

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia applicata

Corso di Laurea Magistrale in
Pluralismo Culturale, Mutamento Sociale e Migrazioni

Tesi di Laurea Magistrale

La salute occupazionale delle operatrici sociosanitarie all'interno delle Rsa

Relatrice

Prof.ssa Francesca Alice Vianello

Laureanda

Irene Chiarato

2063603

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

Introduzione	5
1. Le operatrici sociosanitarie nelle Rsa: tra salute lavorativa e lavoro di cura	9
1.1. Salute lavorativa	9
1.1.1. La Medicina del Lavoro in ottica di genere	11
1.2. Lavoro di cura e lavoro emozionale	16
1.2.1. Gli aspetti emozionali e di cura nella professione delle operatrici sociosanitarie	19
1.3. Le problematiche di salute delle lavoratrici impiegate nel settore di cura	23
2. Metodologia di ricerca	28
2.1. Le interviste con i sindacalisti	29
2.2. Interviste e focus group con Operatrici Sociosanitarie	30
2.2.1. Le caratteristiche sociodemografiche delle partecipanti	34
2.3. La tecnica del body mapping	36
2.4. Riflessività e posizionamento	39
3. Il contesto di ricerca. Le problematiche strutturali del settore e la sicurezza sul lavoro delle operatrici	41
3.1. La fragilità del sistema sociosanitario: riflessioni sulle Rsa in Italia	41
3.2. Il problema strutturale della carenza di personale	45
3.3. Il minutaggio del lavoro all'interno delle Rsa	51
3.4. Sicurezza e salute nel settore sociosanitario: il legame tra condizioni di lavoro e malattie professionali	57

3.4.1.	L'adeguatezza della prevenzione sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in un'ottica di genere	58
3.4.2.	L'idoneità al lavoro	62
4.	Le esperienze lavorative delle operatrici	65
4.1.	Il lavoro di cura come lavoro femminile e la "doppia presenza": il punto di vista delle operatrici	65
4.2.	L'impatto del Covid-19: organizzazione del lavoro e gestione delle emozioni per le operatrici	67
4.3.	La problematica delle violenze contro le operatrici socio-sanitarie	71
4.4.	Gli elementi di soddisfazione per le operatrici	74
5.	Le mappature corporee delle operatrici: analisi degli aspetti psicologici e fisici	77
5.1.	La stanchezza mentale del lavoro delle operatrici	77
5.2.	La salute fisica delle operatrici	85
5.3.	Elementi comuni nelle mappature corporee delle operatrici	96
	Conclusioni	98
	Riferimenti bibliografici	102

INTRODUZIONE

Il lavoro è uno degli elementi che influenzano maggiormente la vita degli individui, interessando aspetti come lo status socioeconomico, lo stile di vita e il capitale socioculturale. Questo rende l'occupazione un fattore di disegualianza sociale, in quanto può agevolare o ostacolare l'accesso a risorse e condizioni di vita favorevoli. La svalutazione sociale e sul mercato del lavoro di determinati settori professionali non interessa solo la retribuzione e il riconoscimento, ma comporta anche un venir meno di tutte quelle misure di tutela per la salute e benessere degli individui. Determinati lavori si caratterizzano per le svantaggiose condizioni contrattuali, per loro pericolosità e per essere svolti soprattutto da soggetti che subiscono discriminazioni sociali, come donne e migranti. Una delle riflessioni che ha portato a formulare il tema della seguente ricerca riguarda il fatto che l'occupazione è un determinante sociale di salute che influenza la vita degli individui, nella dimensione di salute sia fisica che psicologica, intersecandosi con le condizioni socioeconomiche degli stessi (Sarti, Terraneo, 2023).

Gli scopi che hanno mosso lo sviluppo di questo progetto di tesi si basano sull'analisi di come la professione delle operatrici sociosanitarie impiegate all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali possa condizionare la loro salute fisica e psicologica. Per analizzare questo fenomeno è necessario tenere in considerazione non solo degli elementi e delle problematiche che interessano la professione in sé, ma anche di tutti quegli aspetti che compongono il settore sociosanitario e assistenziali e di quelli che, più in generale, influenzano la vita delle donne.

Il lavoro delle operatrici sociosanitarie è altamente femminilizzato a causa del suo legame con le mansioni di cura, che rimandano ad una vicinanza alla sfera domestica e familiare a cui le donne sono tutt'ora associate. Storicamente, la concezione di lavoro femminile come lavoro domestico ha portato a vedere ciò che le donne fanno e producono come un'attività non qualificata, portando allo sfruttamento e svalutazione del lavoro da loro svolto (Bock, Duden, 2024). Il lavoro di cura, rientrando nella concezione di lavoro femminile, ha subito e continua a subire lo stesso trattamento.

Il settore sociosanitario, inoltre, vive costanti mutamenti, causati da una carenza di risorse e investimenti, che comportano un progressivo peggioramento delle condizioni e tutele per i lavoratori. Il lavoro delle operatrici sociosanitarie si caratterizza poi per l'aspetto relazionale che si instaura con i pazienti, potendolo quindi legare ai concetti di lavoro di cura e di lavoro emozionale.

In questo scenario, l'obiettivo che pone il seguente progetto di ricerca è quello di far luce sulle possibili relazioni tra le caratteristiche del lavoro di cura, tipicamente femminilizzato, e le problematiche strutturali e organizzative del settore delle Residenze Sanitarie Assistenziali, indagando se e in quali modi questi due elementi possono influenzare la salute fisica e psicologica delle operatrici sociosanitarie.

Le principali domande che hanno portato allo sviluppo della seguente ricerca sono: per quali ragione il lavoro delle operatrici sociosanitario è altamente femminilizzato? Come questo aspetto si lega con i concetti di lavoro di cura e lavoro emozionale? In che termini questo lavoro può compromettere la salute fisica e mentale delle operatrici sociosanitarie impiegate all'interno delle Rsa? Quali sono le problematiche strutturali e organizzative che caratterizzano il settore e che influenzano le condizioni lavorative delle operatrici?

Inoltre, si cercherà di indagare quanto e come vengono tutelate le lavoratrici secondo un'ottica di genere e se è presente una medicina del lavoro e uno studio alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro basati su un approccio di genere.

Emergeranno, infine, gli elementi più frequentemente riportati dalle operatrici partecipanti alla ricerca, con particolare attenzione agli aspetti messi in luce con le mappature corporee da loro realizzate.

Il tema del seguente progetto di tesi si è strutturato a partire dalla ricerca PRIN PRNN 2022 InMigrHealth¹ – Investigating Migrants' Occupational Health – la quale si pone l'obiettivo di analizzare, con un approccio multidisciplinare e multi-metodo, la salute occupazionale dei migranti. Lo studio si concentra sul settore socioassistenziale delle strutture Rsa e su quello del lavoro agricolo, entrambi campi in cui il lavoro influenza fortemente il benessere fisico e mentale dei lavoratori, espone a rischi per la salute, è poco retribuito e altamente genderizzato.

¹ PRIN InMigrHealth <https://cospecs.unime.it/it/servizi/laboratori/laboratorio-di-antropologia-sociale-labas/etnografia-sperimentale/prin-0> (ultimo accesso 25/10/2024)

Lo svolgimento della seguente tesi è stato realizzato grazie alla partecipazione, in totale, di dieci operatrici donne, un operatore uomo e tre sindacalisti. Il contesto di ricerca riguarda la regione del Veneto, sia per quanto riguarda i luoghi di lavoro delle operatrici, sia per i territori di interesse dei sindacalisti.

La tesi si struttura in cinque capitoli. Il primo capitolo offre una panoramica della letteratura sociologica relativa al legame tra salute lavorativa e lavoro di cura, per comprendere in quali modi le caratteristiche della professione svolta dagli individui può condizionarne la salute. Si focalizza inoltre su come le differenze di genere vengono prese in considerazione nello studio della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e della prevenzione ai rischi. Dopo aver ripercorso questi argomenti, si espongono le tematiche riguardanti il lavoro di cura e lavoro emozionale. Partendo dalla decostruzione femminista di lavoro di cura, questo viene slegato dalla tradizione patriarcale che lo associa al ruolo femminile e alla sfera domestica, con una conseguente svalutazione sul piano del mercato del lavoro retribuito. Per trattare il concetto di lavoro emozionale sono centrali le teorie di Hochschild (1979, 1983), fondamentali per indagare la mercificazione delle emozioni e la gestione di queste ultime nella professione delle operatrici socio-sanitarie. Infine, vengono riportati i dati e le ricerche relative alle maggiori problematiche di salute denunciate dalle operatrici.

Il secondo capitolo espone la metodologia di ricerca utilizzata. Per lo svolgimento della tesi è stata applicata una metodologia qualitativa, con l'utilizzo di interviste semi-strutturate e focus group. Le partecipanti alla ricerca sono operatrici socio-sanitarie occupate all'interno di Rsa e sindacalisti. Per i colloqui con le operatrici è stata utilizzata la tecnica del *body mapping*, con cui si è trattato il tema della salute fisica e mentale, grazie alla realizzazione di disegni del loro corpo e delle parti in cui sento dolore a causa del lavoro.

Il terzo capitolo ha l'obiettivo di analizzare le problematiche strutturali e organizzative che caratterizzano il settore sanitario e socioassistenziale e quello delle Rsa nello specifico, con il contributo dei risultati dei colloqui svolti riguardo questi temi con sindacalisti e operatrici. Il focus sarà sulla carenza di personale e sul minutaggio dei tempi di lavoro. Si andrà quindi ad indagare come questi aspetti

possano influenzare la salute e sicurezza sul lavoro delle operatrici, tenendo in considerazione anche una prospettiva di genere.

Il quarto e quinto capitolo si basano sui risultati delle interviste e focus group con le operatrici. Il quarto capitolo riporta le esperienze lavorative delle operatrici, concentrandosi sui temi legati a lavoro di cura e conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, sui loro racconti riguardo al periodo di pandemia da Covid-19 e di come è stato da loro vissuto, sulle considerazioni relative agli episodi di violenza subiti nel contesto occupazionale e, infine, le loro riflessioni riguardo gli elementi da cui traggono soddisfazione nella loro professione.

L'ultimo capitolo pone lo scopo di analizzare i risultati dell'attività di *body mapping* realizzata con le partecipanti. Grazie alle mappature corporee si sono trattati i temi relativi alla salute fisica e psicologica delle operatrici, mettendo in luce elementi comuni tra i differenti disegni che possono far sviluppare interessanti riflessioni.

1. LE OPERATRICI SOCIOSANITARIE NELLE RSA: TRA SALUTE LAVORATIVA E LAVORO DI CURA

Per analizzare la salute occupazionale delle operatrici sociosanitarie, nel caso della seguente ricerca impiegate all'interno di Residenze Sanitarie Assistenziali, la letteratura fa riferimento ad alcuni particolari concetti. Un elemento da prendere in considerazione è quello della salute lavorativa, per comprendere in che modo l'occupazione può incidere sulla salute dei soggetti. Il lavoro delle operatrici si caratterizza inoltre per essere uno di quei lavori definiti "lavoro di cura" e "lavoro emozionale", fortemente genderizzato e legato ad una sfera familiare e domestica a cui le donne vengono ancora associate. Infine, per comprendere la salute occupazionale delle operatrici è fondamentale fare riferimento alle problematiche relative alla salute e sicurezza nel luogo di lavoro di quest'ultime.

1.1. Salute lavorativa

Il tema della salute lavorativa può essere analizzato in modi differenti: secondo un'ottica di salute occupazionale, l'aspetto principale riguarda ciò che avviene all'interno dei luoghi di lavoro, mentre, da un punto di vista di lavoro come determinante sociale della salute, l'impiego svolto è analizzato come aspetto che posiziona uomini e donne in specifiche gerarchie sociali e rapporti di potere. L'occupazione e l'ambiente di lavoro rientrano tra le determinanti contestuali e individuali della salute dei soggetti; quest'ultime sono alla base delle diseguaglianze di salute, ovvero delle differenze di salute socialmente prodotte.

Per affrontare il tema della salute occupazionale e sicurezza nei luoghi di lavoro è necessario adottare un approccio multidisciplinare, prendendo in considerazione le specificità e le differenze dei soggetti e i loro contesti di vita, aspetti tra cui rientra anche il genere e, conseguentemente, la divisione di genere nel lavoro.

Negli anni, la prevalenza e l'incidenza delle patologie professionali hanno subito differenti cambiamenti, dovuti al mutamento delle professionalità, alle condizioni di igiene nei luoghi di lavoro e all'applicazione, al loro interno di norme, che

tutelano la salute e la sicurezza. Inoltre, le malattie professionali mono-causali sono diventate meno frequenti, con la prevalenza invece delle malattie lavoro-correlate (Foddis, Ficini, 2014). Le malattie lavoro-correlate riguardano le patologie di origine multifattoriale, motivo per cui non si riconosce, nell'occupazione svolta, l'unica ragione della nascita della malattia. Queste patologie sono tra le più diffuse nelle malattie professionali, con una preponderanza di stress lavoro-correlate e patologie muscolo-scheletriche da sovraccarico.

L'origine delle malattie lavoro-correlate non è unicamente legata alla professione svolta o all'ambiente lavorativo, ragione per cui è necessario studiare la salute degli individui come un fenomeno multifattoriale, in cui incidono fattori sociali, culturali ed economici, oltre ad aspetti individuali come l'età, l'etnia e il sesso-genero. Ai rischi associabili all'occupazione, quindi, si aggiungono anche le motivazioni fisiche e biologiche ed altre legate alla divisione asimmetrica dei ruoli, come il doversi occupare dell'assistenza familiare o dei compiti domestici (*ibidem*). Questi ultimi ruoli ricadono maggiormente sulle donne, ragione per cui, alla valutazione degli elementi che concorrono alla tutela della salute, devono essere tenute conto anche le differenze di sesso e di genere.

Le donne all'interno del mondo del lavoro continuano a risentire della divisione di ruoli a causa della presenza di segregazione occupazionale verticale ed orizzontale e del loro confinamento nello spazio domestico a discapito di quello lavorativo, con la conseguenza di una loro esclusione da ruoli e posizioni generalmente occupate dagli uomini. Un esempio di questo è che, considerando l'occupazione femminile, si può notare come ci sia una maggioranza di contratti atipici che la caratterizzano, come quelli part-time; questo rapporto di impiego, però, non deve essere considerato come un modo per dare alle lavoratrici una maggiore autonomia nella gestione dei diversi tempi di vita, ma come una forma di segregazione e marginalizzazione, che vede le donne recluso all'interno di una "trappola di precarietà" con minori possibilità di carriera.

La divisione del lavoro in base al genere getta le sue basi nella tradizione patriarcale di cui la società contemporanea è permeata (Mingione, Pugliese, 2017). Le donne vengono socializzate ad una predisposizione alla cura, aspetto che emerge analizzando anche i settori occupazionali in cui esse sono sovrarappresentate.

Questo sistema le spinge ad occupare un ruolo subalterno e di dipendenza rispetto al potere maschile anche nel contesto lavorativo, escludendole così dai ruoli di potere e confinandole in settori che si avvicinano alla sfera domestico-agricola; questa sfera lavorativa è, come vediamo per il settore di cura, gravemente svalutata sia da un punto di vista retributivo che sociale. La tradizione patriarcale riproduce inoltre varie tipologie di discriminazioni occupazionali, creando forti squilibri sociali di genere. La divisione di genere è composta da differenti elementi; le donne si fanno carico di responsabilità domestiche non retribuite che le obbligano a rimanere escluse dal mercato del lavoro, o ad avere contratti lavorativi a tempo parziale, rendendole maggiormente dipendenti dai redditi maschili e impossibilitate a raggiungere posizioni di potere o dirigenziali all'interno del contesto professionale (*ibidem*).

1.1.1. La Medicina del Lavoro in ottica di genere

La Medicina del Lavoro risente di un ritardo culturale che caratterizza anche la Medicina in generale per quanto riguarda la valutazione degli aspetti che concernono le differenze di genere. Gli studi medici tengono conto soprattutto delle differenze biologiche nell'analisi delle variabili che incidono sullo stato di salute e di malattia della popolazione. Quindi, si sottovalutano o ignorano i fattori legati ai ruoli attribuiti in base al contesto culturale e sociale alle donne e agli uomini, e che possono condizionare il loro stato di salute (Foddis, Ficini, 2014).

Le ricerche sulla salute occupazionale che riguardano gli impieghi dove sono presenti prevalentemente donne non sono adeguate e in poche analizzano aspetti quali effetti tossici o elevato livello della ripetitività delle mansioni. Le occupazioni tipicamente femminili sono spesso più sottovalutate rispetto a quelle maschili, con la conseguenza che i rischi ad esse correlati sono frequentemente resi invisibili. Ne è un esempio il fatto che il costo per le malattie professionali per le donne è sottoindennizzato, a causa dei contratti part-time che esse spesso svolgono per conciliare il lavoro di cura domestico con quello familiare (Bianchieri, 2014). Le condizioni

precarie di lavoro, inoltre, aumentano l'esposizione a rischi, a malattie e a stress lavoro-correlato.

Le differenze biologiche tra uomo e donna riguardano le dimensioni e il volume della struttura corporea, il peso, la superficie, la percentuale d'acqua, la composizione ossea, muscolare e del tessuto adiposo (Foddis, Ficini, 2014). A queste caratteristiche, quindi, devono essere accompagnati i fattori socioculturali e quelli legati alla natura della professione svolta dagli individui.

Il contributo sociologico sullo studio del rischio, degli incidenti e della sicurezza consente di leggere la sicurezza come una costruzione sociale basata sull'azione collettiva di più soggetti. La sicurezza è il prodotto di un ambiente comune istituzionalizzato che definisce cos'è pericolo, cosa si intende per sicurezza e che tipo di ambiente lavorativo può garantire il benessere dei lavoratori (Gherardi, Murgia, 2015). Il tema della qualità del lavoro e della sostenibilità del benessere è centrale. Il mondo del lavoro vive una frammentazione e precarizzazione che peggiora le condizioni dei soggetti più vulnerabili e gli studi sulla sicurezza devono tener conto di questo aspetto.

Le ineguaglianze di genere e la segregazione occupazionale influiscono sulla salute e sicurezza delle lavoratrici, per cui è necessario analizzare il fenomeno degli infortuni e delle malattie professionali in ottica di genere.

Le differenze di genere negli studi sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro sono state per molto ignorate; le problematiche legate al fatto che le ricerche sulla salute occupazionale non hanno preso in considerazione il sesso e genere sono, analizzandole, principalmente tre (Messing *et. al*, 2003). La prima è legata al fatto che i rischi sul lavoro delle donne vengono sottostimati e sottorappresentati; la seconda è che, nonostante i lavoratori uomini siano maggiormente studiati, questo non è sempre fatto in relazione al loro genere: le aspettative e i ruoli sociali associati al genere maschile condizionano anche le esperienze lavorative e i suoi effetti, con la conseguenza che gli uomini spesso si trovano a svolgere mansioni rischiose per la loro salute. Il terzo aspetto è che il genere non è stato tenuto in considerazione in modo opportuno nello studio delle popolazioni miste, non basando quindi le ricerche sulle differenze di genere per analizzare la salute occupazionale. Inoltre, per uno studio appropriato sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in relazione al

genere, è necessario anche tener conto del fatto che ogni tipo di mansione presenta condizioni di lavoro e rischi specifici.

Ogni professione ha differenti esposizioni ad agenti chimici, sforzi fisici, rischi di incidenti e fattori di stress psicologico; comunque, anche a parità di mansione, questi aspetti non sono vissuti da uomini e donne nello stesso modo a causa delle differenze biologiche che caratterizzano il loro fisico (*ibidem*).

L'approccio di genere nella salute e sicurezza sul lavoro consente di affrontare specifici problemi, con lo scopo di promuovere la salute in modo uniforme, globale e universale sia per donne che uomini, integrando una prospettiva che risulti come un processo di valutazione delle implicazioni di norme, politiche e programmi per entrambi i generi (Conti, 2016).

Per affrontare il tema della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro secondo un'ottica di genere è centrale prendere in considerazione la dimensione micro, meso e macro di analisi del sistema sul rapporto tra salute e lavoro. Questo approccio si caratterizza per una sensibilità verso il genere, riconoscendo le differenze sia biologiche che sociali presenti tra lavoratori e lavoratrici, con una particolare attenzione ai pericoli a cui sono esposti in relazione alle condizioni di vulnerabilità dei vari gruppi di lavoratori.

Molti standard sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro riguardanti la categorizzazione di incidenti e malattie professionali ai fini del riconoscimento degli indennizzi, si riferiscono maggiormente a lavoratori uomini, risultato, questo, di una cultura che utilizza il maschile come neutro universale penalizzando in tal modo sia le donne che gli uomini. Occorre quindi gestire la prevenzione e la rimozione dei rischi sul lavoro tenendo un solido approccio intersezionale e di genere, aspetto perseguito dallo sviluppo della medicina occupazionale di genere, con l'obiettivo di sottolineare l'importanza di passare da un'idea di salute come una condizione in cui l'individuo si trova, ad un'idea di salute come un processo dinamico che interessa la sfera del benessere fisico, mentale e sociale. La salute, quindi, è una condizione influenzata da costruzioni sociali, tanto quanto lo è il genere, essendo un costrutto sociale, dinamico e relazionale (*ibidem*).

Se il tema delle discriminazioni nel mondo del lavoro è stato ampiamente trattato anche a livello di politiche comunitarie, meno si è fatto sul lato della

discriminazione come fattore d'incidenza negativa sulla salute e sulla sicurezza sul lavoro; il genere e le specificità legate ad esso devono essere tenute in considerazione come una variabile che determina la salute e l'esposizione a fattori di rischio anche nei luoghi di lavoro. Questo implica che la salute e la sicurezza siano regolati da programmi di prevenzioni dei rischi che si vanno ad integrare alla progettazione del lavoro, al disegno e alla configurazione dei posti di lavoro, con gli strumenti, i compiti e le modalità operative. La salute e sicurezza sui luoghi di lavoro deve essere inoltre perseguita anche grazie alle politiche e agli interventi extra-aziendali, trattando le implicazioni di genere a partire dalle problematiche di segregazione occupazionale, discriminazione e gap retributivo.

Tra le differenze principali che incidono sui rischi a cui sono esposte le donne rispetto agli uomini riguardano il fatto che esse devono coniugare una duplice responsabilità in modo tale da conciliare il lavoro domestico con quello extradomestico. Vengono inoltre sottorappresentate a livello di supervisione e di gestione nei luoghi di lavoro e da un punto vista fisico sono diverse rispetto agli uomini in termini di struttura, quindi anche di esposizione a rischi fisici. I rischi delle mansioni in cui l'occupazione femminile si concentra sono sottovalutati, considerando erroneamente questi lavori come sicuri e semplici.

Inoltre, le donne sono sistematicamente esposte a rischi di molestie sul luogo di lavoro; si stima infatti che nel mondo una donna su due ne subisca durante la sua carriera professionale, ma, nonostante ciò, quello delle molestie rimane uno dei rischi più sottovalutati e svalutati nel contesto dello studio per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro². Le molestie sessuali comprendono le molestie di genere, l'attenzione sessuale indesiderata e la coercizione sessuale. Le donne che sono vittime di questi comportamenti rischiano di manifestare sintomi di depressione, ansia e stress post-traumatico.

Per le lavoratrici, ai fattori di esposizione al rischio legati alla mansione svolta si aggiunge la precarietà del lavoro e l'organizzazione di questo sulla base di orari flessibili e variabili, aspetti che contraddistinguono le professioni in cui si concentrano. È ben nota, infatti, la stretta relazione tra indicatori di bassa qualità

² European Agency for Safety and Health at Work, "*Woman and safety and health at work*" <https://osha.europa.eu/it/themes/women-and-health-work> (ultimo accesso 03/05/24)

dell'occupazione, scarso benessere e salute precaria. Nei paesi in cui il sistema di welfare promuove politiche che facilitano l'occupazione a tempo pieno delle donne e la partecipazione femminile al lavoro è incentivata, grazie all'erogazione di servizi di cura, le differenze di genere in ambito di salute sono meno presenti (Conti, 2016). La presenza di politiche a favore della piena occupazione femminile, della conciliazione del lavoro di cura e di assistenza attenua quindi la bassa qualità del lavoro di uomini e donne, con la conseguenza di renderli meno vulnerabili in termini di salute.

L'Unione Europea negli anni, in concomitanza con l'aumento delle donne nel mercato del lavoro, si è mossa in modo da favorire una parità di genere nei settori occupazionali, tenendo in considerazione norme riguardanti la sicurezza e la prevenzione nei luoghi di lavoro. In Italia sono state emanate due leggi che regolano i temi sulla sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro, la prima nel 1994 e la seconda nel 2008. Il D. Lgs. n. 664/1994 regola le normative in materia di salute e sicurezza sul lavoro attribuendo particolare attenzione al ruolo del datore di lavoro, affidandogli il ruolo di controllo e valutazione dei rischi per la salute dei dipendenti, con lo scopo di prevenire esposizioni a fattori di rischio. Con questa normativa si prevedeva l'istituzione di un "servizio di protezione e prevenzione", ponendo al centro la valutazione del rischio, ma non prendendo in considerazione le caratteristiche stesse dei lavoratori, come ad esempio il genere.

Secondo il D. Lgs. n. 81/2008 regola la salute e la sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro con riferimento anche alle differenze di genere in relazione alla valutazione del rischio e alla predisposizione delle misure di prevenzione (Giammarioli, 2017). Inoltre, vengono tenute in considerazione le caratteristiche dei lavoratori come possibili fattori di maggiore esposizione al rischio; tra questi ci sono l'età, il sesso, l'origine etnica, la posizione contrattuale e le disabilità. Le differenze di genere e le possibili discriminazioni sui luoghi di lavoro vengono quindi menzionate tra i rischi su cui il datore di lavoro deve intervenire.

Tra le difficoltà incontrate nell'applicazione del decreto del 2008 c'è la mancanza di metodi standardizzati di valutazione del rischio occupazionale in relazione all'approccio di genere. In aggiunta, non è presente una distinzione tra fattori legati

al sesso e fattori legati al genere; per “sesso” si intendono, infatti, le differenze biologiche legate all’essere maschio o femmina, per “genere” invece la costruzione sociale e culturale legata alla mascolinità o femminilità e ai differenti ruoli socialmente attribuiti a uomini e donne.

