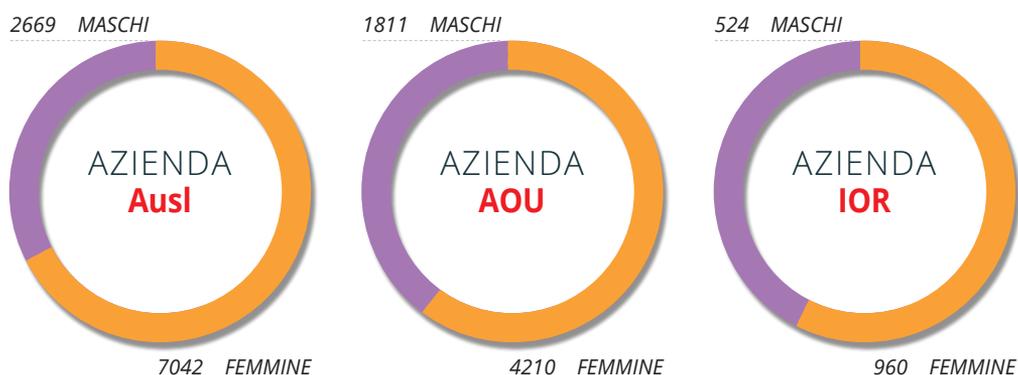
le PERSONE

La composizione del personale

Al 31 dicembre 2022, il personale delle tre Aziende sanitarie ammonta a 17.216 unità ed è prevalentemente femminile; di queste infatti, **7 su 10 sono donne**.

Ciò è in linea con le statistiche nazionali e internazionali, riconducibile alla tendenza secondo cui, oltre al lavoro di cura svolto a livello familiare, anche le attività formalizzate di assistenza negli ospedali sono svolte principalmente dalle donne. Inoltre, la quasi totalità del personale è di nazionalità italiana⁷.

Graf. 1 - Distribuzione per sesso dei dipendenti (Val. Ass.)



L'analisi per genere della composizione del personale rileva fenomeni di segregazione orizzontale⁸. Nelle tre Aziende sanitarie, infatti, le donne sono prevalenti tra il personale amministrativo (77%) e quello infermieristico e socio-sanitario (75% in entrambi i casi), rivelando la persistenza di stereotipi di genere che ancorano le donne ai ruoli di cura e assistenza anche in ambito lavorativo.

Al contrario, i tecnici, gli operatori tecnici e gli ingegneri nelle tre Aziende sono prevalentemente uomini. Il **divario retributivo di genere** (cd. *gender pay gap - GPG*) – calcolato sulla retribuzione media annua lorda del personale in base al ruolo professionale – è a sfavore delle donne tra i ruoli tecnici (GPG: 0,97), fino al 9% in meno tra le dirigenti nel ruolo tecnico professionale.

Indipendentemente dal genere, l'età del personale infermieristico si distribuisce in maniera pressoché omogenea tra i 31 e i 60 anni. Gli operatori e le operatrici so-

⁷ I dipendenti di nazionalità non italiana sono lo 0,5% in Ausl, lo 0,9 in AOU e l'1,1% in IOR.

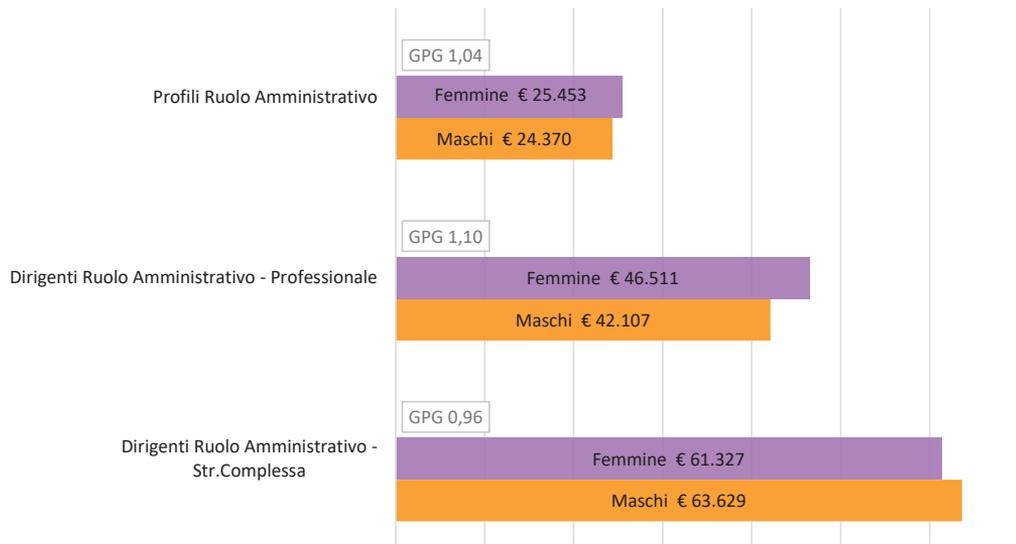
⁸ Ovvero la concentrazione pressoché esclusiva di uno dei due generi limitata ad alcuni settori produttivi e servizi specifici, connessa a ruoli e pregiudizi sociali, ricalcati sulla ripartizione dei compiti tradizionalmente assegnati a uomini e donne.

cio-sanitari/e, invece, mostrano un andamento diverso, con le donne che hanno generalmente più di 40 anni, mentre gli uomini sono prevalentemente più giovani (31-50 anni). Ciò suggerisce che si tratta di una "scelta dovuta" per le donne senza titoli di studio elevati e probabilmente raggiunta dopo aver adempiuto alle responsabilità familiari.

Il divario retributivo di genere mostra che le donne in ruoli sanitari del comparto⁹ guadagnano poco meno degli uomini. Il personale infermieristico, invece, è vicino alla parità retributiva (uomini: +1%).

Nel personale amministrativo, la metà delle donne ha oltre 50 anni, mentre gli uomini sono leggermente più giovani. Nella dirigenza amministrativa professionale il divario retributivo è a favore delle donne (+4%). Tuttavia, quando raggiungono posizioni apicali, la differenza si ribalta. È questo il caso, ad esempio, delle Direttrici di Struttura complessa amministrativa, che guadagnano il 4% in meno rispetto agli uomini.

Graf. 2 - Stipendio medio lordo per posizioni amministrative (Val. Ass. e Gender Pay Gap)



Considerando le specializzazioni mediche, nella carriera professionale non si nota una schiacciante segregazione orizzontale. Tuttavia, le donne sono prevalenti nei servizi clinici e nell'area medica (circa il 60%). Al contrario, gli uomini sono la maggioranza nella specializzazione chirurgica (64%).

⁹ Con il termine "comparto" si intende il personale articolato in cinque aree (del personale di supporto, degli operatori, degli assistenti, dei professionisti della salute e dei funzionari, del personale di elevata qualificazione), non inquadrato come medico e dirigente.

Ad ogni modo, **le donne in tutti i profili medici percepiscono generalmente il 10% in meno rispetto ai loro colleghi maschi**. Questo divario è significativo tra i medici responsabili di Struttura semplice (le donne guadagnano **fino al -20%**) e, soprattutto, tra Direttori/Direttrici di Struttura complessa (**fino al -44%**), dove le donne percepiscono in media quasi un terzo di stipendio in meno rispetto agli uomini¹⁰. Questi divari possono essere, in parte, spiegati da alcuni fattori legati al tempo dedicato al lavoro retribuito quali, ad esempio, lo svolgimento di attività in libera professione intramoenia, e differiscono tra le tre Aziende.

Graf. 3 - Stipendio medio lordo per ruolo medico (Val. Ass. e Gender Pay Gap)

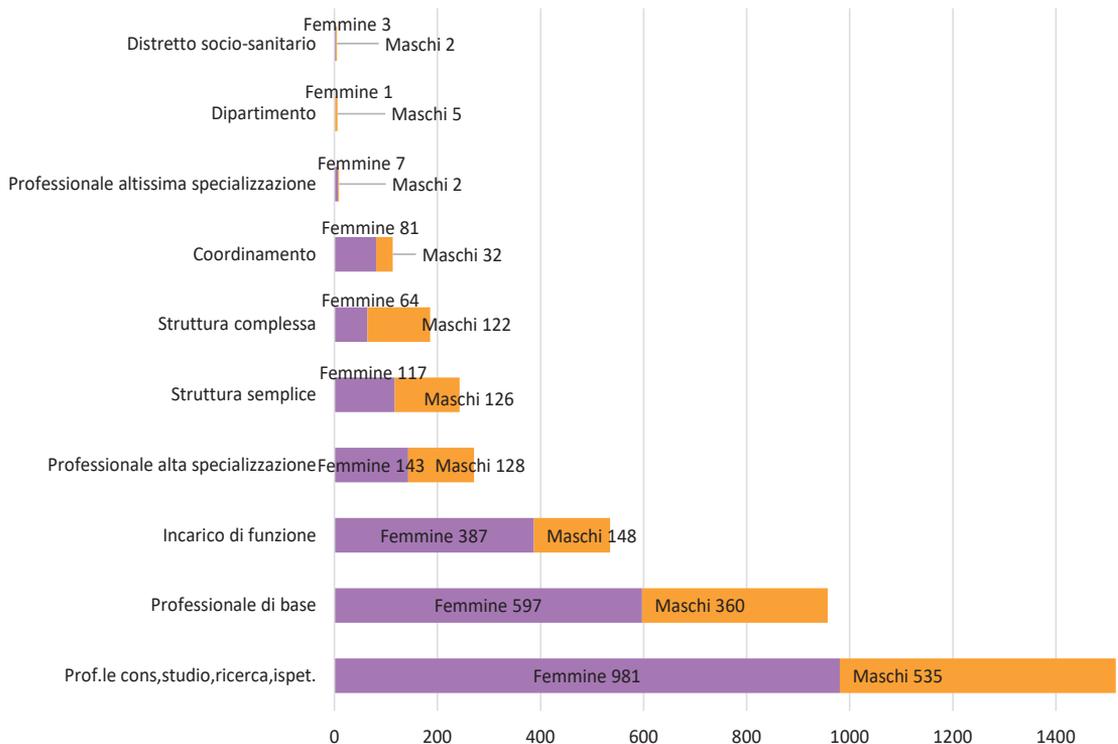


¹⁰ La struttura complessa è dotata di autonome risorse umane, tecniche e finanziarie, la cui gestione compete al relativo titolare. Più strutture complesse relative a servizi omogenei, affini o complementari sono raggruppate nel Dipartimento, che costituisce il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie. Le strutture semplici sono articolazioni interne della struttura complessa. Le strutture semplici a valenza dipartimentale sono dotate di spazi di responsabilità ed autonomia, nonché di risorse economiche, umane e strumentali. Tali spazi di autonomia sono definiti dall'atto aziendale, che individua l'articolazione organizzativa interna e attribuisce alle diverse unità operative specifiche funzioni e obiettivi. Le unità operative semplici, incardinate all'interno di strutture complesse, non sono invece, di norma, caratterizzate da autonomia organizzativa.

Per quanto riguarda gli avanzamenti di carriera, si notano fenomeni di segregazione verticale¹¹. In ambito sanitario le donne ricoprono il 48,4% degli “incarichi professionali di alta specializzazione” e 3 incarichi su 5 di Direzione dei distretti di committenza e garanzia.

Tipicamente, nell’ambito del comparto, le donne raggiungono un incarico di funzione, in una fase avanzata della loro carriera (dopo 21 anni di servizio), mentre gli uomini possono conseguire questo ruolo sia all’inizio (2-5 anni) sia dopo dieci anni di esperienza. Agli uomini sono assegnati l’83,3% degli incarichi di direzione di dipartimento (5 su 6) e la maggior parte delle posizioni di Responsabilità di Struttura semplice (51%) e Direzione di Struttura complessa (65%). Si nota tuttavia che tra i dirigenti sanitari non medici invece il divario retributivo è a svantaggio degli uomini, con un divario negativo di 1% per gli stipendi medi lordi dei dirigenti professionali maschi e fino a 9% per quello dei Responsabili di Struttura semplice.

Graf. 4 - Distribuzione per sesso degli incarichi in ambito sanitario (Val. Ass.)

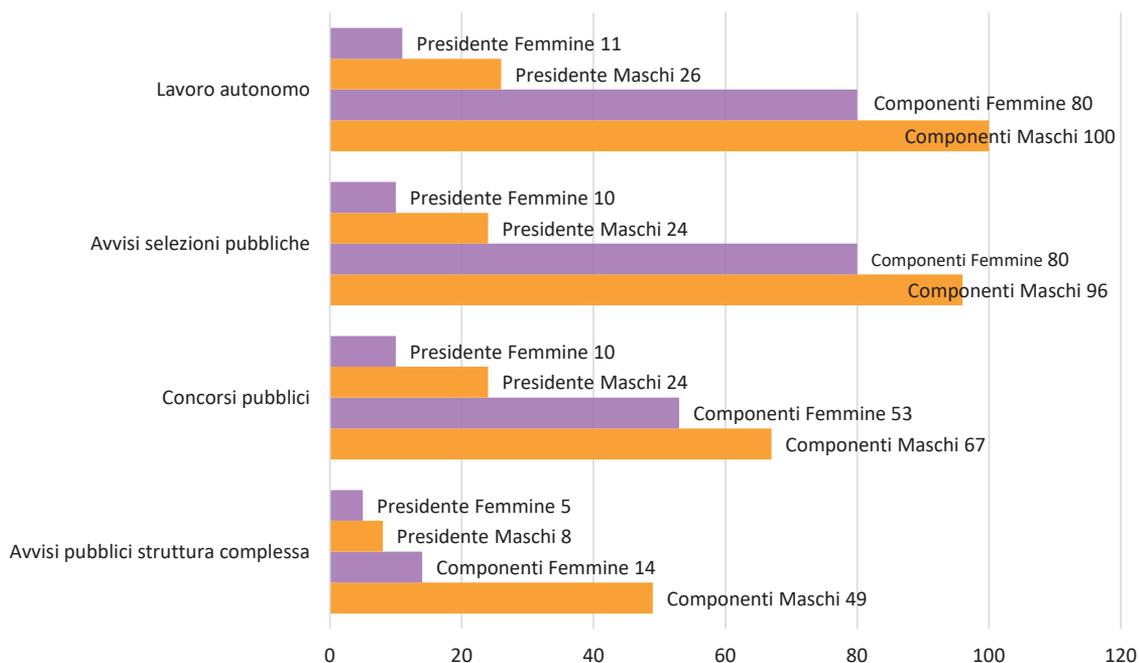


¹¹ Ovvero le disuguaglianze nell’accesso a posizioni apicali.

Osservando la leadership aziendale, nonostante la forza lavoro sia composta per oltre il 60% da donne, la direzione strategica, socio sanitaria, direttori generali, sanitari, amministrativi, delle professioni sanitarie e scientifici, composta prevalentemente da uomini.

Inoltre, rispetto alle opportunità di carriera, nel 2022 nelle tre Aziende sanitarie vi è stata una prevalenza maschile nelle commissioni e nella presidenza di concorsi e selezioni. Vi sono tuttavia lievi differenze tra le tipologie di commissione: sono prevalentemente uomini i presidenti e i membri delle selezioni per posizioni di maggior prestigio e potere, come le Direzioni di Struttura complessa, mentre le cariche per assegnare posizioni di lavoro autonomo sono prevalentemente femminili.

Graf. 5 - Distribuzione per sesso di componenti e presidenti di commissioni di concorso e selezione (Val. Ass.)



Contratti e modalità di lavoro

La quasi totalità del personale ha un contratto a tempo indeterminato (16.090 persone, pari al 93,7%), la cui metà circa lavora a turni (48,5%). Questa modalità lavorativa rispecchia la composizione del personale: il 69,2% di chi lavora su turni è donna e riguarda prevalentemente il ruolo sanitario; un terzo delle turniste ha più di 50 anni (33,2%), mentre la stessa proporzione negli uomini è più giovane, tra 31 e 40 anni (32,3%).

La maggioranza del personale che ha un contratto a tempo determinato è donna (63,8%). Oltre a ciò, all'interno delle tre Aziende lavorano 313 persone con contratti atipici. Si tratta prevalentemente di borsisti e libero professionisti, per lo più donne. Oltre a queste tipologie di personale, l'Ausl si avvale di professionisti il cui rapporto di lavoro è disciplinato da apposite convenzioni per realizzare l'assistenza sul territorio (come medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), la maggior parte è costituita da donne, di età compresa tra i 30 e i 40 anni.

C'è un forte squilibrio di genere in termini di retribuzione tra le persone che lavorano con questi contratti, in quanto le donne percepiscono annualmente in media 14.304 euro in meno rispetto agli uomini. Ciò può dipendere da diversi elementi tra cui le disponibilità individuali in termini di ore lavorate e il fabbisogno aziendale nell'ambito di questi specifici servizi.

Formazione e prevenzione dei rischi

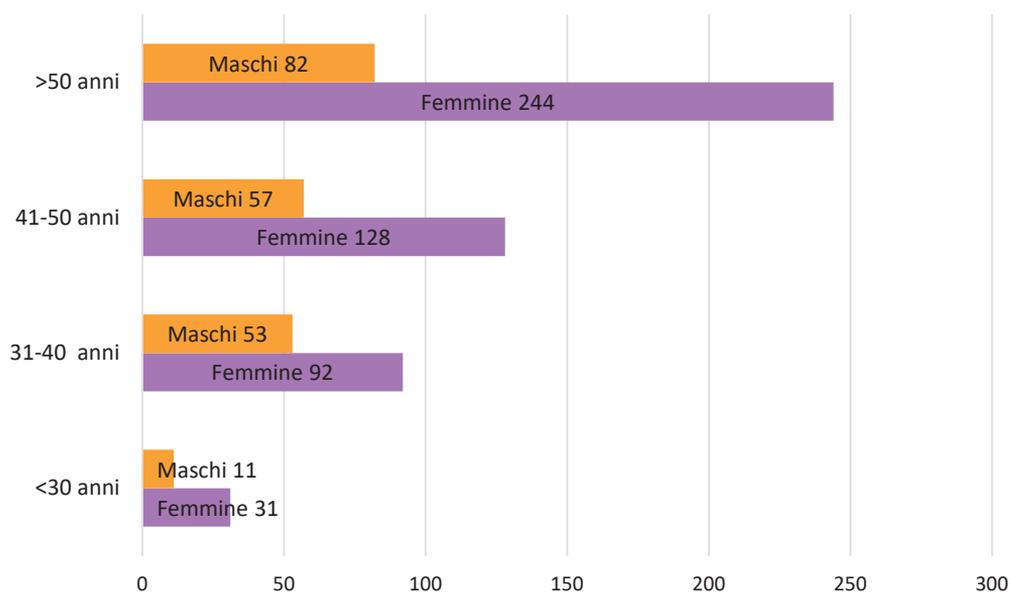
Nel 2022 il personale che lavora nelle tre Aziende sanitarie ha partecipato a 382.032 ore di formazione (Ausl: 202.063; AOU: 152.362; IOR: 27. 607). La maggioranza delle iniziative frequentate riguarda per lo più l'aggiornamento professionale (252.841 ore) e la formazione obbligatoria sulla sicurezza (42.438 ore).

Altre iniziative formative frequentate, in misura minore, concernono le competenze manageriali/relazionali (11.268 ore), le tematiche CUG relative alla promozione delle pari opportunità e del benessere organizzativo (803 ore) ed il contrasto alla violenza di genere (156 ore).

Data la composizione del personale, prevalentemente femminile, le donne sono la quota più alta di chi partecipa a tali iniziative formative. Il personale con più di 50 anni partecipa in misura minore alle iniziative formative, soprattutto a quelle sulla sicurezza.

Rispetto agli infortuni sul lavoro, le donne con ruolo sanitario e over 50 sono le più colpite da infortuni, riportando assenze fino a 10 giorni. Ciò dipende anche dal fatto che le donne sono più rappresentate nei luoghi di lavoro sanitari e si tratta per lo più di **infortuni in itinere** (prevalentemente durante spostamenti casa-lavoro) e da perdita di appoggio e trauma (es. scivolamenti). Tuttavia, gli infortuni che hanno comportato oltre un mese di assenza si sono verificati più frequentemente tra gli uomini.

