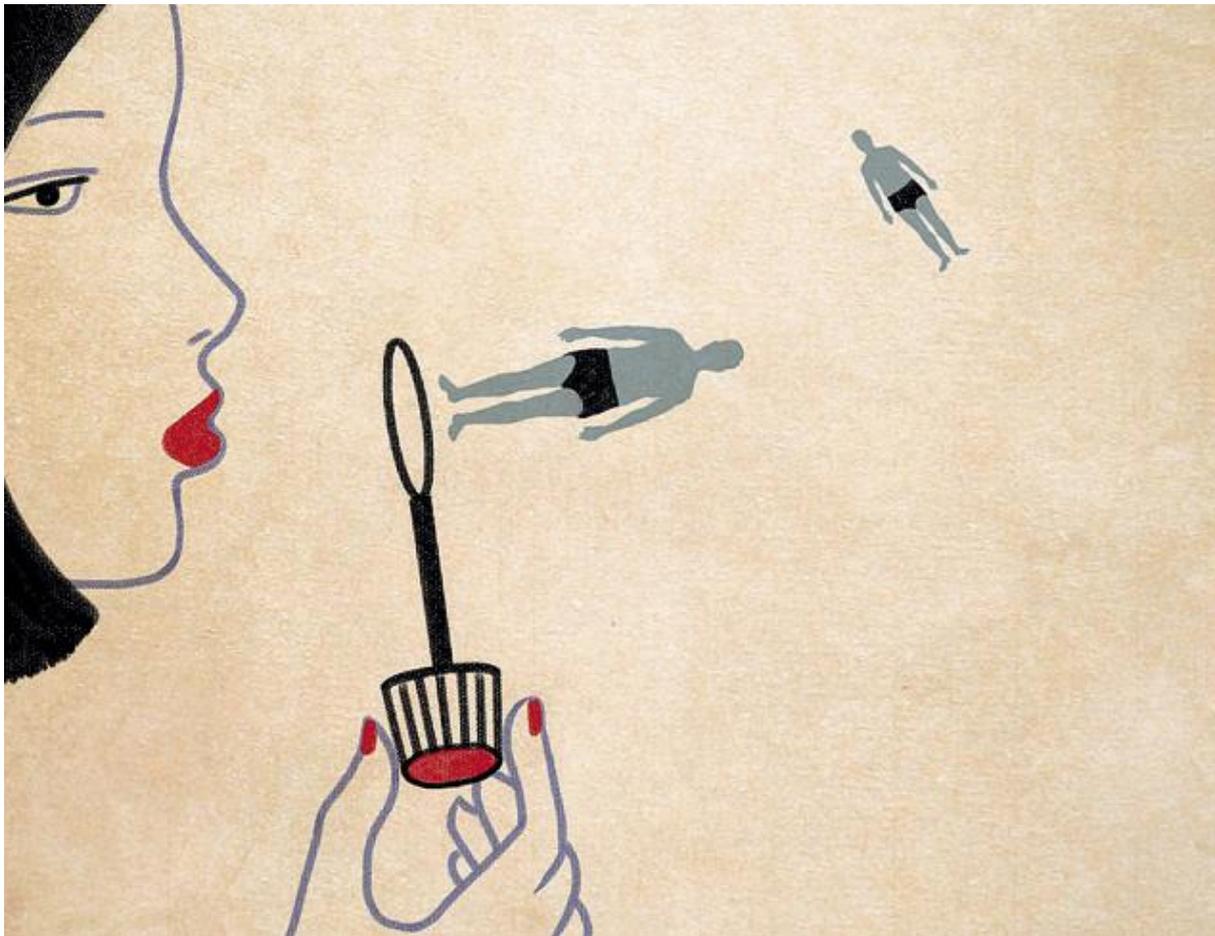


"L'UOMO E' MISURA DI TUTTE LE COSE"
Il ruolo delle **donne**
nella costruzione del mondo **futuro**



"La rappresentanza del mondo come tale è opera dell'uomo; egli lo descrive dal suo punto di vista, che confonde con la verità assoluta": Simone De Beauvoir, metà del '900.

Anche se potrebbe apparire non necessario, è giusto parlare del contributo delle donne e del loro ruolo nella costruzione del mondo *futuro*, perché quello attuale non ci rappresenta, non del tutto almeno. Nella maggioranza, anzi, stragrande

maggioranza dei casi, non siamo state noi donne ad assumere le decisioni e le azioni conseguenti che hanno condotto il pianeta al livello di degrado attuale, politico, economico, ambientale e sociale. Talvolta siamo state complici con il nostro silenzio, il più delle volte spettatrici, consapevoli o meno. Molte donne, di tutte le età, sono scese in campo, lottando duramente tutta la vita, ma finora ciò che è stato fatto non è risultato sufficiente a cambiare i rapporti di forza e migliorare, quanto avremmo voluto, le condizioni di vita e di lavoro.

Spesso, salvo alcune eccezioni, l'aver assunto - come donne - posizioni apicali non ha rappresentato una garanzia di successo, non ha cioè sempre prodotto quei miglioramenti necessari e auspicati in termini di progettualità e opportunità anche per le donne (https://www.nuoverigenerazioni.eu/images/Una_donna_alla_guida_non_basta_-_Moriondo_18102022_-min-2.pdf).

Essere capaci di guardare in faccia la realtà è indispensabile, significa prendere coscienza di ciò che rappresentiamo, dovremmo rappresentare, e come una parte della società considera il genere femminile, nonostante tanta enfasi in tema di parità.

Ma tutto ciò è, soprattutto, un impegno ad agire. E non riguarda solo noi, ma l'intero mondo.

I numeri parlano chiaro

Vi è un **gender data gap** che si ripercuote sulla nostra vita quotidiana.

Un concetto affrontato con determinazione e professionalità da Linda Laura Sabbadini¹ che - a partire dagli anni '90, nelle vesti di Direttrice centrale per gli studi e la valorizzazione tematica nell'area delle statistiche sociali e demografiche - ha guidato in Italia il processo di **rinnovamento radicale nel campo delle statistiche sociali e di genere**. In altre parole, si sono create le condizioni per contrastare un'ottica che in inglese si direbbe, *Gender Blind*, cieca dal punto di vista del genere, ma anche *age blind* e *citizen blind*. Un'ottica egemone nel nostro Paese e in tutti i Paesi del mondo per decenni e tutt'ora molto radicata.

