

Gender Equality Plan e sanità: un case study sulla gestione delle questioni di genere in un contesto ospedaliero / Gender Equality Plan and healthcare: a case study on gender policies in a hospital setting

AG AboutGender
2024, 13(25), 21-49
CC BY

Giulia Arena

University of Genoa, Italy

Abstract

With the Framework Programme “Horizon Europe”, the European Commission introduced Gender Equality Plans as an eligibility criterion for all research performing organizations, including hospitals engaged in scientific research. For the European Commission, GEPs make it possible to concretise the institutional change involving policies, norms, organisational processes and practices that have an impact on gender equality, in the perspective of the strategy known as gender mainstreaming. This paper intends to analyse the approval process of a Gender Equality Plan in a research hospital context, through the presentation of the case study of the IRCCS Ospedale Policlinico San Martino in Genoa, Italy. The paper intends to investigate not only the approval process of the document but also the resistances and criticalities encountered, together with the dis-

crepancies that emerged between diagnosis and prognosis, highlighting the political processes of negotiation, compromise and re-signification of gender equality in an institutional context.

Keywords: Gender Equality Plan, gender policies, healthcare, gender in hospitals, gender mainstreaming.

1. Introduzione e scopo della ricerca

Le politiche a favore della parità di genere, implementate nel campo della ricerca scientifica a livello europeo dalla Commissione Europea, si sono concretizzate nel Programma Quadro per la Ricerca e l'Innovazione *Horizon Europe* 2021-2027 attraverso l'introduzione di alcune novità, tra le quali spicca il requisito, per le istituzioni che intendono partecipare al bando, di dotarsi di un documento noto come *Gender Equality Plan* (GEP d'ora in avanti, o nella traduzione italiana *Piano per l'Uguaglianza di Genere*). Il GEP è definito dalla Commissione Europea (2021a) come “un insieme di impegni e azioni che mirano a promuovere la parità di genere in un'organizzazione “attraverso un cambiamento istituzionale e culturale”; deve inoltre essere un documento pubblico, prevedere risorse dedicate all'implementazione e raccolta e monitoraggio di dati disaggregati per genere e includere azioni di formazione. Lo strumento è strutturato in cinque aree di intervento: equilibrio vita-lavoro e cultura organizzativa, equilibrio di genere nella leadership e nei processi decisionali, parità di genere nelle assunzioni e nella progressione di carriera, integrazione della dimensione di genere nei contenuti della ricerca e dell'insegnamento e misure contro la violenza di genere, comprese le molestie sessuali.

Nell'ambito della strategia europea di finanziamento alla ricerca e all'innovazione e grazie ai finanziamenti del Settimo Programma Quadro e di Horizon 2020 (Bencivenga e Drew 2021) sono stati avviati trenta progetti pilota di attuazione e implementazione dei GEP come strumenti per ottenere cambiamenti

strutturali in numerose istituzioni e centri di ricerca. Negli auspici della Commissione Europea, i GEP permettono di concretizzare un cambiamento organizzativo e culturale a livello istituzionale (Brescianini *et al.* 2023) attraverso azioni mirate, che coinvolgono al contempo *policy*, norme, processi organizzativi e pratiche con un impatto sulla parità di genere (Canali e Addabbo 2019). Attraverso azioni di raccolta e analisi di dati disaggregati per genere, il GEP permette il monitoraggio non solo delle azioni contenute al suo interno, ma anche delle asimmetrie rilevate nel contesto e il loro cambiamento nel tempo (Drew e Bencivenga 2017): grazie a questo processo, successive iterazioni del documento possono via via fornire nuove occasioni per la costruzione di azioni ancora più mirate.

Lo scopo di questo lavoro è verificare in che modo uno strumento come il GEP, nato all'interno della strategia di *gender mainstreaming* che l'Unione europea da anni cerca di implementare nel settore della ricerca scientifica, possa essere trasferito e applicato in un contesto ospedaliero orientato alla ricerca. Gli ospedali che svolgono attività di ricerca, infatti, sono ricompresi a pieno titolo tra le *Research Performing Organizations (RPOs)*, a cui dal 2022 viene richiesto di dotarsi di un GEP come requisito di ammissibilità di Horizon Europe.

Benché in letteratura da anni siano indagate le relazioni, i significati e le potenzialità del legame tra *policy* e questioni di genere in accademia (Tzanakou e Pearce 2019; Clavero e Galligan 2020; Picardi 2020; Gaiaschi 2022; Naldini e Poggio 2023) e nonostante la novità rappresentata dai GEP sia già stata oggetto di alcuni promettenti studi (Chamochumbi Diaz *et al.* 2023; Brescianini *et al.* 2023; Picardi *et al.* 2023); diversamente dalle università, finora è stata dedicata scarsa attenzione agli ospedali orientati alla ricerca come specifici luoghi attivi nella produzione di politiche di genere, così come mancano del tutto studi sull'implementazione di GEP all'interno di contesti ospedalieri.

Nel tentativo di colmare, almeno in parte, questa lacuna e sperando di stimolare una riflessione condivisa su tale importante tema, il presente lavoro si propone di analizzare, come caso di studio, in che modo il requisito previsto da

Horizon Europe di adottare un GEP sia stato implementato nel contesto dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Ospedale Policlinico San Martino di Genova¹.

Il contributo si propone di analizzare la fase di redazione e approvazione del GEP, che è iniziata nel luglio del 2022 e ha portato all'approvazione del documento il 15.02.2023, evidenziando le resistenze, gli ostacoli e le opportunità che si sono palesati durante il processo. L'obiettivo di questo lavoro è duplice: da una parte, indagare se sia possibile rinvenire nell'esperienza concreta dell'IRCCS San Martino alcuni elementi dei processi di istituzionalizzazione delle politiche di genere già ampiamente analizzati nella letteratura dedicata ai luoghi di produzione della scienza, dall'altra analizzare se nel caso di studio siano rintracciabili degli elementi di significativa differenza rispetto ai processi e ai modelli di GEP già implementati nelle università.

2. Background: politiche di genere nell'ambito sanitario

L'uguaglianza di genere, come noto, sta diventando un obiettivo chiave nell'agenda politica di alcuni attori internazionali: per esempio, l'obiettivo numero 5 Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile dell'ONU è dedicato proprio a questo scopo, mentre la richiesta della Commissione Europea di dotarsi di un GEP è stata recepita anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che ha identificato la riduzione delle disuguaglianze di genere come una priorità strategica e trasversale a tutte e sei le missioni che compongono il Piano (si veda "Pari opportunità, generazionali e di genere, nei contratti pubblici PNRR e PNC" del D.L. 31 maggio 2021, n. 77 convertito in legge 29 luglio 2021, n. 108). Al

¹ L'autrice è stata titolare di una borsa di ricerca di durata semestrale presso l'Ospedale Policlinico San Martino, con lo scopo di supportare il processo di redazione e approvazione del GEP, ha inoltre svolto un ruolo di coordinamento all'interno del GEP team (v. oltre). Questa esperienza ha permesso all'autrice di osservare in prima persona i processi di cui rende conto nell'articolo e di contribuire al testo del documento, ma non di assistere alla fase di implementazione delle azioni. In ogni caso, quanto espresso in questo lavoro rispecchia esclusivamente le opinioni dell'autrice e non del Policlinico.

contempo, la relazione tra genere e sanità diventa progressivamente oggetto di indagine da parte di importanti pubblicazioni², ma scarsa attenzione è stata dedicata finora riguardo alle politiche di *gender mainstreaming* nei contesti di cura (Kuhlmann e Annandale 2012): della relazione, cioè, tra *policy* e eguaglianza di genere all'interno delle istituzioni sanitarie.