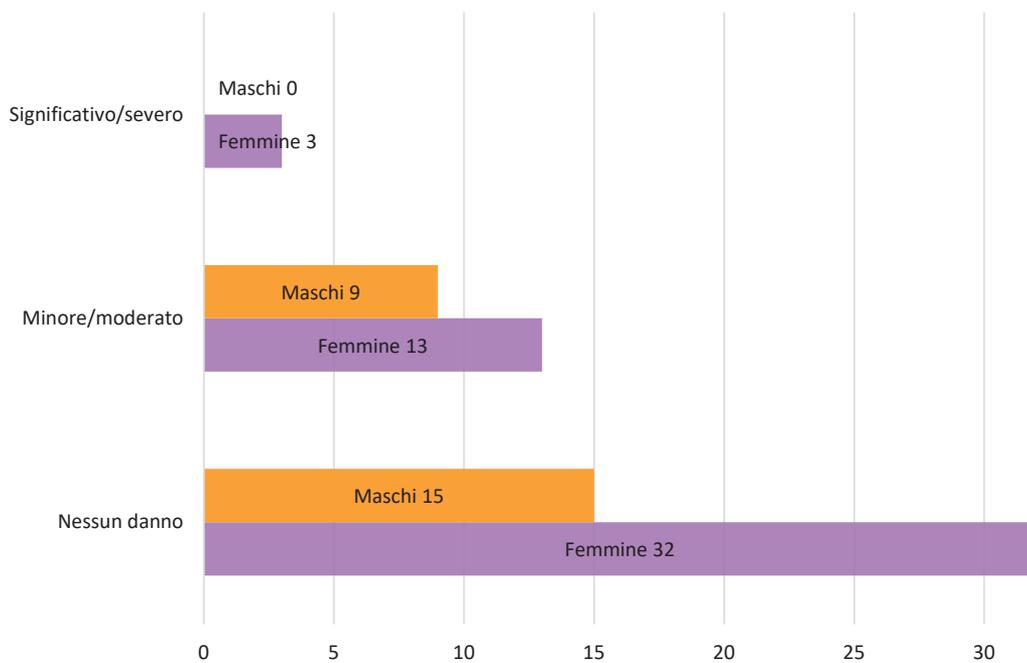
Graf. 6 - Distribuzione per sesso e fasce d'età del numero di infortuni (Val. Ass.)



Oltre a ciò, il personale opera in situazioni conflittuali o che comunque possono comportare dei rischi. Nel 2022 si sono verificati 401 casi di aggressione a danno di operatore/trice, che, data la maggior presenza femminile nel personale delle tre Aziende sanitarie, hanno coinvolto prevalentemente donne (74% dei casi), soprattutto nelle aggressioni verbali (76%), che è l'evento più ricorrente (296 episodi - 73,8%). Anche le aggressioni contro la proprietà e le aggressioni fisiche coinvolgono maggiormente le donne (rispettivamente, 69,7% degli episodi - 23 su 33 episodi, e 66,7% degli episodi - 48 su 72 episodi).

In oltre il 60% dei casi, sia le operatrici che gli operatori non riportano danni per le aggressioni fisiche subite. Tuttavia, danni significativi sono riportati da 3 donne e nessun uomo, mentre è leggermente superiore la quota di uomini che riporta un danno moderato (37,5%).

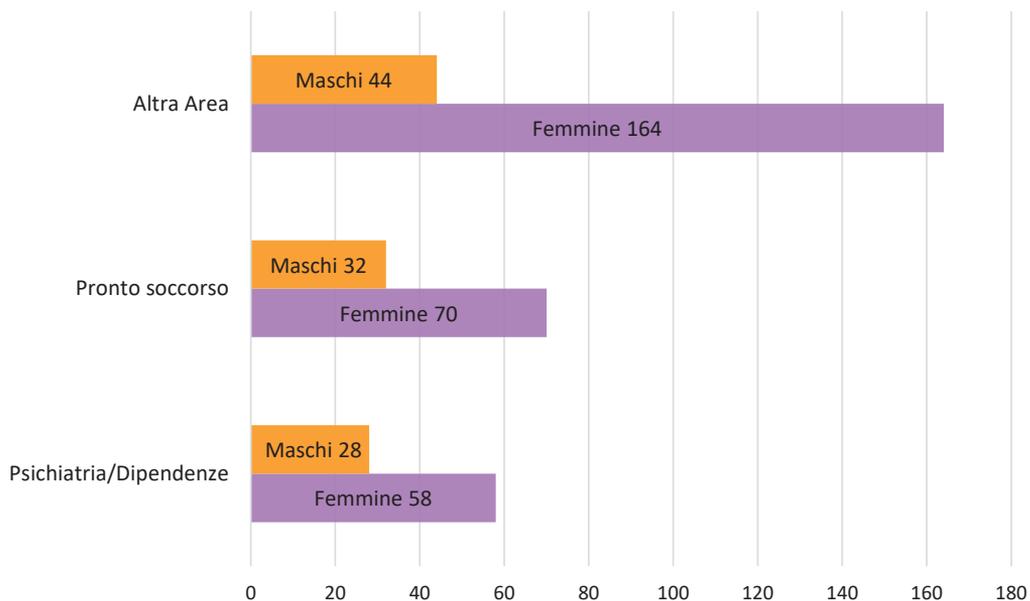
Graf. 7 - Esito aggressioni fisiche per sesso operatore/trice* (Val. Ass.)



*Vi è inoltre una richiesta supporto psicologico rispetto cui non è specificato il genere dell'operatore/trice richiedente

Le aggressioni sono un fenomeno trasversale nei luoghi di lavoro delle tre Aziende. Il 25,8% delle aggressioni avviene presso i servizi di emergenza/Pronto Soccorso e il 21,7% presso quelli dedicati alla salute mentale (Psichiatria e Dipendenze patologiche). In questi due ambiti, gli operatori sono maggiormente oggetto di aggressione da parte degli utenti (rispettivamente 30,8% e 26,9%) rispetto alle colleghe (24% e 19,9%), le quali invece subiscono maggiormente aggressioni in altre aree (donne: 56,2% vs uomini: 42,3%).

Graf. 8 - Distribuzione per sesso delle aggressioni in base a tipologia ed ambito* (Val. Ass.)



* Da questo computo mancano le aggressioni indicate sopra ed un'aggressione verbale ha coinvolto tutto il personale presente.

Le aggressioni in ambito sanitario si configurano come un vero e proprio rischio sul lavoro, da valutare ai sensi del D.Lgs. 81/2008, e sono in crescita sia per quanto riguarda le aggressioni fisiche che le aggressioni verbali.

Storicamente i luoghi di lavoro a maggior rischio sono risultati i luoghi dell'emergenza (PS) e i dipartimenti di Salute Mentale. Negli ultimi anni il rischio aggressioni è segnalato anche in altri luoghi sanitari e non, ed è in crescita costante.

Tale andamento ha richiesto un impegno da parte delle Aziende sia in termini di rilevazione e valutazione, sia in termini di gestione con finalità di prevenzione dello stesso. Tra le iniziative su cui si sono maggiormente impegnate le Aziende c'è sicuramente l'implementazione di corsi di formazione specifica per i lavoratori, volti al miglioramento degli aspetti relazionali e comunicativi e alle tecniche di "decaling" del fenomeno, ma anche interventi strutturali, impiantistici ed organizzativi per migliorare il setting organizzativo (es., pulsanti di emergenza per la chiamata tempestiva del servizio di pronto intervento, ancoraggio delle dotazioni informatiche alle scrivanie, modifiche alla logistica, ecc.). Inoltre, sono allo studio dispositivi per aumentare i livelli di sicurezza in particolari contesti e turni di lavoro (specialmente quelli notturni e di lavoro in solitaria).

Assenze per malattia

Nel corso del 2022 il 71,6 % del personale si è assentato per malattia (12.334 persone). Tali assenze rispecchiano la distribuzione del personale per sesso nelle tre aziende.

Ausl	AOU	IOR
74,9 %	71,1 %	70,7 %

Non ci sono differenze di rilievo per mansione o ruolo ricoperti prevalentemente nei due generi e la maggior parte delle assenze per malattia dura da 1 a 5 giorni (45,7%).

Equilibrio vita lavorativa e vita privata

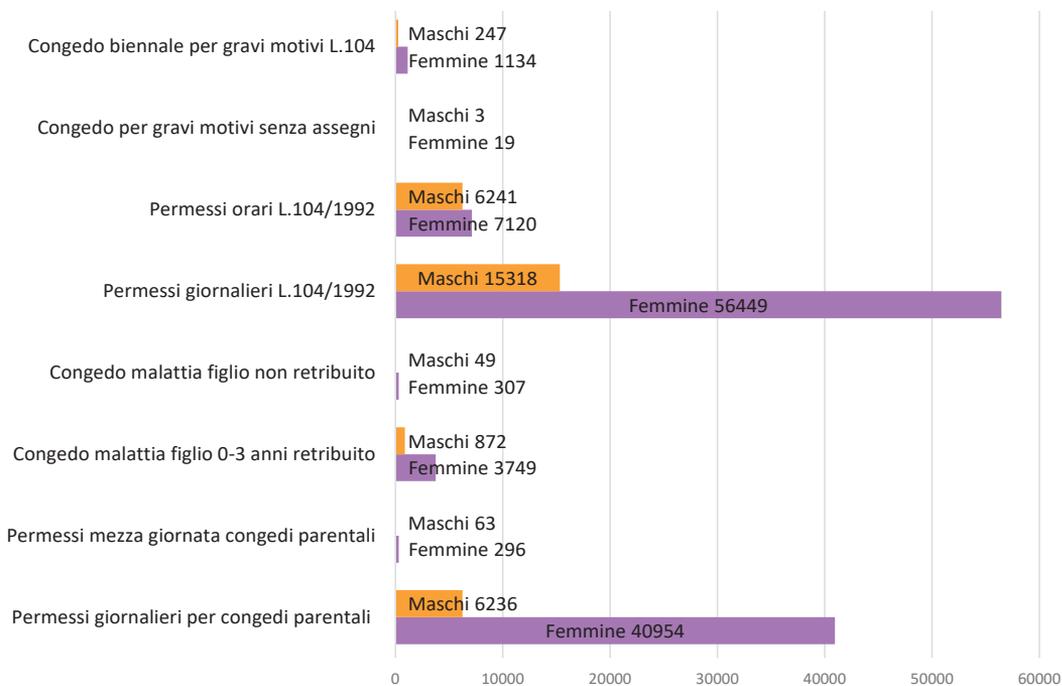
Per quanto riguarda la conciliazione vita privata-lavoro, oltre il **93%** del personale lavora a tempo pieno. Il 4,7% del personale (804 persone) ha un contratto part-time. Si tratta per lo più di **donne (92,9%)**, soprattutto over 50 anni, che ricorrono prevalentemente al part-time orizzontale (pari al 55,6% dei casi dei contratti a tempo parziale/impegno ridotto), più compatibile con le responsabilità di cura familiari.

I pochi uomini che utilizzano il part-time (57 persone) sono dirigenti.

Una piccola parte del personale (3,2%, 543 persone) ha lavorato in smart-working nel 2022, di cui circa l'80% donne. Tra queste, la maggior parte ha tra i 51 e i 60 anni (41,5%), mentre tra i pochi uomini che hanno lavorato in smart-working, la quota più consistente ha tra i 41 e i 50 anni. Ad ogni modo, rispetto ai contratti di smart-working sottoscritti, la proporzione di giornate fruita dai colleghi è pressoché identica a quella delle colleghe.

Per quanto riguarda le tipologie di congedo e permesso lavorativo, gli uomini utilizzano prevalentemente il permesso sindacale retribuito, mentre le donne utilizzano maggiormente permessi per cura e assistenza, sia per sé stesse che per familiari (figli e parenti disabili). In particolare, le donne utilizzano più dei colleghi uomini i permessi non retribuiti (es. quelli per gravi motivi o per malattia dei figli > di 3 anni). Ancora una volta, ciò conferma i ruoli di genere del lavoro di cura affidato alle donne. Tuttavia, si segnala che una quota considerevole di uomini utilizza i permessi giornalieri per motivi di disabilità. Non è specificato, tuttavia, se si tratti di disabilità personale o di un familiare.

Graf. 9 - Distribuzione per sesso dei permessi retribuiti e non retribuiti (Val. Ass.)



Il personale dedicato alla ricerca sanitaria

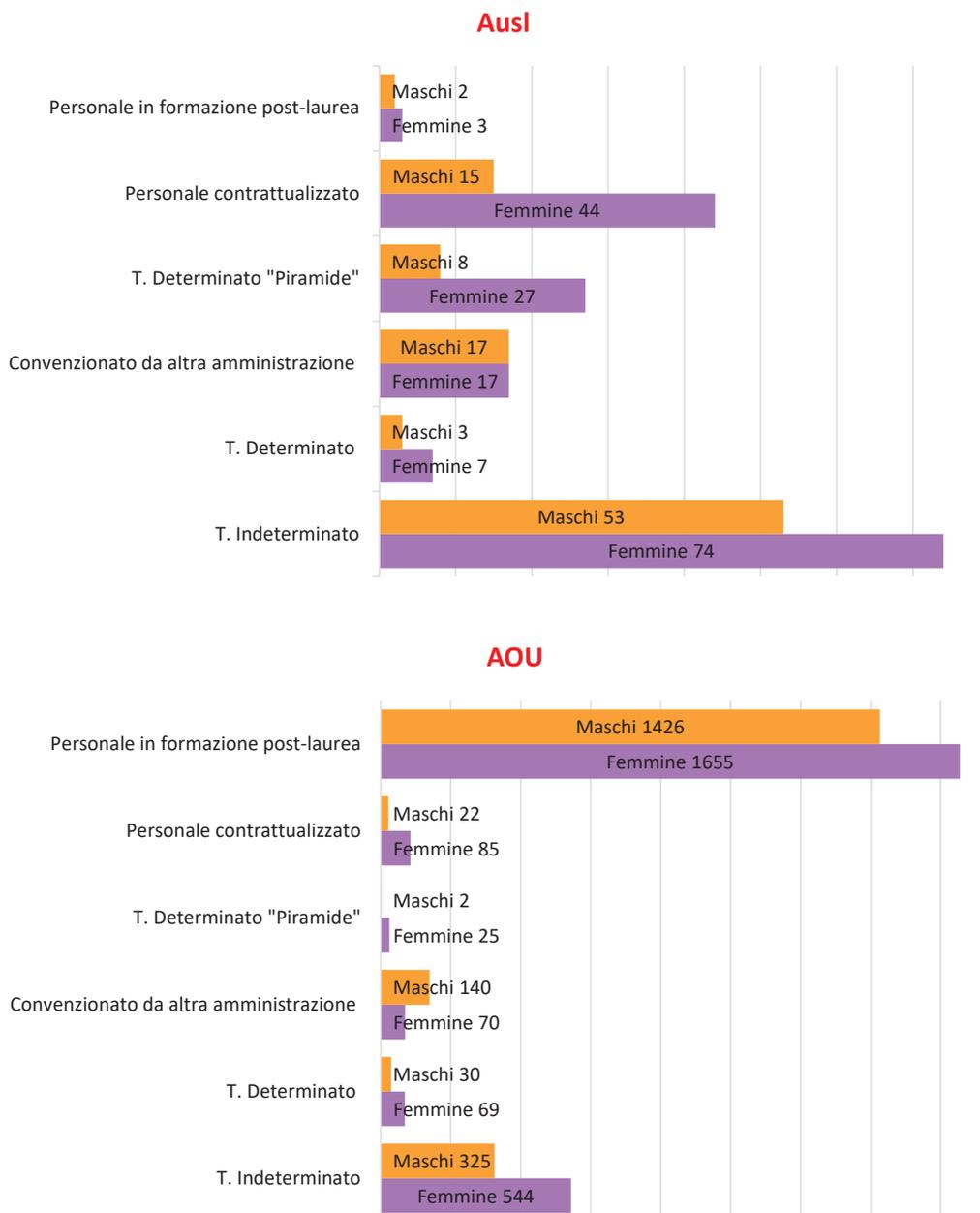
All'interno delle tre Aziende sanitarie operano 1.786 persone inserite in anagrafica ministeriale, cioè relative alla caratterizzazione di IRCCS delle tre Aziende: 1.241 a tempo indeterminato, 143 a tempo determinato, 280 convenzionati da altra amministrazione e 122 a tempo determinato "piramide"¹². Vi sono poi altre tipologie di personale coinvolte o a supporto nelle attività di ricerca: 222 persone contrattualizzate con borse di studio o con altre forme contrattuali e 3.294 persone in formazione post-laurea (specializzandi/e, assegnisti/e di ricerca, dottorandi/e¹³). Si tratta di personale prevalentemente femminile in Ausl (60,7% del personale in anagrafica ministeriale, 74,6% del personale contrattualizzato e 60% del personale in formazione post-laurea) e in AOU (58,8% del personale in anagrafica ministeriale,

¹². La cd. legge sulla "piramide del ricercatore" (L. 205/2017) disciplina i due differenti profili del ricercatore e del personale addetto alla ricerca, ossia di tutto quel personale operante nei grant-office, negli uffici di trasferimento tecnologico, nelle biblioteche scientifiche, ma anche data-manager, bioinformatici, infermieri di ricerca e le altre figure che concorrono alla realizzazione dei programmi di ricerca.

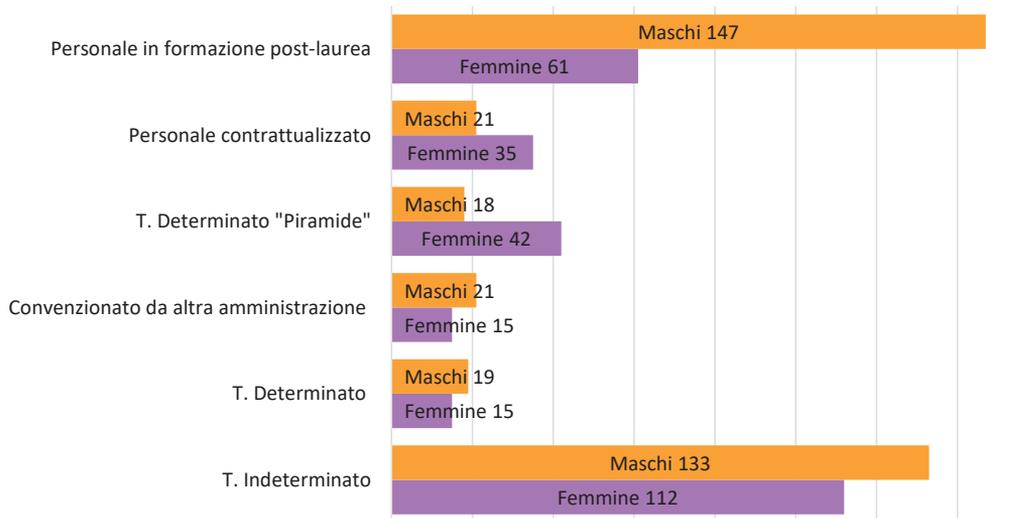
¹³. Non si può dare per scontato che tutti gli specializzandi contribuiscano all'attività di ricerca, mentre la missione di dottorandi e assegnisti coincide con la ricerca.

79,4% del personale contrattualizzato e 53,7% del personale in formazione post-laurea), mentre in IOR sono leggermente prevalenti gli uomini tra il personale in anagrafica ministeriale (50,9%) e personale in formazione post-laurea (70,7%), ma non tra il personale contrattualizzato, di cui il 62,5% è di sesso femminile.

Graf. 10 – Distribuzione per sesso del personale dedicato o coinvolto nelle attività di ricerca o a supporto della ricerca (Val. Ass.)



IOR



Inoltre, considerando il personale in anagrafica ministeriale, la proporzione dei contratti a tempo indeterminato tra i due generi è simile in Ausl (91,4% delle donne e 94,6% degli uomini) e in IOR (88,2 delle donne e 87,5% degli uomini), mentre in AOU il 94,8% delle donne ha un contratto a tempo indeterminato mentre tra gli uomini questa quota è pari al 84,9%.

Nonostante la consistente presenza femminile tra il personale dedicato alla ricerca, sono gli uomini a rivestire prevalentemente ruoli di Principal Investigator (PI) e quindi di responsabilità e prestigio nella conduzione di studi clinici e progetti di ricerca.

Negli studi clinici c'è una prevalenza maschile. Considerando quelli approvati dal Comitato Etico nel 2022, per quanto riguarda quelli finanziati da enti "profit" (ad es., industrie farmaceutiche e delle tecnologie mediche) il ruolo di PI è ricoperto da una donna nel 40% degli studi di Ausl (su un totale di 15 studi), nel 20,2% di quelli di AOU (su un totale di 168 studi) e nel 38,2% di quelli di IOR (su un totale di 13 studi). La situazione cambia leggermente negli studi finanziati da enti "non profit" (ad es., Ministero della Salute, Agenzia Italiana del Farmaco, Fondazioni bancarie), dove il PI è donna nel 44,4% degli studi di Ausl (su un totale di 38 studi) e nel 42,8% di quelli di AOU (su un totale di 332 studi). Negli studi non profit di IOR, la quota di donne PI si riduce, scendendo ad un 22,7% calcolato su un totale di 75 studi, presumibilmente a causa della maggior presenza di uomini nella componente medica di questa Azienda.