Grazie a questo impegno, **l'invisibilità delle donne nella statistica ufficiale in Italia non è più tale**: basti pensare alla messa a regime dell'indagine sull'uso del tempo che permette di quantificare il lavoro non retribuito di uomini e donne e i cui risultati sono stati presentati dalla Sabbadini nell'ambito della Conferenza mondiale delle donne di Pechino del 1995 e di varie sessioni della *Commission on status of*

¹ Dal 1° maggio 2022 ha assunto l'incarico di Direttrice del Dipartimento per lo sviluppo di metodi e tecnologie per la produzione e diffusione dell'informazione statistica

women dell'ONU a partire da quella di Pechino+10 e Pechino+20; alla misurazione dell'entità della rete di aiuto informale, di cui le donne sono le principali *care givers*; all'approccio di genere del mercato del lavoro, particolarmente apprezzato anche in ambito ILO; all'indagine sulla violenza contro le donne, la cui metodologia è portata ad esempio a livello ONU; alla rilevazione sulla condizione delle donne migranti che mette in luce le diverse situazioni di modelli di insediamento. Fino al più recente Women20 (W20) del 2021, l'*engagement Group* ufficiale del G20, durante il quale Linda Laura Sabbadini, in qualità di *W20 Chair*, ha illustrato il manifesto con le richieste delle donne, indispensabili per una vera parità di genere e per il rilancio dell'economia di tutti i Paesi più industrializzati.

Il nostro Paese ha, dunque, vissuto un salto di qualità fondamentale dal punto di vista delle pubblicazioni e degli indicatori sensibili al genere, collocandosi tra i Paesi più avanzati su questo terreno. Quel che rimane da fare, però, è superare il gravissimo problema dello scarso, se non addirittura inesistente, utilizzo che si fa di queste informazioni nel definire le scelte e gli orientamenti delle politiche del Paese. Aspetto, che ha segnato anche, per ultimo, il PNRR, di cui parleremo dopo.

Colmare il *gender data gap* è, dunque, solo il primo passo. Quello successivo, e cruciale, si farà quando i governi e, più in generale, le organizzazioni sociali e politiche, agiranno in funzione di quei dati.

E' stato detto che spesso l'assenza di dati di genere non è sempre premeditata, ma è più semplicemente *"un modo di pensare che esiste da millenni e che, in un certo senso, - scrive Caroline Cairo Perez, giornalista, premiata scrittrice e attivista femminista, nel libro "Invisibili", - è un modo di non pensare. (..) Senza contare che l'esclusione a priori della prospettiva femminile alimenta una sorta di involontaria propensione al maschile che vorrebbe, spesso in buona fede, spacciarsi per assenza di connotazioni di genere."* Probabilmente è questo che intendeva Simone de Beauvoir quando diceva che gli uomini tendono a confondere il loro punto di vista con la verità assoluta.

Pianificazione urbana, salute, lavoro, istruzione sono solo alcuni degli aspetti dove il danno è più evidente. Per brevità, affronteremo solo alcuni di questi temi, i quali evidenziano ingiustizie alle quali è necessario opporsi e obiettivi su cui concentrare la nostra azione, sia a livello individuale che collettivo.

Non parliamo di svantaggi da superare e neppure di fragilità di cui avere cura, ma di diritti da rispettare, prospettive di cui tenere conto, talenti da valorizzare.

Non vi è equità nella salute: né nella determinazione dello stato di salute, né nella prevenzione, né nella cura

Al contrario, dovrebbe essere normale e non solo necessario, **prendersi cura delle differenze. Perché le differenze esistono**: nella frequenza, nei sintomi, nella gravità di numerose malattie e anche nella risposta alle terapie e nelle reazioni avverse ai farmaci. Non si tratta di personalizzazione delle cure ma di appropriatezza.

Le diversità nei generi si manifestano in molti modi: nei comportamenti, negli stili di vita così come nel vissuto individuale e nel diverso "*ruolo sociale*" che viene arbitrariamente assegnato alle donne e agli uomini; nello stato di salute, nell'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, nella tossicità ambientale e farmacologica, nelle patologie lavoro correlate, salute mentale e disabilità, in tutte le fasce di età (infanzia, adolescenza, anziani) e in sottogruppi di popolazione svantaggiati; nel ricorso ai servizi sanitari per prevenzione (*screening* e vaccinazioni), diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, riabilitazione, uso di farmaci e dispositivi medici; nel vissuto di salute, atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, ecc.

Da quasi cinquant'anni si sa che nelle sperimentazioni sugli animali si ottengono talvolta risultati diversi a seconda del sesso, eppure da uno studio effettuato nel 2007 risultava che il 90% degli articoli scientifici sui farmaci descrive sperimentazioni effettuate soltanto sui soggetti maschili. Un'analisi più recente, del 2014, ha rilevato che nel 22% degli studi sugli animali non si specifica il sesso delle cavie e che, laddove il sesso era invece indicato, nell'80% dei casi gli animali utilizzati erano esclusivamente maschi².

Tutto questo nonostante che dalla metà degli anni '90 è vietato escludere le donne dai test clinici negli Stati Uniti. Così è avvenuto in Australia e anche in Europa, la quale ha addirittura imposto l'obbligo di utilizzare cavie di entrambi i sessi nelle sperimentazioni pre-cliniche sugli animali e sulla presenza femminile nei test clinici. Purtroppo, per quest'ultima fattispecie in particolare, ci sono prove evidenti che dimostrano che tali regole non vengono applicate con sufficiente rigore.

Per quanto riguarda gli studi in vitro, un'analisi condotta nel 2011 su dieci riviste di medicina cardiovascolare, ha constatato che, laddove il sesso delle cellule era indicato, nel 69% dei casi si trattava di cellule maschili. Per non parlare del fatto che

² Fonte: D.Y.Yoon, N.A.Mansukhani e altri "Sex Bias Exists in Basic Science and Translational Surgical Research" in *Surgery CLVI* (2014) n.3, pp.508-516

persino quando si tratta di patologie a maggiore prevalenza femminile la ricerca viene effettuata esclusivamente su cellule maschili³.