Come ampiamente documentato, salute, genere e settore sanitario sono strettamente interconnessi sotto molti aspetti e la sanità è attraversata da profonde asimmetrie di genere (Boniol *et al.* 2019) e dal momento che la maggioranza (70%) del personale nel settore sanitario a livello mondiale è composto da donne, ogni politica in questo campo può avere significativi effetti correlati al genere (Lapierre e Zimmerman 2012). Ma non solo: come evidenziato nell'ormai vasta letteratura sulla medicina di genere (Rescigno 2022), le differenze di genere possono avere un impatto significativo sulla salute delle persone (Bennet e Karpin 2008), sia in termini di fattori di rischio che di accesso alle cure, compromettendo quindi la tutela del diritto alla salute, che dovrebbe invece essere tutelato indipendentemente dal genere e da altre variabili.

Anche se il requisito previsto da Horizon Europe si applica agli ospedali in quanto istituzioni che svolgono attività di ricerca, gli ospedali e le strutture sanitarie in generale sono attraversati da fenomeni genderizzati: nonostante in tali contesti le donne siano la maggioranza del personale sanitario (e spesso anche di quello medico), tale componente ottiene posizioni di leadership in misura inferiore rispetto agli uomini (Perez-Sanchez *et al.* 2021) e fatica a riconoscere che i *bias* di genere possano aver influenzato la loro carriera (Soklaridis *et al.* 2017). Inoltre, la pandemia di COVID-19 ha portato all'esplosione del *burnout* e della demotivazione tra il personale sanitario (Batra *et al.* 2020) con significative ripercussioni sul benessere lavorativo e sulla salute mentale, soprattutto delle donne (Chatzittofis *et al.* 2021) che hanno contatti lunghi e diretti con i pazienti per via del loro ruolo, per esempio di infermiere. Per queste

² Per es., la prima edizione del volume *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* risale all'anno 2010.

ragioni, le politiche di genere in un contesto ospedaliero possono svolgere un ruolo importante nel promuovere il benessere del personale sanitario con effetti positivi sulla qualità dell'assistenza prestata ai pazienti, sull'elaborazione di una ricerca medica più sensibile al genere e su una migliore cura per l'intera società (Bennet e Karpin 2008).

Per comprendere le caratteristiche del modello di GEP presentato dalla Commissione Europea per tutte le *RPO* è necessario accennare brevemente al modo in cui si sono evolute le *policy* dedicate all'ambito europeo della ricerca, dal momento che per la Commissione Europea il miglioramento della parità di genere nel contesto dell'attività scientifica è ancora oggi dichiarata una priorità trasversale (Commissione Europea 2021a). Tale priorità è stata affrontata nelle ultime due decadi con un insieme di azioni e iniziative che hanno contribuito a migliorare, ma non a risolvere (She Figures 2021), le situazioni di disuguaglianza di genere in numerosi aspetti dell'attività scientifica, dall'accesso alle posizioni apicali all'introduzione della variabile di genere negli studi e nei programmi didattici (Commissione Europea 2021a). A seguito del gruppo di Helsinki, istituito nel 1999, la Commissione Europea ha dedicato spazio e risorse a questo obiettivo, inserito nei Programmi Quadro per la Ricerca e l'Innovazione sesto, settimo e ottavo (Horizon2020). Progressivamente, l'approccio della Commissione è passato da azioni volte a rendere le donne più idonee a integrarsi negli ambienti di ricerca preesistenti e prevalentemente maschili (approccio noto come "fixing the woman"), a misure progettate per innescare cambiamenti strutturali nelle istituzioni di ricerca (approccio noto come "fixing the institution"), ed infine ad azioni che hanno come scopo principale l'integrazione della prospettiva di genere nella produzione di conoscenza scientifica e tecnologica (approccio noto come "fixing the knowledge") (Picardi *et al.* 2023). Nel Programma Quadro per la Ricerca e l'Innovazione Horizon Europe, in aggiunta al già menzionato requisito dell'adozione del GEP come criterio di ammissibilità, sono stati introdotti due ulteriori criteri legati alla parità di genere che hanno lo scopo di implementare gli approcci appena richiamati: l'introduzione della dimensione di genere nei progetti presentati quale criterio di aggiudicazione

obbligatorio (a meno che non si tratti dei pochi settori scientifici per i quali, in ragione della materia trattata, ciò sia esplicitamente escluso), insieme al criterio di classificazione che permette di premiare, tra le proposte *ex aequo*, i progetti che presentano un maggior equilibrio di genere tra le persone coinvolte.

I rapporti tra politiche e genere sono stati investigati da un'ampia e consolidata letteratura, che ha evidenziato come i ruoli di genere siano una parte costitutiva delle pratiche organizzative nelle istituzioni (Acker 1990; Benschop e Doorewaard 1998; Poggio 2006), continuamente costruiti e decostruiti anche attraverso documenti di *policy* (Acker 1990) e trasmessi attraverso specifiche pratiche di genere (Poggio 2010). In questo contesto, le politiche svolgono un ruolo cruciale nel continuo processo di costruzione e decostruzione del genere (Connell 2006) e i documenti di *policy* diventano performativi rispetto al genere nelle istituzioni (Arena 2023). Sulla base di queste considerazioni, ha potuto svilupparsi una letteratura dedicata ad indagare in maniera critica il *gender mainstreaming* e le politiche di genere, fuori e dentro l'accademia (Riegraf e Weber 2017; Picardi 2020; Drew e Canavan 2020; Clavero e Galligan 2021). In particolare, assumono una specifica rilevanza le riflessioni di Bacchi ed Eveline, che propongono di ripensare alle politiche (ed in particolar modo alle politiche di genere) come "produttive" o "costitutive", nel senso che le politiche stesse avrebbero in realtà un ruolo attivo nel modellare e significare i problemi che pretendono di risolvere (Bacchi e Eveline 2010). Tali riflessioni hanno permesso lo sviluppo di una corrente di ricerca dedicata all'analisi critica delle politiche di genere, nella quale si sottolinea l'uso discorsivo delle politiche dedicate alla parità di genere (Lombardo *et al.* 2009) e la capacità dei documenti di *policy* di offrire una narrazione (più o meno coerente) del problema individuato e delle soluzioni proposte (Garforth e Kerr 2009). Infine, di fondamentale importanza per il lavoro qui proposto è il concetto che nella negoziazione e risignificazione del significato e degli obiettivi connessi alla parità di genere siano presenti due livelli, uno prognostico (individuazione del problema) ed uno diagnostico (individuazione delle soluzioni) (Lombardo e Meier 2006), che spesso possono

portare a discrepanze o risultati contraddittori nelle politiche risultanti da questo processo (Sangiuliano *et al.* 2019).

3. Il caso di studio: primi risultati dell'analisi di contesto

L'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino è il principale ospedale pubblico di Genova e con un organico di 4796 unità (comprendente personale sanitario, tecnico, amministrativo e ricercatore) e una capacità di 1196 posti letto (al 31.12.2022) serve un bacino di utenza molto ampio; inoltre, è Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per le discipline dell'Oncologia e delle Neuroscienze e, grazie alla collaborazione con l'Università di Genova, ospita anche il polo didattico della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, integrando così ricerca scientifica, assistenza sanitaria e istruzione superiore.

Due principali attori sono presenti nel Policlinico con compiti di promozione dell'uguaglianza di genere: il Comitato Unico di Garanzia (CUG), come richiesto dalla normativa italiana, e la consigliera di fiducia, una professionista esterna all'ospedale che fornisce consulenza legale a chiunque dichiari di essere vittima di discriminazione, mobbing, molestie sessuali o psicologiche all'interno dell'IRCCS. Tra i compiti del CUG vi è quello di redigere il Piano di Azioni Positive (PAP), previsto ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo n. 198 del 2006 ("Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"); tuttavia, nonostante l'adozione di questo documento da parte del Policlinico, la pandemia da Covid-19 ha impedito l'attuazione di molte delle misure pianificate nel precedente Piano Annuale.