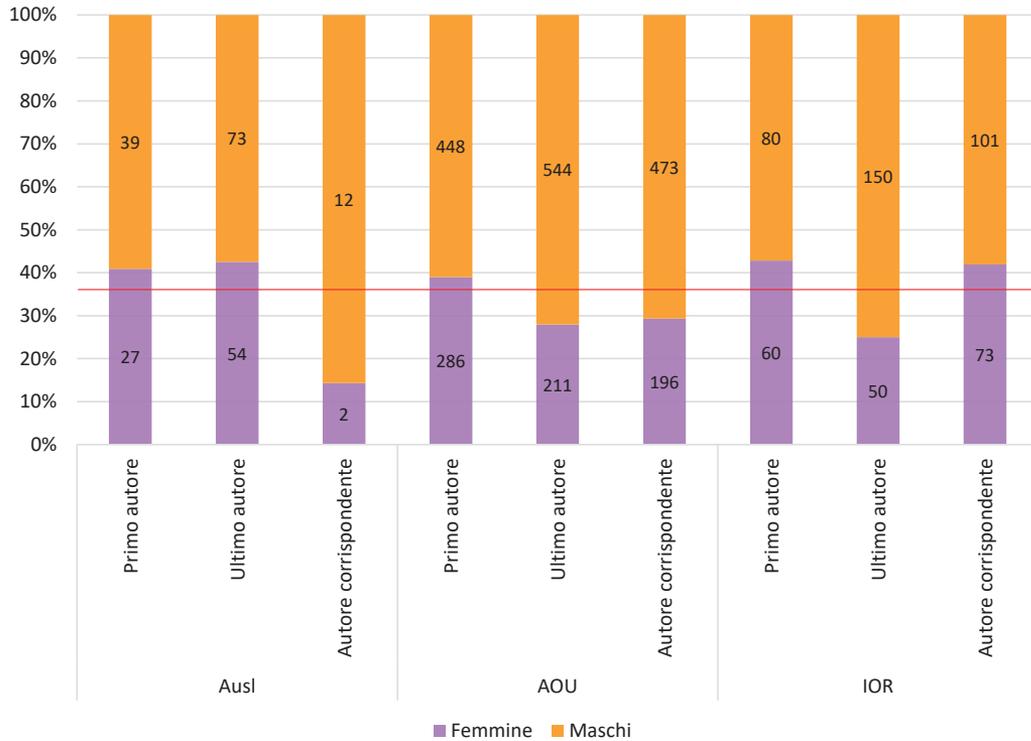
Una ripartizione simile si riscontra nella partecipazione a progetti di ricerca approvati e finanziati da bandi competitivi. Sul totale di proposte progettuali finanziate¹⁴, le donne hanno ricoperto il ruolo di responsabili del 40,6% dei progetti sviluppati da Ausl, del 48,5% di quelli di AOU e del 25% di IOR.

Le pubblicazioni scientifiche rappresentano i prodotti della ricerca che concorrono al punteggio necessario all'acquisizione di finanziamenti per la ricerca. Le posizioni e le firme degli autori nelle pubblicazioni scientifiche impattano significativamente sulle loro carriere.

L'analisi dell'**authorship** delle pubblicazioni mostra una prevalenza maschile in tutte e tre le Aziende, costituendo sempre il genere di riferimento di oltre il 50% di tutte le tipologie di authorship. Nello specifico, il contributo maggiore alla pubblicazione, identificato mediante la firma di **primo autore** (e/o co-primo autore), è attribuito ad **una donna in 4 pubblicazioni scientifiche su 10** (Ausl: 40,9%, AOU: 39%, IOR: 42,9%). Il ruolo di leader del gruppo di ricerca o responsabile del laboratorio (identificato mediante ultimo o co-ultimo autore) così come il responsabile del processo di pubblicazione e referenza per future collaborazioni (identificato mediante autore corrispondente o co-corrispondente), invece, variano notevolmente tra le tre Aziende, anche se sono sempre a prevalenza maschile. La firma di ultimo autore è femminile nel 42,5% delle pubblicazioni di Ausl, nel 27,9% delle pubblicazioni di AOU e nel 25% di quelle di IOR. Queste proporzioni calano notevolmente in Ausl e AOU per quel che riguarda il ruolo di autore corrispondente (rispettivamente, 14,3% e 29,3%), mentre salgono in quelle di IOR.

¹⁴ Dal computo di questi progetti sono stati esclusi i progetti di ricerca corrente in quanto facenti parte delle linee di ricerca degli IRCCS. Per specifiche sulla ricerca corrente, si veda ad esempio la pagina del Ministero della Salute

Graf. 11 - Distribuzione per sesso delle pubblicazioni in base al primo/co-primo autore, ultimo/co-ultimo autore e autore corrispondente/co-corrispondente (Val. Ass. nelle colonne dell'istogramma e riferimento percentuale nelle ordinate)



www.salute.gov.it/portale/ricercaSanitaria/dettaglioContenutiRicercaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=2427&area=Ricerca%20sanitaria&menu=corrente



**Le
PRESTAZIONI
EROGATE e
i COSTI DI
PRODUZIONE**

LE PRESTAZIONI EROGATE e i COSTI DI PRODUZIONE

Le prestazioni sanitarie erogate e la riclassificazione dei costi di produzione¹⁵, scelti per la rappresentazione in questo Bilancio di Genere, possono essere lette congiuntamente, sebbene alcune tipologie di prestazioni (come l'assistenza farmaceutica) non sono comparabili a causa di metriche diverse e tracciabilità divergente all'interno delle tre Aziende o perché gli stessi dati sono comunicati in altri documenti che non si intende qui replicare (es. Profilo di Salute pubblicato annualmente dall'Ausl di Bologna).

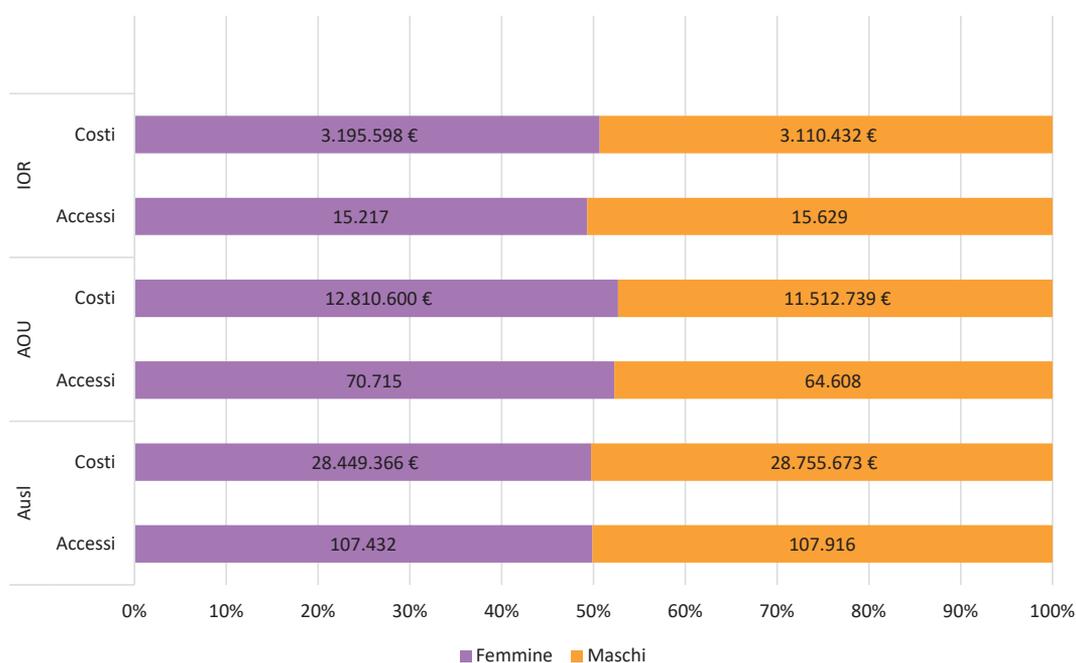
Le caratteristiche delle tre Aziende sanitarie e le loro specializzazioni determinano le tipologie di pazienti assistiti, quindi case mix diversi. Infatti, gli ospedali di Ausl e AOU offrono servizi multi-specialistici e, in particolare, anche per le loro funzioni di IRCCS, attirano casi complessi non trattati da altri ospedali. Inoltre, sono istituti pubblici di riferimento per la gravidanza e il periodo neonatale. L'Ospedale Maggiore dell'Ausl è sede, a livello metropolitano, del Trauma Centre, del Centro Hub per la Rete tempo-dipendente dell'Infarto e dello Stroke Center per le terapie di ripercussione nell'ictus ischemico. °°Inoltre, essendo un'Azienda territoriale, garantisce anche i servizi di cure primarie, della salute mentale e della prevenzione e promozione della salute per il territorio. IOR, invece, in quanto IRCCS mono-specialistico, rappresenta un punto di riferimento per l'area ortopedica all'interno della rete nazionale e internazionale: si colloca come polo di offerta specialistica su fabbisogni ad alta complessità nell'area dell'ortopedia ed è Centro di Riferimento regionale per l'area ortopedica con funzioni Hub relativamente a diverse patologie.

Le tre Aziende sanitarie assistono sia la 'popolazione residente' nel territorio di pertinenza dell'Ausl di Bologna (che comprende la Città metropolitana di Bologna ad esclusione dei Comuni che fanno parte del Nuovo Circondario Imolese, afferenti all'Ausl di Imola) che persone 'non residenti' nel territorio di pertinenza dell'Ausl di Bologna, pertanto anche chi vive in altre province dell'Emilia-Romagna o in altre regioni italiane (in ragione di mobilità sanitaria o spostamenti legati a studio, lavoro, ecc.). Le espressioni 'popolazione residente' e 'non residente' fanno quindi riferimento alla residenza in territorio dell'Ausl di Bologna.

Pronto Soccorso

Donne e uomini accedono quasi equamente ai Pronto Soccorso (PS) delle tre Aziende sanitarie e i relativi costi di produzione sono distribuiti in maniera pressoché omogenea tra i sessi in Ausl (femmine: 49,7% vs. maschi: 50,3%) e in IOR (femmine: 50,7% vs. maschi: 49,3%), mentre sono lievemente più accentuati quelli sostenuti per le femmine da AOU (femmine: 52,7% vs. maschi: 47,3%).

Graf. 12 - Distribuzione di genere negli accessi e in relazione ai costi sostenuti per le prestazioni di PS (Val. Ass. nelle colonne dell'istogramma e riferimento percentuale nelle ascisse)



¹⁵ I costi presi in esame non sono rappresentativi del totale costi delle tre Aziende né permettono un confronto tra le stesse. Si precisa infatti che il costo di produzione suddiviso per destinazione dei servizi erogati considera, da un lato, l'importo netto delle prestazioni sanitarie erogate, o/e il peso del DRG risultante nella banca dati regionale e, dall'altro, i costi rendicontati nel Modello LA 2022. Tale Modello costituisce una rappresentazione di contabilità analitica utilizzata nel settore sanitario allo scopo di misurare e confrontare i costi dei vari fattori produttivi utilizzati (es. personale, consumi di beni e servizi, manutenzioni, ammortamenti, oneri finanziari, ecc.) per l'erogazione dei servizi sanitari da parte delle Aziende Sanitarie stesse. Ai fini della redazione del Bilancio di Genere, alcuni dei costi rendicontati nel Modello LA 2022 sono stati riclassificati in relazione al sesso dei destinatari dell'attività erogata dall'Azienda Sanitaria, sulla base della valorizzazione delle prestazioni erogate.

L'Ausl e AOU hanno dei PS generali e specialistici (ad esempio PS ostetrico-ginecologico sia in Ausl che in AOU o PS oculistico in AOU), mentre IOR, essendo un istituto ortopedico, ha un PS mono-specialistico, esclusivamente diurno, con accessi che riguardano motivi ortopedici-traumatologici, per cui la casistica dei pazienti si discosta molto da quella delle altre due Aziende, per quanto riguarda, ad esempio, età, motivo di accesso al PS ed esito. Ad esempio, la differenza d'età media tra uomini e donne che accedono al PS in Ausl e AOU è simile (Ausl: 50 anni le donne vs. 47 anni gli uomini; AOU: 46 anni vs. 43 anni), mentre è più accentuata per IOR (femmine: 47 anni; maschi: 36 anni).

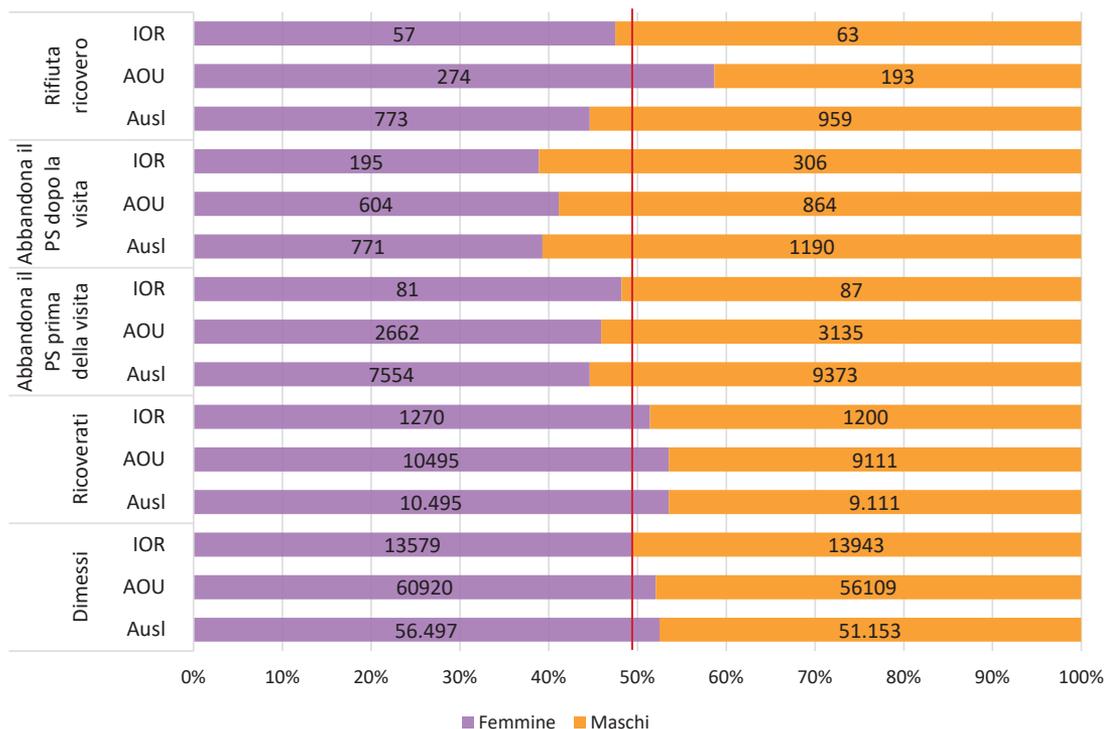
La maggior parte degli accessi al PS viene effettuata dalla popolazione residente (84%). I 'non residenti' sono mediamente più giovani, probabilmente per la presenza in città di studenti, pendolari e lavoratori fuori sede. Solo tra i maschi che accedono a IOR non vi è alcuna differenza nell'età media tra popolazione residente e non residente. Ciò può derivare dal fatto che il motivo prevalente di accesso da parte degli uomini al PS dello IOR è rappresentato da incidenti sportivi e da lavoro.

La maggior parte degli accessi al PS si conclude con la dimissione del paziente (a domicilio, presso strutture ambulatoriali o al medico di medicina generale), seppure con proporzioni lievemente differenti tra le tre Aziende (Ausl: 74,6%; AOU: 86,5%; IOR: 89,2%) e non si registrano particolari differenze legate al sesso delle persone dimesse.

L'abbandono del PS appare come una propensione più maschile che femminile in tutte e tre le Aziende, sia quando avviene prima della visita che dopo la visita, ovvero prima della chiusura della cartella clinica. In merito all'attitudine al rifiuto del ricovero, si registrano valori diversi tra le Aziende: in Ausl e IOR avviene più per gli uomini che per le donne, mentre in AOU accade il contrario.

Circa il 30% degli accessi in PS si conclude con il ricovero del paziente, che avviene presso il reparto di degenza dell'ospedale, oppure mediante trasferimento ad un altro stabilimento ospedaliero dentro o fuori la regione (compreso un altro PS), o presso una struttura territoriale o residenziale, ancora senza particolari differenze legate al sesso. L'esito di ricovero dipende da motivazioni cliniche di accesso.

Graf. 13 - Distribuzione per sesso dell'esito del PS (Val. Ass. nelle colonne dell'istogramma e riferimento percentuale nelle ascisse)



Assistenza ospedaliera

Tra le persone ricoverate nelle tre Aziende sanitarie, la quota di femmine è leggermente più alta in Ausl (52,9%) che in AOU (49,4%) e in IOR (48,7%).

Si ricorda che il case mix delle tre Aziende è diverso in funzione delle rispettive mission e specializzazioni. In particolare, IOR è orientato maggiormente ai ricoveri ortopedici in elezione rispetto alle altre due Aziende, che hanno un case mix molto più ampio, occupandosi di tutte le patologie, oltre a tutti i tipi di urgenze che richiedono ricovero nelle varie discipline mediche e chirurgiche, tra cui quelle legate alla gravidanza e al puerperio.

In Ausl e AOU non ci sono differenze significative nell'età media di donne e uomini (Ausl: 55 anni le donne vs. 58 anni gli uomini; AOU: 53 anni vs. 54 anni), mentre in IOR le femmine hanno un'età media superiore dei maschi (femmine: 56 anni; maschi: 47 anni).

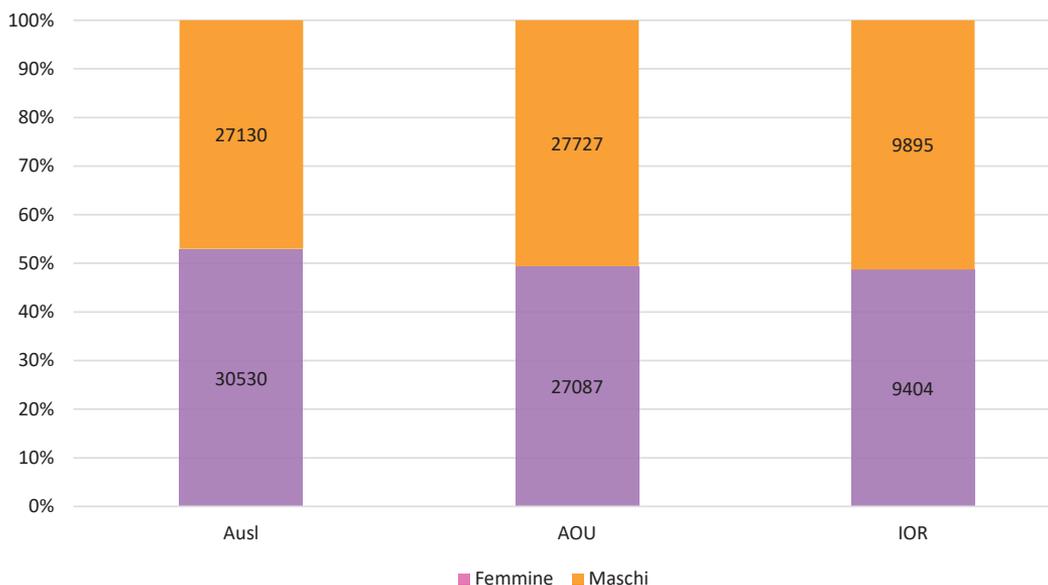
Ciò può essere dovuto al fatto che nonostante la patologia principale nello IOR sia, per entrambi i sessi, l'artrosi (malattia cronica legata all'invecchiamento delle articolazioni), essa è molto più frequente nelle donne (di cui rappresenta il 18% dei ricoveri) rispetto agli uomini (13%), con differenze rilevanti anche nell'età media dei dimessi (66 anni nelle donne e 61 negli uomini). Inoltre, nelle donne sono più frequenti anche i ricoveri per fratture legate a un'età più avanzata (femmine: 14%, età media 65 anni vs. maschi: 10%, età media 47 anni), probabilmente determinate da cause diverse (fragilità ossea vs traumi).

