

ETUI POLICY BRIEF

Politica economica, occupazionale e sociale europea
N° 11/2020

Serie
impatto
COVID-19

La nostra incapacità di prevenire i rischi noti:
Sicurezza e salute sul lavoro nel settore sanitario
durante la pandemia COVID-19

Paula Franklin

Edizione italiana a cura di **SindNova** - Traduzione di Diego Alhaique – Roma 2021

Paula Franklin è ricercatore senior presso l'Istituto Sindacale Europeo (ETUI) a Bruxelles.

Implicazioni politiche

- I rischi derivanti dal SARS-CoV-2, il virus che causa il COVID-19, dovrebbero essere affrontati in linea con la Direttiva sugli agenti biologici dell'UE e mediante una capacità centralizzata rafforzata dell'Unione Europea per il monitoraggio e la risposta alle emergenze sanitarie.
- Ridurre e prevenire l'impatto della malattia COVID-19 dovrebbe comportare la sua classificazione come malattia professionale, garantendo

la disponibilità dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e dei test per gli operatori sanitari, coinvolgendo i lavoratori in tutti gli aspetti dell'organizzazione del lavoro.

- La crisi del coronavirus, che è il risultato dell'impatto del nesso tra austerità, virus e malattia sulla società in generale, dovrebbe innescare un cambiamento trasformativo nell'economia dell'assistenza, portando alla valorizzazione del suo ruolo, alla trasparenza retributiva, al pieno riconoscimento dei rischi psicosociali, come la violenza e le molestie nel mondo del lavoro, a misure per promuovere l'equità nella salute sul lavoro, alla pianificazione sostenibile della forza lavoro sanitaria e all'inclusione degli aspetti dovuti al genere attualmente assenti nella legislazione della UE sul lavoro, sicurezza e salute.

Introduzione

La pandemia COVID-19 ha fatto conoscere al pubblico un'ampia gamma di termini medici. Ogni giorno sentiamo parlare di respiratori, maschere N95 e dispositivi di protezione individuale. I tributi agli operatori sanitari hanno echeggiato nelle strade con la gente che ha applaudito i suoi eroi per il loro duro lavoro. Ciò che è stato messo meno in risalto è l'effetto delle misure di austerità sulla situazione estremamente impegnativa degli operatori sanitari. Molti esponenti politici hanno votato per tagliare la spesa sanitaria per il personale, le attrezzature e la formazione, quale risposta alle pressioni fiscali innescate dalla crisi economica del 2008. Questi tagli al budget hanno colpito le donne in modo particolare, poiché costituiscono la maggioranza dei lavoratori del settore pubblico e in particolare di quello sanitario. Era prevedibile che i risparmi a breve termine avrebbero portato a risultati negativi, a conseguenze diseguali per i risultati di salute e a maggiori rischi per la sicurezza del personale a lungo termine (Thomson et al. 2014). La crisi del COVID-19 ha ampliato questi rischi, come dimostrato dalla mancanza di capacità d'intervento, cioè dell'abilità di una comunità e dei sistemi dell'assistenza sanitaria di rispondere a un forte aumento della domanda di servizi. La situazione di salute e sicurezza sul lavoro (SSL) degli operatori sanitari è peggiorata, perché la SSL delle donne è molto meno probabile che sia presa in considerazione, praticata e accettata, e la legislazione in materia di SSL è essenzialmente disattenta nei confronti della questione di genere (EUOSHA 2014).

Questo documento di sintesi presenta quattro temi principali. Innanzi tutto, le difficili condizioni di lavoro degli operatori sanitari, in prima linea nella risposta alla pandemia, che mette a fuoco l'importanza dell'eliminazione delle disuguaglianze di genere nel mondo del lavoro. In secondo luogo, tutti gli operatori sanitari dovrebbero avere pari protezione della salute e della sicurezza. Terzo, la "gerarchia del quadro di controllo" utilizzato in SSL dovrebbe essere completata da una prospettiva di "organizzazione del lavoro" che riconosca l'importanza della prevenzione dei rischi psicosociali. E quarto, affinché le misure nel settore sanitario siano efficienti, dovrebbero essere applicati i principi di democrazia nel posto di lavoro.

La crisi del coronavirus: smascherare le conseguenze dell'austerità

La crisi finanziaria del 2008 ha portato a una riduzione della spesa nei servizi pubblici e i sistemi sanitari sono diventati un obiettivo per i tagli. Gli stipendi dei professionisti della salute sono stati congelati e alcuni sono stati addirittura ridotti. Per il personale infermieristico - il gruppo più numeroso di operatori sanitari - i tassi di reclutamento e di mantenimento dell'occupazione sono diminuiti e c'è stata una riduzione dei posti per gli infermieri in tutta Europa (FSESP 2019). Tagli ampi o prolungati apportati agli stipendi già bassi degli operatori sanitari hanno prodotto conseguenze non intenzionali, quali l'emigrazione o il pensionamento anticipato di lavoratori qualificati e un aumento del carico di lavoro del personale (Thomson et al. 2014). Già nel 2012, la Commissione Europea aveva stimato il divario nell'offerta di risorse umane nel settore sanitario entro il 2020 di circa 1 milione di operatori. Privatizzazione dei servizi nell'economia dell'assistenza portano abitualmente a salari più bassi, condizioni di lavoro più cattive e occupazione meno sicura (PSI 2019)¹.

La crisi del coronavirus ha evidenziato gravi carenze all'interno assistenza sanitaria in termini di salute e sicurezza dei lavoratori. In primo luogo, livelli inadeguati di personale in Europa hanno peggiorato gli effetti della crisi da COVID-19. Nonostante l'impegno degli operatori sanitari a mantenere un servizio di qualità durante la pandemia, i loro luoghi di lavoro, che sono spesso a corto di personale e con risorse insufficienti, sono gestiti con pericoli biologici e rischi psicosociali. Secondo, con l'inizio di COVID-19, le richieste di efficienza nel ritmo di lavoro sono aumentate drammaticamente. I dipendenti dei servizi di assistenza domiciliare devono trovare il tempo, in programmi già serrati, per l'igiene delle mani e l'equipaggiamento protettivo di routine (Pelling 2020). La mancanza di partecipazione dei lavoratori all'organizzazione del lavoro in situazioni come queste è evidente. Infine, ma non meno importante, quelle che si possono osservare anche durante

la crisi da coronavirus sono le disuguaglianze nella salute sul lavoro. Si tratta di evitabili differenze di morbilità e mortalità legate alle modalità di lavoro, alle caratteristiche socio-demografiche della forza lavoro (ad esempio sesso, età ed etnia) e ai fattori organizzativi. Le disuguaglianze di salute sul lavoro possono essere trovate non solo in tutti i settori, ma anche all'interno di un singolo comparto, poiché non tutti i lavoratori sono esposti allo stesso livello di rischi per la salute. I dati nel Regno Unito, ad esempio, dimostrano che gli assistenti sociali, come gli operatori sanitari, hanno il doppio delle probabilità di morire a causa di COVID-19. In Francia gli indici di mortalità dei medici (di medicina generale o ospedalieri) a causa di COVID-19 hanno avuto la tendenza a eguagliare quella dei professionisti negli ultimi anni di servizio o di coloro che hanno risposto alla chiamata di tornare in servizio. Al contempo, le lavoratrici dell'assistenza prevalentemente a lungo termine (LTC) soffrono in modo sproporzionato problemi di salute; il 60% dei lavoratori è esposto a fattori di rischio fisico e il 44% accusa problemi di salute mentale (OCSE 2020). Le sfide nei sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine e la mancanza d'integrazione tra loro è ben documentata in tutti gli Stati membri dell'Unione Europea (UE) (Spasova et al. 2018; European Commission 2019). Pur in sistemi diversi nella loro struttura e nel finanziamento, condividono un comune denominatore fondamentale: la femminilizzazione della forza lavoro.