Per quanto riguarda il sesso, la medicina di genere ha individuato differenze nell’assorbimento, nel metabolismo e nell’eliminazione degli agenti chimici tra donne e uomini. La salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in ottica di genere ha specificità che rendono diversa e complessa l’esposizione ai fattori di rischio. Un esempio di questo è la segregazione occupazionale che vede le donne sovrarappresentate in certi settori e ruoli, ed escluse da altri. Un altro aspetto che non viene preso in considerazione è quello del lavoro familiare, il quale è spesso un onere attribuito alle donne, diventando per loro un doppio carico di lavoro da dover gestire. L’eccesso di mansioni può portare ad una maggiore esposizione a rischi come lo stress lavoro-correlato, che può a sua volta portare ad uno stato di malattia psichica e fisio-patologica.

1.2. Lavoro di cura e lavoro emozionale

Le dimensioni del lavoro e della cura vengono analizzate in Italia da posizioni femministe e marxiste dalla seconda metà del Novecento. L’aspetto centrale è quello di individuare le attività di cura come lavoro, creando un legame tra produzione e riproduzione. Quest’ultima, viene messa al pari della produzione di beni per il mercato, in quanto produttrice di forza lavoro (Barazzetti, 2006). L’aspetto centrale che individua la cura come lavoro sottolinea che:

“sottrarla ai caratteri di naturalità in cui era storicamente confinata, significa denaturalizzare il legame tra donne, riproduzione della vita e funzione materna, e restituire la collocazione femminile a una dimensione di cittadinanza. La forza simbolica di questa interpretazione si impone ben al di là degli orientamenti marxisti, e viene assunta in modo generalizzato come categoria interpretativa attraverso denominazioni diverse (lavoro d’amore, lavoro di cura, *emotional work*)” (*ibidem*, p. 2).

Dare alla cura un significato associato alla sfera professionale ha portato a dare dignità a quello che, fino al tempo, era stata vista come un'attività gratuita e intrinseca alla figura femminile. Il mercificare il lavoro di cura, se da un lato ha accelerato i percorsi di emancipazione delle donne, dall'altro rimane tutt'ora un lavoro inteso socialmente e culturalmente come "femminile".

La segregazione occupazionale femminile concentra le donne in determinati settori lavorativi generalmente caratterizzati da salari più bassi, contratti meno stabili, orari parziali e possibilità di carriera limitate; ciò comporta una minore probabilità per le donne di accedere ai ruoli dirigenziali e di potere. Un altro aspetto da tenere in considerazione sta nel fatto che, nella maggior parte dei casi, i lavori in cui sono impiegate soprattutto donne hanno a che fare con la sfera della cura o con quella domestica. In questi contesti si è portati a pensare ad una professione per cui, oltre a non essere richieste particolari specializzazioni, la retribuzione è secondaria in quanto la si svolge per il bene delle altre persone, per il "prendersi cura di". Come evidenzia Hochschild:

"Il basso valore attribuito all'accudimento non deriva né dell'assenza di una domanda né dalla sua facilità, ma nasce piuttosto da una politica culturale di disuguaglianza. [...] Il basso valore di mercato dell'accudimento costringe le donne che lo svolgono, e alla fin fine tutte le donne, a un ruolo subalterno" (Hochschild, 2002, p. 35).

Il lavoro di cura è caratterizzato da varie specificità e connotazioni a causa della sua complessità. Può essere ritenuto un lavoro multiplo, ovvero un lavoro di cura della casa, di rapporto e di consumo, ma anche un lavoro legato ai cambiamenti demografici di individui e famiglie, essendo quindi soggetto a trasformazioni nel corso del tempo. Infine, può essere visto come un lavoro simbolico tradizionalmente associato alla sfera femminile, caratterizzato dalla produzione di razionalità, di espressività, di orientamento al bisogno e di disponibilità. Le attività di cura sono state rese invisibili e gratuite a causa di un progressivo naturalizzarsi delle differenze di genere che vedono la donna come fulcro della responsabilità della sfera domestica e di cura. Questo processo di naturalizzazione arriva a fondere questo

lavoro con l'essenza femminile, presumendo che la cura sia parte di ciò che le donne sono, e predisponendole, con una continua socializzazione, a queste mansioni (Satta, Magaraggia, Camozzi, 2020).

Il concetto di lavoro di cura presenta però delle criticità, le quali fanno emergere la necessità di riformularlo (Barazzetti, 2006). Associare alla cura il significato di "lavoro" rischia di mettere in luce gli aspetti mercificabili, economici e razionali, distogliendo l'attenzione dal carattere emotivo e relazionale della cura. L'idea di lavoro di cura sottolinea, quindi, le concrete implicazioni di sfruttamento e di alienazione presenti nel lavoro domestico; allo stesso tempo, però, palesa l'impossibilità di togliere le implicazioni relazionali e affettive insite nel lavoro di cura (*ibidem*).

La condizione femminile, inoltre, è caratterizzata da quella che la sociologa Laura Balbo ha definito "doppia presenza", ovvero: "La condizione della donna adulta è caratterizzata da una doppia presenza, nel lavoro della famiglia e nel lavoro extrafamiliare" (Balbo, 1978, p.3). Le donne sono quindi presenti o assenti nel mercato del lavoro nella misura e nella qualità in cui il lavoro familiare glielo permette. Balbo sottolinea altresì che le donne sono concentrate nelle posizioni occupazionali più basse, meno remunerate, meno sicure e ritenute tipicamente "femminili", secondo una tradizione patriarcale che le vede legate ad un contesto familiare.

Un aspetto fondamentale nel lavoro di cura è quello delle emozioni. La sociologa Arlie Hochschild, con l'elaborazione del concetto di "lavoro emotivo" (1983), analizza la monetizzazione dell'affettività presente all'interno del sistema capitalista contemporaneo, che vede il realizzarsi di uno scambio tra sentimenti e denaro.

Negli ambienti lavorativi le emozioni tendono ad essere lette su base individuale, mentre Hochschild sottolinea la loro centralità nei contesti organizzativi. La sociologa evidenzia come molti ruoli e compiti esercitino un controllo sia implicito che esplicito sull'espressione delle emozioni, trasformate in merce per acquistare beni strumentali. Nel trattare il tema del lavoro emotivo è necessario tenere in considerazione anche la dimensione del genere; la sfera affettiva ed emozionale viene associata alle donne, confinandola all'interno della sfera domestica e familiare.

Le donne vengono associate, secondo una tradizione patriarcale, ad una “propensione” al lavoro emozionale, con una maggiore attitudine alle attività di cura e di servizio, poiché tenderebbero a fare maggiore affidamento alle risorse emozionali. Quello della cura, quindi, viene rappresentato come un settore occupazionale tipicamente femminile. Inoltre, i lavori con ricompense salariali basse e con poca autorità e che richiedono un’elevata gestione emozionale sono spesso svolti da donne; allo stesso tempo, a loro si attribuisce il ruolo importante di comprensione della gestione emozionale all’interno dei contesti lavorativi (Hochschild, 1979).

1.2.1. Gli aspetti emozionali e di cura nella professione delle operatrici socio-sanitarie

Un esempio che può essere fatto riguardo al lavoro di cura e al lavoro emotivo è quello della gestione delle emozioni legate alla morte all’interno del settore socio-sanitario, aspetto che caratterizza la professione del personale occupato al suo interno. Varie ricerche hanno indagato come, all’interno di strutture socioassistenziali quali le RSA, le operatrici devono affrontare il lavoro emotivo legato alla gestione del lutto (Bender *et al.* 2022; Black *et al.* 2005), vivendo una contrapposizione tra l’emozione personale che deriva da questa esperienza e la narrazione professionale. Quest’ultima richiede invece alle lavoratrici di nascondere le proprie emozioni, attraverso quello che Hochschild definisce “lavoro emozionale”, ovvero il tentativo di provare a cambiare il grado o la qualità di un’emozione o di un sentimento (1979). Questo aspetto, in questi contesti si concretizza frequentemente nel dover nascondere le proprie emozioni perché ritenute inadeguate al contesto professionale.

Il settore occupazionale all’interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali richiede un elevato coinvolgimento emotivo ed una esposizione a comportamenti sociali avversi sul posto di lavoro. Tra le problematiche più frequenti che le operatrici denunciano ci sono infatti quelle di ritrovarsi in situazioni emotivamente disturbanti, di dover nascondere i propri sentimenti, di dover gestire pazienti con comportamenti ostili nei loro confronti come violenze o molestie (Eurofound, 2020).

In una ricerca sull'*emotional work* svolta in Italia (Bellè, Bruni, Poggio, 2014) è stato indagato il lavoro delle operatrici sociosanitarie all'interno di Residenze Sanitarie Assistenziali. Questo viene descritto come un lavoro tradizionalmente e altamente femminilizzato, nel quale è presente la costruzione culturale della cura come lavoro a carico delle donne, estendendo ad un ambito pubblico-lavorativo la sfera simbolica della domesticità.

La figura professionale delle operatrici è scarsamente retribuita e soggetta a contratti precari. Tale lavoro ha due caratteristiche fondamentali, una sanitaria e una assistenziale. Suppone, infatti, una costante tensione tra coinvolgimento e distacco, tra la sfera degli affetti simil-familiari, associati al contesto familiare, e la sfera prettamente lavorativa, che prevede invece un certo grado di distacco da elementi con forte carica emotiva quali possono essere la sofferenza, la malattia e la morte.

Lo stesso contesto organizzativo delle RSA ha a che fare con due dimensioni; da un lato questa è un'istituzione che deve *curare* da un punto di vista prettamente medico, dimensione associata alla sfera maschile, mentre dall'altro deve *prendersi cura di*, pratica che si lega invece all'affettività, alla sfera domestica e relazionale, quindi ad una dimensione femminile.

Nella ricerca emerge poi il problema della costante carenza di personale nelle strutture, la quale comporta un aumento della complessità lavorativa e del razionamento eccessivo dei tempi di lavoro. A subire maggiori restrizioni è il tempo per il lavoro sentimentale, aspetto necessario sia per quanto riguarda le esigenze organizzative, sia per l'attenzione verso i pazienti. Le operatrici sono costrette a rispettare gli orari contingentati dell'organizzazione lavorativa, gestendo contemporaneamente le relazioni di cura con i pazienti; aspetti, questi, di cui devono portare singolarmente il peso, con il rischio di andare incontro a forme di stress lavoro-correlato.

Dal confronto con le operatrici emerge una denuncia verso l'organizzazione lavorativa all'interno delle strutture, che non tiene conto del lavoro sentimentale e della dimensione emotiva, delegittimandoli. Ciò costringe le lavoratrici ad un modo di agire sempre più razionale, limitando il tempo e le attenzioni sia verso il benessere e le necessità dei pazienti, sia verso loro stesse. Inoltre, la ricerca mette in luce che il trascurare la parte emotiva del lavoro con i pazienti ha, tra le varie

conseguenze, anche quella delle aggressioni da parte dell'utenza: questo è infatti uno dei rischi più frequenti della professione delle operatrici sociosanitarie.

Un aspetto legato al problema delle aggressioni è la dimensione della corporeità: il corpo è parte delle relazioni di cura, sia per chi assiste sia per chi viene assistito e la ricerca di contatto può rischiare di avvenire anche con gesti violenti. Queste violenze tendono ad essere accettate o giustificate da parte delle lavoratrici a causa della dimensione relazionale e affettiva che si instaura con i pazienti, generando un distacco professionale dalla situazione. La tensione tra vicinanza e distanza emotiva rischia di causare, a lungo, un diffuso malessere lavorativo che ricade unicamente sulle lavoratrici. La cecità delle figure dirigenziali verso le problematiche legate alle aggressioni comporta un progressivo isolamento delle operatrici, che si trovano a dover gestire una condizione di solitudine, di disconoscimento del proprio malessere fisico e psicologico e di colpevolizzazione per ciò che subiscono. Tutto ciò porta loro a creare un basso senso di appartenenza e di identificazione con il contesto lavorativo, oltre che di sofferenza mentale.

Dalle interviste svolte nella ricerca si riscontra come il lavoro delle operatrici sia pesante e impegnativo fisicamente ed emotivamente: è un'attività che infatti struttura e definisce la vita e quotidianità degli ospiti, richiamando la domesticità della cura familiare, ma anche la razionalità di un contesto come quello lavorativo. Se da un lato l'aspetto sentimentale del lavoro cerca di essere nascosto, dall'altro lato questa invisibilità si scontra con una iper-visibilità a causa del controllo gerarchico su tempi e procedure e dell'attenzione carica di ansia da parte dei familiari. Inoltre, la crescente complessità dei bisogni dell'utenza, con sempre più pazienti con forme di demenza e disagio mentale, sottolinea il fatto che queste problematiche necessiterebbero specifiche competenze per essere trattate, oltre che maggiore tempo e attenzione. Tutti questi aspetti vengono invece denunciati come carenti o non adeguati dalle operatrici. Nell'elaborato si riscontra infine come nelle RSA l'associazione tra genere e gerarchia all'interno del contesto lavorativo si concretizzi nella differenziazione del lavoro pianificato all'interno dell'organizzazione. La dirigenza viene associata all'ordine simbolico del maschile, mentre il prendersi cura dei pazienti alla dimensione femminile.

È evidente come il lavoro delle operatrici sociosanitarie sia messo in relazione, seguendo una tradizione patriarcale, alla figura femminile che deve *prendersi cura di*, confinando quest'ultime ad ambiti professionali che appartengono alla sfera della cura.

Come evidenziato in precedenza, nel lavoro svolto dalle operatrici sociosanitarie la dimensione corporea è un elemento centrale all'interno dell'ambiente lavorativo e della relazione con i pazienti. Come analizzato dalla sociologa Wolkowitz (2006), l'incontro tra il lavoro svolto e il proprio corpo caratterizza l'esperienza e l'organizzazione dei rapporti lavorativi. Inoltre, le dinamiche tra corpo, lavoro e identità, possono essere analizzate ponendo l'accento sulle sfide e le pressioni che i lavoratori affrontano, in particolare nei settori come quelli della salute e dell'assistenza. Wolkowitz, riprendendo le analisi sul lavoro emotivo svolte da Hochschild (1983); si focalizza sul fatto che la ragione principale dell'invisibilità del lavoro corporeo è data dalla peculiarità dei lavori che caratterizzano il settore dei servizi, che porta a reprimere e nascondere i sentimenti "*in oneself or others*" (Wolkowitz, 2006, p. 148). L'autrice, analizzando i fattori che limitano la visibilità dei corpi nei contesti lavorativi, sottolinea che:

"Still other factors limiting the visibility of body contact in employment may be the preponderance of women in body work occupations of the kind listed above, many of them low-paid or tinged with sexual connotations, and the fact that much of the work is undertaken largely away from the public eye" (*ibidem*, p. 148).

Per le operatrici delle RSA questa considerazione è fondamentale: la loro è una professione che si caratterizza dalla vicinanza i tra corpi, il loro e quello dei pazienti con cui si relazionano, aspetto che le espone ad un confronto costante con l'intimità e la corporeità di pazienti. Questa relazione comporta l'entrare in contatto con un complesso tessuto di rapporti, con tutte le conseguenze emotive che ciò presuppone e con la necessità anche di regolare le proprie emozioni in base alle persone con cui ci si relaziona. I gesti di cura rimandano, infatti, ad aspetti molto intimi; il lavoro di cura implica un costante confronto con le intimità dei corpi e della quotidianità degli assistiti. Questo porta ad instaurare un complesso tessuto relazionale, implicando

un coinvolgimento emotivo. È necessario tenere conto del fatto che una professione come quella delle operatrici sociosanitarie necessita di capacità relazionale, portando a mettere in gioco le emozioni.

1.3. Le problematiche di salute delle lavoratrici impiegate nel settore di cura

La segregazione occupazionale femminile nelle professioni legate alla sfera della cura e le condizioni lavorative critiche che le caratterizzano condizionano, come nel caso delle operatrici sociosanitarie, anche la salute psicofisica delle lavoratrici. Il settore sociosanitario è un settore ad alto rischio, in cui il personale è esposto a problematiche di molteplice natura.

Le lavoratrici sono diversamente esposte rispetto ai lavoratori a pericoli di natura ergonomica, chimica, fisica e psicosociale, tanto nei settori in cui i macchinari presenti o le protezioni antinfortunistiche sono progettate per corpi maschili, quanto nei settori altamente femminilizzati, come lo è ad esempio il settore socio-sanitario della cura (Inail, 2013). Ciò è stato riscontrato anche dall'*European Agency for Safety and Health at Work* (2022) in un rapporto sulla salute occupazionale delle lavoratrici del settore sociosanitario. In particolare, i rischi ergonomici e quelli psicosociali sono quelli che più caratterizzano la professione. Tra i fattori di esposizione a pericoli di natura ergonomica, quelli maggiormente denunciati sono i movimenti ripetitivi della mano o del braccio, le posizioni faticose e dolorose, inclusa la seduta per lunghi periodi, e il dover sollevare o spostare persone o carichi pesanti senza gli adeguati macchinari. Questi fattori si aggravano in assenza di un'opportuna formazione e a causa di elevati ritmi di lavoro in un contesto carente di personale, problematica spesso presente nel settore sociosanitario. Inoltre, altri rischi sono dati dall'esposizione a sostanze chimiche o biologiche e dal diretto contatto con materiali che possono essere infettivi come fluidi corporei, rifiuti e materiali da laboratorio.

Per quanto riguarda invece i rischi psicosociali, essi sono correlati a: esposizione a situazioni lavorative emotivamente impegnative; contatto con pazienti con varie

problematicità e relativi parenti; esposizione a forme di violenza, discriminazione e molestie; pressione del tempo e orari di lavoro lunghi o irregolari; scarsa comunicazione o cooperazione all'interno dell'organizzazione. Infine, paura di perdere il lavoro a causa dei contratti instabili che contraddistinguono questo settore professionale, portando ad uno stress causato dall'insicurezza del reddito.

Il contesto lavorativo e i comportamenti sociali ostili incidono inoltre sulla salute psicologica e sul benessere delle lavoratrici, comportando problematiche come ansia, depressione, problemi del sonno, oltre ad una serie di malattie psicosomatiche. L'*European Agency for Safety and Health at Work* (2022) mette in luce, inoltre, che tra il 2014 e il 2019 la segnalazione di rischi legati alla sfera psicosociale è aumentata. Questo dato potrebbe essere influenzato dall'aumento dei carichi di lavoro in questi ultimi anni nelle strutture socio-sanitarie e dalla carenza di personale, aspetti che rendono quindi i tempi di lavoro molto più pesanti e il contesto più frenetico e stressante.

Il lavoro delle operatrici in questo settore risulta pertanto complesso da un punto di vista sia fisico che mentale; oltre il 60% di loro dichiara di essere esposta a fattori di rischio fisico, come problematiche all'apparato muscolo-scheletrico dovute al sollevamento dei pazienti (OECD, 2020). Per le operatrici socio-sanitarie le problematiche muscoloscheletriche sono le più diffuse; questi disturbi comprendono dolori alla colonna vertebrale e agli arti superiori. Come già sottolineato, le cause sono da ricercare nella ripetitività dei movimenti, le posizioni scomode, il sollevamento dei pazienti senza usare macchinari, l'allettamento e il riposizionamento degli assistiti, oggetti pesanti da spingere come letti, il dover restare in piedi per un periodo prolungato di tempo e gli orari di lavoro stancanti.

Emerge anche come il 46% dei lavoratori nel settore socio-assistenziale sia esposto a rischi per la salute mentale che possono portare a situazioni di stress psicologico (*ibidem*); vengono riportate inoltre denunce di violenze, molestie e minacce. Lo stress provato all'interno del contesto lavorativo è legato alle costanti pressioni sulla gestione di carichi elevati di lavoro con tempi contingentati. È segnalata, in aggiunta, una carenza di formazione per le mansioni a cui gli operatori socio-sanitari sono chiamati a rispondere, che sono sempre più complesse a causa delle problematiche dell'utenza presente nelle strutture. Un altro rischio che caratterizza il

settore è quello delle violenze da parte di pazienti e famigliari nei confronti del personale.

Il settore sociosanitario è soggetto ad un elevato *turnover*, elemento che va ad intensificare gli orari di lavoro e i turni delle lavoratrici. La costante mancanza di personale porta ad un progressivo peggioramento delle condizioni di lavoro che spingono le lavoratrici a lasciare l'occupazione, creando così un circolo vizioso in cui la situazione di mancanza di personale diventa sistemica. Negli anni si è inoltre assistito ad un'espansione dell'assistenza sanitaria privata, con un conseguente aumento della frammentazione delle condizioni di lavoro, dei contratti lavorativi e delle organizzazioni che rappresentano gli interessi dei datori di lavoro e delle lavoratrici. Da un punto di vista della salute fisica, le condizioni di stress e fatica che caratterizzano il settore sociosanitario, a causa di mancanza di personale, turni prolungati di lavoro, minutaggio delle mansioni, possono implicare per le donne una alterazione del ciclo mestruale. Il lavoro a turni, tipico del lavoro delle operatrici sociosanitarie, può influenzare il sistema endocrino-riproduttivo femminile, con conseguenti alterazioni del ciclo mestruale, endometriosi e patologie quali disturbi dell'umore e malattie cardiovascolari (Knutsson, 2003).

Il settore occupazionale all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali richiede elevate richieste emotive ed esposizione a comportamenti sociali avversi sul posto di lavoro. La gestione delle emozioni, sia proprie che dei pazienti e dei loro familiari, è una questione che, come già precedentemente esposto, risulta centrale nei lavori di cura come quello delle operatrici sociosanitarie, ma che rischia di portare a delle situazioni di stress e disagio psicologico.

Una delle motivazioni per cui l'occupazione rientra tra i determinanti di salute è per il suo legame con i fattori di stress psicosociale. Aspetti come la scarsa autonomia decisionale, l'eccessivo carico di lavoro, la precarietà, lo sfruttamento, incidono in una situazione di logoramento psicologico, comportando maggiori rischi per la salute (Sarti, Terraneo, 2023)

Con il termine "rischi psicosociali" si fa riferimento agli "aspetti di progettazione, organizzazione e gestione del lavoro e i loro contesti ambientali e sociali, che potenzialmente possono dar luogo a danni di natura psicologica, sociale o fisica" (Foddis, Ficini,

2014, p. 176). Lo stress lavoro-correlato definisce invece l'insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifestano nel momento in cui le richieste nel contesto lavorativo non bilanciano le capacità, le risorse o le esigenze del lavoratore. I fattori di rischio sono la mancanza di controllo sul proprio lavoro, la posizione della gerarchia organizzativa, il divario salariale, i compiti ripetitivi, l'instabilità e insicurezza sul lavoro, il dover conciliare lavoro e vita privata, le discriminazioni e le molestie sessuali. Questi elementi sono presenti in maggioranza nelle mansioni in cui sono generalmente impiegate le donne (*ibidem*).

Uno dei principali indicatori di malessere delle lavoratrici impiegate nel settore di cura è la sindrome del *burnout*, condizione di stress lavoro-correlato con la quale si fa riferimento a “una sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e di ridotta realizzazione personale, che può insorgere in coloro che svolgono qualche tipo di attività lavorativa di aiuto” (Maslach e Jackson, 1993, p. 3). Il burnout si può manifestare con differenti sintomi, come l'apatia, l'irritabilità, l'insonnia, ulcere, mal di testa, problemi cardiovascolari, scarsa autostima, senso di colpa, isolamento e depressione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ufficialmente riconosciuto il *burnout* come un fenomeno occupazionale, strettamente collegato quindi alla condizione e alla salute lavorativa. Le operatrici sociosanitarie sono particolarmente soggette a questo rischio; la loro professione implica lo stare a stretto contatto con persone che vivono stati di forte sofferenza, il che porta ad instaurare delle relazioni con un intenso coinvolgimento emotivo (Ancona, 2019).

In una ricerca sulla salute occupazionale delle lavoratrici migranti (Redini, Vianello, Zaccagnini, 2020) si è analizzato come le lavoratrici che svolgono lavoro di cura, quali assistenti familiari, operatrici sociosanitarie e infermiere, possano essere esposte alla sindrome di *burnout*. Con la somministrazione del *Maslach Burnout Inventory* la ricerca si è posta l'obiettivo di cogliere il livello di esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e il senso di scarsa realizzazione personale. Le operatrici e infermiere dichiarano maggiori difficoltà per quanto riguarda la realizzazione personale, a causa dell'incapacità di instaurare un rapporto di aiuto efficace con i pazienti assistiti. Questo aspetto può essere correlato alle denunce da parte delle operatrici di orari di lavoro prolungati e alla carenza di personale all'interno delle

strutture sociosanitarie, che rendono il loro lavoro sempre più frenetico, meccanico e impersonale.

La salute e le condizioni di lavoro delle operatrici sono state messe maggiormente a rischio durante il periodo di pandemia da Covid-19. La già complessa situazione presente all'interno delle strutture residenziali per l'assistenza a lungo termine ha subito un ulteriore peggioramento durante e successivamente il periodo di emergenza sanitaria, aggravando i rischi a cui il personale era esposto. Una ricerca condotta da *Amnesty International* nel 2021 ha dato voce alle denunce del personale in servizio nelle strutture residenziali durante la pandemia. Anche i sindacati hanno espresso gravi preoccupazioni in merito alle condizioni di lavoro irrispettose per la salute e per la sicurezza, ai lunghi turni senza adeguate pause e alle insufficienti ispezioni sul lavoro; problemi, questi, già largamente presenti precedentemente e che si sono acuiti a causa del Covid-19.

Questi aspetti fanno inoltre emergere che le donne, sovrarappresentate in questi contesti lavorativi, sono state maggiormente esposte ai rischi causati dall'infezione durante il periodo pandemico. In generale, i settori professionali più colpiti dalla pandemia sono stati quelli a forte presenza femminile: in Italia, il 68,3% dei contagi sul luogo di lavoro hanno interessato le donne. Esse hanno rappresentato tre casi su quattro nel settore sociosanitario, il quale è stato il più interessato da casi di Covid-19, ricoprendo il 37,8% dei casi totali (Inail, 2022).

2. METODOLOGIA DI RICERCA

La ricerca è stata condotta con un approccio di tipo qualitativo, svolgendo sia interviste semi-strutturate che focus group e utilizzando la tecnica del *body mapping*. Nel complesso sono state coinvolte undici operatrici sociosanitarie occupate all'interno di Rsa e tre sindacalisti che si occupano di terzo settore e sanità. La ricerca si è sviluppata nel contesto della regione Veneto, sia per i luoghi di occupazione delle lavoratrici, sia per le sezioni di cui i sindacalisti si interessano.