Ci sono voluti anni perché i ricercatori comprendessero che nel caso di cellule staminali muscolari trapiantate solo le cellule femminili riuscivano a innescare il processo di rigenerazione nei tessuti danneggiati mentre quelle maschili non erano in grado di farlo. Un'altra scoperta, forse di maggiore interesse per le donne, ha riguardato la risposta cellulare agli estrogeni: anche in questo caso solo le cellule femminili rispondevano agli estrogeni e combattevano i virus.

Un'analisi condotta nel 2017⁴ segnala che un gran numero di farmaci e apparecchiature mediche messe al bando dalla Fda⁵ era pericolo soprattutto per le donne. Nonostante le evidenti differenze tra i sessi, la stragrande maggioranza dei preparati farmaceutici, compresi gli anestetici e i chemioterapici, continua a essere prescritta a dosaggi "*neutri*" che espongono le donne al rischio di sovradosaggi.

Nel 2016 un articolo pubblicato sul *British Medical Journal* ha reso noto che per la popolazione femminile in giovane età le probabilità di decesso in una struttura ospedaliera sono quasi doppie rispetto agli uomini. Una possibile, parziale spiegazione potrebbe essere che i medici non rilevano i fattori di rischio nelle donne. Sempre nel 2016 la *American Heart Association* ha sollevato **dubbi sulla validità di alcuni modelli di valutazione del rischio "comunemente usati"** nei casi, ad esempio, di sindrome coronarica acuta, sostenendo che erano basati su popolazioni di pazienti composte per almeno due terzi da maschi.

Anche le cure preventive possono non funzionare per le donne. E' noto che l'acido acetilsalicilico (la comune aspirina) è utile a prevenire il primo infarto negli uomini, ma uno studio del 2005 ne ha evidenziato gli effetti "*non significativi*" sulle donne fra i 45 e i 65 anni di età⁶. Uno studio più recente (2011) ha poi dimostrato che l'aspirina non è solo inefficace, ma anche potenzialmente dannosa per la maggioranza delle pazienti⁷. Nel 2015, infine, si è accertato che l'assunzione di

³ E.Ortona, F.Delunardo e altri, "A Sex Gender prospective in Medicine: a new mandatory challenge for human health" in Istituto Superiore di Sanità, (2016), n.2 pp.146-148

⁴ J.L. Carey, N.Nader e altri "Drugs and Medical Devices: adverse events and the impact on women's health" in Clinical Therapeutics, (2017) n.1 pp.10-22

⁵ La *Food and Drug Administration* è l'ente governativo statunitense che si occupa della regolamentazione dei prodotti alimentari e farmaceutici, dipendente dal Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti d'America

⁶ P.M.Ridker, N.R.Cook, D.Gordon e altri, "A Randomized Trial of Low-Dose Aspirin Disease in Women" in New England Journal of Medicine, (2005), n.13 pp.1293-1304.

⁷ A.N.Johannes, F.L.Visseren, P.M.Ridker e altri "Aspirin for Primary Prevention of Vascular Events in Women: individualized prediction of treatment effects" in *European Heart Journal*, (2011), n.23 pp.2962-2969

bassi dosaggi di aspirina, a giorni alterni, "è inefficace o addirittura dannosa per la maggior parte delle donne nella prevenzione primaria" del cancro o delle patologie cardiache⁸.

La causa principale dell'alta mortalità femminile a seguito di un infarto è dovuta al fatto che i medici spesso non si accorgono che le donne hanno subito un infarto perché i sintomi sono differenti tra uomini (dolore al petto e al braccio sinistro) e donne (mal di stomaco, dispnea, nausea e senso di affaticamento e nessun dolore al petto). In Gran Bretagna una ricerca ha accertato che per **le pazienti infartuate la probabilità di ottenere una diagnosi errata è del 50% superiore rispetto ai soggetti maschili**⁹. Persino l'elettrocardiogramma, sia a riposo sia da sforzo, dà risultati meno univoci e la soglia diagnostica "normale" della troponina (una proteina che l'organismo rilascia nel sangue durante un infarto) potrebbe essere troppo alta per le donne. Quindi forse più che denunciare solo l'inadeguatezza dei livelli "normali" dei biomarcatori servirebbe l'identificazione di nuovi biomarcatori specifici per la popolazione femminile.

Una pratica medica che non tenga conto delle modalità di socializzazione femminile compromette anche le iniziative di prevenzione. Pensiamo ad esempio all'autismo: per anni abbiamo creduto che l'autismo fosse quattro volte più comune tra i ragazzi e che le ragazze, quando ne erano affette, lo manifestassero in forma più grave. Dalle ricerche più recenti risulta invece che le forme di socializzazione femminile consentono alle ragazze con problemi di autismo di mascherare i sintomi meglio dei loro coetanei maschi e che i casi tra le ragazze sia molto maggiore di quanto si creda. Il disturbo da deficit di attenzione e operatività e la sindrome di Asperger pongono analoghi problemi diagnostici.

Non parliamo poi del fatto che le probabilità che una donna assuma, su consiglio del medico, antidepressivi nel corso della propria vita sono due volte e mezzo superiori a quelle di un uomo (l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) ha misurato il consumo degli antidepressivi in Europa, a partire dal 2000 fino al 2020, scoprendo che l'assunzione di questi farmaci è aumentata del 147%; l'Italia, con 39 dosi di farmaco per mille persone registra un aumento del 14%, sotto alla media europea).

Ciò si potrebbe spiegare, almeno in parte, con il fatto che il male fisico vissuto dalle donne spesso tende ad essere considerato come "emotivo" o "psicosomatico", per il quale si preferisce prescrivere sedativi o antidepressivi anziché antidolorifici.

