

## Il genere nella salute e sicurezza sul lavoro: la visione sistemica delle scienze sociali

Paola Conti

Presidente di ENGHEA Engendering Health Association; Amministratrice Unica della Sintagmi srl.

**Riassunto.** L'autrice illustra come un approccio di genere nella Salute e Sicurezza sul Lavoro consenta di affrontare specifici problemi al fine di promuovere la salute in modo uniforme, globale e universale sia per le donne sia per gli uomini. L'integrazione di un tale approccio nei modelli correnti avviene attraverso il processo di valutazione delle implicazioni per entrambi i generi di norme, politiche o interventi. È urgente affrontare una sfida di portata straordinaria nel campo della medicina di genere: lo sviluppo della "medicina occupazionale di genere", ovvero un mainstreaming di genere di natura bio-psico-sociale, tecnica, metodologica e scientifica di una materia vasta e complessa quale quella della salute e della sicurezza sul lavoro. Vengono prese in considerazione le dimensioni macro, meso e micro del sistema complesso riguardante il rapporto tra salute e lavoro, attraverso studi e review sistematiche. Data la vastità della materia, l'autrice nel presente articolo intende offrire una prima visione d'insieme della problematica, proponendosi di realizzare approfondimenti settoriali futuri, in particolare per quanto attiene alle interconnessioni tra le variabili biologiche e quelle sociali: sesso e genere.

**Parole chiave:** approccio di genere, salute e sicurezza sul lavoro, analisi di genere, sistema complesso.

### *Gender in occupational safety and health: the systemic vision of social sciences*

**Summary.** The author describes how a gender approach to health and safety at work allows to address specific issues in order to promote health in a uniform, global and universal way for women and men, and how it could be integrated in current models by evaluating the implications of rules, policies or procedures for both genders. It is urgent to face an extraordinary challenge in gender medicine, including the "occupational gender medicine" development, the bio-psycho-social, technical, methodological and scientific gender mainstreaming of a vast and complex argument as is health and safety at work. The macro, meso and micro-dimensions of the complex system relating to health and work are discussed on the basis of available studies and systematic reviews. Given the breadth of this subject matter, a preliminary overview is provided that will be developed by more detailed analysis in the future, focusing on the interrelationships between biological and social variables (i.e., sex and gender).

**Key words:** gender approach, health and safety at work, gender analysis, complex system.

### Introduzione

L'approccio di genere nella Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL) consente di affrontare specifici problemi al fine di promuovere la salute in modo uniforme, globale e universale per donne e uomini e si realizza attraverso l'integrazione di una prospettiva che è il processo di valutazione delle implicazioni per entrambi i generi di norme, politiche o programmi. L'Unione Europea<sup>1</sup>, le Agenzie europee<sup>2</sup> e internazionali<sup>3</sup> enfatizzano l'importanza di un approccio inclusivo e attento alle differenze di sesso e genere e vincolano i singoli Stati ad adottare norme e prassi tali da rendere sostanziale l'obbligo dell'uniformità delle tutele. Risulta quindi chiaro che, per affrontare in ottica di genere il tema della SSL, occorra tenere in considerazione le dimensioni macro, meso e micro di analisi del sistema complesso riguardante il rapporto tra salute e lavoro.

Un approccio alla SSL sensibile al genere riconosce e rende visibili le differenze, sia di carattere biologico sia di carattere sociale, tra i lavoratori di sesso maschile e femminile, in riferimento ai pericoli a cui sono esposti, evidenziando le eventuali condizioni di vulnerabilità di gruppi di popolazione lavorativa.

Tali condizioni peculiari sono generate dall'intersezione di determinanti e variabili quali sesso e genere, età, status socioeconomico, condizione occupazionale, ecc., in interazione con i fattori di rischio a cui i soggetti sono esposti nella propria attività lavorativa, tenendo conto della dimensione multifattoriale delle cause di malattia professionale o infortunio.

D'altro canto, molti standard riguardanti la salute e la sicurezza sul lavoro e i limiti dell'esposizione alle sostanze pericolose, per esempio, si basano ancora su studi effettuati sulla popolazione maschile e si riferiscono in misura maggiore ai settori lavorativi maschili. Allo stesso modo, la categorizzazione di incidenti e malattie professionali ai fini della corresponsione degli indennizzi si riferiscono in misura maggiore a malattie e incidenti lavoro-correlati più comuni tra la popolazione maschile, frutto di una cultura che utilizza il maschile come neutro universale, penalizzando in tal modo sia le donne che gli uomini reali. Interessante notare al proposito come, in virtù dei nuovi campi di ricerca aperti dalla medicina di genere, siano in aumento non solo gli studi riguardanti le specificità femminili, ma anche quelli sulle specificità maschili, in una dimensione bio-psico-sociale.

