

Iniziativa Ospedaliera

LA RIVISTA DELL'ANAAO ASSOMED

1

Poste Italiane Spa
Sped. in Abb. Postale
D.L. 353/2003 (Conv. in l.
27/02/2004 n. 46) art. 1, comma
1, dr Commerciale Business
Roma N.11/2006

www.anaao.it

Supplemento a *Dirigenza Medica* 1/2013

Donne in medicina:

**una nuova sfida
per la sanità
del futuro**

**I Conferenza Nazionale
Donne Anaaao Assomed**



Supplemento a Dirigenza Medica 1/2013
il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Venti Settembre 68
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

DIRETTORE
Costantino Troise

DIRETTORE RESPONSABILE
Silvia Procaccini

COMITATO DI REDAZIONE:
Giorgio Cavallero
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Carlo Palermo

COORDINAMENTO REDAZIONALE
Ester Maragò

IMPAGINAZIONE:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

PERIODICO ASSOCIATO



EDITORE



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18 - 00147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del
25.3.2002. Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003 (conv.
in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza dei dati forniti
dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Artigrafiche Agostini Roma

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di febbraio 2013

Presentazione di <i>Costantino Troise</i>	3
Verso un nuovo modello organizzativo <i>Rosella Zerbi e Alessandra Spedicato</i>	5
Donne e medicina: scelte, tempi, prospettive, libertà <i>Sandra Morano</i>	10
La conciliazione tempi di vita - tempi di lavoro: il quadro giuridico <i>Carla Spinelli</i>	15
Le dinamiche sociali alla base della femminilizzazione della professione medica <i>Giovanna Vicarelli</i>	19
Opportunità e vincoli per l'organizzazione del lavoro <i>Isabella Mastrobuono</i>	23
Gli aspetti contrattuali <i>Elvira Gentile</i>	27
Differenze generazionali nel futuro della professione medica <i>Caterina Ermio</i>	30
L'attenzione della Fnomceo alla medicina declinata al femminile <i>Annarita Frullini</i>	31
Formazione e organizzazione del lavoro sanitario <i>Enrico Reginato</i>	33
Femminilizzazione delle specializzazioni chirurgiche: la ginecologia è in controtendenza <i>Carlo Sbiroli</i>	36
Tutela della maternità e paternità del dirigente medico <i>Vincenzo Bottino</i>	37

Presentazione

La I Conferenza Nazionale delle Donne Anaa Assomed segna un passaggio importante per la nostra Associazione. Forse non siamo i primi nel mondo della sanità a proporci di analizzare un fenomeno strutturale, quale la impetuosa transizione di genere, che interessa il sistema sanitario italiano con un impatto prevedibile, sulla medicina e sulla sanità, non inferiore a quello che hanno la transizione demografica e la transizione epidemiologica. Ma certo è la prima volta che un'organizzazione, un'associazione professionale a carattere sindacale, vuole assumere questo fenomeno all'interno delle proprie proposte strategiche. Il che vuole dire farne una parte essenziale e costitutiva di quello che è oggi un sindacato moderno, chiamato ad intercettare e rappresentare esigenze e legittimi interessi di una intera categoria in rapida mutazione, alla quale si impegna a dare anche una compiuta visione di genere.

Se siamo consapevoli del profondo cambiamento del mondo intorno a noi, ed in particolare della sanità, non possiamo accettare che il sindacato rimanga quello di dieci anni fa, e agire come se la crescita impetuosa delle donne anche tra i nostri iscritti fosse semplicemente un fenomeno di costume. Questo vuol dire che l'Anaa Assomed intende assumere l'impegno, che già nel congresso statutario del 2013 avrà una prima verifica, di rileggere il sindacato alla luce della differenza di genere dentro la sanità che cambia, di far sì che, anche da un punto di vista organizzativo, cresca la rappresentanza e la partecipazione di energie ed idee nuove che tanta parte costituiscono del sistema sanitario.

Non entro nel merito delle dinamiche sociali e culturali di questo fenomeno complesso, che sarà trattato brillantemente dalle relatrici che hanno accettato il nostro invito, se non per sottolineare che l'idea di una sua valenza negativa, quale testimone del declino della professione che va accompagnando quella crisi della dominanza professionale che parte dalla metà degli anni '90, è non convincente e non suffragata da evidenze, per quanto diffusa, anche al nostro interno. La questione comunque mi pare di interesse solo accademico e sociale.

Il dato strutturale che invece dobbiamo tenere in considerazione è quello di un fenomeno che interroga un'Organizzazione come l'Anaa Assomed, che ha sempre avuto l'ambizione, o la velleità, di cambiare le cose e di cambiare il mondo della sanità, che mai si è limitata a semplicemente firmare contratti nazionali e aziendali, ma ha sempre sviluppato una visione generale di rappresentanza ed interprete di una professione protagonista del cambiamento.

Senza dimenticare le difficoltà dello scenario odierno. Da mesi andiamo denunciando un'operazione politica malamente travestita da operazione contabile, un taglio di 31 miliardi, che oggi, e non nel 2040, cambia la "pelle" del servizio sanitario nazionale e, ad onta dell'ipocrisia di chi parlava di invarianza dei servizi, sta tagliando pesantemente qualità e quantità delle prestazioni erogate ai cittadini e peggiorando le condizioni di lavoro dei professionisti.

Definanziamento, conflitti istituzionali, marginalizzazione dei professionisti dalle decisioni delle aziende, stanno minando la sanità pubblica, con un obiettivo, tutt'altro che nascosto, di aprire alle magnifiche e progressive sorti dei mercati assicurativi, portando via pezzi della equità e dell'universalismo voluti dalla Legge 833.

Né possiamo lasciar correre che all'interno di un dibattito sulla sostenibilità economica del servizio sanitario, che trovo francamente basato su presupposti errati, si prescinda dal fatto che il problema della sanità non è la crescita dei costi sanitari, ma la mancata crescita del Paese. Ma qualcuno può veramente immaginare che possiamo rimanere in questa recessione per 10-20-30-40 anni? E che Paese avremo con questa recessione?