⁸ R.C.Van Kruijsdijk, P.M.Ridker, F.L.Visseren e altri "Individualised Prediction of Alternate-day Aspirin Treatment Effects on the Combined and Gastrointestinal Bleeding in Healthy Women", in Heart (2015), n.5 pp.369-376

⁹ J.Wu, C.P.Gale e altri "Impact of Initial Hospital Diagnosis on Mortality for Acute Myocardial Infarction: a national cohort study" in European Heart Journal, (2016), n.2 pp. 139-148

Pensiamo alla sindrome premestruale (Spm o *Pms=Pre-Menstrual Syndrome*), si pensa che colpisca 20-50% delle donne in età fertile e nel 5% dei casi in forma grave, in realtà il 90% delle donne sa bene cosa comporta nella loro vita quotidiana, ma è sempre stata poco studiata: basti pensare che la proporzione numerica tra gli studi sulla Spm e quelli sulla disfunzione erettile nei maschi sarebbe di uno a cinque. Inoltre, a fronte di una vasta gamma di terapie mirate alla disfunzione erettile per la sindrome premestruale non c'è quasi nulla, tant'è che più del 40% delle donne che ne sono affette non risponde alle cure oggi disponibili, per questo sarebbe opportuno approfondire ulteriormente la ricerca scientifica esistente.

Il fatto che, in media, l'aspettativa di vita delle donne sia più lunga è oramai un vantaggio che si sta riducendo, compreso il numero di anni in buona salute.

In Italia, l'eccesso di mortalità connesso alla diffusione della pandemia aveva già comportato nel 2020 una riduzione della speranza

Figura 3. Speranza di vita alla nascita per ripartizione territoriale e genere. Differenze 2022-2019 (a). In anni

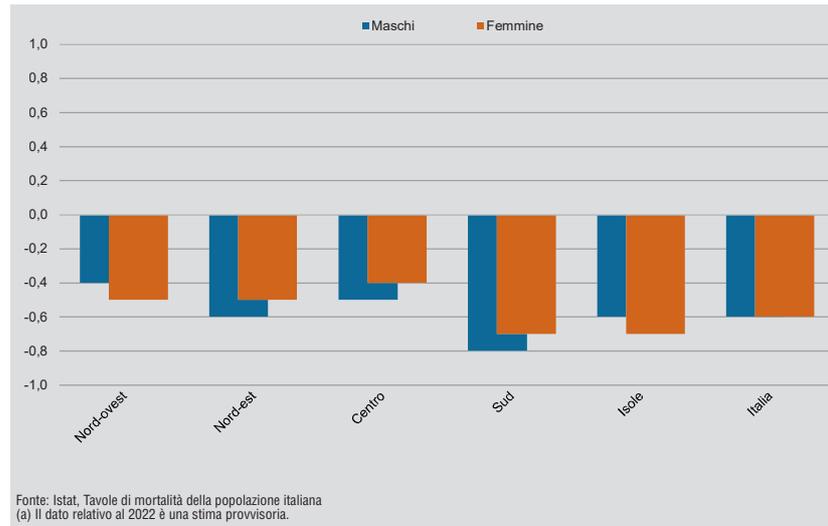
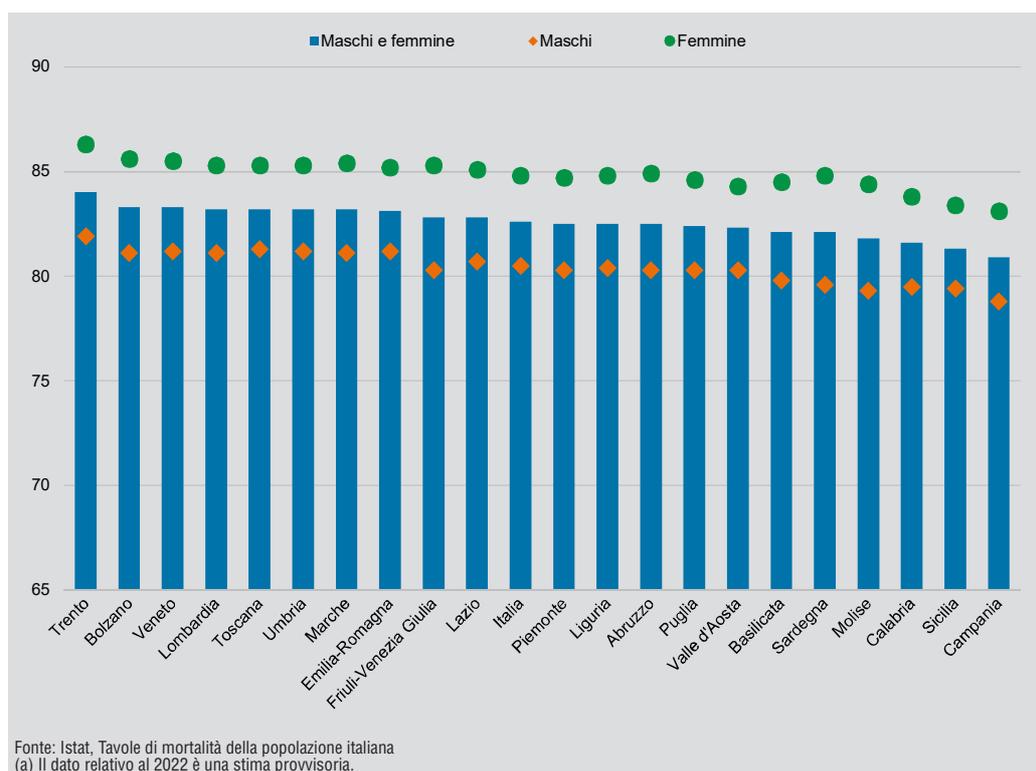


Figura 4. Speranza di vita alla nascita per regione e genere. Anno 2022 (a). In anni



di vita alla nascita di oltre 1 anno di vita, solo parzialmente recuperata nel 2021 e nel 2022 (82,5 e 82,6 anni rispetto agli 83,2 anni del 2019).

Nel 2022 si riduce il gap di genere nella speranza di vita alla nascita, a scapito delle donne, e si attesta come nel 2019 al livello più basso mai registrato.

Nel 2022 la speranza di vita in

buona salute si attesta a 60,1 anni: pari a 61,2 anni per gli uomini e **59,1 per le donne**. (*Fonte: Istat bes 2022*).

