

Il gender pay gap nell'Azienda provinciale per i servizi sanitari della provincia di Trento

TRENTINO

Anno 2017



Il gender pay gap nell'Azienda provinciale per i servizi sanitari della provincia di Trento

Anno 2017

Il gender pay gap nell'Azienda provinciale
per i servizi sanitari della provincia di Trento.
Anno 2017

A cura di

Federica Rottaris, Laura Battisti e Pirus Fateh-Moghadam Osservatorio per la salute - Provincia autonoma di Trento
Elena Tamanini e Luca Gherardini Servizio Amministrazione del Personale - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento
Angela Proli e Barbara Poggio Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale - Università di Trento

Assessorato alla Salute, politiche sociali, disabilità e famiglia
Via Gilli 4 – 38121 Trento
tel. 0461. 494171 - fax 0461. 494159
www.trentinosalute.net

© copyright Provincia autonoma di Trento – 2020
L'utilizzo del materiale pubblicato è consentito con citazione obbligatoria della fonte

Indice

| | |
|--|-----------|
| Introduzione | 9 |
| Le disuguaglianze di genere nel mondo del lavoro..... | 9 |
| Perché occuparsi di divario retributivo di genere | 10 |
| Il divario retributivo di genere e la salute | 11 |
| Metodologia | 15 |
| Archivio dati e variabili | 17 |
| Selezione della popolazione di riferimento | 18 |
| Come calcolare il gender pay gap | 18 |
| Risultati | 21 |
| Caratteristiche demografiche e professionali | 23 |
| Il divario retributivo | 26 |
| Discussione | 31 |
| | |
| Appendice | |
| Organizzazione del personale nell'Azienda provinciale per i servizi sanitari | 39 |
| | |
| Bibliografia | 41 |

Introduzione

« Susanna e Guido erano compagni di corso alla facoltà di medicina ed entrambi si sono laureati in tempo e con ottimi risultati, lei con un voto addirittura migliore di quello di lui. Entrambi sono subito stati accettati alla scuola di specializzazione e hanno iniziato con entusiasmo una promettente carriera professionale, lui in Chirurgia d'urgenza e lei in Medicina Interna.

Un matrimonio e dieci anni più tardi, Guido è responsabile della Chirurgia d'urgenza, lavora in media 60 ore la settimana e spesso garantisce la reperibilità notturna e durante le festività. Susanna, invece, ha ridimensionato le proprie ore di lavoro per potersi occupare dei tre figli e della madre non più autosufficiente. Sono entrambi medici, ma uno di loro può essere di turno al lavoro e fare carriera solo se l'altro è di turno in famiglia e, di solito, questa persona è Susanna. »

Le disuguaglianze di genere nel mondo del lavoro

Secondo il Global Gender Gap Index, nel 2018 l'Italia si è collocata al 70esimo posto della classifica che mette a confronto il progresso di 149 paesi nella lotta alle disparità di genere in termini di partecipazione all'attività economica e politica, di accesso all'istruzione e alla salute¹.

Nonostante il successo delle ragazze nei percorsi di formazione e lo sviluppo di una cultura della flessibilità nelle organizzazioni, le disuguaglianze di genere nel lavoro risultano ancora particolarmente ampie in Italia.

In primo luogo, le donne incontrano infatti maggiori barriere all'ingresso, nella mobilità e nella permanenza sul mercato del lavoro rispetto agli uomini: ci sono più donne che non lavorano o che non cercano lavoro, sono le donne ad avere più spesso contratti atipici o a tempo parziale e le donne sono concentrate nelle occupazioni a bassa retribuzione mentre raggiungono con fatica le posizioni apicali².

In secondo luogo, le stesse politiche di conciliazione continuano ad essere indirizzate quasi esclusivamente alle donne, finendo per rafforzare la tradizionale divisione dei ruoli in base al genere³. Il presupp-

1. World Economic Forum (2018), *The Global Gender Gap Report*. Cologny/Ginevra

2. Sartori, F. (2009), *Differenze e disuguaglianze di genere*. Bologna, Il Mulino

3. Naldini, M., Saraceno, C. (2010), *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*. Bologna, Il Mulino; Poggio, B. (2007) [a cura di], *L'isola che non c'è. Pratiche di genere nella pubblica amministrazione tra carriere, conciliazione e nuove precarietà*. Trento, Edizioni31

sto implicito è che il lavoro di cura sia responsabilità femminile, motivo per il quale sono le donne a ridurre le ore di lavoro o a interrompere, se non addirittura rinunciare, alla carriera per raggiungere l'equilibrio tra lavoro e famiglia.

Nel settore pubblico l'occupazione femminile beneficia di maggiori tutele e garanzie di non discriminazione⁴, eppure, se analizzato in un'ottica di genere, anche al suo interno persistono quei meccanismi sociali e culturali che penalizzano in prima persona le lavoratrici.

Le donne si concentrano prevalentemente in settori e qualifiche che, in linea generale, presentano minori retribuzioni e minori opportunità di carriera. La segregazione occupazionale è legata a stereotipi di genere e ad aspettative riguardo le mansioni femminili e maschili, diverse nei contenuti e soprattutto nel valore economico attribuito.

Le lavoratrici sono maggiormente concentrate in aree o servizi che tendono a ricalcare i ruoli tradizionali del lavoro domestico e di cura, come per esempio le aree socio-sanitaria, assistenziale ed educativa (segregazione orizzontale), e nelle qualifiche con minori responsabilità e autonomia (segregazione verticale) mentre rimangono largamente sottorappresentate nei ruoli apicali e decisionali (fenomeno del *glass ceiling* o "soffitto di cristallo").

Le due dimensioni della segregazione arginano le donne in posizioni lavorative meno vantaggiose ma possibilmente più compatibili con la gestione delle responsabilità familiari. Anche nel settore pubblico quindi, la flessibilità data dal part-time o da altri strumenti di conciliazione ha, per le donne, un costo considerevole in termini di opportunità economiche e di crescita professionale.

Nonostante la proporzione di donne nel settore pubblico sia uguale o superiore a quella degli uomini, continua quindi ad esserci una distribuzione sproporzionata nelle qualifiche professionali, nella quantità di lavoro prestata e nelle carriere.

Perché occuparsi di divario retributivo di genere

Le disuguali opportunità lavorative si traducono inevitabilmente in disuguali opportunità di guadagno. Le donne guadagnano meno perché lavorano in misura maggiore a tempo parziale, perché sono concentrate nei settori a bassa retribuzione, perché fanno più fatica a raggiungere le posizioni apicali e perché in presenza di un figlio o di un familiare a carico tendono a ridurre il numero di ore lavorate. Queste caratteristiche tipiche dell'occupazione femminile si traducono in un

4. Poggio, B. (2007) [a cura di], *L'isola che non c'è. Pratiche di genere nella pubblica amministrazione tra carriere, conciliazione e nuove precarietà*. Trento, Edizioni31

minor reddito nel corso della vita e in un più alto rischio di povertà⁵: nel caso in cui le donne siano le uniche percettrici di reddito, la partecipazione al mercato del lavoro e l'adeguata valorizzazione del potenziale economico diventano per le famiglie e per i minori dei fattori protettivi dall'instabilità economica.

Lo studio del *gender pay gap* o divario retributivo di genere permette di approfondire l'ampiezza e l'intensità dello svantaggio femminile. Interessarsi alle disuguaglianze retributive significa quindi andare oltre il concetto di parità retributiva per lo stesso lavoro⁶: significa interessarsi a quegli ostacoli che limitano il potenziale professionale ed economico delle donne e che le espongono ad un maggiore rischio di vulnerabilità economica.

Come enfatizzato dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, il contrasto alle disuguaglianze di genere e la valorizzazione del lavoro femminile sono priorità globali per lo sviluppo sociale ed economico⁷. La segregazione occupazionale rafforza gli stereotipi di genere legati ai ruoli, agli stili lavorativi e alle competenze di uomini e donne, svaluta il potenziale della forza lavoro femminile e acuisce il divario retributivo a sfavore delle donne. Per questo motivo l'Agenda individua all'Obiettivo 5 la necessità di raggiungere pari opportunità nella vita economica anche attraverso la promozione di responsabilità condivise all'interno della famiglia, mentre richiama all'Obiettivo 8 l'urgenza di una piena e produttiva occupazione e di lavoro dignitoso per tutte le donne, basato sulle pari opportunità e libero da ogni forma di discriminazione.

Il divario retributivo di genere e la salute

Un lavoro di qualità agisce da fattore protettivo per la salute⁸. Un'occupazione soddisfacente in termini di stabilità, retribuzione, tipo di orario, relazioni di lavoro e sviluppo di competenze può avere infatti ricadute positive di breve e lungo periodo.

Il divario retributivo ha un impatto sulla salute delle donne.

Innanzitutto ne compromette la sicurezza economica perché una minore retribuzione si traduce in una minore capacità di accumulare reddi-

5. Van Lancker, W. (2015), "Effects of poverty on the living and working conditions of women and their children" in *Main causes of female poverty - Compilation of in-depth analyses*. Bruxelles, Unione Europea; Saraceno, C., Naldini, M. (2013), *Sociologia della famiglia*, III ed. Bologna, Il Mulino; Murgia, A., Poggio, B., Vogliotti, S. (2010), *Oltre il gender pay gap. Una ricerca sulla (s)valutazione del lavoro femminile in Alto Adige*. Provincia autonoma di Bolzano

6. Villa, P. (2010), *Differenziali retributivi di genere. Come misurare e come leggere il differenziale salariale tra uomini e donne*. Provincia autonoma di Bolzano

7. World Health Organization (2019), *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Human Resources for Health Observer Series n. 24, Ginevra

8. Marmot, M. (2010), *Fair society, healthy lives. the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010*

to nel corso della vita. La disponibilità economica permette infatti di acquistare beni e servizi, attenuare le conseguenze di un'eventuale malattia e affrontare meglio gli eventi stressogeni. L'assenza o l'insufficienza di risorse economiche è quindi associata ad una minore capacità di mantenersi in salute.

A questo riguardo, in Trentino le donne trascorrono più anni in condizioni di cattiva salute rispetto agli uomini e la percentuale di donne che giudica positivamente la propria salute fisica e mentale diminuisce all'aumentare delle difficoltà economiche⁹. Il rischio di povertà nelle donne anziane è il risultato di fattori accumulati nel corso della vita, tra cui anche le disuguaglianze di genere sul mercato del lavoro¹⁰.

In secondo luogo, il divario retributivo di genere rappresenta un vero e proprio fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi d'ansia e dell'umore. A parità di età, titolo di studio e posizione lavorativa, le donne che percepiscono un reddito inferiore a quello degli uomini corrono un rischio di due volte maggiore di sviluppare sintomi depressivi e di quattro volte maggiore di soffrire di disturbi legati all'ansia¹¹.

Un impiego precario o caratterizzato da condizioni contrattuali e lavorative sfavorevoli aumenta il rischio di essere in cattiva salute fisica e mentale. Il rischio psicosociale, o da stress lavoro-correlato (carico di lavoro eccessivo, ambiente sociale poco supportivo, incertezza della carriera, bassa remunerazione, assenza di autonomia e controllo del proprio lavoro, etc.) è associato ad un aumento del rischio di malattie cardiovascolari e ad un peggioramento della salute dovuto all'adozione di stili di vita poco salutari¹².

Infine, il divario retributivo ha delle ripercussioni sulla salute delle donne perché la loro doppia presenza, sul mercato del lavoro e a casa, può portare ad un aumento del livello di stress, a disturbi del sonno e ad una rinuncia dei tempi di riposo e di svago¹³.

Questo sovraccarico di responsabilità è il risultato di un circolo vizioso difficile da interrompere: da un lato, stereotipi culturali ancorano tuttora le donne al lavoro domestico e di cura all'interno del nucleo familiare. Dall'altro, le opportunità di guadagno meno favorevoli spingono le donne a rinunciare o ridimensionare la loro attività lavorativa per farsi carico del costo di eventuali responsabilità familiari.

9. Osservatorio per la salute (2018), *Profilo di salute della provincia di Trento. Aggiornamento 2017*. Provincia autonoma di Trento

10. World Health Organization (2015), *Beyond the mortality advantage. Investing women's health in Europe*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

11. Platt, J., Prins, S., Bates, L., & Keyes, K. (2016), *Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders*. *Social Science & Medicine*, 149: 1–8

12. Marmot, M. (2015), *The health gap. The challenge of an unequal world* pp. 179-183. London; New York: Bloomsbury

13. Sen, G., Östlin, P., George, A. (2007), *Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Ginevra: World Health Organization

Disuguaglianze nella distribuzione di risorse, benefici e responsabilità limitano il potenziale economico e di salute delle donne. Come ricordato nel capitolo introduttivo, l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile sottolinea l'urgenza di intervenire a favore di un lavoro dignitoso e di una maggiore condivisione delle responsabilità familiari.

Una maggiore condivisione avrebbe notevoli vantaggi anche per gli uomini in termini di rafforzamento della coppia e di contrasto a stereotipi dannosi alla mascolinità e permetterebbe di rafforzare le relazioni con i propri figli. Crescere in una famiglia in cui le responsabilità sono più condivise è inoltre formativo per le nuove generazioni, ponendo quindi le basi per la sostenibilità nel tempo di un modello familiare con parità di diritti e compiti.

Metodologia



Metodologia

Archivio dati e variabili

Al fine di misurare il gender pay gap tra i dipendenti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) sono stati elaborati i dati individuali anonimizzati relativi al trattamento economico per l'anno di competenza 2017 messi a disposizione dall'Ufficio trattamento economico del Servizio Amministrazione del Personale di APSS.

Per ogni dipendente sono state selezionate dall'archivio amministrativo le seguenti variabili:

- *socio-demografiche*: genere, data di nascita, cittadinanza;
- relative all'*inquadramento contrattuale*: data di assunzione, data di dimissione/pensionamento, riduzione di orario¹⁴, area di inquadramento (dirigenza¹⁵ o comparto¹⁶), categoria (per il comparto: A, B, Bs, C, D, Ds¹⁷; per la dirigenza: incarico professionale, incarico di alta professionalità, direzione di struttura semplice, direzione di struttura complessa), area di appartenenza (consiglio di direzione, servizio ospedaliero provinciale, dipartimento di prevenzione, distretto centro-nord, distretto centro-sud, distretto est, distretto ovest, dipendenti impiegati presso altri enti provinciali);
- relative al *trattamento economico*:
 - retribuzione fondamentale, scomposta in a) trattamento fondamentale, b) retribuzione di posizione (per tutti i dirigenti), c) indennità di posizione organizzativa (per i dipendenti del comparto di categoria D e Ds con funzioni di coordinamento e/o attività di elevata professionalità);
 - retribuzione accessoria, scomposta in a) compensi incentivanti, b) trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro, c) straordinario, d) altri compensi accessori.

Tra le variabili socio-demografiche non è stato possibile elaborare le informazioni sul livello di istruzione e sul titolo di studio dal momento che, dopo una serie di controlli, i dati in archivio si sono rivelati inattendibili. L'archivio non conteneva invece informazioni relative alla

14. I valori della variabile sono compresi tra 0 e 1 (dove 1 equivale al tempo pieno): essi indicano la percentuale della riduzione di orario dovuto a part-time e/o aspettative con riduzione economica. Questa variabile tiene conto di quanto retribuito anche se non lavorato (come ad esempio la maternità)

15. La dirigenza si suddivide in: dirigenza sanitaria medica (medici, odontoiatri, veterinari), dirigenza sanitaria non medica (psicologi, farmacisti, biologi, chimici, fisici, dirigenti delle professioni sanitarie) e dirigenza non sanitaria, ossia dirigenza amministrativa, professionale (ingegneri) e tecnica (analisti e statistici)

16. Il comparto si suddivide in: sanitario (collaboratori sanitari infermieristici, tecnici, riabilitativi e di vigilanza), tecnico (operatori socio sanitari, assistenti sociali, ausiliari, operatori, assistenti e collaboratori tecnici) e amministrativo (coadiutori, assistenti e collaboratori amministrativi)

17. vedi *Organizzazione del personale nell'Azienda provinciale per i servizi sanitari* in 'Appendice' per approfondimento

composizione del nucleo familiare (eventuali figli a carico) e alle carriere (eventuali interruzioni) dei dipendenti.

Selezione della popolazione di riferimento

I dipendenti APSS oggetto dello studio hanno un contratto a tempo determinato o indeterminato e hanno lavorato in APSS per l'intero anno di riferimento¹⁸. L'utilizzo del criterio temporale ha l'obiettivo di evitare disparità salariali "fittizie", cioè dovute esclusivamente a periodi lavorativi disomogenei.

Si è scelto, inoltre, di escludere i lavoratori con contratti atipici (es. borse di studio, contratti di collaborazione) poiché numericamente sono la parte residuale dei lavoratori (18 persone, che corrispondono a circa lo 0,2%), con tempi di permanenza in APSS relativamente brevi e con caratteristiche contrattuali che costituiscono un'eccezione. Dalla selezione è risultata una popolazione pari a 7.773 dipendenti.

Come calcolare il gender pay gap

La letteratura concorda sull'esistenza di una disparità salariale a sfavore delle donne ma meno sul come quantificarne l'ampiezza¹⁹.

Per capire cosa si intende con gender pay gap è importante precisare come viene calcolato, dal momento che la sua interpretazione può variare in base al tipo di variabile retributiva utilizzata (salario orario, mensile o annuale) e al livello di disaggregazione applicato.

Spesso vengono considerati i *differenziali salariali per ora lavorata*, calcolando la differenza tra salario orario medio percepito dagli uomini e dalle donne ed esprimendo questa differenza come percentuale del salario orario maschile. Questo indicatore permette di confrontare i salari unitari di uomini e donne a parità della quantità di lavoro svolto. Un'alternativa al dato medio è il salario orario mediano, che risente meno dell'influenza di valori estremi, in eccesso e in difetto, della distribuzione dei salari.

Sia nel caso della media che della mediana, il differenziale salariale è trattato nella forma "grezza". Questo significa che vengono confrontati i due gruppi senza considerare le caratteristiche che li distinguono

18. Data di assunzione antecedente l'1 gennaio 2017 ed eventuale data di dimissione/pensionamento successiva al 31 dicembre 2017

19. Gaiaschi, C. (2017), "Premiums and penalties among physicians in Italy: how gender affects the combined impact of marital and parental status on pay" Polis: Ricerche e studi su società e politica in Italia, 1/2017, pp. 97-126; Magnusson, C. (2015) "The Gender Wage Gap in Highly Prestigious Occupations: A Case Study of Swedish Medical Doctors" Work, Employment & Society, 30(1): 40-58; Sasser, A. (2005), "Gender differences in physician pay: tradeoffs between career and family" Journal of Human Resources, 40(2): 477-504

(età, anzianità lavorativa, livello d'istruzione, settore in cui lavorano, tipo di occupazione, ecc).

Valutare eventuali disuguaglianze dovute ad altri fattori che possono penalizzare le donne non è quindi possibile con questo indicatore.

È tuttavia importante ricordare che il *gender pay gap* (in particolare nella sua forma grezza) si ispira ad un concetto più ampio dell'*equal pay for equal work or of equal value* (principio dell'uguaglianza retributiva): esso esprime l'ampiezza delle disuguaglianze di genere nel mercato del lavoro in termini di disparità retributive²⁰.

Per questo motivo, la *retribuzione mensile o annuale* è un dato più appropriato in quanto riassume le diverse penalizzazioni per la componente femminile, come il fatto di essere impiegate in settori e posizioni meno remunerative, o essere maggiormente occupate in lavori part-time, o avere meno disponibilità per il lavoro straordinario²¹.

Nel presente lavoro il *gender pay gap* (GPG) è stato calcolato considerando le retribuzioni annuali medie di donne (W_F) e uomini (W_M) secondo questa formula:

$$GPG=(1-W_F/W_M)*100$$

dove W_F/W_M indica gli euro percepiti dalle donne per ogni euro percepito dagli uomini.

Per indagare l'eventuale ampiezza dello svantaggio delle donne impiegate in APSS, la retribuzione annuale totale è stata analizzata sia nella componente fondamentale che in quella accessoria. Nello specifico, particolare attenzione è stata posta su alcune voci rappresentative della diversa partecipazione lavorativa: lo straordinario, i compensi incentivanti, il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro, la retribuzione di posizione.

20. Villa, P. (2010), *Differenziali retributivi di genere. Come misurare e come leggere il differenziale salariale tra uomini e donne*. Provincia autonoma di Bolzano

21. ILO (2018), *Global Wage Report 2018/19. What lies behind gender pay gaps*. Ginevra

Risultati



Risultati

Caratteristiche demografiche e professionali

I 7.773 dipendenti APSS oggetto delle analisi hanno un'età media di 48,5 anni (età mediana: 50 anni), quasi tre quarti sono donne (71% n=5.550; uomini 29% n=2.223) e sono quasi esclusivamente italiani (meno dell'1% ha cittadinanza straniera).

Le donne in APSS sono generalmente più giovani dei colleghi uomini (**figura 1**) e la loro età media è inferiore di oltre due anni (47,7 anni vs 50,4).

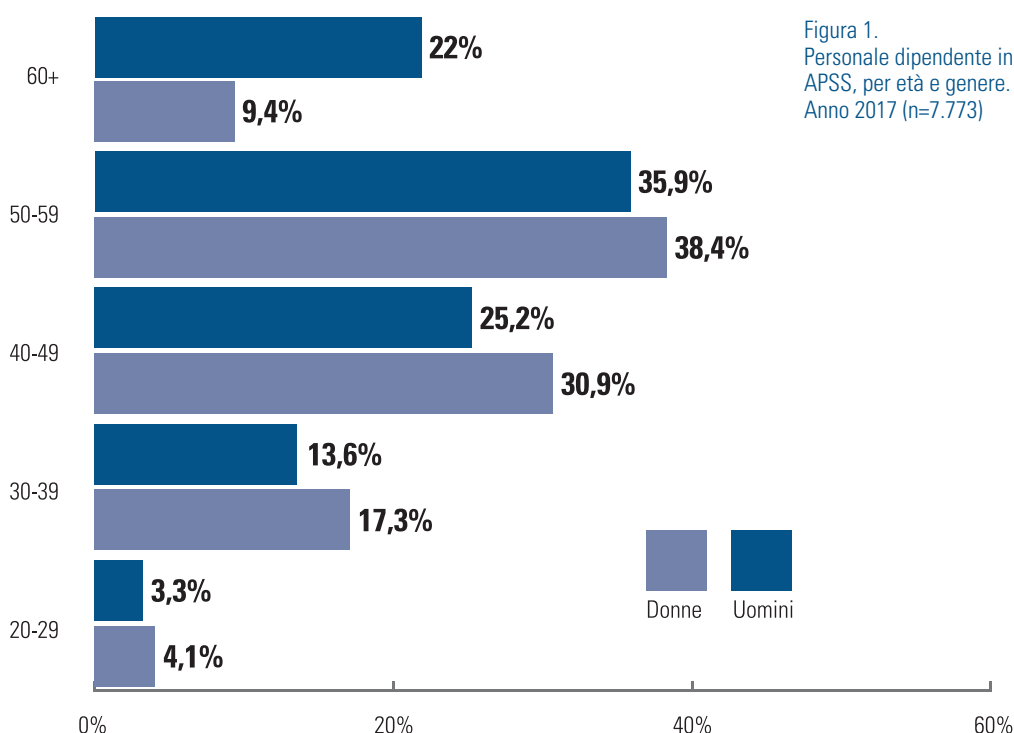


Figura 1.
Personale dipendente in APSS, per età e genere. Anno 2017 (n=7.773)

Per quanto riguarda l'inquadramento contrattuale, 6.563 dipendenti APSS appartengono al comparto (84%) mentre i restanti 1.210 alla dirigenza (16%) (**figura 2**).

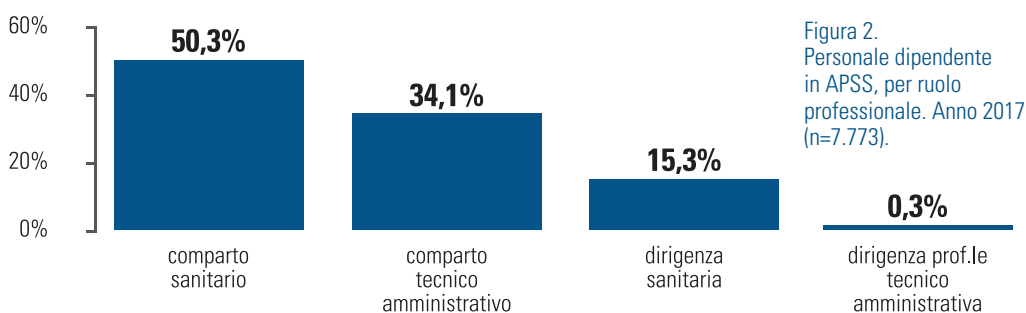
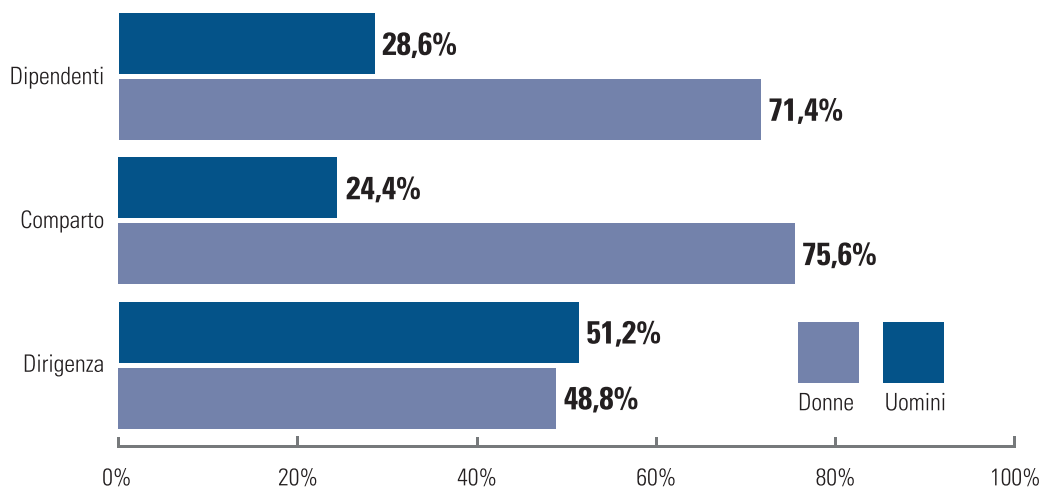


Figura 2.
Personale dipendente in APSS, per ruolo professionale. Anno 2017 (n=7.773).

Figura 3.
Personale dipendente
in APSS, per ruolo
professionale e genere.
Anno 2017 (n=7.773)

Nonostante la generale prevalenza femminile, il rapporto tra dipendenti donne e uomini non si mantiene all'interno dei diversi ruoli professionali: ogni 100 dipendenti 70 sono donne ma ogni 100 dirigenti poco meno di 50 sono donne. (figura 3).

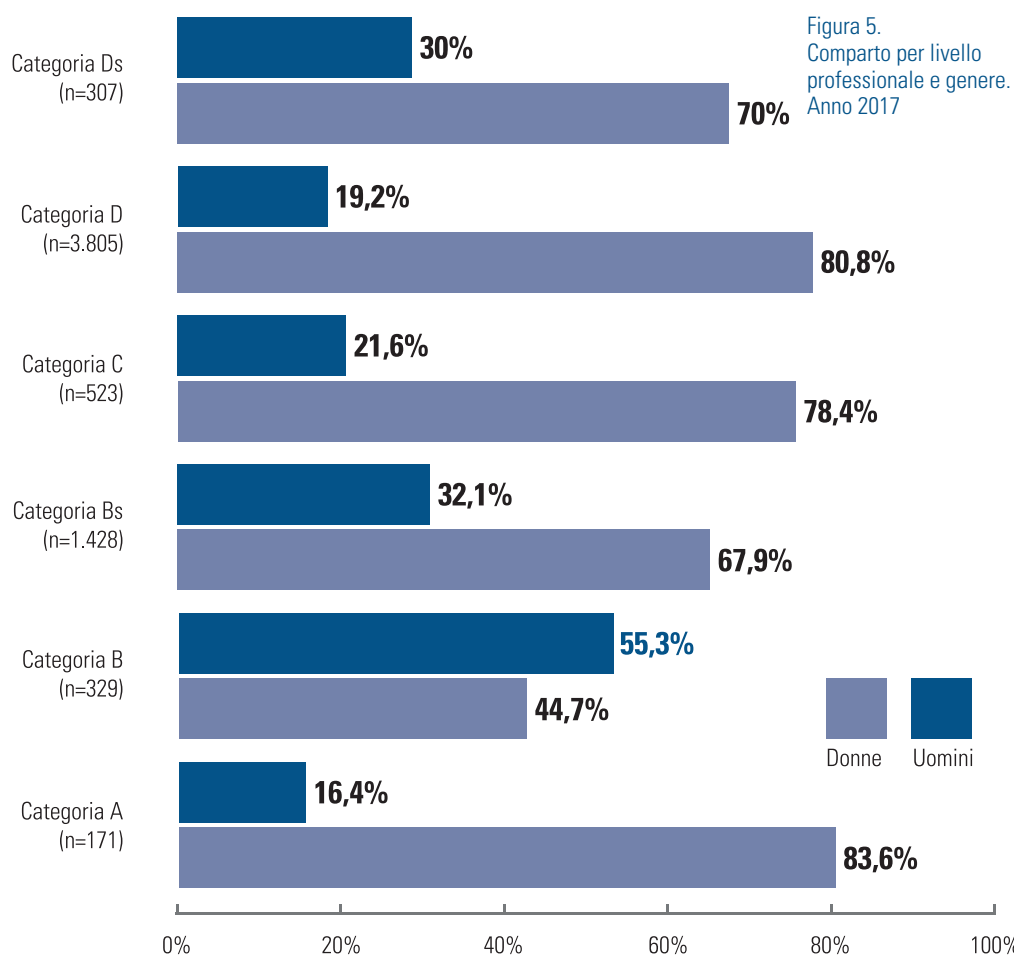
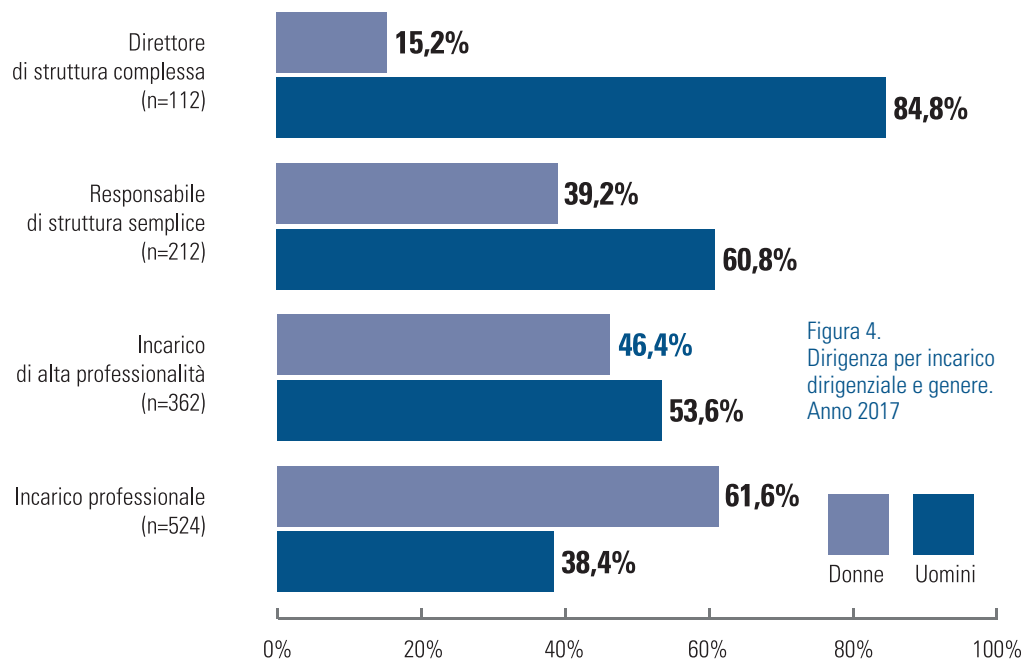


Se ci fosse equità di genere, avremmo più donne nell'area dirigenziale. Il problema è che le donne fanno fatica a raggiungere questi ruoli e quando ci riescono, raramente si tratta di quelli apicali²², come mostra l'area dirigenziale tecnico-amministrativa di APSS, composta da 20 uomini e solo 5 donne. In questo caso si è di fronte ad una vera e propria concentrazione di uomini in determinate posizioni lavorative (segregazione verticale), quelle di solito meglio retribuite.

Anche all'interno della stessa area dirigenziale le donne sono notevolmente sottorappresentate negli incarichi dirigenziali più elevati. La presenza femminile, infatti, diminuisce all'aumentare del livello dell'incarico: le donne sono il 62% dei dirigenti con incarico professionale (il livello più basso) ma solo il 15% dei dirigenti di struttura complessa (figura 4). In termini assoluti: ci sono 323 donne con incarico professionale su un totale di 524 dirigenti, ma solo 17 su 112 ricoprono il ruolo di direttore di struttura complessa.

Anche il comparto mostra una distribuzione delle posizioni lavorative sfavorevole alle donne, seppur in misura più contenuta della dirigenza. La categoria professionale con il maggior numero di donne è la categoria A, il livello più basso e meno remunerato, dove le donne sono l'84% (8% in più rispetto alla componente femminile nel comparto pari al 76%), mentre nel livello più alto (categoria Ds) la componente femminile scende al 70% (figura 5).

22. Naldini, M., Saraceno, C. (2010) *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*. Bologna: Il Mulino; Saraceno, C., Naldini, M. (2013) *Sociologia della famiglia*. Nuova edizione. Bologna: Il Mulino



Già dall'analisi di questi primi dati si osserva come uomini e donne non si distribuiscano equamente tra le posizioni lavorative e relative categorie retributive all'interno dell'APSS.

Ulteriore elemento capace di contribuire al divario retributivo fra lavoratori e lavoratrici è l'adozione del part-time.

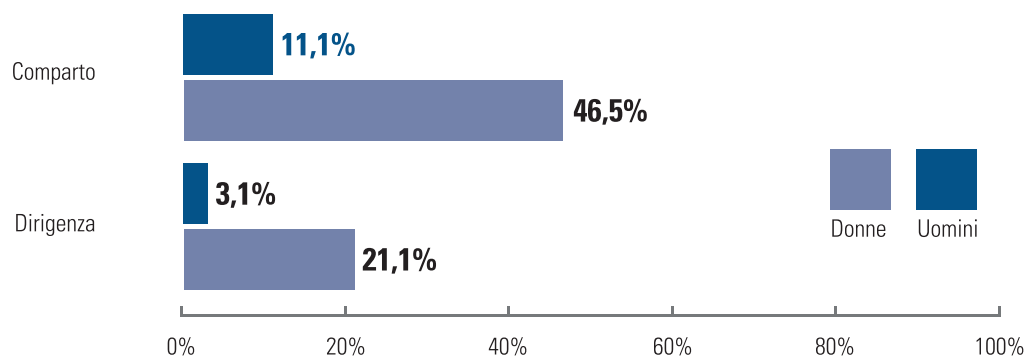
Nel 2017 in Trentino hanno lavorato part-time il 40% delle donne e il 7% degli uomini con un'occupazione. Tra le donne occupate, il 16% svolge un lavoro a tempo parziale per mancanza di uno a tempo pieno rispetto al 4% degli uomini (part-time involontario).

Se da un lato il part-time funziona come importante strumento per permettere alle donne di rimanere sul mercato del lavoro e di occuparsi della vita familiare, dall'altro può tuttavia costituire un ostacolo alla crescita professionale e alla relativa progressione di carriera. Dal momento che si tratta di una modalità di lavoro ancora prevalentemente femminile, sono soprattutto i salari delle donne a risentirne.

Il 34% dei lavoratori in APSS (2.626 dipendenti) ha beneficiato di una qualche forma di riduzione di orario, part-time o aspettative con riduzione economica, ma sono soprattutto le donne ed il personale del comparto ad adottarlo. Il 44% delle dipendenti (2.429 donne) lavora a tempo parziale contro il 9% dei colleghi maschi (197 uomini), ed è utilizzato dal 38% del personale del comparto contro il 12% della dirigenza.

Nel dettaglio, il 47% delle donne del comparto e il 21% delle donne della dirigenza lavorano ad orario ridotto contro rispettivamente l'11% e il 3% dei colleghi uomini (**figura 6**).

Figura 6.
Dipendenti con orario ridotto per ruolo e genere.
Anno 2017 (n=2.626)



Il divario retributivo

Se si considera l'insieme di tutti i dipendenti²³ senza differenziare per caratteristiche individuali o contrattuali, il gender pay gap grezzo dell'APSS è pari al 35%. Dire che la retribuzione totale delle donne è mediamente inferiore a quella dei colleghi uomini del 35% significa che per ogni 100 euro percepiti da un uomo, la donna ne percepisce

23. Con le esclusioni indicate nel capitolo "Metodologia".

65. Come già anticipato, calcolato così il GPG è un indicatore dell'insieme delle disuguaglianze sociali tra donne e uomini presenti nel mondo del lavoro e non della parità retributiva, garantita peraltro dal principio legislativo del diritto alla stessa retribuzione per lo stesso lavoro.

Il divario retributivo donna/uomo non deriva dunque da retribuzioni diverse per lo stesso lavoro ma da uno squilibrio nell'accesso e nella partecipazione al mercato del lavoro, di cui sono esempi la segregazione verticale e il part-time. Se si selezionano solamente le lavoratrici e i lavoratori a tempo pieno e si calcola il GPG come la media ponderata²⁴ degli scarti retributivi per ogni categoria professionale e incarico dirigenziale, si ottiene, come atteso, una forte riduzione del differenziale (**tabella 1**).

Il divario scende al 4,5% ma le dipendenti aziendali continuano a essere sfavorite rispetto ai colleghi uomini. Anche a parità di orario e di categoria lavorativa, è come se le donne lavorassero gratuitamente per due settimane all'anno. Il 15 dicembre rappresenta infatti l'Equal Pay Day per l'APSS, giornata simbolica che segna la data a partire dalla quale è come se le donne "smettessero" di essere remunerate per il loro lavoro.

Tabella 1.
Gender pay gap grezzo e ponderato, per tipologia di retribuzione. Anno 2017

| | Retribuzione totale | Retribuzione fondamentale | Retribuzione accessoria |
|---------------|---------------------|---------------------------|-------------------------|
| GPG grezzo | 34,9% | 9,4% | 51,9% |
| GPG ponderato | 4,5% | 1,3% | 23,1% |

La tabella mette in evidenza un secondo dato rilevante: mentre la parte di divario legata alla retribuzione fondamentale è praticamente azzerata, quella dovuta alla retribuzione accessoria, seppur dimezzandosi, rimane significativa (23%).

Come si spiega un simile divario?

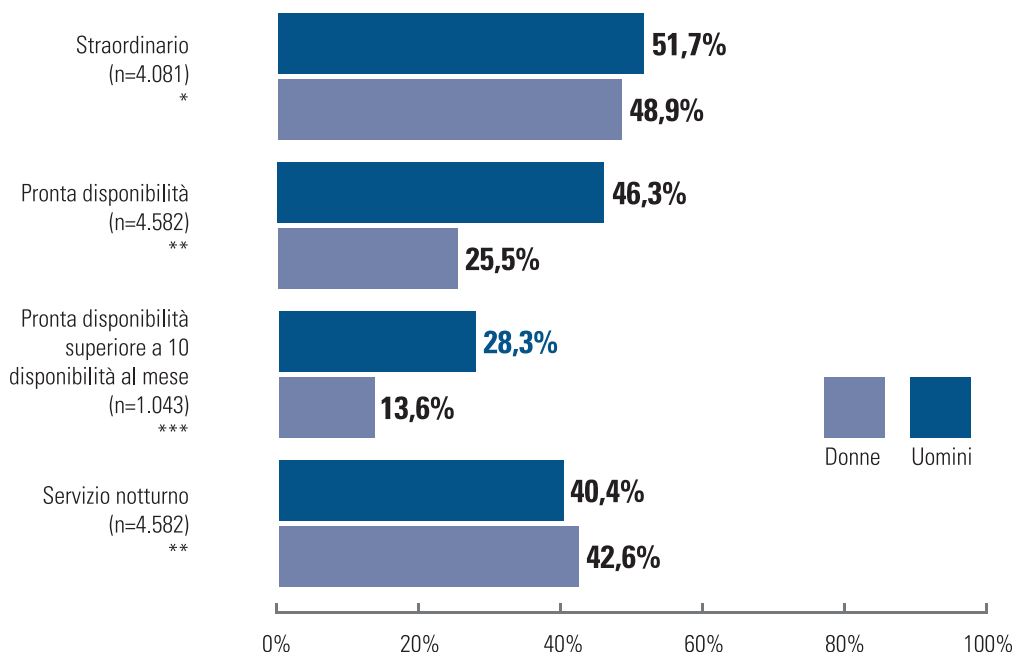
Seguendo una prima traiettoria, ci si è chiesti se tra i dipendenti che lavorano a tempo pieno ci sia una diversa disponibilità/elasticità a dedicare più tempo al lavoro. Dalla retribuzione accessoria sono quindi stati selezionati elementi indicativi quali lo straordinario (valutabile solo per il comparto poiché alla dirigenza non vengono retribuite le ore straordinarie), la pronta disponibilità (o reperibilità) e il servizio notturno²⁵.

24. Il peso è dato dalla grandezza del gruppo rispetto al totale dei lavoratori

25. Al fine di distinguere tra chi lo fa con regolarità e chi sporadicamente, si è deciso di considerare come dipendenti che hanno fatto lo straordinario, o che hanno prestato servizio notturno o di pronta disponibilità quelli che nel corso dell'anno hanno percepito almeno 150 euro di compenso accessorio in queste voci.

Figura 7.
Straordinario, pronta disponibilità e servizio notturno nel personale dipendente a tempo pieno in APSS, per genere. Anno 2017

Per quanto riguarda lo straordinario e il servizio notturno, i dati non evidenziano grandi differenze: nel corso del 2017 il 49% delle donne e il 53% degli uomini del comparto hanno svolto lavoro straordinario mentre il 43% delle donne e il 40% degli uomini hanno prestato servizio notturno (figura 7).



Selezioni:

- * comparto sanitario, tecnico e amministrativo
- ** dirigenza sanitaria, comparto sanitario e tecnico
- *** dirigenza sanitaria

Le differenze di genere emergono, invece, se si considera il servizio di pronta disponibilità: circa un quarto delle donne presta questo servizio rispetto a quasi la metà degli uomini. Questa differenza si mantiene anche quando si superano le dieci disponibilità mensili, soglia oltre la quale scatta una maggiorazione dell'indennità prevista²⁶ (figura 7).

Una così marcata differenza potrebbe essere dovuta ad una maggior concentrazione femminile in quelle strutture e servizi in cui non è prevista la pronta disponibilità. E infatti, a fronte di un 60% di donne appartenenti alla dirigenza sanitaria o al comparto sanitario e tecnico, si osserva che la presenza femminile sale al 65% negli ambiti esenti dalla pronta disponibilità e scende al 58% negli ambiti in cui è prevista. Anche considerando esclusivamente gli ambiti lavorativi in cui è prevista la pronta disponibilità, il 33% delle donne presta questo servizio rispetto al 55% degli uomini.

In poche parole, le donne sono più presenti in quei servizi, strutture e reparti dove non è richiesta la pronta disponibilità e, qualora fosse

26. Per la dirigenza.

prevista, esse tendono a garantire la loro disponibilità per un numero più contenuto di ore.

Una seconda traiettoria seguita è quella relativa ai compensi incentivanti, cioè quelle quote corrisposte in base alla produttività (per il comparto) o in base al risultato (per la dirigenza) e che contribuiscono da sole a quasi metà retribuzione accessoria totale.

Poiché i compensi differiscono significativamente tra le diverse categorie professionali, queste sono state considerate singolarmente (**tabella 2**).

Tabella 2.
Gender pay gap calcolato sui compensi incentivanti nel personale dipendente a tempo pieno in APSS, per categorie professionali. Anno 2017

| Categorie professionale | Dipendenti | GPG compensi incentivanti |
|---|------------|---------------------------|
| CATEGORIA A | 105 | -1,1% |
| CATEGORIA B | 228 | 7,1% |
| CATEGORIA Bs | 937 | -10,3% |
| CATEGORIA C | 335 | 0,9% |
| CATEGORIA D* | 2.204 | 4,1% |
| CATEGORIA Ds* | 199 | -5,2% |
| Incarico professionale | 426 | 11,2% |
| Incarico dirig. di alta professionalità | 327 | 8,4% |
| Responsabile di struttura semplice | 203 | -1,0% |
| Direttore di struttura complessa | 110 | -2,6% |

* per garantire una maggiore omogeneità di calcolo sono stati esclusi i dipendenti a cui è stata assegnata una posizione organizzativa in quanto percepiscono un compenso incentivante circa doppio rispetto a chi non ce l'ha

Differenze marcate sono state rilevate nella categoria Bs del comparto dove le donne percepiscono compensi incentivanti del 10% superiori a quelli degli uomini.

È ragionevole ipotizzare che la differenza rilevata nella categoria Bs sia dovuta al fatto che la categoria è composta per il 55% da operatori socio sanitari (di cui l'80% sono donne) i quali ricevono in media quote di compensi incentivanti un po' più elevate rispetto agli altri profili professionali inquadrati nella stessa categoria. In ogni caso, anche tra gli operatori socio sanitari sono gli uomini a percepire compensi incentivanti superiori a quelli delle donne (circa il 4%).

Sebbene contenuto, è stato approfondito il divario rilevato per la categoria D dal momento che questa comprende oltre il 40% dei dipendenti a tempo pieno dell'APSS. Anche per le figure professionali di questa categoria (personale infermieristico, tecnico sanitario e riabilitativo) le differenze dei compensi incentivanti sono sempre a sfavore delle donne, con l'unica eccezione dei collaboratori amministrativi.

Tabella 3.
Gender pay gap calcolato sulla retribuzione di posizione nel personale dirigente dipendente a tempo pieno in APSS, per livello dirigenziale. Anno 2017

Più marcate sono invece le differenze a livello dirigenziale, dove le donne con incarico professionale o di alta professionalità percepiscono compensi incentivanti inferiori dell'11% e dell'8% rispettivamente.

Queste differenze lasciano pensare che le dirigenti donne ricoprano ruoli di minor responsabilità e che vengano affidati loro obiettivi caratterizzati da una minor remunerazione in termini di risultato e di possibilità di carriera. Le donne percepiscono infatti una retribuzione di posizione inferiore rispetto a quella dei dirigenti uomini (**tabella 3**).

| Livello dirigenziale | Dipendenti | GPG retribuzione di posizione |
|---|------------|-------------------------------|
| Incarico professionale | 426 | 3,1% |
| Incarico dirigenziale di alta professionalità | 327 | 7,4% |
| Responsabile di struttura semplice | 203 | 4,9% |
| Direttore di struttura complessa | 110 | 0,8% |

Le donne sono penalizzate economicamente a tutti i livelli dirigenziali. Il divario retributivo è più marcato nelle posizioni di responsabilità iniziali per poi annullarsi e invertirsi solo una volta che esse "sfondano" effettivamente il soffitto di cristallo.

Discussione



Discussione

I dipendenti del servizio sanitario pubblico beneficiano di importanti tutele e garanzie, eppure i dati mostrano che le opportunità professionali non sono le stesse per donne e uomini.

Innanzitutto le donne si scontrano con una barriera invisibile, il “soffitto di cristallo”, che le tiene ai margini delle posizioni di vertice. Nonostante i dipendenti dell’Azienda sanitaria siano soprattutto donne, la loro presenza si riduce nell’area dirigenziale e diminuisce ulteriormente all’aumentare del livello di incarico.

Un secondo ostacolo alle opportunità di carriera è il part-time. Una differenza così marcata fra lavoratori e lavoratrici dell’Azienda sanitaria che adottano strumenti di conciliazione come il part-time (rispettivamente 9% e 44%) conferma che sono soprattutto le donne a ridurre le ore lavorate per bilanciare l’attività professionale con le responsabilità familiari. A questo riguardo, la letteratura che si occupa di divario retributivo nelle coppie con figli fa riferimento a due dinamiche opposte: in termini di retribuzione, avere figli ha un effetto penalizzante per le donne (*motherhood penalty*) ma premiante per gli uomini (*fatherhood bonus*).

L’obiettivo della ricerca è stato quello di approfondire le disuguaglianze di genere attraverso il divario retributivo (*gender pay gap*) fra i dipendenti dell’Azienda provinciale per i servizi sanitari. Questo indicatore è una misura concreta dello svantaggio femminile e dimostra che le donne guadagnano meno non perché sono pagate meno degli uomini ma perché continuano a essere penalizzate da meccanismi sociali e culturali.

La distribuzione sproporzionata nelle qualifiche professionali, nella quantità di lavoro prestata e nelle carriere è il risultato di aspettative sociali implicite che stabiliscono quale tipo di ruolo debbano avere uomini e donne nella società. Queste norme non scritte definiscono i comportamenti accettabili e attribuiscono a uomini e donne responsabilità diverse. Il lavoro di cura e assistenza non è ripartito equamente all’interno della famiglia e sono le donne a scegliere in misura maggiore degli uomini soluzioni lavorative meno vantaggiose ma più compatibili con la doppia presenza.

In un’ottica di salute pubblica, disparità nella distribuzione di ruoli, responsabilità e riconoscimenti compromettono la salute e il benessere della comunità intera: occuparsi di *gender pay gap* diventa quindi rilevante per tutti per vari motivi.

Innanzitutto, è rilevante per il benessere delle donne: il divario retributivo di genere può compromettere la loro sicurezza economica e quella delle loro famiglie. Minori opportunità di guadagno durante la vita lavorativa si traducono in minori pensioni e in un più alto rischio di povertà, con esiti negativi anche in termini di salute.

In secondo luogo, occuparsi di *gender pay gap* è rilevante per il benessere organizzativo: le disparità retributive e di carriera privano il sistema sanitario dei talenti femminili. In più occasioni l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ribadito che una maggiore equità di genere tra i professionisti del mondo sanitario porterebbe benefici concreti al sistema stesso. Una presenza equilibrata di donne e uomini a tutti i livelli organizzativi e in tutti i settori avrebbe un impatto positivo sulla qualità dell'assistenza perché rafforzerebbe la motivazione al lavoro e ridurrebbe le situazioni di stress o conflittualità.

Infine, occuparsi di *gender pay gap* è rilevante anche per il benessere degli uomini. Agire sulle disuguaglianze di genere in ambito lavorativo significa agire su quegli stereotipi legati alla mascolinità e alla femminilità che ricoprono un ruolo centrale nella stessa promozione della salute. Per gli uomini per esempio, l'adesione a certe aspettative di mascolinità può incentivare comportamenti dannosi, come il consumo di alcol e droghe e può scoraggiare l'utilizzo dei servizi per il proprio benessere psico-fisico. In modo meno evidente ma ugualmente impattante, queste aspettative si riflettono anche sul tipo di coinvolgimento degli uomini in quanto padri, partner e caregiver per tutto il corso della loro vita.

È pienamente condivisibile la visione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità secondo cui il coinvolgimento attivo degli uomini fuori dalla sfera lavorativa è decisivo per il raggiungimento di una maggiore equità di genere e di un maggiore benessere diffuso²⁷. La sfida per il servizio sanitario pubblico è quindi quella di farsi promotore di un cambiamento anche culturale tra i propri dipendenti.

Misure quali la flessibilità lavorativa e le politiche di conciliazione sono senza dubbio una garanzia per i dipendenti ma si rivolgono quasi esclusivamente alle donne. Per trattenere i loro talenti, le organizzazioni devono ripartire proprio dagli uomini: intervenire a favore di una maggiore equità di genere nei ruoli professionali significa intervenire a favore di una maggiore equità di genere nella gestione delle responsabilità familiari. Il servizio sanitario pubblico potrebbe, per esempio, incoraggiare attivamente i propri dipendenti uomini a beneficiare di congedi e aspettative. Soprattutto chi ricopre ruoli di responsabilità dovrebbe porsi come esempio positivo per i colleghi e sostenere esplicitamente chi nel proprio gruppo di lavoro decide di ricorrervi.

Un secondo cambiamento culturale da sostenere è quello relativo al modo in cui si valorizza, anche economicamente, il lavoro svolto. Può accadere infatti che in determinati periodi della vita i dipendenti abbiano necessità di ridimensionare la propria attività lavorativa per far fronte a specifiche esigenze personali. Tuttavia, ciò non dovrebbe costituire una rinuncia tout court alle proprie ambizioni di carriera o di crescita professionale. Anche in questo caso il sistema sanitario pub-

27. World Health Organization (2018), *Strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

blico potrebbe proporsi come realtà virtuosa: sostenere esplicitamente chi decide di ridimensionare la propria attività lavorativa a favore della famiglia, agevolare percorsi alternativi di sviluppo professionale e aumentare i premi legati al raggiungimento di obiettivi.

Contrastare gli stereotipi di genere, la segregazione occupazionale e il divario retributivo richiede ai decisori un nuovo tipo di impegno: promuovere le proprie politiche di gestione delle risorse umane in un'ottica di genere ed evitare che la scelta tra lavoro e famiglia continui a ricadere sulle donne.

Appendice



Organizzazione del personale nell'Azienda provinciale per i servizi sanitari

Molte delle variabili prese in considerazione sono specifiche del contesto organizzativo di APSS. Per agevolare una lettura critica dei dati, è importante fornire una breve descrizione dell'inquadramento contrattuale, e di conseguenza retributivo, dei dipendenti dell'Azienda.

Il personale di APSS è suddiviso in area dirigenziale (sanitaria medica, sanitaria non medica, amministrativa, professionale e tecnica) e in area non dirigenziale.

Al personale dell'area dirigenziale possono essere affidati incarichi di natura professionale, di alta professionalità, di direzione di struttura semplice e di direzione di struttura complessa. Gli incarichi professionali variano da quelli ad altissima professionalità e specializzazione a quelli di tipo ispettivo, di verifica e controllo, consulenza, studio o ricerca. La direzione di strutture semplici e complesse prevede la gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie, assegnate in base agli obiettivi e al grado di complessità della struttura.

Il personale dell'area non dirigenziale (personale del comparto) è a sua volta articolato in quattro categorie, A, B, C, D, dove le categorie B e D prevedono al loro interno livelli economici definiti "super", in quanto associati a profili lavorativi "specializzati" o di "esperti".

Appartengono alla categoria A le figure cui corrisponde il profilo professionale di ausiliario: ad essi vengono affidate attività semplici di tipo manuale necessarie per agevolare il buon funzionamento della struttura di assegnazione, come l'apertura e la chiusura degli uffici, la consegna e la distribuzione della corrispondenza, il servizio di portierato.

Ai lavoratori inquadrati nella categoria B vengono richieste conoscenze teoriche di base, capacità manuali e tecniche per alcuni settori specifici di attività, come per esempio gli operatori tecnici e i coadiutori amministrativi.

Oltre a possedere una particolare specializzazione o una specifica esperienza professionale, i lavoratori nel livello B super (Bs) si distinguono anche per l'assunzione di maggiori responsabilità, come per esempio il coordinamento di altri lavoratori. Rientrano in questa categoria le puericultrici, gli operatori socio-sanitari, i coadiutori amministrativi esperti e gli operatori tecnici specializzati.

Nella categoria C sono inseriti i profili lavorativi caratterizzati da conoscenze teoriche specialistiche di base, capacità tecniche elevate in precisi ambiti di intervento e l'eventuale coordinamento e controllo di altri operatori. I profili che ne fanno parte sono legati soprattutto all'area tecnica, quali programmatori, assistenti tecnici, operatori tecnici specializzati esperti e gli assistenti amministrativi.

Infine, la categoria D racchiude figure professionali con conoscenze teoriche specialistiche, capacità organizzative, di coordinamento e gestionali che lavorano nell'area sanitaria, nell'area tecnico-sanitaria e nell'area amministrativa. In questa categoria troviamo il personale infermieristico e ostetrico, il personale dell'area tecnico-diagnostica e tecnico-assistenziale e i collaboratori tecnici e amministrativi professionali a supporto dei dirigenti nei settori tecnico, informatico, statistico, sociologico, legale, economico ed archivistico.

I profili collocati nel livello D super (Ds) si distinguono per le funzioni di direzione e coordinamento, gestione e controllo di risorse umane, coordinamento di attività didattica e iniziative di programmazione e proposta. Ne fanno parte i collaboratori professionali esperti in ambito sanitario, socio-assistenziale, tecnico e amministrativo.

Bibliografia

Gaiaschi, C. (2017), "Premiums and penalties among physicians in Italy: how gender affects the combined impact of marital and parental status on pay" *Polis: Ricerche e studi su società e politica in Italia*, 1/2017, pp. 97-126

ILO (2018), *Global Wage Report 2018/19. What lies behind gender pay gaps*. Ginevra

Magnusson, C. (2015) "The Gender Wage Gap in Highly Prestigious Occupations: A Case Study of Swedish Medical Doctors" *Work, Employment & Society*, 30(1): 40-58

Marmot, M. (2010), *Fair society, healthy lives. the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010*

Marmot, M. (2015), *The health gap. The challenge of an unequal world*. London; New York: Bloomsbury

Murgia, A., Poggio, B., Vogliotti, S. (2010), *Oltre il gender pay gap. Una ricerca sulla (s)valutazione del lavoro femminile in Alto Adige*. Provincia autonoma di Bolzano

Naldini, M., Saraceno, C. (2010), *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*. Bologna, Il Mulino

Osservatorio per la salute (2018), *Profilo di salute della provincia di Trento. Aggiornamento 2017*. Provincia autonoma di Trento

Platt, J., Prins, S., Bates, L., & Keyes, K. (2016), Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders. *Social Science & Medicine*, 149: 1–8

Poggio, B. (2007) [a cura di], *L'isola che non c'è. Pratiche di genere nella pubblica amministrazione tra carriere, conciliazione e nuove precarietà*. Trento, Edizioni31

Saraceno, C., Naldini, M. (2013), *Sociologia della famiglia*, III ed. Bologna, Il Mulino

Sartori, F. (2009), *Differenze e disuguaglianze di genere*. Bologna, Il Mulino

Sasser, A. (2005), "Gender differences in physician pay: tradeoffs between career and family" *Journal of Human Resources*, 40(2): 477–504

Sen, G., Östlin, P., George, A. (2007), *Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Ginevra: World Health Organization

Van Lancker, W. (2015), "Effects of poverty on the living and working conditions of women and their children" in *Main causes of female poverty - Compilation of in-depth analyses*. Bruxelles, Unione Europea

Villa, P. (2010), *Differenziali retributivi di genere. Come misurare e come leggere il differenziale salariale tra uomini e donne*. Provincia autonoma di Bolzano

World Economic Forum (2018), *The Global Gender Gap Report*. Colongny/Ginevra

World Health Organization (2015), *Beyond the mortality advantage. Investigating women's health in Europe*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

World Health Organization (2018), *Strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

World Health Organization (2019), *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Human Resources for Health Observer Series n. 24, Ginevra

Documento disponibile online in formato PDF
Provincia autonoma di Trento, gennaio 2020



www.trentinosalute.net