

Gli stereotipi di genere in sanità ai tempi del covid-19: indagine qualitativa dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lecco

Luciarosa Olivadoti¹, Simona Ciervo², Martina Tagliabue³, Enrico Frisone⁴

¹Luciarosa Olivadoti, Ostetrica – Responsabile Sviluppo Professionale e Ricerca (ASST di Lecco l.olivadoti@asst-lecco.it), ²Simona Ciervo, Psicologa-Psicoterapeuta (ASST di Lecco) ciervosimona@gmail.com), ³Martina Tagliabue, Infermiera (ASST di Lecco m.tagliabue@asst-lecco.it), ⁴Enrico Frisone, Direttore Socio Sanitario (ASST di Lecco e.frisone@asst-lecco.it)

Sinossi: Nonostante la rappresentanza femminile nel settore socio-sanitario sia aumentata, sussiste ancora un pregiudizio di genere che la pandemia da CoViD-19 ha esacerbato ulteriormente. Scopo ed Obiettivi: indagare la percezione degli operatori dell'ASST di Lecco sugli stereotipi di genere in sanità durante la pandemia da CoViD-19. Materiali e Metodi. Ricerca qualitativa secondo la metodologia della Grounded Theory condotta su un campione di 18 operatori. I dati sono stati ottenuti attraverso due focus group suddivisi per anzianità professionale ≥ 20 anni e ≤ 5 anni e analizzati con il software Nvivo. Risultati. Il CoViD-19 ha rimarcato le criticità riguardanti la sicurezza sul luogo di lavoro e gli episodi di violenza in entrambi i gruppi, evidenziando il legame tra percezione di sicurezza, comportamenti e genere. Per i responders con anzianità ≥ 20 anni la sicurezza è un problema (44%) e una responsabilità aziendale (23%), mentre per gli operatori con anzianità ≤ 5 anni è maggiormente associata al rischio biologico/chimico/fisico e bio-psico-sociale (56%) e giudicata una responsabilità del singolo/equipe o connessa a eventi inattesi o a luoghi di lavoro differenti. Tutti i responders hanno dichiarato di aver subito, o assistito, almeno ad un episodio di violenza e le lavoratrici risultano più esposte anche in virtù della loro maggiore presenza in ambito sanitario. Conclusioni. La pandemia da CoViD-19 ha acuito la solitudine e il bisogno di tutela aziendale, aumentando il rischio di comportamenti aggressivi di genere, quale risultato della paura percepita. All'interno di un sistema di comunicazione inefficace, la formazione risulta essere lo strumento privilegiato per colmare i gap anche dal punto di vista culturale e per aumentare l'inclusione.

Parole chiave: stereotipi di genere, sanità, pandemia.

Abstract: Despite the increased number of women employed in the social-health sector there is still a gender bias that the CoViD-19 pandemic has further exacerbated. Aim and Objectives: investigate the perception of Lecco ASST's workers about gender stereotypes during the CoViD-19 pandemic. Material and Methods. Qualitative research according to Grounded Theory methodology conducted on a sample of 18 operators. The data were obtained through two focus groups divided by professional seniority (≥ 20 years and ≤ 5 years) and analyzed by the Nvivo software. Results. CoViD-19 has highlighted the critical issues regarding workplace safety and episodes of violence in both groups, emphasizing the link between perception of safety, behavior, and gender. For responders aged ≥ 20 years, safety is a problem (44%) and a responsibility of social-healthcare companies (23%), while for workers aged ≤ 5 years it is associated with biological/chemical/physical and bio-psycho-social risk (56%). Younger health workers believe that individuals or small teams are responsible of their own security or that it is connected to unexpected events and/or connected to different work environments. All responders suffered or witnessed at least one episode of violence and the women, by their greater presence in the health sector, are more exposed.

Conclusions. The CoViD-19 pandemic has exacerbated sense of loneliness and the need for company protection, increasing the risk of gender-based aggressive behavior as a result of perceived fear. Within an ineffective communication system, training is the privileged tool to fill these gaps and to increase inclusion, also from a cultural point of view.

Keywords: gender stereotype, health care system, pandemic.

Introduzione

Già nel marzo 2019, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, all'interno del working paper (Boniol et al., 2019), evidenziava che la quota di donne occupata nel settore sanitario e sociale rappresenta il 67% della forza lavoro sanitaria nei 104 paesi analizzati, tra cui l'Italia (69%). Altre indagini mostrano che, nonostante la rappresentanza femminile nel settore sanitario sia aumentata negli anni anche tra le professioni con i salari più alti (per esempio, la quota dei medici di sesso femminile è aumentata del 13% tra il 2000 e il 2017), le donne costituiscono la stragrande maggioranza del personale infermieristico e ostetrico. In ambito sanitario, è diffuso lo stereotipo che le donne siano più portate verso queste professionalità, ma ciò non sembra spiegare completamente il divario esistente anche in termini salariali: in ambito sanitario le lavoratrici guadagnano in media il 28% in meno rispetto agli uomini e nelle retribuzioni orarie esiste un divario salariale pari al 13% per i medici donne e al 12% per infermiere e ostetriche (Boniol et al., 2019). La preoccupante importanza di questi dati dipende dal fatto che rendono plausibile l'affermazione secondo cui il mondo della medicina, della scienza e della salute, in generale, soffre di un pregiudizio di genere. In linea con questo timore, nel febbraio 2019, la prestigiosa rivista "The Lancet" ha dedicato un numero monografico alla promozione dell'uguaglianza di genere in questo ambito:

«L'equità di genere non è solo una questione di giustizia e diritti, è fondamentale per produrre la ricerca migliore e fornire la migliore assistenza ai pazienti. Se la scienza, la medicina e la salute globale lavorano per migliorare le vite umane, devono essere rappresentative della società di cui sono al servizio. La lotta per l'equità è responsabilità di tutti [...]» (Coe, 2019).

Emerge chiaramente che, nonostante la rappresentazione femminile nella scienza e nella medicina sia aumentata negli anni, a questa non si è accompagnato un aumento dell'inclusione di genere e che le strategie per rimediare alle disuguaglianze non sono solo questioni di donne, ma richiedono la piena partecipazione di tutti.