Assenza di genere nella legislazione dell'UE in materia di SSL

Mentre nell'assistenza sanitaria sono presenti molti rischi per la salute la sicurezza, le misure di prevenzione sono spesso insufficienti (Musu e Vogel 2018). Le donne sono rappresentate in modo sproporzionato nel personale sanitario, dove l'esposizione al virus SARS-CoV-2, che è causa di COVID-19, è elevata. L'indagine sulla forza lavoro dell'UE (2018) riporta che, tra tutti gli occupati nel settore delle attività relative alla salute umana nell'UE27, il 75% sono donne. L'infermieristica è il più grande gruppo professionale nei servizi sanitari: in Europa, il

¹ Ad esempio, un quartiere centrale di Stoccolma, in Svezia, ha a disposizione più di 50 operatori sanitari privati anziani e, all'inizio della pandemia, in marzo, il 40% degli assistenti domiciliari era impiegato con contratti orari, di giorno in giorno e di ora in ora. Negli anni '80 un dipendente della il servizio di assistenza domiciliare visitava quattro persone durante un turno a tempo pieno; nel 2015, quel dipendente avrebbe dovuto

visitare 12 persone nello stesso periodo di tempo. Questo nonostante il fatto che i destinatari del servizio di assistenza domiciliare oggi sono più anziani e più vulnerabili dello stesso gruppo negli anni '80 (Pelling 2020).

90% degli infermieri sono donne. Inoltre, una percentuale considerevole di operatori sanitari nell'UE è migrante: ad esempio, lo sono quasi uno su cinque gli addetti alla cura della persona. La crescente domanda di lavoratori per l'assistenza a lungo termine e differenze significative nella retribuzione e nelle condizioni di lavoro tra i diversi paesi hanno indotto un afflusso principalmente di donne lavoratrici migranti. L'UE si è impegnata a realizzare gli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) nelle proprie politiche interne e uno degli obiettivi importanti relativi alla parità di genere è il paragrafo 8.8 "Proteggere i diritti dei lavoratori e promuovere la sicurezza e la protezione degli ambienti di lavoro di tutti i lavoratori, compresi i lavoratori migranti, in particolare le donne migranti e quelle in condizioni di lavoro precario".

Gli operatori sanitari spesso finiscono per compensare le carenze dei sistemi sanitari attraverso aggiustamenti individuali, a volte a scapito della propria salute e della propria vita (George 2008; Wenham et al. 2020). Come notato dall'Organizzazione mondiale della sanità (WHO 2006), "poiché il loro lavoro è prendersi cura dei malati e dei feriti, gli operatori della sanità sono spesso visti come 'immuni' a incidenti o malattie. I loro pazienti vengono prima. Spesso ci si aspetta che sacrifichino il proprio benessere per quello dei pazienti". Queste carenze in materia di SSL e di condizioni di lavoro nei servizi di assistenza replicano le disuguaglianze di genere nella società in modo più ampio. L'importanza della "economia dell'assistenza" manca di riconoscimento, e le disuguaglianze strutturali di genere si replicano nella produzione dell'assistenza sanitaria. Ad esempio, l'assistenza infermieristica soffre di un'immagine di "lavoro poco qualificato", che non riesce a corrispondere alla realtà di una vita professionale definita da capacità tecniche, emotive e cognitive di alto livello (Clayton-Hathway et al. 2020). Questo è uno dei motivi per cui esiste un divario salariale nel lavoro, in ambienti, professioni e industrie a predominanza femminile (Müller 2018). Inoltre, la iper-qualificazione è un fenomeno piuttosto comune tra gli esperti donne migranti che lavorano nell'assistenza (ad esempio infermiere mediche specializzate), che incontrano difficoltà nel vedere riconosciute le proprie qualifiche e tendono quindi ad affrontare un rischio maggiore di essere svantaggiate da pratiche scorrette di

reclutamento (Cangiano et al. 2009; EIGE 2020).

La salute e la sicurezza sul lavoro sono uno dei settori per i quali l'UE ha sviluppato un quadro giuridico. Il sistema della legislazione dell'Unione in materia di SSL è basato sull'articolo 153 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea, ed è la Direttiva del Consiglio 1989/391/CEE che stabilisce la "legge fondamentale" sulla sicurezza e salute sul lavoro nell'UE. Questa direttiva copre la gerarchia delle misure di prevenzione e controllo (vedi Figura 1), compresa l'organizzazione e le condizioni di lavoro, le relazioni sociali e l'ambiente di lavoro (Brück 2016). Nel dicembre 2019, il Consiglio dell'Unione europea ha osservato nelle sue Conclusioni l'importanza anche della sicurezza e della salute sul lavoro tra le condizioni di lavoro dignitose come misure per garantire il benessere al lavoro. Il Capitolo II del pilastro europeo dei diritti sociali (EPSR) prevede condizioni di lavoro eque che includono i diritti dei lavoratori a un ambiente di lavoro sano e sicuro. Ciò che resta assente nella legislazione dall'UE in materia di SSL è la dimensione di genere. Le differenze tra la vita lavorativa femminile e quella maschile - segregazione verticale e orizzontale - sono spiegate dalle differenze tra i pericoli e i rischi a cui le donne e gli uomini sono esposti. Settori dominati dalle donne, come l'assistenza sanitaria, sono altamente esposti alla violenza da parte di terzi, a disturbi muscoloscheletrici (MSD) e a rischi psicosociali (EUOSHA 2013; ILO 2018; Weber e Henke 2016). Sebbene la questione riguardante gli effetti dell'esposizione professionale a sostanze pericolose è cresciuta, queste continuano a essere sottovalutate nelle industrie a predominanza femminile e in quelle in cui le donne costituiscono una grande percentuale della forza lavoro. La relazione dell'EUOSHA 2013 sui nuovi rischi e tendenze in materia di sicurezza e salute delle donne sul lavoro sottolinea che i rischi legati al lavoro alla sicurezza e alla salute delle donne sono state sottostimate e trascurate rispetto a quelli maschili, sia per quanto riguarda la ricerca che per la prevenzione. Questa situazione è evidente nei rischi che gli operatori sanitari devono affrontare nella pandemia COVID-19.