E a chi dice che esistono sistemi che stanno meglio come la Germania, che accumula 5 miliardi di avanzo oppure la Francia, che però ha 8 miliardi e mezzo di debiti all'anno (molto più dell'Italia), forse occorre ricordare che la Germania spende 2 punti di Pil più di noi sulla sanità e che il costo di ogni cittadino è 46 volte superiore a quello di un cittadino italiano. E se paragoniamo gli indicatori di salute, cioè gli outcomes del sistema, i nostri sono migliori di molti altri, il che vuol dire che anche con scarse risorse otteniamo ottimi risultati, perché noi ci mettiamo lavoro, abdicazione e passione.

E allora il problema reale, non è che non ci sono più soldi per sostenere la sanità pubblica e non possiamo permetterci il servizio sanitario nazionale. Ma certo non ci sono più soldi per sostenere un sistema che è cresciuto a Roma con 5 policlinici, per volontà divina o per volontà del Rettore, in

Presentazione

una giungla di strutture religiose, non estranee a volte ad una gestione truffaldina, come i dati della magistratura testimoniano.

Non dobbiamo ragionare assumendo come fisiologico ed inevitabile il dato della corruzione, della invasività della politica, del malaffare, degli sprechi, che sicuramente esistono in questo settore, ma dobbiamo partire da qui per recuperare ciò che manca a rafforzare il servizio sanitario nazionale. Né dobbiamo assumere come un dato inevitabile, il dilagare della medicina difensiva, che ormai ha inquinato il rapporto medico-paziente, ed è uno dei fattori di non sostenibilità del sistema sanitario, di cui costituisce un problema strutturale. Dobbiamo intervenire dove possibile, con azioni concrete, culturali e strutturali, che interrogano la politica perché la scelta del modello di welfare non è tecnica ma riguarda la democrazia. Devono essere i cittadini a decidere quale modello di welfare vogliono, e non si deve partire da un'idea tecnocratica che usa la sanità come un laboratorio per sperimentare soluzioni privatistiche.

Questo sistema va avanti anche grazie all'abnegazione di centinaia di migliaia di professionisti che lavorano e che sostengono il servizio sanitario, tra milioni di ore non pagate e non recuperate, tra le ferie accumulate, tra orari che non conoscono interruzioni, e rischi penali e patrimoniali. Questo sistema ha una mission e cioè rispondere al valore dell'art. 32 della Costituzione, che viene prima dei dati economici, e comunque non si può ridurre tutto a meri calcoli numerici, perché dentro ci sono il valore del lavoro e i diritti dei cittadini e dei professionisti.

Siamo consapevoli del fatto che l'ingresso delle donne in medicina comporta modifiche della organizzazione del lavoro, che in Italia rappresenta l'ultimo residuo del modello fordista, in cui il professionista è un mero fattore produttivo, utilizzato dall'azienda a proprio piacimento, una macchina banale addetta a compiti esecutivi.

Vogliamo utilizzare l'occasione di accogliere le novità richieste dall'ingresso del "genere", per ragionare su modifiche positive per tutti, una nuova organizzazione del lavoro all'altezza dei professionisti che in quel lavoro si riconoscono. Continuiamo a credere che il conflitto che oggi è evidente, tra organizzazioni del lavoro e sistema di tutele, non possa risolversi con un abbassamento di tutele quanto con un cambio di organizzazione. Il nostro compito è di fare in modo che questo dualismo non porti ad una sconfitta del sistema dei diritti, non porti a pensare di potere dare un diritto in più a qualcuno soltanto se lo tolgo a qualcun altro, in un gioco a somma zero. Non accettiamo un sistema duale del sistema dei diritti, come non accettiamo che il diritto alla salute, che è uno e indivisibile, possa essere declinato in base al reddito o in base al luogo di residenza.

Il nostro intento è portare questa Associazione all'altezza della sfida che il cambiamento esige, provando a vincere le resistenze fisiologiche che caratterizzano ogni gruppo organizzato, sollecitandola a ripensarsi e a rivedersi, ad includere meriti e disponibilità.

Non so se Confucio pensava all'Anaao quando diceva che "la cultura viaggia al tempo dei secoli", ma credo che noi oggi abbiamo il compito di riuscire a dimostrare che si può cambiare prima che trascorrono dei secoli, sia dal punto di vista organizzativo, che da un punto di vista culturale.

In questi 50 anni la nostra Organizzazione ha avuto l'ostinata convinzione di tenere insieme gli interessi della categoria con gli interessi dei cittadini, il che deve ripetersi anche su queste tematiche. Tenere insieme interessi di "genere" con gli interessi del sistema. Tenere insieme i professionisti qualunque sia il loro genere, tenerli ancorati all'obbligo dell'articolo 32 della Costituzione e difendere la categoria tutta, difendendo anche i cittadini che a noi si rivolgono in un momento difficile della loro esistenza.

Costantino Troise

Segretario Nazionale Anaao Assomed

Verso un nuovo modello organizzativo

Rosella Zerbi e Alessandra Spedicato

Componenti Segreteria Nazionale Anaa Assomed

Coordinatrici Gruppo di lavoro Anaa Assomed sulle politiche femminili

Parlare in modo costruttivo del ruolo delle donne nel mondo del lavoro non è impresa facile.

È come camminare lungo lo stretto crinale che separa due precipizi: da una parte il rischio di cadere nel “cahier de doléances” di tutto ciò che alle donne viene negato o concesso dopo innumerevoli sforzi, dal lato opposto il precipizio delle rigide prese di posizione basate su “woman is better” “women do it better”.

L'Anaa Assomed ha deciso di percorrere questo crinale il 15 dicembre 2012 con la Prima Conferenza Nazionale sulle Donne in Sanità.

L'evidenza della crescente presenza femminile in Sanità non è una novità. Innovativo è stato lo sforzo di superare la consueta, ripetitiva e ormai sterile descrizione di un fenomeno attraverso proposte di soluzioni pratiche, di nuovi modelli organizzativi, con l'accortezza di inquadrare ogni soluzione in termini di famiglia e conciliazione, piuttosto che attraverso il paradigma uomo/donna.

