

Anna Arnone

Infermiera, A.O.U. Federico II, Napoli
RN, MSC, A.O.U. Federico II, Naples (Italy)
anna.arnone93@live.it

Giovanni Gioiello

Infermiere, Azienda USL Toscana Nord-Ovest,
Livorno
RN, Azienda USL Toscana Nord-Ovest, Livorno (Italy)

Francesco Riccardo

Infermiere, Asl Na 2 Nord, Napoli
RN, Asl Na 2 Nord, Naples (Italy)

Il gender bias in sanità: un'indagine qualitativa

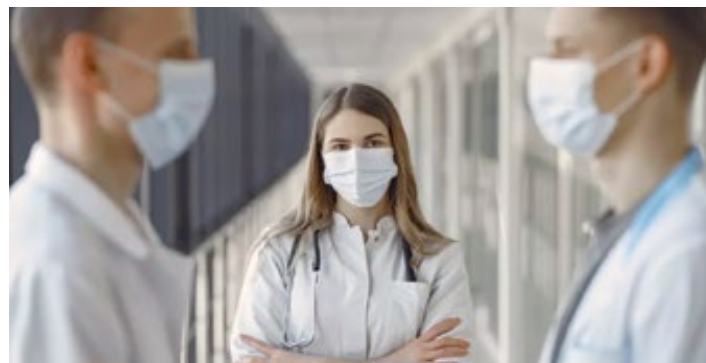
The gender bias in healthcare: a qualitative study

ABSTRACT

Introduzione. Negli ultimi anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato nei documenti di lavoro che le donne impiegate nel settore socio-sanitario rappresentano il 67% della forza-lavoro in 104 Paesi, costituendo la maggioranza del personale sanitario. L'obiettivo di questo studio è stato dunque quello di indagare le esperienze vissute dei lavoratori al fine di far emergere l'impatto della radicalizzazione degli stereotipi legati al genere in ambito sanitario. **Materiali e metodi.** È stato condotto uno studio qualitativo mediante campionamento propositivo. Sono stati arruolati lavoratori a tempo indeterminato coinvolti in sanità pubblica in due aziende ospedaliere di Napoli. **Risultati.** Sono stati intervistati 20 dipendenti. Sono emersi i seguenti 5 temi: "Il problema diffuso della violenza", "Il pre- e il post-Covid-19", "La carriera e il genere", "La famiglia", "Il gender bias". **Conclusioni.** Da questa indagine si deduce che le esperienze raccontate possono essere uno strumento efficace per far emergere emozioni, pensieri, vissuti ed è stato così possibile ricavare i principali che l'influenza culturale degli stereotipi sul genere ha comportato in ambito sociale e sanitario. L'incremento degli eventi formativi per favorire la protezione dei lavoratori da parte delle aziende, dalla loro progettazione, programmazione e realizzazione, risultano essere strategie efficaci per il contenimento delle emozioni manifestate. **Implicazioni per la pratica infermieristica.** È altamente raccomandato eliminare il gender bias attraverso un investimento culturale, incoraggiando possibili e concrete azioni di miglioramento attraverso eventi formativi e sviluppo di competenze. **Parole chiave.** studio qualitativo, sanità pubblica, gender bias.

Gender bias in healthcare: a qualitative survey**ABSTRACT**

Introduction. In recent years, the World Health Organization has highlighted in working documents that women employed in the social and health sector represent 67% of the workforce in 104 countries, making up the majority of healthcare staff. The goal of this study was therefore to investigate the lived experiences of workers in order to bring out the impact of the radicalization of gender-related stereotypes in the health sector. **Materials and Methods.** A qualitative Grounded Theory study was carried out by means of proactive sampling. Permanent workers involved in public health were enrolled in two hospitals in Naples. **Results.** 20 employees were interviewed. The following 5 themes emerged: "The widespread problem of violence", "Pre- and post-Covid-19",