La **pandemia da Covid-19** è finita ufficialmente il 5 maggio scorso, quando l'**Organizzazione mondiale della sanità** ha dichiarato la fine dell'emergenza sanitaria che durava da poco più di tre anni. E se è vero che il **Sars-CoV-2** circola ancora, le nuove varianti del virus destano molta meno preoccupazione rispetto al ceppo originario e alle sue mutazioni immediatamente successive. Ciò non vale però per gli "*effetti avversi*". Il "*danno d'organo*", ad esempio, causato da un'eccessiva risposta infiammatoria attivata dal Coronavirus, ma anche una reazione autoimmune indotta dal virus stesso potrebbero essere responsabili dei sintomi del *Long COVID*.

Attualmente esistono pochi dati, divisi per sesso, sull'incidenza di *Long COVID* e solo sulla popolazione adulta. **In generale, però, le donne sembrano avere il doppio delle probabilità di sviluppare il Long COVID, rispetto agli uomini**, ma solo fino a circa 60 anni, quando il livello di rischio diventa simile (*Fonte: Istituto Superiore di Sanità "Long COVID: una nuova sfida per la medicina di genere?"*).

Di esempi se ne potrebbero citare molti. Quello che è certo è che **la carenza di dati diversificati per sesso condiziona la nostra capacità di offrire alle donne una valida consulenza medica**.

La direzione giusta è senza alcun dubbio quella di **promuovere e diffondere la salute e la medicina di genere, per donne e uomini, e non solo riferita alle differenze biologiche (sesso) ma anche socio-economiche e culturali (genere)**.

Lo ha sostenuto l'OMS, seppur con notevole ritardo mentre, in Italia l'attenzione alla Medicina di Genere si manifesta per la prima volta nel 1998 quando i Ministeri per le Pari Opportunità e della Salute avviano il progetto "*Una salute a misura di donna*".

Nel 2005 è stata fondata l'*International Society For Gender Medicine* (IGM) con la quale collabora strettamente la "*Rete italiana per la medicina di genere*". Ma è solo dal gennaio 2018 che, in Italia, è stata approvata la Legge n.3 "*Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*".

Ma è solamente dal 2019, che il World Health Statistics - il report OMS sullo stato di salute globale - **disaggrega, per la prima volta, i dati per sesso, evidenziando come lo stato di salute e l'accesso ai servizi sanitari sia determinato anche da differenze relative al sesso e al genere**.

Come si può capire siamo ancora molto distanti d'aver reso pratica comune questi principi. Quanto dovremo aspettare ancora?

Nel suo libro "Invisibili" Caroline Criado Perez ha scritto: " *..i corpi maschili non possono essere considerati come un esempio universale di corpo umano.*" Il fatto che lo sia " *..dimostra quanto radicato sia il pregiudizio maschile. (..) E' ora di smettere di trascurare le donne, e di cominciare a curarle.*"

L'analisi dei dati di genere è assente nelle innovazioni tecnologiche

Nello stesso campo dell'**elettronica di consumo** destinata alle donne l'innovazione è difficile da trovare. La poca che esiste si concentra spesso su aspetti estetici.

Alcuni esempi.

La prima versione di **Siri**, l'assistente digitale presente nei dispositivi Apple, era in grado di trovare venditori di Viagra e prestazioni sessuali, ma non era in grado di comprendere che era necessario attivare un servizio di emergenza se una donna segnalava una violenza.

Uno studio su dodici dei più comuni **orologi e bracciali fitness** ha dimostrato che tutti sottostimavano il numero di passi compiuti nello svolgimento dei lavori domestici o, ad esempio, spingere un passeggino o una sedia a rotelle (fino al 74%): stiamo cioè parlando dei tre quarti del lavoro di cura non retribuito che le donne svolgono nella loro vita!

Si sa che gli uomini, su base statistica degli infortuni gravi, hanno più probabilità di essere coinvolti in un incidente d'auto. Non è un caso che per quanto riguarda i **test sulla sicurezza stradale** viene usato un manichino maschile medio come modello di tutte le tipologie di corpo umano (il modello più usato ha una statura di 1 metro e 77 centimetri e un peso di 76 kg.) Ma i corpi maschili - come ci ricorda la scrittrice Perez - non possono essere considerati come un esempio universale di corpo umano.

Basterebbe leggere bene le statistiche dei pronti soccorso per sapere che una donna ha il 47% di probabilità in più, durante un incidente, di uscirne gravemente ferita ma anche il 71% di probabilità in più di riportare ferite meno gravi se si tenesse conto di fattori come altezza, peso corporeo, utilizzo delle cinture di sicurezza, altezza del poggiatesta, ecc. Anche il rischio di morte è superiore del 17% per le donne. E tutto ciò dipende da come e per chi sono progettate le automobili.

Nel 2018, Astrid Linder, responsabile dell'ufficio sicurezza presso l'Istituto svedese di ricerca sulle strade e i trasporti, ha presentato, a una conferenza mondiale di settore, un Rapporto sulle normative europee in materia di prove d'urto: in nessuna delle prove di collaudo previste (cinture di sicurezza, collisione frontale, collisione laterale) è richiesto l'utilizzo di un manichino alla guida con misure antropometriche femminili.

E anche nei casi nei quali ci si serve di manichini di entrambi i sessi ci si basa su misure che riguardano l'altezza e il peso ma che non tengono conto della massa muscolare distribuita in modo diverso, la densità ossea differente, la struttura scheletrica, ecc. tutte diversità che possono risultare cruciali in caso di infortuni automobilistici.

Le cose vanno addirittura peggio in caso di donne incinte: esiste un manichino di una donna in gravidanza sin dal 1996 ma il suo uso nei test non è obbligatorio né in Europa né negli Stati Uniti, nonostante gli incidenti d'auto siano la principale causa di morte fetale a seguito di trauma materno. Poco si dice sia in termini statistici sia in fatto di allestimenti dell'autoveicolo anche per quanto riguarda i passeggeri dell'auto. Guarda caso, quando un uomo e una donna si trovano insieme a bordo di un'auto, di solito, è l'uomo a guidare. Questo fatto ci mette di fronte ad un ennesimo caso di *gender data gap*.

Ancor più grave è il fatto che **il livello tecnologico delle apparecchiature mediche destinate alle donne è fermo agli anni Ottanta**, cioè gli anni seguenti alle grandi conquiste sociali che hanno interessato e coinvolto soprattutto le donne in Italia come in altri Paesi del mondo.