### *La nascita della medicina occupazionale di genere*

La prevenzione e rimozione dei rischi sul lavoro gestita secondo criteri misurabili basati su indicatori riferiti ad "appropriatezza, efficacia ed equità di genere" – si veda al proposito l'EAGE Index<sup>4</sup> – deve pertanto basarsi su ricerche con un solido approccio di genere. Esso è per sua natura intersezionale, in tutti i diversi ambiti disciplinari tra cui medicina del lavoro, epidemiologia, ergonomia, statistica, sociologia, ingegneria...

Appare evidente, d'altro canto, come non sia ancora facile, per i ricercatori che non abbiano una tale formazione specialistica, distinguere l'approccio intersezionale dall'approccio di analisi della covarianza, che viene spesso adottato dalla maggior parte dei ricercatori biomedici e sanitari tradizionali<sup>5,6</sup>. All'ordine del giorno è quindi una sfida di portata straordinaria nel campo della medicina di genere: lo sviluppo della "medicina occupazionale di genere". Cosa che non implica la nascita di una nuova disciplina, bensì del mainstreaming di genere di natura bio-psico-sociale, tecnica, metodologica e scientifica di una materia vasta e complessa quale quella della salute e sicurezza sul lavoro. Occorre pensare in chiave sistemica e transdisciplinare, quindi. La definizione di salute dell'OMS, intanto, viene messa in discussione<sup>7</sup> con l'argomentazione che la salute è più una capacità di "adattamento e di auto-gestione" che uno stato di "completo benessere fisico, mentale e sociale". Secondo tale proposta si tratta di creare uno stato dinamico e di miglioramento continuo della salute attraverso azioni individuali e collettive di promozione della salute<sup>6</sup>.

Secondo un approccio di genere, infatti, occorre passare da un'idea di salute come "stato" a un'idea di salute come "processo dinamico", la qual cosa implica standard auspicabili e identificabili sia in rapporto alle attese della popolazione lavorativa sia in rapporto alle attese realistiche, continuamente migliorabili. Il processo di salute riguarda, quindi, il benessere fisico, mentale e sociale. Tale dimensione sociale implica sia i rapporti tra i soggetti nel lavoro sia i rapporti tra vita di lavoro e vita extra-lavoro e qui la dimensione di genere ha un ruolo determinate. A tale proposito è importante sottolineare come il concetto di salute sia mutato nel tempo, dal momento che ciò che si intende per salute non corrisponde a uno stato naturale, ma a una condizione indicata da una costruzione sociale, così come il genere è un costrutto sociale, dinamico e relazionale.

Tale premessa applicata alla salute e sicurezza sul lavoro implica, quindi, che il programma della prevenzione dei rischi debba integrarsi con la progettazione del lavoro, con il disegno e la configurazione dei posti di lavoro, con gli strumenti, i compiti e le modalità operative: l'intero processo di lavoro. Il programma di prevenzione deve garantire che i provvedimenti indivi-

duati assicurino un reale miglioramento del livello di tutela della salute dei lavoratori e ciò si realizza anche attraverso le politiche e gli interventi di portata extra aziendale, con forti implicazioni di genere a partire dalle problematiche di segregazione occupazionale, discriminazione, gap retributivo.

### **La Salute e Sicurezza sul Lavoro come sistema complesso**

#### *L'impatto di genere dei modelli familiari e delle politiche pubbliche*

Nell'ambito della sociologia della salute è noto come gli indicatori di bassa qualità dell'occupazione, scarso benessere e salute precaria siano strettamente correlati. Le differenze di genere di salute sono meno pronunciate nei paesi con un sistema di welfare che promuove politiche che facilitano l'occupazione a tempo pieno delle donne e ove la partecipazione femminile alla forza lavoro, in particolare delle lavoratrici madri, è incoraggiata attraverso l'erogazione di servizi di cura di alta qualità (es. Svezia, Danimarca e Finlandia). Viceversa un maggior differenziale tra la salute delle donne e quella degli uomini (a svantaggio delle donne) si riscontra nei paesi ove la società è basata su un modello di famiglia tradizionale e su un modello di welfare che lascia alla famiglia la maggior parte dell'onere del lavoro di cura e dell'assistenza.