"Career and gender", "Family", "Gender bias". **Conclusions.** From this survey it can be deduced that the experiences told can be an effective tool for bringing out emotions, thoughts, experiences and it was thus possible to derive the main ones that the cultural influence of stereotypes on gender has entailed in the social and health sectors. The increase in training events to promote the protection of workers by companies, from their design, programming and implementation, are effective strategies for containing the emotions expressed. **Implications for nursing practice.** It is highly recommended to eliminate gender bias through cultural investment, encouraging possible and concrete improvement actions through training events and skills development. **Keywords.** qualitative study, gender bias, public health.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato nei documenti di lavoro che le donne impiegate nel settore socio-sanitario rappresentano il 67% della forza lavoro in 104 Paesi inclusi nell'analisi, tra cui l'Italia (Boniol et al., 2019), costituendo la maggioranza del personale sanitario. Una volta ottenuto un posto di lavoro, è stato rilevato che le donne devono confrontarsi con l'accesso a determinati posizioni sociali e settori (International Labour Organization Department of Statistics, 2020).

Sebbene il sesso femminile rappresenti la maggioranza, non sono chiare le cause del divario economico: le donne lavoratrici guadagnano in media il 28% in meno rispetto agli uomini e con un divario salariale del 13% per i medici donne e del 12% per il personale femminile infermieristico ed ostetrico (Boniol et al., 2019), costituendo la prevalenza nei posti di lavoro a tempo parziale (International Labour Organization Department of Statistics, 2020).

Il genere, determinato dalla società, comprende norme, regole, e relazioni tra "uomini" e "donne" e si riferisce a ruoli, comportamenti e attività che nella società sono considerate appropriate per un uomo e una donna (WHO – Department of Gender, Women and Health, 2011). Per parità di genere si intende una visione che prevederebbe un pari trattamento tra uomini e donne in termini economici senza alcuna discriminazione, come indicato nell'Agenda 2030 approvata dall'Assemblea Generale dell'Organizzazione delle

Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile degli individui e del pianeta sottoscritto nel 2015 dai 193 Paesi membri dell'ONU. Eliminare il gender bias, ovvero il complesso di azioni e pensieri influenzati da pregiudizi sulla visione di genere, secondo la quale gli uomini sono diversi dalle donne per diritti e dignità (European Institute for Gender Equality, 2019), è un obiettivo difficilmente raggiungibile in quanto anche nei Paesi in cui non esistono differenze tra i sessi non è stato ancora raggiunto un bilanciamento della presenza delle donne nella vita economica (World Economy Forum, 2018). Dal Global Gender Gap Report è emerso inoltre che nel 2020 su un'analisi di 153 nazioni, tra cui l'Italia, nessuna è riuscita raggiungere la parità di genere a livello salariale (World Economic Forum, 2020). Il gender bias rilevato prima della pandemia Covid-19 è aumentato durante l'emergenza sanitaria in quanto la pandemia stessa ha avuto un impatto negativo sulle donne, aumentando enormemente le disparità esistenti nei luoghi di lavoro e trasformando le modalità con cui erano stati organizzati fino a quel momento (European Union, 2021). Considerato l'impatto, in particolare durante il periodo pandemico, della diffusione degli stereotipi e della cultura gender bias in sanità, risulta pertanto necessario indagare la significatività di queste esperienze vissute in prima persona dai dipendenti nel mondo della sanità. L'obiettivo di questo studio è stato dunque quello di indagare le esperienze vissute dei lavoratori al fine di far emergere l'impatto della radicalizzazione degli stereotipi legati al genere in ambito sanitario.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

Studio qualitativo descrittivo.

Campione

Non è stata prevista alcuna differenza rispetto alla sede di lavoro. Si è utilizzato un campionamento propositivo di convenienza ottenuto tramite l'adesione spontanea da parte dei partecipanti medici e infermieri, dipendenti con contratto di lavoro a tempo indeterminato in due aziende ospedaliere di Napoli (Polit e Beck, 2014). Sono stati inclusi coloro che avessero almeno un anno di esperienza lavorativa; non sono stati posti limiti in funzione al sesso e all'età. Il reclutamento dei soggetti partecipanti allo studio è terminato con il raggiungimento "della saturazione dei dati", che si è raggiunta dopo 20 narrazioni (Proter E. et al., 2013).

Raccolta dei dati

La raccolta dei dati è stata effettuata nei mesi di maggio e luglio 2022. I dati sono stati raccolti mediante intervista semi-strutturata in profondità realizzata con sistema di videochiamata a scelta dell'intervistato. In accordo con la legislazione vigente in merito al trattamento dei dati sensibili ed il rispetto dell'anonimato, prima dell'effettuazione di ogni intervista, ciascun partecipante ha fornito il proprio consenso scritto all'audio registrazione, previa lettura dello stesso da parte del ricercatore. Le interviste vertevano sulle seguenti domande:

- Nella sua esperienza professionale ha mai subito o assistito ad un episodio di violenza verbale o fisica? Ritiene di essere preparato/a ad affrontarli?
- Ritiene che l'essere uomo/donna possa influire o abbia influito sul suo percorso di carriera lavorativa?

- Quali soluzioni propone per eliminare il gender bias?

Per le interviste sono state utilizzate domande a risposta aperta. La scelta ha trovato giustificazione nel fatto che questa tipologia di domanda permette ampia possibilità di descrivere realmente le proprie esperienze (Polit D.F. et al., 2014).

Per ogni intervista è stato impiegato un diario finalizzato alla raccolta di note di campo, riportate sotto forma di brevi commenti. Per garantire l'affidabilità dello studio eseguito è stata realizzata un'intervista di pilota con lo scopo di perfezionare il metodo e gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati (Weiss R.S., 1994). Prima dell'inizio delle interviste è stata effettuata la tecnica di riflessione critica da parte dei ricercatori.

Le interviste effettuate sono state audio registrate, della durata media di 15 minuti (la più breve di 10 minuti, la più lunga di 20 minuti) e successivamente trascritte integralmente attribuendo un codice identificativo a ciascun partecipante.

Analisi dei dati

Le interviste semi-strutturate effettuate sono state audio registrate e successivamente trascritte integralmente attribuendo un codice identificativo a ciascuna intervista. L'analisi dei dati si è condotta seguendo il metodo della Qualitative Content Analysis (Graneheim U.H. et al., 2004) e praticando il bracketing in tutte le fasi (Cohen M.Z., 2002). Si è proceduto all'individuazione di unità di significato presenti in ciascuna intervista, ovvero frasi significative o parole chiave per il contenuto espresso rispetto all'argomento di studio, avvalendosi di un approccio selettivo. Le differenti unità di significato sono state raggruppate tra loro per similitudine di significati espressi, dando origine alle tematiche principali (Weiss R.S., 1994). Per garantire l'affidabilità dell'intero percorso di ricerca, l'analisi e la codifica delle trascrizioni sono state condotte in forma indipendente dai ricercatori ed è stata successivamente effettuata una validazione consensuale. L'iniziale codifica delle trascrizioni è stata svolta dai tre ricercatori che si incontravano con regolarità per discutere dei temi emergenti. Non è stato usato un software per l'analisi dei dati. Dopo aver effettuato le interviste, sono state ascoltate e trascritte le stesse, arricchendole delle note raccolte sul campo per l'estrapolazione dei temi dalle varie esperienze. È stata effettuata una triangolazione dei tempi per incrementare il rigore dello studio. Al termine, per confermare l'attendibilità dei temi, quest'ultimi sono stati ripresentati ai soggetti dello studio che hanno affermato che i temi riflettevano accuratamente le loro esperienze. Per garantire l'anonimato della persona e il rispetto della privacy è stata predisposta una codifica composta da un codice numerico e due iniziali fittizie assegnate ad ogni partecipante. È stato somministrato prima dell'intervista un questionario come inquadramento delle caratteristiche socio-demografiche del campione (genere, età anagrafica, regione di provenienza, anni di esperienza lavorativa, professione, area lavorativa).

Considerazioni etiche

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria. È stato chiesto a tutti i partecipanti un consenso scritto alla registrazione audio delle interviste. Per garantire l'anonimato della persona, ciascuna trascrizione dell'intervista è stata codificata numericamente in ordine crescente. La ricerca si è svolta secondo le linee guida di Helsinki e sono state rispettate regole dei comitati etici locali.