Non si rilevano differenze di genere per quanto riguarda il regime di ricovero, che è prevalentemente ordinario piuttosto che diurno (DH). I ricoveri ordinari di Ausl sono l'87,6% mentre quelli in DH il 12,4%. Lo IOR realizza prevalentemente ricoveri in regime ordinario (96,3%), mentre l'AOU è l'Azienda che realizza la proporzione più alta di ricoveri in DH (19,7%).

I ricoveri di pazienti di età uguale o inferiore ai 14 anni, pari al 12,3%, sia in regime di ricovero ordinario che in DH, sono composti per lo più da maschi (ricoveri ordinari: 6,8%; DH: 8,6%).

Il ricovero ordinario può essere urgente o programmato e dipende dalle caratteristiche e dalle missioni delle singole Aziende. Infatti, Ausl ha effettuato prevalentemente ricoveri urgenti (63,4%), mentre AOU e IOR, probabilmente anche in virtù della loro offerta di alta specializzazione, hanno realizzato in maniera più consistente ricoveri programmati (rispettivamente 51,6% e 82,4%). L'età media è tendenzialmente sempre più alta nei ricoveri urgenti che in quelli programmati, seppure con alcune differenze tra i sessi. In Ausl, i ricoveri urgenti riguardano pazienti di sesso femminile leggermente più giovani (63 anni) dei maschi (67 anni), mentre tra quelli programmati non vi sono differenze sull'età media (45 anni). In AOU, l'età media dei ricoveri urgenti è identica tra i due sessi (60 anni), mentre tra quelli programmati le femmine hanno un'età media inferiore a quella dei maschi (femmine: 47 anni; maschi: 51 anni). Al contrario, le femmine ricoverate da IOR hanno un'età media maggiore rispetto ai maschi sia tra i ricoveri programmati (femmine: 63 anni; maschi: 50 anni) che tra quelli urgenti (femmine: 56 anni; maschi: 47 anni).

Graf. 14 - Distribuzione per sesso delle persone ricoverate nelle due tipologie di ricovero (Val. Ass. nelle colonne dell'istogramma e riferimento percentuale nelle ordinate)



Per quel che riguarda i motivi del ricovero¹⁶, in IOR, 9 ricoveri su 10 riguardano l'apparato locomotore e il tessuto connettivo, distribuiti quasi equamente tra femmine e maschi. Come già visto, in media, le donne hanno 10 anni in più degli uomini (56 vs 46) e i loro ricoveri sono più complessi, consumando quindi più risorse. Oltre alle differenze fisiologiche, secondo cui le donne hanno meno riserve di massa ossea disponibili durante l'invecchiamento, che le rende più vulnerabili alla perdita ossea legata all'età, questi dati confermano i dati della letteratura secondo cui, sebbene le donne continuino ad avere un'aspettativa di vita maggiore, si è contratta quella relativa alla "vita in salute". Pertanto, esse invecchiano senza godere di buona salute e probabilmente autosufficienza.

¹⁶ Le Aziende sanitarie identificano le prestazioni di degenza attraverso la classificazione dei ricoveri dei pazienti nei diversi DRG (Diagnosis Related Group). Il peso relativo del DRG fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG: maggiore è il peso e più elevato risulterà il carico assistenziale della corrispondente casistica. Conseguentemente, il peso relativo può essere impiegato come indicatore proxy della complessità del ricovero, in base all'ipotesi di correlazione positiva fra complessità clinica e consumo di risorse. Il costo associato a un DRG non tiene conto delle caratteristiche specifiche di un singolo paziente, ma rappresenta un costo medio che si applica a tutti i pazienti assegnati a quel DRG.

Intervista a Tullia Tavernini, Dirigente Medico, Specialista in Ortopedia e Traumatologia IOR

Ci sono differenze di genere nell'accesso ed utilizzo di servizi in ambito ortopedico e traumatologico?

Le differenze di genere osservabili nell'accesso e nell'utilizzo del servizio sanitario in ambito ortopedico sono strettamente correlate all'età. Tra le persone adulte rileviamo, infatti, un ricorso ai servizi in età più avanzata per le donne rispetto agli uomini, sia in termini di visita specialistica, sia di accesso al pronto soccorso o ricovero ospedaliero. Questa differenza è, molto probabilmente, da correlarsi ad una fragilità ossea femminile che cresce all'aumentare dell'età e che rappresenta uno dei focus della medicina di genere. In ambito ortopedico sono note, infatti, le patologie maggiormente interessate dal genere, ovvero: artrosi, osteoporosi, neuropatie, disordini muscolari. I risultati funzionali e il tasso di complicanze possono essere differenti nei due sessi dopo procedure chirurgiche ortopediche traumatologiche. Presentano, inoltre, differenze riguardo all'insorgenza, la sintomatologia e la progressione.

Tuttavia, osserviamo anche differenze nei trattamenti, che ci sembrano correlate a condizionamenti socio-culturali. Nella fase adolescenziale, a parità di condizione, osserviamo una maggiore propensione all'intervento di correzione di scoliosi¹⁷ per le femmine rispetto ai maschi, per i quali spesso si preferisce l'utilizzo di busti correttivi.

Nella nostra pratica quotidiana vediamo anche differenze assistenziali e fisioterapiche tra uomini e donne: in queste ultime i percorsi necessitano di essere più brevi nella ripresa della deambulazione e nell'espletamento delle occupazioni domestiche ad un anno dall'intervento.

Come possono essere superate le differenze di genere?

Riteniamo che occorra sviluppare la medicina di genere in ambito ortopedico, disciplina non particolarmente esplorata in ottica di genere, anche attraverso la costruzione di specifici indicatori.

¹⁷ Rif. "19° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2021", Giunta Regionale della Regione Emilia Romagna, Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare.

Sicuramente, i dati qui presentati richiamano la nostra attenzione sulla necessità di una maggiore presa in carico delle donne nell'età adulta in percorsi di prevenzione o riduzione della fragilità ossea. In tal modo si può adottare una adeguata prevenzione o riduzione della fragilità ossea, evitando una successiva fase acuta di malattia che implica anche un conseguente maggiore impegno economico del sistema sanitario.

Prospettive future

Soprattutto in ambito ortopedico, occorre ragionare nella direzione di una sempre crescente "sartorializzazione" della medicina, incentrata "sul paziente" e non solo "per il paziente". Questo approccio richiede un maggiore investimento nel momento della formazione universitaria specialistica e, successivamente, nel ciclo della formazione e dell'aggiornamento continuo, su variabili come sesso, età, genetica, morfotipo, etnia, fattori economico-sociali e psicosociali.

Inoltre, un altro ambito da esplorare e, soprattutto, da considerare riguarda la gestione del dolore. Rispetto alla percezione del dolore e alla funzionalità, a parità di condizioni radiografiche, vi sono differenze significative in termini di percezione soggettiva del dolore e del grado di disabilità rispetto all'evidenza clinica. Trascurare questi aspetti significa lasciare spazio ad uno stato di "rassegnazione" allo stato di malattia, che porta ad un maggior ricorso a visite mediche e a trattamenti farmacologici, con un impegno economico crescente.

La ricerca è orientata verso nuove terapie (ingegneria tissutale, terapia cellulare rigenerativa) ma ad oggi non sono ancora disponibili dati in letteratura basati sull'efficacia.

In Ausl e AOU i ricoveri femminili più ricorrenti riguardano la **gravidanza e il periodo neonatale**. Nel 2022 le due Aziende sanitarie hanno assistito 6.243 parti, di cui 28,4% è stato espletato con taglio cesareo. Questi dati sono in linea con l'andamento regionale rilevato nel 2021 (77% parti naturali e 23% con taglio cesareo)¹⁸. Entrambe le tipologie di parto coinvolgono per lo più donne tra i 31 e i 40 anni. In 7 parti su 10 si tratta di donne con cittadinanza italiana e l'80% dei parti

¹⁸ 19° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2021", Giunta Regionale della Regione Emilia Romagna, Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare.

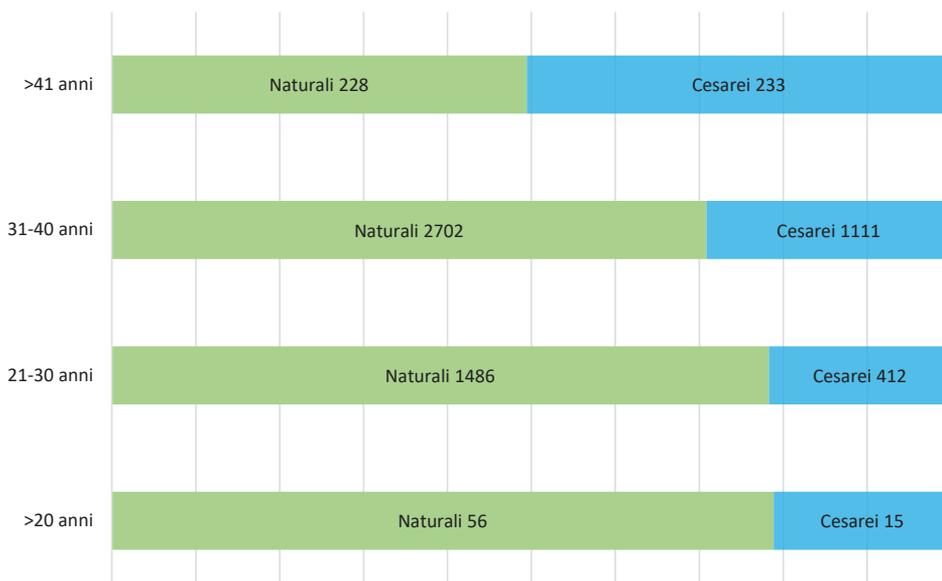
avviene senza complicanze e comorbilità. Non vi sono sostanziali differenze tra le tipologie di parto rispetto alla cittadinanza (donne straniere: 73% parti naturali; donne italiane: 71,1% parti naturali), ancora una volta in linea con l'andamento regionale (parti cesarei: 22,9% fra le cittadine italiane e 23,2% fra le straniere).

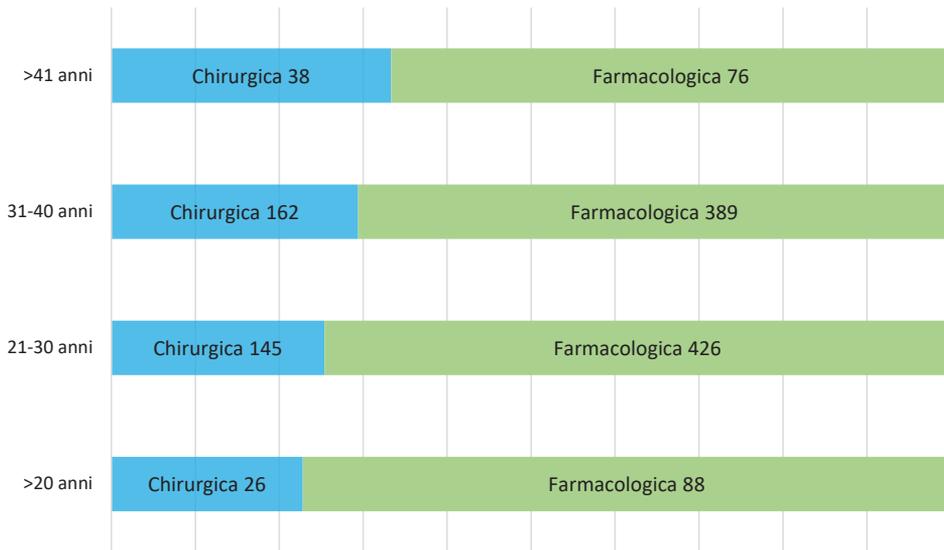
Sulla probabilità di partorire mediante taglio cesareo incidono alcuni fattori, tra cui un basso livello di istruzione, avere più di 35 anni, essere in sovrappeso o obeso, ricevere assistenza medica privata durante la gravidanza e un pregresso cesareo.

Il parto con taglio cesareo infatti è più ricorrente nelle donne di età più avanzata. Infatti, solo due cesarei su dieci sono stati praticati in donne di meno di 30 anni, mentre la metà di tutti i cesarei ha coinvolto donne di età maggiore ai 41 anni. L'età materna avanzata è considerata una indicazione accettata per il taglio cesareo elettivo, non tanto per le condizioni fisiche della paziente, che sarebbe quasi sicuramente in grado di partorire, ma piuttosto per preservare il più possibile le condizioni del feto, in quanto si tratta spesso di gravidanze preziose. In più, il taglio cesareo non limita, come nelle giovani, l'aspettativa riproduttiva futura di queste donne, poiché nella maggior parte dei casi non avrebbero comunque altre gravidanze.

Per il ricorso sempre maggiore a tecniche di procreazione medicalmente assistita con età materna avanzata, con conseguente aumento delle gravidanze gemellari, verosimilmente, la percentuale di tagli cesarei è destinata ad aumentare.

Graf. 15 - Distribuzione dei parti e delle IVG (Val. Ass. nelle colonne dell'istogramma e riferimento percentuale nelle ascisse)





Nello stesso anno le due Aziende hanno realizzato **1.350 Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)**¹⁹. Il 72,5% delle IVG è stata di tipo farmacologico ed ha riguardato per lo più donne tra i 21 e i 30 anni (43,5%), il restante 27,5% delle IVG è stato di tipo chirurgico ed ha riguardato prevalentemente donne in fascia d'età superiore. Le giovani under 20 che hanno ricorso alla IVG sono l'8,4%, interessate prevalentemente da trattamenti farmacologici. Anche le donne oltre i 40 anni rappresentano la medesima percentuale, ma tra queste è leggermente più frequente il ricorso all'IVG chirurgica. Vi sono poi lievi differenze tra le tipologie di IVG rispetto alla cittadinanza: le donne straniere vanno incontro in percentuale leggermente superiore ad una IVG chirurgica (29,1%) rispetto alle donne italiane (26,5%).

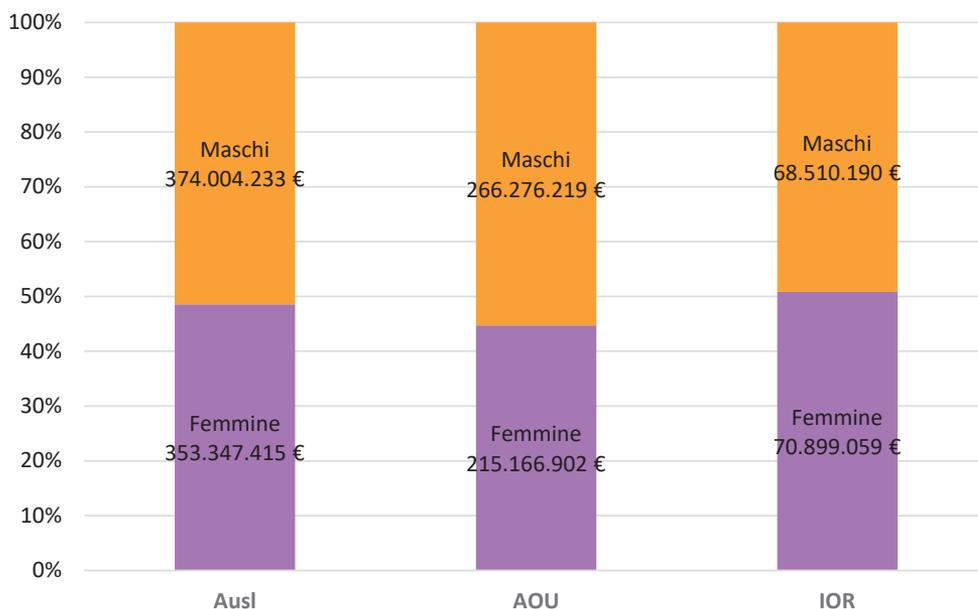
L'introduzione della cosiddetta "pillola abortiva" ha permesso di ridurre molto l'utilizzo della chirurgia, sebbene comporti un allungamento dei tempi di gestione con ricorso a numerose ecografie. Analogamente a quanto osservato per i parti, la procedura chirurgica risulta più frequente rispetto alla procedura farmacologica nelle donne di età più avanzata e nelle donne straniere rispetto alle italiane.

¹⁹ Tuttavia, questo dato potrebbe essere sottostimato perché non considera le IVG farmacologiche eseguite in percorso ambulatoriale di day service. Altresì, questa rilevazione non include i dati sugli aborti spontanei e quelli terapeutici ed altre diagnosi relative a postparto e post-aborto

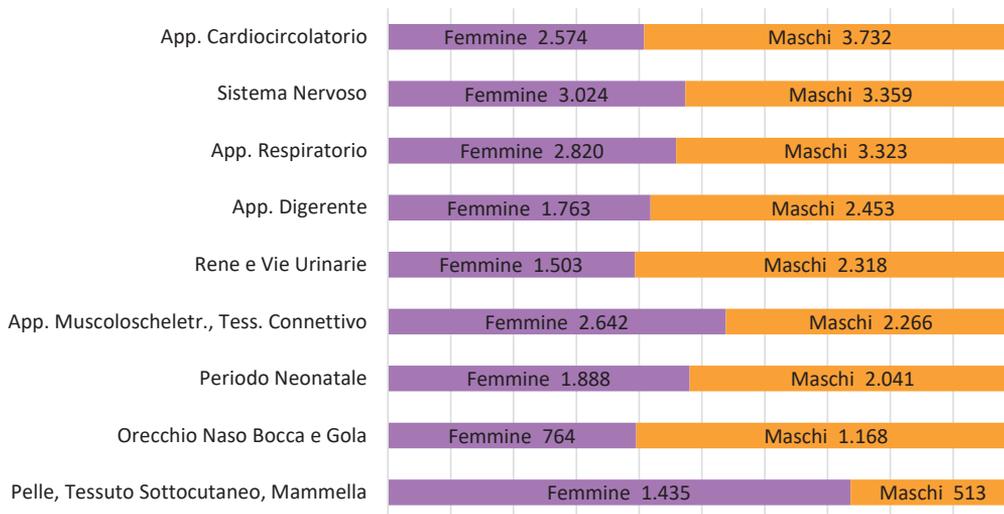
Complessivamente, rispetto alle gravidanze non desiderate, quello che apparirebbe auspicabile sarebbe prevenire la necessità di ricorrere ad un aborto, sia esso chirurgico o farmacologico, attraverso una più capillare diffusione dell'educazione sessuale nei giovani e ad una maggiore disponibilità di metodi di controllo delle nascite.

Per quanto riguarda il resto dei ricoveri di Ausl e AOU, i principali motivi di ricovero riguardano il sistema nervoso, cardiovascolare, respiratorio e digerente, che coinvolgono più maschi che femmine, solitamente più giovani delle loro controparti femminili. Ne consegue che i maschi hanno ricoveri più complessi in Ausl e AOU, assorbendo quindi più risorse. Ciò si allinea alle statistiche nazionali e internazionali sui diversi stati di salute di uomini e donne in relazione a diversi stili di vita e abitudini di prevenzione.