Per la redazione del GEP e su impulso del Direttore scientifico, il Policlinico si è dotato di un gruppo di lavoro informale soprannominato "GEP team", di cui hanno fatto parte rappresentanti di alcune aree ritenute chiave per lo sviluppo di politiche di genere all'interno dell'ospedale, nello specifico dipendenti designati dai seguenti uffici: Formazione e Comunicazione, Sviluppo e Gestione Risorse Umane, Controllo di Gestione, CUG, Sportello psicologico e Direzione

scientifica (Grant & Technology Transfer Office). Il GEP team è stato poi formalizzato nella delibera di approvazione del GEP stesso, con l'obiettivo di dotare il Policlinico di una struttura in grado di curare l'implementazione e il monitoraggio del GEP nel corso del tempo.

La base informativa per la redazione del GEP è stata formata da un'analisi dei dati statistici già a disposizione dell'IRCCS, riguardanti la composizione di genere e le carriere all'interno del Policlinico, che è stata successivamente integrata da una fase di colloqui riguardo le principali problematiche lavorative connesse al genere. Nello specifico, la prima parte è stata attuata tramite l'analisi e l'interpretazione dei dati statistici disaggregati per sesso ottenuti grazie all'Unità Operativa Controllo di Gestione e grazie alla relazione annuale redatta dal CUG e inviata al Dipartimento della Funzione Pubblica. La seconda parte, di stampo più qualitativo, è stata realizzata tramite dieci interviste non strutturate a testimoni privilegiati, cioè attori chiave nella gestione del Policlinico, con l'obiettivo di indagare quali fossero le tematiche di genere più sentite in relazione al contesto lavorativo. In particolare, sono stati condotti dieci interviste con dipendenti appartenenti alla Struttura Semplice Dipartimentale Formazione e Comunicazione, all'Unità Operativa Complessa Sviluppo e Gestione Risorse Umane, al CUG, allo Sportello psicologico e alla Direzione scientifica (Grant & Technology Transfer Office). Le persone da intervistare sono state individuate grazie ad un dialogo costante con la Direzione scientifica, che ha risposto ai miei quesiti iniziali sul funzionamento del Policlinico e mi ha permesso di capire quali fossero le strutture in grado di fornirmi il materiale informativo di cui avevo bisogno, e che più di altre ricevevano le richieste del personale che potevano esprimere situazioni di disagio o disegualianza di genere. In alcuni casi, come in quello del progetto sul rientro al lavoro dopo lunga assenza già messo in atto negli anni passati, non è stato possibile effettuare sul momento un'analisi di genere delle risposte ottenute, motivo per cui è stato scelto di trasformare questo compito in un'apposita azione all'interno del GEP.

Inoltre, con l'aiuto della consigliera di fiducia, sono state riesaminate le richieste a lei pervenute dall'inizio del suo mandato per trovare situazioni di

disagio riconducibili a stereotipi di genere, insulti sessisti o altre manifestazioni di discriminazione di genere. Infine, a tutto il personale è stato inviato tramite e-mail un invito a proporre possibili misure da implementare per migliorare tale aspetto, da inserire sia nel GEP che nella parte dedicata alle tematiche di genere del nuovo Piano Integrato di Attività e Organizzazione, nel quale confluisce il contenuto del Piano di Azioni Positive. Tale invito è stato accompagnato da una spiegazione di che cosa si intenda per azione positiva, insieme ad una scheda da compilare per dettagliare il tipo di intervento proposto con informazioni come la durata prevista, il target, chi avrebbe dovuto attuare la misura e così via. Tuttavia, nessuna delle risposte ricevute rimandava ad una dimensione di genere.

Infine, il GEP team ha deciso di escludere le politiche per i pazienti dal campo di azione del GEP da redigere. Tale scelta è stata motivata dal timore di un *overcommitment* dell'organizzazione, al suo primo GEP. Nel documento finale sono quindi confluite, a differenza per esempio dei GEP adottati dalle università italiane, che riguardano anche gli "utenti" - cioè la componente studentesca - soltanto azioni riconducibili al trattamento del personale del Policlinico o alla ricerca scientifica.

L'analisi dei dati statistici, già a disposizione del Policlinico, ha permesso di evidenziare alcune criticità, come gli squilibri di genere nelle posizioni apicali e nella conciliazione tra vita lavorativa e privata, mentre le interviste hanno permesso di individuare alcune lacune nella raccolta dei dati, per le quali azioni correttive sono state integrate nel GEP (per es., non era possibile analizzare il personale utilizzando come variabile il titolo di studio). L'interpretazione dei dati così raccolti ha permesso di tracciare una fotografia, per quanto imparziale, delle principali questioni di genere all'interno del Policlinico (sezione "Bilancio di genere" del GEP). La composizione del personale, con il 69% di donne e il 31% di uomini, ha mostrato una forte femminilizzazione, in linea con il trend internazionale (Gender Equality Index 2021; SheFigures 2021). Per quanto riguarda l'età, gli uomini con più di 50 anni sono il 17,4% dell'intero personale e le donne il 36,78%.

Per quanto riguarda la conciliazione, invece, i dati sulla fruizione di congedi parentali, congedi per allattamento e congedi ex l. 104/1992 mostrano che questi strumenti sono fruiti nel 17% dei casi dagli uomini e nell'83% dei casi dalle donne, mostrando uno sbilanciamento del lavoro di cura su queste ultime e confermando la letteratura in merito. In aggiunta, si osserva un trend crescente nella richiesta di congedi da parte delle donne, presumibilmente amplificato dalla pandemia (aumento del 6% dal 2019 al 2021). Tale squilibrio sembra essere confermato anche dall'uso del part-time: gli uomini lavorano a tempo pieno nel 98,45% dei casi, mentre le donne solamente nel 90,35% (in particolare, è apprezzato il part-time verticale, che coinvolge il 7,97% delle dipendenti).

Emergono differenze significative anche per quanto riguarda la divisione del personale tra comparto e dirigenza. Il comparto è fortemente femminilizzato, per esempio le donne sono il 75% del personale OSS, il 77% del personale amministrativo, il 75% del personale sanitario (non medico) e addirittura l'85% del ruolo di coordinamento (cfr. Fig. 1). La dirigenza complessiva (che nell'ambito ospedaliero ricomprende tutto il personale medico³) è attualmente composta per il 55% da donne e per il 45% da uomini. È stato riscontrato il fenomeno noto come "soffitto di cristallo", in quanto le posizioni apicali⁴ sono composte totalmente da uomini, i Direttori di Dipartimento ad Azione Integrata sono uomini al 91%, i Direttori di Strutture Complesse sono uomini al 71%, mentre la guida delle Strutture Semplici e Dipartimentali è affidata a uomini nel 54% dei casi. Inoltre, gli uomini sono sovra-rappresentati nella composizione dei progetti di ricerca (sia finanziati che non finanziati) e di conseguenza sia come autori di pubblicazioni scientifiche che come primi autori. Infine, l'analisi degli episodi di aggressione e violenza da parte dei pazienti o dei loro familiari a danno del personale

³ Si specifica che nella categoria dirigenziale, nel contesto ospedaliero, va ricompreso tutto il personale medico, in quanto tutti i medici dipendenti sono inquadrati come dirigenti, a prescindere dagli eventuali incarichi di direzione o gestione, che possono sommarsi alla qualifica dirigenziale e rappresentano, in un certo senso, il progredire della carriera. Nel caso dell'IRCCS, gli incarichi principali sono rappresentati dalla direzione dei Dipartimenti ad Azione Integrata, delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici e Dipartimentali.

