

Benessere lavorativo delle donne medico nella provincia di RE

1. Introduzione

Il peso del genere femminile nell'ambito della professione medica è profondamente cambiato nel tempo.

Attualmente in Italia le donne sono circa il 40% di tutti i medici ma la proporzione è molto diversa nelle differenti classi di età. Se tra i medici >60 le donne rappresentano il 23%, la percentuale cresce a quasi il 60 tra i medici <40 anni (dati FNOMCeO 2016). Questo aumento di donne medico dagli anni '70 ad oggi è rilevabile anche tra le iscritte all'Ordine di Reggio Emilia, in cui le donne sono circa il 45% di tutti gli iscritti, ma ben il 70% dei giovani <35 anni.

L'indagine promossa dall'associazione Donne Medico (AIDM) della sezione di Reggio Emilia nasce dall'interesse a esplorare alcuni aspetti della professione e dell'interazione tra questa e la vita personale. In particolare vuole focalizzare l'attenzione sulla situazione lavorativa delle donne medico, dando risalto ad alcune questioni:

- * quanto il lavoro ha influenzato le scelte familiari, con particolare riferimento ai figli
- * quanto l'aver una famiglia ha influenzato il percorso di carriera
- * eventuali difficoltà a inserirsi nel mondo del lavoro (differenza di genere, discriminazioni, mobbing, aggressioni)

L'indagine però non intende soltanto descrivere la situazione professionale e familiare delle donne medico ma si pone il fine di Individuare possibili azioni e/o percorsi di miglioramento ai problemi evidenziati.

2. L'Indagine

L'indagine si è svolta tra dicembre 2016 e febbraio 2017, attraverso la somministrazione di un questionario anonimo, elaborato dall'AIDM di RE sul modello di altre esperienze italiane.

Il questionario, inviato a tutte le donne medico iscritte all'ODMEO di RE, prevedeva la compilazione on-line tramite metodo CAWI (Computer Assisted Web Interview). I dati raccolti sono stati salvati su un server e trattati rispettando le opportune misure di sicurezza del dato e rispetto della privacy

Il questionario era così composto:

- * **I^ parte:** informazioni di contesto socio-anagrafico
- * **II^ parte:** interazione tra lavoro e vita familiare
- * **III^ parte:** aspetti di discriminazione, mobbing, aggressioni

* **IV^a parte:** interazione tra lavoro e maternità

Per un totale di 54 domande chiuse e 1 finale aperta.

Adesione all'indagine: 424 donne medico iscritte all'ODMEO di RE hanno risposto al questionario su 1079 totali (39.3% di adesione). Si tratta di una percentuale di risposta alta per un questionario on line rivolto a un'intera categoria di persone e ciò rende ragionevolmente affidabili i risultati ottenuti. Questo significa che essi, pur non essendo stati ricavati da un campione statistico, possono essere ritenuti sufficientemente affidabili e tali da rispecchiare in linea di massima il parere della popolazione globale di donne medico iscritte all'ODMEO di Reggio Emilia. Tra le rispondenti 61 dichiarano di essere in pensione (14.4%).

Alcune osservazioni preliminari:

Il lavoro di medico, la sua organizzazione, la presenza di donne all'interno della professione: sono aspetti che si sono modificati in modo rilevante in questi ultimi 50 anni. Per questa ragione, tutte le volte che la cosa aveva un senso e lo consentiva la numerosità dei dati, le risposte sono state elaborate in relazione all'età delle rispondenti, suddivisa in tre classi: ≤ 40 , 41-60, > 60 .

Alcune domande (tipicamente quelle relative a figli, gravidanze ecc.) si riferiscono a eventi collocati in tempi diversamente lontani dal momento presente nelle classi di età considerate e, di conseguenza, l'attendibilità del ricordo potrebbe essere maggiore tra le giovani, più vicine agli eventi indagati, e minore nelle anziane, più lontane. Tuttavia l'importanza di quegli eventi nella vita di una donna minimizza la possibilità di grossolani errori di memoria.

Altre domande (come quelle relative a Discriminazioni e Abusi) non hanno la pretesa di documentare con oggettività eventi precisi, ma intendono evidenziare la percezione delle rispondenti, che letta nel contesto di un'indagine complessiva, nel confronto tra età diverse, può assumere il carattere di una segnalazione di disagio, preliminare a possibili ulteriori approfondimenti e comunque già esplicita pur nella sua parzialità.

Infine segnaliamo che sono presentati solo i risultati relativi alle domande che presentano una % di non risposta inferiore al 5%-8%, previo controllo di qualità delle risposte date.

3. Risultati

3.1 Caratteristiche del Campione

Tabella 1: Distribuzione del campione per classi di età e relativa adesione all'indagine

Classi di età (anni)	N°	%	Adesione per classi di età (%)*
< 31	40	9.5	38.5
31 - 40	95	22.5	38.2
41 - 50	94	22.3	46.1
51 - 60	110	26.1	43.7
> 60	83	19.7	30.7
Totale	422	100.0	39.3

* % di rispondenti sul numero di donne di quella classe di età iscritte all'ODMCeO di Reggio Emilia

Percentuali di adesione maggiori si hanno nelle classi di età medio alte (tra 41 e 60 anni) con oltre il 43% di adesione. Solo per la classe delle ultra sessantenni l'adesione supera di poco il 30%.

Tabella 2: Specialità medica dichiarata dalle rispondenti

Specialità*	N°	%
Area medica	184	55.8
Area chirurgica	34	10.3
Area servizi clinici	76	23.0
Odontoiatria	29	8.8
Continuità assistenz/Guardia medica/Sostituti	7	2.1
Totale rispondenti	330	100.0

* classifica secondo ex D.M. 68/2015): Area medica: medicina clinica generale e specialistica, neuroscienze scienze del comportamento, medicina clinica dell'età evolutiva. Area chirurgica: chirurgia generale e specialistica, chirurgia testa-collo, chirurgia cardio-toraco-vascolare. Area Servizi Clinici: medicina di laboratorio, diagnostica per immagini e radioterapia, rianimazione, MFR, genetica medica, tossicologia, farmacologia, Igiene, medicina del lavoro.

Più della metà delle rispondenti appartiene all'area medica mentre solo un 10% all'area chirurgica, ancora in prevalenza maschile.

Tabella 3: Settore sanitario di lavoro attuale per classi di età

		Classi di età (anni)			Totale
		<= 40	41-60	> 60	
Libera professionista	N°	46	33	19	98
	%	34.3%	16.3%	30.6%	24.6%
Privato	N°	4	8	4	16
	%	3.0%	3.9%	6.5%	4.0%
Privato-convenzionato	N°	17	35	13	65
	%	12.7%	17.2%	21.0%	16.3%
Pubblico	N°	67	127	26	220
	%	50.0%	62.6%	41.9%	55.1%
Totale	N°	134	203	62	399
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Il settore «pubblico» è quello prevalente con il 55.1% di tutte le rispondenti, e con percentuali superiori al 40% in ciascuna classe di età. (tabella 3).

La percentuale più alta di libere professioniste è presente tra le più giovani (il 34.3% delle donne con meno di 40 anni). Questo potrebbe riflettere la situazione di precariato, con il ricorso sempre maggiore ai contratti libero professionali anche nel settore pubblico. Pure la classe di età più anziana mostra una diffusa presenza di libere professioniste (30.6%) ma ciò potrebbe essere dovuto alle pensionate, rioccupate come tali dopo una vita professionale nel settore pubblico, dove di fatto l'82% di loro dichiara di avere prevalentemente lavorato nel passato. Questa percentuale elevata rappresenta verosimilmente la fotografia del settore lavorativo prevalente negli anni '70-'80 del secolo scorso.

Tabella 4: Tipologia di attività di lavoro per classi di età

		Classi di età (anni)			Totale
		<= 40	41-60	> 60	
In Direzione sanitaria o Staff alla Direzione	N°	4	5	5	14
	%	3.2%	2.6%	6.6%	3.6%
In un servizio territoriale	N°	18	34	15	67
	%	14.5%	17.9%	19.7%	17.2%
In ospedale	N°	49	63	24	136
	%	39.5	33.2	31.6	34.9
MMG	N°	18	31	11	60
	%	14.5%	16.3%	14.5%	15.4%
Pediatre di Libera Scelta (PLS)	N°	3	10	7	20
	%	2.4%	5.3%	9.2%	5.1%
Specialista convenzionata	N°	11	17	4	32
	%	8.9%	8.9%	5.3%	8.2%
Specialista privata	N°	21	30	10	61
	%	16.9%	15.8%	13.2%	15.6%
Totale	N°	124	190	76	390
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Complessivamente il 34,9% lavora nel settore ospedaliero, con una % superiore tra le donne giovani (39.5%). Il 20.5% dichiara di essere un MMG o un PLS (5.1%) mentre nei Servizi territoriali opera il 17.2% e il 3.6% è medico di Direzione Sanitaria o in Staff alla Direzione. Inoltre circa ¼ delle rispondenti, sia <= 40 anni che tra 41 e 60 anni, dichiara di lavorare nella specialistica convenzionata/privata.

Per quanto riguarda l'età di inizio del lavoro come medico in modo retribuito, non emergono differenze statisticamente significative tra l'età media nei 3 gruppi di donne: 28,05 anni ($\pm 2,41$ SD) per le donne con ≤ 40 anni; 30,01 anni ($\pm 3,53$ SD) per le donne tra 41 e 60 anni e 28,20 anni ($\pm 3,31$ SD) per le ultrasessantenni. La somiglianza dell'età media tra le ultrasessantenni e le giovani fa supporre che queste ultime abbiano considerato anche il periodo di specializzazione, attualmente remunerato.

Tabella 5: Tipologia di contratto attuale

Tipologia di contratto attuale		Età (anni)			Totale
		≤ 40	41-60	> 60	
Contratto atipico	N°	10	3	1	14
	%	7.6%	1.5%	1.9%	3.6%
Tempo determinato	N°	32	8	1	41
	%	24.2%	4.0%	1.9%	10.7%
Libera Professionista	N°	53	51	25	129
	%	40.2%	25.5%	48.1%	33.6%
Tempo indeterminato	N°	37	138	25	200
	%	28.0%	69.0%	48.1%	52.1%
Totale	N°	132	200	52	384
	%	100%	100%	100%	100%

Poco più della metà (52.1%) delle rispondenti dichiara di avere un contratto a tempo indeterminato ma tra le giovani la proporzione è solo del 28%. Per quanto concerne i contratti libero professionali, numerosi nelle under 40 e nelle più anziane, rimandiamo al commento alla tabella 3, mentre qui ci preme sottolineare la proporzione elevata di contratti atipici o a tempo determinato tra le giovani (31.8%).

Il 49.3% lavora da più di 10 anni mentre il 34% lavora da meno di 5 anni. Il dato rispecchia la composizione del campione, che comprende il 32% di donne medico con meno di 40 anni.

Tabella 6: Ruolo di responsabilità per classi di età

Ruolo		Età (anni)			Totale
		<= 40	41-60	> 60	
Dirigente medico senza responsabilità funzionali o di struttura	N°	40	57	6	103
	%	85.1%	48.3%	25.0%	54.5%
Dirigente medico con responsabilità funzionali	N°	6	25	5	36
	%	12.8%	21.2%	20.8%	19.0%
Responsabile Struttura Semplice	N°	1	30	9	40
	%	2.1%	25.4%	37.5%	21.2%
Responsabile Struttura Complessa	N°	0	6	4	10
	%	0.0%	5.1%	16.7%	5.3%
Totale	N°	47	118	24	189
	%	100%	100%	100%	100%

Nota: vi è un alto numero di non rispondenti a questa domanda (235), di cui una parte cospicua corrisponde alle pensionate e alle donne con contratti atipici, a tempo determinato o libere professioniste.

Complessivamente poco più della metà delle rispondenti non ha responsabilità funzionali o di struttura e la proporzione è molto più elevata tra le giovani, dove raggiunge l'85%. Nell'età centrale, che rappresenta le donne attualmente al lavoro con una discreta storia professionale alle spalle, questa proporzione non arriva al 50% e le professioniste con responsabilità di struttura superano il 30%. Tra le donne più anziane l'attribuzione di responsabilità è ulteriormente elevata e ben più della metà svolge ruoli con responsabilità strutturali. Per avere un termine di paragone, sia pur approssimativo, i risultati di un analogo questionario sottoposto alle colleghe dall'OMCeO di Napoli* hanno fornito il 2.1% di responsabilità di struttura complessa e il 12% di struttura semplice tra le donne <=55 anni. Nei nostri dati, tra le donne <=60 anni, le proporzioni sono rispettivamente del 3.6 e del 18.8%, più elevate che nelle colleghe napoletane ma occorre tenere conto del fatto che tra i 55 e i 60 anni le probabilità di avanzamento di carriera, soprattutto in termini organizzativi-gestionali, sono più alte che nelle classi di età più giovani.

La lettura di questi dati può indurre ad alcune considerazioni positive: nel passaggio da una classe di età a quella successiva si osserva un rilevante e costante aumento di donne medico a cui sono attribuite responsabilità. Sembra di poter assicurare le giovani che, crescendo, si apriranno loro interessanti opportunità di carriera. Ma quante vi potranno accedere tra le donne, soprattutto giovani, con contratto atipico, a tempo determinato o libere professioniste, che, non a caso, non hanno risposto a questa domanda?

*Sondaggio sul benessere lavorativo dei medici e degli odontoiatri 2014, a cura del Comitato Unico di Garanzia dell'OMCeO Napoli

3.2 Lavoro e vita personale

Tabella 7: Influenza del lavoro sulle scelte personali (423 risposte valide)

No	Sì poco	Sì abbastanza	Sì molto
10.4%	9.5%	44.7%	35.5%
ca. 20%		ca. 80%	

In circa l'80% delle rispondenti il lavoro ha influito in modo rilevante sulle scelte personali. Ha determinato conflitti familiari nel 57.6% e ha interferito sulla scelta di formare una famiglia (25.6%), di avere figli (34.3%), sul numero di figli (24.8%).

Ma anche la vita personale influenza a sua volta lo svolgimento del proprio lavoro: il 35.6% (su 404 risposte valide) dichiara di aver dovuto assentarsi dal lavoro nell'ultimo anno non per motivi di salute personale ma per problemi di salute dei parenti (50%), dei figli (25.4%) o più genericamente dell'organizzazione familiare.

Inoltre la gestione familiare ha impedito la partecipazione a corsi di aggiornamento nel 57.1% delle rispondenti alla domanda specifica (417), con frequenza variabile: talvolta nel 39.8%, spesso nel 17.3%.

3.3 Figli e Lavoro

Tabella 8: Numero di figli, per classi di età (422 risposte valide)

N. Figli		Età (anni)			Totale
		<= 40	41-60	> 60	
0	N°	78	52	14	144
	%	57.8	25.5	16.9	34.2
1	N°	29	53	27	109
	%	21.5	26.0	32.5	25.9
2	N°	21	80	31	132
	%	15.6	39.2	37.3	31.1
>2	N°	7	19	11	37
	%	5.2	9.3	13.3	8.7
Totale	N°	135	204	83	422
	%	100%	100%	100%	100%

Complessivamente il 34.2% delle rispondenti non ha figli. Questa proporzione così elevata dipende in massima parte dalle giovani, tra le quali la percentuale di “senza figli” è addirittura del 57.8. Il confronto con la realtà italiana mostra una situazione difficile: nel Nord dell’Italia infatti la frequenza di donne senza figli tra quelle fino a 40 anni nate nel 1976 è del 25.9% (24.1% in Italia) (*Fonte Istat, Rapporto Annuale 2016, Tavole di Fecondità Regionale*). I nostri dati non sono immediatamente confrontabili con quelli del Rapporto Istat perché questi ultimi si riferiscono alla coorte di donne nate nel 1976, che all’epoca dell’indagine (1976) hanno raggiunto i 40 anni, mentre nel nostro gruppo sono presenti anche donne più giovani, con davanti a sé diversi anni fertili. Tuttavia una proporzione più che doppia della media del Nord Italia rende poco probabile un abbassamento della percentuale rilevata fino a raggiungere quel dato medio Istat al compimento del quarantesimo anno di età. La scelta di avere figli è quindi profondamente condizionata dal lavoro, come già è indicato alla pagina precedente. Di fatto tra le 78 donne <=40 anni senza figli, 29 (37.7%) hanno contratti atipici o a tempo determinato, 28 (36.4%) sono libere professioniste e solo 20 (26.0%) hanno contratti a tempo indeterminato. A parziale consolazione per quanto da noi rilevato, vale tuttavia la pena menzionare i risultati del Sondaggio condotto dall’OMCeO di Napoli, già citato, che propongono in quella realtà un panorama più cupo sul fronte riproduttivo: ben il 73% delle donne medico o odontoiatra under 40 che hanno risposto a quell’inchiesta sono senza figli.

Tabella 9: Divisione del lavoro di gestione dei figli, per classi di età (276 risposte valide)

	Classi di età (anni)			
	≤40	41-60	>60	Tot
Alla pari	50.0%	47.4%	52.9%	49.3%
A carico del partner	1.8%	2.8%	1.5%	2.2%
A carico mio	39.3%	42.1%	32.4%	39.1%
Terze persone	8.9%	7.9%	13.2%	9.4%

Poco meno del 50% delle rispondenti riferisce di aver gestito/gestire i figli in modo paritario con il partner. Questa proporzione è relativamente costante tra le classi di età ed è massima tra le anziane (52.9%). Il carico prevalente sulla donna (39.1% nel totale) è minimo nella classe di età più avanzata (32.4%). Pur tenendo conto che la percentuale di rispondenti tra le over 60 è bassa (poco più del 30%) e che quindi la possibilità di bias di selezione è più elevata in questa classe di età, tuttavia è lecito proporre anche un'interpretazione sociologica di questo apparente paradosso. Le laureate in medicina negli anni '70-'80 erano consapevoli, forse per la prima volta nella storia, che la parità tra i generi è possibile (avevano conseguito una laurea considerata fino a quel periodo tipicamente maschile) ed erano determinate a distribuire il carico familiare in modo paritario con il partner. Le generazioni successive forse non sempre sono riuscite a mantenere quella situazione anche per l'attuale composizione dei nuclei familiari che vede presenti molte più donne single con figli, quindi con questi ultimi a proprio carico.

Tabella 10: Periodo di assenza dal lavoro per maternità, per classi di età (248 risposte valide)

Mesi di assenza	Classi di età (anni)		
	≤40	41-60	>60
≤5	29.1%	50.4%	47.5%
6-10	45.5%	30.5%	39.3%
11-15	21.8%	11.5%	9.8%
>15	3.6%	7.8%	3.3%

L'assenza complessiva dal lavoro (prima-dopo il parto) per maternità segue nelle giovani un pattern diverso da quello delle classi di età superiori. L'astensione è più lunga: solo il 29.1% resta a casa per i 5 mesi previsti come periodo minimo dalla normativa sulla tutela della maternità e una proporzione elevata (21.8%) si assenta dal lavoro per 11-15 mesi (11.5% e 9.8% rispettivamente nella classe 41-60 e >60). E' possibile che a determinare questa frequenza elevata sia la recente maggiore attenzione con cui sono individuati i lavori a rischio per la gravidanza, con conseguente allontanamento obbligatorio precoce nel periodo pre-parto.

Un'altra motivazione può essere cercata nel costante aumento dell'età alla gravidanza, registrato nella società negli ultimi decenni, con conseguente incremento delle gravidanze a rischio e allontanamento precoce dal lavoro.

Tabella 11: Il periodo di assenza dal lavoro per maternità sperimentato era adeguato? (241 risposte valide)

	Classi di età (anni)			Tot
	≤40	41-60	>60	
Adeguato	41.5%	45.0%	62.7%	48.5%
Troppo corto	56.6%	51.9%	37.3%	49.4%
Troppo lungo	1.9%	3.1%	0.0%	2.1%

Il giudizio sull'adeguatezza della durata di assenza dal lavoro per gravidanza vede, sul totale delle rispondenti, una frequenza bilanciata tra il "troppo corto" (49.4%) e l'"adeguato" (48.5%). Ma la distribuzione delle risposte per classi di età rivela una profonda differenza di giudizio, massima tra giovani e anziane, con la classe di età intermedia più simile a quella delle under 40. Per le giovani la netta maggioranza (56.6%) giudica "troppo corto" il periodo di assenza, mentre il 62.7% delle anziane lo ritiene "adeguato".

La tabella successiva offre maggiori elementi per un commento più attento delle risposte fornite.

Tabella 12: Tra coloro che hanno sperimentato il periodo di assenza dal lavoro classificato in Tabella (in mesi), quale % lo ha giudicato "Troppo corto", per classi di età? (241 risposte valide)

Mesi di assenza	Classi di età (anni)		
	≤40	41-60	>60
≤5	86.7%	77.8%	70.4%
6-10	56.0%	42.5%	12.5%
11-15	18.2%	1.5%	-
>15	-	-	-

Il pattern di risposta è molto diverso tra classi di età. Se infatti il periodo minimo di 5 mesi è giudicato a grande maggioranza "troppo corto" nelle tre classi di età considerate, pur con rilevanti differenze (86.7% nelle giovani vs 70.4% nelle anziane), le astensioni di 6-10 mesi sono valutate come "troppo corte" ancora dalla maggioranza delle giovani (56.0%), mentre solo il 12.5% delle anziane condivide questo giudizio. E,

infine, anche le assenze lunghe (11-15 mesi) trovano ancora una percentuale elevata di giudizi di “troppo corte” tra le giovani.

E' in atto una mutazione importante nei comportamenti lavorativi e familiari? Occorrono alcune cautele:

- I numeri delle donne con figli sono piccoli, soprattutto tra le giovani, in cui ben il 57.8% dichiara di non avere figli (tabella 8)
- Le astensioni dal lavoro, come ricordato in precedenza, sono in molti casi obbligatorie fin dall'inizio della gravidanza, in tutti i casi in cui una valutazione attenta dei rischi lo ritenga indispensabile. Il periodo di permanenza a casa con il neonato può essere perciò non dissimile dal minimo previsto dalla normativa.

E' tuttavia possibile che, per le poche donne che possono/decidono di avere figli, la scelta genitoriale sia vissuta con intensità maggiore che nel passato.

Tabella 13: Influenza della ripresa del lavoro sull'allattamento al seno, per classi di età (244 risposte valide)

	Classi di età (anni)			
	≤40	41-60	>60	Tot
no	32.7%	34.8%	33.3%	34.0%
Non allattavo più	28.8%	31.8%	46.7%	34.8%
sì	38.5%	33.3%	20.0%	31.1%

Anche per questo tema si osservano differenze comportamentali tra classi di età. La ripresa del lavoro ha creato difficoltà nella continuazione dell'allattamento al seno nel 38.5% delle giovani vs il 20.0% delle anziane. Tra queste ultime una proporzione rilevante (46.7%) non allattava più quando ritornò al lavoro. La classe di età intermedia risponde in modo simile a come rispondono le giovani, ma in misura meno netta. Queste risposte riflettono in modo evidente la sempre maggiore attenzione per l'allattamento al seno da parte dei pediatri e delle madri che si è venuta manifestando a partire dagli anni '90 del secolo scorso. Le dottoresse anziane, la cui assenza dal lavoro per gravidanza era verosimilmente più corta di quella delle giovani (Tabella 10), interrompevano precocemente l'allattamento al seno, che era già cessato alla ripresa del lavoro in quasi la metà delle donne.

Attualmente l'allattamento al seno è proseguito per periodi più lunghi, secondo le indicazioni basate su evidenze scientifiche, e la ripresa del lavoro interferisce in modo rilevante con la continuazione di questa utile pratica in più di un terzo delle rispondenti.

Tabella 14: Riduzione delle mansioni al rientro dalla gravidanza, per classi di età (244 risposte valide)

	Classi di età (anni)			
	≤40	41-60	>60	Tot
no	88.5%	90.1%	93.4%	90.6%
sì	11.5%	9.9%	6.6%	9.4%

La grande maggioranza delle donne (90.6%) non dichiara una riduzione delle mansioni al rientro dalla gravidanza, ma la percentuale tende a decrescere con il diminuire dell'età. Di fatto tra le giovani l'11.5% riferisce uno slittamento in basso delle mansioni assegnate, contro il 9.9% dell'età intermedia e il 6.6% delle anziane

Tabella 15: Mancato rinnovo di un contratto a tempo determinato o comunque precario, per classi di età (248 risposte valide)

	Classi di età (anni)			
	≤40	41-60	>60	Tot
no	69.5%	77.6%	78.2%	75.8%
Non gravidanza durante il contratto	20.3%	15.7%	18.2%	17.3%
sì	10.2%	6.7%	3.6%	6.9%

I contratti a tempo determinato o comunque precari sono un fenomeno relativamente recente: è quindi la classe di età più giovane quella maggiormente interessata al problema. Di fatto il 10% circa delle giovani rispondenti a questa domanda dichiara il mancato rinnovo del contratto a causa di una gravidanza, mentre la proporzione decresce con l'aumentare dell'età. La precarietà dei contratti di lavoro attuali, unita alla possibilità concreta di non rinnovo alla scadenza in caso di gravidanza rende nei fatti la scelta di fare figli sempre più difficile.

Il part time è una delle possibili soluzioni a una complicata organizzazione familiare. Di fatto, su 270 rispondenti, il 32.7% dichiara di "averci pensato". Di queste però il 55% non si è risolta a chiederlo, temendo la riduzione di stipendio o la diminuita possibilità di carriera. Solo il 23% ha chiesto e ottenuto il part time, mentre il 16% se lo è visto rifiutare. Il part time risulta quindi un istituto assai poco praticato tra le donne medico.

Per finire sul tema del rapporto tra lavoro e figli, alla domanda se l'aver figli avesse influito sul percorso professionale hanno risposto 278 donne: nessuna influenza per il 20.7%, ma tra queste il 6.5% dichiara di non essere comunque interessata a uno sviluppo di carriera, mentre il 39.2% afferma di essere stata condizionata dalla presenza dei figli. La maggioranza (40.6%) è comunque riuscita a garantirsi un

soddisfacente percorso professionale ma “con fatica doppia”. E’ sottinteso: rispetto alle colleghe senza figli e, forse, rispetto ai colleghi maschi (quelli almeno non coinvolti alla pari nella gestione dei figli – Tabella 9).

3.4 Le proposte

Centocinque donne hanno fatto proposte di miglioramento della condizione di professionista-madre, alcune molto articolate altre più sintetiche. Vi sono ovviamente differenze sostanziali in relazione al tipo di contratto con cui le diverse donne lavorano:

- Le dipendenti: asili aziendali, orari di lavoro più flessibili, facilità al part time fino ai tre anni del bambino o almeno nel primo anno, congedo paterno obbligatorio, divieto di lavoro di guardia notturna nel primo anno di vita del bambino.
- Le non dipendenti: avere riconosciuti gli stessi diritti delle dipendenti, in termini economici e di astensione dal lavoro
- Tutte: asili meno costosi e con orari più flessibili e prolungati, contributo economico per baby sitter o possibilità di detrarre le spese per la gestione dei figli

3.5 Discriminazioni e Aggressioni

Tabella 16: Discriminazioni nel percorso di carriera, per classi di età (420 risposte valide). Dati in %

		Età (anni)			Totale
		<= 40	41-60	> 60	
no	N°	66	123	44	233
	%	49.3	60.9	53.7	55.7
Sì talvolta	N°	59	62	32	153
	%	44.0	30.7	39.0	36.6
Sì spesso	N°	9	17	6	32
	%	6.7	8.4	7.3	7.7
Totale	N°	134	202	82	418
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

La domanda, volutamente generica, esplora la percezione di discriminazione in tutto il percorso di carriera, senza richiamare episodi specifici. Il 55.7% dichiara di non aver subito discriminazioni, con percentuale più elevata nella classe di età intermedia (60.9%). Frequenti discriminazioni sono denunciate da circa l'8% delle rispondenti, con proporzioni non molto dissimili tra classi di età. Interessanti sono le motivazioni delle discriminazioni, così come sono state percepite dalle rispondenti (175 risposte valide, relative alle donne che hanno risposto affermativamente – spesso e talvolta - alla domanda). Essere donne è la causa delle discriminazioni subite nel 53.0%, seguita dalla mancanza di conoscenze giuste nel 32.4% e, molto meno frequenti, le ragioni politiche (5.4%) o la provenienza geografica (3.8%).

Tabella 17: Discriminazioni in concorsi, selezioni, per classi di età (410 risposte valide)

		Età (anni)			Totale
		<= 40	41-60	> 60	
no	N°	96	145	42	283
	%	72.2	72.5	54.5	69.0
Sì talvolta	N°	34	47	34	115
	%	25.6	23.5	44.2	28.0
Sì spesso	N°	3	8	1	12
	%	2.3	4.0	1.3	2.9
Totale	N°	133	200	77	410
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

Questa domanda, più specifica della precedente, esplora la percezione di discriminazione in occasione di eventi ufficiali, come il concorso per il posto in ruolo o la selezione per contratti a termine, borse di studio o altro. La proporzione di risposte negative (non discriminazione) sale (69%) ma, curiosamente, tra le donne anziane resta simile a quella della domanda precedente, più generica (54.5% vs 53.7%). E' possibile che, in un'epoca in cui vi era una rilevante prevalenza maschile in medicina, le donne avvertissero di poter essere discriminate a favore dei colleghi, non soggetti a gravidanze e alla gestione dei figli, anche nelle occasioni ufficiali, in cui erano decisi gli avanzamenti di carriera. Tra le donne più giovani questa percezione è assai meno presente.

Le motivazioni della discriminazione sono sensibilmente diverse da quelle della domanda precedente. Nelle 130 risposte valide (totale delle risposte affermative – talvolta e spesso) la ragione principale della discriminazione in occasione di concorsi o selezioni è la mancanza di conoscenze giuste (66.4%), mentre l'essere donna rappresenta solo il 17.2%, le motivazioni politiche il 7.8% e la provenienza geografica l'1.6%.

Tabella 18: Esperienza di Mobbing (419 risposte valide)

		Età (anni)			Totale
		<= 40	41-60	> 60	
No	N°	120	156	61	337
	%	89.6	77.2	73.5	80.4
Sì talvolta	N°	13	38	20	115
	%	9.7	18.8	24.1	16.9
Sì spesso	N°	1	8	2	12
	%	0.7	4.0	2.4	2.6
Totale	N°	134	202	83	419
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

Poco meno del 20% delle rispondenti dichiara di essere stata oggetto di mobbing, di cui il 2.6% con frequenza elevata. L'esperienza di mobbing è nettamente più elevata tra le anziane (26.5%) e nella classe intermedia (22.8%) rispetto alle giovani (10,4%). Forse anche in questo caso la minore presenza femminile tra i medici nel passato potrebbe essere una spiegazione di più frequenti "soprusi" a danno delle donne, considerate ancora persone da mettere duramente alla prova prima di essere accettate nel mondo della medicina.

Di fatto nelle 83 risposte valide (totale delle risposte affermative – talvolta e spesso) la motivazione riportata con maggior frequenza è appunto l'essere donna (43.9%), seguita dalla mancanza di conoscenze (31.7%), da ragioni politiche (4.9%) e di provenienza geografica (1.2%).

Tabella 19a: Aggressioni a causa del lavoro (420 risposte valide). Dati in %

		Età (anni)			Totale
		<= 40	41-60	> 60	
No	N°	114	155	64	333
	%	84.4	76.4	78.0	79.3
Sì	N°	21	48	18	87
	%	15.6	23.6	22.0	20.7
Totale	N°	135	203	82	420
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabella 19b: Aggressioni sessuali sul lavoro (417 risposte valide). Dati in %

		Età (anni)			Totale
		<= 40	41-60	> 60	
No	N°	132	187	73	392
	%	99.2	92.1	90.1	94.0
Sì	N°	1	16	8	25
	%	0.8	7.9	9.9	6.0
Totale	N°	133	203	81	417
	%	100.0	100.0	100.0	100.0

Le due tabelle precedenti fanno riferimento a episodi di violenza accaduti nel corso dell'intera vita professionale. La prima (aggressioni) è più generica e include sia aggressioni fisiche che verbali. Una porzione rilevante di donne l'ha sperimentata, sporadicamente (20.0%) o, in pochi casi, con una certa frequenza.

Le aggressioni sessuali sono meno frequenti, ma 25 donne (6%) dichiarano di averle subite, da parte di un paziente in 13 casi (52.0%).

In un caso e nell'altro le giovani dichiarano una minor frequenza di aggressioni rispetto alle donne delle altre due classi di età, fornendo con ciò un risultato coerente con quanto emerge in relazione al mobbing (tabella 18). La minor frequenza evidenziata potrebbe essere almeno parzialmente dovuta alla maggior durata della vita professionale nelle due classi di età più anziane, con conseguente maggiore probabilità di sperimentare un evento avverso come quello in esame. Tuttavia questo aspetto dovrebbe essere indagato con più attenzione, alla luce anche delle denunce di aggressioni, alcune finite tragicamente, che i media ci hanno segnalato in tempi recenti.

4. CONCLUSIONI

Le indagini affermano che il mondo del lavoro negli ultimi decenni è fortemente cambiato e la nostra ricerca conferma che ciò è avvenuto anche in ambito sanitario. Lo rilevano almeno due dati:

-la percentuale molto alta di professioniste occupate nel settore pubblico negli anni '70-'80 del secolo scorso, che nel nostro campione sembra essere intorno all'80%, si è fortemente ridotta attualmente a poco più della metà

-la tipologia del contratto è cambiata: nelle donne <40 i contratti atipici e quelli a tempo determinato superano quelli a tempo indeterminato e alta è anche la proporzione di libere professioniste.

Questi cambiamenti non hanno certo aiutato la vita personale delle donne medico. La nostra ricerca dimostra ancora una volta il peso rilevante che la professione esercita sulla vita privata con una penalizzazione nelle scelte fondamentali come quelle di costruire una famiglia e di avere figli.

Se questo dato è evidenziabile in tutte le società contemporanee occidentali, nelle donne che scelgono una professione così impegnativa è ancora più rilevante e preoccupante. Per gli uomini medico questa penalizzazione è minore, come evidenziato da una ricerca dell'Anao nazionale nel 2016*: da essa risulta infatti che mentre il 30% delle donne medico è single o separata e 1 su 3 non ha figli, solo il 10% degli uomini medico è single o separato e 1 su 5 non ha figli.

Anche il mondo del lavoro nel settore sanitario non ha quindi minimamente mutato la propria organizzazione in relazione all'entrata massiccia delle donne, che ormai contribuiscono in maniera fondamentale al suo funzionamento. La nostra indagine ha messo in evidenza come questo fatto penalizzi le donne sia nella vita privata che nel percorso di carriera.

Migliorare la situazione si può e le donne medico del nostro campione fanno delle proposte che vanno dalla richiesta di omogeneità nei diritti delle donne medico in qualsiasi struttura lavorino ad un maggiore sostegno nell'accudimento dei figli.

L'accoglimento di queste richieste però non può che partire dal riconoscimento della specificità della condizione femminile e del valore sociale della maternità.

L'Associazione Donne Medico di Reggio Emilia intende portare queste richieste all'attenzione delle istituzioni sanitarie e delle amministrazioni locali e farsene portavoce anche presso l'Associazione nazionale.

*Dati presentati alla seconda conferenza Anao Assomed a Napoli nel dicembre 2016