Lo scopo dello studio è far emergere, attraverso l'utilizzo di interviste semi-strutturate e focus group, i vissuti delle operatrici e le principali caratteristiche e problematiche del settore sociosanitario in cui sono impiegate. Inoltre, si analizza come questi aspetti legati al contesto lavorativo possano esporre le operatrici a dei rischi per la loro salute, sia fisica che psicologica.

Nei momenti di ricerca con le lavoratrici ho scelto di utilizzare la tecnica del *body mapping* per introdurre le tematiche relative alla loro salute occupazionale. Ho ritenuto che questa tecnica fosse utile per far emergere, nei momenti di confronto con le operatrici sociosanitarie, le loro problematiche di salute, facendo loro disegnare sé stesse e le parti del loro corpo in cui maggiormente provano dolore mentre lavorano o a causa della loro professione. La scelta di questa tecnica è stata presa con l'obiettivo di poter essere quanto più possibile discreta nel far parlare le partecipanti della loro condizione di salute e del loro corpo; inoltre, grazie alla mappatura corporea si possono rappresentare sensazioni ed emozioni che aprono lo spazio a riflessioni e a momento di confronto, in questo caso legate al contesto lavorativo. La volontà fin dall'inizio era quindi quella di fare ricerca *con* le partecipanti, e non *su* di loro, aspetto che caratterizza i metodi creativi di fare ricerca in cui il *body mapping* rientra (Giorgi, Pizzolati, Vacchelli, 2021).

Un importante aspetto per l'attività di ricerca è stato per me essere presente ai presidi sindacali; in queste occasioni, oltre a prendere contatti preziosi per la ricerca, ho potuto conoscere varie tematiche e informazioni, difficile da raggiungere altrimenti. Inoltre, la partecipazione mi ha aiutato a sentirmi maggiormente coinvolta nel contesto preso in analisi. In questi momenti mi ponevo l'obiettivo di parlare con più persone possibili, oltre che di raccogliere impressioni riguardo al tema

della mia ricerca, riscontrando il fatto che quello della salute occupazionale nel settore sociosanitario sia una questione che in molti sentono vicina e su cui vogliono confrontarsi.

2.1. Le interviste con i sindacalisti

Per quanto riguarda la ricerca svolta con sindacalisti, ho svolto tre interviste con sindacalisti della Cgil del Veneto, due di Verona e una di Treviso. Gli intervistati si occupano tutti di comparti legati alla sanità e terzo settore, sia in contesti privati che pubblici.

I contatti con gli intervistati sono avvenuti a due presidi sindacali a cui ho partecipato a Verona e a Padova; in entrambi, le tematiche riguardavano la professione delle operatrici sociosanitarie e le Rsa. In particolare, il presidio di Verona richiedeva lo scorrimento delle graduatorie per nuove assunzioni di operatori e infermieri nella sanità pubblica³, a causa della carenza di personale. Al presidio di Padova, invece, erano presenti le figure professionali a cui viene applicato il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Uneba per richiedere delle migliori condizioni in vista del rinnovo contrattuale⁴.

Dopo aver esposto ai sindacalisti l'obiettivo della mia ricerca, chiedevo la loro disponibilità per le interviste. Queste sono avvenute quindi in un secondo momento, tutte telefonicamente.

Il mio obiettivo con i sindacalisti era quello di ottenere informazioni specifiche; per questo motivo ho optato per interviste maggiormente strutturate rispetto a quelle con le operatrici sociosanitarie. Le domande si sono focalizzate su precisi temi: il ruolo da loro ricoperto all'interno del sindacato, le principali problematiche nelle Rsa e del personale sociosanitario di cui si occupano, tematiche quali il minutaggio

³ Verona Sera (21 Giugno 2024) "Nuovo ospedale di Borgo Roma ancora al palo" <https://www.veronasera.it/attualita/presidio-fp-cgil-verona-assunzioni-oss-ospedale-di-comunita-borgo-roma.html> (ultimo accesso 01/10/2024)

⁴ CGIL Padova "Rinnovo CCNL UNEBA, ieri il presidio unitario davanti all'OIC di Padova: "Vogliamo un salario dignitoso"" <https://www.cgilpadova.it/notizie/1337-rinnovo-ccnl-uneba-ieri-il-presidio-unitario-davanti-alloic-di-padova-vogliamo-un-salario-dignitoso.html> (ultimo accesso 03/10/2024)

delle mansioni lavorative, l'abilità al lavoro e gli infortuni. Infine, concludevo con una domanda riguardante i temi dei presidi sindacali in cui li avevo conosciuti.

Le tre interviste svolte con loro sono state fondamentali per raccogliere informazioni altrimenti difficili da reperire. Queste riguardano questioni e problematiche strutturali delle Rsa, le normative che regolano il contesto analizzato e il lavoro delle operatrici sociosanitarie, con un maggior focus, in questo caso, sulla situazione in Veneto.

2.2. Interviste e focus group con Operatrici Sociosanitarie

La parte principale della ricerca si è con operatrici sociosanitarie che lavorano all'interno di Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani. Sono state condotte sia interviste semi-strutturate sia focus group. In entrambi i casi, è stata adottata la tecnica del *body mapping* per introdurre temi riguardanti la salute delle lavoratrici, e più nello specifico la salute occupazionale. Attraverso la mappatura corporea, l'obiettivo è far disegnare alle lavoratrici come vedono e percepiscono sé stesse all'interno del loro ambiente di lavoro, aggiungendo, se lo desiderano, particolari o oggetti che lo caratterizzano. Infine, l'attività comprende il segnare, nel modo che le partecipanti preferiscono, le parti del loro corpo che più creano dolore a causa delle mansioni svolte.

Le operatrici sociosanitarie che hanno partecipato alla ricerca sono donne italiane, ad eccezione di una donna nata in Cile ma residente in Italia da circa 25 anni, e di un'età compresa tra i 38 e 61 anni. Tutte sono impiegate in Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani, sia pubbliche che private, situate nelle province di Venezia e Treviso. È necessario specificare che nel primo dei due focus group da me svolti era presente anche un operatore di genere maschile; nonostante la mia ricerca si focalizzi unicamente su operatrici di genere femminile, in occasione di quel focus group ho ritenuto che la sua presenza non sarebbe stata un problema. Infatti, i partecipanti del gruppo si conoscevano tutti tra loro, lavorando insieme nello stesso reparto da anni; quindi, il dialogo e la confidenza tra loro erano già consolidati. Ho tenuto conto comunque, nell'analisi dei risultati, di questo aspetto, soprattutto per

quanto riguarda specifici temi come la femminilizzazione del lavoro di cura o le problematiche fisiche a cui le operatrici sono soggette. Nonostante la presenza di un operatore uomo in uno dei focus group, in questo studio mi riferisco alle persone che hanno partecipato sempre utilizzando il genere femminile.

Alcune delle operatrici che hanno partecipato alla ricerca sono impiegate in reparti delle strutture di assistenza dedicate a pazienti anziani affetti da demenza o altri disturbi neurodegenerativi. Questa differenziazione è un aspetto rilevante al fine di analizzare e comprendere le loro esperienze lavorative, in quanto le mansioni svolte in questi reparti implicano uno sforzo fisico e mentale diverso per le operatrici.

I contatti con le operatrici sono avvenuti sia grazie alla mediazione con *gatekeepers* di mia conoscenza, sia tramite incontro diretto ad uno dei presidi sindacali a cui ho partecipato. Ho preferito questa modalità di accesso al campo, non rivolgendomi direttamente alle Rsa ed evitando quindi di contattare il management delle strutture sanitarie. Temevo, infatti, potessero innescarsi delle dinamiche di controllo delle lavoratrici che avrebbero potuto inibirle e farle sentire a disagio durante l'intervista nel raccontarmi aspetti e problematiche del loro ambiente di lavoro, associandomi alla direzione

I luoghi in cui si sono tenute le interviste e i focus group sono differenti; ho preferito che fossero le partecipanti a sceglierli, così da andare incontro a loro eventuali preferenze o esigenze.

Il primo focus group e tre delle interviste si sono tenute all'interno della Rsa in cui le operatrici lavorano, in una stanza dedicata al personale interno ai loro reparti. Nei restanti casi, invece, la ricerca si è svolta a casa delle partecipanti.

I focus group erano composti, in entrambi i casi, da persone che si conoscevano già tra loro; il primo gruppo, composto da quattro persone, lavora insieme nello stesso reparto, mentre nel secondo caso le tre operatrici lavorano in due strutture differenti.

Per quanto riguarda la metodologia di ricerca, come già accennato, ho scelto un tipo di approccio qualitativo poiché permetteva alle partecipanti di approfondire i temi di mio interesse, coinvolgendole attivamente nella ricerca e lasciando loro

maggior libertà di esprimersi, aspetti che altrimenti con una ricerca quantitativa non sarebbe stato possibile perseguire.

Le interviste semi-strutturate si caratterizzano per una traccia degli argomenti da affrontare, il cui ordine e il modo di formularli sono flessibili, dando modo di poter decidere durante la conversazione come impostarla, in base anche al partecipante e a come si pone (Corbetta, 2015). Questa tipologia di intervista lascia quindi spazio sia all'intervistato che all'intervistatore, e al contempo tutti i temi rilevanti sono discussi e raccolti. Nelle interviste svolte, infatti, le operatrici spaziavano nelle loro risposte, andando a trattare anche temi non previsti nella traccia. In questi momenti, se lo ritenevo opportuno, decidevo se approfondire e sviluppare questi temi. L'obiettivo principale era comunque sempre quello di far sentire le partecipanti libere di potermi raccontare ciò che reputavano importante.

I focus group sono utilizzati invece per analizzare le opinioni, gli atteggiamenti, i discorsi, le narrazioni dei partecipanti, e come questi possono essere condivisi, messi in discussione o modificati (Frisina, 2010). I focus group svolti nella seguente ricerca hanno l'obiettivo di guidare una conversazione tra le operatrici sulle tematiche della salute occupazionale, avviando un confronto tra loro. È interessante vedere come l'utilizzo del *body mapping* durante i focus group abbia dato modo per le partecipanti di confrontarsi sulle problematiche di ognuna.

I gruppi erano composti da un gruppo limitato di partecipanti: quattro lavoratrici in uno e tre nel secondo. In questo modo tutte le operatrici hanno potuto interagire tra loro per quanto possibile in ugual misura, dando spazio a tutte le soggettività e creando uno spazio di confronto sicuro, in cui si sentissero libere di contribuire alla discussione (*ibidem*). Inoltre, trattando anche temi sensibili come la salute fisica e il benessere psicologico legati al contesto lavorativo, il fine era quello di creare un ambiente quanto più discreto, in cui le partecipanti fossero a loro agio nel condividere anche aspetti molto personali. Inoltre, il fatto che svolgessero lo stesso lavoro rendeva il gruppo omogeneo sul piano del grado di istruzione e status socioeconomico, evitando così la creazione di gap di potere.

La decisione di svolgere sia interviste semi-strutturate che focus group è dipesa solo in parte da una scelta personale. Infatti, nonostante inizialmente la mia intenzione fosse quella di svolgere solo focus group con piccoli gruppi di tre o quattro partecipanti, questo non è stato sempre possibile. Trovare momenti in cui, contemporaneamente, le operatrici fossero disponibili per condurre la ricerca non è stato scontato. Per questa ragione ho poi optato anche per delle interviste semi-strutturate, metodologia che rispondeva comunque agli obiettivi mi ero posta di indagare. Nonostante non rispecchiasse la mia idea di partenza, usufruire di entrambe le metodologie si è per me rivelato utile. Ho potuto infatti confrontare i diversi metodi di ricerca, i dati raccontati e come si ponevano e rispondevano le operatrici durante le due metodologie.

Sia l'intervista e che i focus group erano strutturati in due parti. Nella prima parte, le domande si focalizzavano sulla ricostruzione della storia personale e lavorativa delle partecipanti, sul loro attuale lavoro e sull'organizzazione di questo. Successivamente, la conversazione si indirizzava su questioni relative alla femminilizzazione del lavoro di cura, al lavoro emotivo e al rapporto tra il lavoro e il tempo di riproduzione gratuito. Verso la fine della prima parte della ricerca, la traccia si concentrava sulle problematiche organizzative e strutturali che le operatrici vivono maggiormente nel luogo di lavoro, aspetti quali la carenza di personale, il carico eccessivo di lavoro, il minutaggio delle operazioni da svolgere, il rapporto con pazienti, con i familiari di quest'ultimi e con i colleghi. In aggiunta, un altro elemento analizzato era quello dell'adeguatezza dei corsi per la sicurezza e la prevenzione agli infortuni nel luogo di lavoro, soprattutto in un'ottica della presenza o meno di differenza di genere in quest'ultimi.

In questo momento della ricerca ho scelto quindi di far svolgere alle partecipanti il *body mapping*. L'attività iniziava con lo spiegare loro lo svolgimento e gli obiettivi, chiedendo poi di disegnarsi, come preferivano, all'interno del loro spazio di lavoro e di segnare in qualsiasi modo le parti del loro corpo in cui provavano più dolore durante l'attività lavorativa o in conseguenza ad essa. Il mio obiettivo, con la mappatura corporea, era quello di dar vita a una discussione sulle questioni legate alla salute occupazionale, gli sforzi e i pericoli a cui il lavoro le sottopone. Mi sono soffermata a specificare alle partecipanti che non c'era un modo giusto o sbagliato

di come o cosa decidevano di disegnare, lasciando libertà di rappresentarsi nel modo che preferivano, usando colori differenti e scritte. Ho ritenuto importante lasciare molto spazio in questo esercizio in modo da far emergere le idee delle partecipanti riguardo alla percezione di sé e del proprio corpo. Inoltre, ho specificato che con “salute” intendevo non solo quella fisica, ma anche quella psicologica, e che quindi potevano indicare anche questa nella loro mappatura corporea.

Il momento dedicato al *body mapping* fissa l’inizio della seconda parte dei colloqui, in cui il tema centrale era la salute. Partendo da una riflessione sul disegno realizzato, gli argomenti affrontati erano quelli della pericolosità delle mansioni, degli infortuni, ma anche tutte le problematiche psicologiche ed emotive dipese dal lavoro delle operatrici, sia a causa delle problematiche organizzative che quelle legate alla natura stessa della professione. Una delle ultime domande riguardava invece il periodo del Covid, di come questo fosse stato vissuto da loro e gestito nella struttura in cui lavorano. La conclusione era, infine, un momento per considerazioni su cui le partecipanti volevano soffermarsi e approfondire.

2.2.1. Le caratteristiche sociodemografiche delle partecipanti

Di seguito verranno presentate delle tabelle in cui sono riassunte le caratteristiche sociodemografiche delle operatrici sociosanitarie che hanno preso parte alla ricerca, oltre ad altri aspetti che hanno definito i colloqui, sia per quanto riguarda le interviste che per quanto riguarda i focus group.

Operatrici partecipanti alle interviste

Persona	Genere	Età	Nazionalità	Luogo di lavoro	Luogo dell'intervista	Durata dell'intervista
<i>Dora</i>	F	55 anni	Italiana	Rsa pubblica, provincia di Venezia	Luogo di lavoro della Operatrice	39 min
<i>Ilaria</i>	F	50 anni	Italiana	Rsa pubblica, provincia di Venezia	Luogo di lavoro della Operatrice	28 min
<i>Lidia</i>	F	60 anni	Italiana	Rsa pubblica, provincia di Venezia	Luogo di lavoro della Operatrice	42 min
<i>Barbara</i>	F	61 anni	Italiana	Rsa pubblica, provincia di Venezia	Casa della Operatrice	1h 26 min

Operatrici partecipanti al focus group n.1

Persona	Genere	Età	Nazionalità	Luogo di lavoro	Luogo focus group	Durata del focus group
<i>Monica</i>	F	47 anni	Italiana	Rsa pubblica, provincia di Venezia	Luogo di lavoro della Operatrice	1h e 25 min
<i>Sara</i>	F	45 anni	Italiana	Rsa pubblica, provincia di Venezia	Luogo di lavoro della Operatrice	1h e 25 min
<i>Giulia</i>	F	38 anni	Italiana	Rsa pubblica, provincia di Venezia	Luogo di lavoro della Operatrice	1h e 25 min
<i>Federico</i>	M	48 anni	Italiana	Rsa pubblica, provincia di Venezia	Luogo di lavoro dell'Operatore	1h e 25 min

Operatrici partecipanti al focus group n.2

Persona	Genere	Età	Nazionalità	Luogo di lavoro	Luogo focus group	Durata del focus group
<i>Elena</i>	F	55 anni	Italiana	Rsa privata, provincia di Treviso	Casa dell'Operatrice E.	3h e 20 min
<i>Gloria</i>	F	51 anni	Cilena	Rsa privata, provincia di Treviso	Casa dell'Operatrice E.	3h e 20 min
<i>Sandra</i>	F	61 anni	Italiana	Rsa privata, provincia di Treviso	Casa dell'Operatrice E.	3h e 20 min

Come già precedentemente accennato, hanno partecipato alla ricerca tutte operatrici donne ad eccezione di un operatore di genere maschile presente nel focus group n.1. La nazionalità è prevalentemente italiana; solo l'operatrice Gloria è di nazionalità cilena ed è in Italia da 24 anni. Prendendo in considerazione l'età delle operatrici, si nota una prevalenza di donne over 45 anni.

Le Rsa in cui sono impiegate le operatrici sono di differenti tipi; due infatti sono private, mentre le altre in cui le partecipanti sono impiegate sono strutture pubbliche.

Per quanto riguarda il luogo di interviste e focus group, ho lasciato quanto più possibile libertà di decisione alle operatrici, cercando di andare incontro alle loro esigenze e preferenze. Infine, per quanto riguarda la durata dei colloqui non ho posto vincoli, basandomi su quanto avevano piacere le operatrici a portarli avanti.

2.3. La tecnica del body mapping

Il *body mapping* è una tecnica utilizzata nella ricerca sociale qualitativa, che comporta l'espressione visuale, artistica e corporea. Questa metodologia accompagna le persone a svolgere un racconto della propria storia personale e ad analizzare e approfondire alcune questioni con un processo che è allo stesso tempo creativo e contemplativo (Pizzolati, 2023). Disegnando il proprio corpo, i soggetti coinvolti

nella ricerca realizzano una mappa della loro esperienza che si vuole indagare. Per fare questo, si possono usare colori, ritagli di giornale, fotografie e altri materiali, aggiungendo anche simboli, parole e lettere. Durante l'attività, che può essere svolta in modalità di intervista oppure di focus group, il ricercatore ha il compito di accompagnare i partecipanti, facendo loro domande e fornendo indicazioni (*ibidem*).

La ricerca con il *body mapping* offre la possibilità di far emergere facilmente la condivisione di vissuti, tenendo conto del fatto che questa deve essere svolta all'interno di uno spazio relazionale sicuro. Uno degli aspetti più importanti è quello di creare un contesto in cui il confronto tra i partecipanti sia libero, in cui le differenze e le vulnerabilità siano accolte e rispettate, riuscendo a far sentire a proprio agio le persone coinvolte nella ricerca.

La tecnica del *body mapping* nasce da una ricerca svolta dall'antropologa Andrea Cornwall (1992) con l'obiettivo di sviluppare progetti finalizzati all'implementazione di servizi dedicati alla salute sessuale e riproduttiva. In questo esercizio pionieristico le partecipanti disegnavano diagrammi di organi per comprendere i significati da loro attribuiti al rapporto con il corpo. La mappatura corporea veniva svolta in gruppi, in modo da dare la possibilità di analizzare le interazioni tra le donne, e come queste si influenzavano reciprocamente.

Successivamente, il *body mapping* ha ispirato numerose ricerche, molte con un focus su tematiche di salute e malattia. Ad esempio, è stato utilizzato per studi riguardanti la decolonizzazione delle conoscenze mediche (Gastaldo *et al.*, 2018), per studi con pazienti sieropositivi con lo scopo di dare loro voce e ridurre lo stigma a loro attribuito (Morgan e The Bambanani Women's Group, 2003) e per ricerche su esperienze di dolori e infortuni (Tarr, Thomas, 2011).

L'*European Agency for Safety and Health at Work* (2020) ha svolto una ricerca sulla prevenzione ai disturbi muscolo-scheletrici utilizzando la tecnica del *body mapping* con gruppi di lavoratori. Questa attività è molto importante per rendere partecipi i lavoratori che svolgono la stessa professione in vista di cercare possibili soluzioni e cambiamenti nei loro impieghi. Con la mappatura corporea si spinge inoltre verso un confronto tra i partecipanti, che hanno la possibilità di vedere se i loro problemi di salute possono effettivamente essere legati al lavoro, vedendoli

quindi come una questione comune e legata alla loro professione, e non un problema del singolo. Il *body mapping*, infatti, come metodo di ricerca ha la particolarità di incoraggiare ad una maggiore consapevolezza del soggetto, coinvolgendolo attraverso un processo collaborativo e riflessivo. In aggiunta, ha una forte storia di giustizia sociale e legame con l'attivismo politico, oltre ad essere anche utile come strategia per tradurre la ricerca empirica in qualcosa di concreto e diffondendola (de Jager *et al.*, 2016).

Nell'ambito della salute occupazionale, il *body mapping* può dare l'opportunità di dar vita a delle riflessioni tra lavoratori e lavoratrici, attribuendo loro un ruolo attivo nella definizione e rappresentazione delle questioni che li riguardano, diventando loro stessi autori di conoscenza.

Come precedentemente sottolineato, ho ritenuto questa tecnica adatta allo scopo prefissato di indagare la salute occupazionale delle operatrici e di discutere di questo tema senza però risultare invasiva. Inoltre, ha dato l'opportunità alle operatrici di sentirsi direttamente incluse nello svolgimento della ricerca. La realizzazione della mappatura corporea è avvenuta sempre singolarmente, nonostante durante i focus group si creassero dei momenti di confronto tra le partecipanti su cosa e come disegnavano.

Per l'attività ho fornito loro dei semplici fogli bianchi e pennarelli colorati. Spesso, alcune delle operatrici associavano a quello che volevano disegnare un colore specifico. Non mi sono soffermata, nell'analizzare le mappature, sull'esperienza cromatica; sono comunque presenti in sociologia studi che sottolineano come la scelta dei colori possa avere un preciso significato nello svolgimento del *body mapping* (Paccagnella, 2023).

Il fatto di disegnare sé stesse, usare colori e segnare nel modo che preferivano le zone del loro corpo che recano loro dolore a causa di sforzi o infortuni, ha reso le partecipanti soggetto attivo nella ricerca, aspetto a cui tenevo in particolare quando ho iniziato a pensare a come progettare la metodologia di ricerca.

2.4. Riflessività e posizionamento

“Reflexivity is a set of continuous, collaborative, and multifaceted practices through which researchers selfconsciously critique, appraise, and evaluate how their subjectivity and context influence the research processes” (Olmos-Vega *et. al*, 2022, p. 242).

La ricerca qualitativa si caratterizza per una dipendenza dalla soggettività e dal posizionamento del ricercatore, motivo per cui è di fondamentale importanza tener conto di come questi elementi possano modellare il corso delle ricerche (*ibidem*). Il *bias* dei ricercatori, infatti, si intreccia con i processi di ricerca qualitativa, essendo legato alla capacità del ricercatore di prendere e comunicare decisioni nel lavoro di generazione di dati che riflettono le esperienze sociali e le pratiche dei partecipanti alla ricerca. Dal punto di vista della riflessività, la conoscenza generata è uno specchio della posizione sociale del ricercatore, che si pone all'interno di determinate coordinate spaziali, temporali, sociali e della sua esperienza biografica e corporea (Giorgi, Pizzolati, Vacchelli, 2021).

Nel pensare a come il mio posizionamento potesse influenzare la ricerca e il modo di relazionarmi con le partecipanti, mi sono soffermata sulle mie caratteristiche di ricercatrice e sul mio background personale. Essendo la tesi strutturata in vari momenti di ricerca, avventi in contesti e con persone differenti tra loro, mi sono ritrovata in situazioni che mi hanno portato a riflettere sul mio posizionamento in diversi modi. Nei momenti di osservazione partecipante ai presidi sindacali, avvicinandomi e presentandomi ai partecipanti, ero consapevole di essere lì, a differenza loro, nel ruolo di studentessa e di essere presente in quei momenti per interessi di ricerca; temevo quindi che questo mi potesse allontanare o che rendesse più complesso il mio relazionarmi con chi avevo di fronte.

Consapevole dell'esistenza di una dinamica di sbilanciamento di potere tra il ricercatore e i soggetti osservati, anche nell'interfacciarmi con le operatrici socio-sanitarie mi sono soffermata a riflettere sul mio posizionamento. In quanto donna giovane e studentessa universitaria sono lontana dal contesto lavorativo e di vita delle partecipanti. Per trasmettere e spiegare loro il mio interesse e vicinanza per i

temi riguardanti la salute occupazionale delle operatrici occupate all'interno di Rsa, raccontavo che anche mia madre lavora all'interno di una Rsa, anche se come addetta alle pulizie. L'aprirmi con loro su questo particolare aiutava a farmi percepire come una persona non completamente estranea alle questioni e problematiche di cui mi parlavano e mi ha fatto avvertire una maggiore disponibilità da parte loro nei miei confronti.

Inoltre, ho sempre preferito entrare in contatto con le operatrici sociosanitarie tramite conoscenze di miei *gatekeepers* o recandomi a presidi sindacali, evitando quindi di contattare direttamente le direzioni delle Rsa. Questo avrebbe comportato il rischio di inficiare il rapporto di fiducia tra ricercatrice e partecipanti alla ricerca.

Infine, ho tenuto in considerazione, per l'intera durata della mia ricerca, il motivo che mi ha spinto a studiare questo tema. Essendo io figlia di una addetta alle pulizie che lavora all'interno di una Rsa, e conoscendo già in parte le criticità del settore, mi sono sentita fin da subito coinvolta in questo contesto. Ho trovato quindi importante tener conto, nel mio processo di riflessività, di come le esperienze e le motivazioni pregresse potessero influenzare il mio sguardo e il progetto di ricerca, oltre che la costruzione del dato e la sua analisi.