⁴ Sono quattro i ruoli al vertice dell'amministrazione, cioè direttore sanitario, amministrativo, scientifico e direttore generale.

ha mostrato che le donne risultano vittime più degli uomini (con una probabilità 2,5 volte maggiore), tuttavia il sistema di rilevazione delle aggressioni è ancora rudimentale e non permette un'analisi dettagliata del fenomeno: per esempio, la persona vittima di violenza ha la facoltà di segnalare o meno l'episodio. Per questo motivo, è stata inserita una specifica azione nel GEP per migliorare la raccolta dati.

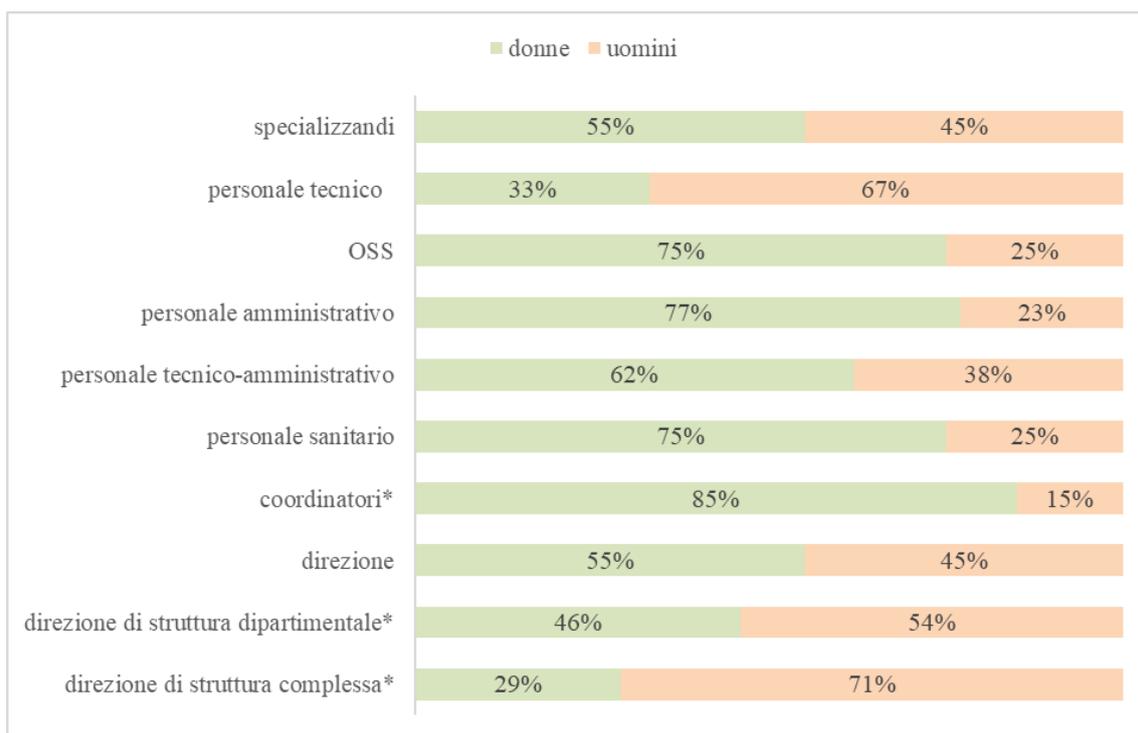


Fig. 1 - Composizione per genere dei principali ruoli dell'IRCCS al 31.12.2021

Fonte: elaborazione propria di dati forniti dall'IRCCS. L'asterisco indica incarichi che si aggiungono al proprio ruolo (per es., chi ha un ruolo di direzione di struttura complessa è contato anche come "direzione", e chi ha un ruolo di coordinamento è contato anche nel "personale sanitario")

In sintesi, il contesto ospedaliero in cui si è inserito il progetto del GEP sembra attraversato da alcune asimmetrie e disparità di genere, che sembrano aggravate a prima vista da fattori che si potrebbero definire intersezionali - come l'età media molto elevata del personale - a loro volta ulteriormente aggravati dagli strascichi psicologici della crisi pandemica.

Tuttavia, dai colloqui emerge una consapevolezza altalenante dell'importanza e dell'incidenza dei fenomeni di genere nel contesto lavorativo, limitata per lo più al tema della "carriera" e della difficoltà delle donne, soprattutto madri, di trovare il giusto livello di benessere lavorativo. Spicca però la consapevolezza dell'impatto del periodo pandemico sullo stress lavoro-correlato e sui rapporti di lavoro, che vengono percepiti come usurati e fonte di disagio, attraversati da differenze di ruolo sentite come eccessivamente gerarchiche, da situazioni lavorative percepite come "ingiuste" o da caratteristiche personali non adeguatamente valorizzate.

4. Il Gender Equality Plan in un contesto ospedaliero

Lo scopo di questo paragrafo è analizzare in che modo, nel caso di studio in esame, dall'analisi di contesto si è giunti all'approvazione del documento con le relative azioni. Il "disfare" delle disuguaglianze e delle pratiche di genere già consolidate implica l'attuazione di una visione diversa e trasformativa delle relazioni di genere nella vita organizzativa: per questo motivo il documento finale rappresenta una sintesi di compromesso tra diverse istanze sul significato di "eguaglianza di genere" (Sangiuliano *et al.* 2019). Tale processo è noto in letteratura (Lombardo e Meier 2008) e l'adozione di un GEP rappresenta in realtà un terreno di scontro politico non solo su quali azioni programmare e finanziare, ma tra le diverse accezioni di parità di genere - e i relativi obiettivi, talvolta impliciti, talvolta espliciti, presenti nella stessa organizzazione.

Nel caso di studio, ho realizzato una prima bozza di GEP che è stata successivamente rifinita grazie al lavoro congiunto del GEP team, che è stato coinvolto in maniera partecipativa nell'analisi di contesto, nell'interpretazione dei risultati ottenuti e nella redazione delle azioni da inserire nel documento. La bozza è stata infine presentata alla dirigenza apicale per l'approvazione. In questo processo le diverse azioni proposte sono state sottoposte ad un vaglio di soste-

nibilità, sia dal punto di vista finanziario che sociale. Nella valutazione di fattibilità delle azioni è stata impiegata una modalità assimilabile all'analisi SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*, cfr. Verdugo et al. 2023), che ha permesso di valutare nel dettaglio soprattutto, da una parte, la possibilità di sfruttare progetti e azioni già in atto, e dall'altra di tenere in debita considerazione alcuni vincoli di sistema, come l'applicazione dei contratti collettivi nazionali, che limitano l'autonomia organizzativa su molte questioni lavorative. Nella parte che in letteratura viene definita di "prognosi", cioè l'identificazione del problema (in questo caso, le disparità di genere presenti nel Policlinico), c'è stato comune accordo tra i diversi livelli manageriali coinvolti e il GEP team, mentre si sono registrate opinioni eterogenee e a volte divergenti per quanto riguarda le soluzioni proposte al problema (la "prognosi"), cioè le azioni da inserire nel GEP. Così, alcune azioni sono risultate ridimensionate nella versione finale del documento: ad esempio, davanti alla proposta di istituire un percorso di sostegno nella scrittura di progetti di ricerca che tenessero conto della variabile di genere è stata approvata soltanto una serie di eventi di formazione sul tema, e alla previsione di ulteriori servizi di assistenza per minori e anziani è seguita solo l'introduzione di uno studio di fattibilità per tali servizi.