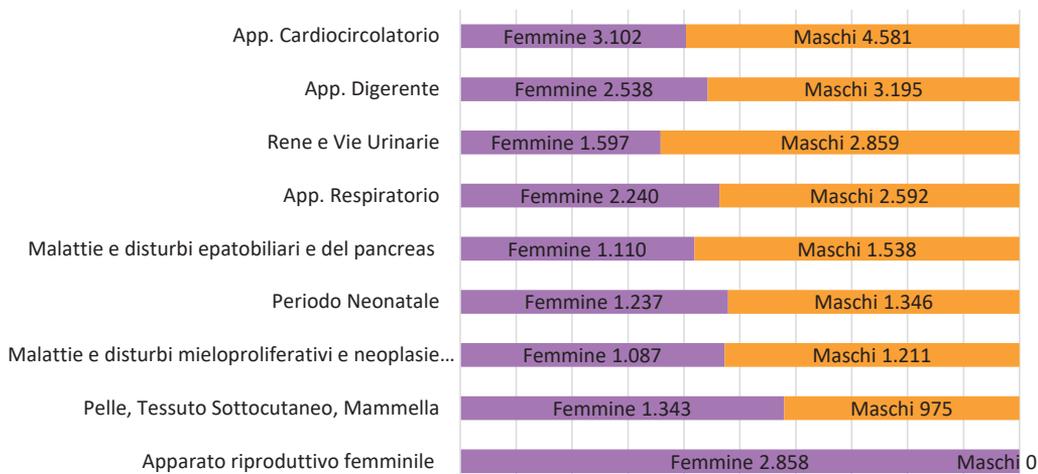
Graf. 16 - Distribuzione per sesso dei motivi di ricovero più ricorrenti e dei costi sostenuti per l'Assistenza Ospedaliera (Val. Ass. nelle colonne dell'istogramma e riferimento percentuale nelle ordinate/ascisse)



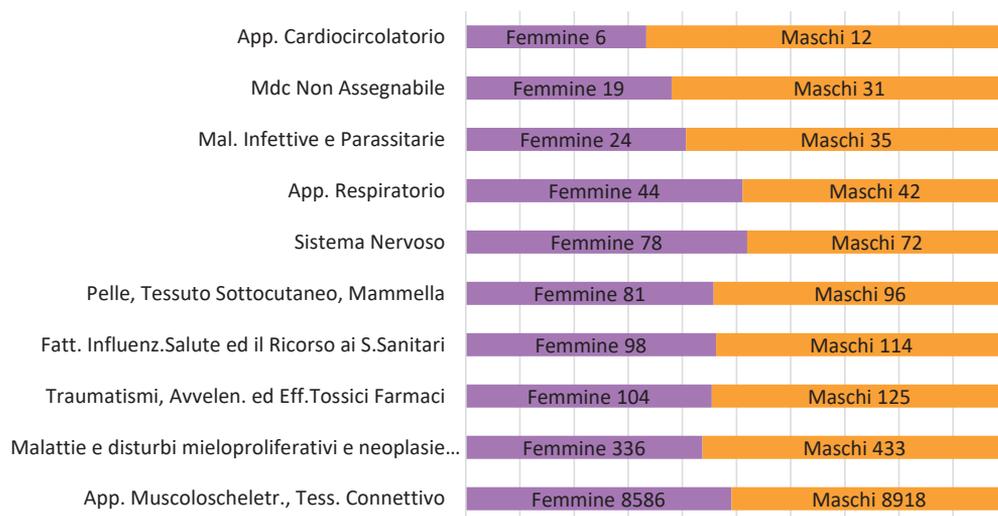
Ausl - Motivi di ricovero



AOU - Motivi di ricovero



IOR - Motivi di ricovero



Sebbene i pazienti ospedalizzati non residenti siano principalmente donne in tutte e tre le Aziende, i maschi assorbono più risorse delle femmine²⁰.

Infine, si segnala che AOU, a partire dal 2001, realizza interventi di chirurgia plastica e ginecologica per l'affermazione di genere nelle persone AFAB (Assigned Female At Birth: dichiarate di sesso femminile alla nascita)²¹. Dal 2017 al 2022, AOU ha realizzato 80 ricoveri di questo tipo, riguardanti prevalentemente persone non residenti nella Città metropolitana di Bologna. Annualmente questo tipo di ricovero non ha mai superato le 20 persone e l'età media è di 34 anni.

Nel 2020 e 2021, durante il periodo pandemico, c'è stato un calo numerico di questo tipo di ricoveri (7 nel 2020 e 8 nel 2021) ed un abbassamento dell'età media (27-28 anni) rispetto agli anni precedenti.

²⁰ Non è possibile determinare se sia correlato al case mix del paziente o agli ostacoli che impediscono il ricovero in ospedale di donne non residenti con situazioni di salute complesse.

²¹ A Bologna, è attivo un consultorio per la tutela della salute psichica, fisica e sociale delle persone trans (in collaborazione tra MiT - Movimento Identità Trans, Ausl e AOU). Esso prevede un percorso di sostegno psicologico e psicoterapeutico all'interno dei colloqui una diagnosi differenziale medica e psicologica, volta all'esclusione di disturbi mentali per procedere alla somministrazione di ormoni e, su richiesta, la redazione di perizie psicologiche e mediche, indispensabili per procedere alla richiesta di rettifica anagrafica e/o chirurgica. La perizia psicologica riporta un Disforia di identità di genere (DIG), la denominazione psichiatrica della condizione trans, contenuta nel DSM V, il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Nei casi in cui la persona voglia anche una rettifica chirurgica si porrà un'attenzione particolare al sostegno psicologico pre e post-operatorio oltre ad una valutazione interdisciplinare sull'eleggibilità interventi di riassegnazione chirurgica. Cfr. <https://mit-italia.it/servizi/consultorio>
L'AOU realizza Istero-annessiectomia e Mascolinizzazione del torace. Per approfondimenti, www.infotrans.it

Iniziative intraprese per favorire l'adesione allo screening alla cervice uterina

In collaborazione con l'AOU, Ausl realizza lo screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina per le pazienti residenti e domiciliate nel territorio di competenza. Inoltre, le due Aziende, insieme al Movimento Identità Trans (MIT), nell'ambito del Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per la incongruenza di genere nella persona adulta, collaborano per favorire l'adesione a questo screening da parte delle persone AFAB - *Assigned Female At Birth*, non sottoposte ad interventi per l'affermazione di genere (GAS - *Gender Affirmation Surgery*), cioè senza intervento a livello genitale.

La popolazione femminile residente o domiciliata nel territorio dell'Ausl di Bologna, di età compresa tra i 25 e i 64 anni, è invitata ad eseguire un test gratuito di I livello (Pap Test/HPV test, a seconda dell'età). In aggiunta, da novembre 2021, alle donne tra i 30 e 64 anni viene proposta una nuova modalità di esecuzione del test in autonomia (HPV auto-prelievo), con la collaborazione delle farmacie aderenti. Tuttavia, nel 2022 si è registrato un tasso di adesione allo screening della cervice uterina inferiore alla media regionale (55,2% vs 64,3%) e al valore atteso (60%)²². Relativamente alla popolazione transgender, le persone AFAB con ancora anagrafica femminile possono fruire dello screening (seppure con le difficoltà di accedere ai servizi in quanto non ancora rispondenti ai loro bisogni), mentre le persone AFAB anagraficamente ancora registrate come maschili, non sottoposte a GAS (quindi ancora con cervice uterina), sono escluse dallo screening perché non più presenti nell'anagrafica regionale.

Nell'ambito del Laboratorio regionale per l'AV Emilia Centro "Valutare e programmare in termini di equità: l'Health Equity Audit applicato al Piano Regionale della Prevenzione", si è deciso pertanto di analizzare le caratteristiche della popolazione che non aderisce al percorso di screening della cervice uterina. L'Health Equity Audit (HEA) è uno strumento di programmazione sociosanitaria che parte da un'analisi delle evidenze e delle iniquità esistenti per orientare la pianificazione dei servizi tramite un processo di ricerca-azione e di lavoro di rete.

²² Rilevazione a giugno 2022 del Sistema di sorveglianza Passi - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia.

La sua applicazione si traduce in elaborazione di profili di salute ed equità, azioni equity-oriented e valutazione di impatto delle stesse.

L'analisi delle differenze demografiche e socioeconomiche ha permesso di individuare le persone ritenute più "fragili" rispetto allo screening alla cervice uterina e verso cui orientare gli interventi per favorirne l'adesione. Infatti, la non partecipazione agli screening risulta più diffusa tra coloro che hanno tra i 30 e i 39 anni, residenti principalmente nella città di Bologna. Inoltre, non partecipano allo screening il 54,2% di donne con reddito elevato e il 56,6% di coloro con basso reddito. Tra le donne con reddito alto, prevalgono cittadine italiane e della Romania, Moldavia, Cina, Albania e Polonia. Tra coloro con reddito basso, sono più rappresentate le nazionalità Ucraina, Marocco, Filippine, Pakistan e Bangladesh.

Sono state quindi intraprese diverse iniziative, tra cui la traduzione della lettera di invito allo screening nelle lingue parlate dalle comunità più numerose nell'area dell'Ausl di Bologna e la realizzazione della versione inglese del portale per il cambio appuntamento. È stata lanciata una campagna informativa in lingue straniere sulla qualità del percorso di screening, rivolta soprattutto alle donne con reddito elevato. È stato creato un percorso in rete con i referenti delle comunità straniere. Infine, sono state effettuate azioni di prossimità sul territorio, includendo la distribuzione di kit per l'auto-prelievo e l'uso di un consultorio mobile, destinate soprattutto alle donne con reddito basso.

Rispetto alla popolazione transgender, 246 persone su 305 prese in carico dal MIT rientrano nel target di screening. Tra queste, 76 hanno ancora la cervice uterina; di esse, 47 vivono in Emilia Romagna, di cui 16 hanno già effettuato il cambio anagrafico (maschi) e 31 devono ancora farlo (femmine).

Sono in corso di realizzazione diverse attività destinate alla popolazione transgender, tra cui l'integrazione dei membri del MIT nel percorso, la realizzazione di un evento di sensibilizzazione "La tutela della salute nella popolazione transgender" in data 27 ottobre 2023, l'identificazione di un consultorio Ausl a supporto della popolazione trans per lo screening, la preparazione di comunicazioni informative dedicate con la collaborazione del MIT, nonché l'implementazione di un sistema informatico/informativo tra MIT e aree sanitarie per garantire la continuità delle cure.

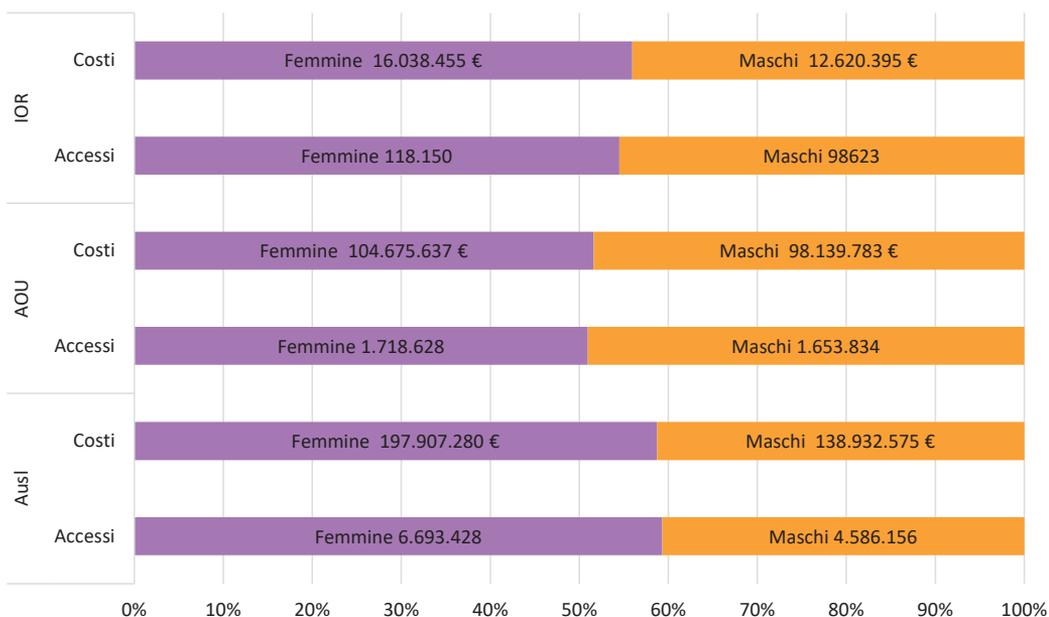
Le azioni finora realizzate hanno prodotto i risultati sperati: al 1° gennaio 2023, nella popolazione afferente ai territori dell'Ausl di Bologna, le adesioni sono incrementate del 60,3% ²³.

Assistenza Specialistica

L'assistenza specialistica è costituita da visite, attività diagnostiche e terapeutiche, riabilitazione ed esami di laboratorio, erogata ai pazienti esterni (non ricoverati) in ambito ospedaliero e territoriale²⁴ che possono riguardare tutte le specialità mediche.

In tutte e tre le Aziende sanitarie le donne effettuano più prestazioni specialistiche e assorbono più risorse.

Graf. 17 - Distribuzione dell'Assistenza Specialistica per sesso della persona assistita e in relazione ai costi sostenuti (Val. Ass. nelle colonne dell'istogramma e riferimento percentuale nelle ascisse)



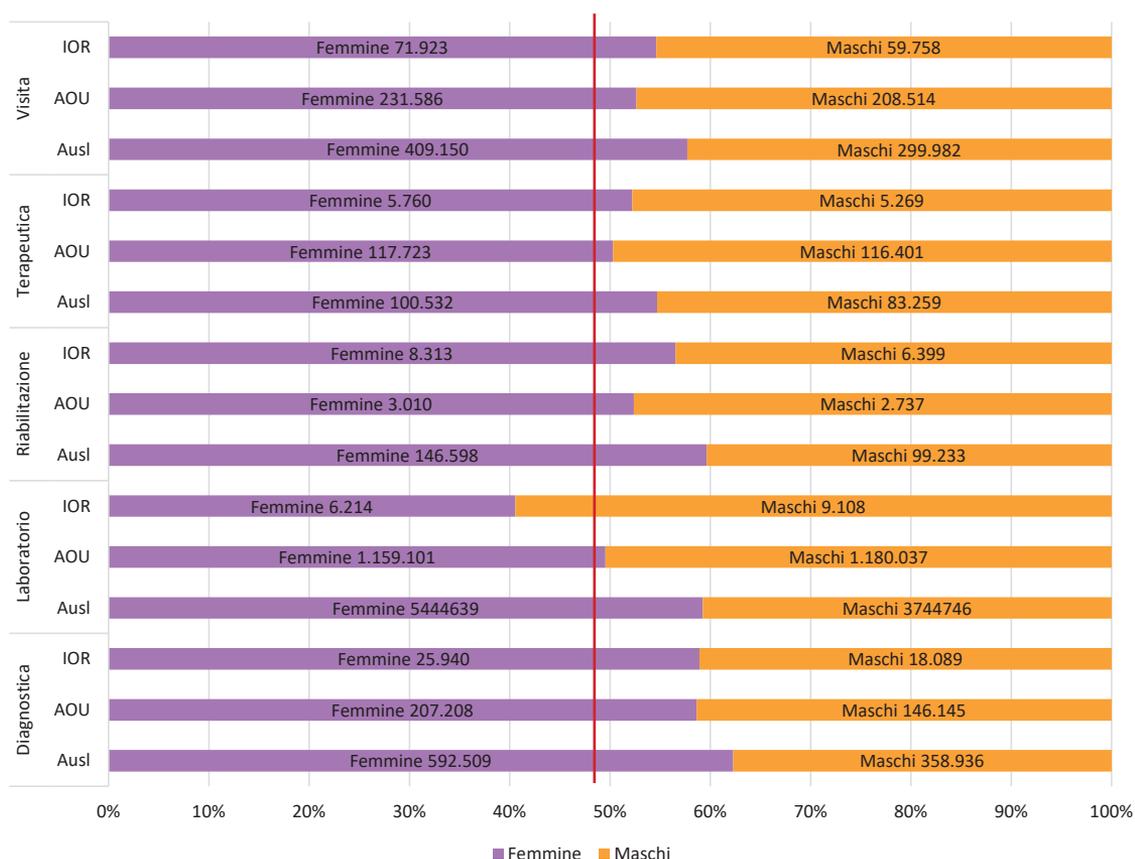
²³ Dati derivanti dal Sistema di sorveglianza Passi - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia.

²⁴ AOU e IOR realizzano solo assistenza ospedaliera.

In Ausl e AOU le prestazioni maggiormente utilizzate sono le attività diagnostiche e gli esami di laboratorio, principalmente svolti a carico del SSN. Le donne hanno fatto ricorso in maniera leggermente superiore alle attività diagnostiche, mentre gli uomini ai test di laboratorio. Presso IOR, invece, la prestazione specialistica prevalentemente utilizzata corrisponde alle visite, di cui una quota significativa svolta anche tramite libera professione intramoenia, ovvero prestazioni a pagamento svolte da specialisti al di fuori dell'orario di lavoro utilizzando le strutture dell'istituto. Tali visite sono spesso richieste da persone non residenti, prevalentemente come seconda opinione. Come visto per PS e ricoveri, le donne che accedono all'assistenza specialistica dello IOR sono generalmente più anziane dei maschi.

La quantità di risorse assorbite da femmine e maschi non residenti è sostanzialmente in linea con la distribuzione di prestazioni di assistenza specialistica tra i due sessi.

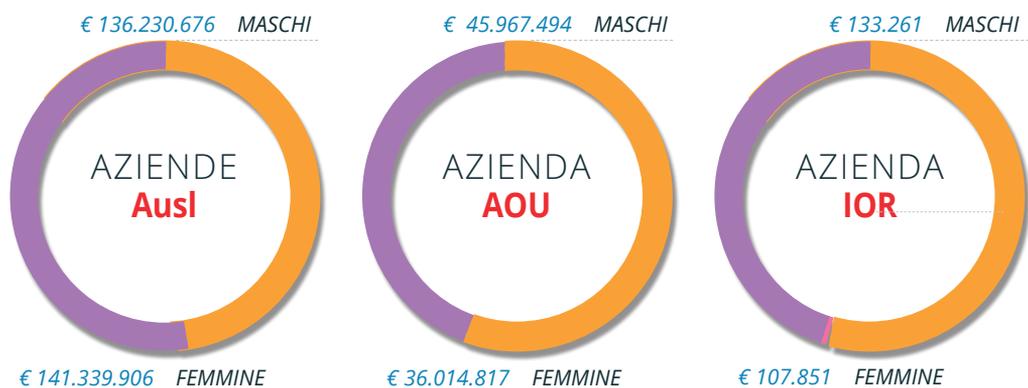
Graf. 18 - Distribuzione per sesso del tipo di prestazione specialistica
(Val. Ass. nelle colonne dell'istogramma e riferimento percentuale nelle ascisse)



Assistenza Farmaceutica

L'Assistenza Farmaceutica comprende la fornitura di medicinali per pazienti ricoverati o per cure domiciliari, nonché quelli post dimissione ospedaliera o a seguito di visite specialistiche ambulatoriali. Si divide in erogazione diretta dei farmaci e assistenza farmaceutica territoriale: la prima corrisponde alla pratica di fornire farmaci direttamente ai pazienti ed è svolta da tutte e tre le Aziende; la seconda invece appartiene solo ad Ausl e consiste nella fornitura di servizi farmaceutici nel territorio, che comprende la gestione dei farmaci, consulenza e informazione ai pazienti, monitoraggio terapeutico e altre attività svolte dai farmacisti al di fuori delle strutture ospedaliere. Date queste caratteristiche, da cui conseguono anche questioni tecniche di misurazione, questo Bilancio di Genere presenta solo le informazioni relative ai costi e non quelle concernenti l'erogazione dei farmaci nel suo complesso²⁵. I costi sostenuti per assistenza farmaceutica di Ausl sono pressoché egualmente distribuiti tra i due sessi, mentre sono imputati in proporzione leggermente maggiore alle prestazioni fruite dai maschi in AOU (56,1%) e IOR (55,3%).

Graf. 19 - Distribuzione per sesso degli assistiti in relazione ai costi sostenuti per erogare l'Assistenza farmaceutica (Val. Ass.)



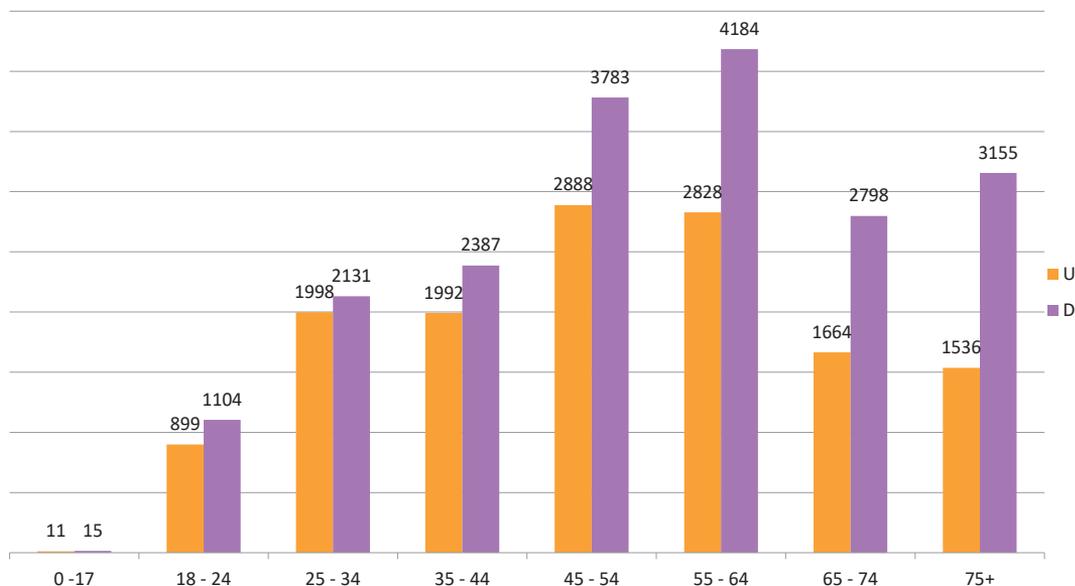
²⁵ I farmaci erogati durante il ricovero ospedaliero non sono attribuibili al singolo paziente, per cui il dato sui consumi dei farmaci ospedalieri non è informativo rispetto alla tematica di genere. Per calcolare i costi sono stati fatti dei ribaltamenti per stimare il consumo di farmaci ospedalieri distinto per sesso. Per quanto riguarda invece la distribuzione diretta dei farmaci (gestita dalle farmacie ospedaliere) e per conto (nelle farmacie territoriali), le situazioni sono molto diverse in ciascuna Azienda sanitaria. Ad esempio, IOR realizza la tracciabilità sui flussi relativa al paziente solo per la distribuzione diretta riferita ad alcune casistiche specifiche (essenzialmente farmaci erogati alla dimissione a pazienti residenti, con qualche eccezione per garantire la continuità assistenziale, farmaci oncologici erogati nell'ambito di day service oncologici, fattori della coagulazione erogati nell'ambito del ricovero perché soggetti a rimborso da parte della Regione di residenza). Ausl, invece, svolge sia assistenza farmaceutica territoriale che farmaci in erogazione diretta.