RISULTATI

Sono state intervistati 20 soggetti, in prevalenza di sesso femminile (n=11, pari al 55%) con età media di anni 41,8 (DS =9,80) con media anni di esperienza lavorativa 14,7 (DS= 10,22). I principali dati socio-demografici sono riportati nella Tabella 1.

L'analisi dei dati ha permesso di ricavare i seguenti 10 sottotemi: "L'organizzazione", "Il gruppo", "La comunicazione", "Criticità", "L'organizzazione", "Crescita professionale", "Lo stereotipo sociale", "La formazione", "Il gruppo". Dalla sintesi dei sottotemi per analogia di contenuto sono stati evidenziati 5 temi principali, come evidenziato in Tabella 2: "Il problema diffuso della violenza", "Il pre- e il post-Covid-19", "Percorsi di carriera e genere", "La famiglia", "Il gender bias".

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche partecipanti

CODICE	GENERE	ETÀ	ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA	PROFESSIONE
01	F	33	11	INFERMIERA
02	F	47	16	INFERMIERA
03	F	28	6	INFERMIERA
04	M	33	1	MEDICO
05	F	29	4	INFERMIERA
06	F	43	22	MEDICO
07	M	40	6	MEDICO
08	M	50	19	MEDICO
09	M	47	13	MEDICO
10	M	61	40	INFERMIERE
11	F	45	21	INFERMIERA
12	M	35	2	MEDICO
13	M	37	14	INFERMIERE
14	M	38	14	INFERMIERE
15	F	49	15	MEDICO
16	F	50	25	INFERMIERA
17	F	53	30	INFERMIERA
18	M	56	24	MEDICO
19	F	36	7	MEDICO
20	F	26	4	INFERMIERA

A) Il problema diffuso della violenza

Tra i temi maggiormente espressi è stata la frequenza della violenza verbale e comportamentale nei luoghi di lavoro, un problema percepito dalla maggior parte degli intervistati che hanno dichiarato di aver ricevuto o assistito almeno una volta ad un episodio di violenza verbale, mentre soltanto una ha dichiarato di aver subito un episodio di violenza fisica da un collega provocato da dinamiche organizzative: "... Un collega, con il quale stavo discutendo animatamente per problemi sul lavoro, mi ha messo le mani addosso. Io a mia volta mi sono difesa e ho reagito. È vergognoso che si possa pensare di picchiare una collega a lavoro..." (intervista 02). Viene sottolineato che, data la numerosità delle donne nelle aziende sanitarie, gli episodi di violenza siano più numerosi e dunque siano più esposte agli eventi, soprattutto le infermiere: "Se succede qualcosa l'infermiera è sempre il caprio espiatorio di tutti... (OMISSIS)... Più di una volta mi è capitato di dover soccorrere una collega perché aggredita o offesa verbalmente da qualche parente o paziente nervoso..." (intervista 18).

I principali attori degli episodi di violenza sono stati identificati nei pazienti e negli accompagnatori e tra le cause scatenanti vi sono l'agitazione causata dalla preoccupazione per il proprio stato di salute o quello di parenti/amici e l'incapacità di aspettare il proprio turno di visita: "Le attese per prenotare le visite sono lunghe e i pazienti non vogliono aspettare: se vedono noi donne alzano la voce e sbratano. Appena si fa vedere un collega uomo si danno una calmata..." (intervista 17).

B) Violenza pre- e post-Covid-19

Durante la pandemia Covid-19 la percezione del rischio di violenza è aumentata ulteriormente: la confusione generata dalla gestione dell'emergenza sembra aver messo a repentaglio l'equilibrio psicologico dei professionisti sanitari e il rapporto con l'utenza: "In piena emergenza sanitaria ci chiamavano "angeli", ora siamo ritornati ai tempi prima del Covid... (OMISSIS)... Quando non eravamo ancora gli "eroi" gli episodi di violenza erano molto più frequenti, una volta una provò pure a schiaffeggiarmi perché secondo lei non stavo facendo bene il mio lavoro, appellandomi per una poco di buono..." (intervista 01). La crisi pandemica e le conseguenze della malattia hanno avuto ricadute sui comportamenti delle persone, accentuando un atteggiamento degli utenti alla ricerca di sempre più pretese: "... La gente pensa che le dobbiamo tutto. È vergognoso il modo in cui si pongono, ci chiedono l'impossibile e quando dico questo intendo anche l'impensabile: ho avuto pazienti che hanno cercato di mettermi le mani dove volevano con la scusa del contatto troppo vicino. Li ho subito allontanati e richiamati. Mi sono sentita umiliata..." (intervista 03).

C) La carriera e il genere

Nelle interviste effettuate quasi tutte le donne hanno espresso la percezione di svantaggio per il proprio genere: "... Mi è successo tante volte di vedere i miei colleghi maschi più favoriti rispetto a me e alle mie colleghe, sia all'università che adesso che sono medico..." (intervista 06). Il vantaggio sembra non essere significativo per la forte presenza femminile sempre più presente in ambito sanitario: "Ho avuto la sensazione che avessero fatto pressioni per inserire me nel gruppo perché ero l'unico uomo" (intervista 09).

D) La famiglia

La presenza di una famiglia e di figli ha influito sui percorsi di carriera degli intervistati non per una discriminazione aziendale ma per lo stereotipo sociale associato all'impegno familiare. Da parte delle donne, infatti, è percepita maggiormente la responsabilità di prendersi cura dei figli: "Riconosco il mio ruolo di madre insostituibile e il fatto che io abbia messo al primo posto la famiglia rispetto alla carriera mi è sembrata una scelta giusta..." (intervista 15). L'influenza dei figli sui percorsi di carriera è percepita anche dagli intervistati uomini i quali ritengono che esista un'influenza culturale tale a privilegiare la famiglia rispetto alla carriera: "Quando mia moglie, anche lei medico, ha avuto i nostri figli ha dovuto lasciare il lavoro per occuparsi di loro... (OMISSIS)... Dopo diversi anni è stato difficile per lei ritornare alla vita lavorativa di prima... (OMISSIS)... Avrei voluto aiutarla di più a casa, ero sempre a lavoro tra ospedale e studio..." (intervista 08). Le più giovani intervistate, invece, hanno riferito di farsi condizionare di meno dagli stereotipi così come i giovani lavoratori si dichiarano più propensi alla famiglia rispetto alla carriera: "... Sceglierei mille volte la famiglia..." (intervista 14).

E) Il gender bias

Tra le soluzioni proposte per ridurre il gender bias la maggior parte dei partecipanti ha individuato nella formazione l'elemento centrale: "...secondo me, se si facesse più formazione su questo tema saremmo tutti molto più informati e consapevoli, a partire dai vertici..." (intervista 12). Tutti i partecipanti hanno affermato inoltre che il lavoro di squadra può superare il gap percepito attraverso la condivisione e il sostegno di tutti: "La soluzione è affrontare tutti insieme il problema, fare squadra e abbattere chi e cosa può esserci d'ostacolo..." (intervista 20).

Tabella 2. Temi, sottotemi

Temi	Sottotemi
Il problema diffuso della violenza	<ul style="list-style-type: none"> • L'organizzazione • Il gruppo
Violenza pre- e post-Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicazione • Criticità
La carriera e il genere	<ul style="list-style-type: none"> • L'organizzazione • Crescita professionale
La famiglia	<ul style="list-style-type: none"> • Lo stereotipo sociale
Il gender bias	<ul style="list-style-type: none"> • La formazione • Il gruppo

DISCUSSIONE

In questo articolo è stata condotta un'analisi su come i lavoratori hanno percepito l'impatto della radicalizzazione degli stereotipi legati al genere in ambito sanitario, da cui è emersa la percezione che la tipologia di violenza sia correlata al genere: le donne risultano più esposte ad episodi di violenza verbale e comportamentale e questo fenomeno durante la pandemia si è aggravato ampliando la disuguaglianza di genere, come era stato già riscontrato in letteratura con una percentuale di personale sanitario colpita compresa tra il 14 e il 50%, individuando frustrazione, paura, impotenza, confusione e distress del paziente e dei suoi caregiver le condizioni che accrescono le possibilità che un comportamento violento venga attuato (Hahn S. et al., 2012; Maran D.A. et al., 2014). Indipendentemente dal ruolo e dalla maggiore presenza in sanità, le donne sono state oggetto di violenza in quanto è emerso che lo stereotipo di genere sia caratterizzato da scarso rispetto e poca considerazione sia all'interno (colleghi) che all'esterno del sistema sanitario (parenti e pazienti). Nonostante il ruolo maggioritario per numerosità e per predisposizione storica, le donne sono svantaggiate da una culturalmente discriminante, che si manifesta nelle credenze e nei comportamenti del genere femminile stesso, inducendo le donne in un circolo vizioso che le porta ad accettare la discriminazione di genere (Eagly A.H. et al., 2011; Koenig A.M. et al., 2014). Per ciò che attiene i percorsi di carriera le donne si sentono l'elemento fondamentale della famiglia, a differenza degli uomini che vorrebbero essere più coinvolti nelle cure familiari, sia i più giovani che i meno giovani. Le giovani, invece, sono meno influenzate dagli stereotipi, ritenendo che le aziende considerino la famiglia un elemento di distrazione delle risorse personali sul lavoro: le nuove generazioni

siano più favorevoli ad un cambiamento culturale ma necessitano di un supporto nello sviluppo del senso di appartenenza al gruppo aziendale. Tra le possibili soluzioni per rimuovere il gender bias in sanità i partecipanti hanno individuato alcuni fattori di eliminazione del gender bias: la formazione, il gruppo di lavoro, la riprogettazione aziendale. In letteratura è stato individuato che per ottenere successo nella riduzione dei pregiudizi in azienda, i dirigenti dovrebbe promuovere una strategia orientata al raggiungimento delle diversità che includa tutte le risorse: tutti i dipendenti devono essere informati e le attività chiave devono essere coerenti con l'azienda (Sander et al., 2020), che entrambi i sessi sappiano lo spazio di contrattazione disponibile in modo che le negoziazioni salariali abbiano risultati simili per entrambi i sessi, analizzare il processo di promozione anche con l'aiuto di persone esterne per individuare miglioramenti (Sander et al., 2020). Di contro, la decisione di seguire la formazione dovrebbe essere di competenza individuale in quanto se forzata potrebbe avere l'effetto contrario (Dobbin et al., 2016).

2.5 Conclusioni

La scelta di avviare uno studio qualitativo sulle esperienze vissute dai lavoratori sul tema del gender bias si basa sulla consapevolezza che la conoscenza più profonda degli stati d'animo aiuti a migliorare la relazione che l'uomo ha con l'ambiente circostante. Da questa indagine si deduce che le esperienze raccontate possono essere uno strumento efficace per far emergere emozioni, pensieri, vissuti ed è stato così possibile ricavare i principali che l'influenza culturale degli stereotipi sul genere ha comportato in ambito sociale e sanitario, in modo da costruire una cultura della prevenzione, in particolare eventi formativi con l'obiettivo di fornire agli operatori gli strumenti per affrontare e gestire episodi di violenza, sia verbale che fisica. L'incremento degli eventi formativi per favorire la protezione dei lavoratori da parte delle aziende, dalla loro progettazione, programmazione e realizzazione risultano essere strategie efficaci anche per far percepire alle direzioni aziendali l'importanza di ridurre i pregiudizi latenti in quanto le loro decisioni e i bias utilizzati, anche in maniera inconsapevole, influiscono sulle pari opportunità (Sander et al., 2020). I limiti dell'indagine sono da ricondursi alla modalità di svolgimento delle interviste: la distanza fisica determinata dai sistemi di videochiamata potrebbe aver reso più complicata la piena capacità espressiva dei partecipanti e circoscritta la possibilità di cogliere gli elementi della comunicazione non verbale utili per comprendere i fenomeni oggetto dello studio.

Per tali motivi, a partire da questo studio, sarebbe utile evidenziare nel tempo l'impatto che a medio e a lungo termine tale fenomeno ha avuto e continua ad avere sui lavoratori per investire sullo sviluppo delle competenze, sulla crescita professionale dei dipendenti della sanità pubblica e sull'abbattimento dello stereotipo di genere.

CONFLITTO DI INTERESSI

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

FINANZIAMENTI

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

Bibliografia disponibile sul sito