Nei regimi di welfare dotati di solide politiche a favore della piena occupazione femminile e della conciliazione, quindi, queste mitigano gli effetti di una possibile bassa qualità dell'occupazione in uomini e donne che si dimostrano, così, meno vulnerabili in termini di salute.

Alcune ipotesi vengono esplorate in uno studio condotto in collaborazione tra il Dipartimento di Sociologia della Università di Vrije (Brussel) e l'Università Pompeu Fabra di Barcellona<sup>8</sup>. Vengono qui messe in relazione variabili legate alla qualità del lavoro (sia la natura dei compiti di lavoro sia i termini e le condizioni di lavoro) con la salute mentale di donne e uomini. Le associazioni tra la qualità del lavoro e il benessere psicologico sono indagate attraverso un insieme multidimensionale di indicatori per la qualità del lavoro (tipo di contratto, reddito, orario di lavoro irregolare e/o asociale, stato occupazionale, formazione; partecipazione; rappresentanza). Tutto ciò viene poi correlato con i diversi sistemi di welfare in 21 paesi europei.

Le donne hanno livelli più elevati di istruzione e sono più spesso genitori single rispetto agli uomini; affermano (in percentuale inferiore) di avere un reddito sufficiente e hanno tassi più elevati di lavoro part-time rispetto agli uomini. Lo studio sottolinea che un reddito familiare insufficiente e orari di lavoro irregolari

sono i più forti predittori di scarso benessere mentale.

Per entrambi, uomini e donne, almeno una dimensione caratterizzante una bassa qualità del lavoro è significativamente correlata con scarso benessere psicologico e mentale.

Tuttavia, le differenze di genere tra gruppi stratificati indicano una vulnerabilità nella salute più elevata nelle donne con bassa qualità occupazionale.

Gli uomini, a prescindere dalla tipologia di welfare, riportano un miglior benessere psicologico rispetto alle donne, tuttavia, i modelli di politiche di riequilibrio tra vita familiare e lavorativa dimostrano di essere modelli più worker-friendly per entrambi.

### *Mercato del lavoro e danni per la salute*

Mercati del lavoro sempre più flessibili hanno prodotto nel tempo percorsi di carriera non lineari, incrementando la precarietà. La frammentazione della carriera lavorativa correla positivamente con il rischio di infortuni: esiste uno svantaggio per i lavoratori precari che devono affrontare rischi significativamente più elevati di infortunio sia lieve che grave<sup>9</sup>.

Intanto dati USA sottolineano come, storicamente, i lavoratori di sesso maschile abbiano costituito la più alta percentuale di incidenti mortali sul lavoro. Una spiegazione comune è che gli uomini sono sovrarappresentati nei lavori fisicamente più pericolosi. Ancora un'altra spiegazione potenziale è che i ruoli di genere prescritti e le norme contribuiscono a più alti tassi di incidenti mortali nei lavoratori di sesso maschile rispetto ai lavoratori di sesso femminile. I risultati dello studio indicano che oltre il 25% del totale dei decessi sul lavoro nel 2012 si è verificato al di fuori di quanto ci si aspetterebbe per rapporti di mortalità equivalenti per gli uomini e le donne che lavorano nella stessa professione. Inoltre, le caratteristiche di genere del lavoro e dei lavoratori sono predittive in maniera significativa della varianza del maggior rischio relativo di morte sul lavoro degli uomini in tutte le occupazioni (queste caratteristiche, combinate con la rappresentazione di genere, spiegherebbero il 10% della varianza totale nel maggior rischio relativo di mortalità maschile). I risultati suggeriscono che gli uomini possono avere un aumentato rischio di incidenti mortali sul lavoro rispetto alle donne nelle stesse occupazioni<sup>10</sup>.

Il WorkSafe Victoria (Australia) ha analizzato i dati di risarcimento ottenuto da lavoratrici e lavoratori (254,704 casi tra 2004-2011). I tassi sono stati calcolati combinando i dati di indennizzo con i dati sull'occupazione in tutto lo stato.

Il tasso di richiesta di indennizzo per disturbi psichici era 1,9 volte più elevato tra le donne; i tassi relativi a lesione fisiche erano 1,4 volte più alti tra gli uomini. I dati aggiustati per gruppo professionale han-

no dimostrato che la differenza di genere nei tassi di indennizzo per malattie muscolo-scheletriche erano maggiori nelle donne rispetto agli uomini dopo l'adeguamento per esposizione professionale.