La conferenza, specificamente indirizzata alle donne, ha visto una importante partecipazione delle colleghe in sala, con interventi, domande e progetti di collaborazione futura. Oltre le nostre aspettative la presenza di colleghi, a dimostrazione di genuino interesse.

Pertanto obiettivo futuro sarà realizzare i progetti e le idee messi in campo, sviluppare nuove proposte che sposino le nascenti esigenze della sanità italiana con la completa collaborazione delle colleghe e dei colleghi. Insieme, perché il nostro lavoro è, e sarà sempre, un lavoro di squadra.

Alcuni dati

L'ingresso delle donne nelle facoltà di Medicina e nella professione medica è stato lentissimo: in Italia nel 1881 le uniche due donne che esercitavano la professione medica rappresentavano lo 0,01% del totale dei medici e nel 1921 le 623 laureate in medicina rappresentavano il 2% del totale dei laureati in medicina (ma solo la metà di esse esercitava la

professione medica). Già nel trentennio dal 1974 al 2004 la percentuale di laureate si è modificata in modo significativo passando dal 15,8 del 1974 al 60,4% del 2004.

Dai dati del Conto annuale della Ragioneria dello Stato pubblicati a dicembre 2012 e riferiti al 2009 si rileva che le donne medico dipendenti del Ssn sono 42.780 e rappresentano il 38,6% del totale dei medici dipendenti del Ssn.

Attualmente tra i medici chirurghi sotto i trenta anni (25-29) il 63,4% è donna, tra i professionisti fra i 30 e i 34 anni il 59,6% ed anche tra i medici che hanno dai 35 ai 39 anni la maggioranza è rappresentata dal gentil sesso con il 51,9%.

Dai dati Onaosi si individua il 1968 come anno di nascita che separa la prevalenza maschile e femminile tra gli iscritti: al di sotto dei 44 anni prevale la componente femminile e oltre i 45 anni prevale la componente maschile.

La presenza femminile inizia lentamente a coinvolgere anche quelle branche specialistiche storicamente appannaggio (dell'universo) maschile, come la neurochirurgia e la cardiocirurgia, ma è ancora lunga la strada delle pari opportunità nei posti apicali, strada che assicuri una selezione indenne da condizionamenti e/o pregiudizi di genere. Infatti al 2010 le donne che ricoprono incarichi di direttore di struttura complessa sono il 14% (1272 vs 10154 uomini) e donne al comando di una struttura semplice sono 5267 contro 18472 uomini (il 28%).

Solo il 9% dei Direttori Generali è donna (25 ♀ contro 273 ♂) e anche raggruppando insieme Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo non si arriva al 18% delle presenze rosa.

Anche nell'Anaa Assomed le donne, che sono il 37% del totale dei medici iscritti e il 72% del totale dei biologi iscritti, sono scarsissimamente rappresentate negli organismi statutarî¹.

Dunque, nonostante il fatto che le studentesse ottengano risultati brillanti non meno, anzi spesso di più, degli studenti e che le intelligenze e le competenze siano equamente distribuite nel genere umano, è evidente che al momento

1 Sul totale degli iscritti Anaa Assomed (tot. medici e tot biologi) cumulativamente tra le 2 professioni il 58% è rappresentato da uomini (ed il restante 42% da donne). Dunque c'è una significativa parte di donne medico che si interessano o vorrebbero interessarsi all'attività sindacale. Di queste ultime però, solo 2 (di cui una cooptata) sono presenti fra i 23 componenti della Segreteria Nazionale (8%); nel Consiglio Nazionale le donne sono 3 su 46 fra i consiglieri eletti e 6 su 18 tra i consiglieri cooptati (senza diritto di voto).

I segretari regionali donna sono 2 su 20, nessuna donna sui 12 componenti la Commissione Controllo e nessuna donna tra i 7 componenti il Collegio dei Revisori dei Conti.

Per molto tempo il nostro sindacato ha espresso nelle cariche nazionali e nei suoi organismi statutarî esclusivamente il genere maschile, nonostante da sempre annoveri tra i suoi iscritti molte colleghe. Ciò ha significativamente contribuito al ritardo con cui è stata colta l'importanza dei cambiamenti legati al crescente numero di laureate in medicina entrate e in ingresso nel del lavoro, e alla scarsa attenzione anche del nostro sindacato ai cambiamenti della società con la conseguente tardiva consapevolezza della necessità di modulare e adattare l'organizzazione del lavoro al ruolo che la donna lavoratrice, anche medico, ha.

dell'ingresso nel mondo del lavoro intervengano fattori penalizzanti che impediscono di valorizzare in egual misura le capacità femminili e maschili. Sicuramente pesano retaggi culturali più radicati in Italia che altrove, ma anche elementi legati all'organizzazione del lavoro che, in ambito medico, si è nel tempo modellata a misura maschile, ovvero a misura del genere fino ad oggi più ampiamente rappresentato nella categoria professionale.

È importante sottolineare che le pari opportunità, espressione di democrazia, non si raggiungono tentando di misconoscere le diversità, o continuando a pensare che le donne siano "come gli uomini". Le pari opportunità si realizzano riconoscendo le differenze e valorizzandole per obiettivi comuni.

Sulla base di queste considerazioni l'Anaa Assomed ha voluto affrontare il tema del ruolo delle donne in medicina con particolare attenzione alle problematiche e alle criticità specifiche in ambito lavorativo, per poter evidenziare e analizzare i problemi di carattere organizzativo-gestionale che le colleghe incontrano in un mondo lavorativo concepito, ripetiamo, nella sua struttura e nei suoi riferimenti su un modello maschile.

Su quanto premesso si è concentrato il gruppo di lavoro sulle "politiche femminili"² che, nel corso della Prima Conferenza Nazionale Donne Anaa Assomed tenutasi il 15 dicembre 2012 a Roma, ha illustrato alcune proposte che presentano aspetti positivi per tutti, colleghi e colleghe, a prescindere dal genere o dall'età.