Alcuni esempi per comprendere la dimensione di un problema alquanto sottovalutato: in commercio si trovano tiralatte difficili da usare, che rendono l'operazione dolorosa; nonostante la pillola anticoncezionale, nata negli anni cinquanta, presenti ancora molti effetti collaterali ha registrato, da allora, pochissime innovazioni; sebbene il ciclo mestruale sia annoverato tra i segni vitali del corpo umano come il battito cardiaco, il respiro, la temperatura corporea e sia un indicatore dello stato di salute di una donna continua, ancora oggi, ad essere oggetto di disinformazione.

Nel 2014, quando la Apple annunciò la sua *app* per la salute il benessere fisico disse che era in grado di tracciare "*un quadro completo*" dei parametri di salute come la pressione del sangue, il numero di passi, il tasso alcolemico, ecc, peccato però che non aveva previsto, per l'appunto, una funzione di monitoraggio del ciclo mestruale (esistono oltre 3 milioni di app su Google Play, un servizio di distribuzione digitale che rappresenta la fotografia della realtà delle applicazioni su *smartphone*, su qualsiasi argomento, viaggi, incontri, affari, giochi, cucina, eventi, sport, in medicina, sui farmaci, ma meno di una decina per monitorare il ciclo).

In sostanza l'analisi dei dati di genere è la grande assente nella progettazione di queste e molte altre tecnologie e questo è spesso dovuto al fatto che i progettisti appartengano quasi prevalentemente al sesso maschile e così pure i proprietari delle industrie tecnologiche.

Anche in merito al ruolo che **l'intelligenza artificiale** sta assumendo nel campo della medicina e non solo, ci sarebbe molto da dire. Mi limito a segnalare che nel 2019 il Rapporto dello *European Institute for Gender Equality (EIGE)* sottolineava che le donne, in Europa e nel Regno Unito, ricoprono solo il 16% dei posti di lavoro del settore, inoltre solo 12% dei professionisti del mondo IA, con oltre 10 anni esperienza, è di sesso femminile.

Nel documento viene specificato che "*l'intelligenza artificiale può causare la riproduzione di stereotipi di genere, sessismo e discriminazione*". **Il pregiudizio di genere è spesso incorporato nella progettazione**, riflettendo e amplificando norme sociali più ampie e le opinioni e i pregiudizi personali di coloro che progettano questi sistemi. Mentre un certo margine di errore nella classificazione può essere accettabile, il *bias*¹⁰ nella progettazione significa che per le donne esiste un livello di errore maggiore rispetto ad altri gruppi demografici (Feast, 2019).

Ciò si verifica quando la progettazione di nuovi algoritmi di apprendimento automatico si basa su set di dati incompleti, quando le etichette utilizzate per l'addestramento degli algoritmi sono distorte e quando le tecniche di analisi e modellazione sono alterate. Quando poi i sistemi di IA così definiti, sono incorporati negli strumenti di gestione in medicina come nel mercato del lavoro, possono avere esiti discriminatori ed esclusivi gravi.

Questa disuguaglianza - descrive l'*European Institute for Gender Equality* - "*non è solo un tema sociale, ma una falla del sistema*", che **rende l'Intelligenza artificiale una tecnologia imperfetta, con conseguenze per tutta la società**.

PNRR: una *débâcle* annunciata

Le **quote occupazionali minime e le misure premiali** sono state una delle grandi novità introdotte con il PNRR su scala nazionale.

L'articolo 47 del decreto legge 77/2021 ha introdotto norme per favorire l'inclusione lavorativa delle donne (il cosiddetto ***gender procurement***), dei giovani di età inferiore a 36 anni e delle persone con disabilità nell'ambito dei contratti pubblici finanziati con le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

In particolare, l'articolo 47, da un lato, prevede **specifici criteri per l'ammissione alle gare pubbliche**, connessi alla predisposizione di documenti relativi alla situazione del personale maschile e femminile e al rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro delle persone con disabilità e, dall'altro, ha stabilito che

¹⁰ traducibile dall'inglese come pregiudizi, distorsioni

nei bandi sia previsto l'obbligo di assicurare che almeno il 30 % delle assunzioni necessarie alla realizzazione del progetto del piano di ripresa sia destinato a donne e il 30% ai giovani.¹¹

I dati Anac (Autorità Nazionale Anticorruzione) sui bandi di gara PNRR hanno però confermato i timori e gli allarmi che molte donne, esperte e associazioni avevano espresso all'indomani della pubblicazione delle Linee guida: vale a dire che **senza un obbligo normativo di applicazione di quote e misure premiali non sarebbero state applicate strutturalmente e trasversalmente dalle stazioni appaltanti.**

*Period Think Tank*¹², associazione femminista che si occupa di valutare l'impatto di genere delle politiche pubbliche - con un'analisi resa possibile dai dati messi a disposizione grazie a OpenPolis e Anac, sulla spinta di diverse organizzazioni riunite nella campagna Datibenecomune - ha monitorato i bandi di gara e questo è il risultato:

- **ben il 96% dei bandi di gara** che sono stati analizzati, **non prevede misure di premialità per la parità di genere**
- **e nel 68% non ci sono obblighi per una quota di occupazione femminile o giovanile**, anche se la legge lo prevede.

Senza un obbligo normativo di applicazione di quote e misure premiali era difficile pensare che sarebbero state applicate in modo trasversale in tutte le missioni previste dal piano.

¹¹ La **premieria** è prevista dall' art.108 comma 7 del decreto legislativo del 31 marzo 2023. "Al fine di promuovere la parità di genere" recita il decreto "le stazioni appaltanti prevedono nei bandi di gara, negli avvisi e negli inviti, il maggior punteggio da attribuire alle imprese che attestano, anche a mezzo di autocertificazione, il possesso dei requisiti di cui all'articolo 46-bis del codice delle pari opportunità tra uomo e donna, di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198". Il criterio di **condizionalità** è invece previsto dall' art.47 del decreto legge 77/2021 convertito con legge n.108/2021 in cui al comma 4 dispone che "le stazioni appaltanti prevedono nei bandi di gara, negli avvisi e negli inviti specifiche clausole dirette all'inserimento, come requisiti necessari e come ulteriori requisiti premiali dell'offerta, criteri orientati a promuovere l'imprenditoria giovanile, l'inclusione lavorativa delle persone disabili, la parità di genere e l'assunzione di giovani, con età inferiore a trentasei anni, e donne [...]. Fermo restando quanto previsto al comma 7, è requisito necessario dell'offerta [...] l'assunzione dell'obbligo di assicurare, in caso di aggiudicazione del contratto, una quota pari almeno al 30 per cento delle assunzioni necessarie per l'esecuzione del contratto o per la realizzazione di attività ad esso connesse o strumentali, sia all'occupazione giovanile sia all'occupazione femminile".