Preliminarmente, per redigere il GEP sono stati utilizzati diversi materiali provenienti da progetti rilevanti sul tema: tra i tanti occorre citare il *toolkit* GEAR fornito da EIGE per l'implementazione dei GEP nelle RPO e il *factsheet* del progetto RESISTIRÉ esplicitamente dedicato ai GEP nel contesto ospedaliero⁵. Inoltre, è stata svolta una comparazione tra i diversi GEP al momento approvati in Italia da altre organizzazioni simili al Policlinico San Martino, come altri IRCCS ed enti di ricerca non universitari per minimizzare il rischio di un

⁵ Il *factsheet* di Resisterè (disponibile al sito: <https://resistire-project.eu/recommendations/factsheet-3-gender-equality-in-the-healthcare-sector/>) è uno dei pochi esempi in cui sia stato affrontato il tema del GEP in un contesto ospedaliero. Il progetto ha lo scopo di comprendere e analizzare l'impatto delle risposte politiche alla pandemia da Covid-19 sulle disuguaglianze sociali ed economiche in ottica di genere, quindi le raccomandazioni di *policy* contenute nel *factsheet* sono risultate preziose in quanto tengono conto del contesto post-pandemico.

appiattimento del modello proposto dalla Commissione Europea su quello accademico, che non sembra particolarmente indicato a rappresentare la realtà di un contesto ospedaliero, seppur orientato alla ricerca.

Nella versione finale del documento le azioni inserite sono di tre tipi: sensibilizzazione e formazione, raccolta dati e monitoraggio ed infine azioni riconducibili al cambiamento organizzativo. Le tre categorie sono tracciate all'interno del GEP per permettere di identificare, a prima vista, quale sia l'obiettivo macro su cui ogni azione vuole incidere, mentre ogni area richiesta dalla Commissione Europea è dotata di un indicatore macro di impatto e ciascuna delle ventidue azioni ha un indicatore di risultato. Alle cinque aree tematiche volute dalla Commissione Europea è stata aggiunta un'ulteriore area propedeutica, designata come Area 0, dedicata specificamente all'implementazione, al monitoraggio e alla divulgazione del GEP. Tale area contempla azioni mirate a costruire e mantenere nel tempo l'architettura del GEP, focalizzandosi sulla sua attuazione, valutazione e diffusione all'interno dell'organizzazione.

Inoltre, il GEP team ha tenuto conto di alcuni criteri nella programmazione delle azioni: la loro capacità di poter essere integrate nei processi decisionali ed esecutivi del Policlinico in maniera efficace, tramite il coordinamento con altri documenti già in atto o in via di sviluppo e tramite un ancoraggio a processi già in corso. Per esempio, le misure formative proposte sono state inserite anche nel Piano della Formazione, mentre nel PIAO sono state inserite azioni ritenute preliminari ad alcuni obiettivi del GEP.

Il GEP team ha poi considerato fondamentale l'implementazione di un approccio graduale e strategico, che coinvolga *in primis* il livello di *top e middle management* e che risulti poi nella formazione di tutto il personale, che tuttavia appare ancora segnato dalla recente crisi pandemica e poco propenso ad impegnarsi a favore del luogo di lavoro, percepito spesso come ostile.

Considerando proprio questo tipo di clima lavorativo, insieme al fatto che si trattasse della prima edizione del GEP e che determinate caratteristiche di *gender mainstreaming* avessero bisogno di radicarsi prima nell'organizzazione, le azioni inserite nel GEP ricomprendono soprattutto misure a favore del personale

dipendente. Sono state infatti inserite varie misure, come la creazione di un Vademecum per l'utilizzo di un linguaggio inclusivo, la revisione del Regolamento sullo *smartworking* con particolare attenzione al tema della conciliazione, una specifica formazione sui *bias* di genere e sugli stereotipi sessisti nei luoghi di lavoro rivolta a chi ha incarichi di direzione, la realizzazione di uno studio di fattibilità per l'attivazione di convenzioni con servizi per l'infanzia e per i familiari non autosufficienti (dal momento che il Policlinico dispone di un solo nido aziendale) e l'aggiornamento delle procedure per la segnalazione di comportamenti discriminatori, molestie e violenza di genere, in parallelo alla creazione di un sistema di monitoraggio che riesca a tracciare le discriminazioni di genere all'interno delle varie richieste di supporto che il personale dipendente può rivolgere a diversi attori istituzionali.

L'approccio è stato quello di recuperare e costruire a partire da quanto già fatto precedentemente, all'interno del Policlinico, dal CUG e da altri soggetti istituzionali. Per esempio, è stata inserita un'azione dedicata alla ri-analisi in ottica di genere dei risultati del progetto sul rientro al lavoro dopo lunga assenza, già messo in atto negli anni precedenti, o come dimostra l'impegno verso la medicina di genere in particolare nei settori per i quali c'è già il riconoscimento scientifico (Oncologia e Neuroscienze) e per quelli che già portano avanti progetti dedicati alla medicina di genere (Cardiologia). In questo senso si prevede nel GEP la creazione di un vero e proprio percorso che parta dal monitoraggio dei progetti di ricerca e delle pubblicazioni ascrivibili ad un approccio *gender-sensitive*, passando per l'(ambiziosa) adozione di un piano per la Medicina di Genere che recepisca il Piano nazionale emanato dal Ministero della Sanità ("Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottato dal Ministero il 6 maggio 2019 in ottemperanza all'art. 3 della legge n. 3 del 2018), per finire con la progettazione di attività specifiche e ricerca di finanziamenti per progetti di ricerca esplicitamente dedicati alle differenze di sesso o di genere.

5. A partire dal caso di studio e oltre

L'analisi di contesto del Policlinico San Martino ha evidenziato, in linea con la letteratura sul tema, che la pandemia da Covid-19 appare come una grande spaccatura tra “un prima” e “un dopo” nelle parole, nelle riflessioni e nelle politiche di chi lavora in sanità. Le delusioni personali si traducono spesso in una riflessione collettiva su come da “angeli” del periodo pandemico gli operatori sanitari si sia tornati ad essere lavoratori e lavoratrici invisibili, che scontano il peso di una medicina territoriale carente e di una continuità assistenziale altalenante. Due fattori che tra l'altro concorrono ad aumentare anche il lavoro di cura (spesso non pagato o sottopagato) all'interno delle famiglie.

Come documentato in varie ricerche, la pandemia da Covid-19 ha visto le donne pesantemente colpite per due ragioni: la maggior parte dei settori dichiarati ‘essenziali’ durante i lockdown legati alla pandemia comprende lavori a stretto contatto e a prevalenza femminile (Commissione Europea 2021b) e le donne costituiscono la maggioranza dei lavoratori nel settore sanitario e assistenziale (a livello europeo sono il 76% del personale nel settore sanitario e assistenziale, l'86% di chi presta lavoro di cura nel settore assistenziale e/o familiare) (sempre Commissione Europea 2021b). I dati relativi raccolti durante l'analisi di contesto confermano questo trend anche per quanto riguarda il caso di studio. Le donne e i loro corpi, quindi, sono al centro della negoziazione politica che nell'epoca post-Covid continua a svilupparsi nelle strutture sanitarie di tutto il mondo e rimangono un nodo centrale per comprendere i processi di genderizzazione delle carriere mediche e sanitarie, da un lato, e l'applicazione di politiche ispirate ai principi del *gender mainstreaming*, dall'altro. Nel caso del Policlinico, l'impatto psicologico del Covid-19 ha comportato la scelta di azioni che offrirono, il più possibile, ulteriori strumenti di *welfare* per il personale, invece che appesantirlo con ulteriori obblighi extra-lavorativi (o che vengono percepiti come tali).