Una cattiva organizzazione del lavoro può creare rischi che mettono in pericolo la sicurezza e la salute dei lavoratori

Il concetto di "organizzazione del lavoro" è direttamente associato alla qualità del lavoro e dell'occupazione. Si riferisce alle scelte fatte all'interno delle organizzazioni per quanto riguarda questioni come il modo in cui i compiti devono essere strutturati e come vengono assegnati ai lavoratori. Una cattiva organizzazione del lavoro può causare o contribuire a infortuni e malattie. L'esposizione a pericoli fisici e a rischi psicosociali in ambito sanitario deriva, ad esempio, da carenza di personale, straordinari eccessivi, sovraccarichi di lavoro, mancanza di tempo, mancanza di formazione per i compiti da eseguire, un numero insufficiente di pause di riposo e di giorni di astensione dal lavoro, dai bassi salari e dall'insicurezza del lavoro. Un fattore significativo coinvolto nell'organizzazione del lavoro è il processo decisionale, in particolare la comprensione di qual è la conoscenza importante nella pianificazione del lavoro. La partecipazione dei lavoratori dovrebbe costituire la base dell'organizzazione del lavoro e il loro coinvolgimento tramite informazione, consultazione e partecipazione al processo decisionale organizzativo è essenziale per garantire che la valutazione del rischio di SSL e i piani di prevenzione restino adeguati.

Riquadro 1 - Perché il personale medico in Cina ha rifiutato le offerte di aiuto psicologico su COVID?

"A Wuhan, la fonte dell'epidemia di COVID-19, sono stati approntati sistemi di supporto psicologico, quali la costituzione di un team d'intervento specialistico, corsi online per il personale medico per affrontare problemi psicologici e un numero verde per consultare un gruppo di esperti, che hanno fornito indicazioni per risolvere problemi psicologici e di gestione dello stress. Ma il personale medico e infermieristico non ha utilizzato questi servizi. Quando intervistati sul motivo per cui li evitavano, la risposta era che avevano semplicemente bisogno di pause, che potessero usufruire di momenti di riposo confortevole, di potersi rinfrescare, di attrezzature sufficienti per mantenerli in sicurezza e la capacità di comunicare con le famiglie per rassicurarle. I loro bisogni erano più fondamentali che di sostegno psicologico". (Marshall 2020)

Il "lavoro dignitoso" nel settore sanitario rispetta i diritti umani e i diritti dei lavoratori in termini di condizioni di sicurezza sul lavoro e retribuzione, nonché l'integrità fisica e mentale dei lavoratori.

Un luogo di lavoro democratico protegge tutti i diritti dei lavoratori e offre la possibilità di esercitare tali diritti nella pratica. Nel contesto della pandemia di COVID-19, ciò significa, ad esempio, consentire ai lavoratori di esercitare il diritto di allontanarsi da una situazione lavorativa in cui hanno ragionevoli motivi per credere presente un pericolo imminente e grave per la loro vita o salute, e non essere tenuti a tornare in una situazione di lavoro dove c'è pericolo continuo o grave per la vita o la salute. I lavoratori devono essere dotati di ambienti dove siano garantiti da colpe, in cui poter riferire incidenti e dove operatori sanitari che esercitano i loro diritti devono essere protetti da qualsiasi conseguenza indebita (WHO 2020).

Misure per proteggere gli operatori sanitari da COVID-19: struttura della "gerarchia dei controlli"

Il controllo dell'esposizione ai rischi occupazionali è il modo fondamentale di proteggere i lavoratori. La piramide rovesciata conosciuta come la "gerarchia dei controlli" (Figura 1, vedi sotto) è ampiamente utilizzata nella pianificazione della salute e sicurezza (SSL) ed esemplifica i diversi livelli di controllo che dovrebbero essere applicati nei luoghi di lavoro.

Le misure più efficaci per controllare la diffusione delle malattie infettive -eliminazione e sostituzione- non costituiscono opzioni possibili nelle strutture sanitarie. Mentre il rischio da SARS-CoV-2 può essere eliminato dalle strutture sanitarie generali inserendo i pazienti nei centri per malattie infettive, questo, per la maggior parte, non è stato fatto. Raccomandazioni per prevenire l'esposizione al virus in strutture sanitarie si concentrano quindi sui controlli amministrativi e ingegneristici e sull'uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI). Per quanto riguarda i rischi psicosociali, è richiesta l'intera gamma di controlli.

Secondo la gerarchia dei controlli a piramide, la prevenzione dell'esposizione dei lavoratori al rischio biologico che causa la malattia COVID-19 può essere raggiunta attraverso una combinazione di misure a tre livelli: *controlli*

tecnic che riducono l'esposizione mediante l'immissione di barriere tra il pericolo e il lavoratore; *controlli amministrativi*, che riguardano pratiche e politiche di lavoro; e l'uso di *DPI*, ovvero indumenti o attrezzature usa e getta specifici utilizzati dagli operatori sanitari per proteggersi dall'esposizione a sostanze infettive. La pandemia COVID-19 è una situazione nuova e in evoluzione ed è pertanto necessario un monitoraggio continuo della SSL per garantire che le misure di controllo riflettano le più recenti conoscenze scientifiche. Di seguito viene presentato un elenco non esaustivo di misure tecniche e amministrative a breve termine come raccomandato da una serie di istituzioni autorevoli² nel campo della sicurezza e salute sul lavoro del COVID-19 nelle strutture sanitarie.

Le misure di ingegneria a breve termine comportano l'installazione di barriere fisiche per fornire protezione dalle infezioni. La fornitura di aree separate di pre-screening dei pazienti limita il numero di quelli da ospedalizzare o da indirizzare a strutture ambulatoriali. Una finestra o un tramezzo di vetro o di plastica posto tra una persona malata e un lavoratore sano (ad es. un addetto al ricevimento) può impedire al virus di raggiungere il personale. Installare un adeguato sistema di ventilazione nei locali e l'esecuzione di procedure generatrici di aerosol su pazienti con COVID-19, confermato o sospetto, in una stanza di isolamento a pressione negativa (*airborne infection isolation room*, AIIR) può impedire agli aerosol di circolare liberamente nell'aria. Le anticamere per il personale che indossano e si tolgono i DPI limitano la diffusione del virus nei locali. Strofinare le mani con soluzioni a base di alcol, distributori automatici di sapone e asciugamani di carta nei punti di cura, sono un modo efficace per prevenire la diffusione di agenti patogeni e infezioni in ambito sanitario. L'idratazione della pelle previene i danni indotti dall'igiene della pelle delle mani e gravi irritazione delle mani stesse (rischi chimici).