¹² Per valutare l'impatto di genere si mettono a confronto i dati sui bandi di gara identificati dal codice identificativo di gara (CIG) con i dati che associano i Cig ai codici unici di progetto (CUP), per poter associare a ogni gara di appalto le informazioni dei progetti associati. Nel sito-guida ai dati del PNRR di Dati Bene Comune (<https://pnrr.datibenecomune.it/>) a cura dell'associazione onData è presente un vademecum a libero accesso che spiega come usare tutti i dati ora liberati.

Come Associazione Nuove Ri-Generazioni avevamo evidenziato questi rischi in vari documenti, ne citiamo due: "**No all'eliminazione della parità di genere dai contratti pubblici**" ([link: https://www.nuoverigenerazioni.eu/tutte-le-nostre-pubblicazioni/1010-donne-2](https://www.nuoverigenerazioni.eu/tutte-le-nostre-pubblicazioni/1010-donne-2)) e "**Illustrazione iniziativa nazionale Cgil, Cisl, Uil "Il protagonismo delle donne nella ripresa, per il lavoro di qualità, in sicurezza"** (8.03.2022) ([link:https://www.nuoverigenerazioni.eu/images/Illustrazione_iniziativa_8_marzo_Cgil_Cisl_Uil_Il_protagonismo_delle_donne_-_8032022_.pdf](https://www.nuoverigenerazioni.eu/images/Illustrazione_iniziativa_8_marzo_Cgil_Cisl_Uil_Il_protagonismo_delle_donne_-_8032022_.pdf))

In 5 missioni su 6 si hanno percentuali di applicazione delle misure di genere sotto al 10%, e le due missioni a cui andranno la maggior parte dei fondi (Digitalizzazione e Turismo) insieme raggiungono solo il **5,6%**.

Ma, come sostiene l'indagine, se la legge prevede le condizioni di premialità e anche la possibilità di quote, perché non sono previste nel 100% dei bandi?

Nell'analisi dell'economista Barbara Martini di InGenere sullo stesso tema, **si evidenzia come siano possibili ampie deroghe, motivate, per non rispettare questi criteri, ma dai dati rilasciati non è possibile ricavare queste informazioni**. Secondo la sua analisi, su un totale 34.377 gare contenute nel file di Open Polis il **67,8% non contiene il requisito di condizionalità** e nel 3,17% si tratta di gare in cui le informazioni non possono essere verificate.

In sostanza i dati disponibili non contengono informazioni sui motivi delle deroghe alle quote occupazionali femminili mentre, è evidente quanto sarebbe importante conoscere le ragioni indicate per derogare e monitorare la fondatezza di tale utilizzo. Ai dati arrivati sul sito di italiadomani.it - il portale governativo di visibilità del PNRR - **non è associata alcuna frequenza di aggiornamento** prevista e come fa notare l'analisi di onData "*questo parametro, oltre a essere un requisito obbligatorio da associare a dei dati aperti, è un'informazione essenziale*"¹³.

Nello specifico:

- **la mancanza di trasversalità delle misure premiali e delle quote è confermata da una loro concentrazione perlopiù in ambiti dove è già presente una significativa presenza femminile**, come le infrastrutture sociali, la sanità, il turismo;
- **le quote sono più basse proprio nelle missioni dove sono concentrate metà delle risorse economiche del PNRR**, vale a dire per le missioni 1 (digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo) e 2 (rivoluzione

verde e transizione ecologica). Infatti, tranne la missione infrastrutture per una mobilità sostenibile (28,4%) le altre 5 missioni hanno percentuali di misure premiali sul totale dei Cig al di sotto del 10%, e le due missioni con la maggiore percentuale dei fondi (52%) – vale a dire digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo e rivoluzione verde e transizione ecologica – raggiungono insieme solo il 5,6% (tabella 1);

Tabella 1. Percentuale di Cig con figure premiali associate, per missione

Missione	Percentuale di Cig con figure premiali associate
INFRASTRUTTURE PER UNA MOBILITÀ SOSTENIBILE	28,4%
SALUTE	9,8%
INCLUSIONE E COESIONE	7,4%
ISTRUZIONE E RICERCA	4,1%
RIVOLUZIONE VERDE E TRANSIZIONE ECOLOGICA	3,4%
DIGITALIZZAZIONE, INNOVAZIONE, COMPETITIVITA', CULTURA E TURISMO	2,2%

Fonte: dati Openpolis Anac 2023

- **la distribuzione delle misure premiali non è uniforme all'interno delle missioni, ma concentrata su singole componenti al loro interno.** La componente che ha il maggior numero di Cig con misure di premialità in proporzione è Rete Ferroviaria ad alta velocità/capacità e strade sicure con il 30,8% (appartenente alla missione 3). La restante parte delle componenti si attesta con una percentuale al di sotto del 10%;
- **per quanto riguarda le quote occupazionali femminili superiori al 30%**, le percentuali sono più alte – in testa con il 56,7%, la missione infrastrutture per una mobilità sostenibile – **però si confermano sempre agli ultimi due posti le missioni 1** (digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo) **e 2** (rivoluzione verde e transizione ecologica) **con rispettivamente il 28,7% e il 20,8%** (Tabella 2). Anche in questo caso la distribuzione non è uniforme all'interno delle missioni. La componente che ha il maggior numero di Cig con quote femminili >30% in proporzione è Intermobilità e logistica integrata con il 75% (appartenente alla missione 3) seguita dalla Rete ferroviaria ad alta velocità/

capacità e strade sicure (M3) con il 55,2%. La quasi totalità delle componenti si assesta infatti sopra al 20%. L'unica componente che risulta sotto il 20% è digitalizzazione, innovazione e competitività nel sistema produttivo (missione 1) con il 13,8%.