Così come sottolineato in letteratura (Canali e Addabbo 2019), il momento di passaggio tra una fase di *audit* ad una fase programmatica rappresenta anche il momento in cui narrazioni confliggenti sul concetto di parità di genere emergono all'interno di un'organizzazione. Mentre la parte diagnostica potrebbe riconoscere e identificare le disuguaglianze di genere esistenti, la parte prognostica potrebbe essere manchevole nell'elaborare proattivamente soluzioni e interventi mirati per affrontare tali disuguaglianze in modo efficace. Per alcune autrici (Sangiuliano *et al.* 2019), uno dei problemi che interessa il processo di cambiamento strutturale per l'uguaglianza di genere riguarda le tensioni e le negoziazioni tra l'obiettivo trasformativo delle politiche di parità di genere e i molteplici modi in cui possono essere reinterpretate e incorporate nelle politiche esistenti e negli obiettivi istituzionali. Per esempio, nel caso del Policlinico San Martino, a fronte di una diagnosi che rileva un divario di genere anche piuttosto spiccato nell'accesso alle posizioni apicali, a seguito di discussione all'interno del GEP team soltanto un'azione è stata inserita nella corrispondente area del GEP, cioè una revisione dei bandi per la direzione di Struttura Complessa e la responsabilità di Struttura Semplice Dipartimentale, con la previsione di inserire un riepilogo sui servizi di *welfare* offerti ai dipendenti e formule per incentivare la partecipazione femminile. La formulazione di questa azione appare fortemente sottodimensionata rispetto all'obiettivo che vorrebbe raggiungere, ma al contempo altre azioni proposte, come la previsione di un rimborso per incentivare il personale a partecipare a convegni ed eventi di formazione, si sono scontrate con problematiche relative alla sostenibilità finanziaria e organizzativa, ai limiti imposti dalla legislazione applicabile e al confronto sindacale in sede di applicazione dei contratti collettivi nazionali.

Questa problematica sottolinea quanto sia complesso cercare di integrare obiettivi di parità di genere in strutture preesistenti. Le politiche per l'uguaglianza di genere possono infatti incontrare resistenze, deviazioni e risignificazioni nel processo di approvazione ed implementazione, poiché gli obiettivi trasformativi non sempre sono allineati con quelli delle strutture già esistenti.

L'approfondimento di questo tema è cruciale per sviluppare strategie più efficaci e consapevoli nella promozione dell'uguaglianza di genere a livello strutturale, mentre lo studio delle discrepanze, delle tensioni, delle negoziazioni e dei compromessi è fondamentale per comprendere meglio i processi di *gender mainstreaming* come quello esaminato in questo lavoro.

Nel caso di studio si rileva la necessità di inserire azioni come ulteriori analisi interne, studi di fattibilità, azioni di sensibilizzazione, formazione e comunicazione, anche perché si tratta di un contesto che, forse a differenza di quello universitario, non si è quasi mai confrontato con le tematiche della disparità di genere e in cui manca una consapevolezza diffusa di come le questioni di genere plasmino l'organizzazione del lavoro. Per Sangiuliano (2019), invece, l'abbondanza di tali misure preparatorie a discapito delle azioni di cambiamento istituzionale può essere interpretata come un segno di resistenza interna al cambiamento,

Nel processo di redazione e successiva approvazione del GEP del Policlinico si è tenuto conto della necessità un forte impegno della *governance*, mutuato dalla direttiva n. 2 del 2019 del Ministero per la Pubblica Amministrazione (“Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”), che proprio all’art. 2 prevede che i principi di parità di genere e gli sforzi tesi ad ottenerla siano portate avanti, all’interno di ogni pubblica amministrazione, soprattutto dai vertici delle amministrazioni, dai titolari degli uffici responsabili delle politiche di gestione delle risorse umane e dell’organizzazione del lavoro, dai dirigenti e da chiunque abbia responsabilità organizzativa e di gestione di personale, nonché dai Comitati unici di garanzia e dagli Organismi Indipendenti di valutazione. Il processo di redazione del GEP all’interno del Policlinico ha ricalcato questa previsione e il GEP è stato infine approvato dai vertici dirigenziali, ovvero i quattro Direttori, dopo essere stato condiviso e rivisto con i dirigenti delle aree ritenute chiave. Ciò ha permesso di trasformare l’obbligo di dotarsi di un GEP da un semplice esercizio di *box ticking* (Cacace *et al.* 2024) all’opportunità di

discutere le principali problematiche di genere con la *governance* del Policlinico, con la speranza di innescare un processo di autoriflessione che superi l'idea, molto diffusa all'interno del Policlinico, che, in quanto pubblica amministrazione, ci sia una perfetta neutralità nel trattare i propri dipendenti e che tutte le situazioni di disparità di genere derivino da problemi "altri" (per es., dall'eccessivo lavoro di cura che le donne devono svolgere).

Tuttavia, è stato anche possibile rilevare che il modello di GEP progettato dalla Commissione Europea deve essere significativamente adattato per affrontare in modo efficace le questioni legate al genere presenti negli ospedali, le quali differiscono da quelle presenti in altre istituzioni di ricerca. Per esempio, la diversità di ruoli organizzativi, la molteplicità di carriere presenti in un ospedale e la crescente femminilizzazione del settore (che in alcuni ruoli assume proporzioni tali da poter parlare di iper-femminilizzazione) pone sfide diverse rispetto a quei contesti accademici dove le donne rimangono una minoranza, come alcune discipline STEM. Il tipo di lavoro che si svolge in ospedale (spesso su turni, faticoso, a contatto con la sofferenza e con la morte) porta al fenomeno dello stress lavoro-correlato, che è particolarmente forte ed è stato ulteriormente peggiorato dal contesto post-pandemico, di cui ovviamente gli strascichi si sentono in misura maggiore in un contesto ospedaliero. Per quanto riguarda l'aspetto di genere, la letteratura sul tema ha dimostrato che lo stress lavoro-correlato è acuito dal conflitto tra lavoro e famiglia (Menghini e Balducci 2021). Le caratteristiche peculiari della ricerca nel campo medico impongono cautele particolari nella formazione e nell'inserimento della variabile di genere (o di sesso) nel rispetto della dignità dei pazienti coinvolti. Infine, il fenomeno della violenza a danno degli operatori sanitari è un'altra caratteristica, assente nel contesto accademico, che impone una particolare attenzione nel progettare azioni *ad hoc*.

Raccogliendo uno degli input del processo partecipativo avviato all'interno del Policlinico per la redazione del GEP, che vede una diffusa necessità di relazioni lavorative più giuste e maggiormente incentrate sul benessere di lavora-

tori e lavoratrici, inoltre si rileva la necessità di implementare politiche di genere che siano politiche della cura. Infatti, implementare politiche di genere in un contesto ospedaliero pone la sfida di immaginare politiche della cura di ispirazione femminista (The Care Collective 2023), che sappiano raggiungere il duplice obiettivo di mettere al centro la cura del personale sanitario, e al contempo, nel farlo, la rimozione delle discriminazioni di genere nell'accesso alle cure e nella materialità del diritto alla salute dei pazienti. Lo scopo dovrebbe essere garantire a tutti e tutte un'assistenza sanitaria di qualità, equa e non discriminatoria, incluso il diritto alla privacy, al consenso informato e alla scelta del trattamento.

Non è uno sforzo facile, dal momento che il panorama post-pandemico è quello di scoraggiamento e disillusione nei confronti delle organizzazioni ospedaliere, sia da parte dei dipendenti che da parte della popolazione in generale. Il corpo è necessariamente al centro di queste relazioni di cura, che negli ospedali sembrano essere peggiorate dopo la pandemia da Covid-19, nella relazione tra il personale e i pazienti ma anche tra gli operatori sanitari stessi, come mostrano i dati sulla salute mentale, sul *burnout*, sulla demotivazione e sui tassi di aggressione subiti dal personale ospedaliero. In questo processo si rende necessario considerare i fattori intersezionali, che attraversano in realtà molte problematiche vissute dal personale, come l'età elevata, la presenza di patologie e disabilità, il background migratorio etc., e mettere in discussione l'aspetto politico della sanità per evitare di implementare un approccio di *gender mainstreaming* dall'alto verso il basso che rischia di non comportare un cambiamento istituzionale, ma piuttosto di aggravare ulteriormente gli operatori sanitari già colpiti dal *burnout*.