Le misure amministrative a breve termine prevedono la valutazione delle esigenze in termini di letti per i pazienti, supporto respiratorio, DPI, personale e diagnostica, così

come capacità di laboratorio e terapie. Inoltre, tutte le misure di controllo dovrebbero essere valutate per la loro efficacia per prevenire e ridurre la trasmissione del virus. La conduzione organizzativa e anche la valutazione del rischio del personale sono essenziali. Ad esempio, dovrebbero essere condotti esami medici per valutare l'idoneità dei lavoratori al lavoro e per evitare complicazioni dovute a condizioni sanitarie preesistenti; anche i rischi per le lavoratrici gestanti dovrebbero essere valutati accuratamente. Collaudare i DPI con gli operatori sanitari prima di ricevere i pazienti e una formazione completa sui respiratori, fornita dai datori di lavoro ai dipendenti prima dell'uso, servono a prevenire il rischio di esposizione a virus. La direzione può utilizzare misure amministrative per limitare il numero di dipendenti esposti al rischio biologico, ad esempio consentendo solo al personale sanitario dedicato di prendersi cura di pazienti COVID-19, compresa l'assunzione della responsabilità della consegna del cibo ai pazienti e la pulizia delle loro stanze. L'organizzazione del test per COVID-19 degli operatori sanitari è un'importante misura preventiva, in quanto consente l'identificazione dei lavoratori infetti e di quelli malati che dovrebbero auto-isolarsi e quindi fermare la diffusione del virus. Sostenere il ruolo dei lavoratori nella prevenzione del rischio biologico del virus è fondamentale. Uno degli obiettivi delle misure amministrative è stabilire un programma per la pulizia regolare delle strutture sanitarie e seguire una politica di smaltimento di tutti i rifiuti come rifiuti clinici infettivi. La disponibilità di DPI è fondamentale e anche questi dovrebbero essere utilizzati da tutto il personale impegnato nella gestione dei rifiuti. Nelle misure amministrative vanno inclusi l'uso della telemedicina per lo screening e la gestione dei pazienti e decidere il livello di assistenza appropriato.

A causa dell'aumentato carico di lavoro derivante da un'epidemia di malattia trasmissibile, gli appuntamenti non urgenti dei pazienti devono essere posticipati e riprogrammati in modo che il personale possa concentrarsi sul trattamento dei pazienti COVID-19.

Il virus SARS-CoV-2 richiede l'attuazione di

² Queste misure si basano sulle linee guida pubblicate dai centri per la prevenzione e il controllo delle malattie negli Stati Uniti, Canada, Australia ed Europa e da Organizzazioni europee e internazionali, compresa la World Health Organization (OMS), il Centro europeo

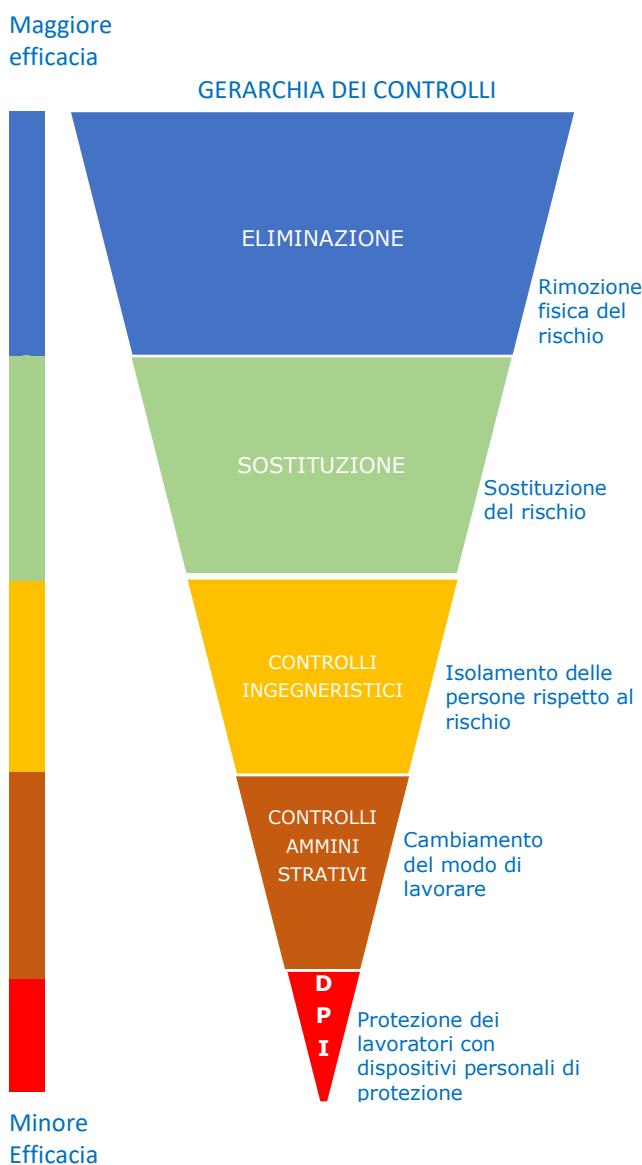
per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e l'Agenzia dell'UE per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA).

specifiche misure di sicurezza e salute nel mondo del lavoro e, in particolare, nel settore sanitario. L'ingegneria e le misure amministrative possono prevenire e ridurre il rischio biologico del virus tra i lavoratori in una certa misura. Tuttavia, la gerarchia dei controlli a piramide è nata negli anni '50 come standard da utilizzare dai manager industriali ed è quindi di portata limitata. Applicare la struttura all'analisi del contesto sanitario richiede l'inclusione della prospettiva della "organizzazione del lavoro". Questo è chiaro quando si esaminano i rischi psicosociali che si sono intensificati durante la pandemia.

Prevenire e ridurre i rischi psicosociali nelle strutture sanitarie

I rischi psicosociali (PSR) per gli operatori sanitari sono ben documentati e si inacerbiscono durante le epidemie. Nella pandemia COVID-19, la carenza di personale e di risorse e le crescenti tensioni sociali hanno portato a un aumento del livello di violenza contro gli operatori sanitari. Molestie, minacce e aggressioni contro i lavoratori della sanità sono state segnalate sia all'interno che all'esterno delle strutture di assistenza durante la crisi epidemica.

Figura 1 – La gerarchia dei controlli elaborata dall'Istituto Nazionale USA per la sicurezza e la salute occupazionali (NIOSH)



L'aspetto di una cattiva "organizzazione del lavoro" è evidente nella pandemia COVID-19. Gli operatori sanitari sono tenuti a lavorare più ore per la crescente domanda di servizi di assistenza. A causa della carenza di lavoratori, in molti paesi, il personale junior è costretto svolgere ruoli nuovi e impegnativi e il personale in pensione è stato richiamato in servizio. Lunghi turni e un carico di lavoro elevato possono portare a sfinitimento, *burnout* professionale, all'aumento del disagio psicologico o a disturbi mentali, influenzando non solo sulla salute degli operatori sanitari, ma anche sulla qualità e la sicurezza delle cure fornite.