La conciliazione (im)possibile

Sono numerose le compagnie multinazionali che, di fronte alla necessità di integrare il personale femminile dirigenziale, hanno cercato soluzioni per meglio conciliare il binomio famiglia-lavoro ma le risposte trovate non sono compatibili con le caratteristiche del lavoro in Sanità.

Soluzioni quali il telelavoro, il lavoro in autonomia d'orario, la banca delle ore non sono adattabili alla professione medica che è una professione "di contatto" (con il paziente) e nella quale si deve essere disponibili la notte, i festivi e in sincronia con le esigenze e l'attività dell'équipe.

Altre soluzioni presenti in grandi aziende, quali il counselling familiare, il servizio maggiordomo (la spesa viene portata in ufficio), il servizio navetta per i figli sono sicuramente buone misure di conciliazione ma solo corollario di un supporto familiare al momento assente, e forse anche difficilmente gestibili e sostenibili per il Ssn.

A livello europeo, per quanto riguarda la specificità delle problematiche femminili in sanità, la situazione non è molto differente. Non sono stati mai effettuati studi ad hoc sulle criticità da noi rilevate e i pochi articoli di settore si focalizzano sulla disparità economica nella retribuzione lavorativa tra uomo e donna o su problematiche connesse alla

classe infermieristica (www.presst-next.fr a cura di Madeleine Estry-Behar).

Tramite la Fems abbiamo inviato a tutti i paesi membri un questionario da dove è emerso che le criticità organizzative – e le difficoltà a trovare soluzioni – rimangono le medesime. A cambiare sono le politiche sociali a sostegno della famiglia che, in paesi per esempio come Francia e Svezia, offrono un maggior ventaglio di offerte per l'assistenza e la cura parentale. In uno scenario così articolato sono numerosi gli aspetti meritevoli di interesse; il gruppo di studio ha deciso di focalizzare la sua attenzione su problematiche che fossero di genere nel senso più ampio del termine e che potessero coinvolgere uomini e donne medico, in un'ottica di pari responsabilità e condivisione di quella che è la cura e l'assistenza della famiglia.

Le criticità

Mancata erogazione della sostituzione per lunghi congedi di maternità e/o parentali

Il lavoro del medico è un lavoro di squadra. L'assenza dal lavoro di una dipendente per motivi correlati alla maternità, qualora questa non venga sostituita (modalità regolamentata dall'art. 4 Dlgs 151/01), viene percepita come una zavorra e contribuisce ad alimentare quel sentimento di ostilità e di sottintesa disapprovazione verso la collega. Sostituire la lavoratrice in maternità non è dunque un diritto della donna stessa ma è un diritto dell'équipe in cui questa lavora. Con una corretta e puntuale procedura di sostituzione ne traggono giovamento i responsabili di UO (che riescono a ripartire il lavoro del gruppo), i colleghi (che non soffrono di un sovraccarico di ore), la lavoratrice e il sostituto/a a cui viene offerta una possibilità lavorativa e di ulteriore formazione professionale.

Un'indagine effettuata dall'Anaa Assomed relativa agli anni 2009-2011 mostra che viene sostituito meno del 10% delle donne in astensione dal lavoro ed i dati, pur non rappresentativi di tutte le regioni, evidenziano una significativa tendenza al peggioramento nel corso degli ultimi 36 mesi.

Vale la pena sottolineare che è poco conosciuto e poco richiesto dai padri italiani (medici compresi) il diritto ad usufruire del congedo parentale, anche in contemporanea con il congedo della madre nei primi mesi di vita del figlio, ed in alternativa alla madre nei primi anni di vita dei figli. In ciò si evidenzia un'enorme distanza, non solo normativa ma piuttosto culturale, con altre realtà europee (ad esempio: Svezia, Norvegia, Francia).

Mancata flessibilità dell'orario di lavoro

La modifica all'art. 9 della L 53/00 (art.38 L69/09) prevede che la flessibilità dell'orario di lavoro (flessibilità entrata/uscita,

2 Gruppo di lavoro: Lidia Boccardi, Giuseppina Boidi, Susanna Montaldo, Angelica Parodi, Silverio Selvetti, Alessandra Spedicato, Rosella Zerbi.

Donne in medicina: una nuova sfida per la sanità del futuro

banca delle ore, accorpamento delle ore nel periodo dell'allattamento) sia promossa e concessa in accordo con il datore di lavoro alla dipendente che ne faccia richiesta, ma resta nei fatti inapplicata nei reparti come le camere operatorie, i servizi di guardia, di PS o di Rianimazione dove si lavora h 24. Recentemente nel Dl 221/12 (legge di stabilità) è stata introdotta una modificazione all'art.32 del Dlgs 151/01 che prevede: "la contrattazione collettiva di settore stabilisce le modalità di fruizione del congedo di cui al comma 1 su base oraria, nonché i criteri di calcolo della base oraria e l'equiparazione di un determinato monte ore alla singola giornata lavorativa...omissis".

La donna medico, informatasi personalmente dei suoi diritti di neo mamma (le Aziende non propongono questo tipo di soluzioni), qualora faccia richiesta di usufruire di una flessibilità oraria, rischia purtroppo di essere relegata a mansioni secondarie quali attività di consulenza o ambulatoriale per non ostacolare le consuete attività ospedaliere.

Questa inconciliabilità di tempo e di spazio, soprattutto in determinati momenti della vita familiare, può portare la donna a scegliere di subordinare/sacrificare la carriera a favore della vita privata o comunque a sacrificarsi ed impegnarsi molto più degli uomini per raggiungere uno stesso obiettivo (dimostrando così notevoli doti di organizzazione e di spirito di sacrificio).

Un'indagine dell'Ordine dei Medici di Roma del 2011 ha evidenziato che fra le donne medico che tentano la conciliazione tra vita familiare e vita lavorativa il 55% trascura le relazioni amicali e la cura di se stessa, il 18,6% i divertimenti, il 10% trascura il rapporto di coppia e il 5,5% quello con i figli.