3. IL CONTESTO DI RICERCA. LE PROBLEMATICHE STRUTTURALI DEL SETTORE E LA SICUREZZA SUL LAVORO DELLE OPERATRICI

In questo capitolo verranno presentati il contesto e le problematiche strutturali delle Rsa, analizzando come queste caratteristiche incidano sul lavoro e la sicurezza delle operatrici impiegate al loro interno. Queste tematiche sono state approfondite grazie alle interviste svolte ai sindacalisti della Cgil di Verona e Treviso, i quali si occupano di settore sanitario e sociale, e grazie alle testimonianze delle operatrici sociosanitarie. Il capitolo si focalizzerà sui problemi organizzativi che sono più spesso emersi durante lo svolgimento della ricerca, ovvero la carenza di personale all'interno delle residenze sanitarie e il minutaggio delle mansioni, aspetto che regola lo standard minimo di personale per pazienti. Nell'ultima parte verranno riportati i rischi di salute a cui le operatrici sono maggiormente esposte a causa delle problematiche del settore. Inoltre, saranno trattati i temi della prevenzione per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro secondo un'ottica di genere e, infine, quelli sull'idoneità al lavoro.

Si cercherà, come obiettivo finale, di dimostrare come questi vari aspetti siano legati tra loro e come si possano influenzare reciprocamente.

3.1. La fragilità del sistema sociosanitario: riflessioni sulle Rsa in Italia

Le Residenze Sanitarie Assistenziali possono essere definite come:

“Presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili al domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera modulato sulla base del modello assistenziale adottato dalle regioni e provincie autonome” (Fosti, Notarnicola, Perobelli, 2023, p. 59).

Da questa definizione emerge che esistono più tipologie di Rsa e che il modello di assistenza è tipico di ogni Regione. Infatti, in ogni contesto regionale sono presenti norme e regolamenti che caratterizzano i servizi di assistenza socio-sanitaria e assistenziale per la lungodegenza, componendo uno scenario nazionale molto eterogeneo.

Per quanto riguarda il contesto europeo, il settore delle attività sanitarie e di assistenza sociale è fondamentale in termini di garanzia della salute e del benessere dei cittadini, oltre ad essere centrale dal punto di vista della forza lavoro impiegata al suo interno. In molti paesi dell'Unione Europea, infatti, il personale sanitario e di assistenza sociale costituisce circa il 10% della forza lavoro totale. Inoltre, la domanda di assistenza a lungo termine è in crescita e questo trend eserciterà sempre più pressione in futuro, in quanto il numero delle persone anziane è destinato ad aumentare (EU-OSHA, 2022).

In Italia, si stima che gli anziani over 65 non autosufficienti siano cresciuti in percentuale del 0,6% tra il 2020 e il 2021, dati, anche qui, destinati ad aumentare (Fosti, Notarnicola, Perobelli, 2024). Nelle strutture residenziali socio-sanitarie e socioassistenziali si stimano esserci oltre 267mila anziani over 65, di cui la maggior parte sono in condizioni di non autosufficienza, donne e che hanno superato la soglia degli 80 anni (Istat, 2023).

Il settore socio-sanitario e assistenziale in Italia sta subendo dei forti cambiamenti; il welfare pubblico, infatti, non è in grado di soddisfare un bisogno potenziale in costante evoluzione. Il mutamento del tessuto sociale ha portato alla presenza di famiglie con necessità differenti tra loro e ad un aumento della domanda di servizi di assistenza. Per far fronte a questi cambiamenti, alle attività del settore pubblico si sono affiancate quelle private, sia in termini di strutture che di servizi. In questo scenario, il badantato resta negli ultimi anni l'offerta privata più capillare per accompagnare all'invecchiamento (Fosti, Notarnicola, Perobelli, 2024). Una soluzione, questa, che ricade però economicamente sulle singole famiglie, lasciando quindi scoperta quella fascia di popolazione che non ha la disponibilità di affrontarne la spesa.

Un'indagine sulla sostenibilità del settore della *Long Term Care* (*ibidem*) sottolinea vari aspetti che lo renderebbero in grado di sopravvivere o meno nel medio-

lungo periodo, avendo quindi risultati positivi da un punto di vista economico e contribuendo ad un miglioramento della qualità di vita all'interno della società in cui opera. A livello nazionale e internazionale, i temi che determinano la sostenibilità nel settore delle residenze sanitarie assistenziali comprendono i modelli di servizio, le competenze, il personale e i risultati economici.

Per quanto riguarda la sostenibilità economica del settore in Italia, la situazione risulta in progressivo peggioramento. L'aumento dei costi, soprattutto a seguito della pandemia da Covid-19, non è stato accompagnato infatti da un proporzionale aumento dei ricavi. Per quanto riguarda il tema economico, il finanziamento pubblico per la sanità e il *Long Term Care* vivono una tendenza decrescente. Questo ha determinato un peggioramento del contesto lavorativo del personale sociosanitario. Dal confronto con le operatrici che hanno partecipato alla ricerca, molte distinguono un prima e un dopo pandemia per quanto riguarda la situazione della struttura in cui operano e delle loro condizioni di lavoro.

Per quanto riguarda i modelli di servizio, la popolazione over 65 in Italia potrebbe arrivare al 34,9% del totale nel 2050, con un conseguente calo demografico e un complessivo aumento di famiglie senza nuclei, ovvero persone sole che non hanno una rete familiare che possa dare loro assistenza. Inoltre, le stime epidemiologiche sottolineano come si preveda un aumento delle incidenze della non autosufficienza tra la popolazione anziana, aspetto che necessiterà di una modifica ed un ampliamento dei servizi di assistenza sociosanitaria.

Anche prendendo in considerazione la sostenibilità sociale, non risultano esserci delle tendenze positive nel medio-lungo periodo. La prima motivazione è legata alla forte contrazione di disponibilità di personale all'interno delle strutture. Questa carenza provoca una pressione sul personale attivo, aumentando i carichi di lavoro e il divario tra ricompense riconosciute, aspettative e sforzi. La seconda ragione è legata invece alla crescita dell'età demografica e all'aumento dell'incidenza della non autosufficienza, che necessiterà quindi di cure differenti. Senza la significativa crescita di investimenti pubblici, il welfare non sarà in grado di rispondere alle nuove domande e bisogni della popolazione.

La questione dell'invecchiamento della popolazione, e il conseguente aumento degli anziani in condizioni di non autosufficienza, è tra le maggiori sfide che il

welfare italiano dovrà affrontare. Ad oggi, la maggior parte di questa fetta di popolazione non beneficia di alcun servizio pubblico *Long Term Care*. La situazione andrà a peggiorare per due questioni principali: da un lato, la struttura delle famiglie si sta assottigliando per componenti ed estensione della rete dei membri, comportando il fatto di non poter più essere l'unica responsabile delle attività di cura. Dall'altro, c'è un vuoto di offerta per quanto riguarda i servizi disponibili. Se questo vuoto non verrà colmato con interventi pubblici o iniziative imprenditoriali strutturate, ci sarà un aggravamento del carico sopportato dalle famiglie e dalla diffusione di soluzioni di emergenza, disordinate, disomogenee e inique (*ibidem*). Queste soluzioni, come precedentemente accennato, non possono essere disponibili per tutte le famiglie, ma solo per quelle con maggiore disponibilità economica e maggiore capacità di accesso ai servizi. Inoltre, un incremento del carico di lavoro di cura sulle famiglie rischia di gravare principalmente sulle donne, a cui viene attribuito, culturalmente e socialmente, questo compito.

Per il settore *Long Term Care* per non autosufficienti in Italia, una stima approssimata della copertura del fabbisogno di risposta assistenziale fa emergere un quadro complesso (Fosti, Notarnicola, Perobelli, 2023). Rispetto al 2019, lo scenario presenta una diminuzione dello 0,5% della disponibilità di posti letto in strutture residenziali di afferenza sociosanitaria, una diminuzione del 25% dei posti letto in residenze di afferenza sociale, un -4% di posti letto in servizi semiresidenziali sociosanitari e una diminuzione del 16% delle ADI, ovvero dell'assistenza domiciliare integrata (*ibidem*). I dati possono essere motivati dalle normative regionali che durante la pandemia hanno imposto le chiusure dei servizi o delle modifiche ai criteri di accesso. Questo ha causato una minor domanda di inserimento nei servizi, legato anche ad un incremento della mortalità della popolazione anziana che usufruiva di queste prestazioni durante gli anni della pandemia. Ciò nonostante, la copertura del bisogno dei servizi sociosanitari pubblici è molto contenuta, costringendo le famiglie a prendersi carico privatamente dei costi e delle necessità che il welfare non è in grado di coprire.

Il settore, in particolare quello dedicato agli anziani non autosufficienti, si presenta come frammentato, sotto-finanziato, con normative e regolamenti regionali non aggiornati ai cambiamenti demografici, sociali ed epidemiologici. Inoltre, le

problematiche del settore risultano essere questioni non considerate in modo adeguato dalla politica e dalla policy. Il Covid-19, e il conseguente momento di criticità vissuto dal sistema sanitario, ha solo anticipato ed enfatizzato problemi inevitabili, come quello della fragilità del welfare pubblico e delle prestazioni di cura in generale.

Risulta essere altresì necessario rivedere gli standard richiesti e le modalità di organizzazione e impostazione dei servizi, in quanto stanno vivendo una rapida mutazione in base ai bisogni e profili degli ospiti, anche loro con necessità in costante cambiamento. Sempre di più ora i servizi sociosanitari si sovrappongono a quelli di riabilitazione o lungodegenza, aspetto che deve essere tenuto in considerazione anche nell'organizzazione del lavoro delle figure professionali che operano all'interno delle strutture.

3.2. Il problema strutturale della carenza di personale

La figura professionale delle operatrici sociosanitarie, come precedentemente riportato, è presente nelle strutture che offrono servizi sanitari e sociali gestiti da enti pubblici, privati e da cooperative sociali. Questo lavoro ha, per sua natura, varie complessità, legate soprattutto allo sforzo fisico ed emotivo che caratterizza il lavoro di cura. A questi aspetti si aggiungono poi problematiche riguardanti le normative e i regolamenti applicati al contesto sociosanitario, la carenza strutturale di personale e la svalutazione del lavoro a causa di condizioni contrattuali sempre più critiche, con bassi salari e turni di lavoro sempre più pesanti.

“Nelle Rsa la situazione è problematica perché in questo momento c'è carenza di operatrici, molti concorsi che sono stati fatti non vedono graduatorie, che vengono esaurite velocemente e ogni struttura si ruba operatrici a vicenda, non ci sono molte nuove assunzioni di nuove Oss. Questo è dovuto essenzialmente a due ragioni: è un lavoro gravoso, usurante, le condizioni di lavoro sono molto difficili e molto spesso non c'è il livello di retribuzione adeguato. Quindi magari c'è chi il posto lo avrebbe pure trovato ma si dimettono...”

questo è sintomatico di una situazione molto difficile” (V., segretario provinciale della Cgil di Verona).

In questo estratto di intervista svolta ad uno dei sindacalisti emerge come la situazione presente nelle Rsa sia critica a causa di mancanza di personale. Questo elemento peggiora le condizioni di lavoro per quanto riguarda turni, carico di lavoro e pressione psicologica vissuta delle operatrici, che a causa di queste ragioni decidono di dimettersi. Anche la questione economica, poi, è critica: per quantità e tipo di lavoro svolto, la retribuzione non è adeguata, comportando una bassa attrattività per il settore, oltre che una svalutazione per la mansione svolta dalle operatrici.

Il rapporto dell’Osservatorio *Long Term Care* (Fosti, Notarnicola, Perobelli, 2024) ha indagato il problema della irreperibilità di lavoratori nel settore. Gli elementi negativi che vanno ad impattare la sostenibilità del personale e delle competenze si confermano essere il *turnover*, la bassa attrattività del settore e la carenza del personale. Queste criticità si traducono in quello che viene definito come un circolo vizioso nel settore socioassistenziale: i lavoratori e le lavoratrici, insoddisfatti delle condizioni di lavoro e contrattuali, manifestano un basso livello di benessere, che si concretizza poi con l’abbandono dell’occupazione. Il tutto comporta un alto *turnover* nelle strutture, sia pubbliche che private, e una ormai strutturale mancanza di personale.

Il fabbisogno di lavoratori è legato sia al livello dei servizi che il settore socioassistenziale offre, sia alle politiche pubbliche. Sul piano dei servizi, il settore attraversa una crisi di personale che sta causando principalmente tre conseguenze. Ne risentono infatti le performance economiche delle aziende, l’incidenza di *burnout* e il livello di stress dei professionisti attivi e infine la qualità degli stessi servizi erogati dalle aziende. Dal punto di vista invece delle politiche pubbliche, emergono tre difficoltà principali: la crescita della produzione normativa e regolatoria, la staticità nella visione dell’offerta e l’eterogeneità dei sistemi di regole tra le regioni. La frammentazione delle normative e dei servizi, oltre che delle risposte alla crisi strutturale che colpisce il settore, rischiano di creare nel lungo periodo disparità ed eterogeneità territoriali.

Queste considerazioni confermano il fatto che non è possibile parlare della carenza di personale, e dei problemi ad essa connessi, senza metterla in relazione alle caratteristiche dei gestori, ai modelli di servizio, allo stato delle policy e ai modelli di business implementati dalle aziende ed enti del settore (*ibidem*). Il problema della mancanza di forza lavoro, quindi, non è solo numerico, ma ha radici molto profonde nel modo in cui il lavoro e la professionalità si sono negli anni sviluppati, venendo accompagnati a determinate regole di funzionamento dei servizi socioassistenziali e sanitari. La crisi del personale colpisce maggiormente gli enti del terzo settore come cooperative e fondazioni, rispetto agli enti pubblici, a causa delle condizioni contrattuali ed economiche più favorevoli di questi ultimi:

“Per quanto riguarda le Rsa, è chiaro che molti operatori erano interessati [ai concorsi pubblici] perché in generale in tanti che lavorano nelle Rsa hanno fatto il concorso per entrare in sanità pubblica, poiché ci sono condizioni, soprattutto economiche, più vantaggiose e quindi il posto attira di più. [...] Nel privato che seguo io la situazione è peggiore. Abbiamo dei contratti di lavoro che da un punto di vista di condizioni contrattuali sono peggiori rispetto a quelli pubblici, ma anche da un punto di vista economico” (V., segretario provinciale della Cgil di Verona).

Il settore pubblico risulta essere più attrattivo per il personale sanitario, ma anche più complesso accedervi per gli operatori sociosanitari. La contrazione delle risorse economiche investite nel settore sociosanitario comporta il fatto che le nuove assunzioni sono sempre più limitate, a discapito invece di un aumento del settore privato.

La mancanza di lavoratori, inoltre, produce delle conseguenze profonde anche a livello economico, oltre che la diminuzione della qualità dei servizi che vengono erogati. Infatti, si rischia l'assenza di aspetti fondamentali nelle strutture sociosanitarie, come la costanza e la qualità delle relazioni che si instaurano tra pazienti e personale, con il conseguente venir meno della sfera relazionale di cura. Inoltre, si registrano delle ripercussioni che pesano sui lavoratori già impiegati, i quali devono farsi carico di problemi che conseguono il fabbisogno di personale, facendo

registrare un aggravamento del *burnout*, stress, un aumento dei carichi di lavoro e del *turnover*.

“Si è sempre sottorganico, le condizioni degli ospiti non sono più quelle di un tempo, molto spesso sono in condizioni... arrivano nelle Rsa per andarsene da lì a qualche giorno, e questo significa una necessità di assistenza di un certo tipo. Le condizioni sono molto dure, turni molte volte massacranti, soprattutto in certi periodi come quello estivo, in cui ovviamente bisogna mandare le persone in ferie; quindi, si aggrava una condizione che c'è negli altri periodi dell'anno... il problema quindi è questo, turni... turni sempre più difficili, carenza di personale, i turni dove si dovrebbe essere 3 o 4 si è in 2... questo è difficile sia per gli operatori che per gli ospiti. Gli ospiti, se ci sono meno operatori, hanno meno servizi” (V., segretario regionale della Cgil di Verona).

Le condizioni di salute dei pazienti, sempre meno indipendenti, comportano il bisogno di un'assistenza totale, che richiede al personale maggiori sforzi e più attenzioni. Il problema sta nel fatto che, ad un incremento di pazienti che necessitano maggiori attenzioni, non aumenta in proporzione il tempo da poter dedicare loro o il personale sanitario che possa adeguatamente seguirli. Questo aspetto viene confermato anche dalle operatrici, le quali sottolineano l'aumento del carico di lavoro a seguito della situazione:

“Gloria: Una volta eravamo in 50 e lavoravamo bene. Adesso con lo stesso personale lavoriamo male perché comunque gli ospiti come ti dicevo...

Elena: sono aumentati tanto rispetto...

G: sono diventati molto più dipendenti, una volta erano molto autosufficienti insomma, quindi tu come diceva...

E: ce n'erano parecchi che camminavano adesso non c'è quasi più nessuno che cammina

G: in un nucleo stava un operatore e riusciva... faceva il minimo, insomma, facevi l'igiene intima e loro si vestivano, si arrangiavano da soli... adesso lo stesso ospite, anche se cammina, tu devi lavarlo e vestirlo completamente, perché non è più autosufficiente perché ovviamente non si prendono insomma...

E: Riuscivamo a trovare il tempo anche per fare qualcosa di diverso da solo lavarli vestirli... e c'erano i momenti...

G: l'operatore fa anche il benessere, il tutto compreso... sistemare il comodo, trovare magliette, le unghie, i capelli...

E: chiacchiere

G: anche solo il dialogo..." (Gloria, Elena, focus group n.2, Oss).

Le parole delle operatrici confermano qui il fatto che negli anni il numero di personale non è aumentato, a discapito invece di un esponenziale incremento degli ospiti e dei cambiamenti delle necessità di questi ultimi. Inoltre, le partecipanti Gloria ed Elena fanno emergere anche un altro elemento, ovvero che la mancanza di personale e di tempo per prendersi cura degli anziani, porta ad un venir meno di tutte quelle attività che sarebbero di competenza delle operatrici. La relazione umana e il prendersi cura dei pazienti, anche instaurandoci un dialogo, è di centrale importanza nella professione delle operatrici. L'occuparsi del benessere dei pazienti non comprende solo le azioni essenziali come l'igiene e i pasti; alla componente assistenziale, infatti, si dovrebbe poter accompagnare anche quella sociale e relazionale.

La mancanza di personale, quindi, incide con forza nel benessere delle operatrici; durante la ricerca, questo aspetto emergeva come uno dei principali problemi, che comporta una mancanza di tempo per riuscire a svolgere le proprie mansioni, orari di lavoro pesanti, con lunghi turni prolungati, e saltati riposi. Inoltre, questo porta ad un venir meno dell'aspetto relazionale della professione delle operatrici:

"Barbara: perché *no ghe se operatori, no ghe se i infermieri...* anche gli infermieri, non so, non so come andremo a finire.... perché sono tutti, anche tutti in casa di riposo, gli ospedali anche, perché sento anche gli ospedali [che manca personale], però *noialtri semo* stressati al massimo... perché me tocca fare, cioè me no, perché ho fatto una volta doppio turno e ho detto mai più, però magari fare un pochino di ore in più dopo il turno *pa* agevolare.

Io: E quanto dura un turno?

B: Il turno è di 7 ore, però adesso ti dico, il mese che viene, a settembre, *ghe se due operatori che manca*, perché una *ga da fare un'operazione e l'altra se ga fatto male*, ok, e quindi hanno già fatto il turno, invece di cominciare il

turno al pomeriggio, dalle 2 fino alle 9, di cominciare alle 10, fino alle 9, sono 11 ore di lavoro...” (Barbara, intervista, Oss)

Nel contesto sanitario pubblico veneto, la questione delle assunzioni è stata recentemente al centro di contestazioni sindacali⁵. Nonostante la mancanza di personale e i concorsi pubblici aperti per operatori sociosanitari, sul piano regionale non vengono approvate nuove assunzioni che sarebbero invece necessarie per sopperire alla mancanza di personale:

“Per le Oss che lavorano in ambito sanitario c’è una graduatoria aperta da parte di Azienda Zero; il concorso Oss è iniziato due anni fa per varie assunzioni, circa 2000 persone, e scade il 20 luglio: il problema che rimane è che non fanno scorrere personale. Nell’area veronese ci sono graduatorie aperte per 300 Oss, e noi stiamo spingendo perché li assumano, cosa che fanno in parte perché non li hanno assunti tutti nonostante la carenza di personale negli ospedali e Rsa” (S., sindacalista Cgil Verona).

La situazione sul piano sociosanitario ha subito un accelerato peggioramento con il Covid-19. Anche negli anni precedenti al periodo di pandemia si assisteva ad una svalutazione del settore sociosanitario e delle sue risorse umane da parte delle politiche pubbliche, con una conseguente contrazione del personale sanitario. Nel 2020, dunque, il Sistema Sanitario Nazionale si è trovato a dover gestire la crisi con un numero ridotto di lavoratori (Vicarelli, Giarelli, 2021).

“La situazione è molto molto complicata, lo era già pre-Covid quando i rapporti tra numero ospiti e numero Oss non erano come dovevano. Il Covid ha fatto completamente impazzire la maionese, peggiorando la situazione dei servizi sanitari e socio residenziali, ha cambiato molto il modo di accogliere e mandare gli anziani nei servizi socio residenziali” (M., Segretaria generale funzione pubblica Cgil di Treviso).

⁵ Cgil Veneto (21 Giugno 2024) “Scadenza graduatorie OSS in Veneto, nessuna proroga dalla Regione” <https://www.fpegilveneto.it/notizie/581-scadenza-graduatorie-oss-in-veneto,-nessuna-proroga-dalla-regione.html> (ultimo accesso 15/10/2024)

La pandemia ha potenziato la già difficile situazione all'interno delle Rsa, sia da un punto di vista organizzativo che delle condizioni di lavoro del suo personale. A partire dal 2021, si registra la mancanza di oltre un quarto degli infermieri e un quinto di medici e operatori necessari per il normale funzionamento dei servizi residenziali per gli anziani (Fosti, Notarnicola, Perobelli, 2023). Nelle prossime pagine verranno riportate le testimonianze delle operatrici partecipanti alla ricerca. Tutte ricordano il momento del Covid-19 con dolore, sottolineando il fatto di aver dovuto lavorare sottorganico a causa delle infezioni che colpivano i colleghi, comportando un generale aumento dei carichi di lavoro, oltre al dover vivere una situazione di forte stress.

La strutturale carenza di personale sociosanitario è legata al tema del minutaggio all'interno del settore sociosanitario, aspetto che verrà approfondito successivamente.

3.3. Il minutaggio del lavoro all'interno delle Rsa

La gestione del personale è strettamente legata a regole e normative regionali, le quali definiscono, attraverso i minutaggi, il rapporto tra ospiti e figure professionali all'interno delle strutture. I parametri stabiliti diventano per le aziende sanitarie un modo per adagiarsi al livello minimo di servizio da garantire, appesantendo i carichi di lavoro del personale e comportando un peggioramento del servizio. In ogni regione si trovano delle condizioni differenti in base a norme e regolamenti che caratterizzano le Rsa. La questione relativa alla carenza strutturale di personale per il settore *Long Term Care* impatta anche sul minutaggio assistenziale, con una conseguente riduzione dei tempi da dedicare agli ospiti.

Il tema del minutaggio è emerso frequentemente nel corso della ricerca, sia da parte delle operatrici, che dei sindacati e durante i presidi sindacali.

In Veneto la normativa legata alla residenzialità per anziani si concentra unicamente sulla residenzialità sociosanitaria. (Fosti, Notarnicola, Perobelli, 2023). Nella Regione, gli standard di personale vengono definiti per titoli professionali per

quanto riguarda i criteri di definizione, mentre la quantificazione di personale viene definita in base al rapporto operatori/ospiti.

La Delibera della Giunta Regionale n. 610 del 29 aprile 2014⁶ della Regione Veneto stabilisce i minuti/giorni di assistenza sanitaria che infermieri e operatori sociosanitari devono dedicare alla singola persona assistita nelle varie unità operative. Sono stati quindi individuati i valori minimi di riferimento che si ritiene possano rappresentare, per le singole aziende e per la regione, uno strumento di pianificazione, gestione e controllo dei modelli organizzativi delle strutture gestite.

Le strutture stanno quindi dentro i minimi assistenziali definiti dal minutaggio per quanto riguarda le assunzioni di personale; questi numeri, però risultano non rispecchiare l'effettiva necessità di operatori e infermieri, continuando quindi ad appesantire i carichi di mansioni.

“Il problema maggiore è il carico di lavoro eccessivo ed è aumentato... c'è carenza di organico ma la Regione si giustifica grazie alla Delibera regionale 610 che determina i minimi assistenziali a livello ospedaliero... la regione sta dentro questi minimi assistenziali. Dentro questa delibera c'è la spiegazione del minutaggio che determina quanti Oss e infermieri ci sono in base alla tipologia di reparto in cui si lavora. C'è un modo per calcolare quanti Oss e infermieri minimi ci dovrebbero essere. Il fatto reale è che però si è sempre sotto questo rapporto, sottorganico. In questo momento le aziende ospedaliere pubbliche stanno assumendo all'80% in turn over... 10 persone se ne vanno, e ne assumono 8” (S., sindacalista Cgil di Verona).

La delibera regionale 610 stabilisce il valore di riferimento regionale in minuti per l'assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera. Questa regolamentazione ha lo scopo di definire i valori minimi di riferimento, permettendo così di valutare il giusto posizionamento e la distribuzione delle figure lavorative, delineando un punto di riferimento regionale. Questi tempi dovrebbero tenere in considerazione le differenti variabili che incidono sulle attività assistenziali del personale, come la mobilitazione, il monitoraggio sistematico dei pazienti, la

⁶ Bollettino ufficiale della Regione Veneto (20 Maggio 2024) <https://bur.regione.veneto.it/Bur-vServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=273829>(ultimo accesso 17/10/2024)

prevenzione dai rischi e la presa in carico delle persone assistite secondo la corretta assistenza nell'ottica della loro sicurezza. Sono, inoltre, considerate nel calcolo del minutaggio le variabili di carattere organizzativo, come gli apparati tecnologici, il sistema informativo, la distribuzione logistica degli ambienti di lavoro e l'erogazione dei servizi "no core" necessari al modello organizzativo/assistenziale.

Il minutaggio è espresso in TEMA, ovvero il tempo di erogazione dei minuti di assistenza, ed esprime il valore dei minuti per persona assistita al giorno. Infine, per determinare il valore del TEMA è stato utilizzato l'indicatore di presenza media dei pazienti.

$$Tema_{AreaOmogenea} = \frac{\sum_{AreaOmogenea} MinutiDiAssistenzaINFERMIERI + \sum_{AreaOmogenea} MinutiDiAssistenzaOPERATORI}{\sum_{AreaOmogenea} PresenzaMedia}$$

TEMA: valore di riferimento in minuti assistenziali. Dgr n. 610 (29 Aprile 2014)

I valori minimi di riferimento per il personale di assistenza sono stabiliti in base al comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera.