I rischi ergonomici aumentano per la necessità di spostare e sollevare un grande numero di pazienti e sopportare lo sforzo fisico dell'uso dei DPI - disidratazione, calore e spossatezza - con l'effetto di stress da lavoro e disturbi muscoloscheletrici (DMS). La necessità di consapevolezza e vigilanza costanti sulle procedure di controllo delle infezioni e la loro continua ripetizione può portare allo sfinitimento.

Assistere un gran numero di pazienti che soffrono e muoiono, comunicare e confortare i loro parenti e preoccuparsi della propria salute e di quella dei colleghi, per non parlare del bisogno di mantenere le distanze fisiche dai membri della famiglia per il rischio di infettarli, può essere notevolmente faticoso dal punto di vista emotivo.

Misure di SSL a breve termine, progettate per prevenire e ridurre i rischi psicosociali (PSR) durante la pandemia COVID-19, prevedono³

³ Queste misure sono state raccolte dalle raccomandazioni formulate da Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC),

dall'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), dall'Organizzazione mondiale della

(tra parentesi è indicata la gerarchia dei controlli, dal livello più efficace al meno efficace):

- Tolleranza zero alla violenza contro gli operatori sanitari sul posto di lavoro e nel percorso da e verso il luogo di lavoro (eliminazione).
- Classificazione del COVID-19 come malattia professionale, quindi erogazione ai lavoratori di prestazioni economiche per il mantenimento del reddito (eliminazione di stress finanziario).
- Prevenzione del rischio di violenza e molestie attraverso l'accesso controllato alle strutture di assistenza, videosorveglianza e sistemi di allarme (controlli ingegneristici).
- Prevenzione del rischio di violenza e molestie tramite formazione del lavoratore, accompagnamento da e per i parcheggi, collegamento con la polizia ed efficienti procedure di reporting (livello amministrativo).
- Formazione pre-impiego degli operatori sanitari per aiutarli ad adattarsi alle situazioni difficili che si troveranno ad affrontare (livello amministrativo).
- Organici adeguati, in modo che i lavoratori abbiano un lavoro appropriato, ore e periodi di riposo obbligatorio, possano fare le pause, avere tempo libero tra i turni e godere delle ferie annuali (livello amministrativo).
- Accesso ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale (livello amministrativo): ad esempio, l'istituzione di un'apposita linea diretta per la salute mentale o servizi di consulenza in loco per il personale.
- Misure di sostegno interno, per esempio durante lo spostamento per andare al lavoro, assistenza all'infanzia, ai familiari malati o disabili (livello amministrativo).
- Comunicazione efficace in caso di crisi tra dirigenti ospedalieri e esperti in malattie infettive e tra gli istituti di cura. Come cambiano le informazioni sul SARS-CoV-2, possono cambiare anche le politiche e le pratiche e tutti gli operatori sanitari devono essere consapevoli di queste modifiche (livello amministrativo).
- Disponibilità di tutte le attrezzature e di materiali rilevanti per ridurre l'ansia causata dal rischio di contagio (livello amministrativo).

Numerose e autorevoli organizzazioni hanno realizzato ampie mappature dei pericoli e dei livelli di rischio e fornito indicazioni in relazione alle strutture sanitarie. I problemi sono noti; però, questa conoscenza tiene conto della

realtà vissuta dei lavoratori nel garantire la loro sicurezza e sane condizioni di lavoro?

Mancanza di protezione degli operatori sanitari

Rapporti provenienti da esperienze sul campo e recenti studi accademici sulla sicurezza, la salute e le condizioni sul lavoro del personale sanitario femminile, evidenziano le vulnerabilità dei sistemi sanitari che la pandemia COVID-19 ha messo in luce e aggravato. La giustapposizione delle raccomandazioni per le misure preventive per i rischi biologici e quelli psicosociali, che modellano la realtà vissuta dagli operatori sanitari racconta una storia di molteplici malfunzionamenti nei vari livelli di controllo.

Condizioni di lavoro

Le persone che lavorano nel settore sanitario sono note per essere particolarmente esposte a violenza e a molestie di genere, eppure spesso mancano nei luoghi di lavoro politiche che promuovano la tolleranza zero per tutte le forme di violenza e di molestia e la relativa valutazione dei rischi pur obbligatoria per i datori di lavoro (EUOSHA 2020). Oltre a tutte le tensioni psicologiche a cui sono sottoposti gli operatori sanitari sul luogo di lavoro, l'impossibilità per loro di essere vicino alla famiglia a causa del rischio di infettarla (quindi distanziamento fisico in casa o abitazione in alloggi separati) sottolinea l'importanza di tenere conto della dimensione sociale dei rischi professionali e dell'equilibrio tra lavoro e vita privata come parte della prevenzione dei PSR.

La protezione sociale degli operatori sanitari è insufficiente; nell'aprile 2020, solo 13 Stati membri avevano adottato nuove misure di facilitazione dell'accesso al congedo per malattia retribuito nella crisi attuale (Eurofound 2020). Questo lascia molti lavoratori indifesi di fronte a una catastrofica perdita di reddito. Inoltre, ci sono solo una manciata di paesi dell'UE che riconoscono il COVID-19 come malattia professionale, anche nel settore sanitario (ad esempio Belgio, Danimarca, Germania e Italia).

sanità (OMS), dall'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) e dalla ricerca scientifica.

Organizzazione del lavoro

L'attuazione di misure amministrative relative alla gestione dei dipendenti si è rivelata impegnativa durante la crisi del COVID-19 a causa della carenza di personale. In molti paesi, gli operatori sanitari in pensione sono tornati a lavorare in strutture ospedaliere per acuti allo scopo di aiutare i colleghi sopraffatti dalla pandemia. A causa della loro età avanzata, questi lavoratori sono a maggior rischio di contagio, ospedalizzazione e morte (Alberta Health Services 2020). Ci sono stati anche rapporti allarmanti di infermiere e assistenti sanitarie in stato di gravidanza che hanno dovuto lavorare a diretto contatto con pazienti ammalati di COVID-19. Lavorare per molte ore aumenta il rischio di infortuni e i tassi di contagio di COVID-19 aumentano di pari passo con il numero di ore lavorate giornalmente (Ran et al. 2020). Mentre si cerca di limitare la quantità di personale esposto al virus, le misure amministrative che richiedono al personale sanitario di assumersi la responsabilità della distribuzione del cibo ai pazienti affetti da COVID-19, e la pulizia delle loro stanze, aumentano ulteriormente il carico di lavoro degli operatori. Il rinvio e la riprogrammazione delle prestazioni sanitarie non urgenti hanno creato un arretrato di cure che dovrà a un certo punto essere recuperato nel prossimo futuro. Questo pone continue pressioni sul sistema sanitario e sui suoi lavoratori. Mentre l'assistenza sanitaria online è consigliata come strumento per eliminare il rischio d'infezione nelle strutture sanitarie, la formazione degli operatori in questa materia resta frammentaria e lo stesso vale per l'alfabetizzazione dei pazienti alla telemedicina.