Gli uomini avevano più alti tassi di sinistri con danni fisici rispetto alle donne, e questo era in gran parte attribuibile a fattori occupazionali. Le donne avevano più alti tassi di denunce relative a disturbi legati alla salute mentale rispetto agli uomini; questo non è stato pienamente spiegato in sola correlazione al lavoro<sup>11</sup>.

Il tema della specificità maschile correlata al lavoro è stato poco studiato, mentre il luogo di lavoro è un ambiente chiave in cui le questioni di genere e le strutture organizzative possono influenzare pratiche professionali di salute e sicurezza. Il fatto che le culture del lavoro siano dominate da una visione maschile nelle occupazioni ad alto rischio può essere particolarmente problematico, in quanto espone gli uomini a rischi significativi per infortuni e incidenti mortali. Una review della letteratura ha esaminato in modo critico l'intersezione tra mascolinità e salute e sicurezza sul lavoro maschile e ha identificato gli obiettivi di necessario approfondimento: individuare i temi che possono migliorare la comprensione della mascolinità nell'ambito della salute e sicurezza sul lavoro; identificare le lacune di ricerca e di pratica in relazione alla salute e sicurezza sul lavoro degli uomini; considerare come la mascolinità possa intersecarsi con altre variabili (ad esempio contesto storico, età, classe, "razza", posizione geografica)<sup>12</sup>.

### *Salute mentale e crisi socioeconomica*

Alcune ricerche hanno esplorato i cambiamenti avvenuti sul tema dell'esposizione ai rischi psicosociali e stress lavoro-correlato in relazione alla recessione economica attuale. I primi risultati evidenziano un significativo peggioramento degli esiti di salute rispetto al periodo antecedente la crisi, con un conseguente aumento delle assenze per malattia, dei suicidi, dei problemi di salute mentale<sup>13-15</sup>.

Quando i ricercatori analizzano il rapporto tra organizzazione del lavoro e salute di lavoratrici e lavoratori, solitamente si concentrano sul contesto di lavoro (cioè le caratteristiche del lavoro) e sull'organizzazione del lavoro.

Minor attenzione (nessuna, nei metodi di valutazione corrente dello stress lavoro correlato) viene riservata ai fattori esterni: mercato del lavoro e situazione economica nazionale e internazionale; cosa questa con implicazioni non trascurabili, viste le evidenze sulla correlazione forte tra esiti di salute legati allo stress da lavoro e fattori di contesto macroeconomico ampio.

La situazione economica regionale, nazionale o

internazionale può influenzare direttamente le persone (ad esempio in termini di reazioni individuali alle mutate prospettive economiche) e indirettamente (ad esempio attraverso i cambiamenti nelle politiche organizzative introdotte in risposta alla situazione economica, ad esempio il blocco dei salari e la perdita di posti di lavoro).

Le indagini realizzate nei periodi di recessione economica in alcuni paesi indicano che tali fattori incidono direttamente sulle condizioni di lavoro, sul benessere e sulla salute mentale.

Uno studio realizzato in Andalusia<sup>16</sup>, la regione più popolata della Spagna con un alto livello di disoccupazione, ha mostrato come i tassi di suicidio (individuato come indicatore di salute) sono aumentati in alcuni paesi europei in relazione alla corrente situazione di crisi e di austerità economica.

Un forte aumento dei tassi di suicidio in Andalusia è stato rilevato dopo l'inizio della crisi, sia tra gli uomini che tra le donne. Gli adulti di età compresa tra 35 e 54 anni sono stati i più colpiti in entrambi i sessi. L'analisi per età ha indicato come la classe di popolazione tra 35-44 anni sia la più colpita.

Tutti questi dati sono ulteriormente confermati da una recente ricerca che ha descritto un aumento di problemi di salute mentale negli uomini spagnoli di età compresa tra 35 e 54 anni, in particolare capofamiglia, attribuibili alla disoccupazione durante i primi anni di recessione<sup>14</sup>.

Negli uomini, più che nelle donne, il tentativo di suicidio è associato alla disoccupazione: i tassi di tentativo di suicidio associati ai tassi di disoccupazione negli uomini rappresentano quasi la metà dei casi durante i cinque anni iniziali di crisi.