6. Conclusioni

Questo lavoro si è proposto di esplorare come strumenti e politiche nati dal contesto di *gender mainstreaming* dell'Unione Europea possano essere adattati

ed implementati in un contesto ospedaliero orientato alla ricerca. In particolare, il caso di studio presentato si è focalizzato sull'analisi di come il requisito di dotarsi di un GEP per accedere ai fondi Horizon Europe sia stato effettivamente presso l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova.

Si è dato conto dell'analisi di contesto (fase diagnostica) riguardante la composizione di genere, le carriere e le principali disparità di genere all'interno Policlinico. L'interpretazione dei dati ha tenuto conto di un *framework* concettuale derivato dagli studi sul genere nelle organizzazioni e sugli effetti delle politiche di *gender mainstreaming*; in questo tipo di prospettiva, dove il genere è riconosciuto come una parte integrante delle pratiche organizzative, continuamente plasmato (anche) attraverso documenti di *policy* all'interno dei quali si trovano continue risignificazioni della parità di genere (Lombardo *et al.* 2009). L'analisi dei dati ha rivelato alcune criticità, come disuguaglianze di genere nelle posizioni apicali, predominanza dell'uso di strumenti di conciliazione da parte delle donne, scarsa partecipazione femminile alle attività di ricerca e pubblicazione dei risultati della ricerca e una scarsa consapevolezza di che cosa sia la medicina di genere. Inoltre, sono state evidenziate alcune lacune nel sistema di raccolta dati, affrontate con azioni apposite inserite nel GEP. Dai colloqui svolti con rappresentanti di alcuni settori chiave, come l'area delle risorse umane e lo sportello psicologico, è emersa una consapevolezza altalenante su come gli aspetti di genere siano intrecciati ai problemi lavorativi tipici della sanità, mentre appariva diffusa l'idea che il Policlinico, in quanto pubblica amministrazione che deve applicare una normativa imparziale, fosse del tutto neutrale rispetto alle disparità di genere. In realtà, da una più attenta analisi è emerso che spesso situazioni lavorative percepite come "ingiuste" o non adeguatamente valorizzate nascondano in realtà questioni di genere, come ad esempio conflitti sulla distribuzione del carico di lavoro che confligge con il lavoro di cura svolto dalle donne nelle proprie famiglie.

Nel documento finale si alternano, come detto, tre tipi di azioni: sensibilizzazione e formazione, raccolta dati e monitoraggio, ed azioni riconducibili al cambiamento organizzativo, sempre tenendo conto di un approccio graduale e

strategico, che coinvolga soprattutto il livello dirigenziale e che crei occasioni di formazione per tutto il personale con lo scopo di aumentare conoscenza e consapevolezza (quelle che per Sangiuliano sono “azioni preparatorie”). Fanno eccezione a questo schema le azioni riconducibili all’implementazione della medicina di genere, che prevedono un impegno più netto da parte soprattutto del personale che fa ricerca, nell’ottica di far diventare la dimensione del genere un aspetto imprescindibile di ogni iniziativa di ricerca, attraverso strumenti di formazione da un lato e uno stretto monitoraggio dei progetti presentati dall’altro.

Le discrepanze tra la fase diagnostica e la fase prognostica di un documento come il GEP, riscontrate anche nel caso di studio, sono in realtà una naturale conseguenza del processo di negoziazione e risignificazione che il concetto di parità di genere incontra ogni volta che diventa oggetto di un processo di cambiamento istituzionale. Nel caso del Policlinico San Martino, queste discrepanze si sono concentrate in particolare nella difficoltà nell’ideare e nell’approvare misure che contrastino la segregazione verticale presente nell’organizzazione.

La redazione e approvazione di un documento come il GEP all’interno di un grande IRCCS del Nord Italia è stata l’occasione per indagare in che modo processi di *gender mainstreaming* possano svilupparsi anche in organizzazioni lontane da quelle solitamente indagate dalla letteratura sul tema. Anche nel caso del Policlinico San Martino, infatti, nell’era post-Covid le donne sono centrali nella negoziazione politica all’interno delle strutture sanitarie, in termini di *welfare* e maggiore benessere. Se a questo si aggiunge l’analisi di genere, è possibile comprendere meglio in che modo questioni lavorative siano in realtà permeate da questioni di genere. Uno dei principali slittamenti che il concetto di “parità di genere” ha subito nel corso dell’approvazione del GEP è stato proprio quello che l’ha visto diventare un elemento centrale di un rinnovato impegno dell’istituzione nel favorire il benessere lavorativo, con un particolare attenzione al tema della conciliazione vita personale, lavoro di cura e lavoro “esterno”.

Riferimenti bibliografici

- Acker, J. (1990), Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations, in *Gender & Society*, vol. 4, n. 2, pp. 139-158 - <https://doi.org/10.1177/089124390004002002>
- Andreoli, F. e Zoli, C. (2014), Measuring dissimilarity, in *Working Paper Series*, Department of Economics, University of Verona, pp. 1-45.
- Arena, G. (2023), Gender Narratives in Academia: how gender is constructed through gender policies in Italian universities, in *International Conference on Gender Research Proceedings*, vol. 6, n. 1, pp. 16-22 - <https://doi.org/10.34190/icgr.6.1.1140>
- Bacchi, C. ed Eveline, J. (2010), *Mainstreaming Politics: Gendering practices and feminist theory*, Adelaide, University of Adelaide Press.
- Batra, K. et al. (2020), Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n. 23, p. 9096 e ss. - <https://doi.org/10.3390/ijerph17239096>
- Bencivenga, R. e Drew, E. (2021), Promoting gender equality and structural change in academia through gender equality plans: Harmonising EU and national initiatives, in *GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, vol. 13, n. 1, pp. 27-42 - <https://doi.org/10.3224/gender.v13i1.03>
- Bennett, B. e Karpin, I. (2008), Regulatory Options for Gender Equity in Health Research, in *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, vol. 1, n. 2, pp. 80-99 - <https://doi.org/10.3138/ijfab.1.2.80>
- Benschop, Y. e Doorewaard, H. (1998), Covered by Equality: The Gender Subtext of Organizations, in *Organization Studies*, vol. 19, n. 5, pp. 787-805 - <https://doi.org/10.1177/017084069801900504>
- Bergman, B., Ahmad, F. e Stewart, D.E. (2003), Physician health, stress and gender at a university hospital, in *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 54, n. 2, pp. 171-178 - [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00484-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00484-1)

- Boniol, M. *et al.* (2019), *Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries*, Working paper 1, Geneva, World Health Organization.
- Brescianini, A., Federici, C. e Bannò, M. (2023), How inclusive governance should drive gender equality in universities: A proposed methodology, in *AG About Gender - International Journal of Gender Studies*, vol. 12, n. 24, pp. 73-113 - <https://doi.org/10.15167/2279-5057/AG2023.12.24.2233>
- Cacace, M. *et al.* (2024), Certifying complexity? The case of a European gender equality certification scheme for research-performing organizations, in *Science and Public Policy*, vol. 51, n. 2, pp. 261-273 - <https://doi.org/10.1093/scipol/scad069>
- Canali, C. e Addabbo, T. (2019), “The EQUAL-IST GEP Implementation at the University of Modena and Reggio Emilia”, in Sangiuliano, M. e Cortesi, A., *Institutional Change for Gender Equality in Research. Lesson Learned from the Field*, Venezia, Fondazione Università Ca’ Foscari - <http://doi.org/10.30687/978-88-6969-334-2/007>
- Clavero, S. e Galligan, Y. (2021), Delivering gender justice in academia through gender equality plans? Normative and practical challenges, in *Gender, Work & Organization*, vol. 28, n. 3, pp. 1115-1132 - <https://doi.org/10.1111/gwao.12658>
- Clavero, S. e Galligan, Y. (2020), Analysing gender and institutional change in academia: evaluating the utility of feminist institutionalist approaches, in *Journal of Higher Education Policy and Management*, vol. 42, n. 6, pp. 650-666 - <https://doi.org/10.1080/1360080X.2020.1733736>
- Chamochumbi Diaz, G.D. *et al.* (2023), Gender Equality Plan: An Explorative Analysis of Italian Academia, in *International Conference on Gender Research Proceedings*, vol. 6, n. 1, pp. 82-91 - <https://doi.org/10.34190/icgr.6.1.1065>
- Chatzittofis, A. *et al.* (2021), Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, n. 4, pp. 1435-1443 - <https://doi.org/10.3390/ijerph18041435>