Nel confronto con le operatrici e con i sindacalisti emergono, in relazione del tema del minutaggio, punti di vista molto negativi. Il conteggio, infatti, non rappresenta la reale esigenza di personale e le tempistiche necessarie per occuparsi dei pazienti. Inoltre, il fatto di limitare con un minutaggio la cura delle persone risulta essere, per i partecipanti alla ricerca, sbagliato sul piano sia etico che relazionale, per la natura della professione del personale sociosanitario.

Il minutaggio delle mansioni da svolgere si lega, quindi, a due questioni principali: la mancanza pratica di tempo per riuscire a compiere il proprio lavoro e il venir meno del rapporto umano con i pazienti:

“I minimi sono adesso riferiti in minuti [...] nella delibera il riferimento ai minuti è abbastanza annacquato, si prende in considerazione un periodo molto lungo, quindi magari ci sono mesi in cui si va sotto i limiti... il problema è che secondo me questi limiti non sono... sono molto stretti e dal mio punto di vista, quando si ha a che fare con l'assistenza alle persone, persone fragili non si può definire tutto con il minutaggio. Non c'è solo l'alzata, il pranzo, il

bagno, queste attività necessarie ovviamente, ma c'è anche qualcosa in più, il rapporto che si instaura e quello andarlo a misurare con i minuti non si può fare... Quello che mi raccontano i nostri delegati nelle nostre strutture è che occorre fare tutto di fretta e di solito quando c'è fretta il rapporto umano ne risente e anche la sicurezza per i lavoratori" (V., segretario provinciale della Cgil di Verona).

Il dover svolgere le mansioni velocemente mette a rischio anche la sicurezza delle operatrici. Avere poco tempo, infatti, può comportare lo svolgere movimenti scorretti, inciampare, svolgere da sole azioni che si dovrebbero compiere in più persone solo per non doversi fermare e chiedere aiuto. Tutte queste problematiche legate alla salute e sicurezza nelle Rsa verranno approfondite successivamente.

La questione del minutaggio è emersa con forza anche durante la ricerca con le operatrici, le quali, in tutte le interviste o focus group, si sono più volte soffermate sui problemi che il minutaggio comporta, sottolineando come incide sul loro benessere e sul modo di relazionarsi con i pazienti:

“Gloria: I nonni che sono là sempre... Loro stanno sempre a aspettare qualcuno, chiedono sempre le stesse cose, perché ovviamente, cioè coinvolgerli in qualcosa... anche manipolazione.

Elena: Una volta mi ricordo che li portavo su, dove c'era la sala da pranzo del blu, andavo là a piegare sacchetti, a fare queste robe qua, cuciva, si perdevano...

G: Qualcosa che adesso era stato introdotto all'm13, m14, anche un semplice gioco con la palla

Sandra: Ma non si riesce perché...

E: Ma come fai, appunto. Ma comunque sei presa per il collo e non ce la fai...

G: Ora che andavi a cercare la palla, dove sono le cose, ti perdi tempo. Alla fine, già è ora di poterli a pranzo, quindi ti perdi tutto... Che loro infatti quel gioco piace, perché...

S: Con i minuti contati non riesci a fare niente" (*Gloria, Elena, Sandra, focus group n.2, Oss*).

Il minutaggio delle mansioni restringe le tempistiche, non lasciando spazio alla relazione con i pazienti e a quelle attività relative alla sfera sociale e di cura che rientrano nel lavoro delle operatrici.

“Poi hai i minuti contati per quanto riguarda la relazione con l’ospite. Perché a volte se sei sotto numero non hai neanche tempo di dedicare quei 5 minuti di relazione a cui avrebbero diritto e te lo chiedono. Non in tutti i reparti sono non lucidi, in certi reparti ci sono persone lucide, che hanno bisogno di una relazione” (*Monica*, focus group n.1, Oss).

In questo caso, *Monica*, che lavora in un nucleo protetto in cui gli ospiti presenti sono anziani con disturbi neurodegenerativi, sottolinea che nei reparti ci sono pazienti che definisce “*lucidi*”, che avrebbero quindi maggior bisogno di instaurare delle relazioni umane con gli operatori, di parlare ed essere ascoltati. Questo non risulta possibile però a causa della mancanza di tempo, che rende il lavoro delle operatrici sempre meno umano, più vicino all’idea di lavoro “a catena”, come diverse partecipanti hanno riportato:

“Gloria: non c’è il tempo insomma

Elena: è un modo diverso di lavorare, diventa una catena

G: sì sì, i minuti contati insomma... devi fare questo, questo, questo, quest’ora questo, quest’ora...

Io: ma all’aumentare dei pazienti non aumentano anche...

E: non si trovano

G: non ci sono operatori

[...]

Sandra: Perché, comunque, loro viaggiano qui con i parametri che gli dà la Regione. Perché gli operatori sono con i parametri e la Regione dice per tot ospiti, tot operatori.

E: C’è il minutaggio. E noi ci siamo....

S: Dopo che metà sia malati, è un altro discorso, però...

E: Sulla carta sono presenti, fisicamente no, ma non importa.

S: Sulla carta ci sono. Allora, forse la Regione deve capire che magari deve modificare i parametri, perché gli ospiti sono peggiorati. Una volta gli ospiti erano molto più autosufficienti... Adesso...

E: Tanto che uscivano da soli, andavano in paese... Adesso non sono più in grado” (*Elena, Sandra, Gloria*, focus group n.2, Oss).

In questo momento della ricerca emerge un’ulteriore questione legata al minutaggio e ai parametri del personale sociosanitario che dev’essere presente nei reparti. Nonostante il numero di personale sociosanitario per paziente venga rispettato, anche se ai valori minimi, non si tiene considerazione degli operatori assenti per motivi come malattie o infortuni. La mancanza di personale per coprire queste assenze fa sì che si lavori sottorganico; il carico di lavoro rimasto scoperto ricade su chi è presente, comportando un aumento dei turni e il dover seguire un maggior numero di pazienti con la stessa disponibilità di tempo.

“Gloria: Infatti si va in infortunio per qualsiasi cosa, infatti vai... facendo le cose così, come si dice?

Elena: In modo schematico

G: schematico, non ti fermi un attimo a pensare, non è che puoi fermarti, dovresti fermare a pensare perché potrebbe essere infatti che cadi e ti fai male. [...] uno va così in velocità, fa le cose e in un tot di tempo in cui sa che devi fare tutte queste cose, che non ti rendi conto che puoi farti male, hai capito

E: Anche se sei stanco... turni su turni” (*Gloria, Elena*, focus group n.2, Oss).

La questione del minutaggio e della mancanza di tempo per svolgere correttamente il proprio lavoro espone quindi le operatrici ad una elevata possibilità di infortuni, a causa di un eccessivo carico di lavoro e di un ristretto periodo di tempo per poterlo svolgere. Inoltre, questi limiti comportano una pressione anche sul piano psicologico, legandosi quindi al rischio di sviluppare disturbi da stress lavoro-correlato.

3.4. Sicurezza e salute nel settore sociosanitario: il legame tra condizioni di lavoro e malattie professionali

Nel contesto delle malattie professionali si registra, sia a livello nazionale che internazionale, un aumento dei disturbi muscolo-scheletrici (DMS) e dello stress lavoro-correlato, patologie che caratterizzano il nuovo modello di produzione. I disturbi muscolo-scheletrici si presentano con aspetti tipici come lo svolgere movimenti ripetitivi, la movimentazione di carichi e lo stare in posture sbagliate (Di Stefano, Fontana, 2017). Questi elementi contraddistinguono il lavoro delle operatrici sociosanitarie; come già precedentemente sottolineato, le azioni svolte con maggiore frequenza sono il sollevare o movimentare i pazienti e il compiere movimenti ripetitivi, spesso con tempistiche limitate che portano a dover svolgere velocemente i movimenti, rischiando di compierli nel modo scorretto.

“Il tema dell’Oss nelle strutture socio residenziali è: “io non riesco a fare tutto quello che mi è stato detto e per farlo non ho il tempo necessario”. Non c’è il tempo necessario per farlo e per farlo bene. Questo vuol dire che corro, mi faccio male, uso posture sbagliate, quindi magari non faccio infortunio ma divento una malattia professionale da qui a dieci anni” (M., segretaria generale funzione pubblica Cgil di Treviso).

I dati Inail (2023) sugli infortuni sul lavoro nella sanità segnalano che le lavoratrici in questo settore sono le più infortunate. Nel 2022 in Italia gli infortuni denunciati nel settore della sanità e nell’assistenza sociale sono stati 94.535, il 21% delle denunce dell’intera gestione assicurativa Inail Industria e Servizi. Tra il numero degli infortunati denunciati nel settore, il 71% interessano le donne e la maggior parte è impiegato nell’ambito delle attività dei servizi ospedalieri. Gli infortunati svolgono prevalentemente il lavoro di infermiere professionale (33%) e operatore sociosanitario (circa il 28%). Tra gli infortuni, le lesioni fisiche più frequenti registrate sono contusioni e lussazioni/distorsioni (36%) e le fratture (oltre il 14%); altri infortuni presenti, anche se in percentuali minori, sono le lesioni da sforzo, le lesioni

da agenti infettivi o da infezione da parassiti. In generale, le aree più interessate riguardano gli arti inferiori, gli arti superiori e la colonna vertebrale.

Anche per quanto riguarda le malattie professionali registrate nel settore sanitario, i dati Inail (*ibidem*) confermano una prevalenza femminile nel numero di denunce. Inoltre, nel totale di malattie professionali nei servizi di assistenza sociale residenziale, le lavoratrici risultano essere l'89,3%.

“Io ho notato che c'è un aumento delle malattie professionali, quindi è un lavoro duro, gravoso e che incide sulla salute delle persone... Nella condizione con gli organici sempre all'osso, tempistiche molto ristrette, c'è una esasperazione di queste problematiche. Quindi malattie ordinarie sempre più numerose, che a volte potrebbero anche essere “l'ancora di salvezza”, che è brutto da dire ma a volte diventa il rifugio di chi non ce la fa più. Quando si vede che da una percentuale ordinaria delle malattie che ci sono ci sono dei picchi, significa che la malattia diventa un'ancora di salvataggio” (V., segretario provinciale Cgil di Verona).

Viene in questo caso ribadito, quindi, la correlazione tra la condizione di carenza di personale, le tempistiche limitate e l'aumento delle malattie professionali.

3.4.1. L'adeguatezza della prevenzione sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in un'ottica di genere

Uno dei temi presi in analisi durante la ricerca riguarda i corsi di formazione e aggiornamento sulla salute e sicurezza all'interno dei luoghi di lavoro. Il personale sociosanitario è obbligato a seguire, generalmente a cadenza quinquennale, dei corsi di formazione. L'Art. 37 del D. Lgs. n. 81/08, relativo alla “Formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti” sancisce l'obbligo per i datori di lavoro di far svolgere corsi di aggiornamento in materia di salute e sicurezza ai propri dipendenti in riferimento ai concetti di: rischio, danno, prevenzione, protezione,

organizzazione della prevenzione aziendale, diritti e doveri dei vari soggetti aziendali, organi di vigilanza, controllo, assistenza⁷.

La domanda posta alle operatrici partecipanti al progetto di ricerca riguardava l'adeguatezza o meno dei corsi per la salute e sicurezza e se questi tenessero conto delle differenze di genere.

Per quanto riguarda l'utilità dei corsi, tutte le operatrici concordano sul fatto che sono molto importanti. Questi spiegano infatti come svolgere le mansioni, come sollevare i pesi o come prestare attenzione a specifici movimenti. Per quanto riguarda la loro adeguatezza, però, alcune operatrici denunciano il fatto che dovrebbero venir svolti con una maggiore frequenza. Sarebbe, inoltre, necessario si affiancasse ai corsi per la salute e sicurezza un supporto psicologico che dia gli strumenti alle operatrici per gestire situazioni di stress e di difficoltà emotiva che caratterizzano il loro lavoro:

“Noi, lavorando in un nucleo così, chiediamo spesso un aiuto, un supporto psicologico, sia per gestire loro, sia perché arrivi ad un punto in cui sei talmente saturo che hai bisogno di un supporto. Ma ultimamente corsi di formazione o supporto psicologico zero” (*Monica*, focus group n.1, Oss).

Monica fa riferimento al fatto di lavorare in un nucleo della Rsa in cui sono presenti pazienti con disturbi neurodegenerativi. Questo rende più faticoso il lavoro da un punto di vista mentale, motivo per cui afferma che ci sarebbe bisogno di supporto per riuscire a gestire il carico emotivo e psicologico.

“Sandra: Sai cosa? Che a livello nazionale... Corsi di sicurezza per le case di riposo non ce ne sono... Io ho fatto le 38 ore di corso per RSL. Faccio ogni anno le 8 ore di corso per... Ma la casa di riposo è messa dentro sui corsi che fanno per le fabbriche. Quindi quando io faccio una domanda... Non sanno neanche rispondere.

Elena: Non sa neanche rispondere...

⁷GazzettaUfficiale, https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=6&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=008G0104&art.idArticolo=37&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2008-04-30&art.progressivo=0 (ultimo accesso 18/10/2024).

S: Allora, a livello proprio di chi organizza i corsi... Perché ho sentito altri RSL, che dovrebbero fare proprio dei corsi per le case di riposo... Perché i problemi sono altri.

Io: Certo.

S: Sono altri. Perché... eh “non si deve sollevare più di 10 chili” ... Ho capito, io ho anche il sollevatore. Ma quando giro un ospite non pesa 10 kg. E se l'ospite è... che non capisce, gli dico. “Gira, gira che” ... Ed è un po' confuso...

E: bisogna che *teo giri ti*

S: *teo giri ti e de peso perché lui... Tu lo giri e lui spinge*” (Elena, Sandra, focus group n.2, Oss)

Le operatrici denunciano qui l'inadeguatezza dei corsi per la sicurezza in merito alla loro professione. Sandra, che è referente per la sicurezza e rappresentante sindacale, sottolinea l'assenza di corsi specifici per il lavoro delle operatrici nelle case di riposo. Le formazioni sono infatti comuni a quelle per altre professioni, come il lavoro in fabbrica, ma i rischi e le caratteristiche delle mansioni sono molto diverse. Come spiegano Sandra ed Elena, nei corsi che frequentano viene detto loro di non sollevare più di 10 chili, ma nel lavoro delle operatrici ciò è impossibile. Nonostante le attrezzature presenti che facilitano e alleggeriscono il lavoro, come i sollevatori presenti nei reparti, i pazienti non autosufficienti devono essere movimentati “di peso”, comportando un maggiore sforzo fisico per il personale sanitario. Sarebbe quindi necessaria la presenza di corsi specifici per il settore, che tengano conto delle sue caratteristiche e delle specifiche mansioni svolte dalle operatrici.

Una questione che ponevo al centro della discussione durante le interviste e focus group è quella della presenza di differenziazioni di genere sui corsi per la salute e sicurezza sul luogo di lavoro. Infatti, come già precedentemente accennato, il D. Lgs. n. 81/2008 definisce che le misure di salute e sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro devono considerare le differenze di genere in relazione alla valutazione del rischio e alla predisposizione delle misure di prevenzione.

Dal confronto con le partecipanti alla ricerca emerge che la differenza di genere non viene considerata. Gli infortuni e i rischi, infatti, sono ritenuti uguali per uomini e donne in quanto le mansioni non cambiano, ma le differenze fisiche rendono

eterogenea l'esposizione ai rischi. Come già riportato precedentemente, l'approccio di genere nella salute e sicurezza sul lavoro riscontra tutt'ora molti limiti. La prevalenza di un approccio neutro non tiene conto delle differenze fisiche e biologiche tra uomo e donna nell'entità e modalità di esposizione.

“Sandra: Non è calcolato. Ripartiamo dal discorso che non è proprio calcolata la prevenzione del lavoro su un ente sanitario... Non capiscono che lo scheletro di una donna, anche grossa e grande come me, è diverso da uno scheletro di un uomo.

Gloria: Certo

S: Un uomo può tirare su un ospite di 70 kg... Io non ce la faccio da sola. Quindi... Io devo lavorare con... Con un'altra... Perché sennò *me spacco*. E se ci siamo spaccate è proprio per quello [...]

G: No, no, infatti questa cosa qua... Sinceramente io non ci avevo mai pensato che non c'è proprio... Perché quando vai su un medico di lavoro e gli stessi carichi sono per gli uomini e per le donne, non va bene. Questo deve cambiare completamente dalla base, sta roba qua” (*Gloria, Sandra, focus group n.2, Oss*).

La differenza di genere è intesa in questo contesto come una differenza fisica, biologica e anatomica, e questa, nei corsi per la sicurezza e la salute e nella organizzazione del lavoro e distribuzione delle mansioni, non viene presa in considerazione. L'assenza di questi aspetti è particolarmente rilevante poiché le donne compongono la maggior parte della forza lavoro del settore sociosanitario.

Una possibile causa di infortunio per le donne è la presenza di utensili e macchinari progettati non tenendo conto delle differenze fisiche che caratterizzano le donne, come può ad esempio essere la lunghezza degli arti (Carducci, Caponi, 2014). Risultano essere inoltre ignorati i possibili pericoli derivanti dal lavoro domestico: le responsabilità di questo restano ancora oggi sbilanciate tra uomini e donne. Queste ultime sono quindi esposte ad una duplice esposizione al rischio, sia per quando riguarda il contesto lavorativo che per quello domestico. Il carico lavorativo familiare incide sulla salute fisica e psicologica delle donne, in quanto diventa un fattore di rischio di disturbi psicologici da stress (*ibidem*).

“Secondo me già una donna per dirti, che comunque, tra menopausa, figli, gravidanze... quando sei arrivata a 50/55 anni è un'impresa venire qui dentro, dovrebbero dare un'alternativa che sulle Rsa non c'è. Se ti rendono non idoneo a volte il datore di lavoro più dire che non sanno dove metterti” (*Monica*, focus group n.1, Oss).

Il contesto lavorativo non tiene quindi in considerazione degli aspetti che caratterizzano e influenzano la salute e il corpo femminile, come il ciclo mestruale, la menopausa e, per alcune, le gravidanze.

3.4.2. L'idoneità al lavoro

Una tematica emersa grazie al confronto con i sindacalisti è quella relativa alla idoneità al lavoro per il personale sociosanitario e di come i parametri ad essa legati stiano subendo dei cambiamenti. Per “idoneità al lavoro” si intende la capacità biologica dell'individuo a svolgere una specifica attività lavorativa, senza che questa possa essere un fattore di usura, controindicazione o pericolo per il soggetto. Questo, quindi, deve essere in grado di affrontare una mansione lavorativa senza subire danni alla propria salute (Vannini, 2019). Il giudizio dev'essere periodicamente ripetuto.

La questione del ricalcolo dei parametri di idoneità per le risorse umane del settore sanitario, emersa grazie al confronto con i sindacalisti, è strettamente legata alla problematica di carenza del personale. La riformulazione delle idoneità cambia le mansioni che i lavoratori possono svolgere, togliendo, in questo caso, determinati limiti. In questo modo, soggetti prima ritenuti esenti da specifiche azioni, potrebbero tornare a svolgerle.

“Il personale è sempre più vecchio. Nell'Ulss 9 sta avvenendo una rivalutazione dei dipendenti, che stanno diventando pazienti, e stanno inserendo nei giudizi di idoneità del medico competente, il medico aziendale, ovvero il medico che fa le visite pre-assuntive e segue poi la carriera e valuta la salute dei

dipendenti e l' idoneità a certi lavori o azioni. Una volta veniva fatto in modo chiaro, ora inseriscono tutta una serie di classificazioni sofisticate, SUVA, MAPO, che stabiliscono le abilità al lavoro; in questi indici c'è una graduatoria di cosa si può fare in base ai problemi fisici. In questo modo, poco chiaro, stanno riabilitando al lavoro persone che prima certe mansioni non potevano più fare. Sono modi poco chiari per rimettere al lavoro le persone con difficoltà fisiche. La legge 81 del 2008 è il riferimento sulla salute e sicurezza e si trovano gli obblighi dei datori nei confronti dei lavoratori che spesso non sono rispettati... aspetto questo sempre legato ad una mancanza di personale" (S., Cgil di Verona).

Il sindacalista fa riferimento alla rivalutazione dei giudizi di idoneità al lavoro che sta avvenendo nel contesto di Ulss 9, azienda ospedaliera del contesto veronese. La carenza di personale sarebbe la motivazione alla base di questi ricalcoli che avvengono utilizzando degli strumenti di classificazione differenti. Le classificazioni SUVA⁸ e MAPO⁹ a cui fa riferimento il sindacalista S. sono dei metodi di valutazione all'esposizione al rischio e sicurezza sul lavoro.

“La causa del cambiamento dei rapporti numerici ha determinato, con nuovi minutaggi, la possibilità all'Oss di fare lavoro ausiliario... “io permetto a quelli con l'invalidità di lavorare”. La discussione sta ma, per me sta a zero. Nel senso che non credo a questo approccio, perché nel momento in cui fai l'Oss, o vengo demansionato e divento da operatore sociosanitario ad ausiliario, e allora lì rientro nel mondo del lavoro, altrimenti non è la revisione dello standard che può far tornare gente a lavorare. Io non ho questo ritorno, anzi. Perché fare letti e gestire armadi non è meno pesante che posturare anziani. Lo sforzo è sempre presente” (M., segretaria generale funzione pubblica Cgil di Treviso)

⁸ SUVA, <https://www.suva.ch/it-ch/chi-siamo/la-suva/controllo-consulenza-sicurezza-sul-lavoro#state=%5Banchor-7578A7AF-43DE-41A5-86E7-AD7C14BFBF67%5D> (ultimo accesso 19/10/2024)

⁹ OSTools “Software MAPO – Movimentazione e assistenza dei pazienti ospedalizzati” <https://www.liftingindex.com/mapo.html> (ultimo accesso 18/10/2024)

Nonostante questa problematica non sia stata per ora indagata e l'assenza di riscontro in letteratura, è necessario comunque sottolinearne le criticità sul piano della tutela alla salute e sicurezza per il personale socio-sanitario. Sarebbe, quindi, necessario approfondire la tema con ulteriori analisi.

4. LE ESPERIENZE LAVORATIVE DELLE OPERATRICI

In questo capitolo verranno presentati e analizzati i risultati prodotti con le interviste e i focus group svolti nell'ambito della ricerca con le operatrici sociosanitarie. Verranno presi in analisi differenti temi relativi al processo lavorativo e lavoro di cura grazie alle testimonianze delle lavoratrici. In particolare, i temi centrali saranno: il punto di vista delle operatrici relativamente al lavoro di cura e alla conciliazione casa-lavoro, la situazione durante la pandemia da Covid-19, gli episodi di violenza subiti nel luogo di lavoro e infine gli aspetti evidenziati dalle operatrici come motivi di soddisfazione derivanti dal lavoro.

4.1. Il lavoro di cura come lavoro femminile e la “doppia presenza”: il punto di vista delle operatrici

Come sottolineato in precedenza, il lavoro delle operatrici sociosanitarie è molto femminilizzato. Tutte le partecipanti alla ricerca hanno confermato di essere, nelle strutture in cui operano, in maggioranza donne. La loro professione, come precedentemente sottolineato, rientra in quelli che vengono definiti “lavori di cura”. Uno degli obiettivi posti durante le interviste e focus group era quello di dare vita ad una riflessione sulla motivazione che, secondo le operatrici, è alla base della prevalenza di donne nel settore professionale sociosanitario.

“Monica: perché è un lavoro dove vai ad accudire, noi donne...”

Sara: è un fattore culturale

M: per un fattore culturale sì, ma anche naturale quasi io direi. Quando diventi mamma, accudisci il figlio, poi hai i genitori che invecchiano e noi donne un po'... da quando siamo adolescenti ti formano per l'accudimento e quindi siamo più predisposte... se te vedi ci sono anche tante infermiere rispetto a infermieri maschi. È un lavoro che anche da questo punto di vista diventa impegnativo, perché quando fai un lavoro del genere comunque... quando sono arrivata qui avevo 20 anni, poi mi sono sposata, ho avuto una famiglia, ho

fatto due figli, ora ho i miei genitori... poi è un lavoro che inizia a pesare perché allora devi venire qui ed essere in grado di dare a loro quello che serve ma magari hai già problemi a casa che devi accudire i figli o i genitori, quindi diventa pesante anche per quello. Neanche a lavoro riesci a staccare, diventa un tutt'uno, non c'è lo stacco tra lavoro e a casa, diventa un tutt'uno" (*Monica, Sara, focus group n.1, Oss*).

Le operatrici Monica e Sara sviluppano un'interessante osservazione alla domanda del perché, secondo loro, la maggioranza di operatrici sono donne. Associano questo fenomeno ad un "fattore culturale". Le aspettative culturali riguardo alla femminilità enfatizzano infatti qualità come la gentilezza, la pazienza e l'empatia, che sono considerate essenziali per i lavori di cura. Monica fa riferimento anche ad un aspetto che definisce "naturale"; le donne vengono socializzate fin da bambine a doversi occupare delle attività di accudimento, per quanto riguarda la famiglia, la casa e le altre persone. L'operatrice, quindi, sottolinea una "predisposizione" femminile alle professioni di cura, in quanto le donne, per il ruolo sociale a loro attribuito devono, in differenti fasi della vita, farsi carico delle attività di accudimento, come ad esempio per i figli o parenti anziani. La partecipante fa poi emergere dalle sue parole quello che la sociologa Laura Balbo definisce "doppia presenza" (1978). Le donne devono svolgere, contemporaneamente, il lavoro retribuito fuori casa e il lavoro domestico e di cura nel contesto familiare. Una professione come quella delle operatrici le porta ad avere la sensazione di non staccare mai, come se quest'ultima diventasse appunto "un tutt'uno" con quella svolta nel contesto domestico. Molte partecipanti, infatti, hanno sottolineato come il lavoro sia complesso anche a causa del fatto che, una volta tornate a casa, continuano a dover svolgere attività di cura, il doversi occupare della casa, dei figli o dei parenti.

"Perché è sempre stato come un lavoro di accudimento, che viene sempre visto più nelle donne, anticamente ma anche adesso. Infatti, tanti uomini prima hanno fatto un altro lavoro. Come prima scelta è difficile che sia maschile. [...] Proprio per il discorso dell'accudimento, tre quarti che sono donne poi hanno a casa la suocera, il marito... continua a casa la stessa cosa. (*Dora, intervista, Oss*).