Una possibile spiegazione di questo risultato è che in Andalusia, ad esempio, il ruolo di genere identifica lo status derivante dal lavoro come elemento essenziale della mascolinità. Gli uomini sono sottoposti a una pressione più pronunciata per il loro ruolo di genere e, quindi, la disoccupazione e l'incertezza sul lavoro futuro potrebbero avere un impatto più forte sulla loro salute a causa dei ruoli tradizionali nella famiglia.

Anche le donne sono state colpite dal fenomeno durante il periodo di recessione, ma questa associazione potrebbe non essere specificamente attribuita alla disoccupazione: ulteriori approfondimenti sono previsti dai ricercatori.

Una scoperta imprevista, a detta dei ricercatori, è stata l'associazione rilevata tra tentativo di suicidio negli uomini giovani (20-24 anni) e il tasso di disoccupazione a livello mondiale. Le difficoltà di ingresso nel mercato del lavoro per i giovani adulti possono giocare un ruolo importante in questa associazione. Il tasso di disoccupazione negli uomini sotto i 24 era superiore al 50% durante il periodo di studio.

### Condizioni di lavoro e percezione di salute: pochi gli studi con approccio di genere

Le differenze di genere (socialmente determinate) nel lavoro, nelle forme di impiego e nelle condizioni di lavoro, nell'assegnazione dei compiti e nei metodi di lavoro che interessano l'esposizione ai rischi per la salute sono sempre più documentate.

Una significativa review<sup>17</sup> sistematica realizzata in Spagna è basata su studi condotti nell'arco di undici anni volti a indagare la correlazione tra condizioni occupazionali e salute di donne e uomini, applicando criteri di selezione tali da poter affermare di prendere in considerazione solo studi con un solido approccio di genere. Tali criteri di selezione hanno permesso di individuare e analizzare solo 30 studi, di cui 19 realizzati in Europa, escludendo tutti gli altri.

Lo studio mostra che, rispetto agli uomini, le donne hanno più alta percentuale di contratti precari e subiscono soggettivamente tale precarietà, hanno peggiori condizioni contrattuali e danno grande importanza all'ambiente psicosociale di lavoro. Percepiscono una peggior salute fisica e mentale. Gli uomini, d'altro canto, sono esposti a orari più prolungati, a mansioni più impegnative sul piano fisico e al rumore, vivono come squilibrio la dimensione sforzo-ricompensa. Hanno ruoli gerarchicamente più elevati delle donne. Entrambi i gruppi sono esposti a richieste pressanti, ma un più alto numero di donne fa esperienza di scarso controllo sul proprio lavoro e una maggiore percentuale di uomini lamenta uno scarso sostegno sociale.

#### *Discriminazioni e molestie come fattori di rischio*

Alcune disuguaglianze di genere ben note come le discriminazioni, le molestie sessuali e il differenziale retributivo di genere (a sfavore delle donne) per lavori comparabili, pur individuati come importanti determinanti di salute in letteratura, non sono state prese in considerazione negli studi analizzati.

Il fatto che siano stati individuati studi che approfondiscono tali tematiche solo in riferimento alle donne ha fatto sì che tali studi fossero esclusi dalla review riguardante gli studi con approccio di genere.

Le evidenze suggeriscono, a chi fa ricerca nell'ambito della medicina del lavoro, di includere discriminazioni, molestie e bullismo negli studi riguardanti gli effetti sulla salute delle condizioni di lavoro.

Si stima che nel mondo una donna su due venga molestata sessualmente durante la sua vita lavorativa, il che rende le molestie sessuali forse la forma più diffusa di violenza contro le donne e contemporaneamente uno dei rischi per la salute maggiormente sottostimato nella valutazione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro.



Le molestie sessuali (o molestie basate sul sesso) comprendono tre categorie di comportamento: la molestia di genere, l'attenzione sessuale indesiderata e la vera e propria coercizione sessuale. Una importante review sulle conseguenze delle molestie basate sul sesso nei luoghi di lavoro conferma che il fenomeno rappresenta un problema grave per le donne in tutto il mondo, minacciando la loro salute mentale e la sopravvivenza economica<sup>18</sup>.

La ricerca è stata condotta negli Stati Uniti, dal Department of Psychology, University of Michigan, ma gli studi in altri paesi hanno prodotto risultati simili. La maggior parte delle donne che incontra questi comportamenti molesti sul posto di lavoro riferisce sintomi di depressione, ansia e stress post-traumatico; fa maggiore uso di alcol e droghe; accusa disturbi alimentari.