- Commissione Europea (2021a), *Horizon Europe Guidance on Gender Equality Plans (GEPs)*.
- Commissione Europea (2021b), *2021 Report on gender equality in the EU*.
- Commissione Europea (2021), *She figures 2021: gender in research and innovation - statistics and indicators*.
- Connell, R. (2006), Glass Ceilings or Gendered Institutions? Mapping the Gender Regimes of Public Sector Worksites, in *Public Administration Review*, vol. 66, n. 6, pp. 837-849 - <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00652.x>
- Davies, K. (2003), The body and doing gender: the relations between doctors and nurses in hospital work, in *Sociology of Health & Illness*, vol. 25, n. 7, pp. 720-742 - <https://doi.org/10.1046/j.1467-9566.2003.00367.x>
- Demartini, B. *et al.* (2020), Early Psychiatric Impact of COVID-19 Pandemic on the General Population and Healthcare Workers in Italy: A Preliminary Study, in *Frontiers in Psychiatry*, n. 11, p. 561345 - <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.561345>
- Drew, E. e Bencivenga, R. (2017), Gender in Horizon 2020: The Case of Gender Equality Plans, in *AG About Gender - International Journal of Gender Studies*, vol. 6, n. 12, pp. 326-355 - <https://doi.org/10.15167/2279-5057/AG2017.6.12.488>
- Drew, E. e Canavan, S. (2020), *The Gender-Sensitive University: A Contradiction in Terms?*, London, Routledge.
- European Institute for Gender Equality (2021), *Gender Equality Index 2021 - Health*.
- Kuhlmann, E. e Annandale, E. (2012), Mainstreaming gender into healthcare: A scoping exercise into policy transfer in England and Germany, in *Current Sociology*, vol. 60, n. 4, pp. 551-568 - <https://doi.org/10.1177/0011392112438339>
- Gaiaschi, C. (2022), *Doppio standard: donne e carriere scientifiche nell'Italia contemporanea*, Roma, Carocci.

- Garforth, L. e Kerr, A. (2009), Women and Science: What's the Problem?, in *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, vol. 16, n. 3, pp. 379-403 - <https://doi.org/10.1093/sp/jxp015>
- Gravili, G. e Loia, F. (2023), Gender Equity in Hospitals: An Italian case Study, in *International Conference on Gender Research*, vol. 6, n. 1, pp. 313-322 - <https://doi.org/10.34190/icgr.6.1.1199>
- LaPierre, T.A. e Zimmerman, M.K. (2012), Career advancement and gender equity in healthcare management, in *Gender in Management: An International Journal*, vol. 27, n. 2, pp. 100-118 - <https://doi.org/10.1108/17542411211214158>
- Lombardo, E. e Meier, P. (2008), Framing Gender Equality in the European Union Political Discourse, in *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, vol. 15, n. 1, pp. 101-129 - <https://doi.org/10.1177/1350506806062753>
- Lombardo, E. e Meier, P. (2006), Gender Mainstreaming in the EU: Incorporating a Feminist Reading?, in *European Journal of Women's Studies*, vol. 13, n. 2, pp. 151-166 - <https://doi.org/10.1177/1350506806062753>
- Lombardo, E., Meier, P. e Verloo, M. (2009), *The Discursive Politics of Gender Equality: Stretching, Bending and Policy-Making*, London, Routledge.
- Lombardo, E. (2016), Gender Mainstreaming, in A. Wong et al. (eds) *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*, Wiley, pp. 1-3.
- Menghini, L. e Balducci, C. (2021), The Importance of Contextualized Psychosocial Risk Indicators in Workplace Stress Assessment: Evidence from the Healthcare Sector, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, n. 6, pp. 3263-3276 - <https://doi.org/10.3390/ijerph18063263>
- Naldini, M. e Poggio, B. (a cura di) (2023), *Genere e accademia: carriere, culture e politiche*, Bologna, il Mulino.
- Nieuwenhoven, L. e Klinge, I. (2010), Scientific Excellence in Applying Sex and Gender-Sensitive Methods in Biomedical and Health Research, in *J. of*

- Women's Health*, vol. 19, n. 2, pp. 313-321 - <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1156>
- Pérez-Sánchez, S., Madueño, S.E. e Montaner, J. (2021), Gender Gap in the Leadership of Health Institutions: The Influence of Hospital-Level Factors, in *Health Equity*, vol. 5, n. 1, pp. 521-525 - <https://doi.org/10.1089/heq.2021.0013>
- Picardi, I. (2020), *Labirinti di cristallo: strutture di genere nell'accademia e nella ricerca*, Milano, FrancoAngeli.
- Picardi, I., Addabbo, T. e Cois, E. (2023), Lost in translation: Integrating the gender dimension in research and teaching in Universities through Gender Equality Plans, in *AG About Gender - International Journal of Gender Studies*, vol. 12, n. 24, pp. 30-72 - <https://doi.org/10.15167/2279-5057/AG2023.12.24.2242>
- Poggio, B. (2006), Editorial: Outline of a Theory of Gender Practices, in *Gender, Work & Organization*, vol. 13, n. 3, pp. 225-233 - <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2006.00305.x>
- Poggio, B. (2010), Vertical segregation and gender practices. Perspectives of analysis and action, in *Gender in Management: An International Journal*, vol. 25, n. 6, pp. 428-437 - <https://doi.org/10.1108/17542411011069864>
- Rescigno, F. (2022), *Per un habeas corpus 'di genere': salute, autodeterminazione femminile, sex and gender medicine*, Napoli, Editoriale scientifica.
- Riegraf, B. e Weber, L. (2017), Excellence and Gender Equality Policies in Neoliberal Universities, in *Gender a výzkum / Gender and Research*, vol. 18, n. 1, pp. 92-112 - <https://doi.org/10.13060/25706578.2017.18.1.351>
- Sangiuliano, M., Canali, C. e Madesi, V. (2019), Shaping Gender Equality Policies in IST-ICT Research Institutions. Reflective Negotiations from the Participatory Audit to Design of Gender Equality Plans, in Sangiuliano, M. e Cortesi, A., *Institutional Change for Gender Equality in Research. Lesson Learned from the Field*, Venezia, Fondazione Università Ca' Foscari - <http://doi.org/10.30687/978-88-6969-334-2/001>

- Soklaridis, S. *et al.* (2017), Gender bias in hospital leadership: a qualitative study on the experiences of women CEOs, in *J. of Health Organization and Management*, vol. 31, n. 2, pp. 253-268 - <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2016-0243>
- The Care Collective (2020), *The care manifesto: the politics of interdependence*, London, Verso Books.
- Tzanakou, C. e Pearce, R. (2019), Moderate feminism within or against the neoliberal university? The example of Athena SWAN, in *Gender, Work & Organization*, vol. 26, n. 8, pp. 1191-1211 - <https://doi.org/10.1111/gwao.12336>
- Verdugo-Castro, S., Sánchez-Gómez, M.C. e García-Holgado, A. (2023), Factors associated with the gender gap in the STEM sector: Comparison of theoretical and empirical concept maps and qualitative SWOT analysis, in *Heliyon*, vol. 9, n. 6 - <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e17499>