Ausl e AOU forniscono principalmente assistenza farmaceutica a persone residenti: solo il 6,4% dell'assistenza farmaceutica erogata da Ausl e il 27% di quella di AOU è destinata a persone non residenti nei territori assistiti dall'Ausl di Bologna. Invece, per le sue attività rivolte i pazienti fuori regione, il 72% del costo sostenuto per questo tipo di assistenza in IOR è destinato ai non residenti e presso la sede di Bagheria, in Sicilia.

Salute Mentale

Nel 2022 il Dipartimento di Salute Mentale dell'Ausl ha preso in carico 33.373 pazienti, di cui il 59% donne ed il 41% uomini. Le fasce di età più coinvolte sono quelle tra 45-54 e 55-64 anni; la fascia di età tra 45-54 anni appresenta quella dove il genere maschile è maggiormente presente, mentre per le donne è quella tra 55-64 anni.

Graf. 20 - Distribuzione per sesso e fasce d'età delle persone prese in carico dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Ausl (Val. Ass.)

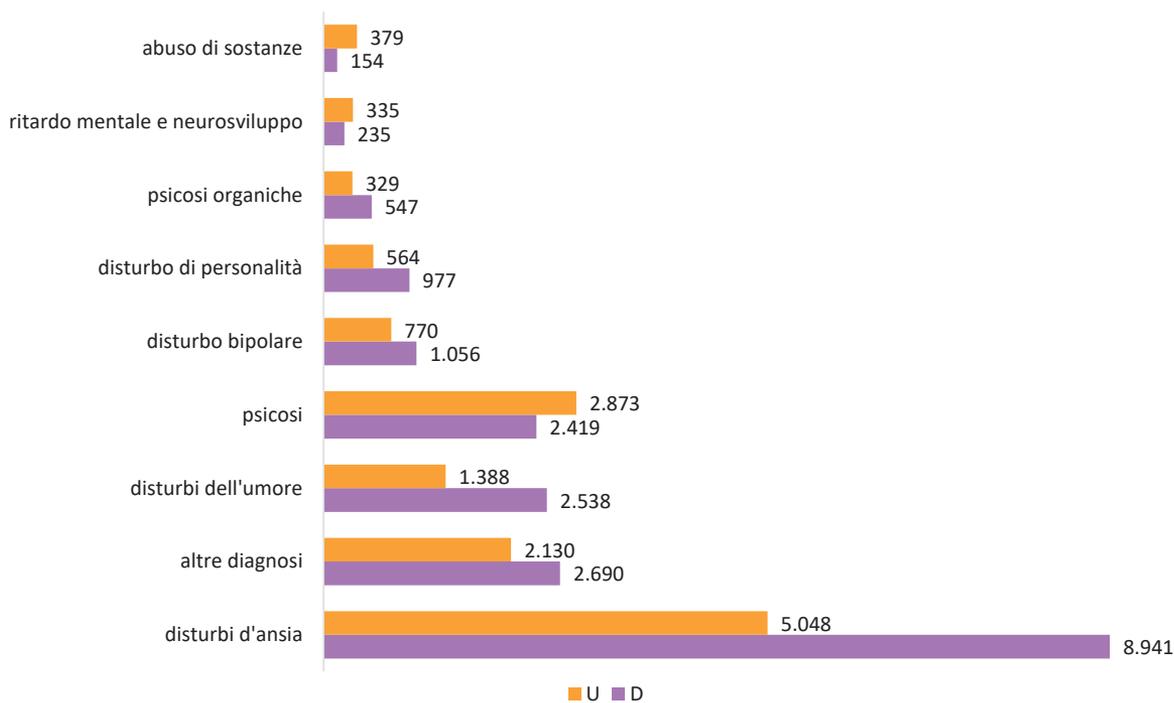


La diagnosi primaria maggiormente rappresentata (corrispondente al 42% del totale delle persone in carico), riguarda i disturbi d'ansia e, secondariamente, le psicosi (16%). Mentre i disturbi d'ansia riguardano prevalentemente le donne (64% del totale), le psicosi sono maggiormente presenti tra gli uomini (54%).

Il disturbo bipolare e il disturbo di personalità, che rappresentano ciascuna il 5% delle diagnosi, e la psicosi organica (3% delle diagnosi), riguardano in misura lievemente superiore pazienti di sesso femminile, rispettivamente il 58%, 63% e 62%.

I disturbi riconducibili ad abuso di sostanze, che rappresentano il 2% del totale, riguardano per la maggior parte pazienti di sesso maschile (71%).

Graf. 21 - Distribuzione per sesso per diagnosi primaria (Val. Ass.)



Dipendenze patologiche

Nel 2022 i soggetti in trattamento al Servizio per le Dipendenze Patologiche (SerDP) dell'Ausl dell'area metropolitana di Bologna sono stati 3.772, di cui il 21,7% donne e il 78,3% uomini. Il rapporto tra utenti di sesso maschile e femminile risulta inferiore al dato nazionale (3,6 per Bologna e 5,9 per l'Italia) ed è verosimile che il SerDP abbia una capacità attrattiva maggiore nei confronti delle donne.

In particolare, è in aumento il ricorso a tali servizi da parte della popolazione giovanile femminile (fascia di età 15-24 anni: 28,5% donne e 71,5% uomini).

Nello specifico, la maggior parte dei pazienti in carico riguarda le dipendenze da droghe e farmaci (68,1% del totale degli utenti, pari a 2.569 persone), seguiti da quelli per dipendenza da alcol (25,9% del numero complessivo, 979 persone) e quelli per gioco d'azzardo (5,9%, 24 persone). Le persone in trattamento per dipendenza da droghe e farmaci sono per lo più uomini (81,2%) così come per le ludopatie (82,1%), mentre tra le persone in trattamento per dipendenza da alcol, la quota di donne sale al 30,3%. Questo dato si contrappone a quello nazionale, dove la domanda di trattamento per alcol nelle donne si attesta intorno al 24%, mostrando un accresciuto ricorso ai servizi tra il genere femminile che suggerisce ulteriori approfondimenti nella stima della diffusione del fenomeno e delle differenze di genere sul territorio.

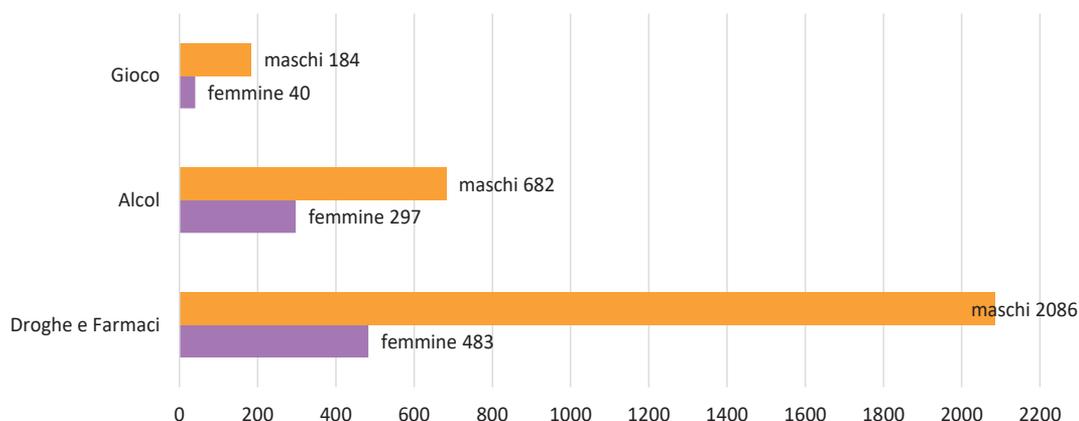
In Italia la prevalenza di assistiti dei SerDP ogni 100.000 abitanti residenti è di 367 maschi contro 59 in quella femminile, mentre nell'area metropolitana di Bologna risulta alquanto più elevata ed è 589 per i maschi contro 164 nelle femmine (il triplo rispetto al dato nazionale), dimostrando un'ulteriore specificità del nostro territorio in relazione all'accesso ai servizi.

Per quanto riguarda i trattamenti erogati, emergono alcune differenze: le donne fruiscono maggiormente di quelli nelle aree economica, psico-socio-educativa e sanitaria, mentre per tutti gli altri trattamenti non si osservano variazioni significative tra i due generi. La riflessione che ne deriva è che le donne probabilmente tendono ad avere una maggiore *compliance* nel percorso di cura offerto.

Tab. 1 - Distribuzione per sesso dei trattamenti erogati agli utenti in carico dal SerDP dell'Ausl (Val. %)

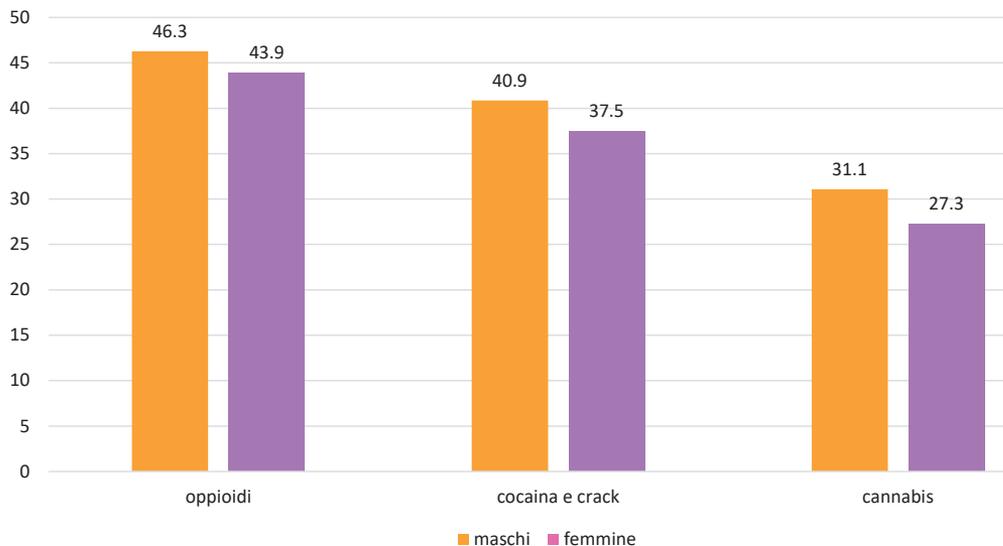
	Maschi	Femmine
Prestazioni socio-economiche	5.4	8.2
Inserimento lavorativo	5.6	9.3
Orientamento sostegno psicologico	15.9	19.3
Colloqui e attività di sostegno sociale o educativo	53.9	62.8
Controlli liquidi biologici	70.7	79.6
Controlli periodici stato salute	73.8	83.5

Graf. 22 - Distribuzione per sesso degli utenti per tipologia di dipendenza patologica (Val. Ass.)



Per quanto riguarda i dati sulle sostanze primarie d'abuso degli utenti in trattamento ai SerDP di Bologna, le donne fanno registrare percentuali più alte rispetto al valore nazionale: sono il 21,2% per uso di oppioidi (Italia: 15,5%), il 13,6% per uso di cannabis (Italia: 11,4%) e il 13,5% di chi si è rivolto ai servizi per uso di cocaina o crack (Italia: 11,8%). Nello specifico, l'età media delle persone di sesso femminile che si sono rivolte ad un servizio nell'area metropolitana di Bologna per oppioidi, cannabis, cocaina e crack è inferiore a quella dei maschi.

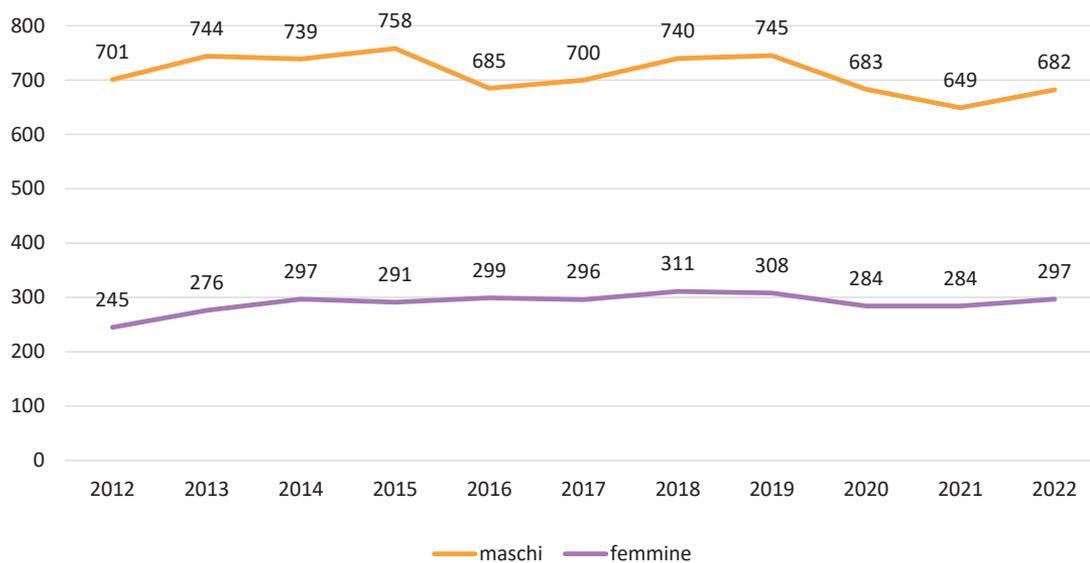
Graf. 23 - Distribuzione per sesso ed età degli utenti per sostanza primaria di abuso (Val. %)



I dati sulle persone in trattamento per uso di alcol mostrano un trend altalenante negli ultimi anni, passando complessivamente da 946 utenti del 2012, 1.054 nel 2019 a 979 del 2022.

Nel 2022, le donne sono state il 30,3% delle persone trattate (297), con un'età media di 51 anni, contro il 24% del dato nazionale. La percentuale più elevata tra le donne può essere spiegata dalla specificità del territorio e dalla diversificazione dell'offerta dei trattamenti per le dipendenze. Per quanto riguarda i trattamenti erogati agli utenti in carico non si notano particolari differenze di genere.

Graf. 24 - Trend periodo 2012-2022: pazienti in trattamento con dipendenza da alcol per sesso (Val. Ass.)



Intervista a Marialuisa Grech, Direttrice UOC Dipendenze Patologiche, DSM-DP, Ausl di Bologna

Ci sono differenze di genere nell'utilizzo dei servizi per le dipendenze patologiche?

Nella nostra esperienza non si apprezzano particolari differenze di genere nell'accesso ai servizi per le dipendenze patologiche. Si riscontra un numero più elevato di utenti uomini rispetto alle donne in accordo con la propensione dei primi a sviluppare maggiormente una dipendenza, come ampiamente documentato in numerosi studi epidemiologici. Sicuramente la differenza di genere emerge in modo consistente nell'outcome ed è notevolmente correlata ad una diversa capacità di chiedere aiuto, più consistente nelle donne. Come osservato, le donne riescono a chiedere aiuto prima degli uomini, i percorsi di cura delle donne hanno sostanzialmente un outcome più favorevole e si concludono più velocemente e con successo terapeutico.

Come possono intervenire i servizi per le dipendenze per superare le differenze di genere?

Sicuramente c'è una differenza nel rapporto con la sostanza tra uomo e donna. I motivi d'uso sono diversi: l'uomo tendenzialmente è uno sperimentatore, la donna inizia ad utilizzare perché di solito emula il comportamento del gruppo o del compagno.

Nelle donne, il rapporto con la sostanza è di tipo relazionale. Proprio perché più votate alla relazione, la storia tossicomantica delle donne ha più spesso questa inclinazione, generando un rapporto "terapeutico" con la sostanza stessa. Le donne coinvolte con le sostanze lo fanno per autocura, ricercano la valenza antidolorifica, sedativa e anestetizzante.

Nella manifestazione della tossicodipendenza, le donne esprimono spesso sentimenti di vergogna molto importanti e superiori rispetto a quello che vediamo negli uomini, probabilmente legato ad una maggiore stigmatizzazione della società. I servizi per le dipendenze per essere più attrattivi nei confronti della popolazione femminile non devono trascurare questo aspetto.

Banalmente potrebbe essere sufficiente dedicare uno sportello apposito per le donne (ad esempio, un pomeriggio a settimana). Inoltre, spesso le pazienti sono madri e purtroppo i servizi non hanno spazi idonei ai bambini, quindi sarebbe necessario ripensare luoghi di accoglienza e tempi adeguati a queste situazioni: potrebbe essere un abbattimento di una barriera importante.

Sono previste strategie terapeutiche specifiche per genere?

Allo stato attuale dei nostri servizi, i percorsi di cura prevedono una valutazione multidisciplinare che poi confluisce nella multidisciplinarietà della presa in carico stessa che contempla tutti gli aspetti che sono chiamati in causa nello sviluppo di una dipendenza, come la componente biologica, la componente psicologica e quella sociale. Riprendendo quanto detto in precedenza, sicuramente la dipendenza al femminile ha caratteristiche peculiari (il rapporto con il corpo, il tema del trauma, il tema della maternità, ecc.), per cui ipotizzare la costituzione di gruppi terapeutici solamente al femminile, dove si possano affrontare questi temi, è una progettualità dei nostri servizi, al fine di offrire una possibilità di cura più accurata per i bisogni femminili.

Inoltre, avere a disposizione strutture terapeutiche residenziali per sole donne e finalizzate alla cura di questi aspetti insiti nella dipendenza femminile ci sembra una strategia terapeutica che va nella direzione della cura personalizzata e che risponde meglio al bisogno delle pazienti.

CONCLUSIONI

CONCLUSIONI

a cura di:

Simona Lembi

Responsabile Piano per l'uguaglianza della città metropolitana di Bologna.

Avere tra le mani il primo bilancio di genere delle Aziende Sanitarie di Bologna è già un fatto: qualcosa da salutare con favore, un nuovo strumento utile di lavoro, un documento ricco di dati e indicatori, capace di raccontare meglio quello che accade nella sanità pubblica.

Nonostante quello del Bilancio di Genere sia uno strumento cui si fa riferimento da molto tempo (fin dalla IV Conferenza mondiale delle donne tenutasi a Pechino nel 1995), previsto in una risoluzione europea del 2003 e nominato in Italia fin dal 2001, si tratta di uno strumento ancora poco praticato, se si pensa, solo per fare un esempio, ai meno di 1.000 Comuni sugli 8.000 che compongono la nostra infrastruttura istituzionale che lo hanno adottato.

Anche per questo, manifestiamo grande apprezzamento per il fatto che le Aziende Sanitarie di Bologna abbiano deciso di dotarsi di un Bilancio di Genere, sulla cui prima pubblicazione valgono, prioritariamente due valutazioni sopra le altre:

1 La fotografia del personale delle tre Aziende

Il Bilancio di genere qui presentato ci consegna una fotografia netta circa il personale dell'Ente suddiviso tra uomini e donne, le progressioni in carriera, gli stipendi percepiti, come pure la distribuzione di maschi e femmine nelle diverse aree di specializzazione.

Il fatto che siano donne la prevalenza di chi lavora nella Sanità (67% nel nostro caso) significa, in primo luogo, quanto questo settore sia capace di garantire partecipazione delle donne al mercato del lavoro. Gli indici di occupazione nazionali sono talmente scarsi, modesti e poveri (52% l'indice di occupazione femminile in Italia, a fronte del 69% di media europea), da salutare sempre con gioia quei luoghi che conoscono una buona partecipazione delle donne (cioè dell'occupazione più svantaggiata) al mercato del lavoro.