Per le donne, il doversi occupare di un doppio lavoro, retribuito e non, diventa un fattore discriminante per la loro salute fisica e psicologica. Le donne si trovano a dover bilanciare le responsabilità familiari con gli impegni professionali, il che può portare a stati di stress e sovraccarico di lavoro. Dunque, per avere una visione completa della salute occupazionale delle operatrici, e più in generale di quella delle donne, non si può scindere il lavoro domestico da quello retribuito svolto fuori casa. Lo squilibrio di mansioni, infine, comporta un peso sul carico di lavoro giornaliero, incidendo sul rischio cardiovascolare, e inoltre può “esercitare effetti additivi o sinergici con quelli propri del posto di lavoro” (Carducci, Caponi, 2014, p. 165).

“Da un punto di vista umano devi mettere tanto del tuo e non hai sempre voglia, hai capito... perché se sei in un momento in cui devi mettere tanto del tuo della tua vita privata, diventa pesante... magari hai i genitori anziani, che sono ammalati, devi accudire fuori, l’adolescenza... devi metterci tutto. Diventa pensante venire qui” (*Monica*, focus group n.1, Oss).

Inoltre, come sottolinea l’operatrice Monica, dover gestire la doppia presenza tra lavoro di cura dentro e fuori il contesto domestico comporta un dover mettere in gioco la propria vita privata, oltre che la propria persona. Questo espone a conseguenze psicologiche che possono portare a condizioni di forte stress, ansia, burnout e depressione.

4.2. L’impatto del Covid-19: organizzazione del lavoro e gestione delle emozioni per le operatrici

Una delle domande poste durante la ricerca alle operatrici riguardava il periodo di emergenza da Covid-19. L’obiettivo era quello di comprendere come questo fosse stato vissuto dalle partecipanti, come fosse stato gestito nella struttura dove lavorano e se avessero ricevuto le corrette tutele per la loro salute. Nonostante il periodo della pandemia sia stato tragico per tutto il settore sanitario, sia per i

pazienti che per i lavoratori, non tutte le strutture hanno vissuto la stessa esperienza, come anche le partecipanti alla ricerca testimoniano.

Le Rsa, a causa della fragilità dei pazienti che ospitano, sono state tra i luoghi maggiormente colpiti dal virus. Questo ha esposto lavoratrici e lavoratori sanitari ad un maggior rischio di contrarre il virus, ma li ha anche costretti a delle condizioni di lavoro stremanti. Al fatto di mettere in pericolo la propria salute a causa del Covid-19, infatti, si affiancava anche un carico di lavoro e uno stress psicofisico molto più pesante.

La reazione delle operatrici a questa domanda era per certi versi simile. Non rispondevano subito ma si prendevano qualche momento, enfatizzando la complessità per loro di raccontare quel periodo. Ciò che emerge poi in tutte le risposte è un quadro molto difficile; un momento che le ha messe a dura prova, sia per quanto riguarda la loro salute fisica, per gli sforzi che hanno dovuto fare, sia a livello emotivo e di stanchezza psicologica.

“Mamma mia, che disperazione, che disperazione, perché *ierimo*... allora eravamo divisi, c’era il reparto covid, un reparto di zona arancione... però ragazzi, zona rossa covid, arancione, zona gialla, dove te *podevi* essere libera. Però... cioè, avevamo le tute quelle di plastica. Dopo avevamo anche la visiera, gli occhiali se non avevi la visiera, i guanti e le scarpe... Ah guarda... Periodo brutto brutto brutto. Perché intanto sudavi tanto, tanto, tanto, tanto... E dopo, perché... togliere i guanti, mettersi i guanti, e togliti... perché dovevi portare fuori la spazzatura, venire dentro con il carello... Cioè, c’è stato tanto caotico, tanto, tanto... *ghemo vissuo* tanto male... *se* sta brutto, abbiamo lavorato tanto (*Barbara*, intervista, Oss),

Le operatrici hanno dovuto affrontare situazioni molto complesse durante il periodo del Covid-19. Le difficoltà psicologiche sono state molteplici: l'ansia per il rischio di contagio, la pressione di dover assistere i pazienti in condizioni critiche e la sensazione di isolamento, sia personale che professionale. Come riporta Barbara, i dispositivi di protezione individuale hanno portato, per le operatrici, a maggiori richieste fisiche, per il fatto di sudare, doversi vestire e spogliare più volte durante

il turno. Inoltre, hanno dovuto gestire non solo le esigenze fisiche dei pazienti, ma anche le loro emozioni e paure, spesso senza il supporto necessario.

“Io: Invece il periodo del Covid, com'è stato?

Sandra: No... fattelo raccontare da lei perché noi abbiamo vissuto due esperienze diverse. Perché da lei è entrato il Covid e hanno avuto tante perdite...

E hanno lavorato anche che erano cinque operatori.

Elena: con 107 [pazienti]...

S: Quindi...

E: Senza mascherine perché non esistevano... avevamo quelle tipo di carta da forno leggera e leggera è una roba... Perché all'inizio sì. Sacchi, sacchi dell'immondizia a posto dei... guarda mi vengono i brividi solo al pensiero...

S: Sì, è un periodo... Loro hanno avuto tante perdite.

E: Perché è duro fisicamente, psicologicamente. *Se sta* tremendo... Noi siamo stati, credo, la prima casa di riposo che l'ha preso perché ci era tornato un ospite dall'ospedale... Positivo, scoperto poco dopo. E dopo da là... una strage, una strage, una strage... Dopo per cercare di organizzare meglio, quindi un sacco di spostamenti da una parte all'altra per isolarli... una roba... Inimmaginabile.

S: Comunque lo hanno preso tutti...

E: Sì, tutti. Tutti, tutti, tutti.

S: Ecco.

E: Non eravamo protetti a sufficienza. Non sapevi ben cosa che era... Tremendo... da tanto che non pensavo a *sta* cosa...

S: E dopo dovevi venire a casa...

E: a casa il pensiero di trasmetterlo a quelli di casa... Quindi ai genitori anziani, chi aveva bambini piccoli... Ricordo anche tante ragazze con i bambini piccoli dovevano isolarsi dalla sua famiglia... Dalla sua famiglia” (*Elena e Sandra*, focus group n.2, Oss).

Elena e Sandra non lavorano nella stessa struttura ed Elena ha vissuto un'esperienza diversa e pesante, sia per la fatica fisica che per quella psicologica. Nel rispondere alla domanda, entrambe si sono commosse; le loro parole fanno emergere quanto il periodo della pandemia sia stato devastante.

Il carico di lavoro è aumentato drasticamente, con turni prolungati e la mancanza di personale; questo ha portato a vivere momenti di grande stress e burnout, trovandosi a interfacciarsi con la perdita di molti ospiti. Le operatrici ricordano poi il fatto che, all'inizio del momento di crisi, hanno dovuto lavorare senza gli opportuni dispositivi di protezione, come mascherine o tute. Questa condizione, comune in tutto il settore sociosanitario in quel periodo, le ha esposte direttamente al rischio di contrarre il virus, mettendo in pericolo la loro salute. In aggiunta a tutto questo, le operatrici si sono dovute anche far carico della paura di poter diventare tramite per nuovi contagi, sia per i pazienti della struttura, sia per i loro famigliari.

Alcune delle partecipanti l'hanno infatti descritto come un trauma, a cui fanno fatica a ripensare.

“Elena: eh sei lì e fai, come dicevo con i figli, però se sei dentro fai, non ti rendi conto, vai avanti e non ti rendi neanche conto, vai avanti per inerzia. Te ne rendi conto dopo, tipo adesso che ci rifletto, però lì sei così preso... che non hai neanche il tempo di pensare a cosa stai facendo [...]

Sandra: sì, è un'esperienza che fai fatica anche a ricordarlo... è come...

E: un trauma

S: è un trauma questo

E: cioè sta nel in un angoletto e cerchi andare avanti...però quando si ricorda, viene fuori così, perché a volte ne parli ma un attimo così... a volte che ci rifletti bene... (*Elena, Sandra, focus group n.2, Oss*).

Nonostante le circostanze estremamente critiche, Elena afferma che è dovuta andare avanti, continuare a lavorare senza rendersi conto di quello che stava vivendo. Le operatrici si sono trovate a dover gestire le loro emozioni in modo da far fronte al trauma causato dalla situazione pandemica, dall'eccessivo carico di lavoro e dalla malattia e perdita dei pazienti.

“Eh... lì sono andata un po' in depressione... eh l'abbiamo superato brillantemente ma è stato uno stress... Ci trovavamo in due qui con 50 persone. È stata tosta, perché non potevi seguire tutti, ti sentivi chiamare... ma magari era più urgente un'altra persona, trascuravi gli altri, tornavi e magari non avevano più bisogno...ci ha messo a dura prova... emotivamente,

psicologicamente e fisicamente ma ce l'abbiamo fatta. Tanti si sono ammalati, tanti hanno lasciato la nave" (*Ilaria*, intervista, Oss).

La pandemia ha comportato per loro un contatto frequente con questioni quali il lutto e la malattia, dovendo gestire le emozioni provocate da questo momento complesso con la necessità di mantenere, allo stesso tempo, la loro professionalità. Riprendendo il concetto di "lavoro emozionale" coniato da Hochschild (1979), le operatrici hanno dovuto gestire le loro emozioni, regolando i loro sentimenti in base alla situazione che stavano vivendo. Lo sforzo di mantenere la propria professionalità, di svolgere il proprio lavoro, si scontra con i sentimenti provocati da una situazione di emergenza, in cui le emozioni prevalenti erano quelle di paura, stanchezza fisica e psicologica ed isolamento.

Le operatrici ricordano come durante il periodo della pandemia il personale sociosanitario fosse frequentemente descritto come "angeli" o "eroi", appellativi per dimostrare la gratitudine per gli sforzi che stavano compiendo. Ora che il periodo di crisi è passato, queste fatiche non sono state loro riconosciute; le condizioni di lavoro sono peggiorate, i carichi di lavoro aumentati e la mancanza di risorse e supporto insufficiente sono diventati la norma. Il disallineamento tra la percezione pubblica e la realtà lavorativa pone interrogativi sulla poca valorizzazione del lavoro sociosanitario. La mancanza di un riconoscimento effettivo dei loro sacrifici non solo influisce sul morale e benessere delle operatrici, ma ha conseguenze anche sulla qualità dell'assistenza fornita.

4.3. La problematica delle violenze contro le operatrici sociosanitarie

Il fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari è un problema in costante aumento e i cui numeri richiedono una particolare attenzione e analisi. Sono considerate violenze sul luogo di lavoro le occasioni di minacce, aggressioni o abusi, che comportano un rischio per la salute, benessere e sicurezza dei lavoratori. Il settore sociosanitario risulta essere tra quelli a maggior rischio. Gli episodi di violenza

provengono in modo particolare da pazienti e famigliari e il personale sanitario femminile risulta essere quello più frequentemente soggetto alle violenze (Mamo, Penasso, Quarta, 2020). Nel 2023, sono stati 16mila gli episodi di aggressione al personale sanitario e sociosanitario e 18 mila le operatrici e gli operatori coinvolti (ONSEPS, 2023). Questi dati sono riguardano le denunce che sono state sporte, ma il fenomeno è più diffuso.

Nel confronto con le operatrici spesso emergeva il tema delle violenze subite da parte dei pazienti, soprattutto quelli con disturbi neurodegenerativi.

“Sandra: Sì. Beh, ne ho preso sberle...

Gloria: Anch'io ho preso una sberla

S: E te la tieni, tranquilla... E dopo cinque minuti: “vieni a darmi un *baso*” ...

Gli ho detto: “guarda, tranquillo, me lo dai dopo il bacio” ... Perché devi contare...

Io: ma avete subito episodi di violenza, insomma... aggressioni?

G: Sì. Sì. Sì...

S: Perché. Sono dementi, quindi una parola detta...

Elena: anche con tono di voce diverso” (*Sandra, Gloria, Elena, focus group n.2, Oss*).

Uno dei temi legati a questa problematica, e riscontrati nelle risposte delle operatrici partecipanti alla ricerca, è che molte di loro ritengono questi episodi “normali”. Il dare per scontato che subire delle aggressioni sia parte del proprio lavoro, giustificando i pazienti a causa dei loro disturbi o patologie, comporta dunque il non segnalare avvenimenti come schiaffi o pugni ricevuti.

“Io: anche il rapporto fisico è molto importante?

Dora: sì, sai quando dicono che i bambini piccoli si lasciano morire, quelli che non hanno affetto... il famoso “tocco curativo” è così... loro lo sentono.

Io: è anche un modo per esprimere qualsiasi emozione

D: sì sì, loro hanno bisogno di baciarti, toccarti, perché caspita sono vivo, ti tocco e so che sono vivo.

Io: e ci sono casi di pazienti che lo esprimono in modo più violento?

D: sì, si portano a casa le ferite di guerra... l'ultimo mi ha tirato un pugno in faccia... sono rimasta così cinque minuti... eh fa parte del lavoro, oppure ti graffiano, ti mordono, ti pizzicano... ma si fa parte del lavoro, è un modo per esprimere un disagio" (*Dora*, intervista, Oss)

Il lavoro dell'operatrice comporta l'entrare in contatto con il corpo degli assistiti, con la loro intimità. La sociologa Wolkowitz (2006) sottolinea l'importanza del corpo degli operatori sociosanitari nel fornire assistenza. La corporeità non è solo da percepire come uno strumento di lavoro, ma è anche un mezzo attraverso il quale le operatrici esprimono empatia e connessione con i pazienti.

L'operatrice Dora afferma di aver subito aggressioni fisiche di differente tipo, che lei però percepisce come aspetti che fanno parte della sua professione, essendo poi dei mezzi per gli ospiti anziani per esprimere un senso di disagio.

Io: e vi siete mai trovati in delle situazioni in cui vi siete sentiti turbati, anche in situazioni violente?

Monica: a volte sì perché loro alzano anche tanto le mani.

Federico: eh sì, ce ne sono di aggressivi

M: soprattutto anche durante la doccia

Sara: durante l'igiene può succedere perché loro sentono... anche se ci riconoscono è uno spazio loro che stai invadendo... ci può essere una reazione forte o anche violenta.

M: il fatto è che qui arrivi ogni giorno e non sei tu che decidi tempi o come fare... sono loro che gestiscono le nostre giornate" (*Monica, Federico, Sara*, focus group n.1, Oss).

Infine, in questo estratto di focus group le operatrici sottolineano come gli episodi di violenza subiti si realizzino soprattutto nei momenti in cui entrano a contatto più intimo con i pazienti. Momenti come quelli dedicati all'igiene espongono i pazienti ad una condizione di particolare vulnerabilità, che può provocare una risposta anche aggressiva da parte di questi ultimi.

Il lavoro delle operatrici, dunque, si configura con una stretta relazione tra i corpi e le emozioni dell'utenza; il fatto che questo si possa trasformare in una

reazione violenta mette però a rischio la loro salute, sia per le sue ripercussioni fisiche che per quelle psicologiche.

4.4. Gli elementi di soddisfazione per le operatrici

Nel contesto del progetto di ricerca, un elemento fondamentale da evidenziare riguarda le emozioni provate dalle operatrici, sia quelle che rendono complesso il loro lavoro, sia quelle da cui traggono soddisfazione. La dimensione sociale e affettiva emerge come centrale nei loro racconti, sottolineando quanto le relazioni che instaurano con i pazienti, oltre che tra colleghi, contribuiscano al loro senso di realizzazione professionale. Questo aspetto evidenzia l'importanza di un ambiente di lavoro in cui le emozioni e i rapporti vengono riconosciuti e valorizzati come parte integrante della cura e dell'assistenza.

Una delle domande che ponevo spesso alle operatrici verso la conclusione dei colloqui, riguardava infatti gli elementi del loro lavoro da cui traggono soddisfazione e motivazione.

“Questo lavoro l’ho fatto...ho perso mia mamma, lei ai tempi era la vecchia ausiliaria, ed è stata lei a spronarmi. L’ho fatto per lei. Sto benissimo, a me servono persone così, cerco il contatto umano... mi diverto con loro” (*Ilaria*, intervista, Oss).

Inoltre, ritorna spesso il paragone alla sfera familiare e domestica di cui si caratterizza il lavoro: “Diventa la tua famiglia, il tuo mondo” (*Dora*, intervista, Oss). Questo aspetto vale tanto per le operatrici quando per i pazienti stessi, che riconoscono in queste ultime un punto di riferimento.

“Elena: vedere i nonni che ti aspettano la mattina e che ti dicono “stamattina ti sei puntuale”, “buon lavoro”, “buona giornata” ... *ti vedi* che hanno piacere... *par mi almanco*, questo mi ricarica... perché che *ghe fa piaser*, che... *co te torni dalle ferie “gheto finio i schei?”*”

Sandra: sì, ti danno la carica.... per esempio, io porto il cento diurno, la mattina “ah sei te!”, allora ti danno due baci... quando vanno a casa alla sera ti danno due baci, “ci vediamo domani” ... e quindi...

E: son quelle robe che ti senti di aver fatto qualcosa per qualcuno che effettivamente... che non *se el* collega, che non *se el* direttore, ma te l'hai fatto per qualcuno che sa apprezzare...

S: sai cosa io faccio... il fatto di vederli tranquilli e felici... sereni nella loro...

E: quotidianità

S: ma anche sul loro mondo, perché loro hanno un loro mondo, e noi dobbiamo entrarci piano piano... e se riusciamo a entrarci e a starci, è una bella soddisfazione.... perché io ti dico, con tutti i problemi, io non cambierei il lavoro

E: no neanche io

S: il mio lavoro... [...] io ho fatto fabbrica quindi so la differenza tra fabbrica... quasi 16 anni di fabbrica e lavorare con le persone... quello che fa star male adesso è vedere... non avere più tempo da dedicare ai nonni, questo è brutto

E: sì... è brutto, io mi vedo una dispensatrice, non mi vedo più quella che ero prima

S: perché loro hanno bisogno.... Sì, cambio pannolone, cambiarli... ma loro hanno bisogno di parlare, hanno bisogno di sentirti come uno della famiglia.

Non sei uno della famiglia, però quando sei al lavoro...

E: per loro sei una persona importante.

S: Sei uno della famiglia, perché sei sempre là” (*Sandra, Elena, focus group n.2, Oss*).

Le riflessioni di Sandra ed Elena sottolineano l'importanza della figura dell'operatrice per i pazienti all'interno delle residenze in cui lavorano. L'aspetto relazionale è fondamentale per gli ospiti che, distanti dalla loro famiglia e dalla propria casa, ricercano una dimensione familiare all'interno della struttura. Le operatrici socio-sanitarie dovrebbero avere il tempo e le risorse per potersi occupare delle dimensioni emozionali ed umane, centrali per il lavoro di cura. Le parole delle operatrici Sandra ed Elena mettono in luce anche un altro elemento di criticità. A causa dei cambiamenti strutturali e organizzativi del settore sociosanitario, che stanno portando ad una progressiva mancanza di risorse e tempo, le operatrici si trovano a dover trascurare lo spazio per una cura anche relazionale dei pazienti. Di queste

conseguenze ne risentono questi ultimi, come anche le lavoratrici stesse, trovando così maggiore difficoltà nel trarre soddisfazione dal loro lavoro.

5. LE MAPPATURE CORPOREE DELLE OPERATRICI: ANALISI DEGLI ASPETTI PSICOLOGICI E FISICI

Come riportato nel capitolo sulla metodologia, il metodo scelto per il progetto di ricerca è quello delle interviste e focus group e dell'utilizzo, in entrambi i casi, del *body mapping*. Attraverso a questa metodologia, le operatrici hanno realizzato un disegno di come percepiscono sé stesse all'interno del contesto lavorativo, segnando le parti del loro corpo in cui provano maggior dolore.

Di seguito verranno analizzati i disegni realizzati dalle operatrici, con particolare riferimento quindi alla loro salute fisica e psicologica, e di come questa venga compromessa a causa della loro professione.

5.1. La stanchezza mentale del lavoro delle operatrici

Una delle questioni che emergeva con maggiore frequenza durante lo svolgimento dei momenti di ricerca con le operatrici era quella del peso emotivo e psicologico a cui il loro lavoro le sottopone. Come già precedentemente riportato, il lavoro di cura ed emotivo comporta una relazione intima con gli assistiti, mettendo in gioco e dovendo gestire i propri sentimenti. Questi aspetti espongono le operatrici a disturbi da stress lavoro-correlato; alle complessità derivanti dal lavoro emotivo si aggiungono poi, come visto nei precedenti capitoli, condizioni lavorative complesse, che portano a logorare il benessere delle lavoratrici nel medio-lungo periodo. Il benessere mentale delle operatrici può essere legato a differenti questioni: il rapporto con i pazienti, con i familiari dei pazienti e con i colleghi; lo stress causato dalle condizioni lavorative sfavorevoli, come l'eccessivo carico di lavoro o le tempistiche limitate; la svalutazione del loro lavoro, sia sul piano sociale che economico.

La svalutazione sociale della professione delle operatrici incide direttamente sulle condizioni contrattuali che hanno, sullo stipendio e sul riconoscimento che sentono essere attribuito al loro lavoro. La mancanza di valorizzazione si traduce in un profondo senso di insoddisfazione tra le lavoratrici, che avvertono il

disallineamento tra il loro impegno e il riconoscimento ricevuto, alimentando inoltre un senso di abbandono.

“No, guarda, il nostro lavoro qua, *bisognaria*...intanto lo stipendio più alto, *che se pagà proprio una miseria*, e che fosse più considerato, cioè con stipendio più alto, perché secondo me è un lavoro in cui c'è poco personale appunto, perché sanno che paga poco [...] solo che non siamo considerati. Sì... Sia per i turni, sia per il salario basso. E secondo me il personale non viene perché appunto sa che abbiamo uno stipendio basso” (*Barbara*, intervista, Oss).

Lo scarso riconoscimento professionale, abbinato a modelli organizzativi inadeguati a promuovere le capacità femminili, non solo mina la motivazione delle operatrici, ma le espone ad ulteriori fattori di stress ed a maggiori probabilità di mobbing ed altre forme di pressione psicologica (Biancheri, 2012b).

Questa bassa considerazione del lavoro di cura si collega a una cultura lavorativa che tende a vedere le professioni tipicamente "femminili", come la cura e l'assistenza, come meno importanti. Da un punto di vista delle ricompense economiche, le professioni di cura spesso offrono salari molto bassi, nonostante richiedano competenze specializzate e un impegno emotivo e fisico significativo. Questa disparità retributiva riflette una svalutazione del lavoro stesso e perpetua l'idea che non meriti la stessa considerazione economica. Il tema della svalutazione sociale del lavoro di cura è profondamente intrecciato con la distinzione tra lavoro produttivo e lavoro riproduttivo, e questo ha un impatto diretto sul costo e sul valore di queste attività.

“Federico: quando ti rendi conto che il lavoro, che è un lavoro a contatto con persone che hanno bisogno, diventa... non dico pesante ma che ti logora e non puoi essere al 100%, devi fare una scelta. Non puoi portarti avanti e rischiare di non farlo bene, non è un lavoro che puoi non fare bene.

Monica: non vieni qui per il 27, come tanti pensano. Non è il classico lavoro che penso “vabbè sono in ufficio, i colleghi mi stanno antipatici ma tiro avanti”, non ce la fai

F: può essere una giornata, ma se il lavoro ti porta ad avere tutte giornate brutte, devi fare delle scelte

Giulia: anche perché, rispetto ad altri reparti, qua è meno fisicamente ma più di testa ecco. Hai dei momenti che ti impegna tanto di testa

M: qui devi metterti tanto in discussione tu. Con soggetti così tutti con demenze di vario tipo, ti devi ogni giorno reinventare, trovando strategie, approccio giusto e quindi a lungo andare....

F: inventarti un sacco di bugie

M: vai a casa che sei proprio scarico...

F: devi inventarti di tutto per calmarli e farli restare qui perché sono sempre in cerca di uscire, di andare a casa...e dopo ti porta (fa un gesto con la mano)

Io: stanchezza

M: uno svuotamento

Io: certo, poi dopo così tanti anni soprattutto... non è un lavoro semplice

F: sono semplici i primi anni, perché sei con spensieratezza, di euforia anche di fare, se lo hai scelto come lavoro. Tanti lo hanno scelto solo per il 27, ma noi lo abbiamo scelto perché ci piaceva... ma a lungo andare ti usura” (*Federico, Monica, Giulia, focus group n.1, Oss*).

Le operatrici in questa parte di focus group parlano di come il lavoro sia, nel lungo periodo, usurante. Essendo occupate in un reparto della Rsa in cui sono presenti ospiti con disturbi neurodegenerativi, l’impegno emotivo e psicologico è significativo. Nel corso della ricerca hanno sottolineato la necessità di un supporto psicologico, soprattutto in un nucleo come quello dove lavorano loro.

“Monica: dovrebbe esserci uno psicologo fisso, che viene tutti i giorni all’interno del gruppo, soprattutto in dei nuclei così. Studi i comportamenti dell’ospite e aiuti me a capire come comportarmi quando c’è la necessità. Ma se io mi devo ogni giorno reinventare, perché lo psicologo quando viene poco, quando viene valuta solo i nuovi ingressi... invece dovrebbe esserci una figura fissa.

Giulia: anche per darci degli spunti per rapportarci con dei residenti, magari quando hanno quell’attimo di ira, di aiutarsi a tenerli più calmi

M: qui, in questi nuclei vivi un po’ il senso dell’abbandono. In questi nuclei l’Oss deve reinventarsi... ci stai un po’ di anni e poi devi cambiare perché questo ti assorbe...psicologicamente” (*Monica, Giulia, focus group n.1, Oss*).

Monica afferma di provare un “senso dell’abbandono”. Questo può contribuire a burnout, ansia e depressione, influenzando la capacità delle operatrici di lavorare in modo efficace e di mantenere relazioni sane sia con i pazienti che con i colleghi.



Figura 1. Disegno di Monica, focus group n.1, Oss.

Monica più volte durante il corso del focus group ha sottolineato la difficoltà del suo lavoro a livello psicologico, di quanto fosse diventato difficile per lei, dopo tanti anni, continuare a svolgerlo. Il “senso di pesantezza” alla testa di cui parlava l’ha voluto rappresentare anche nella sua mappatura corporea (*figura 1*). Inoltre, segna dolori alle braccia, spalle e collo con colori e scritte, denunciando un’“usura fisica”.

Come Monica, anche l'operatrice Sandra lavora a contatto con pazienti con disturbi neurodegenerativi. Anche lei sottolinea spesso come questo sia un lavoro la cui stanchezza incide soprattutto a livello mentale.