DPI, apparecchiature mediche e test

C'è stata una carenza di DPI per gli operatori sanitari sia negli ospedali che nella comunità e nei diversi gruppi professionali, anche di medici, infermieri, paramedici, addetti alle pulizie, farmacisti, personale di assistenza a lungo termine e agli anziani. Inoltre, il DPI che è disponibile per gli operatori sanitari non è necessariamente adatto alle donne, poiché il design della maggior parte dei DPI si basa sulle dimensioni e sulle caratteristiche di popolazioni maschili (ILO 2013). La scarsa disponibilità di attrezzature mediche è ampiamente segnalata e la carenza di ventilatori, ad esempio, significa che i medici al capezzale del paziente

sono costretti a decidere a chi somministrare prima la cura, provocando sofferenza morale e creando dilemmi etici. La capacità di testare gli operatori sanitari per il COVID-19 continua essere insufficiente, nonostante la ricerca abbia dimostrato che lo screening settimanale può ridurre il contributo al contagio del 25-33% in più delle riduzioni ottenute dall'autoisolamento a seguito della manifestazione dei sintomi (Grassly et al. 2020).

La responsabilità per le misure di sicurezza e salute sul lavoro è per lo più al di fuori del controllo dei singoli lavoratori; a livello istituzionale, i manager possono avere una certa influenza, in particolare sulla prevenzione dei rischi psicosociali. Iniziative di settore tra i sindacati e le associazioni datoriali per migliorare le condizioni generali di lavoro possono aiutare a risolvere molti problemi (Pinder 2016). Tuttavia, le possibilità di gestire i pericoli e i rischi associati al COVID-19 sembrano essere state molto poche e lontane tra loro. Un decennio di austerità imposta dalle istituzioni dell'UE e dai governi dei suoi Stati membri si riflette sulla capacità inadeguata dei sistemi sanitari europei di far fronte a un'epidemia di malattia infettiva (v.ad esempio, Bramucci et al. 2020).

Dalla risposta "antincendio" a breve termine al cambiamento trasformativo a lungo termine

La pandemia COVID-19 ha messo in forte rilievo i perduranti problemi di sicurezza e salute e di condizioni di lavoro nel settore sanitario, creandone anche di nuovi. Dal momento che gli impatti della pandemia sono molteplici, tali devono essere anche le nostre risposte. Misure per prevenire l'infezione e ridurre l'impatto della pandemia COVID-19 sugli operatori sanitari variano da quelle prese quali risposte immediate "antincendio" a quelle che richiedono un cambiamento trasformativo a lungo termine. La sicurezza e la salute e le condizioni di lavoro devono rimanere al centro di ogni azione intrapresa.

Le misure di SSL a breve termine devono concentrarsi sulla disponibilità di DPI e dei test per verificare il contagio della forza lavoro nella sanità. La prevenzione della violenza e delle molestie è essenziale e le misure per ridurre i rischi psicosociali sono fondamentali. È altrettanto importante non introdurre rischi nuovi e imprevisti per la sicurezza e la salute

dei lavoratori, compresi i rischi psicosociali correlati all'organizzazione del lavoro, i rischi ergonomici e quelli chimici (ILO 2020). Dovrebbero essere ulteriormente elaborate Linee guida per la sicurezza e la salute in caso di pandemia e un'appropriata formazione del personale. Inoltre, definire il COVID-19 come una malattia professionale garantirebbe un certo livello di rete di sicurezza finanziaria per i lavoratori. La promozione di una rappresentanza equilibrata di genere dei sindacati e la partecipazione di organizzazioni sanitarie e sociali nella gestione e nelle strutture decisionali sono imperative, perché si tratta dei soggetti che conoscono ciò che è necessario. L'inclusione di SARS-CoV-2 nell'elenco degli agenti biologici conosciuti per il contagio degli esseri umani, di cui alla Direttiva (UE) 2019/1833 della Commissione, con un breve periodo di recepimento, è fondamentale per sostenere la tutela della salute dei lavoratori. Nel processo, i sindacati hanno chiesto un emendamento della Direttiva degli agenti biologici per includere un chiarimento che indichi la necessità di un'adeguata informazione e formazione dei lavoratori. La Commissione Europea si è inoltre impegnata a effettuare ispezioni nei luoghi di lavoro e a riesaminare la Direttiva al fine di prepararsi a future pandemie.

L'attuazione di **misure a medio e lungo termine** dovrebbe svolgersi parallelamente alle misure a breve termine e concentrarsi sulla prevenzione piuttosto che su una semplice reazione. Potrebbe verificarsi una seconda ondata di COVID-19, mettendo ulteriormente alla prova la sostenibilità e la continuità dei sistemi sanitari di cura. La tensione sulla forza lavoro è enorme e le conseguenze sono gravi; esiti negativi documentati sulla salute degli operatori sanitari durante la pandemia COVID-19 comprendono disturbi da stress acuto, insonnia, ansia, sintomi ossessivo-compulsivi e depressione. Il rischio di sviluppare un disturbo da stress post-traumatico è quindi molto reale. La carenza strutturale di operatori sanitari intensifica i rischi psicosociali e, quindi, l'assunzione di risorse umane deve essere pianificata e finanziata come parte di una visione a lungo termine. È importante sottolineare che eventuali misure per ridurre il deficit pubblico non dovrebbero portare al sottofinanziamento dei sistemi sanitari, alla sofferenza per i pazienti o a pericoli per i lavoratori; al contrario, un'alternativa efficace all'austerità è l'investimento pubblico in

infrastrutture sociali e l'economia di cura (ITUC 2016). Dovrebbe essere adottata e continuamente migliorata la preparazione di solidi piani nazionali per le emergenze nella salute pubblica; a tal fine, il 20 maggio 2020, la Commissione europea ha delineato proposte di raccomandazioni specifiche per paese che richiedono a ogni Stato membro di rafforzare la resilienza del proprio sistema sanitario nazionale.

Una revisione della "organizzazione del lavoro" nel settore sanitario è fondamentale; inutile dire che è essenziale coinvolgere le persone che lavorano nella pianificazione della SSL e consentirgli di utilizzare la loro esperienza per influenzare il processo decisionale strategico. Luoghi di lavoro democratici, dove i lavoratori possano esercitare i loro diritti e esprimere la loro opinione, dovrebbero essere la norma nell'economia dell'assistenza, poiché un tale ambiente favorisce il reclutamento e il mantenimento di una forte forza lavoro.

I virus non conoscono confini nazionali e questo dovrebbe riflettersi in un'importante risposta alle emergenze sanitarie. A questo proposito, la UE ha capacità limitate, nessun ruolo di direzione e nessun budget (Greer 2020). Tuttavia, sono in atto gli sforzi per intensificare le misure di SSL correlati agli aspetti "ingegneristici" e alla disponibilità di DPI (ad es. Appalto congiunto dell'UE di attrezzature mediche e protettive), ed esiste già una solida base di conoscenze scientifiche sulla prevenzione e il controllo delle infezioni che è continuamente in corso di sviluppo (ad esempio attraverso lo Spazio europeo della ricerca, SER, piattaforma lanciata dalla Commissione Europea per fornire informazioni sulle opportunità di finanziamento per il coronavirus, la ricerca e l'innovazione).