È da ricordare che la necessità di flessibilità nell'orario di lavoro è perlopiù limitata a periodi circoscritti nella vita della donna/dell'uomo ed è generalmente legato alla cura di minori e anziani non autosufficienti. Alla crescita dei figli le esigenze familiari possono cambiare e quello che la donna ha, nel frattempo, potuto costruire nel settore professionale (anche grazie al supporto di un datore di lavoro lungimirante e comprensivo) potrà essere utilizzato finalmente "full-time".

Difficoltà di accesso al part-time

Una indagine interna svolta dal nostro gruppo di lavoro ha evidenziato lo scarso utilizzo del part-time, che non sfiora il 2%. Alla base del basso interesse nei confronti di questa forma può esserci stata una scarsa conoscenza e pubblicizzazione di questo istituto, la difficoltà di accesso allo stesso, la peggiore prospettiva pensionistica e, in parte, la più alta età media dei dirigenti medici, conseguenza del blocco prolungato delle assunzioni. Questo dato si discosta lungamente dalla percentuale media europea che è oltre il 30%.

Stress da mancata conciliazione famiglia-lavoro

Rilevare i principali fattori di stress sul posto di lavoro e individuare buone prassi comportamentali e gestionali per la

risoluzione degli stessi non è solo un obbligo di legge regolamentato dal Dlgs 81/08, ma è anche un'arma per aumentare la produttività del personale, diminuire il grado di assenteismo, ridurre la quota di incidenti intra - ed extra - lavorativi, ma soprattutto diminuire il rischio di errore clinico. Bastano queste osservazioni per comprendere l'importanza di creare condizioni lavorative nelle quali il dipendente (uomo o donna che sia) possa operare serenamente senza avere la preoccupazione di come gestire il figlio piccolo, il familiare anziano o con necessità di assistenza, ecc.

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna ha pubblicato recentemente uno studio in cui ha sottolineato che a risentire dello stress sono soprattutto le donne (talora anche a causa di cambiamenti ormonali fisiologici nell'età fertile) e i dipendenti che lavorano a contatto con il pubblico. Il medico, con il suo carico lavorativo che prevede turnazioni diurne e notturne, il rapporto con la malattia, la sofferenza e la morte, in più con l'obbligo di un risultato positivo, non può che vedere aumentate le sue fonti di stress.

Eurofound ha pubblicato a novembre 2012 la 'Third European Quality of Life Survey' (<http://bit.ly/V7OZXH>) dove sottolinea l'importanza del work-life balance per migliorare la produttività nel mondo del lavoro.

Assenza di nidi aziendali

Una rilevazione condotta dall'Anao Assomed ha portato alla luce che gli asili nido sono assenti nel 90% delle strutture ospedaliere (nella regione Campania non vi è un solo asilo nido) o effettuano orari incompatibili con le normali attività di un medico di guardia. Il dato è rilevante stante la consolidata insufficienza dei nidi pubblici.

Segnaliamo tra i pochi esempi positivi il nido aziendale dell'Ospedale Molinette di Torino, attivo da anni, e il recente Nido d'Infanzia Interaziendale dell'Azienda Usl di Rimini attivato per l'Anno Scolastico 2012-2013.

Specializzandi e contratti atipici

Il lungo percorso formativo necessario alla laurea in Medicina e Chirurgia, unito ai tempi delle scuole di specializzazione - dai 4 ai 6 anni - vede la donna medico affacciarsi al mondo del lavoro nell'età in cui tempi biologici e tempi sociali chiedono la soddisfazione di un eventuale desiderio di maternità. Rischio biologico, chimico, fisico e psicologico sono presenti nella routine quotidiana ma nessuna garanzia particolare è offerta alla lavoratrice medico che, sempre più spesso, trova impiego con (l'abuso di) contratti atipici nel pubblico impiego.

Alla luce delle criticità elencate, il gruppo di lavoro ha cercato possibili soluzioni e individuato spunti di riflessione. Un aspetto che è stato curato con attenzione è la minimizzazione dell'impatto economico delle proposte riportate sebbene consapevoli che il miglioramento della tutela dei lavoratori non può dipendere esclusivamente da considerazioni di mero carattere economico.

Ci preme, inoltre, sottolineare, che alla base del buon esito degli interventi di conciliazione ci deve essere un radicale *cambiamento culturale di mentalità*: riconoscimento di una parità tra i sessi nel lavoro di accudimento e cura dei familiari, riconoscimento della famiglia come 'unità produttiva' (non solo di capitale umano) e non 'unità di consumo' all'interno dell'economia nazionale, riconoscimento di un valore al lavoro effettuato tra le mura domestiche che consente così al coniuge di poter dedicarsi al lavoro "ufficialmente" riconosciuto a livello sociale.

Le proposte

1. Puntuale applicazione della legge

È necessario richiedere con fermezza quelli che sono i chiari diritti della lavoratrice e del lavoratore, anche per onorare la fatica di chi ha lottato per ottenerli. L'Anaa Assomed si propone di promuovere e pubblicizzare:

- L. 183/10: attivazione e promozione dei Cug (Comitati Unici di Garanzia), organismi partecipativi non conflittuali che possono svolgere un ruolo importante all'interno delle aziende a sostegno delle pari opportunità, del benessere dei lavoratori, con poteri consultivi sull'organizzazione del lavoro.
- Dl 221/12: in sede di prossima contrattazione stabilire modalità di fruizione delle forme di congedo parentale che si concilino con la normale turnistica dell'attività di guardia.
- Dlgs 151/01: la sostituzione del dipendente che usufruisca di lunghi periodi di congedo dal lavoro. È necessario sottolineare che la mancata sostituzione di un dipendente comporta un aumentato carico di lavoro per l'équipe, che ciò, oltre ad aumentare il rischio professionale, rappresenta anche un costo per l'azienda perché implica una ripartizione del lavoro sul personale rimanente con conseguente accumulo ore, ferie non godute, aumento dello stress lavorativo (diversi studi indicano come sia maggiore il tasso di malattia in ambienti di lavoro stressanti), diminuzione dell'attività (ricadute sul pubblico), aumento delle liste d'attesa. Quanto è monetizzabile tutto ciò?
- L. 53/00; art.38 L. 69/09: la possibilità per la donna medico di usufruire di un periodo di tutoring al rientro dal congedo.
- L. 53/00; art.38 L. 69/09: la possibilità di accorpare l'orario lavorativo nel periodo dell'allattamento.