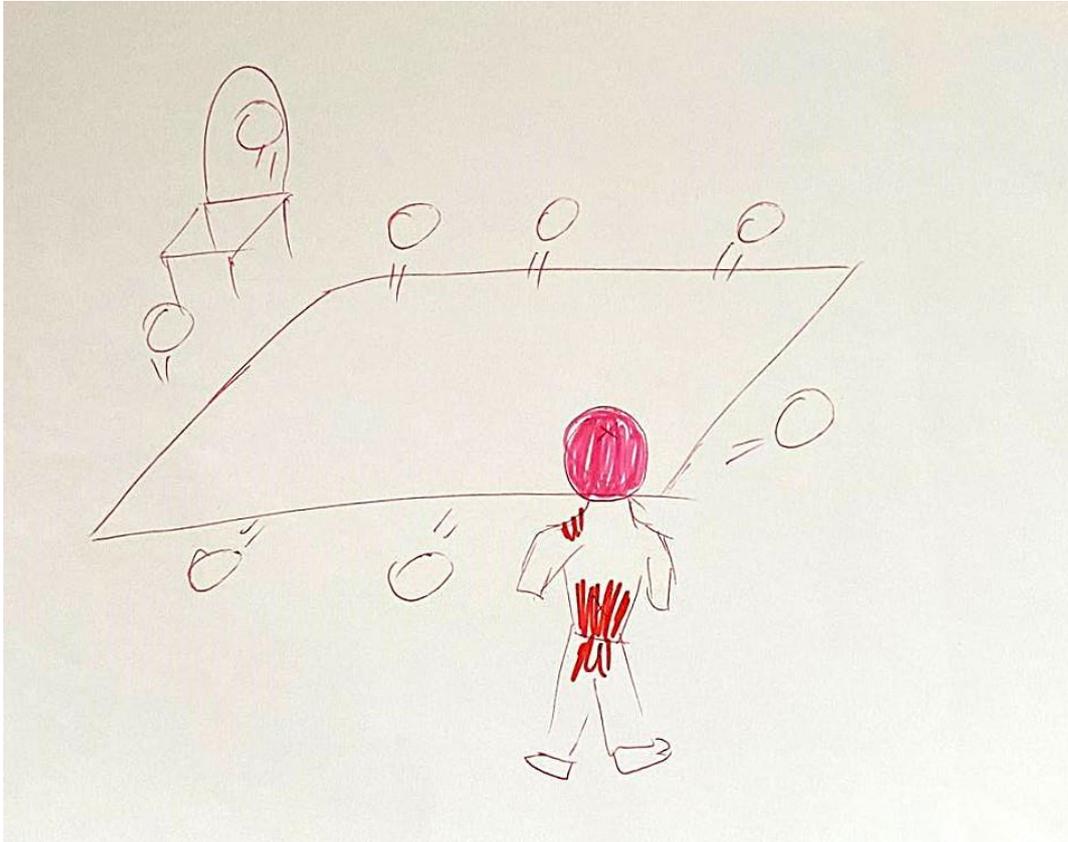


Figura 2. Disegno di Sandra, focus group n.2, Oss.

Sandra si disegna nel suo reparto, in piedi, con gli ospiti seduti attorno ad una tavola e tutti che le parlano contemporaneamente (figura 2). Nonostante le sue mansioni siano più leggere da un punto di vista di sforzo fisico, l'impegno mentale e psicologico è molto. Segna, colorandola, tutta la testa, a causa del mal di testa e della stanchezza mentale:

“Il mio è più stanchezza mentale... Qua le mie limitazioni, quindi... La schiena e la spalla... La schiena e la spalla, quindi. Però questo è qualcosa di vecchio. Questo è, facendo questo lavoro, tanta stanchezza mentale” (Sandra, focus group n.2, Oss).

Sandra segna inoltre anche le parti della schiena e della spalla, zone del corpo che nel corso degli anni si è infortunata svolgendo il lavoro di operatrice non al centro diurno, bensì presso la casa di riposo per anziani non autosufficienti dove svolgeva movimenti che l'hanno portata a sviluppare una malattia professionale e avere poi delle limitazioni nelle mansioni che può svolgere.

Infine, anche Sara enfatizza maggiormente l'aspetto della salute mentale nella sua mappatura corporea. Anche lei lavora in un nucleo della Rsa in cui sono presenti ospiti che soffrono di disturbi neurodegenerativi, che richiedono particolari attenzioni. Aspetti, questi, che portano ad un maggior investimento di energie a livello mentale.



Figura 3. Disegno di Sara, focus group n.1, Oss.

Nel disegno realizzato da Sara (figura 3), l'aspetto psicologico viene segnato con la scritta "stanchezza mentale" e dei segni rossi sopra la testa. Per quanto

riguarda il malessere fisico, questo viene distribuito su tutto il corpo, colorando l'intera sagoma.

Un elemento che le operatrici riportano come centrale per il loro benessere mentale è quello di avere un bel rapporto con i colleghi e pazienti all'interno dei reparti.

“Dora: Il rapporto umano è la cosa più importante... tutti gli altri problemi se tu li legghi a questo risolvi tutto.

Io: e quanto incide sul tuo benessere, il fatto di avere un certo rapporto con pazienti e colleghi?

D: è la cosa essenziale... altrimenti basta, non ce la fai. Ti senti... ho questa caposala che hanno appena spostato e la cosa più difficile è supportarla per farla sentire inclusa. Se non c'è gruppo diventa impossibile... è la cosa peggiore... [scrive sul disegno] ... è la famosa sinergia. L'impatto emotivo è pesante. Sono sempre uno specchio di noi loro, quindi se tu non sei tranquilla, non riesci neanche a supportare loro” (Dora, intervista, Oss).

Di seguito il disegno realizzato da Dora durante l'attività di *body mapping*.



Figura 4. Disegno di Dora, intervista, Oss.

Dalle parole e dalla mappatura corporea di Dora (*figura 4*), emerge che il rapporto umano è per lei la cosa più importante, necessario per risolvere tutti i problemi. Infatti, Dora sottolinea vari aspetti nel suo disegno: ha scelto di aggiungere al disegno del suo corpo diverse parole e frasi che riassumono gli elementi centrali del suo lavoro. La “sinergia” è centrale nella costruzione del rapporto umano: grazie a quest’ultimo, si riesce a confrontarsi con utenti, colleghi e visitatori e a risolvere la “mancanza di tempo, personale, risorse”, condizioni che invece porterebbero a delle soluzioni non pensate. Nella mappatura del suo corpo, Dora segna la parte della schiena come zona in cui prova maggior dolore e afferma inoltre che “il sollevamento dei pesi non lo dovrei fare secondo il mio ortopedico”, e che questo movimento, nonostante la presenza di macchinari o il fatto di svolgerlo in due persone, rimane usurante per il fisico.

Un aspetto che risulta essere centrale per le operatrici sociosanitarie è quello di saper mantenere il distacco dal contesto lavorativo, per riuscire così a non farsi assorbire dai problemi e dalla sofferenza con cui si interfacciano quotidianamente.

“Ho imparato a tenere le cose divise... all’inizio piangevo, anche durante il corso, non volevo neanche più farlo, perché sto male a vedere la sofferenza... le mie sorelle mi hanno detto che facendo così mi ammalavo... ho imparato a tenere il distacco. C’è sempre chi ti frega e ti affezioni di più... È un lavoro in cui devi saper lasciare andare” (*Ilaria*, intervista, Oss).

“Eh, a volte vado a casa e sono tanto stanca e anche emotivamente... è stressante il lavoro e ho bisogno di staccare con la mente, poi noi abbiamo i nostri riposi. [...] Non parlo mai di lavoro a casa, allora così riesco a staccare la testa. Questo lo faccio sempre. Poi mi stendo, devo rilassarmi, fisicamente e mentalmente” (*Lidia*, intervista, Oss).

La gestione delle emozioni è una responsabilità che ricade sui singoli individui, e di cui i sistemi organizzativi non si prendono carico (Bellè, Bruni, Poggio, 2014). Sviluppare strategie di distacco emotivo diventa cruciale per il benessere personale delle lavoratrici. Le operatrici parlano infatti di tecniche di gestione dello stress e delle proprie emozioni che le aiutano a separare il lavoro dalla vita privata. Questo

non significa indifferenza, ma piuttosto un modo per preservare la propria salute mentale, consentendo loro di essere presenti ed empatiche senza esaurirsi. Le partecipanti frequentemente affermano il fatto di non riuscire a “staccare”, portandosi a casa il peso delle problematiche del lavoro o dei pazienti. Avere a che fare con gli aspetti più intimi della vita delle persone assistite sembra anche richiedere delle capacità di instaurare dinamiche di distanziamento, negazione e indifferenza (Barazzetti, 2006).

5.2. La salute fisica delle operatrici

Come già sottolineato dalla letteratura esistente, il lavoro rientra tra i determinanti di salute. L’obiettivo, con la seguente ricerca, era quello di indagare la salute occupazionale delle partecipanti, mettendo al centro le loro esperienze, riportando le mappature corporee realizzate da loro e cercando dei punti comuni tra questi aspetti. Il benessere fisico è un argomento fondamentale per comprendere le dinamiche di salute delle operatrici sociosanitarie. Le condizioni di lavoro, il carico emotivo e le relazioni interpersonali influenzano profondamente il loro stato di salute generale. Attraverso le mappature corporee, si sono raccolte informazioni sui sintomi fisici e sulle percezioni del corpo, rivelando aree di tensione e disagio comuni.

Come analizzato nel capitolo precedente, la valutazione dei rischi sui luoghi di lavoro deve tenere in considerazione anche del genere; sarebbe necessaria una lettura differenziata per genere per i rischi presenti sul lavoro. I rischi possono essere considerati in base al sesso per quanto riguarda quelli biologici, e in base al genere per i fattori di rischio organizzativi. L’obiettivo sarebbe, quindi, quello di impostare delle misure di prevenzione e protezione differenziati per genere (Inail, 2024).

Uno dei temi che emergevano nel corso della ricerca, trattando il tema della salute occupazionale era legato alla questione degli infortuni. Molte di loro hanno subito degli infortuni nei luoghi d’impiego che le hanno portate a sottoporsi a delle operazioni, assentarsi per un lungo periodo o avere delle limitazioni all’idoneità al lavoro.

“Abbiamo la divisa, e dopo abbiamo le ciabatte... Però, eh, all'epoca, le ciabatte che ci davano in dotazione avevano un cinturino dietro... e me ricordo una mattina che dovevo portare in bagno una signora, per fare la doccia, e a *me faseva così*, cioè, eh, mi tirava indietro, e gli dicevo, dai, andiamo avanti, e avevo praticamente, avevo... la portai in bagno, l'ho seduta sulla sedia, e quando che l'ho lavata e tutto, l'ho alzata, e col piede avevo fatto come, eh, praticamente, sono uscita dal cinturino.. e me *go slogà* a caviglia, no, a caviglia, qua, qua in parte [indica la parte esterna della caviglia]. E sono stata a casa un mese, e non ho più usato le ciabatte là, le ciabatte me le compro io... e voglio anche il plantare... perché a lungo andare *te serve el* plantare. A parte che *se te fe questo lavoro qua*, perché hai proprio... è il corpo che cambia... eh, chi che sta tanto in *piè*, chi che cammina tanto, e che fa questo lavoro qua... eh, proprio consiglia *de* portare il plantare. Perché il piede cambia, il fisico, il corpo cambia” (Barbara, intervista, Oss).

In questo momento, Barbara condivide l'esperienza del suo infortunio, subito a causa delle ciabatte date in dotazione dalla Rsa in cui lavora che si sono rivelate inadeguate. Successivamente all'incidente, ha iniziato a comprare lei le scarpe, sottolineando l'impatto significativo di questo lavoro sul corpo di chi lo svolge. Questo caso sottolinea una mancanza di attenzione da parte del luogo di lavoro sui possibili rischi a cui le operatrici possono incorrere, con una carenza di corrette tutele. Oltre ai macchinari, fondamentali per aiutare il lavoro del personale sociosanitario, è importante che anche il materiale fornito, come la divisa e le calzature, tenga conto delle differenze fisiche e delle necessità delle operatrici.



Figura 5. Disegno di Barbara., intervista, Oss.

Nella sua mappatura corporea (figura 5), Barbara si disegna con il camice da operatrice e segna come punti in cui prova maggiore dolore i piedi, i gomiti e il collo. Mentre disegnavo le ho chiesto se svolgessero corsi di aggiornamento per la sicurezza e prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro. Barbara ha detto che questi venivano tenuti spesso e che sono molto importanti, ma che certi rischi non si possono evitare.

“È sempre utile, sempre, perché, eh, te che, allora, mh, ti, cioè, ti aiuta, eh, a capire come ti devi posizionare gli ospiti, come ti devi, eh, da sollevarli, come ti devi tirare su, da metterti in posizione, perché ci sono delle posizioni... non puoi sforzare la schiena, o caricare sulle gambe, cioè... bisogna che te *sappi*, naturalmente, *muovarte*, però.... per quanto che ti *fassi* i corsi di aggiornamento... dopo, magari *ghe* se sempre che te fe dei movimenti sbagliati, perché se *normae*... quindi te *ghe* i sollevatori, per carità, però magari ci sono tanti imprevisti... è un attimo” (Barbara, intervista, Oss).

Come Barbara, anche Ilaria, che da quindici anni lavora all'interno di una Rsa come operatrice, si è dovuta sottoporre ad un'operazione a causa dell'usura fisica causata dalla sua professione. Quando, durante l'intervista, le spiego l'attività del *body mapping* e l'obiettivo di questa, mi mostra le cicatrici sui gomiti:

“Ilaria: Ah questo te lo posso dire anche senza disegno! [mi mostra le cicatrici in entrambi i gomiti]

Io: ti sei operata?

I: eh si, per il lavoro, per il peso

Io: e quanti anni fa?

I: eh dieci anni fa...

Io: e hai deciso di tornare al lavoro?

I: eh sì...da qualche parte bisogna avere un problema...” (*Ilaria*, intervista, Oss).

Da questo estratto emerge un dare quasi per scontato il fatto di “avere un problema” fisico, secondo la partecipante. Di seguito la sua mappatura corporea:

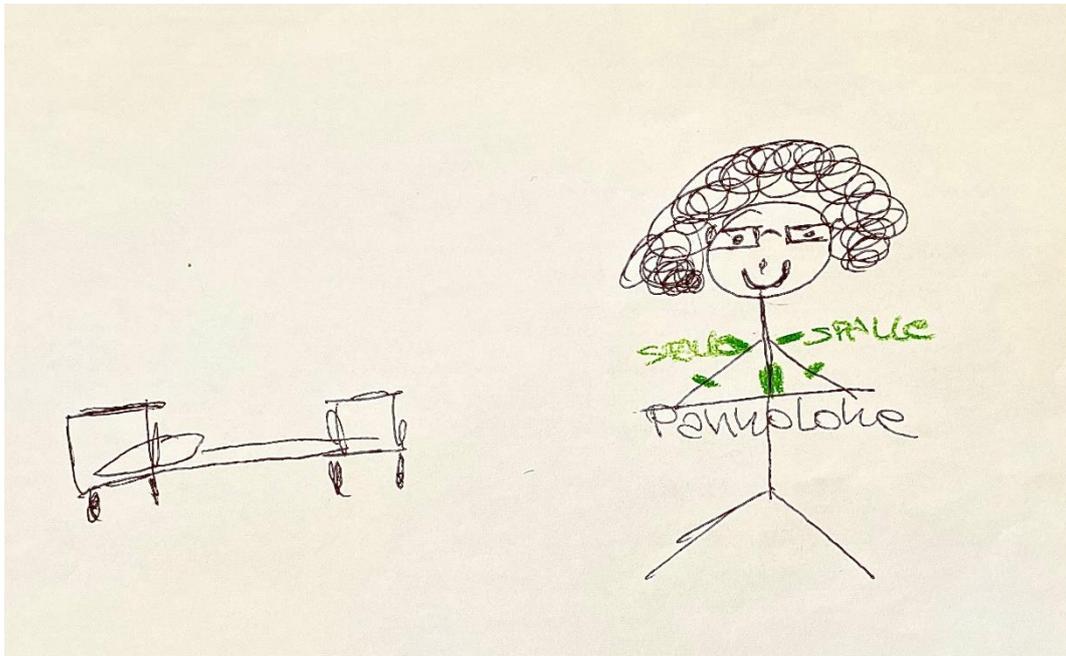


Figura 6. Disegno di Ilaria, intervista, Oss.

Nel disegno (*figura 6*), Ilaria si rappresenta con un pannolone in mano e sullo sfondo uno dei letti dei pazienti. Segna in verde le zone in cui prova dolore: i gomiti, le spalle e la schiena.

Un aspetto riscontrato nel corso della ricerca è la normalizzazione degli infortuni o dei problemi di salute causati dal lavoro da parte delle operatrici, come se questi fossero un aspetto naturale, da tenere in considerazione quando si fa questa professione. Durante uno dei focus group, l'operatrice Gloria racconta cosa le era stato detto dalle colleghe più anziane al ritorno da un periodo in cui aveva dovuto assentarsi da lavoro successivamente ad un infortunio:

“Gloria: A me è successo quando sono rientrata a lavorare... le colleghe quelle più anziane, che pensavano diversamente, mi dicevano “ma tu ti devi fare la schiena”, come si dice?

Elena: Devi fare gli ossi.

G: Devi fare gli ossi... quindi devi fare le cose con forza perché devi fare gli ossi... Così mi è stato detto quella volta. Mi sono sentita zitta e quindi il passaggio del messaggio è stato comunque passato e passato... Adesso non si parla verbalmente, non si dice, scusa, non si parla, però il passaggio è quello, insomma, chi arriva si deve fare gli ossi, come si dice?

Io: Dopo che hai fatto l'infortunio?

G: Sì, e così ti fa *scampare* subito...” (*Gloria, Elena, focus group n.2, Oss*).

Come riportato da Gloria, un'idea diffusa è che il lavoro comporti il doversi “fare gli ossi”, come se l'infortunio o l'usura fisica sia parte stessa del fare pratica ed esperienza in un determinato ambito lavorativo. Il normalizzare il fatto di mettere in pericolo la propria salute a lavoro rischia di legittimare all'interno dell'organizzazione lavorativa dei comportamenti scorretti per la salute occupazionale dei lavoratori e lavoratrici. Sarebbe necessario, invece, promuovere una cultura della sicurezza e prevenzione sul lavoro che dia per scontato che il lavoro non deve portare ad una situazione di usura, di malattia professionale o infortunio, sia per quanto riguarda l'aspetto fisico che psicologico.

Proseguendo dunque con l'analisi delle mappature corporee realizzate dalle operatrici partecipanti alla ricerca si evidenziano altre problematiche che influenzano la loro salute fisica e mentale.

Di seguito il *body mapping* realizzato da Giulia.:



Figura 7. Disegno di Giulia, focus group n.1, Oss

Giulia nella sua mappatura corporea disegna il sé stessa, segnando la schiena e la testa come i punti che le creano maggiore disturbo. Raffigura anche un tablet, strumento che usa nel suo lavoro per le attività con gli ospiti della struttura.

Il seguente disegno è invece di Lidia (*figura 8*), che svolge la professione di operatrice da sei anni, dopo aver passato molti anni nel settore delle pulizie all'interno delle Rsa. Come la maggior parte delle partecipanti, Lidia afferma spesso che la passione per questo lavoro viene dalla relazione con i pazienti, nonostante le difficoltà:

“Per provare ho voluto fare questo, per mettermi alla prova... poi ho visto che ti affezioni anche tanto ai nonnetti e mi sono appassionata di questo lavoro. Non è un lavoro facile, ci sono tanti problemi che hanno questi nonni, hanno

l'Alzheimer, la demenza... non è semplice. Ma mi sono appassionata e lo faccio volentieri... me lo sento mio" (Lidia, intervista, Oss).

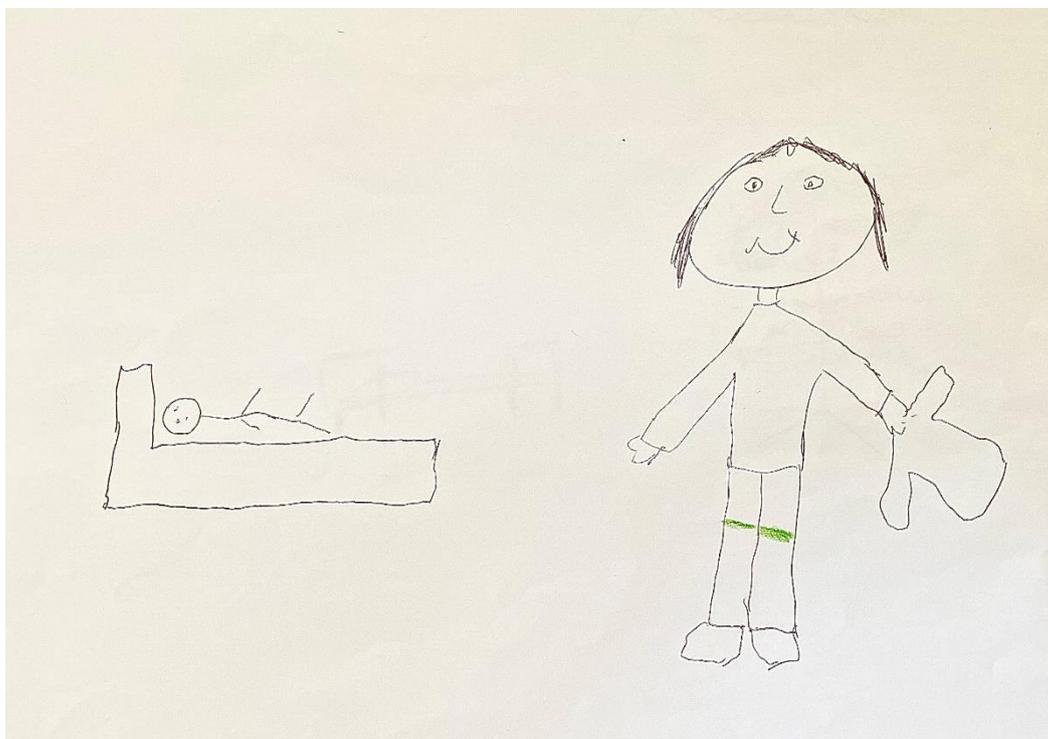


Figura 8. Disegno di Lidia, intervista, Oss.

Lidia nella sua mappatura si disegna con in mano una maglia, rimandando alla mansione delle operatrici di vestire gli ospiti della struttura. Sullo sfondo è invece raffigurato un paziente steso a letto. La zona che segna è quella delle ginocchia e gambe in cui afferma di avere più dolori e in cui ha fatto anche una contrattura.

Nelle interviste e focus group con le operatrici il tema del minutaggio delle mansioni lavorative era, come riportato nel precedente capitolo, uno dei temi più discussi, che incide sulla qualità dell'assistenza e sul benessere delle operatrici. La mappatura corporea di Gloria (*figura 9*) si differenzia rispetto alle altre e riprende, raffigurandola, la problematica del minutaggio per il lavoro delle operatrici. Il sentire di dover fare molte cose contemporaneamente a causa della mancanza di tempo ha dato lo spunto a Gloria di raffigurarsi all'interno del contesto lavorativo come una piovra. Di seguito è riportata la sua mappatura corporea.



Figura 9. Disegno di Gloria., focus group n.2, Oss.

Nel descrivere il suo disegno, Gloria ha affermato:

“Beh, io ho messo su una piovra, ma perché mi mancano mani. Però sorridente, eh. Sempre sorridente. Giusto? Una piovra proprio. Eh, cosa vuoi fare? Le mani mi mancano” (Gloria, focus group n.2, Oss).

La mancanza di tempo e il sovraccarico di mansioni da svolgere la porta quindi a voler avere più braccia per poter fare tutto più velocemente. Inoltre, Gloria ha disegnato vari strumenti e oggetti che caratterizzano il lavoro, come i pannoloni per gli ospiti, i loro vestiti, le dentiere, le scarpe, gli occhiali.

Gloria segna le parti del corpo che le fanno male con delle croci, prima chiedendomi: “Allora, mi fa male un po' dappertutto, non so che disegno, tutto?”. L'operatrice infatti segna testa, schiena, gambe, braccia, piedi, dimostrando un malessere generale, sia dal punto di vista fisico che psicologico.

Quello che Gloria ha tenuto poi a specificare e a rappresentare nella sua mappatura è il sorriso e il cuore, segnandoli in rosso, e ritenendoli un aspetto fondamentale nel suo lavoro. Questa considerazione è simile a quella detta anche da altre operatrici mentre si raffiguravano durante il *body mapping*; si disegnavano, infatti, con il sorriso, come se il fatto di dimostrare emozioni positive faccia parte della professione stessa. Queste riflessioni si legano al concetto di “lavoro emozionale” coniato da Hochschild (1979), di cui si è già precedentemente discusso. Le operatrici lavorano sulle proprie emozioni, cercando di renderle coerenti con la situazione in cui si trovano e con quello che sentono che gli altri – pazienti, colleghi, visitatori – si aspettano da loro. L'approccio con cui la sociologa fa riferimento allo scambio nel mercato dei gesti di lavoro emozionale è quello della “mercificazione delle emozioni” (*ibidem*); le emozioni risultano essere, quindi, un aspetto che viene venduto e comprato come potere di lavoro.

Un altro elemento spesso emerso con le operatrici era quello dei cambiamenti che stanno subendo le loro mansioni negli anni a causa delle problematiche strutturali delle residenze socioassistenziali, come la carenza del personale e conseguente mancanza di tempo, analizzate nel precedente capitolo. Le operatrici, infatti, denunciano spesso il fatto di non avere più le risorse per poter svolgere la parte relazionale e di socializzazione del loro lavoro, realizzando attività di animazione per gli ospiti, o anche semplicemente parlando con loro. Un esempio è dato da Elena, la quale afferma che dopo il periodo del Covid-19, le iniziative che svolgeva con le educatrici, o le attività di cura del sé con i pazienti, ora non esistono più:

“Perché guarda, anche prima del Covid, anche quello che facevo io in casa di riposo, io sono un part time con limitazioni per il problema della schiena... e facevo un lavoro extra turno, davo una mano alle educatrici, facevano la cura del sé, la lettura di un libro, tutte ste robe qua... Non esiste più, adesso sono in cucina a portare le colazioni, ad imboccare, tutte ste robe qua” (*Elena*, focus group n.2, Oss).



Figura 10. Disegno di Elena, focus group n.2, Oss.

Elena, all'interno del reparto della RSA in cui lavora, svolge un part-time con limitazioni sulle mansioni che compie a causa di problematiche alla schiena. Non potendo quindi sollevare carichi e fare azioni come spostare i pazienti, ora si occupa principalmente di distribuire cibi e bevande. Nel suo disegno (*figura 10*), infatti, si rappresenta con questi elementi vicino, dicendo che: "Io mi sento una dispensatrice di bibite e cibo". Aspetto che ripeterà anche in altri momenti del focus group, sottolineando il venir meno di tutta la parte relazionale e umana nel suo lavoro.

Anche Elena segna diverse parti del suo corpo in cui prova disturbi a causa del suo lavoro: piedi, ginocchia, schiena, braccia, collo, per quanto riguarda il fisico, e la testa per quanto riguarda la sofferenza a livello psicologico causata dal lavoro. Elena denuncia spesso il fatto di essersi fatta male negli anni svolgendo questa professione poiché, quando ha iniziato la sua carriera da operatrice, gli strumenti e macchinari presenti per facilitare il lavoro e tutelare la salute delle lavoratrici erano inadeguati, se non del tutto

inesistenti. Bensì negli anni ci sia stato un significativo progresso da questo punto di vista, il lavoro delle operatrici rimane impattante sul loro corpo; sforzi come lo spostamento o sollevamento di pazienti non autosufficienti sono sempre presenti, mettendo a rischio la salute delle lavoratrici.

Il fatto di non poter fare il proprio lavoro come si vorrebbe a causa di mancanza di tempo e di personale rischia di snaturare il lavoro delle operatrici, togliendo l'aspetto umano e relazionale e rendendolo più simile ad un lavoro "in fabbrica", come più volte hanno affermato dalle operatrici.

In conclusione, l'ultima mappatura corporea (*figura 11*) riportata è quella dell'unico operatore uomo che ha partecipato ad un focus group. Come già esposto nel capitolo dedicato alla metodologia, del focus group n.1 era presente anche un operatore: ho scelto di riportare anche il suo disegno di mappatura nonostante il punto centrale del progetto sia su lavoratrici di genere femminile, e questo poiché può essere interessante anche trovare punti di confronto o similitudine con le mappature svolte delle operatrici.

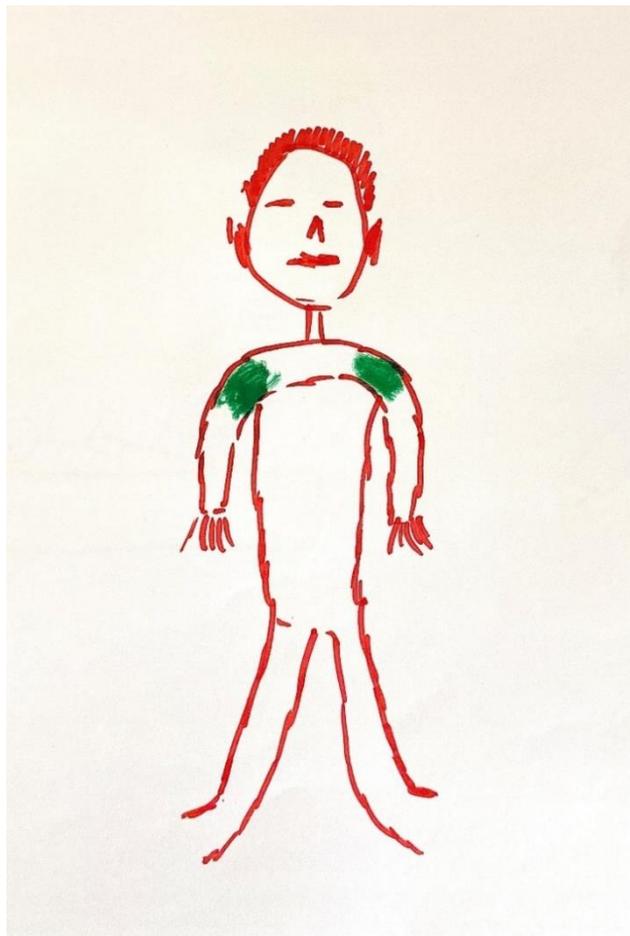


Figura 11. Disegno di Federico, focus group n.1, Oss.

Come già sottolineato precedentemente, la sua presenza non si è rivelata in qualche modo problematica; lui e le operatrici che hanno partecipato al focus group lavorano insieme da anni nello stesso reparto dedicato a pazienti con disturbi neurodegenerativi. Nella sua mappatura corporea, Federico segna come zone del corpo in cui prova maggior dolore le spalle.

Il disegno e il confronto con Federico possono aprire a degli ulteriori spunti di riflessione: se lo stesso esercizio di ricerca fosse stato svolto con soli operatori, che parti del corpo avrebbero messo in evidenza? Quali sarebbero state le loro opinioni riguardo le problematiche all'interno delle Rsa? Quale sarebbe invece stata la loro riflessione riguardo all'aspetto legato al lavoro di cura ed emozionale che caratterizza il lavoro degli operatori socio-sanitari?

5.3. Elementi comuni nelle mappature corporee delle operatrici

Dalle mappature corporee delle operatrici si possono ricavare differenti elementi che accomunano e rendono per certi versi simili i loro lavori realizzati con l'utilizzo del *body mapping*. I problemi maggiormente segnalati sono quelli legati alla stanchezza mentale e psicologica che la professione comporta. Dal punto di vista dello stato fisico, è importante sottolineare che delle dieci operatrici donne che hanno partecipato al progetto, sette hanno subito infortuni nel luogo di lavoro o hanno sviluppato una malattia professionale a causa di quest'ultimo. Tre su dieci hanno delle limitazioni sul lavoro per problematiche di salute causate da questo, per cui non possono compiere determinate mansioni o hanno dei contratti di lavoro part-time. I disturbi muscoloscheletrici più frequenti risultano essere alla schiena, agli arti superiori e inferiori, ma anche alle spalle, collo e ai piedi. Risultati, questi, che vanno a confermare dati relativi alla salute occupazionale delle operatrici socio-sanitarie, che evidenziano come le azioni di sollevamento e movimentazione degli anziani siano usuranti per il corpo delle lavoratrici, con la conseguenza della nascita di disturbi muscolo-scheletrici.

Infine, sotto il profilo della salute mentale, nelle mappature sei operatrici su dieci hanno riportato nei disegni il fatto che il lavoro influenza il loro benessere psicologico; la professione le espone a situazioni di stress e stanchezza mentale, a causa sia degli

eccessivi carichi di lavoro e delle tempistiche limitate, sia per lo stretto contatto con i pazienti e ciò che questo comporta a livello emotivo.

CONCLUSIONI

La ricerca condotta ha fatto emergere interessanti considerazioni riguardo il tema della salute occupazionale delle operatrici all'interno delle Rsa, evidenziando diversi aspetti. I risultati analizzano le principali problematiche che interessano il settore sociosanitario e assistenziale in cui sono occupate le operatrici. La strutturale carenza di personale, la mancanza di risorse e il minutaggio delle mansioni rendono sempre più complesso il contesto professionale e l'occupazione delle lavoratrici, comportando un carico di lavoro elevato, basse retribuzioni, pesanti turni di lavoro e *turnover*. Queste problematiche impediscono di occuparsi della sfera relazionale e sociale che caratterizza il lavoro delle operatrici, aspetti che vengono sempre meno riconosciuti e valorizzati. La carenza di personale e la mancanza di tempo espongono le operatrici ad un maggiore pericolo di infortuni e malattie professionali.

Un ulteriore aspetto che la ricerca sottolinea è l'inadeguatezza delle misure di prevenzione e tutela della salute e sicurezza nel luogo di lavoro per le operatrici in un'ottica di genere. Nonostante il loro sia un impiego a forte prevalenza femminile, le differenze di sesso e genere non sono opportunamente considerate nella valutazione dei rischi a cui le lavoratrici sono esposte.

Gli elementi della professione delle operatrici ricondotti al lavoro di cura ed emozionale sono associati dalle partecipanti alla sfera domestica e familiare, a cui le donne sono socialmente e culturalmente accomunate. Le lavoratrici, infatti, riconoscono che la loro è un'occupazione altamente femminilizzata, poiché, secondo una tradizione patriarcale, le donne sono viste come predisposte alle attività di accudimento. Dalla ricerca emerge anche una sovrapposizione tra il lavoro di cura retribuito e quello domestico: la sensazione riportata è di non riuscire a separare il contesto familiare da quello lavorativo. Lo svolgere un doppio lavoro sottopone le donne ad un maggiore stress e carico di attività fisiche e mentali, incidendo sul loro benessere. Aspetti, questi, non tenuti sufficientemente in considerazione nella valutazione delle disuguaglianze di rischi per la salute a cui le donne sono esposte.

Il lavoro delle operatrici implica uno stretto rapporto, sia emozionale che fisico, con i pazienti delle Rsa. Uno dei rischi sottolineati nella ricerca riguarda le violenze o aggressione da parte dei pazienti; l'analisi fa emergere che questo aspetto sia visto dalle

operatrici come una conseguenza della loro professione, naturalizzando questi episodi. Prendendo in analisi in periodo di pandemia da Covid-19, la salute delle operatrici in quella circostanza è stata compromessa per differenti motivi: per il pesante carico di lavoro, per lo stress causato dalla situazione e per l'esposizione al virus. È inoltre fondamentale vedere come questo periodo abbia enfatizzato il lavoro emozionale per le lavoratrici, le quali hanno dovuto regolare le loro emozioni, gestendole in base alla situazione che stavano vivendo.

L'ultima parte della ricerca riguarda l'analisi delle mappature corporee realizzate dalle operatrici nel corso delle interviste e focus group. L'utilizzo della tecnica del *body mapping* ha creato un contesto tale da facilitare la partecipazione delle operatrici nell'attività di ricerca, mettendo a loro agio le operatrici nel parlare delle loro problematiche di salute. Ho riscontrato nelle partecipanti curiosità per questa metodologia; ha dato un modo alternativo di pensare a come si percepiscono nel contesto di lavoro, disegnando il loro corpo e segnando le parti che a causa della professione svolta provocano loro dolore.

Le mappature sottolineano la frequenza di disturbi muscolo-scheletrici nelle operatrici, i quali interessano prevalentemente la schiena e gli arti superiori, risultati di un eccessivo carico di lavoro prolungato nel tempo. Bisogna altresì tenere conto del fatto che le operatrici intervistate hanno in media un'età superiore ai 50 anni e, passati diversi anni nel settore, la loro occupazione le porta ad uno stato di usura fisica. Dai disegni si può evincere la centralità dell'aspetto mentale ed emotivo di questa professione, che sottopone le lavoratrici a situazioni di stanchezza psicologica e stress. La carenza di risorse e tempo da dedicare al rapporto umano con i pazienti comporta una sensazione di frustrazione e insoddisfazione del loro lavoro.

Il quadro emerso vede la salute delle operatrici sociosanitarie impiegate nelle Rsa determinata dal contesto lavorativo, da un punto di vista sia psicologico che fisico. Le problematiche strutturali e organizzative enfatizzano il carico di lavoro, la mancanza di tempo, lo stress psicofisico e i limitati riconoscimenti socioeconomici, portando ad un progressivo peggioramento delle condizioni occupazionali. Il lavoro è gravoso e la salute delle lavoratrici non risulta essere adeguatamente tutelata.

Da questa ricerca emerge che il tema della salute occupazionale delle operatrici sociosanitarie appare ancora poco indagato e che sono presenti differenti spunti di ricerca.

I metodi di ricerca utilizzati sono stati quelli delle interviste semi-strutturate e focus group, in entrambi i casi è stata utilizzata la tecnica del *body mapping*. A seguito della ricerca risulta che la metodologia più interessante ed efficace da utilizzare, con cui emergono maggiori elementi, è quella del focus group. Ho constatato che le operatrici sentono il bisogno di un confronto tra loro riguardo i temi delle problematiche organizzative dei loro luoghi di lavoro, oltre che sugli aspetti legati alla loro salute. Anche l'utilizzo del *body mapping* durante i focus group apriva ad ampie riflessioni e confronti. Sarebbe interessante, in ulteriori ricerche, indagare gli aspetti relativi alla salute occupazione attraverso focus group e *body mapping* con gruppi di lavoratrici che non si conoscono tra loro e che lavorano in strutture differenti, per avere un riscontro maggiormente complesso e in cui possono emergere spunti di riflessione differenti. Spesso, al termine dei colloqui, le partecipanti mi chiedevano quali fossero gli aspetti riportati dalle altre operatrici con cui avevo precedentemente svolto la ricerca, dimostrando quindi un interesse nella possibilità di confrontarsi. Inoltre, le evidenze emerse con la seguente ricerca si basano su un campione limitato di persone; sarebbe quindi necessario svolgere un'analisi con un numero maggiore di partecipanti, occupate sia in strutture private che pubbliche, per uno studio in grado di delineare un quadro eterogeneo.

Un ulteriore spunto di riflessione aperto riguarda il mettere a confronto la professione dell'operatrice sociosanitaria tra uomini e donne. Questo paragone sarebbe interessante per far luce sulle differenze degli aspetti relazionali ed emotivi, comprendendo come questi cambiano negli uomini rispetto alle donne, a cui, socialmente e culturalmente, viene associato un ruolo di accudimento. Inoltre, questo confronto potrebbe sottolineare il possibile differente impatto sulla salute psicofisica degli uomini che svolgono la professione dell'operatore sociosanitario. Quali evidenze sarebbero quindi emerse se il seguente progetto di ricerca avesse avuto come partecipanti solo operatori di genere maschile?

Come risulta dai colloqui con le operatrici, sarebbe necessario approfondire il tema della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro in un'ottica di genere, con un focus sul settore sociosanitario e assistenziale, tenendo conto, inoltre, di quanto il contesto familiare e domestico incida sulla salute delle donne. Dalla seguente ricerca è emerso che le differenze di sesso e genere non sono adeguatamente considerate nella valutazione dei rischi e nella salute occupazionale, e ciò a discapito delle donne, andando così ad alimentare le disuguaglianze di salute socialmente prodotte.

In ultima analisi, il progressivo aumento della popolazione anziana necessita risposte da parte delle politiche di welfare per il settore sociosanitario e assistenziale. Queste devono accompagnarsi ad una modifica delle condizioni lavorative del personale per far fronte ad una già attuale situazione di emergenza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Amnesty International (2021), “Messi a tacere e inascoltati in piena pandemia. Urgenza di rispondere all’allarme lanciato dalle operatrici e degli operatori sanitari e sociosanitari in Italia” <https://d21zrvtkxtd6ae.cloudfront.net/public/uploads/2020/12/Messi-a-tacere-e-inascoltati.pdf> (ultimo accesso, 02/05/2024)

Ancora S. (2019), “Burnout, riconosciuta la sindrome degli operatori sanitari” <https://www.nurse24.it/dossier/burnout/sindrome-riconosciuta-oms-operatori-sanitari.html> (ultimo accesso 30/06/2024)

Balbo L. (1978), “*La doppia presenza*”. Edizioni Dedalo, Bari.

Barazzetti D., (2006) “Doppia presenza e lavoro di cura. Interrogativi su alcune categorie interpretative”, pp. 85-96, <https://doi.org/10.4000/qds.995> (ultimo accesso 20/10/24).

Bender A. *et al.* (2022), “You gotta have to cry”: Administrator and direct care worker experiences of death in assisted living”, *Journal of aging studies*, vol. 63: 101072. doi: 10.1016/j.jaging.2022.101072

Bellè E., Bruni A., Poggio B., (2014) “L’emotività al lavoro: tra emotional labour e sentimental work”. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 4/2014, pp. 651-676, doi: 10.1423/78745

Biancheri R. (a cura di) (2012b) “*La rivoluzione organizzativa. Differenze di genere nella gestione delle risorse umane*”. Plus University press, Pisa.

Biancheri R., (2014) “La trasversalità dell’approccio di genere per la salute e la sicurezza del lavoro. Dalla teoria alla prassi un’interazione possibile”, “*Salute e società*”, pp. 127-141, doi: 10.3280/SES2014-001011

- Black H. *et al.* (2005), “Direct Care Workers' Response to Dying and Death in the Nursing Home: A Case Study”, *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 60, Issue 1, Pages S3–S10, <https://doi.org/10.1093/geronb/60.1.S3>
- Bock, G., Duden, B., (2024) “*Lavoro d’amore – amore come lavoro. La nascita del lavoro domestico nel capitalismo*”. Ombre corte, Verona.
- Bollettino ufficiale della Regione Veneto (20 Maggio 2024) “Deliberazione della Giunta Regionale n. 610 del 29 aprile 2014” <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=273829> (ultimo accesso 17/10/2024)
- Carducci A., Caponi E., (2014) “La prospettiva di genere nella valutazione dell'esposizione ai rischi lavorativi”, “*Salute e società*”, pp. 159-167, doi: 10.3280/SES2014-001013XIII, Franco Angeli, Milano.
- Cgil Veneto (21 Giugno 2024) “Scadenza graduatorie OSS in Veneto, nessuna proroga dalla Regione” <https://www.fpcgilveneto.it/notizie/581-scadenza-graduatorie-oss-in-veneto,-nessuna-proroga-dalla-regione.html> (ultimo accesso 15/10/2024)
- Cgil Padova “Rinnovo CCNL UNEBA, ieri il presidio unitario davanti all'OIC di Padova: “Vogliamo un salario dignitoso”” <https://www.cgilpadova.it/notizie/1337-rinnovo-ccnl-uneba-ieri-il-presidio-unitario-davanti-alloic-di-padova-vogliamo-un-salario-dignitoso.html> (ultimo accesso 03/10/2024)
- Conti P. (2016) “Il genere nella salute e sicurezza sul lavoro: la visione sistemica delle scienze sociali” <https://www.gendermedjournal.it/archivio/2288/articoli/24614/> (ultimo accesso 03/05/2024).
- Corbetta, P., (2015). “*La ricerca sociale: metodologia e tecniche. III. Le tecniche qualitative*”, Il Mulino, Bologna.

- Cornwall, A. (1992). “Body mapping in health RRA/PRA” *RRA Notes*, Issue 16, pp. 69-76, IIED London
- De Jager, A., Tewson, A., Ludlow, B., & Boydell, K. (2016). “Embodied Ways of Storying the Self: A Systematic Review of Body-Mapping”. *Forum: Qualitative Social Research*, 17(2), 1-32. doi:10.17169/fqs-17.2.2526
- Di Stefano, L., Fontana, D. (a cura di), (2017) “*Disturbi muscolo-scheletrici e lavoro: una mappatura critica*”. Fondazione Marco Biagi, Modena
- European Agency for Safety and Health at Work, “Woman and safety and health at work” <https://osha.europa.eu/it/themes/women-and-health-work> (ultimo accesso 03/05/24)
- European Agency for Safety and Health at Work (2020), “Body and hazard mapping in the prevention of musculoskeletal disorders” https://osha.europa.eu/sites/default/files/HWC20_Body_hazard_mapping_EN.pdf (ultimo accesso 27/10/24)
- European Agency for Safety and Health at work (2022) “Human health and social work activities – evidence from the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks”, https://osha.europa.eu/sites/default/files/2022-02/ESENER_Human_health_and_social_work_activities_report.pdf (ultimo accesso 07/05/24)
- Foddis, R., Ficini, G., (2014) “Differenza di genere, salute e sicurezza sul lavoro tra norme ed evidenze di letteratura” in "*Salute e società*" 1/2014, pp 168-180, doi: 10.3280/SES2014-001014
- Fosti, G., Notarnicola, E., Perobelli, E. (a cura di), (2023) “*Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care. 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care*”. EGEA, Milano

Fosti, G., Notarnicola, E., Perobelli, E. (a cura di), (2024) “*La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo. 6° Rapporto Osservatorio Long Term Care*”. EGEA, Milano

Frisina, A. (2010) “*Focus group. Una guida pratica*”. Il Mulino, Bologna

Gastaldo D., Rivas-Quarneti N., Magalhes L. (2018), “Body-Map Storytelling as a Health Research Methodology: Blurred Lines Creating Clear Pictures”, *Forum: Qualitative Social Research*, 19(2): 1-26, doi: 10.17169/fqs-19.2.2858

Gazzetta Ufficiale, https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.ve_sione=1&art.idGruppo=6&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=008G0104&art.idArticolo=37&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2008-04-30&art.progressivo=0 (ultimo accesso 18 ottobre 2024)

Gherardi, S., Murgia, A., (2015) “L’in-sicurezza sul lavoro tra imposizioni formali e pratiche quotidiane: un’introduzione” in “*Studi organizzativi*” 1/2015, pp. 7-17, doi: 10.3280/SO2015-001001

Giammarioli A. M., (18 aprile 2017) “Salute e sicurezza sul lavoro. Il genere fa la differenza” <https://www.ingegnere.it/articoli/salute-sicurezza-lavoro-genere-differenza> (ultimo accesso 07/05/24)

Giorgi, A., Pizzolati, M., Vacchelli, E., (2021), “*Metodi creativi per la ricerca sociale. Contesto, pratiche, strumenti*”. Il Mulino, Bologna.

Hochschild A. R., (1979) “Work, Felling Rules, and Social Structure”, *American Journal of Sociology*, Vol. 85, No. 3, pp. 551-575

Hochschild A.R., (1983) “*The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling*”, University of California Press, California

- Hochschild A. R., Ehrenreich B. (a cura di), (2002) *“Donne globali. Tate, colf e badanti”*, Feltrinelli editore, Milano
- Inail (2013), *“Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere. Rischi lavorativi. Un approccio multidisciplinare”* Rivista vol. 4, Inail, Milano
- Inail (2022), *“Scheda nazionale infortuni sul lavoro da Covid-19”*, <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-scheda-tecnica-contagi-covid-31-ottobre-2022.pdf> (ultimo accesso 09/05/24)
- Inail (Novembre 2023) *“Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali”* <https://www.certifico.com/component/attachments/download/35421> (ultimo accesso 10/10/2024)
- Inail (31 marzo 2024) *“Podcast INAIL: quando la sicurezza è una questione anche di genere”*, <https://www.repertoriosalute.it/podcast-inail-quando-la-sicurezza-e-una-questione-anche-di-genere/> (ultimo accesso 20/10/24)
- Istat (13 Novembre 2023) *“Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie. Persiste il divario Nord-Sud nell’offerta di presidi residenziali”*. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2023/11/Report-presidi-assistenziali-Anno-2021.pdf> (ultimo accesso 02/10/2024)
- Knutsson A. (2003). *“Health disorders of shift workers”*, *Occupational Medicine*, 53(2): 103-108
- Mamo C., Penasso M., Quarta D., (2020) *“Infortuni lavorativi da aggressioni nel personale sanitario: dimensioni e trend del problema”*. *Boll Epidemiol Naz*;1(2):15-21, doi: https://doi.org/10.53225/BEN_003

- Maslach C., Jackson S. (1993), “*MBI: Maslach burnout inventory: manuale*”, Organizzazioni Speciali, Firenze
- Messing, K., (2003) “Be the fairest of them all: challengers and recommendations for the treatment of gender in occupation health research”, *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 43,6: 618-29. doi:10.1002/ajim.10225
- Mingione E., Pugliese E. (2017) “*Il lavoro*”. Carrocci editore, Roma
- Morgan J., the Bambanani Women’s Group. (a cura di), (2003) “*Jonathan Morgan & Long Life: Positive HIV Stories*”, Cape Town: Double Storey Books
- OECD (2020), “Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly”, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris, <https://www.oecd.org/els/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm> (ultimo accesso 07/05/24)
- Olmos-Vega, F. M. *et al.* (2022) “A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149” *Medical teacher*, 45(3), 241–251, <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2057287>
- ONSEPS (2023) “Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie. Relazione attività anno 2023”, *Ministero della Salute*, https://www.fpcgil.it/wp-content/uploads/2024/03/C_17_publicazioni_3420_allegato.pdf (ultimo accesso 19/10/24)
- OSTools “Software MAPO – Movimentazione e assistenza dei pazienti ospedalizzati” <https://www.liftingindex.com/mapo.html> (18/10/2024)
- Paccagnella, J., (2023) “Raccontare il sé sessuale. Un percorso di ricerca qualitativa”. <https://hdl.handle.net/20.500.12608/62602> (ultimo accesso 08/10/2024)

- Pizzolati, M. (2023) “Confrontarsi con lo spazio sicuro usando il body mapping”, “*Salute e Società*”, XXII, 2/2023, ISSN 1723-9427, ISSNe 1972-4845, doi: 10.3280/SES2023-002002
- PRIN InMIgrHealth <https://cospecs.unime.it/it/servizi/laboratori/laboratorio-di-antropologia-sociale-labas/etnografia-sperimentale/prin-0> (ultimo accesso 25/10/2024)
- Redini V., Vianello F.A., Zaccagnini F. (2020). “*Il lavoro che usura. Migrazioni femminili e salute occupazionale*”. FrancoAngeli, Milano
- Sarti, S., Terraneo, M., (2023) “*Studiare la salute. La prospettiva della sociologia*”. Carrocci editore, Roma
- Satta C., Magaraggia S., Camozzi I. (2020) “*Sociologia della vita familiare*”, Carrocci editore, Roma
- SUVA, <https://www.suva.ch/it-ch/chi-siamo/la-suva/controllo-consulenza-sicurezza-sul-lavoro#state=%5Banchor-7578A7AF-43DE-41A5-86E7-AD7C14BFBF67%5D> (ultimo accesso 19/10/2024)
- Tarr J., Thomas H. (2011).” Mapping Embodiment: Methodologies for Representing Pain and Injury”. *Qualitative Research*, 11(2): 141-157, doi: 10.1177/1468794110394067
- Vannini C. (03 Luglio 2019) “Giudizi di idoneità o inidoneità alla mansione” <https://www.nurse24.it/dossier/pubblico-impiego/idoneita-o-inidoneita-alla-mansione-sanita.html> (ultimo accesso 16/10/2024)
- Verona Sera (21 Giugno 2024) “Nuovo ospedale di Borgo Roma ancora al palo” <https://www.veronasera.it/attualita/presidio-fp-cgil-verona-assunzioni-oss-ospedale-di-comunita-borgo-roma.html> (ultimo accesso 01/10/2024)

Vicarelli G., Giarelli G., (a cura di), “*Libro Bianco. Il servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*”, FrancoAngeli, Milano, 2021

Wolkowitz, C. (2006) “*Bodies at work*”, SAGE Publications, Londra