La situazione del lavoro nelle Aziende Sanitarie contribuisce a definire una caratteristica propria del mercato del lavoro di Bologna metropolitana, a nostro parere tra le più preziose: quella di essere l'area geografica italiana con indici di occupazione femminile tra i più alti; se non siamo primi, siamo secondi e comunque sempre sul podio, da più di 20 anni. Si tratta di un record di grande prestigio, che ben testimonia la qualità del lavoro tutto, ma che non ci mette al riparo da quelle disuguaglianze proprie del mercato del lavoro che, anche a Bologna, vedono percorsi lavorativi molto diversi tra uomini o donne. Nominare queste disuguaglianze è necessario: carriere diverse, retribuzioni diverse, carichi di cura diversi, le cui conseguenze più faticose si vedono ancora tra le lavoratrici e le cui evoluzioni, in termini di uguaglianza e di equità, sono ancora troppo lente.

Il Bilancio di genere delle Aziende Sanitarie di Bologna conferma questa dinamica. Ci dice di un settore a prevalenza di occupazione femminile, non immune, neppure per questo, dalle disuguaglianze cui si è appena fatto cenno: gap salariali importanti (nell'area medica anche -20%) dove a pesare non sono, ovviamente, i contratti (che sono eguali per uomini e donne), ma la diversa disponibilità di tempo per stare sul posto del lavoro. Svolgere attività di libera professione in intramoenia e/o rimanere al lavoro oltre l'orario previsto, sono fattori che modificano le remunerazioni, non per competenza, non per esperienza, ma per tempo a disposizione. Il fattore tempo è un bene tanto prezioso, quanto iniquamente distribuito, per il noto fatto che il carico di cura (che noi preferiamo continuare a chiamare "lavoro non retribuito", come lo hanno definito le economiste) rimane, anche nel sistema sanitario, prevalentemente, se non quasi esclusivamente, sulle spalle delle donne. A testimonianza di quanto appena detto, si mette in evidenza il dato di accesso ai congedi parentali: i lavoratori accedono prevalentemente a quelli retribuiti, le lavoratrici prevalentemente a quelli non retribuiti. Colpisce, (favorevolmente) che appena il 4,7% del personale abbia un contratto part-time; fa riflettere che siano solo in posizioni dirigenziali i pochissimi uomini che lo richiedono (7%).

2 La fotografia delle prestazioni erogate e dei costi di produzione delle Aziende Sanitarie di Bologna

Se la prima parte di questo bilancio di genere ci consegna una fotografia sul personale della Sanità pubblica bolognese, la seconda mette a fuoco una ulteriore fotografica, altrettanto importante: quella delle prestazioni erogate e dei costi di produzione delle Aziende Sanitarie di Bologna. Nel sottolineare

quanto sia difficile una comparazione tra diverse tipologie di prestazioni, proviamo ad avanzare qualche valutazione a partire dal racconto dei fatti, in primo luogo: uomini e donne accedono paritariamente al PS; nell'assistenza ospedaliera non ci sono differenze significative nella distribuzione per sesso delle persone ricoverate, l'età, in questo caso, influenza di molto la scelta; circa i ricoveri ospedalieri, sono coinvolti maggiormente i maschi rispetto alle femmine; sono, invece, di più le signore che accedono alle prestazioni specialistiche; circa le prestazioni erogate sulla salute mentale prevalgono le donne, gli uomini nell'abuso di sostanze e nelle psicosi.

Da questo punto di vista un solo Bilancio di Genere offre dati ancora troppo poco significativi per trarre solide conclusioni; prevale, dunque, una certa cautela nell'esprimere valutazioni di prospettiva. E tuttavia, a chi scrive, appare evidente come anche nel caso della sanità (sono noti gli studi già avviati in altri settori), la relazione tra prestazioni erogate e genere sia evidente, sia dal punto di vista di chi ci lavora e anche di chi usufruisce di quelle prestazioni.

Il Piano per l'Uguaglianza metropolitano è molto grato per la fotografia che ci consegna questo lavoro e per l'insieme dei dati che presenta. Decisori politici ed istituzionali hanno ora tra le mani uno strumento più sottile e raffinato di quelli tradizionali per valutare le ricadute della spesa pubblica nella vita quotidiana dei cittadini e delle cittadine, necessario per affrontare anche il modo con cui questa spesa possa sempre più rispondere a principi di uguaglianza e di equità.

Vale la pena, da questo punto di vista, tenere ben presenti gli inviti che questo lavoro ci offre: ad investire di più sulla prevenzione e a rafforzare la medicina di genere.

A conclusione di questa prima edizione del Bilancio di Genere della Sanità pubblica di Bologna, teniamo moltissimo a ringraziare le tre Aziende, i rispettivi Direttori Generali, per avere voluto questo nuovo lavoro; Sabrina Colombari, Elisa Porcu e Lorena Landi, rispettivamente Presidenti del CUG dell'AUSL, dell'Ospedale Rizzoli di Bologna e dell'Ospedale Sant'Orsola Malpighi di Bologna, sono le persone che hanno fatto la differenza nel portare avanti questa nuova lettura di un'impresa così importante, partecipata da più di 17.000 lavoratori e lavoratrici. Qualifica ulteriormente questo lavoro il fatto di essere stato accompagnato dall'Università di Bologna, nelle figure di Benedetta Siboni e Paola Canestrini, a testimonianza di quanto sia prezioso il confronto tra Enti, anche per non ricominciare da capo tutte le volte come se alle spalle non ci fossero già pratiche consolidate. Noi del

Piano per l'Uguaglianza, (una nuova azione amministrativa che qui si intende come evolutiva delle più tradizionali pratiche di Pari Opportunità, adottato dal Consiglio metropolitano nel Luglio 2022 a seguito di un impegnativo percorso partecipato durato 7 mesi), siamo felici di salutare questo nuovo lavoro, su cui siamo certe avremo modo di tornare nella prossima edizione e che fin d'ora saprà dialogare anche con le altre Aziende Sanitarie italiane, così come saprà essere da esempio per altre Istituzioni.



Simona Lembi

RESPONSABILE PIANO PER L'UGUAGLIANZA
DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI BOLOGNA

Nota metodologica

a cura di Paola Canestrini e Benedetta Siboni,
Università degli Studi di Bologna

Nel 2022 le Presidenti dei CUG delle tre Aziende sanitarie (d'ora in poi 'promotori') hanno avviato il percorso di formulazione del Bilancio di Genere, coinvolgendo un team di ricercatrici del Dipartimento di Scienze Aziendali dell'Università di Bologna (d'ora in poi team accademico), esperti in rendicontazione sociale e di genere, affinché ne guidassero il processo interno alle tre Aziende.

È stato quindi attivato un percorso partecipativo per sviluppare l'indice del Bilancio di Genere e i protocolli degli indicatori da utilizzare, insieme a identificazione, estrazione e analisi dei dati per rilevare gli squilibri di genere all'interno delle tre Aziende sanitarie.

Il percorso si compone di quattro fasi principali (Tab. 2).

Tab. 2. - Fasi della formulazione del Bilancio di Genere

1^a Fase	Nov. 2022 – Feb. 2023	Avvio del processo e coinvolgimento del personale
2^a Fase	Aprile – Maggio 2023	Identificazione dei dati e definizione del protocollo degli indicatori
3^a Fase	Maggio – Luglio 2023	Raccolta e analisi dei dati e redazione del Bilancio di Genere
4^a Fase	Sett. – Dic. 2023	Revisione, approvazione del Bilancio di Genere, impaginazione grafica del documento ed eventi di disseminazione

1^a Fase. I promotori hanno selezionato circa 40 persone delle tre Aziende sanitarie da coinvolgere nel percorso (d'ora in poi 'partecipanti'), oltre a loro stessi. Quindi, il team accademico ha tenuto quattro incontri con promotori e partecipanti per stabilire una conoscenza di base sulle funzioni e sul quadro normativo per la formulazione del Bilancio di Genere, oltre a creare motivazione e impegno sul tema delle disuguaglianze di genere.

Durante gli incontri sono stati presentati alcuni casi di Bilancio di Genere formulati da altre aziende sanitarie. La loro disamina ha messo in luce la fattibilità del percorso, i limiti (soprattutto nella disaggregazione dei dati per genere) e le originalità.

Ciò ha permesso di stimolare il senso individuale a contribuire, sollecitando l'identificazione di soluzioni da attuare per un Bilancio di Genere congiunto e per superare eventuali ostacoli. Inoltre, è stato rimarcato che si trattasse di un'esperienza pionieristica in quanto non vi erano casi simili che presentassero congiuntamente le caratteristiche di tre aziende, tra l'altro caratterizzate dal tema della ricerca sanitaria, quindi un'opportunità molto sfidante.

Il team accademico ha attivato una strategia "semi-bottom-up" per garantire il coinvolgimento attivo dei partecipanti. Ad esempio, ai partecipanti è stato chiesto attraverso l'utilizzo di piattaforme online e intuitive che consentono di ottenere feedback interattivi (es. Mentimeter), su quali fenomeni avrebbero voluto focalizzare l'attenzione e cosa si aspettavano che emergesse. Ciò ha contribuito a consolidare nei partecipanti la continuità a partecipare, desiderosi di vedere il prodotto finito e il loro contributo riconosciuto.

Parallelamente agli incontri, il team accademico ha elaborato un indice di Bilancio di Genere ad hoc e lo ha proposto ai promotori per l'approvazione. Dopodiché, i contenuti sono stati rivisti e concordati con l'insieme dei partecipanti, sia in modalità plenaria che in piccolo gruppo. Ciò ha facilitato la discussione delle somiglianze e delle differenze tra le tre Aziende per selezionare le informazioni rilevanti da rappresentare nel Bilancio di Genere e come estrarre e aggregare i dati. Inoltre, ha permesso ai partecipanti di familiarizzare con colleghi di altre Aziende, migliorando così le collaborazioni.

Per quanto riguarda i dati, sono stati sviluppati indicatori sia finanziari che non finanziari, disaggregati per genere. Il 2022 è stato eletto come anno di riferimento per la rendicontazione in quanto tutte e tre le Aziende hanno i dati consolidati nel periodo di estrazione (maggio 2023). Di conseguenza, sono stati definiti i temi da analizzare e rendicontare nel Bilancio di Genere e il programma di lavoro fissando attività, mansioni, uffici preposti e macro scadenze.

2^a Fase. La seconda fase ha preso avvio con la presentazione da parte dei promotori del Bilancio di Genere ai principali organi di governo delle tre Aziende sanitarie per ottenerne l'approvazione. Successivamente, i promotori hanno costituito quattro gruppi denominati "di miglioramento" che hanno coinvolto il personale delle tre Aziende sanitarie inerenti (1) personale (6 persone), (2) ricerca e pubblicazioni (10 persone), (3) servizi sanitari erogati (12 persone) e (4) costi di produzione dei servizi (15 persone). I componenti dei 4 gruppi sono riportati in Tab. 3. Tra aprile e maggio 2023, il team accademico ha condotto due incontri online per gruppo, per un totale di 8 incontri. Ogni incontro è stato registrato e trascritto.

Tab. 3. - Componenti dei gruppi di miglioramento

GRUPPO 1	GRUPPO 2
Personale	Ricerca
Stefano Bacchi Reggiani Dir. Professioni Sanitarie - Ausl	Agnese Antognoli Grant Office - AOU
Sabrina Colombari Presidente CUG, UO Sviluppo Organizzativo e Coordinamento Staff- Ausl	Marinella Bruni IRCCS Neuroscienze ISN - Ausl
Francesca Gorla Sviluppo organizzativo - AOU	Cristina Fonti IRCCS Neuroscienze ISN - Ausl
Daniela Sangiovanni Dir. Professioni e CUG - AOU	Fiorella Giancola Grant Office - AOU
Camilla Curione Serv. Unico Amministrazione Giuridica del Personale - AOU	Chiara Kolletzek Amm. della ricerca - IOR
Elisa Porcu Presidente CUG, Ufficio Relazioni con il Pubblico - IOR	Stefania Pagani SC Scienze e tecnologie chirurgiche e segreteria organizzativa - IOR
	Irene Quattrini Dir. Scien. - IOR
	Cristina Mazzetti Grant Office - AOU
	Paolo Mora Vice presidente CUG IOR, Staff di Coordinamento clinica universitaria- IOR
	Elisa Porcu Presidente CUG, Ufficio Relazioni con il Pubblico - IOR

GRUPPO 3

Servizi sanitari erogati**Vera Avaldi**

medico di direzione presso UOC Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità - Ausl

Lidia Bettelli

UO Sistemi Informativi - Ausl

Eleonora Chierici

Controllo di Gestione - AOU

Sabrina Colombari

Presidente CUG, UO Sviluppo Organizzativo e Coordinamento Staff - Ausl

Enza Di Felice

SC Programmazione, controllo e sistemi di valutazione - IOR

Luca Lazzari

Controllo di Gestione - AOU

Antonella Lucchi

Controllo di Gestione, Ufficio codifiche - AOU

Paolo Mora

CUG, Staff di coordinamento clinica universitaria - IOR

Elisa Porcu

Vice Presidente CUG, Ufficio Relazioni con il Pubblico - IOR

Daniela Sangiovanni

Dir. Professioni e CUG - AOU

Catleen Tietz

Dir. San. AOU

GRUPPO 4

Costi di produzione dei servizi**Ana Dune**

Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza - Ausl

Ernesto Marchello

Controllo di Gestione - Ausl

Stefano Masini

Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza - Ausl

Dario Molinazzi

Controllo di Gestione - Ausl

Paolo Mora

IVice Presidente CUG, IOR, Staff di coordinamento clinica universitaria

Stefania Pagani

SC Scienze e tecnologie chirurgiche e segreteria organizzativa - IOR

Luca Petrucci

Controllo di Gestione - AOU

Franco Piras

Controllo di Gestione - IOR

Elisa Porcu

Presidente CUG, Ufficio Relazioni con il Pubblico - IOR

Daniela Sangiovanni

Dir. Professioni e CUG - AOU

Laura Solinas

Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza - Ausl

Beatrice Veronesi

Controllo di Gestione - AOU

Laura Vigne

Controllo di Gestione - AOU

Questi 4 gruppi hanno svolto la funzione di focus group tematici di esperti, utili per creare metriche, metodi per l'aggregazione dei dati e interpretare i fenomeni, in cui sono stati altresì introdotti argomenti e prospettive trasversali alle mansioni dei partecipanti a scopo di discussione e i cui risultati sono utilizzati come stimolo per ulteriori discussioni in successivi focus group dello stesso gruppo o di un diverso gruppo tematico. Il fatto che le persone si conoscano o meno non ha rappresentato un impedimento; anzi, in alcuni casi, è stato utile far sì che i detentori dello stesso tipo di informazioni nelle tre Aziende sanitarie si confrontassero e arrivassero rapidamente a proporre una soluzione condivisa. Al riguardo, le discussioni svolte in plenaria e, soprattutto, in un piccolo gruppo della prima fase hanno permesso lo scambio di conoscenze, anche a livello relazionale, che si è poi rivelato fondamentale nel confronto tra referenti appartenenti alle tre Aziende per scegliere il dato o proxy, misurabile attraverso una metrica identica, rappresentativo del fenomeno considerato. Ciò ha comportato che tali referenti si consultassero anche privatamente tra loro per formulare congiuntamente una metrica relativa ai dati o un indicatore da proporre alla riunione successiva, superando così alcune situazioni di impasse. Ciò ha inoltre stabilito il loro impegno a fornire dati di qualità, nel rispetto delle tempistiche, comparabili e pertinenti alla formulazione del Bilancio di Genere.

Durante il primo ciclo di incontri, ciascun gruppo ha verificato la fattibilità della raccolta dei dati concordati o, viceversa, ha proposto dati alternativi sulla base di quelli disponibili nelle tre Aziende sanitarie. È stato quindi individuato il personale preposto all'estrazione dei dati e sono state fissate le scadenze specifiche, compatibilmente con l'ordinario carico di lavoro.

All'interno di ogni gruppo è stato individuato anche un referente per rendere più fluido il processo. Tali referenti fungono da filtro e tengono traccia del lavoro dei gruppi. Ogni referente ha anche il compito di redigere il protocollo per spiegare per ogni indicatore/dato raccolto la formula, la metrica e la spiegazione di cosa misurano gli indicatori (utilità dell'informazione). Tale protocollo sarà alla base delle prossime edizioni del Bilancio di Genere.

Durante il secondo ciclo di incontri, in ciascun gruppo sono stati rivisti i dati estrapolati, unitamente ad una discussione collettiva sulle modalità di aggregazione e rappresentazione delle informazioni secondo le diverse caratteristiche e misure nelle tre Aziende sanitarie. A tal proposito, gli indicatori sono stati co-disegnati per rappresentare le specifiche tematiche di genere relative alle Aziende sanitarie.

3^a Fase. Il personale incaricato di estrarre i dati ha completato il compito e ha inviato i file al team accademico, il quale ha quindi elaborato, analizzato e interpretato i dati. Il risultato di questa fase, relativamente ai dati sui servizi erogati e i costi di produzione (gruppi 3 e 4) è stato inviato a ciascun gruppo per la revisione, invitandoli a fornire un feedback, mentre per i dati sul personale e ricerca e pubblicazioni (gruppi 1 e 2) si è proceduto mediante richieste di specifiche di dettaglio via mail e telefono. Dopo due tornate di revisioni, il team accademico ha prodotto la versione finale del Bilancio di Genere, da rivedere analiticamente insieme ai promotori.

All'interno del Bilancio sono presenti alcuni box di approfondimento contenenti interviste a key expert interni alle tre Aziende sanitarie su temi specifici. Tra luglio e agosto 2023, i promotori con il team accademico hanno identificato potenziali intervistati e domande e tra settembre e novembre 2023 sono state svolte le interviste.

4^a Fase. Tra ottobre 2023 e marzo 2024 l'intero documento è stato sottoposto a revisione da parte dei promotori insieme al team accademico e sono state realizzate, e sono in via di realizzazione delle iniziative di disseminazione, tra cui il seminario di presentazione di alcuni dati del Bilancio di Genere presso lo IOR in occasione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, ed un evento pubblico ed aperto al personale ed alla cittadinanza organizzato congiuntamente dalle tre aziende che avrà luogo nel mese di marzo.

REGOLAMENTAZIONE delle PARI OPPORTUNITÀ

a cura di Paola Canestrini

Brevi cenni della normativa internazionale ed europea

Gli orientamenti in materia di non discriminazione, uguaglianza di genere e promozione delle pari opportunità si fondano su un insieme di fonti a carattere internazionale, europeo e interne al nostro Paese.

A livello internazionale, il principio di non discriminazione, segnatamente sulla base del genere, è sancito anzitutto nella 'Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna' (Nazioni Unite, 1979), ratificata dall'Italia nel 1985, ove si conviene l'adozione di tutte le misure adeguate all'eliminazione delle discriminazioni e l'affermazione del principio di uguaglianza.

A livello europeo vi sono degli obblighi derivanti nei confronti dell'Italia dalla sua appartenenza al Consiglio d'Europa (si rileva in particolare la 'Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali', il cui art. 14 denuncia il divieto di discriminazione in ragione, tra l'altro, del sesso) e all'Unione Europea (UE). La Carta dei diritti fondamentali dell'UE proclamata nel 2000 e, in una versione adattata, nel 2007, adottava gli stessi principi (artt. 20 e 21), aggiungendo che "la parità tra uomini e donne deve essere assicurata in tutti i campi, compreso in materia di occupazione, di lavoro e di retribuzione", anche mediante l'adozione di "misure che prevedano vantaggi specifici a favore del sesso sottorappresentato" (art. 23). Un riferimento normativo di notevole rilievo è fornito dal Trattato sull'UE (Lisbona, 2009 - fusione fra Comunità Europea e UE), il quale afferma espressamente che l'Unione si fonda sui valori del rispetto della dignità umana e dell'uguaglianza (art. 2) e combatte l'esclusione sociale e le discriminazioni, perseguendo la parità tra donne e uomini (art. 3). La Dichiarazione n. 19, allegata al Trattato di Lisbona, afferma che l'UE e i Paesi membri sono impegnati "a lottare contro tutte le forme di violenza domestica" e a "sostenere e proteggere le vittime". Nel suo Trattato sul funzionamento, l'UE si impegna a integrare la dimensione di genere in tutte le sue azioni (art. 8) e attribuisce al Consiglio la competenza di adottare provvedimenti per combattere le discriminazioni fondate, tra l'altro, sul sesso (art. 19). L'azione dei Paesi membri è promossa in diversi settori e, in particolare, nella parità fra uomini e donne per quanto riguarda le opportunità sul mercato del lavoro e il trattamento sul lavoro (art. 153).