Gli organi istituzionali sembrano non tener conto di tutto questo, essendo ancorati a vecchi schemi organizzativi e di gestione del personale. Le donne che lavorano nei contesti sanitari si trovano, così, a dover competere in un sistema che è progettato per uomini, che non le tutela al momento della maternità e non ne rispetta il ruolo sociale, ad esempio non consentendo loro di avere diritto a turni compatibili con la famiglia e i figli. Se l'impegno e la dedizione familiari permangono, nella nostra società, un appannaggio del mondo femminile, che rende le donne storicamente e tipicamente inclini alle professioni di cura, sarebbe automatico dedurre che proprio nei contesti della cura le amministrazioni dedichino un adeguato riguardo alle politiche di conciliazione vita-lavoro. Tuttavia, non è così e il risvolto sociale di tale bias culturale è che queste donne si trovano ad essere molto esposte al rischio di violenza anche nell'esercizio della loro professione. Pur non esistendo dati precisi ed aggiornati sul fenomeno delle violenze ed aggressioni verso gli operatori sanitari (dall'insulto all'omicidio), anche perché sono ancora pochi gli operatori che denunciano, la cronaca quotidiana registra una preoccupante escalation di episodi violenti negli ospedali ed al pronto soccorso, destinata a peggiorare.

Le disuguaglianze rilevate prima della diffusione del CoViD-19 sono aumentate con la pandemia, che ha colpito e sta continuando a interessare tutta la popolazione in modi diversi, a causa di vari fattori, tra i quali anche il genere (European Union, 2021).

Nel report pubblicato dalla Commissione Europea nel 2021 sulla parità di genere nell'Unione Europea, emerge l'impatto negativo che la pandemia da CoViD-19 ha avuto sulle donne (European Union, 2021), esacerbando le disparità esistenti tra uomini e donne in quasi tutti gli ambiti della vita, sia in Europa che nel resto del mondo e segnando un arretramento rispetto alle faticose conquiste del passato. L'ambito socio-sanitario è stato uno dei settori che ha maggiormente subito questo impatto, con un violento stravolgimento dei modi in cui i contesti lavorativi erano pensati e vissuti fino a quel momento. Diventa ancora più urgente, dunque, identificare, attraverso indagini sulla popolazione ospedaliera, quali sono concretamente gli stereotipi più radicati e diffusi tra coloro che lavorano nel mondo della salute. Soprattutto in epoca pandemica, è fondamentale comprendere e riflettere sui punti chiave, le principali forme in cui si esprimono una cultura sessista diffusa e modelli discriminanti

fonte di violenze sulle donne, poiché possono rappresentare il fulcro di interventi concreti volti all'inclusione di genere.

La promozione delle pari opportunità passa anche attraverso la decostruzione degli stereotipi di genere e azioni finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura del rispetto delle donne. Su questo principio, la Direzione Generale Politiche per la Famiglia, Genitorialità e Pari Opportunità – Regione Lombardia – con Decreto N. 14861 del 15 ottobre 2019, nell'ambito dell'iniziativa regionale "Progettare la Parità in Lombardia 2019" ha approvato il progetto dal titolo "Gli stereotipi di genere in sanità: un percorso culturale", il quale rappresenta un tentativo di indagare e fotografare uno spaccato della cultura di genere in ambito sanitario.

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco ha aderito a questo progetto assieme all'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, all'ASST Rhodense, all'ASST Garda, all'ASST Papa Giovanni XXIII e all'ASST Santi Paolo e Carlo.

Il progetto si è posto la finalità di far emergere la dimensione culturale del problema degli stereotipi legati al genere in ambito sanitario, al fine di individuare le *best practices* che contribuiscano a destrutturarli e di creare un terreno fertile per la diffusione di una cultura positiva di pari opportunità.

Il progetto consta di tre fasi:

Indagine quantitativa sulle differenze e stereotipi di genere in sanità, svolta attraverso la compilazione di un questionario online, nel periodo compreso fra febbraio e aprile 2020 e rivolta a tutti i dipendenti delle ASST partner del progetto.

Indagine qualitativa (interviste, focus group), a supporto di quella quantitativa, da realizzare su un campione di circa dieci dipendenti, tesa ad approfondire i dati e le tematiche emerse dall'indagine quantitativa.

Produzione di un "Manifesto" realizzato dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna e di genere (ONDA) e siglato dai partner del progetto, riportante le indicazioni e i suggerimenti per superare il bias di genere in sanità e teso a sensibilizzare le Direzioni degli ospedali ad attivare pratiche "virtuose" a favore del proprio personale.

In questo specifico contributo ci si pone l'obiettivo di presentare i risultati della seconda fase relativa all'indagine qualitativa, dando risalto alle narrazioni relative all'esperienza pandemica.

Scopi e metodi

Nell'ambito del Progetto "*Gli stereotipi di genere in sanità: un percorso culturale*" è stata svolta un'indagine quantitativa attraverso la compilazione di un questionario online, accessibile a tutti i dipendenti dell'ASST di Lecco, nel periodo compreso fra il 21 febbraio e il 30 aprile 2020, in piena emergenza sanitaria da SARS-CoV-2. I dati così raccolti hanno messo in luce, in particolare, tre macro-temi legati al genere: **1.** sicurezza sul luogo di lavoro; **2.** violenza verbale e fisica; **3.** percorsi di carriera e conciliazione lavoro-famiglia. Nella successiva fase qualitativa dello studio, è stato valutato di esplorare la percezione degli operatori dell'ASST di Lecco su questi temi, avvalendosi dello strumento del focus-group. In questo contributo, presentiamo esclusivamente i risultati dell'analisi qualitativa, dando risalto alle narrazioni relative all'esperienza pandemica.

Materiali e metodi

Disegno di ricerca

È stata adottata una metodologia di indagine qualitativa Grounded Theory (GT), attuata attraverso la realizzazione di due focus group e l'analisi delle narrazioni emerse. La GT si è fatta largo nell'ambito delle metodologie di ricerca qualitativa ispirandosi al "paradigma interpretativo" volto a individuare i processi sottesi a un determinato fenomeno attraverso un continuo rapporto tra ricerca e elaborazione teorica, con un accento posto sui dati (Fain J.A., 2004). I dati qualitativi sono raccolti mediante interviste e osservazioni e l'analisi genera dei codici sostanziali che vengono raggruppati in categorie. Le affermazioni riguardo le relazioni tra categorie creano la struttura concettuale che guida

nella raccolta dei dati per arrivare a formulare una teoria sostantiva sistematica. (LoBiondo-Wood G., Haber J., 1997).

