



Infermiere e maternità

Rapporto di ricerca sulla conciliazione tra lavoro e maternità nella professione infermieristica

Novembre 2013

Indice

1. Introduzione	2
2. Metodologia	4
3. Risultati.....	6
Caratteristiche delle rispondenti.....	6
Utilizzo degli istituti a sostegno della maternità.....	9
La gestione del rientro al lavoro.....	17
Valutazioni complessive	21
4. Discussione	24
5. Conclusioni	27
6. Bibliografia citata.....	30

Autori:

Carlo De Pietro^(b), Alessia Anzivino^(b), Marco Sartirana^(b), Donato Carrara⁽ⁿ⁾

^(b)Cergas Bocconi

⁽ⁿ⁾Centro Studi Nursind



1. Introduzione

Il rapporto tra maternità¹ e lavoro è un tema ampiamente sviluppato nella letteratura manageriale². Risulta di particolare rilevanza in quanto la maternità è spesso vista come un momento di difficoltà organizzativa se non un vero e proprio “problema” per il datore di lavoro, chiamato a sostenere i costi di sostituzione della dipendente nel periodo di assenza, di riorganizzazione del lavoro e di gestione del rientro, nonché a sopportare il rischio di una possibile riduzione dell’impegno e della flessibilità lavorativa in seguito alla nascita del figlio. Al contempo la maternità può essere fonte di effetti negativi anche per le donne, chiamate a rinunciare a opportunità professionali e potenzialmente a rallentare lo sviluppo di carriera e i conseguenti guadagni, e a sopportare le possibili reazioni critiche da parte dei colleghi dovute alla minor partecipazione all’attività lavorativa. Tale situazione può innescare circoli viziosi in cui le aziende, sottolineando gli aspetti negativi e i rischi associati alla maternità, non investono adeguatamente nella sua gestione e così facendo rinforzano nelle donne un sentimento d’incomprensione e scarsa valorizzazione. A seguito di ciò le donne più facilmente si possono sentire “autorizzate” a cercare di sfruttare al massimo ogni istituto legislativo e contrattuale previsto a tutela della maternità, riducendo impegno lavorativo e fedeltà organizzativa, non facendo altro che confermare e rafforzare le disposizioni negative e di sospetto da parte delle aziende (Cuomo e Mapelli, 2013:106).

Tali problematiche si riscontrano anche in ambito sanitario, dove a seguito dei controlli sulla spesa e sul costo del personale molti reparti lavorano oggi con un numero di collaboratori decisamente inferiore al passato. Di conseguenza un’attenta gestione dei congedi per maternità è assolutamente necessaria per garantire la funzionalità delle aziende sanitarie e delle singole articolazioni organizzative che le compongono. Inoltre è noto come il settore sanitario, e soprattutto la professione infermieristica, sia caratterizzato da una forte componente femminile, così da rendere la dimensione del fenomeno particolarmente rilevante.

Il sistema di *welfare* italiano prevede numerose tutele a garanzia della maternità (per una sintesi si veda il Box 1.1). Tuttavia, affinché tali misure siano efficaci per la lavoratrice e non generino costi organizzativi eccessivi, è richiesta all’azienda un’effettiva capacità di programmazione e gestione della maternità. È necessario da un lato mettere ogni dipendente a conoscenza dei propri diritti e consentirne l’esercizio, ma dall’altro evitare un ricorso improprio o opportunistico agli istituti di tutela che genera non solo costi per l’azienda ma comporta anche ricadute negative in termini di motivazione, clima organizzativo e cultura aziendale.

Il presente rapporto, dopo la presentazione della metodologia della ricerca (§ 2), presenta al § 3 l’analisi dei risultati del questionario, a cui fa seguito (§ 4) una discussione che ne evidenzia le implicazioni in termini di gestione del personale e indicazioni di *policy*. Chiudono il rapporto brevi conclusioni (§ 5).

¹ Nel presente rapporto il termine maternità è usato, per semplicità, anche per quei casi o istituti per i quali sarebbe più corretto parlare di genitorialità, dunque considerando anche il ruolo del padre.

² Per un’analisi approfondita del fenomeno si veda ad esempio Cuomo e Mapelli (2009).



Box 1.1 La tutela della maternità ex legge 151/2001 per contratti di lavoro subordinato

Astensione obbligatoria (congedo di maternità)

La donna ha l'obbligo di astenersi dal lavoro nei due mesi precedenti la data del parto e nei tre mesi successivi a tale data. Sulla base di accertamento medico e nel caso di gravi complicanze della gravidanza o preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza, o quando le condizioni di lavoro o ambientali siano ritenute pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino, la lavoratrice ha diritto all'astensione obbligatoria dal lavoro per un periodo compreso tra due mesi e l'intera durata della gravidanza. Nel periodo di astensione dal lavoro, la donna riceve l'80% dello stipendio (il CCNL garantisce però alle dipendenti SSN l'intera retribuzione).

Astensione facoltativa (congedo parentale)

Per ogni bambino, nei suoi primi otto anni di vita, ogni genitore ha diritto di astenersi dal lavoro per un massimo di 6 mesi; i congedi parentali dei due genitori non possono complessivamente eccedere il limite di 10 mesi; il congedo può essere continuativo o frazionato. Per il periodo di astensione facoltativa viene riconosciuto il 30% dello stipendio (più eventuali integrazioni previste dai CCNL) fino al raggiungimento totale di 6 mesi di assenza tra padre e madre.

Riposi giornalieri

Durante il primo anno di vita, la madre ha diritto a due periodi di riposo dal lavoro di un'ora ciascuno per accudire il bambino (una sola se l'orario di lavoro è inferiore a 6 ore); le 2 ore possono essere cumulate. Se sul posto di lavoro è presente un asilo nido aziendale i periodi di riposo sono di mezz'ora ciascuno. Tali periodi sono considerati ore lavorative anche ai fini retributivi.

Congedi per malattia del figlio

I genitori hanno diritto di astenersi dal lavoro in caso di malattia del figlio attestata da un medico specialista per periodi corrispondenti alle malattie, fino al compimento del terzo anno del bambino. Per le malattie dei figli di età compresa tra i 3 e gli 8 anni tale diritto è nel limite di 5 giorni all'anno. Tali congedi non sono retribuiti (il CCNL garantisce però alle dipendenti SSN fino a 30 giorni all'anno di congedo retribuiti fino al compimento del terzo anno del bambino).

Astensione dal lavoro notturno

È vietato adibire le donne al lavoro, dalle ore 24 alle ore 6, dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino. Non sono inoltre obbligate a prestare lavoro notturno la lavoratrice madre di un figlio di età inferiore a tre anni o la lavoratrice che sia l'unico genitore affidatario di un figlio convivente di età inferiore a dodici anni.

La tutela del posto di lavoro

Le donne in attesa di un figlio, non possono essere licenziate nel periodo compreso tra l'inizio della gravidanza e il primo anno di età del figlio. Al rientro sul posto di lavoro, dopo il periodo di congedo, la donna ha il diritto di continuare a svolgere le stesse mansioni, o equivalenti, che svolgeva in precedenza.



2. Metodologia

Nel corso del 2012 il Centro Studi NURSIND ha realizzato e somministrato un questionario sulla conciliazione tra lavoro e maternità articolato in 33 domande orientate a indagare il grado di utilizzo di istituti contrattuali a tutela della maternità, le ragioni dell'eventuale mancato utilizzo di tali istituti, le difficoltà incontrate sul luogo di lavoro, le modalità operative adottate per la cura del neonato. Le domande del questionario sono indicate in Tabella 2.1. Il questionario è stato somministrato in forma cartacea ai partecipanti al 31° congresso nazionale ANIARTI (Associazione nazionale infermieri di area critica) tenutosi il 14-16 novembre 2012 e *online* attraverso il sito www.nursind.it. Le risposte sono state complessivamente 886, di cui 228 da questionari cartacei e 656 da questionari *online*.

Tabella 2.1. Le domande del questionario "Infermiere e maternità"

1	Hai figli?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
2	Quanti?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3	Se non hai figli o se pensi di non volerne altri, è anche per colpa del lavoro?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
4	Quando hai scoperto di essere incinta, hai chiesto subito la gravidanza a rischio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
5	Se no, perché?	
6	Se sì, ti è stata concessa?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
7	Entro il 1° anno di vita del bambino, hai usufruito dell'astensione facoltativa di 5 mesi pagata al 30%?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
8	Se no, perché?	
9	Nel 1° anno di vita del bimbo, hai usufruito delle 2 ore di riposo giornaliera per l'allattamento?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
10	Se no, perché?	
11	Nel periodo dal 1° al 3° anno per malattia del figlio, hai usufruito dei 30 gg. annui retribuiti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
12	Se no, perché?	
13	Nei primi 3 anni del bimbo, hai usufruito dell'astensione dal lavoro notturno?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
14	Se no, perché?	
15	Quanti anni ha l'ultimo figlio?	<input type="checkbox"/> 1 anno <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> 3 anni <input type="checkbox"/> 4 anni <input type="checkbox"/> 5 anni <input type="checkbox"/> 6 anni <input type="checkbox"/> 7 anni <input type="checkbox"/> 8 anni <input type="checkbox"/> più di 8 anni
16	Il reparto di assegnazione al rientro è stato:	<input type="checkbox"/> Lo stesso <input type="checkbox"/> Altro
17	Se altro, sono state tenute in considerazione le tue preferenze?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In parte
18	Hai avuti problemi al rientro?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In parte
19	Se sì, quali?	
20	Hai dovuto licenziarti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
21	Se sì, hai trovato subito un nuovo datore di lavoro o una nuova attività?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
22	Se hai cambiato attività o datore di lavoro, la nuova attività è compatibile con il tuo impegno nella cura dei figli?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In parte
23	Ricominciando in un nuovo reparto, hai ricevuto solidarietà dalle nuove colleghe di lavoro?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In parte
24	Al rientro al lavoro il figlio è stato accudito da:	<input type="checkbox"/> Nonni <input type="checkbox"/> Baby sitter <input type="checkbox"/> Marito <input type="checkbox"/> Asilo nido <input type="checkbox"/> Altri

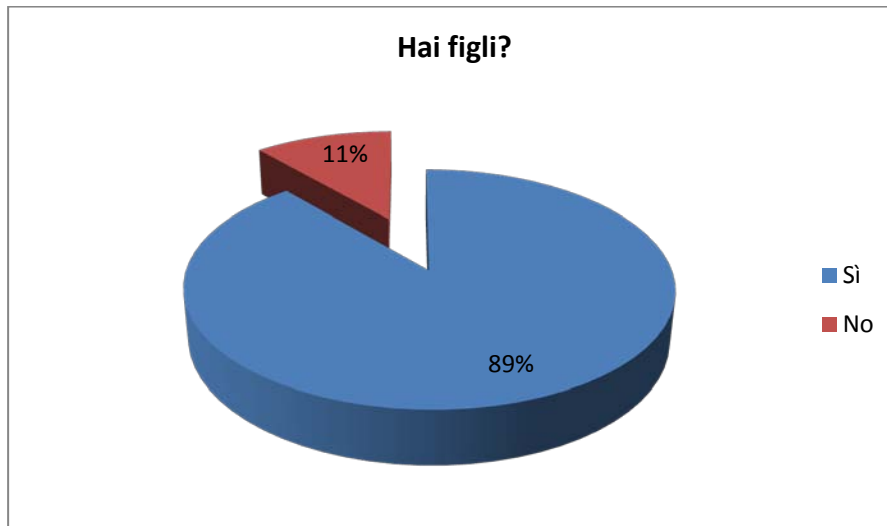


25	Se hai usufruito di un asilo nido, di che tipo era?	<input type="checkbox"/> Comunale <input type="checkbox"/> Aziendale <input type="checkbox"/> Privato
26	Gli orari dell'asilo nido erano/sono compatibili con i turni di servizio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
27	Nel periodo di gravidanza lavoravi:	<input type="checkbox"/> Al Nord <input type="checkbox"/> Al Centro <input type="checkbox"/> Al Sud
28	Nel periodo di gravidanza eri:	<input type="checkbox"/> Dipendente settore pubblico <input type="checkbox"/> Dipendente settore privato <input type="checkbox"/> Socia di cooperativa <input type="checkbox"/> Libera professionista <input type="checkbox"/> Disoccupata
29	Attualmente sei in:	<input type="checkbox"/> Part time al 50% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Part time al 75% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Altro
30	Pensi ad un altro figlio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
31	Quanti anni avevi nel periodo dell'ultima gravidanza?	<input type="checkbox"/> Da 20 a 25 <input type="checkbox"/> Da 25 a 30 <input type="checkbox"/> Da 30 a 35 <input type="checkbox"/> Da 35 a 40 <input type="checkbox"/> Oltre i 40
32	Che tipo di attività infermieristica svolgevi prima della gravidanza?	<input type="checkbox"/> Degenza a bassa intensità di cure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Degenza a media intensità di cure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Sala operatoria <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Casa di Riposo <input type="checkbox"/> Territorio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non a contatto diretto col paziente
33	Che tipo di attività infermieristica svolgi dopo la gravidanza?	<input type="checkbox"/> Degenza a bassa intensità di cure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Degenza a media intensità di cure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Sala operatoria <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Casa di Riposo <input type="checkbox"/> Territorio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non a contatto diretto col paziente

3. Risultati

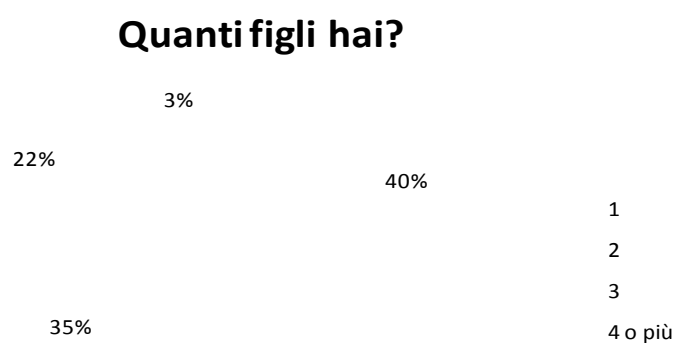
Caratteristiche delle rispondenti

Figura 2.1. Presenza di figli (domanda 1)



Come prevedibile, alla luce della natura del questionario, quasi il 90% del campione ha almeno un figlio³. Dal momento che il restante 11% ha potuto rispondere esclusivamente alla domanda 3 (“Se non hai altri figli o se pensi di non volerne altri è anche per colpa del lavoro?”), il cui risultato è riportato in Figura 2.40, tale quota dei rispondenti non sarà considerata nel seguito dell’analisi.

Figura 2.2. Numero figli (domanda 2)



La Figura 2.2 mostra come il 40% del campione ha un figlio, il 35% due figli, il 22% tre figli e il 3% quattro (o più) figli. In media dunque le rispondenti hanno un numero di figli pari a 1,64, maggiore del

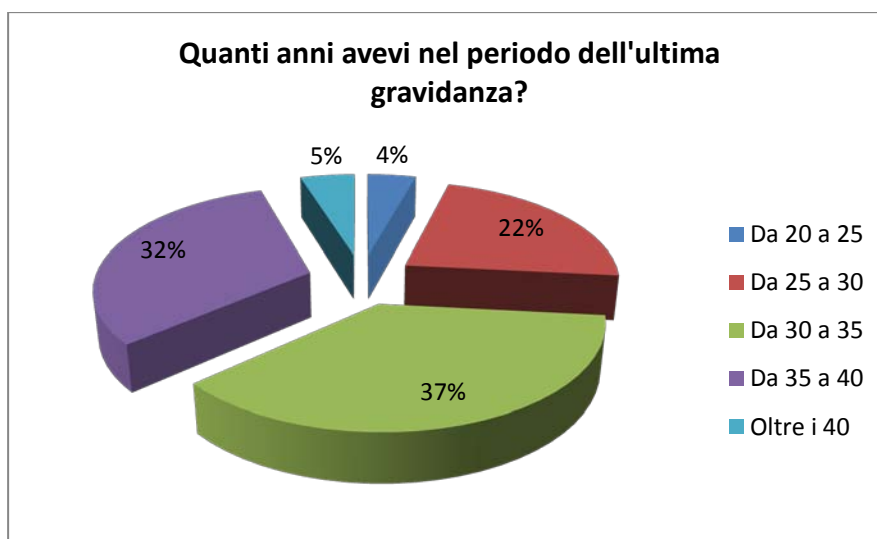
³ In questa domanda, così come nell’intero paragrafo, i dati presentati non riportano il numero delle risposte tralasciate dai rispondenti.

tasso di fecondità totale (cioè del numero di figli per donna) italiano, pari a circa 1,4⁴. Peraltro è necessario considerare che molte delle rispondenti all'indagine sono ancora in età fertile, come evidenziato in seguito nella Figura 2.4, e dunque potrebbero avere ulteriori figli.

Figura 2.3. Età ultimo figlio (domanda 15)



Figura 2.4. Età ultima gravidanza (domanda 31)

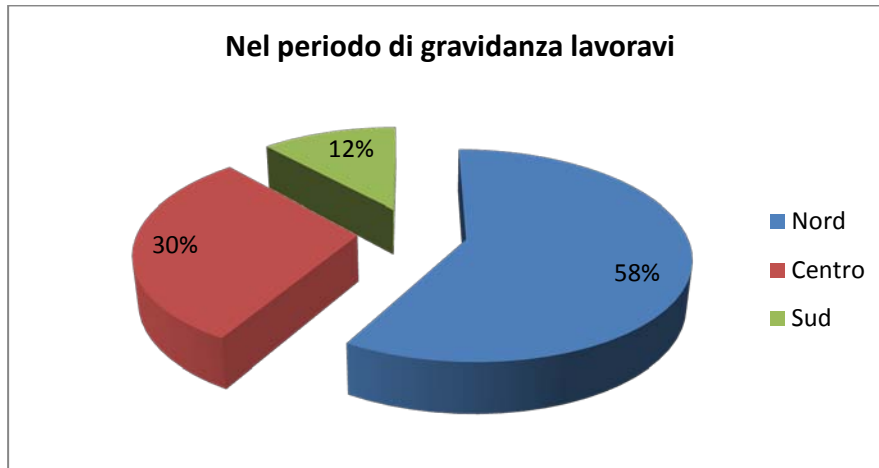


Osservando la Figura 2.3 si evince che una quota importante delle rispondenti sono relativamente giovani, in quanto nel 55% dei casi l'ultimo figlio ha da 1 a 5 anni. Ciò è rilevante ai fini dell'analisi in quanto l'esperienza di gestione della maternità e della conciliazione con il lavoro è piuttosto recente. Allo stesso tempo, dal momento che molte di queste madri sono alla prima gravidanza, nel leggere i dati che saranno presentati in seguito è necessario considerare che alcune delle rispondenti potrebbero non avere ancora avuto occasione di utilizzare alcuni degli istituti di tutela della maternità,

⁴ Tale risultato è almeno in parte spiegabile col fatto che le infermiere senza figli non hanno risposto e col fatto che probabilmente il questionario risente di un fenomeno di autoselezione, per il quale le mamme con più figli hanno più a cuore il tema oggetto dell'analisi (e dunque è verosimile che abbiano tassi di partecipazione al questionario maggiori delle mamme con un solo figlio).

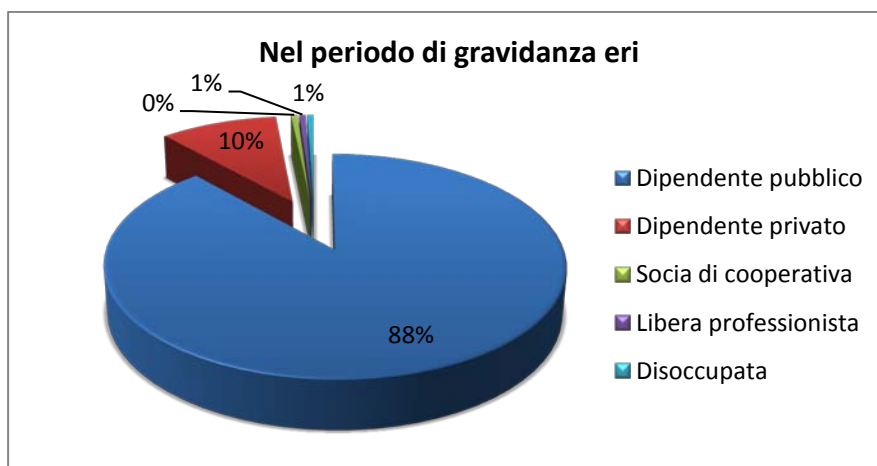
quali ad esempio quelli relativi al congedo per malattia del figlio. La Figura 2.4 mostra invece la distribuzione del campione in base all'età nell'ultima gravidanza.

Figura 2.5. Luogo di lavoro (domanda 27)



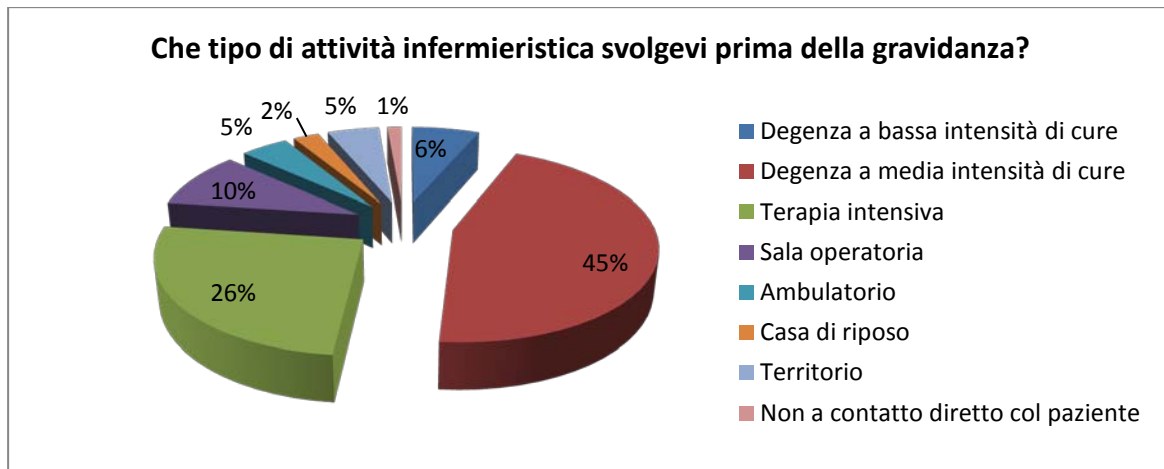
Il grafico riporta la provenienza geografica, intesa come sede di lavoro nel periodo della gravidanza, del campione. Le regioni del Nord Italia risultano essere sovra-rappresentate e viceversa quelle del Sud sotto-rappresentate. Ciò sembra comprensibile alla luce delle modalità di raccolta dei dati, avvenuta prevalentemente nell'ambito di un convegno tenutosi in Veneto. Si noti qui, ma tale considerazione vale anche per i grafici successivi, che la maggior parte delle domande poste dal questionario fanno riferimento in senso ampio alla "gravidanza", pertanto alcune rispondenti con più di un figlio potrebbero fare riferimento esclusivamente all'ultima gravidanza mentre altre all'insieme delle gravidanze avute.

Figura 2.6. Datore di lavoro (domanda 28)



La Figura 2.6 mostra invece la natura del datore di lavoro delle infermiere che hanno risposto all'indagine, che per l'88% dei casi risulta essere pubblica. Vi è quindi un 10% di dipendenti del settore privato mentre solo un trascurabile 2% è socia di cooperativa, libera professionista o disoccupata. Anche in questo caso il dato si giustifica facilmente in quanto il convegno ANIARTI riunisce prevalentemente operatori di strutture ospedaliere per acuti, che nel nostro Paese sono prevalentemente a gestione pubblica.

Figura 2.7. Attività lavorativa (domanda 32)



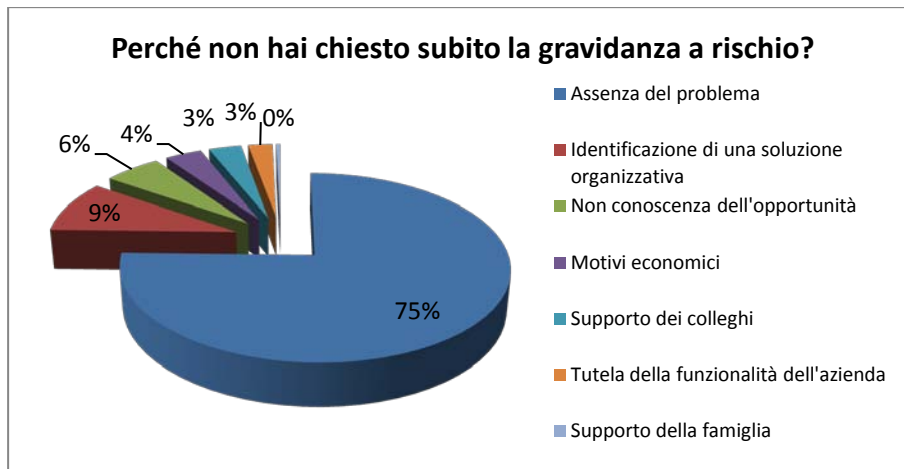
Analoghe considerazioni sulle modalità di raccolta dei dati possono essere sviluppate osservando la Figura 2.7, dove sebbene il 50% degli operatori lavorasse presso reparti di degenza a bassa o media intensità di cure, vi era un importante 26% di operatori presso reparti di terapia intensiva, mentre solo il 7% era impiegato in attività territoriale o presso RSA. Tali informazioni sono particolarmente rilevanti in quanto il campione è composto prevalentemente da infermiere la cui attività al momento della gravidanza era svolta presso reparti caratterizzati dal lavoro in *team* e in cui sono mediamente presenti forti stimoli professionali, ma al contempo dove il lavoro è maggiormente usurante e sono presenti turni notturni.

Utilizzo degli istituti a sostegno della maternità

Figura 2.8. Richiesta di gravidanza a rischio (domanda 4)



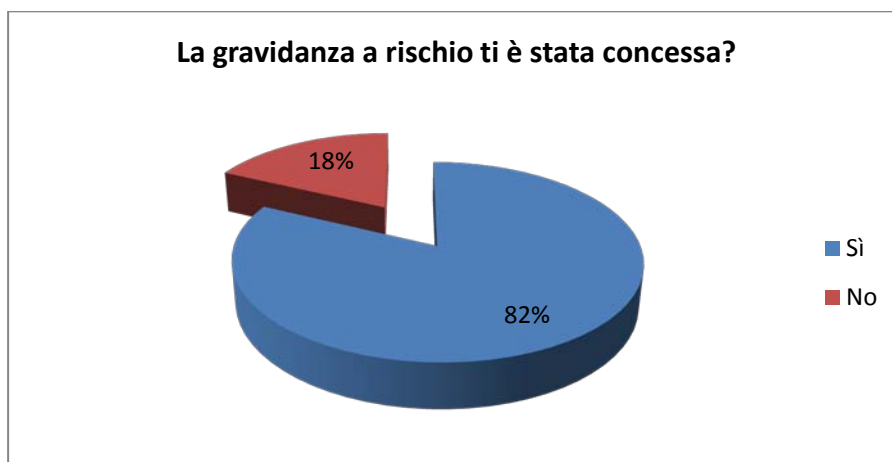
Figura 2.9. Motivo della mancata richiesta di gravidanza a rischio (domanda 5)



La Figura 2.8 mostra come ben il 62% delle rispondenti ha fatto richiesta della gravidanza a rischio nel momento in cui ha saputo di essere incinta. Il dato è sicuramente importante e con tutta probabilità superiore alle stime epidemiologiche relative al mondo del lavoro in generale. In questo senso, tale alta percentuale potrebbe essere il frutto della rischiosità di alcune attività infermieristiche⁵ e delle condizioni di lavoro non ottimali di molte aziende sanitarie.

Nella Figura 2.9 sono invece riportati i risultati di un'analisi qualitativa delle risposte date alla domanda 5, indirizzata alle lavoratrici che non hanno chiesto l'astensione dal lavoro, al fine di comprenderne la ragione. Come prevedibile tale decisione è stata motivata nei tre quarti dei casi dalla mancata necessità. Vi è poi un interessante, seppur modesto, 9% delle rispondenti per cui l'azienda ha contribuito alla riduzione del rischio di salute tramite trasferimenti o modifiche delle modalità di lavoro. Da ultimo è importante notare il non trascurabile 6% di donne che non erano a conoscenza di questo istituto, tra cui potrebbe esserci qualche caso in cui il lavoro ha costituito un reale pregiudizio alla salute della madre o del feto.

Figura 2.10. Concessione della richiesta di gravidanza a rischio (domanda 6)



⁵ A maggior ragione tale risultato potrebbe essere almeno in parte spiegato dal fatto che un'alta percentuali di rispondenti lavora in area critica e sala operatoria.

La Figura 2.10 consente invece di osservare come la grande maggioranza di tali richieste trovi, sulla base delle risultanze dell'accertamento medico, risposta favorevole da parte del servizio ispettivo del Ministero del Lavoro.

Considerando congiuntamente le risposte alle domande 4 e 6, ne risulterebbe che la metà delle gravidanze totali delle rispondenti è stata richiesta e poi riconosciuta a rischio. Al di là di alcune incertezze interpretative dovute alla formulazione originaria del questionario (non è chiaro se il riconoscimento del rischio sia stato chiesto – ed eventualmente riconosciuto – per l'ultima gravidanza della rispondente oppure per una qualunque delle gravidanze, nel caso di più figli), è chiaro che il fenomeno ha dimensioni rilevanti.

Figura 2.11. Richiesta gravidanza a rischio e età ultima gravidanza

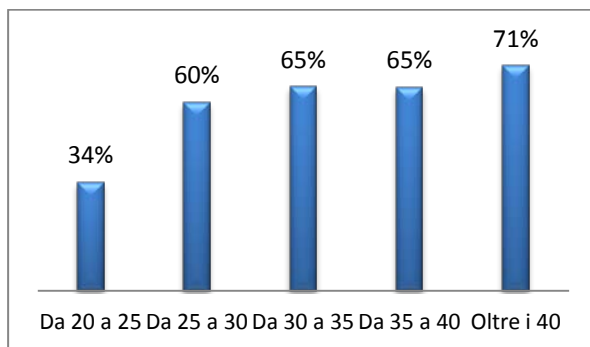
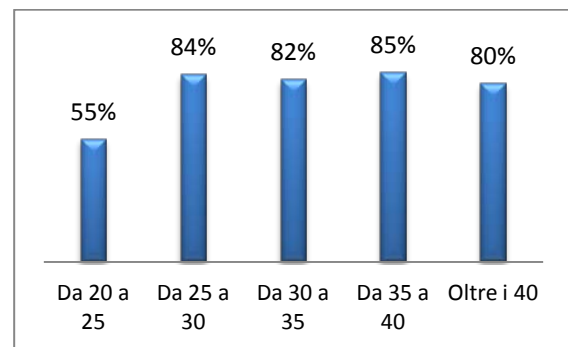


Figura 2.12. Concessione gravidanza a rischio e età ultima gravidanza

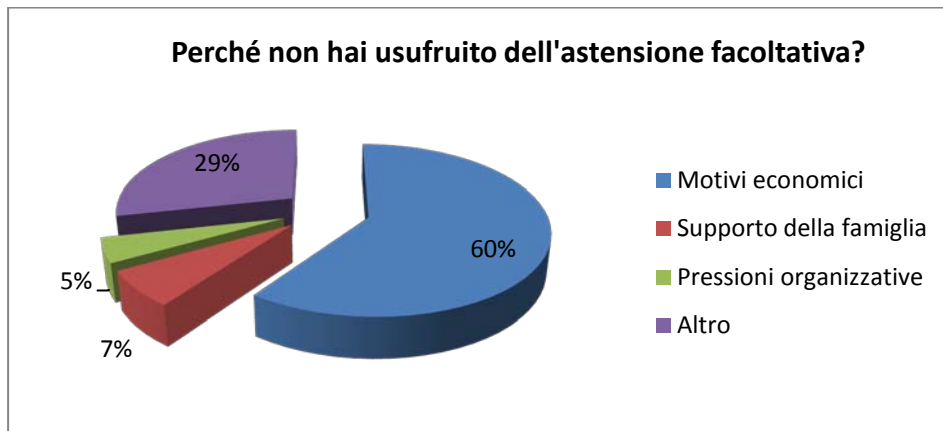


La Figura 2.11 mostra invece come al crescere dell'età della madre aumenti la frequenza di richiesta della gravidanza a rischio. La Figura 2.12 rapporta le stesse classi di età al tasso di accoglimento di tale domanda.

Figura 2.13. Congedo parentale (domanda 7)



Figura 2.14. Motivo del mancato utilizzo del congedo parentale (domanda 8)



Le risposte alla domanda relativa al godimento del congedo parentale, che prevede la facoltà di astenersi dal lavoro fino a sei mesi a fronte del riconoscimento del 30% dello stipendio, mostrano come ben quasi due terzi delle rispondenti ne abbiano usufruito (Figura 2.13). L'analisi delle motivazioni di chi ha deciso non usufruirne, riportata in Figura 2.14, mostra come la ragione più ricorrente sia la decurtazione stipendiale (60% dei casi) seguita da una quota di rispondenti che ha ricevuto un supporto da parte della famiglia e un 5% che afferma di aver subito pressioni da parte dell'organizzazione per accelerare il rientro al lavoro.

Figura 2.15. Fruizione riposi giornalieri per allattamento (domanda 9)

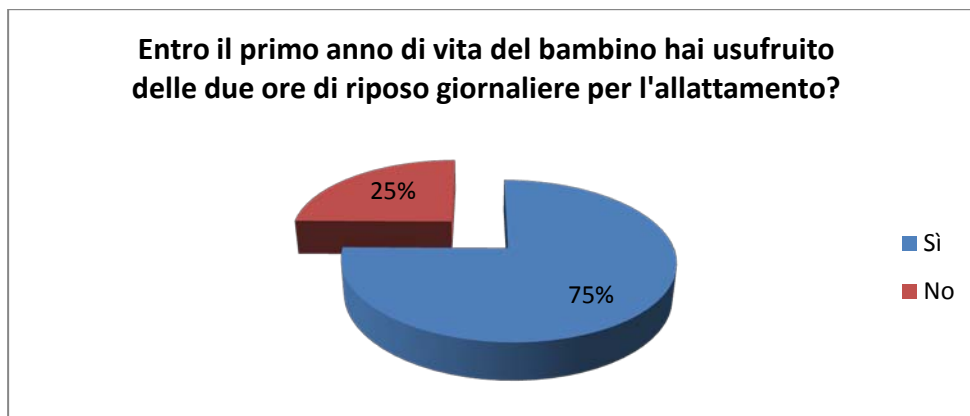
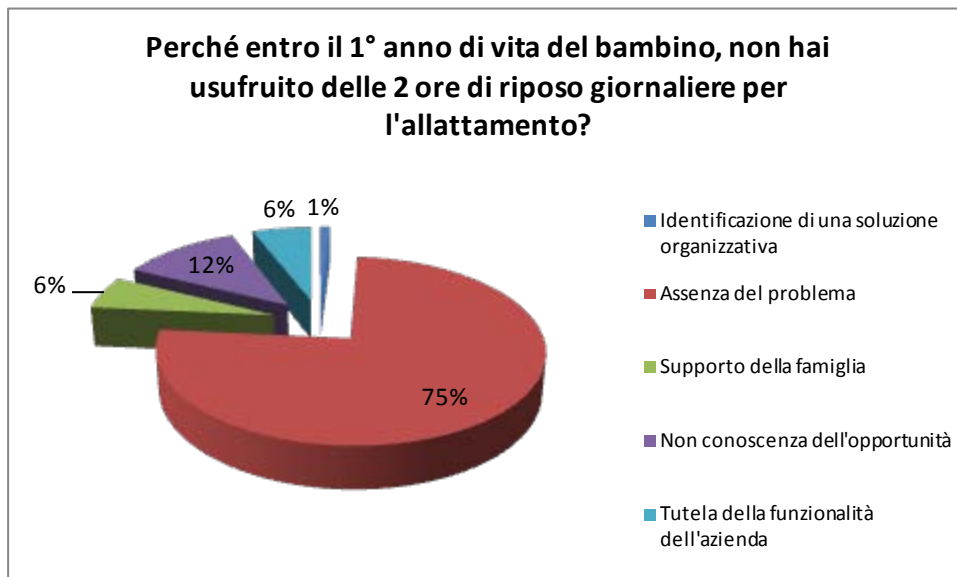
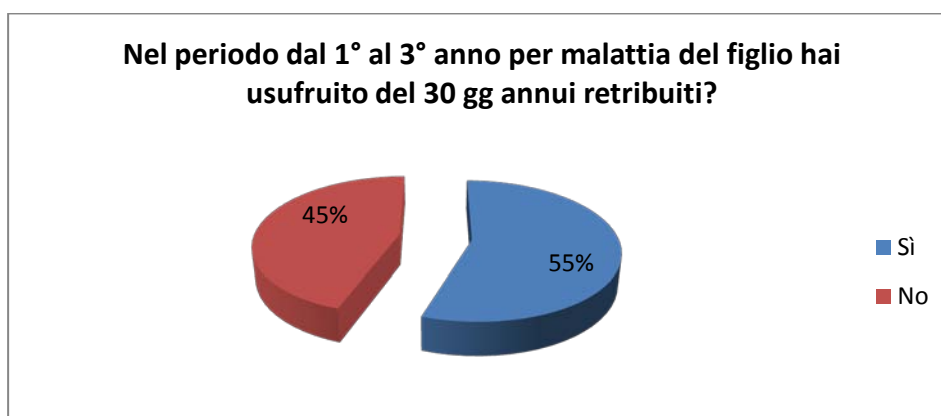


Figura 2.16. Motivo della mancata richiesta dei riposi per allattamento (domanda 10)



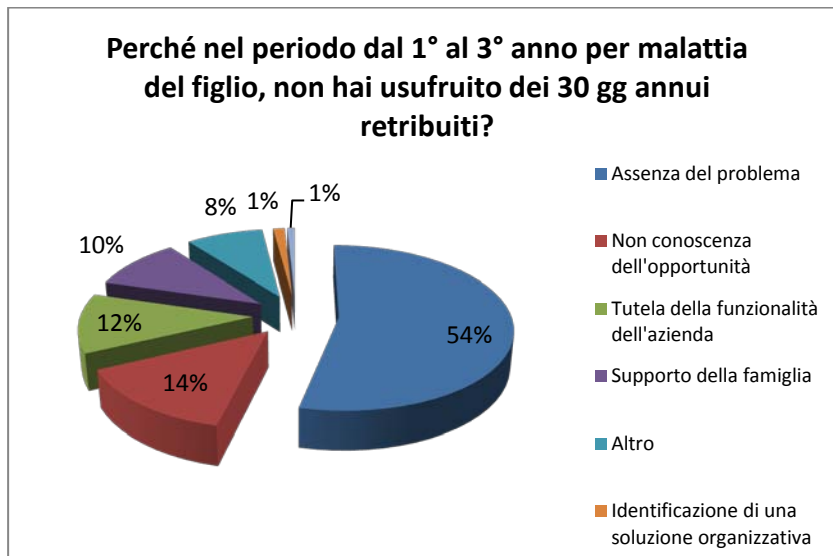
La Figura 2.15 mette in luce che tre quarti delle donne hanno beneficiato dei riposi giornalieri per l'accudimento del bambino, mentre l'analisi delle risposte aperte rivolte al 25% che non ne ha usufruito (ricomprese nelle categorie illustrate nella Figura 2.16) mostra che la maggior parte delle donne non ne ha avuto bisogno, prevalentemente perché in quel periodo ha usufruito del congedo parentale o di contratti a tempo parziale. La quota di mamme che non hanno fruito dei riposi per allattamento per tutelare la funzionalità dell'azienda, pur molto limitata in assoluto (rappresentano il 6% del 25% di mamme che non ha goduto dei permessi, cioè l'1,5% sul totale delle rispondenti), sembra indicare limiti nell'organizzazione aziendale, che a loro volta potrebbero spiegare almeno in parte l'alta quota di mamme (62%) che ha fruito dell'astensione facoltativa (cfr. Figura 2.13)⁶.

Figura 2.17. Congedi per malattia del figlio (domanda 11)



⁶ In altre parole, le risposte sembrerebbero indicare che alcune aziende sanitarie, generatrici di salute per antonomasia, non siano sempre capaci di tutelare le proprie dipendenti e l'allattamento naturale dei loro figli. Tale risultato apparentemente paradossale può essere spiegato dall'incapacità di alcune aziende di trovare, nel corso degli anni, una soluzione, riservando alle neo-mamme alcuni posti di lavoro fuori dai piani *standard* dei turni.

Figura 2.18. Motivo della mancata fruizione dei congedi per malattia del figlio (domanda 12)

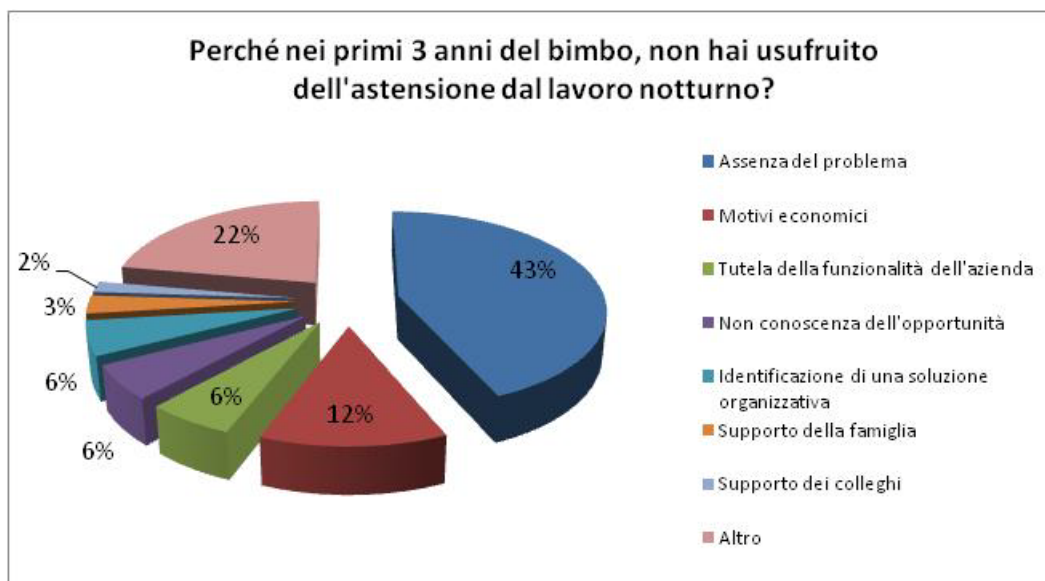


Il congedo per malattia del figlio fino a 30 giorni è stato utilizzato dal 55% delle rispondenti (Figura 2.17). Nel restante 45% dei casi le motivazioni del mancato utilizzo sono da ricercarsi (Figura 2.18) soprattutto nell'assenza del problema (si noti però che la parziale ambiguità della domanda – in merito a tutti quei casi in cui il congedo è stato usufruito per un numero di giorni inferiore a 30 – potrebbe inficiare in parte l'analisi). Vi è ad ogni modo un rilevante 14% che non era a conoscenza dell'istituto, mentre il 12% delle rispondenti ha preferito non compromettere la funzionalità del team di lavoro e “non gravare sui colleghi”, “non lasciare il turno scoperto” o “non creare problemi in reparto”. Alla voce altro sono riportate principalmente le risposte delle dipendenti del settore privato, per cui i contratti non prevedono la retribuzione delle giornate di congedo.

Figura 2.19. Astensione dal lavoro notturno (domanda 13)



Figura 2.20. Motivo della mancata astensione dal lavoro notturno (domanda 14)



Le Figure 2.19 e 2.20 riguardano le risposte in merito al ricorso alla possibilità per la lavoratrice di non essere adibita a turni notturni nei primi tre anni di vita del bambino. L'analisi mostra come solo poco più di un terzo delle rispondenti abbia fruito di questa tutela, mentre il 64% ha scelto di non farlo in ragione di motivi di natura diversa. Anzitutto figura l'assenza del problema, dovuta principalmente al fatto che i turni notturni consentono giornate di riposo che sono ritenute preziose per accudire il bambino, oppure, in misura minore, al fatto che alcune delle dipendenti erano già impiegate secondo orari che non prevedevano turni notturni. Altre motivazioni sono di natura economica, al fine di non perdere l'indennità per lavoro notturno prevista dal contratto, oppure di desiderio di non complicare la vita ai colleghi. Anche in questo caso, una quota di dipendenti (pari al 6%) afferma di non essere stato a conoscenza di questo diritto. Vi è infine una quota importante di rispondenti (Altro) tra cui figura chi ha scelto di non astenersi dal lavoro notturno per "non essere spostata" oppure "non fare il jolly di reparto" o "la tappabuchi nel weekend".

Figura 2.21. Dimissioni (domanda 20)



La Figura 2.21 mostra invece come il numero delle rispondenti che dichiara di aver dovuto dare le dimissioni in occasione della gravidanza è pari al 4% del totale, a conferma della sostanziale efficacia del sistema di tutele normative esistente per le dipendenti in particolar modo nelle aziende pubbliche, largamente rappresentate nel campione.

Da ultimo si riportano di seguito alcune analisi che comparano le risposte affermative date dalle lavoratrici dipendenti di aziende sanitarie pubbliche e private alle domande relative a diversi istituti, da cui si evidenzia come in molti casi non si riscontrano differenze degne di nota. È il caso ad esempio delle richieste e concessioni di gravidanze a rischio (Figure 2.22 e 2.23) e del numero di congedi parentali (Figura 2.24). Divergenze si trovano invece osservando la quota di dipendenti che fruisce di riposi giornalieri (Figura 2.25) e, ancora di più, guardando all'astensione dal lavoro notturno (Figura 2.27). Infine, differenze estremamente rilevanti riguardano i congedi per malattia del figlio (Figura 2.26) e, come ipotizzabile, la percentuale delle lavoratrici che danno le dimissioni a causa della gravidanza (Figura 2.28). Le due colonne degli istogrammi fanno riferimento alla quota di coloro che hanno risposto affermativamente alle domande rispetto al totale delle lavoratrici del campione che operano nel settore privato o pubblico. È ad ogni buon conto necessario considerare che la percentuale di dipendenti del settore privato è modesta (complessivamente 73 risposte di lavoratrici con almeno un figlio) e di conseguenza la significatività statistica del risultato è parziale.

Figura 2.22. Richiesta gravidanza a rischio e datore pubblico/privato

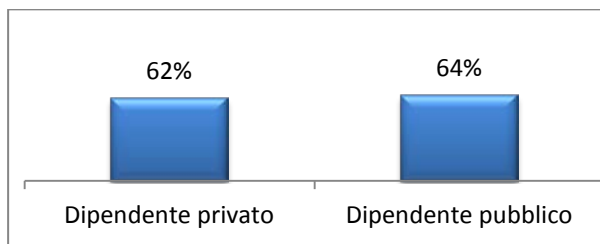


Figura 2.23. Concessione gravidanza a rischio e datore pubblico/privato

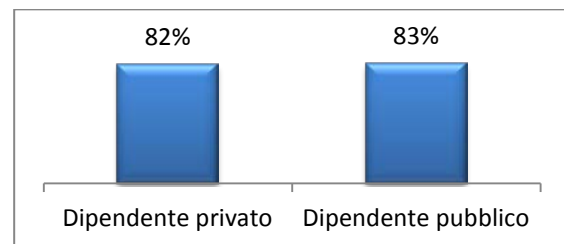


Figura 2.24. Congedo parentale e datore pubblico/privato

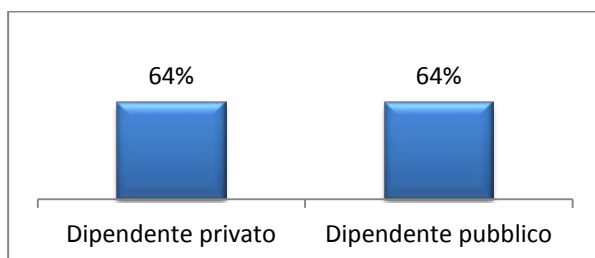


Figura 2.25. Riposi giornalieri e datore pubblico/privato

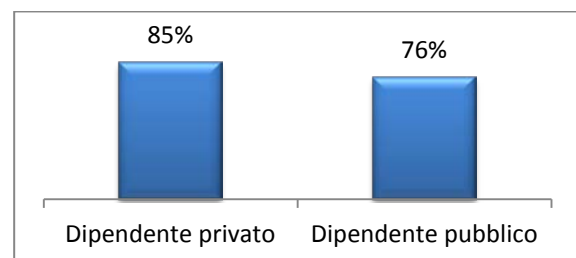




Figura 2.26. Congedo per malattia del figlio e datore pubblico/privato

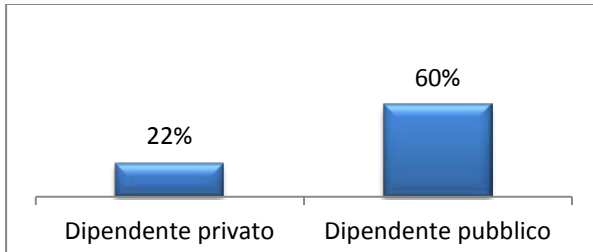


Figura 2.27. Astensione dal lavoro notturno e datore pubblico/privato

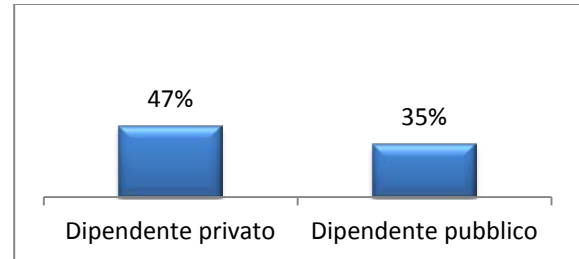
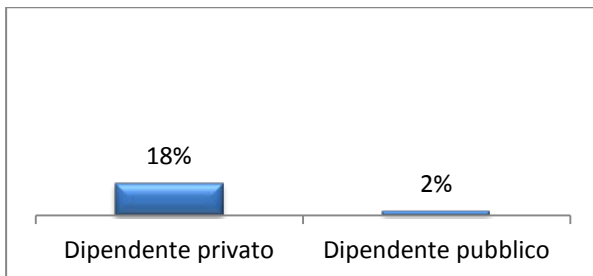


Figura 2.28. Dimissioni e datore pubblico/privato



La gestione del rientro al lavoro

Figura 2.29. Reparto di assegnazione al rientro (domanda 16)

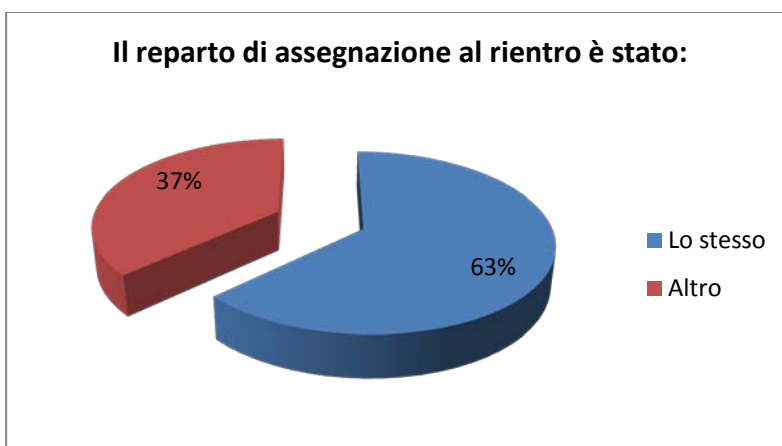
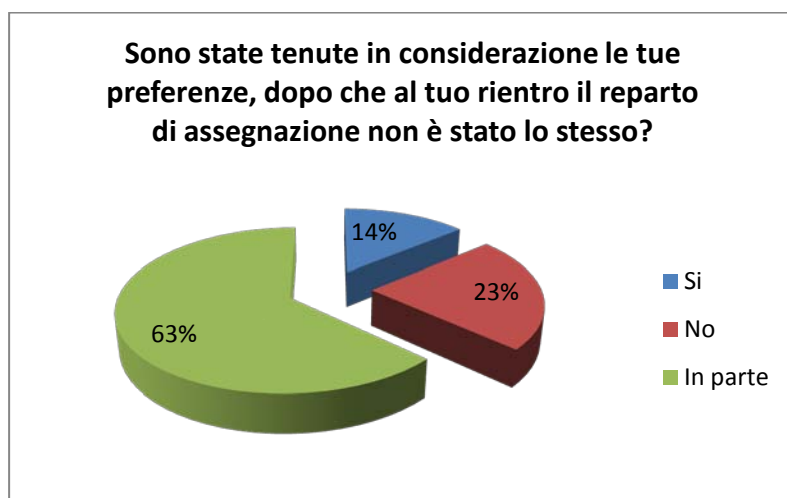


Figura 2.30. Preferenze in fase di assegnazione al nuovo reparto (domanda 17)



Le Figure 2.29 e 2.30 mostrano come, in quasi i due terzi dei casi, il reparto di assegnazione al rientro dalla maternità sia stato lo stesso. Allo stesso tempo, un rilevante 37% delle rispondenti è stato assegnato a un reparto diverso, secondo decisioni aziendali che nel 77% hanno tenuto in considerazione, almeno in parte, le preferenze della dipendente. In alcuni casi il trasferimento è stato vissuto in maniera molto critica, in particolare quando ciò ha comportato il dover accettare mansioni professionalmente meno qualificate.

Figura 2.31. Problemi al rientro (domanda 18)



Figura 2.32. Tipologia di problemi al rientro (domanda 19)

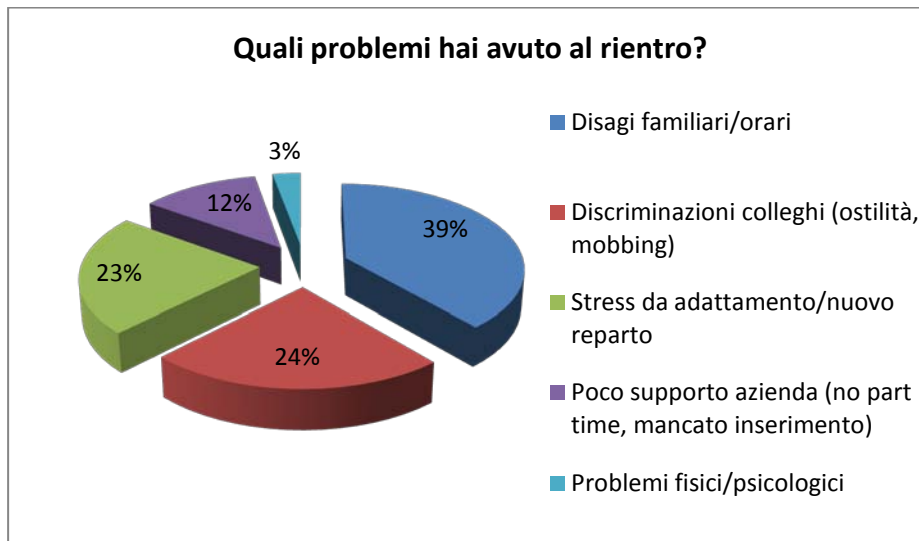


Figura 2.33. Solidarietà dalle nuove colleghe (domanda 23)

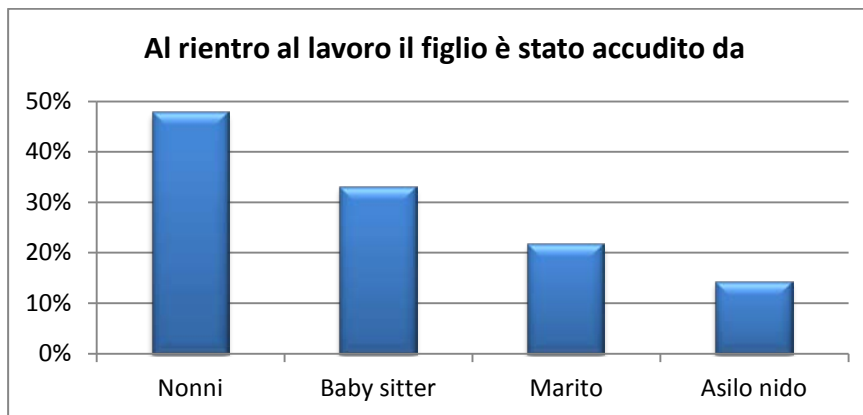


Le Figure 2.31 e 2.32 mostrano come il 23% delle rispondenti riporta di aver avuto problemi al rientro e un ulteriore 22% di averne avuti in parte. L'analisi delle risposte alla domanda fa emergere al primo posto i problemi nella conciliazione degli orari di lavoro con la gestione della famiglia (39% dei casi) seguiti da problematiche relazionali con i colleghi (24%) e quindi da situazioni di stress dovute al riadattamento al lavoro, in particolare nel caso di assegnazione a nuovo reparto. Da ultimo si segnalano problemi analoghi ai precedenti ma che i rispondenti riferiscono direttamente alla relazione con l'azienda, che non è stata in grado di venire incontro alle richieste di flessibilità di orario del dipendente o di accompagnamento nel reinserimento lavorativo.

La Figura 2.33 mostra invece le risposte delle lavoratrici che hanno cambiato reparto di lavoro in merito all'accoglienza nel team, da cui emerge un quadro piuttosto eterogeneo in cui ad ogni modo meno di un terzo delle rispondenti si è sentita pienamente supportata dai nuovi colleghi. Alcune rispondenti hanno affermato di essere state oggetto di mobbing, e tra i commenti figuravano i seguenti

“ero vista male per aver chiesto l’orario ridotto per l’allattamento e sono stata utilizzata per affiancare operatori sanitari; non ho fatto più nulla di infermieristico per cinque anni” o “ho ricevuto commenti verbali da parte di altre caposala per aver usato l’orario ridotto per l’allattamento mentre altre mie colleghe non lo avevano fatto”

Figura 2.34. Chi ha accudito il figlio (domanda 24) (possibili risposte multiple)



La Figura 2.34 mostra invece chi ha supportato la lavoratrice nel momento del rientro al lavoro. Quasi la metà delle rispondenti cita i nonni (48%) seguiti dalla *baby sitter* (33%). Al terzo posto figura invece il supporto da parte del marito (22%), mentre l’asilo nido è citato solo nel 14% dei casi.

Figura 2.35. Tipologia di asilo nido (domanda 25)

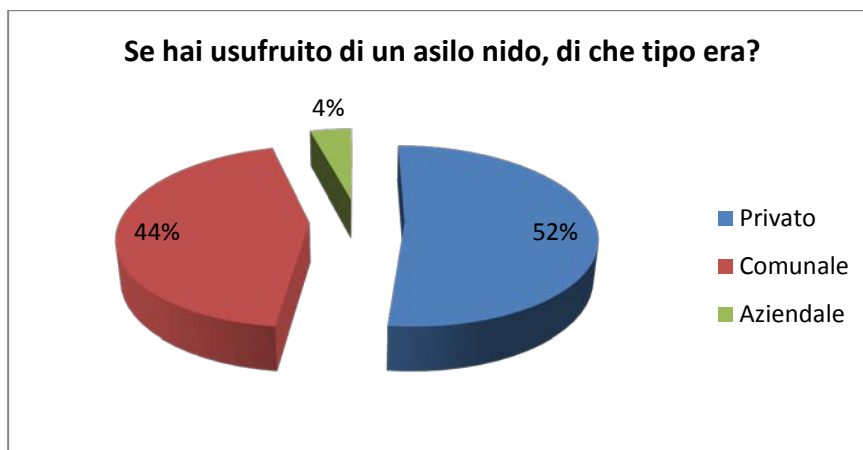
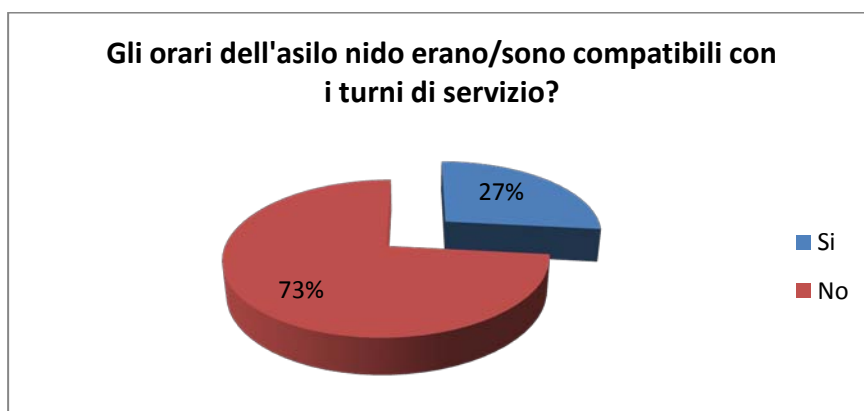
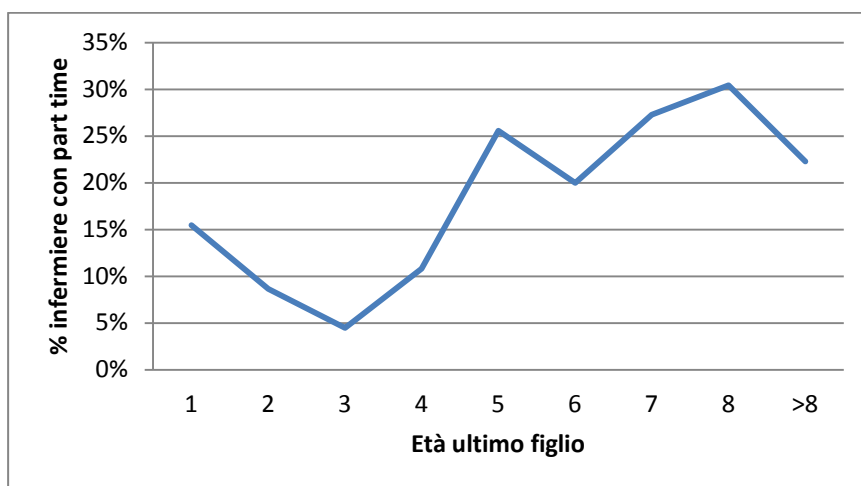


Figura 2.36. Compatibilità orari del nido (domanda 26)



La Figura 2.35 mostra invece la tipologia di asilo nido di cui le lavoratrici hanno usufruito, che nella metà dei casi era privato, nel 44% comunale e solo nel 4% aziendale, mentre dalla Figura 2.36 si evince che quasi tre quarti delle rispondenti ha trovato orari di apertura del nido non compatibili con i turni di servizio.

Figura 2.37. Part time ed età ultimo figlio (domanda 29)



La Figura 2.37 incrocia i dati sulla percentuale di dipendenti con contratti a tempo parziale (*part time*) con quelli relativi all'età dell'ultimo figlio. Dall'analisi emerge come tale istituto non sia oggi utilizzato dalle aziende, almeno in maniera significativa, per venire incontro alle esigenze delle giovani madri, e come la grande maggioranza di quelle rispondenti che lavorano a tempo parziale non ne godano in ragione della necessità di accudire figli piccoli.

Valutazioni complessive

Figura 2.38. Incompatibilità percepita tra figli e lavoro (domanda 3)

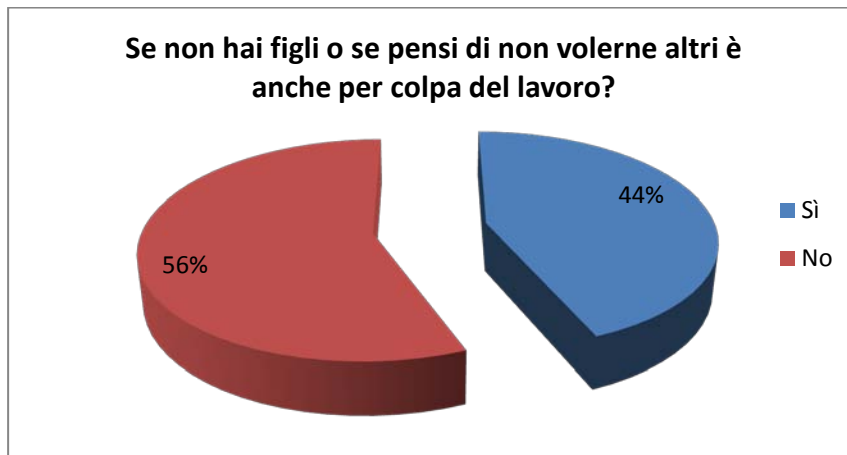
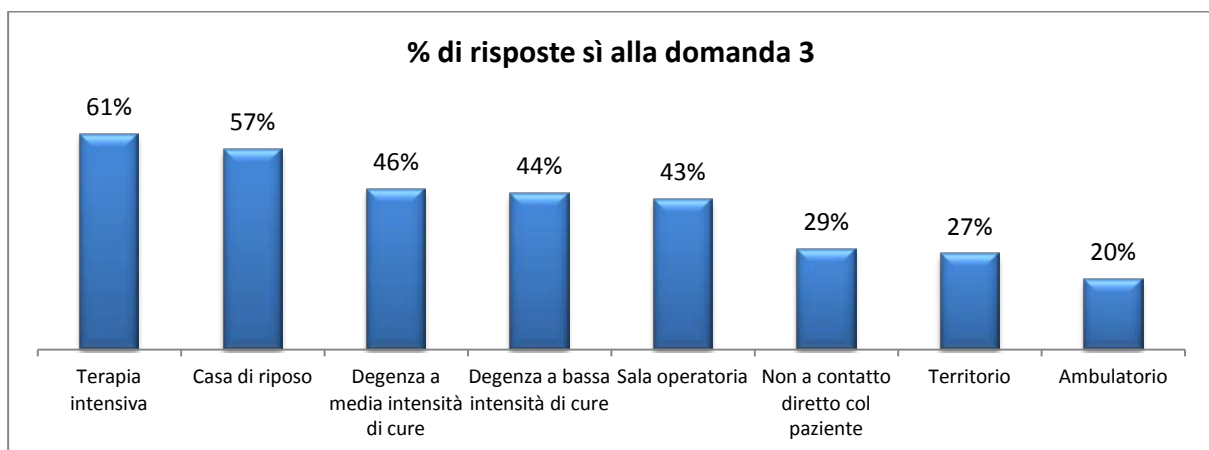


Figura 2.40. Incompatibilità percepita tra figli e lavoro per tipo di attività infermieristica (pre gravidanza)



La Figura 2.39 mostra che un rilevante 44% delle rispondenti attribuisce a cause legate al lavoro l'assenza di figli o l'intenzione di non averne altri, e la Figura 2.40 evidenzia come tale fenomeno sia ancor più diffuso tra le infermiere impiegate nei reparti di terapia intensiva. All'estremo opposto vi sono invece coloro che operano presso ambulatori o strutture territoriali dove tale percentuale si riduce, rispettivamente, al 27 e 20%.

Figura 2.41. Incompatibilità percepita tra figli e lavoro per luogo di lavoro

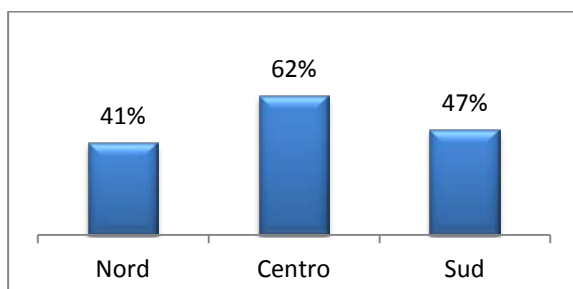
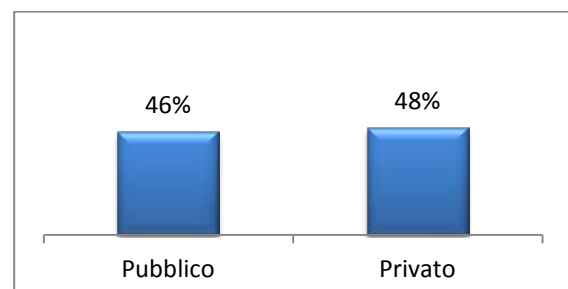


Figura 2.42. Incompatibilità percepita tra figli e lavoro per datore di lavoro



Le Figure 2.41 e 2.42 mostrano invece come la percentuale di coloro che ritengono la propria attività professionale poco compatibile con la maternità siano più alte al Centro Italia rispetto che al Nord o al Sud, mentre non vi sono invece differenze significative tra dipendenti del settore pubblico e del privato.

Figura 2.43. Nuova maternità (domanda 30)



Da ultimo la Figura 2.43 riporta le risposte alla domanda “Pensi ad un altro figlio” mostrando come un quarto delle rispondenti risponda affermativamente a questa domanda.



4. Discussione

I *policy maker*, le direzioni aziendali, i responsabili delle professioni sanitarie e i singoli dipendenti sono chiamati nei loro diversi ruoli a dare il proprio contributo ad una gestione della maternità che tuteli i diritti della madre e della famiglia ma al contempo non comprometta la possibilità per l'azienda di creare salute. I risultati dell'indagine NURSIND e CERGAS Bocconi sopra riportati offrono numerosi spunti di riflessione per tutti questi soggetti. Riportiamo di seguito alcuni commenti su elementi di particolare rilevanza.

Anzitutto emerge come il tema della conciliazione tra maternità e lavoro sia percepito come problematico da una percentuale importante del personale infermieristico. Quasi la metà delle donne che ha compilato il questionario (44%) attribuisce al lavoro l'assenza di figli o la decisione di non averne altri, così come molte di esse (45%) riportano di aver vissuto con difficoltà il rientro al lavoro in termini di conciliazione di orari, stress da adattamento, ma anche assenza di solidarietà e supporto da parte dei colleghi. Si nota inoltre come vi siano importanti differenze nel vissuto delle lavoratrici con riferimento all'equilibrio tra lavoro e maternità se si confrontano i diversi ambiti di attività infermieristica. Infatti la percentuale di infermiere di area critica che attribuiscono al lavoro l'assenza di figli o l'intenzione di non averne altri è tre volte superiore a quella delle infermiere impegnate in contesti ambulatoriali o di assistenza territoriale, in cui l'organizzazione del lavoro è più flessibile e il livello di interdipendenza e coesione del *team* di lavoro, che potrebbe essere potenzialmente compromesso da un congedo per maternità, è inferiore.

Al contempo si osserva un ricorso ampio agli strumenti di tutela della maternità che la normativa mette a disposizione della lavoratrice madre: non solo il congedo di maternità ma anche il congedo parentale, i periodi di riposo per l'allattamento e i congedi per malattia del figlio. Pur nel contesto delle difficoltà sopra elencate l'utilizzo di questi istituti rappresenta una garanzia di estrema rilevanza per le infermiere. Rilevante è però il fatto che tra le motivazioni che soggiacciono al mancato ricorso a tali strumenti raramente sono riportati il desiderio o la necessità di non compromettere la funzionalità aziendale o del reparto di assegnazione. Degna di nota, per quanto limitata, è poi la quota di dipendenti che non ne hanno beneficiato in quanto non erano a conoscenza del diritto, che segnala la necessità di una più profonda attività di informazione in capo all'azienda e alle rappresentanze dei lavoratori.

Un discorso a parte sembra invece necessario a proposito del riconoscimento dell'astensione dal lavoro nei casi di gravidanza a rischio. La percentuale di lavoratrici del campione che ne ha fatto richiesta appare infatti – pur tenendo conto dei rischi e dell'usura fisica a cui un professionista infermiere è esposto nell'attività quotidiana – estremamente elevata (62%). Dal momento che, tra le donne che la richiedono, quattro su cinque la ottengono, ne emerge un quadro in cui per la metà delle lavoratrici il periodo di congedo di maternità è sostanzialmente superiore rispetto ai cinque mesi garantiti dalla legge per le gravidanze fisiologiche, e di conseguenza l'impatto organizzativo di una donna in gravidanza nel comparto sanitario appare superiore a quello che si riscontra nella maggior parte degli altri settori economici. Interessante inoltre notare come la percentuale di dipendenti che fa richiesta della gravidanza a rischio cresce con l'età della donna: da un lato ciò è probabilmente associato a evidenti ragioni fisiologiche e appare rilevante alla luce del progressivo aumento dell'età delle partorienti; dall'altro potrebbe anche segnalare che le dipendenti giovani, che più frequentemente sono impiegate con modalità contrattuali alternative al tempo indeterminato, preferiscono non fare richiesta di tale istituto. Complessivamente la presente analisi lascia trasparire una diffusione



decisamente superiore all'atteso di tale fenomeno e apre interrogativi che meriterebbero ulteriori approfondimenti, anche di natura epidemiologica⁷.

Interessanti sono poi le ridotte differenze tra le risposte date da dipendenti di aziende pubbliche e private. A differenza di quanto la retorica pubblico-privato suggerirebbe infatti, la natura del datore di lavoro non modifica in maniera apprezzabile il tasso di ricorso a istituti di tutela della maternità. Le uniche (importanti) variazioni si riscontrano con riferimento al ricorso ai congedi per malattia del figlio nei suoi primi tre anni di vita, in quanto è solo per i dipendenti del settore pubblico che tali assenze sono retribuite fino ad un massimo di 30 giorni all'anno. E come prevedibile una differenza si osserva anche nella quota di dipendenti che afferma di essersi dimessa in occasione della maternità, che se nel settore pubblico non supera il 2% nel settore privato arriva al 18%, un dato estremamente significativo che sembra meritare certamente attenzione e approfondimenti, anche di ricerca.

Un ulteriore punto rilevante emerge dall'analisi dell'utilizzo del regime di *part time*. Si nota infatti come la maggior parte delle dipendenti che ne godono non sono madri con figli piccoli. Tra le lavoratrici con figli di età inferiore ai cinque anni infatti solo il 10% lavora a tempo parziale. Ciò segnala che, almeno negli ultimi anni, le aziende sanitarie non abbiano sfruttato tale meccanismo di flessibilità lavorativa per agevolare il lavoro delle mamme con bambini piccoli e il pieno rientro delle infermiere dalla maternità. Si tratta di un elemento di particolare importanza, che potrebbe aprire proficue riflessioni da parte delle direzioni infermieristiche in merito alle logiche sulla cui base viene concesso il tempo parziale e potrebbe aprire anche a eventuali innovazioni legali e contrattuali che permettano di trasformare in contratti a tempo parziale quelli delle neomamme, indipendentemente dalle quote già presenti in azienda e dal loro grado di utilizzazione. In una società basata su famiglie nucleari, e in alcuni casi monoparentali, in cui i tempi di vita, di lavoro e di istruzione di genitori e figli si incrociano tra loro, i contratti di lavoro a tempo parziale non possono essere percepiti dalle aziende come un problema in sé. Se nel nostro paese vogliamo – come dichiarato a più riprese – aumentare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro, allora dobbiamo necessariamente lavorare affinché il *part time* divenga una modalità diffusa e, al contempo, non problematica, di organizzare il lavoro, anche in ambito sanitario⁸. È questa l'evidenza che risulta chiara quando si guarda all'esperienza dei paesi – in Nord Europa e altrove – che hanno alti tassi di impiego femminile. A tal fine appare però necessario non considerare aprioristicamente il tempo parziale come un problema, ma lavorare piuttosto concretamente affinché non lo sia.

Infine, e sempre rispetto agli orari di vita lavorativa e familiare, l'analisi conferma la scarsa compatibilità tra le condizioni del lavoro infermieristico e gli orari di apertura degli asili. Da un lato ciò pone la questione della disponibilità molto limitata di asili aziendali, che garantiscono una migliore risposta a tali esigenze. Dall'altro lato rimane il fatto che in ogni caso gli orari degli asili hanno difficoltà ad adeguarsi ai tipici orari del lavoro per turno, in quanto ciò risulterebbe non compatibile con le necessità fisiologiche dei bambini: in altre parole non è immaginabile che i bimbi entrino

⁷ In alcuni casi la gravidanza *tout court* potrebbe essere una sorta di “soluzione d'uscita” a carichi lavorativi gravosi o ad ambienti di lavoro stressanti. In questo caso, le infermiere potrebbero cioè “scegliere la gravidanza” proprio per la possibilità di staccare per un anno dal lavoro e rientrare, magari in un nuovo ruolo o in una nuova attività.

⁸ Una situazione specifica, non rara, è che moglie e marito siano entrambi dipendenti della stessa azienda sanitaria e magari tutti e due infermieri. In tal caso la gestione dell'azienda dovrebbe essere particolarmente attenta, in modo da trovare insieme alla coppia di coniugi soluzioni compatibili con il loro ruolo di genitori e, più in generale, compatibile con le necessità della vita extra-professionale (ad esempio evitando che marito e moglie abbiano gli stessi turni).



all'asilo già di mattina molto presto perché la mamma poi deve entrare in servizio con lo “smonto notte” oppure escano dall'asilo molto tardi alla sera, dopo che la mamma finisce il turno del pomeriggio. In altre parole, gli asili nido – aziendali o no – sembrano per lo più destinati a lavoratori giornalieri e non considera chi è soggetto ai turni di servizio organizzati sulle 24 ore. Di nuovo, anche in questo caso si tratta di costruire condizioni di lavoro che tengano conto di ciò, con disponibilità, responsabilità e competenza da parte sia dell'azienda sia delle dipendenti.



5. Conclusioni

La professione infermieristica è da sempre caratterizzata da un'alta prevalenza di donne. Guardando al personale dipendente a tempo indeterminato dell'aggregato "Servizio Sanitario Nazionale" del Conto Annuale gestito dalla Ragioneria Generale dello Stato⁹ a fine 2011, le donne costituivano ben il 77% del personale di categorie D e Ds, cui appartengono i profili di infermiere, infermiera pediatrica e ostetrica e ben il 98% di chi aveva un contratto a tempo parziale. D'altro canto, la femminilizzazione non è una caratteristica della sola professione infermieristica. Sempre considerando quell'aggregato di aziende del Conto Annuale, dei 682'477 dipendenti censiti in totale, ben il 65% erano donne. Tale quota aumentava tra i 56'448 dipendenti che lavoravano a tempo parziale, arrivando al 95% (<http://www.contoannuale.tesoro.it/portal/cgi-bin/cognos.cgi>; 10 novembre 2013).

Tali numeri mostrano, se ce ne fosse bisogno, il contributo determinante portato dalle donne nel prestare assistenza infermieristica nel nostro sistema sanitario e dunque rendono evidente come una gestione efficace della maternità non sia un elemento "di contorno" o opzionale per le aziende sanitarie, ma sia invece un elemento chiave della loro funzionalità complessiva.

Il "problema" della maternità, secondo un comune sentire, si sostanzia in effetti negativi sia per le lavoratrici sia per le aziende (Imperatori e Paolino, 2013:94). D'altro canto, «quanto più si implementano prassi per la gestione della maternità basate sul coinvolgimento (quali, per esempio, la possibilità per la donna di usufruire di lavoro flessibile, l'attivazione di programmi di *coaching* e di formazione collegati specificamente alla maternità), tanto più la madre potrà disporre delle risorse e delle opportunità adeguate per affrontare questo momento e sarà incline a sviluppare una relazione collaborativa e trasparente con l'azienda verso il perseguimento di un obiettivo comune, riducendo così i costi di coordinamento e di conflitto potenziale» (*ibidem*, 97). La gestione efficace della maternità richiede quindi il contributo di azienda, lavoratrici madri e *management* di linea (*ibidem*, 104; Cuomo e Mapelli, 2013:107-8; cfr. anche Box 1, relativo a qualunque contesto e dunque non specifico per il settore sanitario o il personale infermieristico). In particolare:

- l'azienda può contribuire promuovendo politiche di conciliazione tra maternità e lavoro, quali una maggiore attenzione alla gestione degli orari di lavoro, il ricorso al lavoro a tempo parziale o – eventualmente per funzioni specifiche e periodi limitati – al telelavoro, l'apertura di asili aziendali, il convenzionamento con servizi di *babysitting*, l'offerta di servizi che aiutano i genitori a sbrigare attività che altrimenti occuperebbero tempo, quali servizi di lavanderia, di posta, mensa *take away*, palestra, ecc. Oltre a ciò, l'azienda può sostenere la relazione tra capo e collaboratore, con momenti *ad hoc pre e post* congedo, con formazioni specifiche (ad esempio sulla normativa vigente in tema di maternità, sulla salute e sulle misure da osservare nel corso della gravidanza), ecc. Infine, l'azienda può sforzarsi di informare al meglio la madre, soprattutto alla vigilia del rientro a lavoro, di ciò che è successo in azienda, attraverso l'individuazione di colleghi-tutor, l'invio a casa di eventuali giornalini aziendali, lo sviluppo di appositi forum su internet, ecc. Infine, al rientro l'azienda dovrebbe preoccuparsi di capire al meglio quali sono le nuove esigenze della madre e se e come può soddisfarle (o quantomeno accompagnarle). In tal senso l'azienda può offrire ai neo-genitori servizi di *coaching* o prevedere almeno colloqui strutturati. Tutte tali azioni daranno prova alla

⁹ Pur rappresentando solo parte del sistema sanitario, si tratta comunque di un insieme rilevante di aziende e che può essere considerato significativo ai fini del presente rapporto di ricerca.



lavoratrice di un impegno reale da parte dell'azienda e dunque contribuiranno a costruire un clima di reciproca, responsabile fiducia;

- la dipendente deve investire nelle proprie capacità di pianificare il ritorno al lavoro e di comunicare le proprie intenzioni e aspettative in modo trasparente all'azienda e al gruppo di lavoro in cui è inserita. L'infermiera deve inoltre essere disponibile a una programmazione per quanto possibile congiunta con il proprio capo e i colleghi;
- il *management* di linea, e cioè i capi, devono avere adeguate competenze di comunicazione orientate alla prestazione, così come disporre di appropriate informazioni relative alla normativa, ecc.

Box 5.1. Fasi e strumenti per la gestione aziendale della maternità secondo le buone pratiche di *management*

PRIMA DEL CONGEDO

In questa fase quattro sono i concetti chiave che devono guidare la progettazione di soluzioni aziendali.

- **Informare:** ovvero chiarire, esplicitare e comunicare cosa prevede la legge e quali sono le pressioni aziendali inerenti la genitorialità verso tutti i lavoratori (uomini e donne).
- **Coinvolgere:** prima che la lavoratrice entri in congedo è importante che le imprese concordino con la stessa comportamenti volti a tenere aperta la comunicazione, lo scambio e il confronto rispetto alle diverse problematiche organizzative e gestionali e finalizzati a coinvolgere (e responsabilizzare) la persona rispetto alla ricerca di soluzioni adeguate.
- **Pianificare:** ovvero programmare i tempi del congedo e le modalità di coinvolgimento durante e dopo il parto. Utile a tal fine prevedere incontri dedicati (con scalette e ordini del giorno previsti e standardizzati) tra capo, lavoratrice e direzione del personale.
- In termini generali, individuare per ogni funzione/divisione le posizioni organizzative compatibili con modalità di lavoro flessibile.

DURANTE IL CONGEDO

In questa fase in cui la lavoratrice è di fatto "fuori" dall'organizzazione le cautele e le indicazioni gestionali sono ancorate a due principi.

- **Riorganizzare** (per il domani). Ovviamente tale riprogettazione dovrà considerare anche il medio termine e dunque l'eventuale necessità di riorganizzare al rientro della lavoratrice o comunque prevedere un ruolo di rientro per colei che è in congedo. Questo per dare valore alla maternità, non considerandola un evento imprevisto e imprevedibile, ma segnalando al contrario la volontà di gestirla.
- **Coinvolgere:** mantenere un contatto con la lavoratrice. Ovvero individuare canali per mantenere uno scambio che garantisca un continuo aggiornamento e un'inclusione continua nel contesto lavorativo. A tale proposito esperienze di successo segnalano il valore della tecnologia (per es. la intranet aziendale) ma anche la nomina di ruoli espressamente dedicati, o ancora il recapito di giornali aziendali o di quanto possa aiutare a mantenere ancorata la relazione tra lavoratrice madre e azienda.

IL RIENTRO IN AZIENDA

In prossimità del reinserimento in azienda è importante concordare le modalità specifiche del rientro, seguendo anche qui tre indicazioni chiave.

- **Flessibilizzare i tempi e i luoghi di lavoro.** La presenza e la fruibilità di piani alternativi di flessibilità spazio-temporale rendono meno onerosa e faticosa la conciliazione tra ruolo professionale e genitoriale e impongono alla madre (e perché no, al padre, una maggiore responsabilizzazione).
- **Ascoltare.** L'azienda può offrire servizi di supporto ai dipendenti, sia per le madri sia per padri, sotto forma di colloqui one-to-one di counseling o di coaching su specifiche tematiche, per fare emergere possibili esigenze e bisogni sorti durante il periodo maternità.
- **Supportare.** Significa aiutare concretamente la madre (e i padri) circa la gestione quotidiana dei figli, per esempio con la creazione di servizi *ad hoc*, quali gli asili nido aziendali o interaziendali e l'istituzione di convenzioni con agenzie di baby-sitting o asili nido. Il messaggio in questo caso è chiaro: l'azienda ti aiuta e ascolta le tue necessità, ma nel contempo richiede una maggiore continuità e certezza nella relazione.

Fonte: Cuomo e Mapelli, 2013:110-1.



Le evidenze che è possibile trarre dalle buone pratiche gestionali e dalla letteratura di *management* ci mostrano un panorama articolato di misure che prescindono e vanno al di là delle semplici previsioni contrattuali e normative. In tal senso i risultati del nostro questionario sembrano indicare prassi aziendali che restano invece schiacciate sugli istituti contrattuali e legislativi a tutela della maternità. Esse mostrano inoltre un ampio utilizzo di quegli istituti da parte delle infermiere madri. Nel quadro delineato dalle risposte al questionario, gli spazi per misure diverse da quelle previste dalle norme appaiono in complesso ristretti e poco sfruttati. La gestione della maternità diviene allora, per lo più, l'applicazione di norme, con il rischio di una sostanziale burocratizzazione e deresponsabilizzazione da parte sia dell'azienda che dell'infermiera madre.

Considerata la centralità del lavoro femminile per la professione e, in generale, per il funzionamento del sistema sanitario, si tratta di temi che meritano certamente ulteriori approfondimenti, secondo tre dimensioni:

- estendere l'analisi al fine di assicurare un'adeguata rappresentatività statistica, così da rafforzare ulteriormente le implicazioni manageriali e di *policy* sopra accennate;
- sviluppare l'analisi delle percezioni che le infermiere hanno relativamente ai contenuti del Box 5.1;
- rilevare le percezioni su questo tema del *management* aziendale (es. direzione infermieristica, direzione generale, direzione del personale, ecc.), per poterle poi incrociare con quelle delle infermiere e cercare di verificare:
 - o se i risultati delle risposte delle infermiere sono in parte spiegati dalla presenza di adeguati sistemi gestionali;
 - o quanto le percezioni che di questo importante fenomeno hanno i diversi attori coincidono o divergono.



6. Bibliografia citata

Cuomo S., Mapelli A., 2009, *Maternità quanto ci costi? Un'analisi estensiva sul costo di gestione della maternità nelle imprese italiane*, Guerini e associati, Milano.

Cuomo S., Mapelli A., 2013, Prassi aziendali e maternità. È possibile conciliare maternità e lavoro?, *Economia & Management* 1:103-19.

Imperatori B., Paolino C., 2013, I costi aziendali per gestione della maternità. Realtà, percezioni e leve di intervento, *Economia & Management* 4:93-108.