Tabella 2. Percentuale di Cig con quote associate >30%, per missione

Missione	Percentuale di Cig con quote associate >30%
INFRASTRUTTURE PER UNA MOBILITÀ SOSTENIBILE	56,7%
SALUTE	41,7%
INCLUSIONE E COESIONE	39,1%
ISTRUZIONE E RICERCA	33,3%
DIGITALIZZAZIONE, INNOVAZIONE, COMPETITIVITA', CULTURA E TURISMO	28,7%
RIVOLUZIONE VERDE E TRANSIZIONE ECOLOGICA	20,8%

Fonte: dati Openpolis Anac 2023

- **le differenze fra obbligatorietà e facoltatività si riflettono anche nei dati territoriali:** le regioni in cui risultano presenti il maggior numero di bandi di gara con misure premiali in relazione al totale dei bandi regionali sono Sicilia (9,2%), Campania (6,7%), Puglia (6,5%), Emilia-Romagna (6,2%), Lazio (5,3%). Mentre per quanto riguarda le regioni con il maggior numero di bandi con quota femminile superiore al 30% in relazione ai bandi regionali sono: Friuli Venezia Giulia (43,9%), Veneto (41,4%), Umbria (37,5%), Emilia-Romagna (37,4%), Lazio (32,8%);
- **un aspetto interessante è che all'interno della macro-categoria di "gare di grande entità"**, descritta in un approfondimento dell'economista Barbara Martini, dove per gare di grande entità si intende quelle il cui valore supera i 745.000 euro, **si registra non solo un aumento delle percentuali delle misure premiali e delle quote occupazionali superiori al 30%** rispetto ai bandi di gara inferiori a 745.000 euro, ma anche un incremento al loro interno fra il gruppo di bandi di gara superiori ai 10 milioni di euro e quelli che superano un valore di 100 milioni;
- **non sono riportati dettagli specifici sui bandi di gara che prevedono quote femminili al di sopra del 30%.** Non sono disponibili le informazioni sulla distribuzione dell'importo economico e su differenti comuni, pertanto si è

considerata all'interno delle analisi una distribuzione equa (ponderata) dei Cig sulle dimensioni. I dati disponibili non contengono poi informazioni sufficienti sull'urgenza e gli annessi motivi, nel 89,2% dei Cig, infatti questo tipo di informazione non è disponibile. Tuttavia, per i pochi dati disponibili nell'indagine si sottolinea che **solo il 14,5% dei progetti urgenti prevede misure di premialità**. Nello specifico, **nessun progetto che prevede misure di premialità risulta urgente per le missioni rivoluzione verde e transizione ecologica e digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura turismo**. La percentuale migliora, raggiungendo il 40,4% per i Cig con quota femminile >30%. In particolare, le missioni con quota femminile >30% e maggior presenza di progetti urgenti sono Inclusione e Coesione con il 60% e rivoluzione verde e transizione ecologica con il 47,8%. Sono invece assenti progetti urgenti con quota femminile >30% per le missioni salute e infrastrutture per una mobilità sostenibile.

Ma se i dati segnano un grave ritardo e monitorare i bandi di gara regolati dal Piano è di cruciale importanza per **ridurre il gap di genere nell'occupazione**, verrebbe da chiedersi perché le varie Associazioni datoriali e i Sindacati non abbiano stretto un'alleanza che li impegnasse reciprocamente per far sì che l'obiettivo fosse rispettato, denunciando se necessario, pubblicamente, le violazioni sin dall'inizio della realizzazione del Piano.

Al di là dei ritardi sino ad ora registrati, se vogliamo superare i grandi divari ancora presenti nel Paese, **è urgente avere le informazioni sullo stato di attuazione dei progetti e inerenti la misurazione dell'impatto come per esempio la distinzione per genere dei beneficiari e delle beneficiarie delle misure**.

L'associazione onData ha messo a disposizione **una mappa interattiva per esplorare i progetti approvati sul territorio**, navigabile per missione e per misura, anche con parole chiave, a livello regionale, provinciale fino a quello comunale per arrivare a conoscere le missioni del piano di ripresa, le quote occupazionali per donne e giovani e le misure premiali. Oltre a poter visualizzare i dati con i filtri di ricerca scelti è anche possibile scaricare i dati per poter fare tutti gli approfondimenti e le analisi che si desiderano sfruttando al massimo le opportunità offerte dai dati aperti.

Anche grazie a questi strumenti è necessario, tramite una più approfondita azione contrattuale, **attivarsi da subito nei territori per chiedere, numeri alla mano, maggiore attenzione agli Enti Locali sul rispetto trasversale delle quote occupazionali**.

In conclusione, un insegnamento sempre attuale

Il vuoto di dati e di informazioni di genere ha creato un pregiudizio pervasivo e latente, basato su una cultura maschilista, che ha un riverbero profondo, a volte perfino fatale, sulla vita delle donne. **"E' ora di cambiare perché se vogliamo progettare un mondo che funzioni per tutti c'è bisogno anche delle donne"** Linda Laura Sabbadini (2023).

L'unione delle donne deve essere ottenuta al di là delle differenze. Ma le differenze tra donne esistono. E l'unità deve servire anche per migliorare le condizioni di quelle che stanno peggio, che sono più vulnerabili, più sfruttate, più private di diritti e multidiscriminate. **"Sorellanza è sinonimo di solidarietà. Significa essere in grado di creare una rete di sostegno per un reale cambiamento"**. Lo dichiarava la scrittrice americana Kate Millett negli anni '70, ed è attuale ancora oggi.

"Femminismo!" esclamava ella. **Organizzazione di operaie, legislazione del lavoro, emancipazione legale, divorzio, voto amministrativo e politico... Tutto questo, sì, è un compito immenso, eppure non è che la superficie: bisogna riformare la coscienza dell'uomo, creare quella della donna!"** tratto dal libro **"Una donna"** che Sibilla Aleramo ha scritto, a Torino, nel 1906,