A questi disturbi, sul piano cognitivo ed emotivo, sono frequentemente correlati uno stato d'animo negativo, senso di colpa, ridotta autostima, esaurimento emotivo, rabbia, disgusto, invidia, paura e una generalizzata sensazione di minor soddisfazione di vita. Questi esiti sono riscontrabili anche nelle vittime di forme più indirette di molestie (ad esempio, discriminazioni strategiche di genere) e in coloro che non utilizzano la definizione di 'molestie sessuali' per descrivere le loro esperienze.

Le connessioni tra le molestie basate sul sesso e la salute mentale rimangono significative anche quando si vanno a verificare altri fattori di rischio con effetti potenzialmente confondenti: altri fattori di stress nella vita, altre dimensioni del lavoro, tratti di personalità e fattori socio-demografici.

Pochi gli studi e i dati sulle molestie sessuali nei confronti degli uomini: un portavoce della Equal Employment Opportunity Commission statunitense<sup>19</sup> afferma che i casi riguardanti gli uomini sono raddoppiati negli ultimi 15 anni. Secondo chi ha approfondito tale tematica, gli uomini sarebbero meno propensi a parlare dei casi di molestie per paura di essere derisi dai colleghi.

## Bibliografia

1. EU Occupational Safety and Health (OSH) Strategic Framework 2014-2020. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=151&langId=en>
2. <https://osha.europa.eu/en> ; <http://www.eurofound.europa.eu/>
3. Istanbul Declaration on Safety and Health at Work [http://www.ilo.org/safework/info/WCMS\\_163671/lang-en/index.htm](http://www.ilo.org/safework/info/WCMS_163671/lang-en/index.htm)
4. Conti P, Ninci A (a cura di). Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere. Roma: INAIL, voll I e II, 2011; vol. III, 2013.
5. Caprile M et al. Meta-analysis of gender and science research. Synthesis Report. European Commission Directorate-General for Research and Innovation. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012.
6. Conti P. L'integrazione di sesso-genere nella salute al lavoro. In: Franconi F e Cantelli Forti G (a cura di) Manuale di medicina sesso-genere. Bologna: Bononia University Press, 2013.
7. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ* 2011; 343:d4163.
8. De Moortel et al. Contemporary employment arrangements and mental well-being in men and women across Europe: a cross-sectional study. *Int J Equity Health* 2014;13(1): 90.
9. Giraudo M, Bena A, Leombruni R, Costa G. Occupational injuries in times of labour market flexibility: the different stories of employment-secure and precarious workers. *BMC Public Health* 2016; 16:150.
10. Bauerle TJ, McGonagle AK, Magley VJ. Mere overrepresentation? Using cross-occupational injury and job analysis data to explain men's risk for workplace fatalities. *Safety Science*, 2016; 83: 102-13 doi:10.1016/j.ssci.2015.11.006
11. Berecki-Gisolf J, Smith PM, Collie A, McClure RJ. Gender differences in occupational injury incidence. *American Journal of Industrial Medicine*, 2015; 58 (3): 299-307. DOI: 10.1002/ajim.22414
12. Stergiou-Kita M, Mansfield E, Bezo R, et al. Danger zone: Men, masculinity and occupational health and safety in high risk occupations. *Safety Science* 2015; 80: 213-20.
13. Frasilquilho D, Matos MG, Salonna F, et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health* 2016;16(1):115. doi: 10.1186/s12889-016-2720-y
14. Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health* 2014; 24(3): 415-8. doi: 10.1093/eurpub/ckt208
15. Houdmont J, Kerr R, Addley K. Psychosocial factors and economic recession: the Stormont Study. *Occupational Medicine* 2012; 62: 98-104 doi:10.1093/occmed/kqr216
16. Córdoba-Doña JA, San Sebastián M, Escolar-Pujolar A, Jesús Enrique Martínez-Faure JE, Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *Int J Equity Health* 2014; 13:55 DOI: 10.1186/1475-9276-13-55
17. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, E Moen BE, Benavides FG. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *Int J Equity Health* 2013; 12:57 DOI: 10.1186/1475-9276-12-57
18. García-Moreno C, Riecher-Rössler A (eds). Violence against women and mental health. Key Issues in Mental Health. Basel (Switzerland): Karger, 2013, Vol 178.
19. Tahmincioglu E. Male sexual harassment is not a joke. *NBC News*, 7/10/2007.

Indirizzo per la corrispondenza:

Paola Conti

email [paolaconti09@gmail.com](mailto:paolaconti09@gmail.com)