2. Part-time o riduzione dell'orario di lavoro

La normativa che regola il part-time dovrebbe essere riconsiderata ed estesa.

Un utilizzo agevole e flessibile di questo istituto potrebbe portare ad un aumento della produttività, all'offerta di nuovi posti di lavoro, ad una riduzione dello stress dei lavoratori, ad una gestione più facile della vita quotidiana. Sono numerosi gli esempi di aziende non sanitarie che, concedendo con facilità part-time e modulando quasi ad personam la gestione dello stesso, hanno visto aumentare la produttività del lavoratore, diminuire l'assenteismo, rinunciare serenamente

alla riduzione dell'orario al termine del periodo in cui era necessario. (Nella condizione attuale infatti, data la grande difficoltà a vedersi accettata la richiesta di part-time, chi lo ottiene non vi rinuncia facilmente. In questo modo si crea un mancato utilizzo delle potenzialità del lavoratore e un clima di ostilità e di disparità tra colleghi).

Potrebbe essere interessante studiare nuovi criteri di accesso al tempo ridotto e sua gestione, che prendano in considerazione non solo l'età dei figli, ma anche il numero dei figli (che attualmente non viene considerato), che prendano in considerazione l'età dei dipendenti, che consentano di modulare l'orario di lavoro ridotto personalizzandolo all'interno dell'équipe di lavoro. Lo svantaggio dal punto di vista previdenziale deve essere studiato per valutare quanto brevi periodi di part-time incidano dal punto di vista contributivo.

3. Rimodulazione dell'orario di lavoro con particolare attenzione a chi lavora su turni h 24

Per conciliare i tempi casa-lavoro (soprattutto nelle grandi città) si può rivisitare l'orario di guardia notturno passando dalle classiche 12 ore (20-8) a 10 ore (21-7).

In questo modo:

- Il dipendente che smonta al mattino ha il tempo di tornare a casa e poter aiutare, ad esempio, a portare i figli a scuola. Ricordiamo che la scuola dell'obbligo prevede l'ingresso alle 8:30 del mattino e quest'orario è inconciliabile (soprattutto quando si deve coprire una lunga distanza per andare a lavoro) con orari di lavoro che prevedono l'ingresso alle 8/8:30 del mattino.
- Il dipendente che inizia il turno notturno ha la possibilità di aspettare il familiare che torna a casa dal lavoro e di aiutarlo nelle faccende domestiche e nella cura dei bambini al momento della cena/sonno e degli anziani.
- È sufficiente che un solo dipendente prolunghi il turno diurno fino alle 21 o fornisca il cambio alle 7. Gli altri colleghi possono continuare a lavorare sulla classica turnistica 8-14-20.
- È possibile accorpare un turno 7-14 ad un 14-20 o 8-14 a 14-21 senza compromettere le 11 ore di riposo necessarie per il recupero psicofisico del lavoratore.
- I lavoratori che sono esonerati dalle notti possono partecipare a questa modalità organizzativa perché viene considerato lavoro notturno quello svolto tra le 22 e le 6.

L'équipe, o parte di essa, può anche pensare di rimodulare la propria organizzazione interna in altri modi, per esempio con turni 9-21 così da favorire la conciliazione dei tempi casa-lavoro nell'accompagnare i figli a scuola.

La parola d'ordine è dunque flessibilità.

Il maggior ostacolo ad un progetto del genere è sicuramente il cambiamento rispetto a consuetudini radicate nella quotidianità, ad un iniziale maggior onere per la compilazione dei turni di guardia.

4. Incentivi all'équipe family-friendly

Il gruppo di lavoro o l'équipe che favorisce l'inserimento dei dipendenti con problematiche familiari e promuove la conciliazione dei tempi casa-lavoro merita un riconoscimento quale, ad esempio, corsi di formazione gratuiti (con conseguente ricaduta positiva sul livello di preparazione dell'équipe) e pronto recupero del monte ore eccedente.

5. Mission

Per quanto il benessere organizzativo e le pari opportunità siano da tempo previsti e inseriti nelle mission aziendali, sarebbe opportuno diventassero obiettivo obbligatorio dei Direttori Generali e che si istituisse l'assegnazione di un riconoscimento virtuale ma allo stesso tempo pubblico – Bollino Famiglia e/o Bollino Benessere Organizzativo – alle aziende che perseguono tra i loro obiettivi il benessere dei dipendenti.

6. Asili nido

I lavoratori (e fra questi oggi ancora in prevalenza le donne) nel rientrare al lavoro hanno bisogno di un sostegno sociale che li aiuti nell'accudimento dei figli. Tanto più ora che l'età lavorativa è stata prolungata fino ai 70 anni e dunque il ruolo dei nonni, come sostegno alla famiglia, viene a svanire, in un contesto dove l'accessibilità a nidi pubblici è inferiore al 30%, è importante pensare di predisporre strutture ricettive all'interno delle aziende. La mancanza di asili nido aziendali viene percepita come un problema di serie C, mentre deve essere considerata un investimento, anche alla luce dell'importante presenza femminile nella professione medica ma anche sanitaria (si pensi al numero delle infermiere). Una struttura ricettiva all'interno dell'azienda, a costi contenuti ed orari compatibili, favorirebbe un più precoce rientro al lavoro, eliminerebbe o ridurrebbe i problemi di conciliazione dei tempi casa-lavoro, che nei grandi centri urbani tanto incidono nell'organizzazione domestica. Alternativa a questa soluzione potrebbe essere l'emissione di voucher da parte dell'Azienda (come viene effettuato in Francia, con i "complément de libre choix du mode de garde" e i "complément de libre choix d'activité due" diverse forme di sostegno alla famiglia, sia che si decida di affidare a terzi la cura dei figli, sia che si decida di allontanarsi dal lavoro per farlo in prima persona - www.cfdt.fr) con cui è possibile pagare babysitter e collaboratori, creando anche un circolo virtuoso di lavoro maternità-correlato. Quest'ultima possibilità verrebbe a vantaggio anche di coloro che devono occuparsi di familiari non autosufficienti.