Nel tempo, a livello europeo sono state emesse direttive, con cui sono state conseguiti obiettivi che tutti i Paesi membri devono conseguire. Tra i provvedimenti rivolti agli Stati possiamo citare:

- la direttiva 79/7/CEE che impone la graduale attuazione del principio di parità di trattamento tra gli uomini e le donne in materia di sicurezza sociale;

- la direttiva 92/85/CEE che introduce misure volte a migliorare la sicurezza e la salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento;
- la direttiva 2004/113/CE che attua il principio della parità di trattamento tra uomini e donne per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura;
- la direttiva 2006/54/CE riguardante l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego;
- la direttiva 2010/41/CE sull'applicazione del principio della parità di trattamento fra gli uomini e le donne che esercitano un'attività autonoma;
- la direttiva 2019/1158/UE relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza, che stabilisce prescrizioni minime volte a conseguire la parità tra uomini e donne per quanto riguarda le opportunità sul mercato del lavoro e il trattamento sul lavoro.

In generale, tali provvedimenti vietano le 'discriminazioni dirette', ovvero basate esplicitamente sul sesso, e le 'discriminazioni indirette', ovvero le misure che, pur essendo apparentemente neutre, producono l'effetto di svantaggiare i lavoratori di un determinato sesso, e le molestie sessuali, ovvero le situazioni nelle quali si verifica "un comportamento indesiderato connesso al sesso di una persona avente lo scopo o l'effetto di violare la dignità di tale persona e di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante od offensivo" (art. 2, c. 1, lett. c, Direttiva 2006/54/CE).

Più recentemente, l'UE ha definito una 'Strategia per l'Uguaglianza di Genere' relativa al periodo 2020-25, ovvero un approccio sistemico che prevede l'integrazione della prospettiva di genere nella progettazione, attuazione, monitoraggio e valutazione di politiche, misure di attuazione e programmi di spesa per promuovere l'uguaglianza di genere e combattere la discriminazione. Secondo questa Strategia, le organizzazioni pubbliche che accedono ai finanziamenti di programmi europei, come Horizon Europe e l'ampio programma di investimenti per la ripresa del Paese dopo la pandemia da COVID-19, declinato nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) adottato dai Paesi membri, devono sviluppare il Piano per l'Uguaglianza di Genere (*Gender Equality Plan - GEP*) al fine di poter ricevere i finanziamenti, a cui dedichiamo un paragrafo nel seguito.

Il quadro normativo italiano

Nell'attuazione della normativa multilivello, il legislatore italiano ha adottato un ampio spettro di misure. Nel seguito si sintetizzano quelle più rilevanti per il settore pubblico.

1948	Costituzione Italiana	Gli articoli 2 e 3 sanciscono il principio di uguaglianza inteso sia dal punto di vista formale, come uguaglianza davanti alla legge, sia sostanziale, come "rimozione degli ostacoli che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione dei lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese". In particolare, l'articolo 37 della nostra carta costituzionale tutela la donna lavoratrice.
1991	L. 125 - Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro	Le pubbliche amministrazioni sono chiamate ad adottare delle azioni positive per la realizzazione dell'equità di genere al fine di ridurre le disuguaglianze di genere nell'istruzione e nella carriera professionale, garantendo pari opportunità nell'accesso al lavoro e nell'avanzamento. Per raggiungere questo obiettivo, si mira a favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne, migliorare la formazione e l'accesso al lavoro autonomo e imprenditoriale, eliminare discriminazioni sul posto di lavoro e promuovere l'inclusione delle donne in settori sottorappresentati. Si cerca inoltre di promuovere un equilibrio tra responsabilità familiari e professionali attraverso una ristrutturazione dell'organizzazione del lavoro.
2001	D.Lgs. 165 - Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche	Le pubbliche amministrazioni garantiscono il rispetto del principio di parità e pari opportunità tra uomini e donne, vietando ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta, in base, tra l'altro, al genere, per quanto riguarda l'accesso al lavoro, il trattamento e le condizioni di lavoro, la formazione professionale, le promozioni e la sicurezza sul lavoro (art. 7, c. 1).
2005	L. 246 - Semplificazione e riassetto normativo	Ha previsto la riorganizzazione delle disposizioni vigenti anche in materia di pari opportunità (art. 6).

2006	D.Lgs. 198 - Codice delle pari opportunità tra uomo e donna	Ha adottato disposizioni in materia di non discriminazione, uguaglianza e promozione delle pari opportunità, tra le quali è basilare la predisposizione, da parte delle pubbliche amministrazioni, di piani di azioni positive "tendenti ad assicurare [...] la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne" (art. 42 e ss.). Il Codice ha, inoltre, la funzione di riequilibrare la presenza femminile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussista un divario fra generi non inferiore a due terzi (art. 48, co. 1). A tale scopo è previsto che, in occasione delle assunzioni e delle promozioni, a fronte di analoga qualificazione e preparazione professionale tra candidati di sesso diverso, l'eventuale scelta del candidato di sesso maschile debba essere accompagnata da un'esplicita e adeguata motivazione (art. 48, co. 2). Vengono infine indicati i macro-obiettivi da raggiungere tramite l'adozione delle azioni positive e la definizione di obiettivi strategici di medio periodo. La loro declinazione in linee di azione rientra nella sfera dell'autonomia decisionale di ogni singola organizzazione.
2007	Direttiva 23 maggio - Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche	La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica, destinata ai vertici delle amministrazioni ed in particolare ai/alle responsabili del personale, ha l'obiettivo di promuovere e diffondere la piena attuazione delle disposizioni vigenti, aumentare la presenza delle donne in posizioni apicali, sviluppare politiche per il lavoro pubblico, pratiche lavorative e, di conseguenza, culture organizzative di qualità tese a valorizzare l'apporto delle lavoratrici e dei lavoratori delle amministrazioni pubbliche.
2009	D.Lgs. 150 - Attuazione della L. 15/ 2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni	La cd. Riforma Brunetta definisce che il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità di genere da parte delle amministrazioni pubbliche rientra negli ambiti di misurazione e di valutazione della performance organizzativa. Pertanto, rende obbligatoria la rendicontazione di genere all'interno del ciclo della performance (Cfr. Sezione 2 sul Bilancio di Genere).

2010

L. 183 - Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro

Il cd. Collegato lavoro modifica l'art. 57 del D.Lgs. 165/2001. Stabilisce che il Comitato Unifico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, noto come CUG (Cfr. Sezione 2), debba essere istituito obbligatoriamente presso ogni amministrazione pubblica, in sostituzione, unificandoli, dei 'Comitati per le Pari Opportunità' e dei 'Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing', previsti dalla contrattazione collettiva nazionale.

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e il Ministro per le Pari Opportunità hanno adottato le Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei CUG (Direttiva del 4 marzo 2011), adattabili alle esigenze delle diverse amministrazioni nell'esercizio della loro autonomia.

La Direttiva n. 2 del 26 giugno 2019 contenente "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei CUG nelle amministrazioni pubbliche" ha aggiornato gli indirizzi contenuti nella Direttiva del 4 marzo 2011.

2021

L. 162 - Modifiche al codice di cui al D.Lgs. 198/2006, e altre disposizioni in materia di pari opportunità tra uomo e donna in ambito lavorativo

Potenzia la normativa nazionale in materia di pari opportunità tra uomo e donna in ambito lavorativo, modificando il Codice delle pari opportunità, istituendo il Piano di Azioni Positive (PAP, Cfr. Sezione 2), e la Certificazione della parità di genere (art. 46 bis).

In particolare, le sue disposizioni sono volte a favorire la parità retributiva tra i sessi oltre a modificare e ampliare la nozione di atto discriminatorio (distinguendo tra discriminazione diretta e discriminazione indiretta). Viene introdotta la redazione del rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile e, nel codice delle Pari Opportunità, la Certificazione della parità di genere (da definirsi con appositi e successivi decreti) e meccanismi di premialità (sotto forma di esonero contributivo) per i soggetti giuridici che la otterranno.

2021

L. 234 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024

La Legge di Bilancio 2022 rafforza la governance della 'Strategia Nazionale per la Parità di Genere 2021-2026', che si ispira alla Gender Equality Strategy 2020-2025 dell'UE. A tal fine, prevede l'adozione di un Piano strategico nazionale per la parità di genere, dispone l'istituzione presso il Dipartimento per le pari opportunità di una Cabina di regia interistituzionale e di un Osservatorio nazionale per l'integrazione delle politiche per la parità di genere (art. 1, co. 139-148).

2021	<p>D.L. 77 - Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure</p>	<p>Nel PNRR l'emancipazione femminile e la lotta alla discriminazione di genere sono obiettivi trasversali di tutte e sei le Missioni in cui sviluppa i propri obiettivi. Parallelamente e in analogia con Horizon Europe, il PNRR condiziona l'accesso ai finanziamenti per tutte le organizzazioni pubbliche e private all'adozione del GEP e del Bilancio di Genere.</p> <p>Specifiche linee guida sono state pubblicate sulle modalità e criteri applicativi di tali disposizioni, indicando misure premiali e clausole da inserire nei bandi di gara differenziati per settore, tipologia e natura dell'appalto o del progetto (Decreto 7 dicembre 2021).</p>
2021	<p>D.L. 80 - Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del PNRR e per l'efficienza della giustizia</p>	<p>Contiene disposizioni affinché le organizzazioni pubbliche assicurino il rispetto del principio di parità di genere nella composizione delle commissioni per le procedure di assunzione. Stabilisce la garanzia della parità di genere nella selezione di esperti e professionisti per l'attuazione dei progetti PNRR. Inoltre, integra il PAP in un unico piano di pianificazione e governance (cd. PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione).</p>
2022	<p>D.L. 36 - Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del PNRR</p>	<p>Impone alle organizzazioni pubbliche di adottare misure che attribuiscono vantaggi specifici o evitino o compensino svantaggi nelle carriere del genere meno rappresentato, sulla base di specifiche linee guida. Le indicazioni contenute in queste linee guida possono essere modulate dalla singola organizzazione e invitano a fissare obiettivi concreti sulle criticità individuate, attuando una nuova consapevolezza e un graduale rinnovamento delle scelte organizzative e dei processi di lavoro con una costante attenzione all'equilibrio di genere.</p> <p>Inoltre, le linee guida forniscono misure per la valutazione dello squilibrio di genere e assegnano un ruolo significativo all'accountability dell'organizzazione, che deve abituarsi a visualizzare i dati in un'ottica di genere.</p>

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione:

Cecilia Baroncini

IRCCS Neuroscienze ISN - Ausl

Margherita Bastia

Assistente Sanitaria, Dipartimento di Sanità Pubblica,
AUSL di Bologna

Carmen Bazzani

Coordinatrice UA Centro Screening,
AUSL di Bologna

Stefano Benini

Referente Aziendale Equità,
AUSL di Bologna

Elena Contro

Dirigente Medico, Specialista in Ginecologia e Ostetricia,
AOU di Bologna

Monica Cosentino

Direzione Scientifica IOR

Manuela De Clerico

SC Programmazione, controllo e sistemi di valutazione, Responsabile Ufficio Flussi
Informativi - IOR

Cristiana Forni

Resp. Centro ricerca professioni sanitarie - IOR

Fabio Lucchi

Direttore Dipartimento di Salute Mentale
AUSL di Bologna

Silvia Marani

UOS Osservatorio epidemiologico metropolitano dipendenze patologiche,
DSM-DP, AUSL di Bologna

Carolina Magni

SC Programmazione, controllo e sistemi di valutazione - IOR

Anna Pavani

Referente Aziendale Equità di
AOU di Bologna

Tiziana Pianta

Controllo di Gestione - IOR

Gianluigi Pilu

Direttore Unità Operativa di Ostetricia e Medicina dell'Età Prenatale,
AOU di Bologna

Lorenzo Pizzi

Collaboratore Statistico, UO Governo dei Percorsi di Screening,
AUSL di Bologna

Gianfranco Preiti

Sviluppo Modelli Organizzativi e Professionali della Salute Mentale,
Ausl di Bologna

Lorena Squillace

Dirigente Medico, UO Governo dei Percorsi di Screening,
AUSL di Bologna

Tullia Tavernini

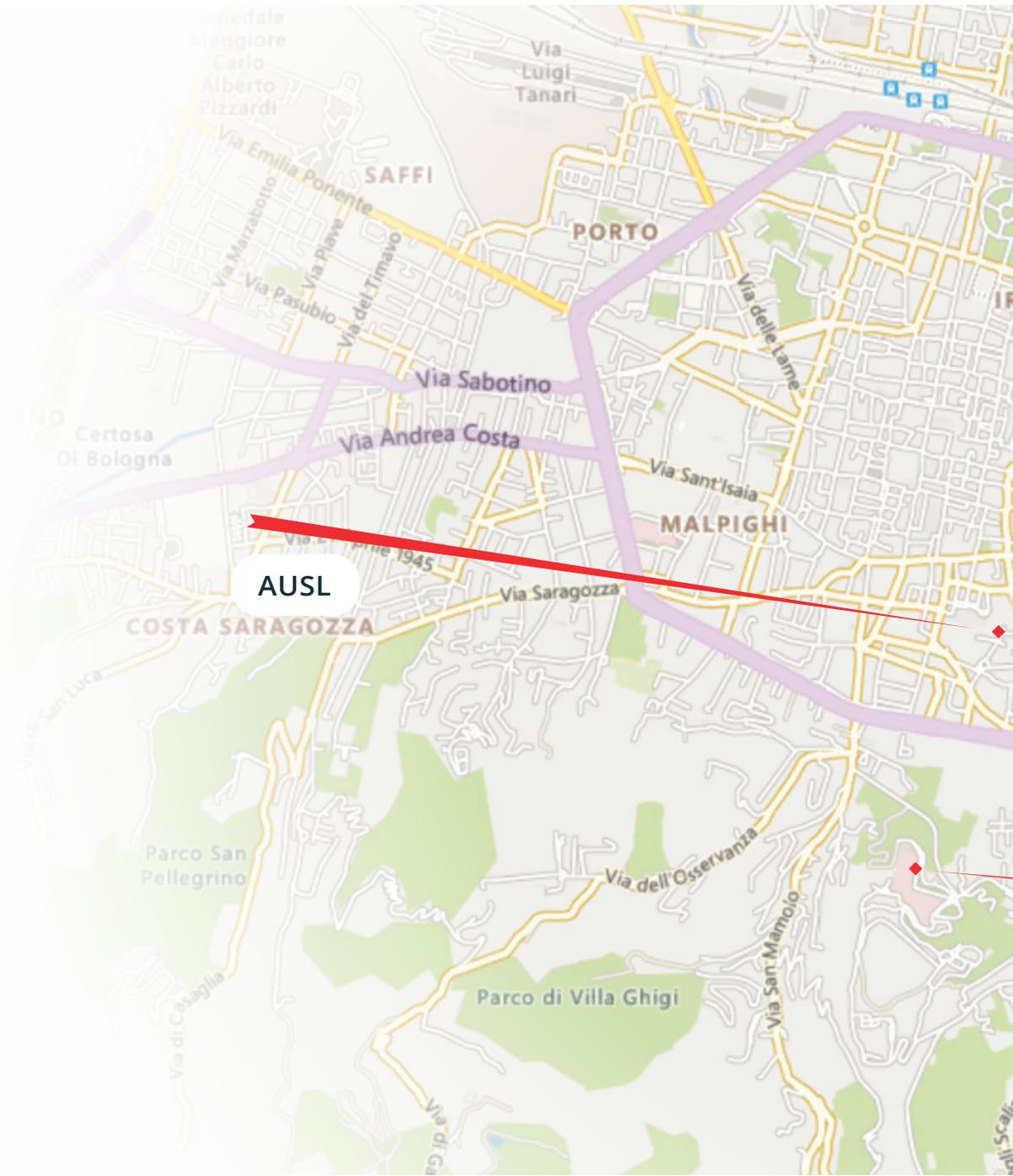
Dirigente Medico, Specialista in Ortopedia e Traumatologia - IOR

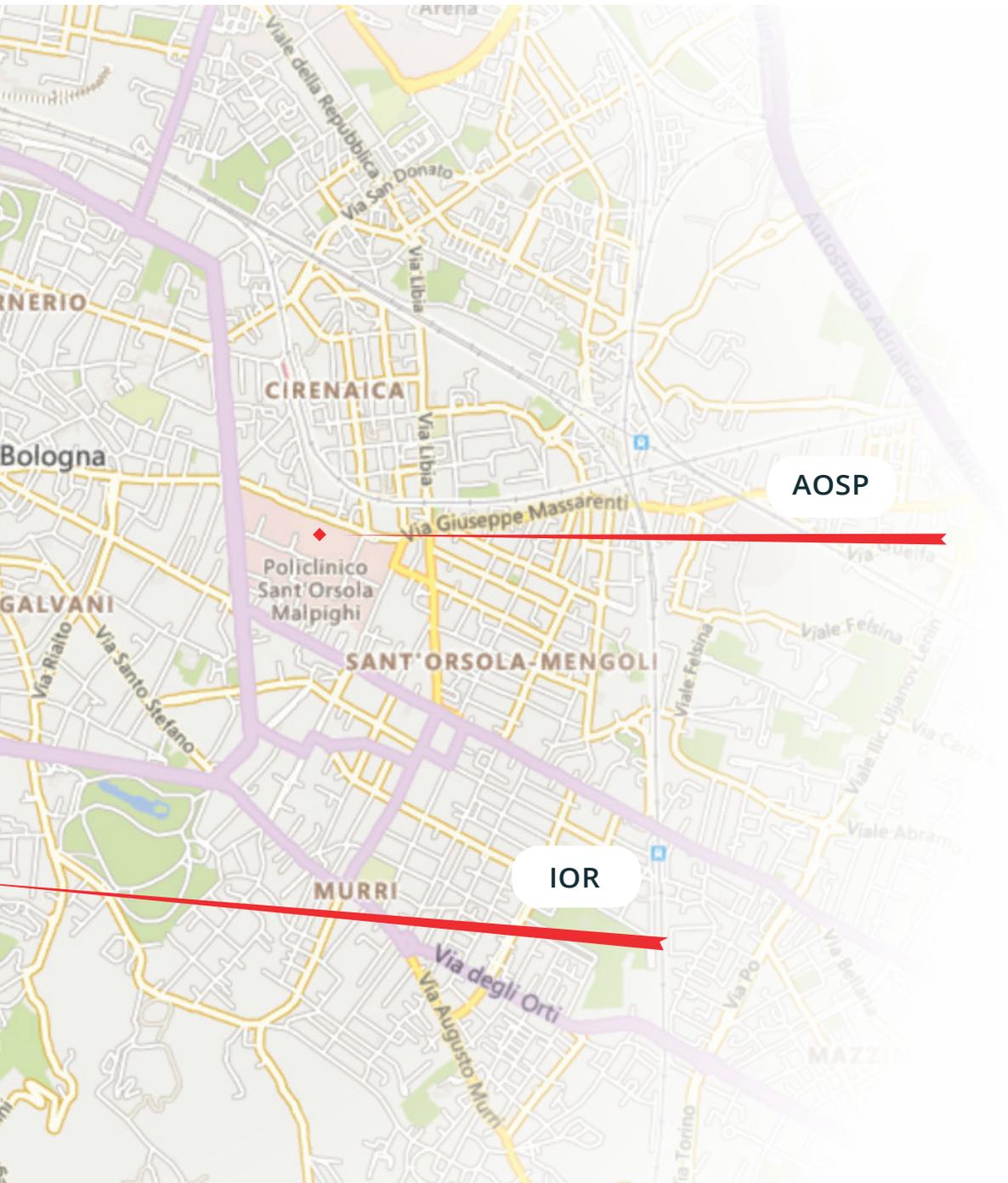
Elsa Torino

UOS Osservatorio epidemiologico metropolitano dipendenze patologiche,
DSM-DP, AUSL di Bologna

Laura Vigne

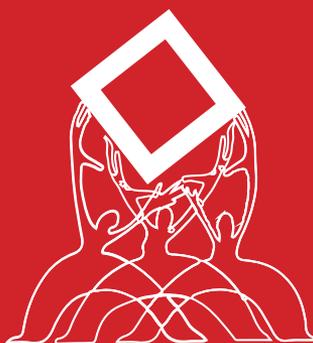
SC Controllo di Gestione AOU





“Perchè Bilancio?”

In ambito sanitario, il Bilancio di Genere può essere utilizzato per analizzare i bisogni della comunità attraverso una prospettiva di genere rispetto all'accesso e all'impatto delle prestazioni sanitarie, nonché l'equità in ambito lavorativo. L'obiettivo finale è quello di sviluppare nuove politiche e interventi sensibili alle questioni di genere per una maggiore equità sociale.



Progetto e realizzazione grafica:

Ufficio Comunicazione

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna