

Il *gender gap* nella medicina italiana

SILVIA DE SIMONE, DAIANA PODDA, JESSICA LAMPIS

Università degli Studi di Cagliari, Dipartimento di pedagogia, psicologia, filosofia

KEY WORDS

Women; medicine; *gender gap*

PAROLE CHIAVE

Donne; medicina; divario di genere

SUMMARY

«*The gender gap in Italian medicine*». **Background:** *This study is collocated in the debate about the gender gap in Medicine giving voice to female physicians who have damaged the “glass ceiling”.* **Objectives:** *Our research offers a contribute to the exploration about the motivations of persistence of gender gap in Medicine despite current changes.* **Methods:** *This study is based on 21 biographical interviews to female physicians who are managers in Italian hospitals. The themes emerged by data analysis concerned the participants’ discrimination experiences in their hierarchical advancement, the evidences of a persistence of horizontal segregation in some medical specializations, the difficult to find a work-life balance and the effects of this difficult on the female physicians’ health.* **Results:** *Our research confirmed a persistence of gender gap in the medical world, which disadvantages women in their career choices and in their hierarchical advancement and which appears in the form of invisible barriers impregnated of stereotypes and prejudices that are taken for granted by many men and women, especially those who have the power; these barriers make the female doctors’ health more vulnerable to the event of work-related stress.* **Conclusions:** *By the dates emerged the necessity of cultural and institutional interventions, actions for deconstruction of gender stereotypes, and the necessity of intervention for a more flexible and functioning work organization that satisfies the female physicians’ needs.*

RIASSUNTO

Introduzione: *Questo studio si colloca nel dibattito sul divario di genere in ambito medico dando voce a donne medico che sono riuscite a scalfire il “tetto di cristallo”.* **Obiettivi:** *La ricerca si propone di offrire un contributo nell’explorare le motivazioni per le quali, nonostante i cambiamenti in atto, il gender gap persiste ancora anche in ambito medico.* **Metodo:** *Lo studio si basa su 21 interviste biografiche a donne medico che occupano una posizione manageriale in strutture ospedaliere italiane. I temi emersi dall’analisi dei dati riguardano le esperienze delle partecipanti di discriminazione nella scalata gerarchica, le testimonianze di una permanente segregazione orizzontale nelle specializzazioni e nei successivi ambiti di occupazione, le difficoltà di conciliazione famiglia-lavoro e gli effetti di tali difficoltà sulla salute delle donne che svolgono la professione medica.* **Risultati:** *La ricerca conferma il persistere del gap di genere nel mondo della medicina, che penalizza le donne nelle scelte di carriera e nell’ascesa verso il*

Pervenuto il 26.8.2014 - Revisione pervenuta il 22.12.2014 - Accettato il 28.1.2015

Corrispondenza: Silvia De Simone, Università degli Studi di Cagliari, Dipartimento di pedagogia, psicologia, filosofia, via Is Mirionis 1, 09123 Cagliari - Tel. 0706757513 - E-mail: desimone@unica.it

potere e che si manifesta sotto forma di barriere invisibili intrise di stereotipi e pregiudizi che sono ancora velatamente veicolati e comunque dati per scontato da molti uomini e donne, in particolare da chi detiene ampie fette di potere; tali barriere rendono la salute delle donne medico più vulnerabile alla manifestazione di stress lavoro-correlato. Conclusioni: Dai dati emerge la necessità di interventi culturali e istituzionali finalizzati alla decostruzione degli stereotipi di genere, e di interventi volti a favorire un'organizzazione del lavoro più flessibile e più funzionale alle esigenze delle donne medico.

INTRODUZIONE

Nonostante l'importante contributo offerto all'economia nazionale, la partecipazione femminile al mercato del lavoro risulta ancor oggi caratterizzata da disuguaglianze e asimmetrie per tasso di occupazione, remunerazione e carriere. In Italia l'acuirsi della crisi economica attuale ha inoltre determinato un aumento delle disuguaglianze territoriali nella partecipazione femminile al mercato del lavoro, con un tasso di occupazione del 33% nel Sud e nelle isole contro il 60% del Nord, e con un tasso di mancata partecipazione al lavoro delle donne meridionali quasi triplo rispetto a quelle che vivono al Nord (44,8% vs 16%). Il *gender gap* si ripropone anche nella presenza femminile in posizioni apicali; nel nostro Paese infatti solo il 16,7% delle donne lavoratrici ricopre il ruolo di manager, mentre il dato corrispettivo per gli uomini è del 24,7% (17).

Il lavoro presentato si colloca nel dibattito sul divario di genere, approfondendo il contesto professionale medico. Nonostante, infatti, vi sia stato un aumento esponenziale della componente femminile già a partire dall'iscrizione delle ragazze nelle Facoltà di Medicina italiane ed europee (24), anche nel settore medico continuano a persistere fenomeni quali la segregazione verticale a sfavore del genere femminile (19) e la tendenza delle donne a privilegiare nelle proprie scelte di specializzazione per la futura carriera lavorativa alcuni settori della medicina che sembrano offrire maggiori possibilità di conciliazione tra lavoro e famiglia (11, 25, 30).

In particolare questo studio si propone di offrire un contributo nell'esplorare le motivazioni per le quali, nonostante i cambiamenti in atto, il *gender gap* persiste ancora anche in ambito medico. Le *research questions* da cui prende avvio questo lavoro

sono: perché, nonostante l'ingresso massiccio delle donne nelle istituzioni e in tutte le professioni, esiste e persiste un marcato *gap* di genere che coinvolge anche il settore medico? Perché le donne medico continuano a scegliere specializzazioni "tipicamente femminili" e perché difficilmente riescono ad arrivare a ricoprire i ruoli apicali? Come la conciliazione famiglia-lavoro influenza le scelte professionali e le condizioni di salute delle donne medico? Il presente contributo si ripropone di dare una risposta a queste domande attraverso le voci di 21 donne medico che sono riuscite a scalfire il "tetto di cristallo". Il lavoro presentato è un *case study* che parte da tematiche comuni a tutte le professioni in Italia, come il *gender gap* e la conciliazione famiglia-lavoro, per poi focalizzarsi sulla relazione tra queste tematiche e la professione medica, evidenziando infine il legame con il rischio stress e la salute al fine di individuarne i fattori protettivi.

La difficile ascesa delle donne nel settore medico

Il gap di genere è ancora presente nel nostro Paese in maniera marcata in tutte le professioni (17) e anche in quella medica, caratterizzata da diversi aspetti critici tipici come il lungo e difficile percorso di studi che determina una tardiva maternità (1).

Ancora oggi, infatti, è possibile rilevare una minor presenza femminile nelle posizioni apicali e più prestigiose. Le potenzialità delle donne medico non sono impiegate appieno a causa della presenza del noto fenomeno del *glass ceiling*, che limita le loro opportunità di crescita professionale, con effetti negativi sui livelli di motivazione e benessere organizzativo; si tratta di una "barriera invisibile" che può essere osservata non solo in ambito medico,

ma in tutti i percorsi di carriera, specialmente nei settori tipicamente maschili (8, 40).

Alcuni studi hanno approfondito il dispiegarsi del fenomeno del soffitto di vetro nel settore medico (3,33) riconducendolo a due fattori principali: i processi di socializzazione da un lato e il supporto concreto che uomini e donne ricevono nell'ambito delle loro scelte di carriera dall'altro. Il primo fattore fa riferimento a come le aspettative sociali sui ruoli di genere influenzano pensieri e comportamenti di uomini e donne in ambito lavorativo, e ne rispecchiano le scelte professionali (33). Il secondo fattore, invece, fa riferimento al sostegno che uomini e donne ricevono da tutor, docenti, capi, mentori nel corso della loro carriera (3). I ruoli apicali nel settore medico sono ricoperti da uomini che mandano avanti altri uomini e questo spiega l'inerzia nella promozione delle donne a posizioni di vertice, che implicano maggiore visibilità e prestigio.

Nella scalata nella gerarchia organizzativa la famiglia e le responsabilità legate alla cura ed educazione dei figli costituiscono un ostacolo al raggiungimento di posizioni di top management (34). Per raggiungere le posizioni apicali nel mondo della sanità sono, infatti, necessari almeno 15-20 anni di percorso totalmente dedicato alla professione, che per molte donne risulta ancora inconciliabile con le responsabilità familiari (27). L'assenza di networks femminili di supporto, la scarsità di modelli di leadership al femminile (32) e l'inadeguato sostegno ricevuto da parte dei colleghi (39) sono le altre cause alle quali è ricondotta la segregazione verticale in ambito medico.

Il *gender gap* si rileva anche nella scelta dell'ambito di specializzazione; nello specifico le donne sono più numerose in specializzazioni quali psichiatria, pediatria, dermatologia, ostetricia e ginecologia, ma il loro numero si riduce drasticamente in specialità quali chirurgia, cardiocirurgia, anestesia, radiologia, patologia e affini (11). Tale fenomeno è stato ricondotto alla presenza di vere e proprie discriminazioni rivolte alle donne da parte di colleghi e superiori uomini, all'assenza di modelli femminili di riferimento (15) e alla percezione che alcuni settori della medicina che richiedono un impegno "full-time" siano inconciliabili con il desiderio delle donne di costruire una famiglia (25, 30, 35).

Family-work interface come rischio psicosociale per la salute delle donne

Tra gli ostacoli che le donne devono affrontare per permanere nel mercato del lavoro e raggiungere posizioni di rilievo nella gerarchia organizzativa, la maternità è senza dubbio il più rilevante. Tra le madri il 30% interrompe il lavoro per motivi familiari contro il 3% dei padri e sono circa 800 mila le donne che hanno dichiarato di essere state licenziate o di essere state messe in condizione di doversi dimettere a causa di una gravidanza (9).

Il difficile equilibrio tra vita lavorativa e privata rappresenta, accanto alle pesanti discriminazioni subite sul luogo di lavoro, un rischio psicosociale per la salute delle lavoratrici. È stato rilevato, infatti, come il rischio d'infortunio può variare in ragione di quanto le aspettative sociali sul lavoro e il carico degli oneri familiari e di cura influiscono sulle competenze erogate dalle lavoratrici nel proprio contesto organizzativo (29). D'altro canto, l'interfaccia lavoro-famiglia e il supporto dei capi in relazione alla conciliazione hanno un ruolo centrale nel determinare il benessere delle persone che lavorano. L'interfaccia lavoro-famiglia influenza la soddisfazione di vita, la soddisfazione sul lavoro e l'impegno di lavoro (12, 13).

A seguito dell'emanazione del decreto legislativo 81/2008, in Italia sembra sia stato raggiunto un obiettivo prima estraneo al mondo del lavoro: quello del superamento della neutralità del lavoratore grazie al preciso riferimento a obiettivi e valutazioni per genere e alla puntuale citazione di lavoratori e lavoratrici. In particolare, nell'articolo 28 del Testo Unico si supera una visione di tutela del lavoro femminile circoscritta principalmente al periodo di gravidanza, rivolgendo particolare attenzione ai rischi connessi alle differenze di genere sia dal punto di vista fisico che dal punto di vista psico-sociale e perseguendo l'abbattimento degli stereotipi di genere anche con la considerazione specifica delle pari opportunità come importante fattore del benessere organizzativo nell'ambiente di lavoro (31).

Secondo i dati diffusi dall'Osservatorio Nazionale Salute Donna la segregazione orizzontale e quella verticale sono da considerarsi fattori d'insoddisfazione per il genere femminile, che possono

determinare l'insorgere di condizioni di stress lavoro-correlato e una maggiore esposizione a infortuni sul luogo di lavoro (38). Fondamentale quindi, come evidenziato anche nel decreto legislativo 81/2008, è la diffusione di un approccio alla salute e sicurezza sul lavoro attento più che in passato alle differenze di genere e alla promozione di interventi orientati al miglioramento della qualità della vita organizzativa delle donne, soprattutto in quei settori professionali come quello medico, in cui ancor oggi il genere femminile percepisce la presenza di barriere visibili e invisibili.

METODI

Questo studio contribuisce al dibattito sul *gender gap* ponendo il focus sull'ambito medico ed esplorando le motivazioni legate alle scelte di carriera e di specializzazione delle donne medico. Nello specifico la ricerca si propone di indagare quanto l'appartenenza di genere incida sulle scelte di specializzazione, sulle possibilità di fare carriera e sul benessere in ambito medico attraverso il coinvolgimento di donne medico che sono riuscite a scalare il "tetto di cristallo" e ad arrivare a ricoprire ruoli apicali e dirigenziali in quest'ambito.

Lo studio si basa su 21 interviste biografiche a donne medico che occupano una posizione manageriale in strutture ospedaliere della Sardegna, regione in cui si ripresentano rilevanti differenze di genere nei tassi di occupazione che riguardano il nostro Paese nel suo complesso (18). L'intervista biografica è uno strumento che consente di studiare fatti e processi superando molte resistenze dell'intervistato; è quindi un metodo efficace nel processo d'indagine delle rappresentazioni e opinioni individuali e permette di leggere la profondità temporale dei fenomeni studiati, riducendo l'opacizzazione creata dalla standardizzazione (2). Il reclutamento è stato fatto su base volontaria, le donne medico sono state contattate dalle ricercatrici telefonicamente, sono stati illustrati gli obiettivi e concordate le modalità di svolgimento delle interviste. Sono state contattate circa 40 donne medico e solo poco più della metà ha deciso di partecipare alla ricerca, a causa del poco tempo a loro disposizione da dedica-

re ad attività extra lavorative ed extra familiari. Le donne medico che hanno acconsentito all'intervista hanno affermato di voler prendere parte alla ricerca in quanto interessate a discutere delle tematiche in essa affrontate, mostrando disponibilità e coinvolgimento e mettendo in evidenza l'utilità di condurre ricerche su questi temi, che a loro avviso sono ancora poco approfonditi. Le partecipanti (tabella 1¹) sono 21 donne medico che occupano una posizione manageriale nella struttura ospedaliera dove lavorano, hanno un'età compresa tra i 38 e 63 anni, un'anzianità lavorativa media di 26 anni e un'anzianità organizzativa media di 18 anni. Le intervistate hanno quasi tutte un partner e più della metà hanno da 1 a 3 figli con un'età media pari a 18 anni; sei partecipanti dichiarano di non avere figli e tre di queste di essere al momento dell'intervista nubili. Coerentemente con quanto riportato in letteratura (11), 18 delle donne intervistate hanno scelto specializzazioni *gender typed*; solo tre delle partecipanti hanno sfidato le barriere di genere e hanno scelto specialità considerate tipicamente maschili, quali la chirurgia, la cardiocirurgia e la chirurgia oculistica.

L'intervista si è focalizzata su due *topic* centrali: discriminazione e conciliazione. Nella prima parte sono state indagate le esperienze lavorative delle donne coinvolte e sono state esplorate le eventuali difficoltà e/o discriminazioni incontrate nell'affermazione professionale; le domande sono state costruite facendo riferimento alla *Career Success Scale* (6). La seconda parte si è concentrata sul *work-life balance* e sulle strategie adottate dalle intervistate, in passato e attualmente, per riuscire a conciliare l'ambito lavorativo con quello privato e familiare. Nella costruzione delle domande di questa seconda area abbiamo fatto riferimento al questionario sull'interfaccia lavoro-famiglia di Kinnunen e colleghi (20), e al suo riadattamento in italiano (13). Sono state incluse nell'intervista anche domande finalizzate alla ricostruzione del *background* familiare, formativo e lavorativo.

Le interviste sono state condotte da due ricercatrici, hanno avuto una durata media di un'ora, sono

¹ I nomi riportati nella tabella e nel testo sono di fantasia e non corrispondono ai nomi reali delle intervistate per tutelare la privacy

Tabella 1 - La tabella riporta le informazioni socio-anagrafiche, alcune informazioni sulla sfera lavorativa e sfera privata delle partecipanti alla ricerca

Table 1 - The table contains the research participants' social-personal information, and some information about their work and family spheres

Partecipanti	Età	Numero di figli	Età dei figli	Status familiare	Specializzazione	Ruolo	Reparto	Anzianità lavorativa in anni	Anzianità organizzativa in anni
Anna	52	1	18	Coniugata	Ginecologia	Responsabile	Ginecologia	24	20
Chiara	52	1	19	Coniugata	Chirurgia Toracica; Anestesia e Rianimazione	Responsabile	Cardio-chirurgia	22	22
Daniela	51	0		Coniugata	Geriatrics e Gerontologia; Ematologia Clinica e di Laboratorio	Direttrice	Anatomia Patologica	23	20
Enrica	55	3	21;19;15	Coniugata	Ginecologia	Responsabile	Ginecologia	27	27
Federica	38	1	4,5	Coniugata	Pediatria	Direttrice	Oncologia Pediatrica	8	1
Francesca	57	3	29;24;13	Coniugata	Medicina Trasfusionale	Responsabile	Centro Trasfusionale	29	27
Giorgia	63	1		Coniugata	Oculistica	Primario	Chirurgia	39	15
Laura	48	1	7	Convivente	Pediatria; Radiologia Diagnostica	Responsabile	Radiologia	20	1
Lina	50	0		Nubile	Chirurgia	Primario	Chirurgia	24	18
Lucia	56	2	24;19	Coniugata	Nefrologia	Responsabile	Nefrologia	29	26
Manuela	54	2	20;16	Coniugata	Pediatria	Primario	Pediatria	28	24
Maria	50	0		Coniugata	Endocrinologia	Responsabile	Medicina Generale	23	15
Marta	52	2	15;12	Coniugata	Pediatria	Direttrice	Pediatria	26	28
Patrizia	52	0		Nubile	Medicina Fisica e Riabilitazione	Direttrice	Riabilitazione	24	2,5
Rosalba	56	2	29;25	Coniugata	Neurologia	Responsabile	Neurologia	28	20
Sara	38	1	9 mesi	Coniugata	Pediatria	Primario	Medicina Generale	9	2
Silvia	63	2	27;30	Coniugata	Geriatrics	Primario	Geriatrics	37	37
Stefania	50	2	17;12	Coniugata	Angiologia	Primario	Pronto Soccorso	23	1
Tiziana	56	0		Coniugata	Ginecologia; Igiene e Medicina Preventiva	Responsabile	Ginecologia	31	28
Veronica	55	2	21;15	Coniugata	Neurologia	Primario	Neurologia	31	30
Viviana	63	0		Nubile	Neurologia	Direttrice	Farmacologia Clinica	34	21

state registrate e trascritte. In una prima fase le autrici hanno letto ed esaminato in modo indipendente le trascrizioni per classificare i testi e per individuare le tematiche principali emerse dai dati. Successivamente hanno lavorato insieme al fine di concordare sui temi emergenti individuati, sulla loro denominazione e sugli stralci tratti dalle diverse interviste da citare. I temi emersi dall'analisi dei dati, che esploreremo nel paragrafo successivo, sono stati suddivisi in tre macroaree così denominate: il potere degli uomini: la medicina come lobby maschile; la chirurgia vista dalle donne tra barriere reali e difficoltà di conciliazione; la maternità come principale ostacolo al raggiungimento di posizioni di potere. Dai dati emerge la conciliazione famiglia-lavoro come tema pregnante e trasversale a tutte le aree individuate.

RISULTATI

Il potere degli uomini: la medicina come lobby maschile

Tutte le donne intervistate sottolineano l'esistenza ancora molto forte del gap di genere nelle posizioni apicali; le partecipanti alla ricerca hanno evidenziato come, nonostante il settore medico già a partire dalla popolazione studentesca sia nettamente femminile (24), i ruoli apicali continuano a essere ricoperti in modo predominante da uomini, rafforzando la convinzione che esiste anche nel settore medico italiano il fenomeno della segregazione verticale a sfavore delle donne (27) e il fenomeno del *glass ceiling* (8, 40). Chiara spiega bene l'esistenza del soffitto di vetro anche in ambito medico, una "barriera invisibile" che ostacola la possibilità per le donne di arrivare a ricoprire posizioni apicali specialmente nei settori considerati tipicamente maschili:

"Probabilmente non mi ha ostacolato dall'esterno, mi ha ostacolato dall'interno; forse all'inizio il cardiocirurgo, che i cardiocirurghi erano tutti uomini, c'era la tendenza a favorire di più altri che avevano la mia età ed erano uomini però era un ostacolo anche che mi son posta io, che non mi sono mai buttata perché per fare il lavoro bisogna buttarsi e io non sono quella che si butta

quindi è un ostacolo anche che mi son creata io, che probabilmente non mi è stato creato dall'esterno, almeno così mi è parso; sì, forse un pochino sì, alcuni dei ragazzi erano agevolati di più, però non posso dire sicuramente che mi hanno fatto fuori perché ero una donna, mi son fatta fuori io, ho deciso, finito, finito di fare il chirurgo per esempio. Non c'è niente che dimostri che siano svantaggiate le donne appositamente però mi accorgo che i posti apicali femminili sia all'università che negli ospedali sono una minima parte" (Chiara, 52 anni).

Dalle interviste emergono diverse motivazioni che concorrono a spiegare le difficoltà delle donne a raggiungere posizioni di potere e prestigio e ad affermarsi professionalmente nel proprio ambiente di lavoro con superiori e colleghi. Queste motivazioni riguardano le pratiche organizzative discriminatorie, l'esistenza di lobbies maschili, la mancanza di supporto e di networks femminili, l'influenza della cultura patriarcale, la tendenza a conformarsi alle aspettative sociali e ai ruoli di genere, le difficoltà di conciliazione famiglia-lavoro.

Alcune donne intervistate riconducono gli ostacoli incontrati nel raggiungere posizioni di potere alle *pratiche discriminatorie* messe in atto a livello organizzativo, e riferiscono che la presenza delle donne in posizioni apicali sembra essere percepita come una minaccia (23). Per esempio Giorgia racconta:

"Nella mia carriera è stata una lotta, ancora adesso io sono l'unica donna capo dipartimento di chirurgia, l'unica che ci sia in circolazione, le altre le hanno tutte fatte fuori. Ancora adesso stanno lì a rompere, l'anno scorso mi hanno fregato le stanze di degenza promettendomi che me ne avrebbero dato altre, siccome io come un'allocca, siccome io sono ... ne hanno approfittato perché io non ho questa mentalità organizzativa; poi la cosa per cui mi odiano particolarmente tutti è che io non devo ringraziare nessuno" (Giorgia, 63 anni).

Diverse intervistate sottolineano come l'ambito medico sia ancora dominato prevalentemente da uomini e che le poche donne che riescono a raggiungere posizioni manageriali lo fanno dopo una lunga lotta e in età avanzata. La convinzione che esista una *lobby maschile* nel settore medico, grazie alla quale gli uomini sono avvantaggiati nella scala gerarchica e le donne vengono al contrario ostacolate, è diffusa tra le partecipanti allo studio.

“Alla fine, come in tutti i casi di questa società, a livelli apicali ci arrivano i maschi ma non ci arrivano per merito; ci arrivano perché è una lobby maschile, fatta di potere trasversale” (Laura, 48 anni).

Dalle parole di Laura emerge come ancora oggi, nonostante la maggiore presenza femminile nel mondo della medicina, siano messe in atto nei confronti delle donne pratiche dirette e indirette di esclusione da parte dei superiori che ne bloccano la progressione gerarchica e favoriscono il persistere di reti di potere unicamente maschili (10).

Alcune intervistate lamentano *la mancanza di network femminili di supporto e l'inadeguato sostegno* ricevuto da parte dei medici uomini (32, 39) e riconducono a questo la causa della segregazione verticale in ambito medico. Sara lamenta che i colleghi uomini ricevono un aiuto immediato e attivo da parte di superiori e colleghi uomini:

“[...] i maschi sono stati agevolati, nel senso che i professori, o i medici, o i direttori di scuole e reparti, [...] davano agevolazioni, tipo “eh sa, io ho bisogno di fare la guardia medica perché sono un padre e ho famiglia” [...]” (Sara, 38 anni).

L'influenza della cultura patriarcale, che crea aspettative e stereotipi di genere, rappresenta un altro fattore che secondo le intervistate ha un ruolo chiave nel cristallizzare il fenomeno del soffitto di vetro nel settore medico (36).

Marta riferisce che la predominanza maschile si riscontra anche nelle specializzazioni in cui sono le donne a prevalere, almeno numericamente:

“Per quanto riguarda la pediatria penso che per il 90% siano donne, ma i primari sono tutti uomini; basta andare a un congresso per vedere che i primari che parlano, i professori che vengono anche da fuori sono praticamente tutti maschi” (Marta, 52 anni).

Anche questo studio conferma che il fenomeno del soffitto di vetro può essere ricondotto all'influenza che le *aspettative sociali* hanno sulle scelte di uomini e donne (16, 21). Circa la metà delle intervistate ha, infatti, scelto una specializzazione che riduce il conflitto famiglia-lavoro e permette loro di rispondere alle aspettative sociali che le vedono nel ruolo tradizionale di mogli e madri:

“Ero all'inizio giovanissima, nel frattempo però i colleghi e le colleghe che mi precedevano hanno trovato altre sistemazioni e quindi sono entrata io, da lì sono

rimasta (...) avendo figli piccoli in quel momento ho lasciato perdere la possibilità di cambiare, diciamo un po' per conciliare famiglia e lavoro in quel momento ho smesso di pensare a un'altra sistemazione” (Francesca, 57 anni).

Esiste, secondo le intervistate, uno stretto legame tra la scelta del tipo di specializzazione e lo stile di vita delle donne medico (30), così come tra la decisione di costruire una famiglia e la traiettoria che intraprende la loro carriera. Riuscire a conciliare vita privata e professionale, secondo le nostre intervistate, è una prerogativa femminile, in quanto ancora oggi sono le donne più degli uomini ad avere maggiori responsabilità familiari (28).

La chirurgia vista dalle donne: tra barriere reali e difficoltà di conciliazione

Le nostre intervistate sostengono che alcuni settori della medicina siano costituiti quasi esclusivamente da uomini e riconducono tale fenomeno a due motivazioni principali: la presenza di barriere reali e percepite per il genere femminile e lo stile di vita richiesto. Le nostre intervistate non raccontano episodi di discriminazione subiti, ma pongono l'accento sulla presenza di una lobby maschile anche e soprattutto in settori medici come la chirurgia che costituisce una barriera all'entrata e all'affermarsi delle donne in questo settore, il quale continua a essere considerato quasi esclusivamente maschile (11, 15):

“In campo chirurgico le donne sono svantaggiate, perché lì è estremamente difficile rompere quella corazzata di diffidenza e potere maschile, è un campo baronale totale in cui le donne sono ancora marginali” (Laura, 48 anni).

Secondo alcune intervistate, tra cui Silvia, la chirurgia è inconciliabile con il progetto delle donne di costruire una famiglia e avere figli:

“Bé perché sicuramente la chirurgia impegna ancora di più, impegna dal punto di vista fisico e dal punto di vista di orario, di disponibilità rispetto ad un'altra specialità quindi va a intaccare maggiormente secondo me, penso maggiormente la sfera privata e familiare. Ruba del tempo, molto di più. Poi è anche faticosa perché gli interventi chirurgici lunghi sono anche faticosi da punto di vista fisico. Poi la scelta diciamo iniziale, chirur-

gia o medicina forse dipende da questo, non lo so bene” (Silvia, 63 anni).

Dalle parole di Silvia emerge chiaramente come le responsabilità familiari siano considerate incompatibili con gli orari e lo stile di vita richiesti da questo settore della medicina (25, 35, 37).

La maternità come principale ostacolo al raggiungimento di posizioni di potere

Così come rilevato da Schueller-Weidekamm e Kautzky-Willer (34) anche le nostre intervistate confermano che la maternità costituisce per le donne il principale ostacolo al raggiungimento di posizioni di top management nel settore sanitario. Tale aspetto non è, invece, limitante per gli uomini, che tendono a delegare alle proprie mogli e compagne impegni e responsabilità in ambito familiare a vantaggio della carriera lavorativa.

Tiziana afferma che i medici donna con figli piccoli aspirano meno a fare carriera e compiono scelte professionali che consentono di trovare più facilmente un equilibrio tra il lavoro e la gestione dei figli (7):

“Io conosco tante donne in ambito medico che hanno fatto carriera, quello che ci può frenare è il fatto familiare, il fatto di volere una famiglia, i figli, di metterci un po’ indietro e quindi ci sono altre persone che ci vanno avanti” (Tiziana, 56 anni).

Le donne intervistate raccontano di avere fatto importanti rinunce a favore della carriera a scapito della famiglia; Stefania evidenzia come queste scelte abbiano generato in lei sensi di colpa:

“Io ricordo ancora quella sensazione bruttissima di quando andavo a fare il turno di un festivo tipo l’8-20 di un 25 dicembre, la notte del 24 che uscivo di casa col cuore stretto, una cosa tremenda. Quante volte mi son fatta qualche piantino in macchina, quella sensazione brutta di inadempienza” (Stefania, 50 anni).

Giorgia racconta di aver rinunciato a importanti esperienze formative, che avrebbero favorito il suo percorso di carriera, per i figli piccoli:

“Io volevo diventare un grande chirurgo, per essere un grande chirurgo oculista bisogna essere un grande chirurgo della retina (...) che non si impara così, bisogna andare almeno 4 mesi fuori, e non ci son riuscita a diventare brava in questa cosa qui. Questo, non son

potuta andare perché già quando uno torna tardi e vede i figli poco oppure perché non ce la fa a portare la figlia in giro perché è troppo stanca di pomeriggio, ma andare anche fuori per mesi non si può” (Giorgia, 63 anni).

A causa delle ideologie ancora tradizionaliste, le donne che vogliono progredire nella loro carriera hanno bisogno di fare diversi sacrifici nella vita privata e, per lo stesso motivo, le donne che vogliono trascorrere più tempo a casa (anche per un periodo non prolungato) fanno necessariamente sacrifici in relazione alla loro carriera (4). Nonostante le donne intervistate siano tutte professioniste che hanno investito nel lavoro e fatto carriera, le loro parole ci raccontano una rigida suddivisione dei ruoli di genere (26) e un forte squilibrio nella distribuzione dei lavori domestici e di cura (22), che le vede dedicare più tempo dei loro partner alla gestione della casa e della famiglia:

“La distribuzione del lavoro a casa non è equa, la maggior parte delle cose sono tutte scaricate su di me per quanto riguarda l’economia familiare, l’organizzazione prandiale, l’organizzazione delle pulizie. Ultimamente per motivi di sopravvivenza familiare abbiamo deciso che lui si occupa di quelle cose tipicamente maschili che vanno dei problemi legati alle prese elettriche, alla gestione.. le solite cose che fanno gli uomini più volentieri” (Daniela, 51 anni).

Sono due le strategie principali che le donne intervistate hanno utilizzato per riuscire a gestire famiglia e lavoro e ad investire anche sulla carriera: aiuti esterni (come baby sitter e collaboratrici domestiche) e il sostegno della famiglia d’origine (mamme e suocere, sorelle e cognate).

Alcune intervistate sottolineano come le difficoltà nel bilanciare tempi di vita e lavorativi, nonché l’assenza di un adeguato sostegno da parte delle politiche governative a favore della maternità e di una maggiore uguaglianza tra i generi possano divenire cause di malessere lavorativo:

“Anche se il bambino te lo seguono i nonni comunque come madre devi cercare se non altro di esserci, secondo me c’è un’incompatibilità profonda e io le vedo le mie colleghe che per lo più se hanno figli piccoli sono stressate e adesso che ho avuto un ragazzino anche se non è mai stato particolarmente piccolo lo capisco che una possa andare via di testa” (Chiara, 52 anni).

Dalle parole di Chiara emerge l'assenza di servizi a sostegno della maternità, che porta le donne medico a non poter operare serenamente la loro professione, perché preoccupate di come gestire e trovare il giusto equilibrio tra famiglia e carriera. Tali difficoltà lavorative aumentano i livelli di stress delle donne e conseguentemente il numero di assenze al lavoro (1).

DISCUSSIONE

Questo studio offre spunti di riflessione interessanti al dibattito sul divario di genere in ambito medico attraverso il racconto delle esperienze di donne medico italiane che sono riuscite a scalfire il "tetto di cristallo" e ad arrivare a ricoprire posizioni lavorative manageriali e di successo.

Dalla ricerca condotta sono emersi alcuni fattori di criticità che ancora oggi caratterizzano la figura femminile nei settori tecnico-scientifici, come quello della medicina. In accordo con quanto emerso in altre ricerche (24) le partecipanti allo studio hanno confermato un rilevante aumento della presenza femminile in ambito medico che, come evidenziato in letteratura (3, 7, 8, 23, 27, 33, 36, 40) si manifesta solo ai livelli più bassi della gerarchia professionale. In alcune interviste, come messo in luce da altri studi (10, 15, 32, 39), si fa riferimento all'assenza di reti femminili di supporto, alla scarsa presenza di modelli di leadership al femminile, all'inadeguato sostegno dei colleghi e alla presenza di veri e propri networks di potere interamente costituiti da uomini che favoriscono l'avanzamento di carriera dei colleghi di genere maschile, ostacolando il processo di crescita professionale delle donne. In accordo con la letteratura internazionale (11, 25, 30) dalle interviste emergono, inoltre, le difficoltà d'inserimento in specifici settori della medicina, primo fra tutti la chirurgia, considerati dalle intervistate difficilmente accessibili per le donne che non vogliono rinunciare alla possibilità di avere dei figli e che vogliono riuscire a conciliare compiti e responsabilità familiari e lavorative. A detta delle partecipanti alla ricerca, che confermano quanto già emerso in letteratura (34, 35, 37), la maternità è, infatti, ancora percepita come un

ostacolo all'impegno e alla disponibilità che le donne possono dedicare allo svolgimento della propria professione e conseguentemente alla progressione di carriera.

Le donne intervistate spiegano il fenomeno della segregazione orizzontale e verticale nel loro ambito lavorativo facendo riferimento agli stereotipi di genere che influenzano scelte, opinioni e comportamenti e alle difficoltà di conciliazione in particolare nelle fasi di vita legate alla maternità e alla presenza di figli piccoli nel nucleo familiare (9, 11, 16, 21, 22, 26, 28).

Dalla ricerca condotta emergono ancora numerose difficoltà nell'attuazione di politiche di sostegno alla maternità, che rendono complicata l'ascesa delle donne nel mondo della medicina e che portano queste ultime a fare importanti rinunce sia nella sfera lavorativa che in quella privata. Come evidenziato in letteratura (1, 12, 13, 29, 38), anche le intervistate indicano nel difficile equilibrio tra vita personale e lavorativa e nei numerosi ostacoli che si frappongono all'ascesa professionale le principali cause di insoddisfazione, le quali possono generare malessere e compromettere la salute delle lavoratrici, e auspicano la diffusione e attuazione di programmi e progetti che sostengano le donne nella loro carriera senza che questa comporti una rinuncia al desiderio di essere madri.

Tra i limiti di questo studio segnaliamo la dimensione e le caratteristiche del campione, che potrebbe essere ampliato e meglio articolato coinvolgendo uomini medico che ricoprono posizioni di potere e studenti e studentesse che frequentano l'ultimo anno dei corsi di laurea in medicina o le diverse specializzazioni. Sarebbe interessante mettere a confronto le esperienze e le convinzioni di medici donne e medici uomini sulle difficoltà di carriera, sulle scelte di specializzazione e sui temi legati alla conciliazione famiglia-lavoro. Sarebbe altrettanto stimolante coinvolgere su questi stessi temi gli studenti e le studentesse per mettere a confronto esperienze e vissuti con le aspettative delle nuove generazioni verso il futuro in relazione alla carriera e alle scelte legate all'organizzazione di vita tra lavoro e famiglia.

In conclusione, dall'analisi della recente letteratura e dai dati prodotti attraverso le interviste con-

dotte nell'ambito di questa ricerca, possiamo affermare che esiste ancora oggi un *gap* di genere nel mondo della medicina, che penalizza le donne nelle scelte di carriera e nell'ascesa verso il potere.

I dati suggeriscono l'utilità di interventi culturali e istituzionali. Sarebbe utile promuovere da un lato azioni finalizzate alla decostruzione degli stereotipi di genere e a una ricostruzione di nuove e diverse rappresentazioni dei generi, dall'altro interventi volti a favorire un'organizzazione del lavoro più flessibile e più funzionale alle esigenze di lavoratori e lavoratrici con problemi di conciliazione. Affinché aumenti la presenza femminile anche in quei settori della medicina definiti "old-boys' dominated" e, come auspicato con l'emanazione del decreto legislativo 81/08, si riduca ampiamente lo stress correlato al lavoro direttamente riconducibile alle differenze di genere, sarebbe auspicabile favorire la possibilità di equilibrare carichi lavorativi e familiari, rendendo più accessibile il part-time e la flessibilità oraria (5), al fine di migliorare il benessere di tutti i medici e le prestazioni da essi ottenute, indipendentemente dal genere. Sarebbe anche auspicabile la costruzione di nidi aziendali e di altre strutture educative, nonché la diffusione anche all'interno dei contesti aziendali sanitari di una vera e propria cultura della flessibilità oraria; la scarsità di servizi e supporti alle famiglie anche in Italia contribuisce infatti a spiegare la diffusa difficoltà di conciliare la vita lavorativa con quella familiare per la maggior parte dei padri e delle madri che lavorano (14).

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. ANAAO ASSOMED, Associazione Medici Dirigenti. (2013). Donne in medicina: una nuova sfida per la sanità del futuro. I Conferenza Nazionale Donne AnaaO Assomed. Disponibile online all'indirizzo: http://www.anaao.it/download_publicazioni.php?id=185
2. Bichi R: *L'intervista biografica. Una proposta metodologica*. Milano: VeP, 2002
3. Boulis AK, Jacobs JA: The changing face of medicine. Women doctors and the evolution of health care in America. Ithaca: ILR Press, 2008
4. Broadbridge A: Sacrificing personal or professional life? A gender perspective on the accounts of retail managers. *The International Review of Retail, Distribution and Consumer Research* 2009; 9: 289-311
5. Brown JB, Fluit M, Lent B, Herbert C: Surgical culture in transition: Gender matters and generation counts. *Can J Surg* 2013; 56: 153-158
6. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R: Career-Success Scale – A new instrument to assess young physicians' academic career steps. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 120
7. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, et al: The impact of gender and parenthood on physicians' careers - professional and personal situation seven years after graduation. *Health Serv Res* 2010; 10: 1-10
8. Carnes M, Morrissey C, Geller SE: Women's health and women's leadership in academic medicine: Hitting the same glass ceiling? *J Womens Health* 2008; 17: 1453-1462
9. CNEL, Consiglio Nazionale Economia e Lavoro. (2012). Stati generali sul lavoro delle donne in Italia. Disponibile online all'indirizzo: http://www.cnel.it/Cnel/view_groups/download?file_path=/shadow_documento_attachment/file_allegatos/000/000/010/Convegno_20Stati_20Generali_20Donne.pdf
10. Crompton R, Lyonette C: Women's Career Success and Work-life Adaptations in the Accountancy and Medical Professions in Britain. *Gender, work and organization* 2011; 18: 231-254
11. Davis G, Allison, R: Increasing representation, maintaining hierarchy: An assessment of gender and medical specialization. *Social Thought & Research* 2013; 32: 17-45
12. De Simone S, Pinna R, Cicotto G, et al: Interfaccia famiglia-lavoro, supporto sociale e soddisfazione lavorativa: una ricerca esplorativa in una pubblica amministrazione. In WOA (eds): *Atti workshop dei docenti e dei ricercatori di Organizzazione Aziendale Organizing in turbulent times: the challenges ahead*. Roma 30-31 Maggio 2013. Padova: Cleup, 2013
13. De Simone S, Lampis J, Lasio D, et al: Influences of Work-Family Interface on Job and Life Satisfaction. *Applied Research in Quality of Life* 2014; 9: 831-861
14. Fine-Davis M, Fagnani J, Giovannini D, et al: *Padri e madri: I dilemmi della conciliazione famiglia-lavoro. Studio comparativo in quattro Paesi europei*. Bologna: Il Mulino, 2008
15. Gargiulo DA, Hyman NH, Herbert JC: Women in Surgery. Do We Really Understand the Deterrents? *Arch Surg* 2006; 141: 405-408
16. Guimond S: Psychological Similarities and Differences

- between Women and Men across Cultures. *Social and Personality Psychology Compass* 2008; 2: 494-510
17. ISFOL, Istituto per la Formazione Professionale dei Lavoratori. (2011). Donne e professioni: caratteristiche e prospettive delle donne negli ordini professionali. Disponibile online all'indirizzo: <http://sbnlo2.cilea.it/bw5ne2/opac.aspx?WEB=ISFL&IDS=18224>
 18. ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica (2014). Anno 2013 occupati e disoccupati. Disponibile online all'indirizzo: http://www.istat.it/it/files/2014/02/media_20131.pdf?title=Occupati+e+disoccupati+%28annuali%29+-+28%2Ffeb%2F2014+-+Testo+integrale.pdf
 19. Kilminster S, Downes J, Gough B, et al: Women in medicine - is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Med Educ* 2007; 41: 39-49
 20. Kinnunen U, Feldt T, Geurts S, Pulkkinen L: Types of work-family interface: well-being correlates of negative and positive spillover between work and family. *Scandinavian Journal of Psychology* 2006; 47: 149-162
 21. Kite ME, Deaux K, Haines EL: Gender stereotypes. In Denmark FL, Paludi MA (eds): *Psychology of Women: A handbook of issues and theories*. Westport, CT: Greenwood Press 2008: 205-236
 22. Knudsen K, Wærness K: National Context and Spouses' Housework in 34 Countries. *European Sociological Review* 2008; 24: 97-113
 23. Linehan C, Sweeney C, Boyland G, et al: Getting in and getting on in medical careers: How the rules of the game are gendered. *Gender, Sexuality & Feminism* 2013; 1: 18-36
 24. Mapp CE: The gender gap in Italian Academic Medicine. *Med Lav* 2009; 100: 403-407
 25. McCord JM, McDonald R, Levenson G, et al: Motivation to Pursue Surgical Subspecialty Training: Is There a Gender Difference? *J Am Coll Surg* 2007; 205: 698-703
 26. Meisenbach RJ: The Female Breadwinner: Phenomenological Experience and Gendered Identity in Work/Family Spaces. *Sex Roles* 2010; 62: 2-19
 27. Ministero della Salute (2009). Il fenomeno della femminilizzazione della sanità in Italia: Ricerca quali-quantitativa sulle caratteristiche e trend dell'ultimo decennio. Disponibile online all'indirizzo: www.salute.gov.it
 28. Mobilos S, Chan M, Belle Brown J: Women in medicine. The challenge of finding balance. *Can Fam Physician* 2008; 54: 1285-6.e 1-5
 29. Pagano A: Verso una valutazione non neutra dei rischi. Atti del convegno Differenze di genere nella valutazione dei rischi lavorativi alla luce del dlgs 81/08. Treviso, 24 febbraio 2011. Disponibile online all'indirizzo: http://www.sicurezzaonline.it/primop/ppdif/ppdifdoc/difgen/Pagano_Valutazione_Non_Neutra_Rischi.ppt
 30. Park J, Minor S, Taylor RA, et al: Why are women deterred from general surgery training? *Am J Surg* 2005; 190: 141-146
 31. Pennesi P, Servidori A. Oggetto: Art. 28 D. Lgs. n. 81/2008 - Indicazioni operative in materia di rischi connessi alle differenze di genere. Disponibile online all'indirizzo: http://www.uil.it/pari_opportunit%E0/linee%20guida%20differenze%20di%20genere.pdf
 32. Pololi LH, Jones SJ: Women Faculty: An analysis of their experiences in academic medicine and their coping strategies. *Gender Medicine* 2010; 7: 438-450
 33. Riska E: Gender and medical education. In Brosnan C, Turner B (eds): *Handbook of the sociology of medical education*. London: Routledge; 2009: 89-105
 34. Schueller-Weidekamm C, Kautzky-Willer A: Challenges of Work-Life Balance for Women Physicians/Mothers Working in Leadership Positions. *Gender Medicine* 2012; 9: 244-250
 35. Snyder RA, Bills JL, Phillips SE, et al: Specific Interventions to increase women's interest in surgery. *J Am Coll Surg* 2008; 207: 942-947
 36. Tlaiss HA: Women in Healthcare: Barriers and Enablers from a Developing Country Perspective. *International Journal of Health Policy and Management* 2013; 1: 7-20
 37. Turner PL, Lumpkins K, Gabre J, et al: Pregnancy Among Women Surgeons: Trends Over Time 2012. *Arch Surg* 2012; 147: 475-479
 38. Vaganas G, Bihari-Axelsson S, Vanagienė V: Do age, gender and marital status influence job strain development for general practitioner? *Medicina (Kaunas)* 2004; 40: 1014-1018
 39. Wallace JE: Gender and Supportive Co-Worker Relations in the Medical Profession. *Gender, Work and Organizations* 2014; 21: 1-17
 40. Zhuge Y, Kaufman J, Simeone DM, et al: Is There Still a Glass Ceiling for Women in Academic Surgery? *Ann Surg* 2011; 253: 63