L'emissione di voucher a favore di un medico può essere contestata perché generalmente si considera il suo stipendio tra le fasce medio-alte nel panorama economico attuale; bisogna tuttavia sottolineare che è cambiato il contesto sociale-lavorativo negli ultimi decenni e sempre più spesso il

medico è un professionista entrato tardivamente nel mercato del lavoro, precario e alle prese con un mutuo. Potrebbe inoltre essere preferibile offrire un voucher di sostegno che rinunciare ad ore di lavoro di un professionista che sceglie il congedo parentale o altre forme di assenza dal lavoro per assistere il familiare in difficoltà.

7. Famiglie monogenitoriali

Il genitore, uomo o donna, che si trova solo nell'accudimento dei figli deve essere escluso dal lavoro notturno fino ad un'età dei figli congrua con la tranquillità e con quanto previsto dalla legge: l'art. 591 del codice penale recita: "Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici... (*omissis*). Le pene sono aumentate se il fatto è commesso dal genitore, tutore, coniuge, adottante".

Non si può cadere nel paradosso che per ottemperare al proprio lavoro si rischi l'accusa di abbandono di minore.

8. Progetto di sostegno

Stiamo lavorando ad un progetto di supporto alle famiglie in fieri, da presentare ad Onaosi ed Enpam, che offra un aiuto logistico ed economico alle famiglie di medici che affrontano momenti di fragilità (p.e. la perdita di un contratto a termine).

9. Sportello Family

L'Anaa Assomed vuole aprire un punto d'ascolto, di supporto e consulenza per tutte le problematiche connesse alla maternità, alla conciliazione casa-lavoro, allo stress dei lavoratori in Sanità.

10. Questionario di approfondimento

È stato distribuito personalmente (ai partecipanti alla Prima Conferenza Donne in Sanità), tramite mail a tutti gli iscritti Anaa Assomed ed è presente sul sito www.anaa.it un questionario di approfondimento sulle tematiche affrontate, al fine di avere un quadro esaustivo della situazione italiana e nuove idee su come indirizzare i nostri sforzi.

È un punto di partenza

Questo documento è un punto di partenza per tutti noi e anche occasione per una riflessione sulla necessità di estensione delle tutele per le colleghe e i colleghi che attualmente ne sono privi: specializzandi, precariato atipico e non.

Per attuare o modificare le proposte, per sperimentare il cambiamento occorre la stretta collaborazione e vigilanza da parte di tutti.

E infine ricordiamo che una maggiore e migliore occupazione femminile (*womenomics*) ha ricadute positive sul Pil (forte argomento in tempi di crisi...) e che i periodi di difficoltà economica non possono essere pretesto o alibi per arretrare sui diritti.

Donne e medicina: scelte, tempi, prospettive, libertà

Sandra Morano, Ginecologa Ricercatrice Università degli Studi di Genova

Desta molto scalpore la prospettiva del sorpasso “dei camici rosa”: in Italia è allarme già da qualche anno da parte dell'Ordine dei Medici, è quasi realtà nelle denunce di alcune Società Scientifiche, preoccupate contemporaneamente del vicinissimo maxiesodo della generazione “baby boomer” dagli ospedali e della lamentata carenza di “vocazioni” nei giovani di sesso maschile. È una realtà consolidata da alcuni anni l'avanzata delle studentesse di Medicina, il loro migliore rendimento negli studi fin dai test d'ingresso, e la loro maggioranza nelle Scuole di Specializzazione: ma un'ampia letteratura denuncia che le difficoltà arrivano col lavoro. Difficoltà a conciliare i tempi (tanto che alcune lasciano il lavoro, o almeno quello che avevano scelto), soprattutto tra procreazione, allevamento di figli, famiglia e prospettive di carriera. La realtà della femminilizzazione della Medicina è peraltro fonte di preoccupazione nella gran parte dei paesi sviluppati, dall'Europa agli Usa, dal Canada all'Australia: in gioco ci sono il futuro della organizzazione del lavoro, con la carenza di medici donna in posizioni apicali, e di specialiste in alcuni ambiti tradizionalmente maschili. In questo contesto un utile approfondimento è venuto dallo studio “*Women in Medicine: The Future*” commissionato dalla Presidente dell'Ordine dei Medici inglese (1), una indagine che inquadra l'attuale situazione del Regno Unito e delinea un possibile scenario, suggerendo opportunità ed evidenziando criticità anche alla organizzazione di altri sistemi sanitari (tra cui il nostro). I problemi investigati nel

report, completamente differenti dai soliti (presenza/influenza di discriminazione e di sgradevoli barriere nella professione medica), cercano risposte a domande del tipo: quale differenza possa portare una inversione nella proporzione donne/uomini sulla professione, sulla organizzazione del lavoro, e sul suo ruolo nella società. Quattro le principali aree di investigazione in relazione alla carriera medica femminile: l'accesso alla professione, le preferenze e scelte nella specializzazione, le modalità di lavoro, la progressione ed apicalità nella professione medica.