La scelta metodologica è stata, pertanto, determinata soprattutto dalla volontà di “far parlare i dati”, senza stringerli all’interno di una cornice teorica predefinita.

Ci si è avvalsi dello strumento del focus group in quanto tecnicamente più conforme allo scopo della ricerca, cioè ottenere informazioni su un dato argomento e garantirne l’eventuale trasferibilità in altri contesti (Bernardi L., 2005).

Il campione comprende venti (20) operatori dipendenti dell’ASST di Lecco durante il periodo di svolgimento dello studio, assunti con contratto di lavoro a tempo indeterminato ed appartenenti ai seguenti ambiti lavorativi: personale medico, infermieristico, ostetrico, riabilitativo, tecnico e della prevenzione, operatori socio-sanitari e personale amministrativo/front-office.

È stato previsto un campionamento di convenienza ottenuto tramite l’adesione spontanea da parte dei partecipanti.

La selezione è avvenuta tra gli operatori con anzianità professionale ≥ 20 anni e quelli con anzianità professionale ≤ 5 anni, garantendo equilibrio nella presenza di lavoratori di sesso maschile e di sesso femminile.

È stata effettuata questa scelta partendo dal presupposto che gli operatori con anzianità di almeno 20 anni di servizio abbiano potuto maturare una visione aziendale che non si limitasse soltanto all’aspetto clinico della cura/care, ma che comprendesse altre dimensioni, quali ad esempio la cultura aziendale; quelli con anzianità di servizio ≤ 5 anni, invece, sono stati inclusi partendo dal presupposto che, presumibilmente, non abbiano ancora maturato una visione aziendale, che compenetrasse la maggior parte delle sue dimensioni e, in particolare, quella relativa alle dinamiche organizzative interne.

La fascia di anzianità professionale compresa tra 5 e 20 anni è stata esclusa dallo studio in esame in quanto meno distintiva per caratteristiche e, dunque, meno rappresentativa ai fini della ricerca.

Inoltre, lo scopo del campionamento verteva principalmente alla comparazione dei due spaccati generazionali.

Non è stata prevista alcuna distinzione rispetto alla sede di lavoro o al dipartimento di appartenenza.

Il campionamento di convenienza ha così generato un campione composto da 20 persone, di cui rispettivamente 10 con anzianità professionale ≥ 20 anni e altri 10 con anzianità professionale ≤ 5 anni (due infermieri, due professioni sanitarie, due professioni mediche, due OSS e due personale amministrativo).

Strumenti e procedure

Il processo di arruolamento allo studio è stato realizzato all’inizio del focus group, attraverso la presentazione dello studio da parte dei ricercatori. Prima di iniziare il focus group i ricercatori hanno spiegato, in maniera chiara ed esaustiva, la natura, lo scopo e la durata dello studio, le procedure da seguire, il trattamento previsto per i partecipanti e il tipo di collaborazione che ad essi era richiesta. È stato esplicitato che la partecipazione allo studio era libera e volontaria e che, in qualsiasi momento, i partecipanti potevano decidere di ritirarsi dall’indagine senza essere in alcun modo penalizzati. Inoltre, è stato chiarito che i dati e le registrazioni audio sarebbero state anonimizzate prima dell’eventuale utilizzo. I partecipanti che hanno aderito allo studio hanno firmato il consenso relativo al trattamento dei dati personali e sensibili e all’utilizzo delle narrazioni emerse durante i focus group, in conformità con la normativa vigente. I ricercatori si sono fatti garanti della riservatezza dei dati. Lo studio è stato condotto dal 22 al 23 luglio 2020 e sono stati arruolati complessivamente 18 partecipanti, su un totale complessivo di 20, pari al 90% di quelli inizialmente previsti. È stata mantenuta l’equa distribuzione tra partecipanti di sesso maschile e femminile. Le narrazioni audio, emerse durante i focus group, sono state convertite in testi elettronici attraverso trascrizioni manuali. I testi elettronici, così ottenuti, sono stati successivamente sottoposti a un processo di test mining, mediante software Nvivo, strumento che permette di quantificare le frequenze dei termini più utilizzati e costruire, quindi, dei cluster semantici di indagine.

Risultati

Diciotto (18) sono gli operatori dell'ASST di Lecco che hanno aderito allo studio, di cui 10, pari al 100%, nel primo focus group (anzianità professionale ≥ 20 anni) e 8, pari all'80%, nel secondo focus group (anzianità professionale ≤ 5 anni).

I temi indagati nei due focus group sono:

- Sicurezza sul luogo di lavoro;
- Violenza verbale e fisica;
- Percorsi di carriera e conciliazione lavoro-famiglia

Al fine di mantenere una correttezza metodologica nell'analisi dei risultati emersi, i due focus group (anzianità professionale ≥ 20 anni e anzianità professionale ≤ 5 anni) sono stati svolti in momenti differenti e le narrazioni raccolte sono state trattate in maniera separata, costruendo cluster semantici per l'approfondimento qualitativo.

Di seguito, si descrivono gli input posti dal ricercatore in relazione al tema indagato e i risultati emersi nei singoli gruppi.

Tema 1: Sicurezza sul luogo di lavoro

Sono state poste le seguenti domande: "Che cosa significa per voi sicurezza sul luogo di lavoro? Come la intendete voi? Che significato ha per voi? Cosa vi fa sentire sicuri sul luogo di lavoro?"

Anzianità professionale ≥ 20 anni

Il tema maggiormente presente nelle narrazioni (44%) fa riferimento alla sicurezza intesa come un "problema" delle aziende, in particolare di quelle sanitarie. Secondo i *responders* di questo gruppo, esso è legato principalmente alla responsabilità aziendale (23%) ovvero alla dirigenza, garante dell'attuazione di misure di promozione della salute di lavoratori, pazienti e parenti.

È stata evidenziata la presenza in azienda di plurimi strumenti atti a garantire la sicurezza sul luogo di lavoro, in particolare protocolli, istruzioni operative e procedure. Allo stesso tempo, tuttavia, tali strumenti sono reputati scarsamente efficaci nella loro funzione protettiva e la percezione dei lavoratori e delle lavoratrici è che il rischio biologico/chimico/fisico e bio-psico-sociale aumenti piuttosto che ridursi (12%). La comunicazione è considerata il canale principale attraverso cui la dirigenza può incidere sulla cultura e i comportamenti organizzativi, stimolando il cambiamento verso un maggior senso di sicurezza sul luogo di lavoro. I *responders* ritengono che in questo ambito le attuali strategie comunicative siano poco efficaci ed è necessario implementarle (comunicazione non efficace 8%, variabile dall'assenza di comunicazione alla ridondanza di informazioni). Riportano che, nel corso dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2, le criticità sul piano comunicativo si sono rese ancor più evidenti mostrando più globalmente l'inadeguatezza del sistema aziendale e non solo rispetto al momento.

«si arrivava sul lavoro e non si sapeva bene cosa fare cosa non fare... io ero a disagio per questo» (id.8)

Le prassi sanitarie hanno subito il forte impatto della pandemia nella misura in cui i singoli professionisti hanno dovuto fortemente proteggersi dal contagio e modificare, di conseguenza, le procedure del proprio lavoro anche in base alle direttive emanate di volta in volta. I partecipanti al focus ricordano che la professione sanitaria mette inevitabilmente a rischio i lavoratori e che, nel corso di 20-30 anni di lavoro, tante cose sono cambiate; tuttavia, nonostante il rischio virologico pandemico abbia esercitato una energica accelerata alla messa a punto di misure di sicurezza queste, nella totale incertezza del momento, non sono state efficaci in senso meramente protettivo.

«...durante l'esercizio della propria professione si viene a contatto con sostanze che possono essere nocive per te(id.1)».

«...lavorare in sicurezza non è possibile in assoluto». (id.6)

«... poi, scopri che quella sostanza è particolarmente tossica e devi usare la mascherina...25 anni fa i chemioterapici si preparavano davanti alla finestra, nello stesso locale dove mangiavi, poi...». (id.1),

«...tant'è che solo in medicina il 50% delle persone si sono ammalate». (id.4).

Il livello di incertezza e di rischio soggettivo sembra essere stato vissuto durante l'emergenza sanitaria con un senso di confusione e abbandono da parte della dirigenza

«... il caos». (id.3)

«La percezione è come quando un bambino si sente lasciato da solo». (id.1).

Anche se il D.Lgs 81/2008 ha fatto diventare protagonista della sicurezza il lavoratore e la lavoratrice, nella cultura organizzativa non emerge un effettivo cambio di prospettiva, com'è stato palese a fronte del bisogno di presidi

«...un giorno hai il camice di carta, un giorno il camice schermato, il giorno dopo il tutone, poi non hai niente, poi hai tutto». (id.1)

«...soprattutto all'inizio mi ha veramente sconcertato e mi ha fatto paura... i primi periodi di covid non mi sono sentita per niente sicura». (id.5)

I lavoratori e le lavoratrici svelano il significato di un rapporto di dipendenza che si esplica nella sfiducia.

«La relazione è sapere che io posso contare su qualcuno». (id.7)

Figura 1 – Word Cloud “Sicurezza sul luogo di lavoro - Anzianità professionale ≥ 20 anni”

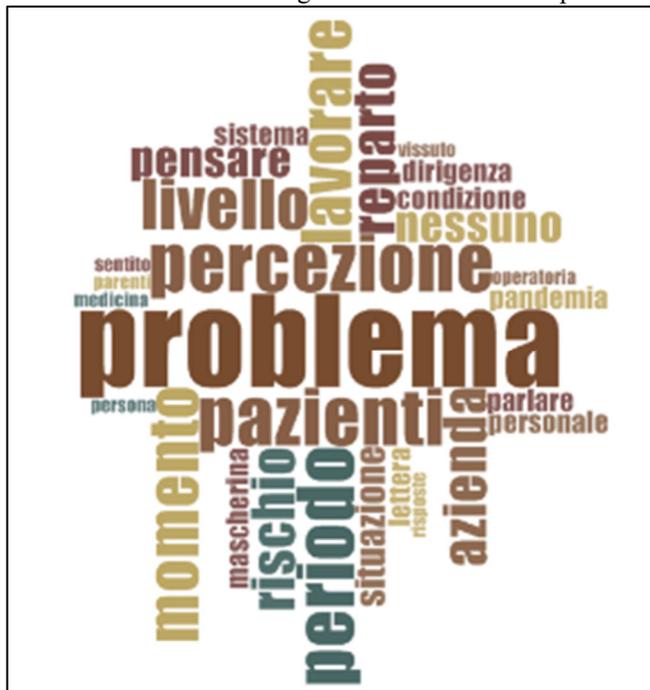


Figura 2 - Sicurezza sul luogo di lavoro - Anzianità professionale ≥ 20 anni

Anzianità professionale ≤ 5 anni

Il tema maggiormente presente nelle narrazioni di questo gruppo fa riferimento al rischio biologico/chimico/fisico e bio-psico-sociale (56%), che è percepito come una responsabilità dei singoli lavoratori o dell'equipe ed è diverso a seconda dell'unità operativa nella quale si opera, ma viene anche attribuito all'imprevedibilità degli eventi.

Analogamente al primo gruppo, ma in misura minore (14%), la sicurezza è intesa come un "problema" delle aziende, in particolare di quelle sanitarie.

Solo in minima parte (5%) i responders collegano il tema del rischio all'assetto organizzativo, alle figure responsabili in materia di sicurezza, ai dirigenti ma, soprattutto, al middle management, che devono agire per raggiungere l'obiettivo della salute e sicurezza di lavoratori, pazienti e visitatori.

In questo gruppo, i racconti si svolgono con riferimento a un "prima", cioè alle abitudini lavorative e al senso di sicurezza che c'erano precedentemente all'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2, evidenziando l'impatto della pandemia sulla percezione del rischio anche in virtù delle comunicazioni scarse (10%) e disattese

«... in tutto questo periodo di emergenza si contano davvero sulle dita di una mano comunicazioni scritte». (id.5).

Si rileva ancora una volta quanto l'emergenza sanitaria abbia rimarcato le criticità già presenti nel sistema aziendale

«la comunicazione è una cosa che qua manca». (id.6)

«un infortunio recente secondo me nasce proprio da una non collaborazione tra colleghi del territorio e dell'ospedale». (id.7)

«io non faccio un lavoro particolarmente pericoloso però può capitare di trovarsi in situazioni in cui hai bisogno di chiedere a qualcuno e effettivamente in 3 anni io mi sono sempre sentita abbastanza sola». (id.6).

responders ritengono che l'apparato dirigenziale dovrebbe poter promuovere ulteriormente la prevenzione e la gestione di questi fenomeni.

Dai racconti di questo gruppo, emerge che la tipologia di violenza è percepita come legata al genere (25%): le donne subiscono maggiormente episodi di violenza, sia verbali che fisici, fenomeno che sembra connesso alla numerosità delle donne tra i lavoratori sanitari. Al confronto con gli uomini, che subiscono maggiormente violenza fisica, le donne risultano più esposte a violenza verbale (#10 “se parla, se arriva l’infermiera insulti a go go”).

I pazienti e i loro accompagnatori sono stati identificati come i principali attori degli episodi di violenza (13%), sia verbale che fisica. Le cause scatenanti sono state individuate nell’agitazione derivante dalla preoccupazione dei pazienti per il proprio stato di salute o degli accompagnatori per quello dei parenti/amici. Non mancano, tuttavia, episodi di aggressività fisica, verbale o comportamentale tra i sanitari stessi che sembrano legati alle dinamiche organizzative e gerarchiche (#4 “quella cosa lì è una cosa che ti fa girare un pochettino le scatole e fomenta anche quegli atteggiamenti di violenza anche fra gli operatori”) e che evidenziano uno scollamento tra organi decisionali e apparati operativi.

I *responders* hanno sottolineato la necessità di azioni per promuovere una cultura della prevenzione, in particolare eventi formativi (12%), volti a fornire al personale strumenti per affrontare e gestire gli episodi di violenza. L’obiettivo di questa formazione è stato definito nella prevenzione del rischio e nel potenziamento della sicurezza del lavoratore, al fine di proteggere lo stesso, i colleghi e l’equipe dagli episodi di violenza. Ad esempio, la gestione delle risorse durante la pandemia ha accentuato quei disagi e nervosismi che già in epoca pre-covid si verificavano tra gli operatori sanitari

«...i tuoi colleghi poi si incazzano perché tu eserciti il tuo diritto, che è la cosa peggiore»
(#1).

Nel periodo pandemico, aumenta ancor di più la percezione di questo tipo di rischio da parte dei lavoratori

«...il caos c’era prima e il caos c’è anche adesso...», ma “...i parenti, i pazienti, non si sa bene come gestirli perché non si sa bene da che parte farli entrare e da che parte farli uscire». (id.2).

La confusione nella gestione dell’emergenza sembra aver messo più a repentaglio l’integrità fisica e psicologica del professionista sanitario nel rapporto con l’utenza

«Gli stessi parenti che prima ci dicevano ‘siete degli angeli’, adesso non siamo più angeli... ci son già le denunce dei Covid». (id.1).

La crisi mondiale e la malattia vissuta in prima persona hanno evidentemente avuto ricadute sui comportamenti delle persone, accentuando in alcuni casi l’atteggiamento pretenzioso verso il sistema sanitario

«Quello che noto è che la gente pensa che gli si deve tutto... noi ci siamo incontrate per pazienti che non riuscivi a tirare fuori dal letto neanche se erano guariti perché tu dovevi, il mondo doveva. Cioè, un egoismo pazzesco!». (id.9)

«...tutte quelle spinte solidali e siamo ritornati ad una condizione di profondo egoismo».
(id.6).

Figura 5 – Word Cloud “Violenza verbale e fisica- Anzianità professionale ≥ 20 anni”

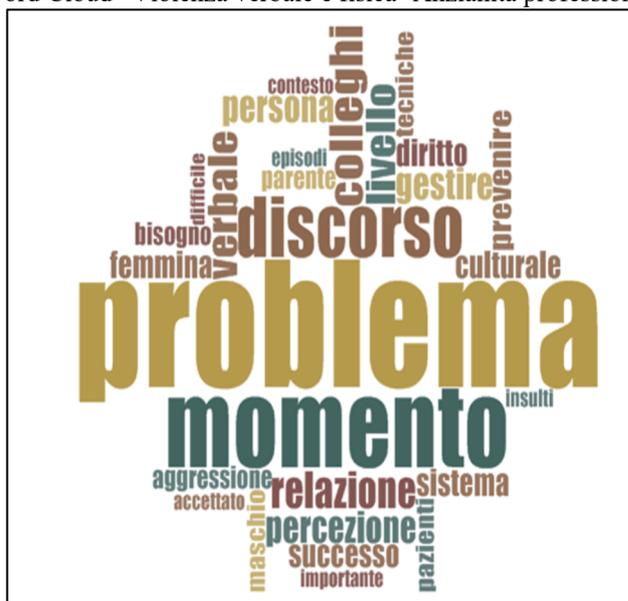


Figura 6 - Violenza verbale e fisica- Anzianità professionale ≥ 20 anni



Anzianità professionale ≤ 5 anni

Analogamente al precedente, le narrazioni del secondo gruppo fanno riferimento alla violenza intesa come “episodi” radicati all’interno delle aziende sanitarie (28%): tutti i *responders* hanno dichiarato di aver subito, o di aver assistito, almeno ad un episodio di violenza e che nella loro esperienza più frequentemente si è trattato di violenza verbale (31%), sia da parte dei pazienti/accompagnatori che dei propri superiori. Emerge ancora una volta che la tipologia di violenza è percepita come legata al genere (11%): le donne subiscono maggiormente episodi di violenza, soprattutto verbale

«...nel periodo pre-covid, dove non eravamo ancora gli eroi del momento, erano all'ordine del giorno episodi di violenza». (id.2)

«...io ho avuto pazienti che cercavano di toccarmi, di mettermi una mano qua, qualcuno ci è pure riuscito». (id.5)

«...nei confronti delle operatrici femminili sicuramente l'aggressione verbale tante volte è più basata sul piano sessuale». (id.4)

«...mi viene in mente un paziente, che non abbiamo mai capito come era arrivato con un coltello». (id.8).

I responders avvertono in modo forte e improrogabile la necessità di eventi formativi (30%), volti a fornire al personale modalità e strumenti per prevenire, affrontare e gestire gli episodi di violenza, sia verbale che fisica, sottolineando l'opinione che la loro progettazione, programmazione e realizzazione sia una responsabilità aziendale, in particolare del gruppo dirigenziale.

Figura 7 – Word Cloud “Violenza verbale e fisica- Anzianità professionale ≤ 5 anni”



Figura 8 - Violenza verbale e fisica- Anzianità professionale ≤ 5 anni



Tema 3: Percorsi di carriera e conciliazione lavoro-famiglia

Sono state poste le seguenti domande: “Pensando ai percorsi di carriera possibili, vi sentite motivati e desiderosi di far carriera e d’investire sul vostro lavoro? Pensate che l’essere alto, grosso, magro, brutto, donna, uomo, avere o non avere figli possa influire? Nella vostra esperienza lavorativa questi aspetti quanto hanno influito o possono influire? Secondo voi questa azienda investe sui percorsi di carriera verticali?”

Anzianità professionale ≥ 20 anni

I *responders* asseriscono di non essere ambiziosi e, quindi, di non essere motivati o desiderosi di far carriera (26%). Dichiarano di investire molto sul lavoro secondo il concetto di responsabilità positiva, per cui la loro vera ambizione è semplicemente fare bene il proprio lavoro.

Il tema maggiormente presente nelle narrazioni fa riferimento alla percezione del legame fra percorsi di carriera e genere (40%): il genere maschile è più avvantaggiato rispetto a quello femminile e, quindi, gli uomini risultano più orientati alla carriera lavorativa rispetto alle donne.

«...dal professore dell'università che mi dice: 'guardi dottoressa non faccia il concorso di specialità tanto non ci arriva, sa perde tempo'...Però è successo tantissime volte, dall'inizio, da quando ero una studentessa fino al medico». (id.7)

I *responders* ritengono che, tuttavia, questa differenziazione si ridurrà sempre di più a fronte dell'aumento della presenza femminile tra gli operatori sanitari.

Il genere è messo anche in relazione con le scelte aziendali di collocazione dei lavoratori nei vari reparti (5%); ad esempio negli anni passati c'era la tendenza di collocare gli uomini nei reparti di psichiatria. Le misure messe in atto per ridurre i casi di contenzione hanno riequilibrato la presenza dei lavoratori e delle lavoratrici

«...le contenzioni fisiche erano molto più...Nell'arco del ventennio si è ribaltata la situazione». (id.4).

L'aver figli influisce sui percorsi di carriera (5%) non perché l'azienda discrimina, ma per l'onere e lo stereotipo sociali: le donne stesse percepiscono la cura dei figli come una loro responsabilità, un compito che per consuetudine è affidato loro ed è da loro stesse implicitamente riconosciuto come una prerogativa del femminile. Di fronte alla scelta, famiglia o carriera, tendono per lo più a optare per la prima, soprattutto nei casi in cui la loro maggiore presenza in famiglia può supportare l'avanzamento di carriera del partner di sesso maschile

«...il fatto che io abbia privilegiato la famiglia rispetto alla carriera ha portato a questo, ma non mi stupisce assolutamente». (id.7).

Nell'analisi i *responders* sostengono che, essendo i percorsi di carriera in sanità pubblica regolamentati dall'accesso tramite procedimenti di selezione e/o concorsuali, l'azienda non possa investire sugli stessi (24%).

Figura 9 – Word Cloud “Percorsi di carriera e conciliazione lavoro-famiglia - Anzianità professionale ≥ 20 anni”

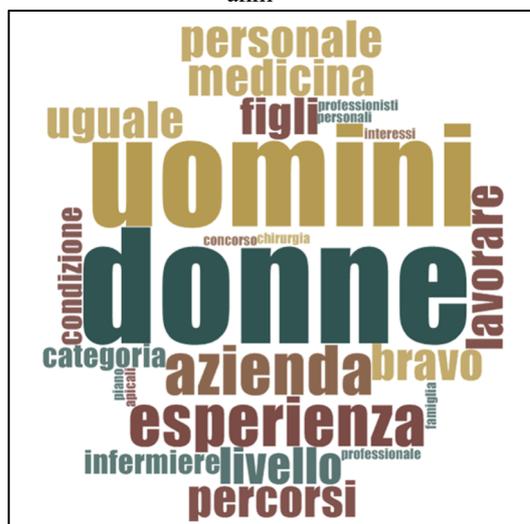


Figura 10 - Percorsi di carriera e conciliazione lavoro-famiglia - Anzianità professionale ≥ 20 anni

Anzianità professionale ≤ 5 anni

I *responders* di questo gruppo asseriscono di non essere orientati alla carriera lavorativa (26%), perché non ne intravedono una prospettiva all'interno dell'azienda. Pertanto, non sono incentivati ad investire in percorsi formativi accademici per le possibili progressioni verticali.

Anche nelle narrazioni di questo gruppo emerge la percezione del legame fra percorsi di carriera e genere (14%): il genere maschile sembra più avvantaggiato, ma non in maniera significativa, in considerazione della presenza femminile sempre più cospicua tra gli operatori sanitari.

«Io ho avuto il sospetto che avessero spinto per avere me perché sono un uomo e sono l'unico». (id.2)

L'aver figli influisce sui percorsi di carriera (15%): in parte perché prevale ancora quell'influenza culturale per cui le donne tendono a privilegiare la famiglia rispetto alla carriera e, in parte, perché non si attuano politiche veramente efficaci di conciliazione lavoro-famiglia e di ricollocamento

«...dopo un periodo di 10 anni di fermo per motivi familiari riuscire a collocarmi nel mondo del lavoro è stata veramente dura»; #6 «quando ho avuto mia figlia lavoravo e ho dovuto lasciare il mio lavoro». (id.1).

Tuttavia, a differenza delle donne con maggiore anzianità lavorativa, le più giovani sembrano lasciarsi condizionare meno dagli stereotipi e, allo stesso modo, i giovani lavoratori si dichiarano più propensi a scegliere la famiglia rispetto alla carriera

«...è una questione del senso di paternità per come la penso io». (id.7).

L'ostacolo principale alla maternità è legato alla credenza dei giovani lavoratori e lavoratrici che l'azienda – riconosciuta come organismo complesso e ricco di sfaccettature – consideri l'impegno familiare come un fattore che distrae risorse personali e influisce negativamente sulla performance.

Per i *responders*, in generale la sanità pubblica non investirebbe sullo sviluppo delle competenze e, quindi, sulla crescita professionale dei propri lavoratori; motivo per cui sostengono che l'azienda stessa non investe sui percorsi di carriera (45%).

Figura 11 – Word Cloud “Percorsi di carriera e conciliazione lavoro-famiglia - Anzianità professionale ≤ 5 anni”



Figura 12 - Percorsi di carriera e conciliazione lavoro-famiglia - Anzianità professionale ≤ 5 anni



Conclusioni

La narrazione, essendo una modalità di comunicazione, risponde all'esigenza di conoscere, conoscersi e riconoscersi all'interno di un gruppo, della società o di un'organizzazione. La sua funzione, quindi, non è solo epistemica, ma anche ontologica. La narrazione può influenzare l'identità e la percezione delle cose, diventando anche parte della tradizione e della cultura di alcuni gruppi sociali, perché veicola il making-sense di soggetti e gruppi.

Le narrazioni rappresentano un indispensabile strumento di analisi della vita quotidiana nei luoghi di lavoro (Czarniawska J.B., 1997; Poggio B., 2004).

Con questo presupposto, l'indagine qualitativa sugli stereotipi di genere in sanità è stata svolta attraverso la raccolta di storie e l'analisi dei discorsi, che ricostruiscono la vita quotidiana dei professionisti che operano in ambito sanitario: il loro pensare, il loro sentire e il loro agire.

Si ribadisce che il presente contributo si basa esclusivamente sull'indagine qualitativa svolta attraverso due focus group volti ad esplorare i seguenti temi: 1. la sicurezza sul luogo di lavoro; 2. la

violenza verbale e fisica; 3. i percorsi di carriera e conciliazione lavoro-famiglia. Tali temi scaturiscono da un'indagine quantitativa precedente che non è oggetto di questo lavoro.

I risultati emersi non sono confrontabili con altri lavori presenti in letteratura in quanto è ancora scarsa la bibliografia rispetto ai temi che il presente studio si è posto di analizzare con un taglio sull'esperienza pandemica del CoViD-19. Ci limitiamo, pertanto, a fare delle riflessioni su quanto rilevato, auspicando che ulteriori ricerche possano fornire maggiori approfondimenti.

Le narrazioni raccolte fanno emergere che il tema della sicurezza sul lavoro – inteso come rischio biologico/chimico/fisico e bio/psico/sociale – sia il “problema” per eccellenza delle aziende sanitarie, dove il pericolo risulta ineludibile in assoluto. I dipendenti, che hanno maturato un'ampia visione aziendale e fanno parte di quella cultura organizzativa da più lungo tempo, considerano importantissimo il ruolo dell'apparato dirigenziale nella promozione della salute di lavoratori, pazienti e parenti nel contesto ospedaliero; aspetto che viene rimarcato con riferimento all'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 (13%). Dai loro racconti è inferibile il bisogno di un rapporto gerarchico più fluido, soprattutto dal punto di vista della comunicazione, in cui il personale subalterno possa sentirsi formalmente e concretamente protetto. La percezione di sicurezza sembra essere basilare e rappresentare un fattore che concorre alla qualità della performance e al grado di affiliazione del professionista all'azienda sanitaria per cui lavora. Differente è la posizione dei dipendenti che vivono la realtà aziendale da minor tempo: in questo caso, la sicurezza è vissuta come una responsabilità del singolo e/o dell'equipe, in maniera evidentemente disgiunta dal management e più parcellare, ovvero focalizzata sulla sola unità operativa dove si lavora e, dunque, al di fuori di una visione d'insieme del funzionamento organizzativo. Complice la scarsa informazione dovuta a un sistema di comunicazione reputato ancora una volta inefficace, tali professionisti tendono a proteggersi da soli, o reciprocamente nelle equipe, a fronte di un rischio percepito maggiormente sul piano soggettivo. Ne deriva, da un lato, un atteggiamento lavorativo più attento e cauto nell'esecuzione dei propri compiti con le risorse che si hanno a disposizione e, in tema di sicurezza, un affidamento sulle conoscenze e competenze maturate attraverso i percorsi formativi. Dall'altra parte, eventi fortemente imprevedibili possono coglierli sguarniti di strategie per fronteggiarli e renderli più esposti allo stress. Le narrazioni di questo gruppo evidenziano, in effetti, che nel periodo pandemico è emerso il bisogno di tutela da parte dell'azienda: un rischio al contempo molto elevato, multiforme e diffuso richiede risposte complesse che non possono essere gestite in modo isolato. I racconti di tutti i professionisti coinvolti rilevano sensazioni di solitudine e confusione nell'esercizio del proprio lavoro e nella gestione della propria sicurezza (“una mancanza di appartenenza”, “abbandonato”. “caos”), in particolare durante i primi mesi della pandemia, cioè quando imperava l'incertezza e la paura ovunque e, ancor di più, nel contesto ospedaliero. Recarsi al lavoro era un “momento di angoscia”, “ansigeno”, “rischioso” per sé stessi, per i pazienti e per i familiari con il conseguente “sconforto” per lo “stillicidio” cui si assisteva quotidianamente. Il senso di sicurezza è totalmente venuto a mancare, “accelerando una situazione aziendale che era già di difficoltà”. Allo stesso tempo, sembra che l'emergenza sanitaria abbia dato un'accelerata alla ricerca di soluzioni per problemi organizzativi già esistenti prima, per esempio con il contingentamento degli ingressi è possibile gestire meglio le prenotazioni e gli utenti sono più soddisfatti.

Nelle storie lavorative degli intervistati, il tema della sicurezza è legato al benessere organizzativo e ai fenomeni di aggressione verbale e/o fisica. Il primo viene inteso come dimensione emotiva e comportamentale caratterizzata da “tranquillità”, “solidarietà” e “sinergia” nelle relazioni organizzative, sia tra pari che tra i vari livelli della gerarchia aziendale. In questo ambito, la pandemia sembra aver evidenziato nettamente uno “scollamento” tra gli organi e le funzioni decisionali e operative, riducendo il senso di benessere, appartenenza e sicurezza soprattutto tra i professionisti più maturi. La paura, che il virus SARS-CoV-2 ha ingenerato nei pazienti quanto negli operatori sanitari, scaturisce dalle narrazioni raccolte come emozione centrale alla base dello stress, della rabbia e dei comportamenti aggressivi. In questo anno, i professionisti sanitari sono passati da “eroi” a responsabili delle vittime del CoViD-19 (“pagherete tutto quello che non avete fatto”), evidenziando tra i lavoratori e le lavoratrici un aumento del rischio percepito di aggressione ad opera dell'utenza.

In generale, tutti i responders condividono la percezione che la tipologia di violenza sia legata al genere: nell'esperienza del personale con maggiore anzianità professionale, gli uomini sono più soggetti a episodi di violenza fisica, mentre le donne risultano esposte a violenza verbale; quest'ultima emerge come casistica prevalente nella pratica quotidiana dei dipendenti con ≤ 5 anni di anzianità lavorativa in azienda. Nel corso della pandemia, questi fenomeni si sono esacerbati ampliando la forbice della disuguaglianza di genere: indipendentemente dal loro ruolo (medico, amministrativo, infermieristico-assistenziale), complice la maggior presenza, le donne sono state più esposte ad aggressioni verbali da parte di pazienti e familiari, mentre gli uomini sono stati più a rischio di aggressioni fisiche. Emerge come lo stereotipo sul genere femminile sia connotato da aspetti di fragilità e scarso rispetto, che rendono travalicabile il limite del ruolo e della persona soprattutto da parte degli uomini, ma non solo, siano essi esterni al sistema sanitario (utenza) oppure interni (colleghi di pari grado o superiori).

Nonostante le donne siano considerate maggiormente predisposte alle professioni di cura, la veste sanitaria non le tutela da una cultura discriminante, che si manifesta sotto forma di idee e comportamenti che riguardano anche l'universo femminile stesso. Nei percorsi di carriera, infatti, le professioniste sanitarie si sentono uniche protagoniste della scelta tra lavoro e famiglia, mentre gli uomini, soprattutto i più giovani, desidererebbero un maggiore coinvolgimento nel ménage familiare. In particolare, con la presenza di figli, questi ultimi si dichiarano disposti a usufruire dei benefici che la legislazione mette a loro disposizione per contribuire agli oneri e ai piaceri dell'accudimento anche a discapito della propria carriera, sulla quale investono poco. Per la maggior parte dei professionisti è più importante fare bene il proprio lavoro che raggiungere ruoli apicali.

Le giovani lavoratrici si sentono meno influenzate da questo stereotipo, ma ritengono che il sistema organizzativo lo sia ancora, al punto da pensare che l'azienda consideri l'impegno familiare come un fattore che distrae risorse personali e influisce negativamente sulla performance.

Se "la narratività costituisce uno strumento cognitivo in grado di fornire modelli di comprensione concettuale delle situazioni e di cooperare alla configurazione spazio-temporale dell'agire quotidiano" (Calabrese S., 2010), è possibile desumere che le nuove generazioni di professionisti sanitari siano più propensi a un cambiamento culturale, ma vanno sostenuti nello sviluppo di un senso di appartenenza al gruppo organizzativo-aziendale.

I percorsi formativi sono reputati da tutti i partecipanti all'indagine qualitativa come lo strumento elitario attraverso cui colmare il gap sul piano delle competenze organizzative (per esempio, per saper gestire le situazioni di rischio o gli eventi avversi) e come canale più efficace per il passaggio delle comunicazioni: più in generale per il miglioramento organizzativo.

Tra il 2014 e il 2020, l'ASST di Lecco ha portato avanti una progettualità formativo-comunicativa volta a prevenire i casi di violenza e a sviluppare nel personale le strategie per saper intervenire e reagire nelle situazioni sfavorevoli. Si tratta di iniziative che vanno mantenute nel tempo e adeguate all'evoluzione del contesto, delle normative e del cambiamento culturale possibile.

Riteniamo che i risultati emersi dall'indagine qualitativa diano voce ai vissuti dei lavoratori e delle lavoratrici e possano rappresentare un punto di partenza per migliorare le prassi organizzative nelle aziende sanitarie nella direzione di una maggiore inclusione. Unitamente ai dati concernenti l'indagine quantitativa, saranno utilizzati dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna e di genere (ONDA) al fine di individuare le *Best Practices* per la gestione delle problematiche relative agli stereotipi di genere in ambito sanitario

Ulteriori ricerche risultano necessarie al fine di corroborare quanto emerso dal presente studio.

Bibliografia

- Bernardi, L., & Bertin, G. (2005). *Percorsi di ricerca sociale: conoscere, decidere, valutare*. Roma: Carocci.
- Boniol, M., McIsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K., & Campbell, J. (2019). *Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries* (No. WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1). World Health Organization.

- Calabrese S. (2010). *La comunicazione narrativa. Dalla letteratura alla quotidianità*. Milano: Mondadori.
- Coe, I. (2019). Feminism is for everybody. *Lancet*, 393, 493.
- Czarniawska J.B (1997). *Narrating the Organization*. Chicago: The University of Chicago Press. Trad. It. *Narrare l'organizzazione*. (2020). Torino: Edizioni di Comunità.
- Decreto Giunta Regionale 15 ottobre 2019, n. 14861 (Approvazione graduatoria delle domande di contributo di cui all'iniziativa regionale "Progettare la parità in lombardia 2019" per il sostegno di progetti per la promozione delle pari opportunità tra uomo e donna - d.g.r. n. xi/1331 del 04/03/2019 e d.d.g. n. 3063 del 07/03/2019). <https://www.regione.lombardia.it>
- Fain James, A. (2004). *La ricerca infermieristica leggerla, comprenderla e applicarla*. McGraw-Hill Companies.
- European Union (2021). *2021 report on gender equality in the EU*. <https://epws.org/eu-2021-report-on-gender-equality/>
- LoBiondo-Wood, G., Haber, J. (2004). *Metodologia della ricerca infermieristica*. McGraw-Hill Companies.
- Poggio B. (2004). *Mi racconti una storia? Il metodo narrativo nelle scienze sociali*. Roma: Carocci.