Oltre alle politiche relative alle apparecchiature mediche e alla ricerca clinica, **cambiamenti trasformativi sono necessari per affrontare le cause profonde della scarsa SSL e delle cattive condizioni di lavoro nel settore sanitario e nell'economia dell'assistenza in generale.** Questi cambiamenti favoriscono l'uguaglianza di genere e la dignità del lavoro, richiedendo:

- **Riconoscimento del valore reale dell'economia dell'assistenza.** Un passo importante verso il raggiungimento di questo riconoscimento è la Direttiva UE sulla trasparenza della retribuzione di genere. La discriminazione salariale rimane

in gran parte un problema nascosto nell'UE, in parte a causa della mancanza di informazioni sulla retribuzione, quindi è fondamentale far rispettare il principio di "parità di retribuzione per lavoro di pari valore". L'impatto di una retribuzione disuguale - per le donne, la società e l'economia - è stridente. Il risarcimento è urgente, soprattutto alla luce della pandemia, che pone le lavoratrici in prima linea nella lotta contro il virus, lavorando come fanno in uno dei settori più sottopagati nell'UE.

- Inclusione del genere nella legislazione dell'UE in materia di SSL. È essenziale coinvolgere i sindacati nella progettazione, realizzazione e valutazione della strategia EUOSH post2020. In particolare, le donne e i comitati per l'uguaglianza di genere hanno ottenuto risultati innovativi promuovendo la prospettiva di genere, ad esempio, riguardo alle condizioni di lavoro, alle molestie, alla violenza e all'equilibrio della vita lavorativa, un approccio che dovrebbe essere esteso anche alla tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori.

- Importanza della SSL nelle politiche occupazionali nell'ambito dell'economia dell'assistenza. Come primo passo, dovrebbe esserci una direttiva UE sui rischi psicosociali nel mondo del lavoro per tenere pienamente conto di tutti i rischi attuali ed emergenti. Gli Stati membri dovrebbero procedere alla ratifica e attuare la Convenzione ILO 190 e la Raccomandazione 206 riguardante l'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo di lavoro, e rafforzare la pianificazione della forza lavoro sanitaria con il l'obiettivo di eliminare le disuguaglianze professionali dall'economia dell'assistenza.

Conclusioni

Decine di migliaia di operatori sanitari sono stati infettati dal COVID-19 a livello globale e centinaia sono morti, in quanto non esiste vaccino autorizzato [il presente documento è stato rilasciato nel luglio 2020, *ndt*] o profilassi per la prevenzione o il trattamento del COVID-19. È chiaro che l'obiettivo principale dovrebbe essere la prevenzione dell'esposizione di tutti gli operatori sanitari a questo agente biologico. Inoltre, è noto che le epidemie infettive causano stress tra gli operatori sanitari,

rendendo essenziali la prevenzione e la riduzione dei rischi psicosociali.

Questo documento di sintesi informativa sulla politica ha ripercorso le raccomandazioni e la realtà della SSL nel settore sanitario durante la pandemia COVID-19, evidenziando le carenze e i passi successivi che vanno compiuti. Le misure di salute e sicurezza sul lavoro devono essere attuate in base alle esigenze dei lavoratori in modo che siano efficaci nelle situazioni lavorative reali. Questi bisogni possono essere essenziali quanto sufficienti, come la fornitura di DPI e di attrezzature mediche. Possono essere esigenze strutturali, che richiedono misure di protezione ingegneristica, o esigenze professionali, come la formazione continua erogata come parte delle misure amministrative. Fondamentalmente, le esigenze di SSL derivano dall'esposizione a rischi psicosociali e richiedono una risposta che si concentra sull'organizzazione e sulle condizioni di lavoro.

Una caratteristica fondamentale di un sistema sanitario ben funzionante è che disponga di un numero sufficiente di lavoratori con le giuste competenze e motivazioni. Queste ultime nascono dall'essere valorizzati, dal possesso e dal rispetto dei diritti dei lavoratori, da condizioni di lavoro che corrispondono alle richieste (stipendio, formazione, organizzazione del lavoro) e da condizioni di SSL che proteggano realmente dai pericoli fisici e dai rischi psicosociali.

Il disinvestimento nella sanità e nell'assistenza sociale va contro la realtà di un'Europa anziana con la sua forza lavoro sanitaria che invecchia, con la carenza degli operatori sanitari e le sfide del reclutamento di personale con il giusto mix di competenze per rispondere alle esigenze dei pazienti in terapia intensiva e dalla pediatria alla geriatria.

Gli investimenti nell'economia dell'assistenza sono attesi da tempo. Il valore dell'economia dell'assistenza altamente femminizzata è immensa nel mantenere la nostra società e farla funzionare. È noto che le condizioni di lavoro associate con questa economia sono un problema, e che la forza lavoro è troppo pressata per soddisfare tutte le esigenze di cura, sia durante che oltre la pandemia. È indiscutibile che tutti i lavoratori abbiano diritto a un luogo di lavoro sano e sicuro. Riassumendo questi fatti si ottiene una conclusione chiara: proteggere la salute e la

sicurezza di tutti i lavoratori nell'economia dell'assistenza è essenziale e, affinché questo diventi una realtà, sono necessari grandi cambiamenti.

Gli operatori sanitari sono stati e continuano ad essere in prima linea nella pandemia. È giunto il momento che il sostegno mostrato dalla gente per i loro eroi sia corrisposto dal sostegno politico nel garantire loro sicurezza, salute e condizioni di lavoro dignitose.

Riferimenti

Alberta Health Services (2020) COVID-19 Scientific Advisory Group rapid response report, 4 May 2020. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-hcw-risk-rapid-review.pdf>

Bramucci A., Prante F. and Truger A. (2020) Decades of tight fiscal policy have left the health care system in Italy ill-prepared to fight the COVID-19 outbreak, *Intereconomics*, 55 (3), 147–152.

Bruick C. (2016) General principles of EU OSH legislation, OSH WIKI. https://oshwiki.eu/wiki/General_principles_of_EU_OSH_legislation

Cangiano A., Shutes I., Spencer S. and Leeson G. (2009) *Migrant care workers in ageing societies: research findings in the United Kingdom*, Oxford, ESRC Centre on Migration, Policy and Society.

Clayton-Hathway K., Humbert A.L., Griffiths H., McIlroy R. and Schutz S. (2020) *Gender and nursing as a profession. Valuing nurses and paying them their worth*, London, Royal College of Nursing.

De Spiegelaere S., Hoffmann A., Jagodziński R., Lafuente Hernández S., Rasnača Z. and Vitols S. (2019) *Democracy at work: better occupational health and safety protection*, in ETUC and ETUI (2019) *Benchmarking working Europe*, Brussels, ETUI, 67-89.

ECDC (2020) *Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA*. 19 May 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf>

ECDC (2020) *Cloth masks and mask sterilisation as options in case of shortage of*

surgical masks and respirators, 26 March 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Cloth-facemasks-in-case-shortage-surgical-masks-respirators2020-03-26.pdf>

EIGE (2020) *Gender equality and long-term care at home*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

EPSU (2019) *Europe's public health systems: death by a thousand cuts*, 18 December 2019. <https://www.epsu.org/article/europes-public-health-systems-death-thousand-cuts>

EU-OSHA (2020) *ESENER 2019. What does it tell us about safety and health in Europe's workplaces?* Policy Brief, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2020.

EU-OSHA (2014) *Mainstreaming gender into occupational safety and health practice*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

EU-OSHA (2013) *New risks and trends in the safety and health of women at work*. European Risk Observatory Literature review, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Eurofound (2020) *COVID-19: Policy responses across Europe*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

European Commission (2019) *Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability*. Country Documents 2019 Update, European Economy Institutional Paper 105, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Fazzani F. and Mazza J. (2020) *A vulnerable workforce: migrant workers in the COVID-19 pandemic*, JRC Technical report, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Fité-Serra A.M., Gea-Sánchez M., Alconada-Romero Á., Tomás Mateos J., Blanco-Blanco J., Barallat-Gimeno E., Roca-Llobet J. and Muntaner C. (2019) *Occupational precariousness of nursing staff in Catalonia's public and private nursing homes*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 4921. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244921>

- George A. (2008) Nurses, community health workers, and home carers: gendered human resources compensating for skewed health systems, *Global Public Health*, 3(Supp. 1), 75-89.
- Grassly N. et al. (2020) Report 16: Role of testing in COVID-19 [sic] control, 23 April 2020, London, Imperial College COVID-19 response team. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-04-23-COVID-19-Report-16.pdf>
- Greer L. (2020) Another European rescue of the Member States? EU public health policy for COVID-19, Opinion Paper 22, Brussels, European Social Observatory.
- ILO (2020) A safe and healthy return to work during the COVID-19 pandemic. Policy Brief, May 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/briefingnote/wcms_745549.pdf
- ILO (2018) Ending violence and harassment against women and men in the world of work. Report V (1), International Labour Conference 107th Session 2018, Geneva, ILO.
- ILO (2016) Decent work and the care economy. <https://www.ilo.org/global/topics/care-economy/dw-and-care-economy/lang-en/index.htm>
- ILO (2013) 10 keys for gender sensitive OSH practice – Guidelines for gender mainstreaming in occupational safety and health, Working paper, Geneva, ILO.
- ITUC (2016) Investing in the care economy: A gender analysis of employment stimulus in seven OECD countries, March 2016, Brussels, ITUC.
- Marshall J. J. (2020) Why medical staff in China spurned offers of psychological help over Covid? *The Scotsman*, 14 April 2020. <https://www.scotsman.com/news/uk-news/why-medical-staffchina-spurned-offers-psychological-help-over-covid-dr-john-j-marshall-2537283>
- Messing K. (ed.) (1999) Integrating gender in ergonomic analysis, Brussels, European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety.
- Müller T. (2018) She works hard for the money. Tackling low pay in sectors dominated by women: evidence from health and social care, Brussels, European Federation of Public Service Union.
- Musu T. and Vogel L. (eds.) (2018) Cancer and work: understanding occupational cancers and taking action to eliminate them, Brussels, ETUI.
- NIOSH (2020) Hierarchy of controls. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>
- OECD (2020) OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19) Women at the core of the fight against COVID-19 crisis, 1 April 2020. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/women-at-the-core-of-the-fight-against-covid-19-crisis-553a8269/#section-d1e63>
- Pelling L. (2020) Sweden, the pandemic and precarious working conditions, *Social Europe Journal*, 10 June 2020. <https://www.socialeurope.eu/sweden-the-pandemic-and-precarious-working-conditions>
- Pinder A. (2016) Managing psychosocial risks in the cleaning sector, *OSH WIKI*, 1 March 2016. https://oshwiki.eu/wiki/Managing_psychosocial_risks_in_the_cleaning_sector
- PSI (2019) Privatisation and women's human rights. Factsheet for CSW63 advocacy, March 2019. https://world-psi.org/uncsw/wordpress/wp-content/uploads/2019/03/FactSheetCSW63_Privatisation.pdf
- Ran L., Chen X., Wang Y., Wu W., Zhang L. and Tan X. (2020) Risk factors of healthcare workers with corona virus disease 2019: a retrospective cohort study in a designated hospital of Wuhan in China, *Clinical Infectious Diseases*, ciaa287. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa287>.
- Spasova S., Baeten R., Coster S., Ghailani D., Peña-Casas R. and Vanhercke B. (2018) Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, Brussels, European Commission.
- Thomson S., Figueras J., Evetovits T., Jowett M., Mladovsky P., Maresso A., Cylus J., Karanikolos M. and Kluge H. (2014) Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy, Policy

Summary, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Watterson A. (2020) COVID-19 in the UK and occupational health and safety: predictable not inevitable failures by government, and trade union and nongovernmental organization responses, *New Solutions*, 30 (2), 86-94.

Weber C. and Henke N. (2016) Employment trends and their impact on women's OSH, OSH WIKI, 1 March 2016. https://oshwiki.eu/wiki/Employment_trends_and_their_impact_on_women%E2%80%99s_OSH

Wenham C., Smith J. and Morgan R. (2020) COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 6 March 2020. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930526-2>

WHO (2020) Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health, Interim guidance, 19 March 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0

WHO (2006) Occupational health. Health workers. https://www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/

Tutti i link sono stati controllati il 13 luglio 2020.

Le pubblicazioni ETUI sono edite per suscitare commenti e incoraggiare il dibattito. Le opinioni espresse sono solo quelle dell'autore o degli autori e non rappresentano necessariamente le opinioni dell'ETUI né quelle dei membri della sua assemblea generale.

La serie ETUI Policy Brief è curata congiuntamente da Jan Drahokoupil, Philippe Pochet, Aída Ponce Del Castillo, Kurt Vandaele e Sigurt Vitols.

Il curatore responsabile di questo numero è Kurt Vandaele, kvandaele@etui.org

SindNova

Edizione italiana a cura di SindNova. Traduzione di Diego Alhaique. Roma 2021

SindNova

Istituto per lo studio dell'innovazione, delle trasformazioni produttive e del lavoro

Via Tagliamento 9 / 00198 Roma / Italia

Tel.: +39 (0)6 49 10 87

info@sindnova.eu / www.sindnova.eu



L'ETUI è sostenuta finanziariamente dall'Unione Europea.

L'Unione Europea non è responsabile per qualsiasi uso fatto delle informazioni contenute in questa pubblicazione.