La forza lavoro nel NHS in UK

Nella fotografia della composizione della forza lavoro (fig. 1) nel 2007 c'erano tre donne GP ogni due donne specialiste (14.003 a 9.328), mentre tra gli uomini c'erano meno GP che specialisti (0.8 a1, per un totale di 19.361 GP e 24.346 specialisti). Le donne rappresentavano più del 40% dei GP e degli specialisti in alcuni campi, compresa pediatria e salute pubblica, e in alcune specialità mediche (ma in compenso c'erano meno del 10% delle specialiste in chirurgia). Tra le specializzazioni mediche il 25 % sono donne, di cui le più frequentate sono geriatria, dermatologia, mentre per gli uomini è medicina interna, a cui seguono gastroenterologia, medicina generale, e neurologia. La differenza più evidente nella distribuzione tra le specialità era che il numero di tutti gli specialisti maschi chirurghi era quattro volte quello delle loro controparti femminili. Che cosa alimenta questa particolare

Figura 1 - Women medical and dental registrars in hospital and community service by specialty, 1996 and 2006, NHS England

	1996					2006				
	F nos	% of F SpRs	% of M SpRs	Total nos	% F of total	F nos	% of F SpRs	% of M SpRs	Total nos	% F of total
A&E	49	1.2	1.8	184	26.6	301	4.0	4.4	802	37.5
Anaesthetics	495	13.0	13.0	1,479	33.5	865	11.5	12.5	2,283	37.9
Clinical oncology	70	1.8	0.9	136	51.5	179	2.4	1.1	302	59.3
Dental group	108	2.8	2.5	295	36.6	146	1.9	1.8	345	42.3
Gen med group	743	19.6	22.6	2,460	30.2	1,822	24.3	23.3	4,454	40.9
O&G	335	8.8	7.0	863	38.8	827	11.0	4.4	1,328	62.3
Paediatric group	400	10.5	4.8	762	52.5	989	13.2	6.6	1,736	57.0
Pathology group	288	7.6	4.0	594	48.5	568	7.6	4.0	1,022	55.6
Public health	144	3.8	1.6	266	54.1	114	1.5	0.6	179	63.7
Psychiatry group	691	18.2	10.3	1,470	47.0	499	6.6	4.6	1,022	48.8
Radiology group	208	5.5	3.6	484	43.0	411	5.5	5.2	1,004	40.9
Surgical group	261	6.9	28.1	2,392	10.9	783	10.4	31.4	4,331	18.1
All specialties	3,792	100	100	11,385	33.3	7,504	100	100	18,808	39.9

Source: NHS Information Centre (2007), *Hospital and Community Service Statistics for 2006*.
Italics: Females above average proportion. Bold: Female:male ratio in average band for all specialties.

Donne in medicina: una nuova sfida per la sanità del futuro

distribuzione? Queste differenze sono destinate a persistere in futuro con l'aumentare delle donne nella professione? Le variazioni nella percentuale di donne nelle differenti specialità avranno delle conseguenze per le specializzazioni stesse e per la cura dei pazienti? Sono interrogativi che interessano trasversalmente tutte le realtà. E le risposte partono da lontano, a cominciare dalle scelte.

Scelte: perché le donne scelgono Medicina

Perché sempre più donne scelgono con successo le professioni di aiuto? A partire dagli anni '70 le studentesse tendono a scegliere carriere più qualificanti. Negli anni 80 acquisiscono classificazioni migliori dei coetanei. Tra il 2002 e il 2004 riportano i migliori punteggi nelle materie scientifiche (soprattutto chimica). Ad oggi sono femminili la maggior parte delle richieste in professioni tradizionalmente maschili: veterinaria (80%), odontoiatria (55%), farmacia (60%), mentre lo zoccolo duro delle facoltà fisico-matematiche rimane appannaggio degli uomini (32.3 maschi vs 13.1% donne). E perché le donne sono ammesse in maggior numero a Medicina? Si ha l'impressione che le ragazze si impegnino anzitutto ad ottenere una miglior qualificazione accademica, che differenze di genere influiscano sulle chances di selezione, in cui realizzano migliori performances nelle prove di ammissione. Partito in sordina alla metà degli anni '60, il numero di donne a Medicina cresce inesorabilmente in assoluto (fig.2), fino al vero e proprio sorpasso nel '92. Le donne, in maggioranza in questa facoltà dagli anni '90, sono da circa 10 anni la maggioranza della laureate.

E gli uomini? Sono scomparsi? Analizzando i numeri si osserva

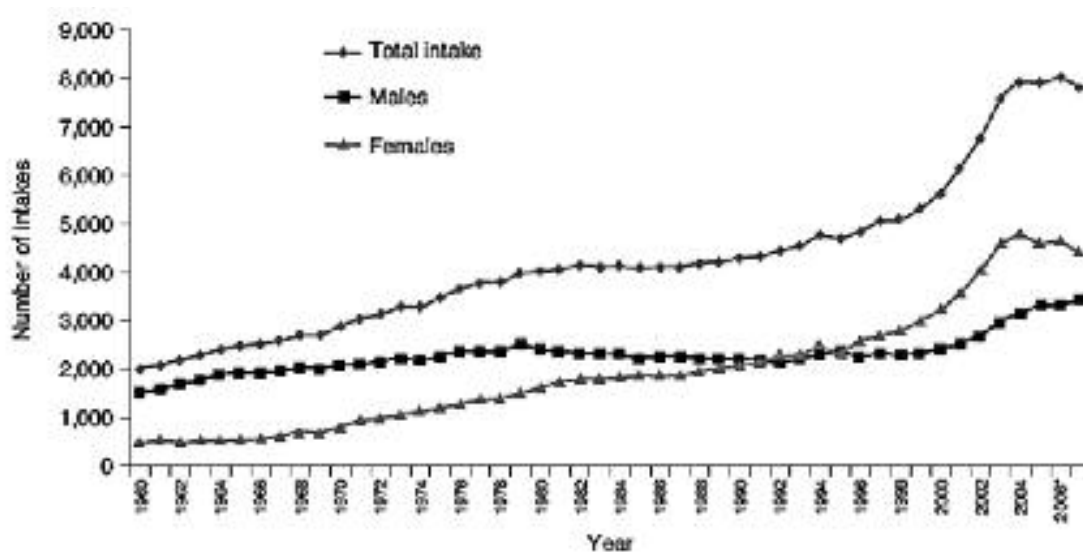
che se dal 2007 il 40% di tutti i medici sono donne, il numero di uomini non ha mostrato alcun aumento tra il 1980 e il 2000, ma in realtà il numero di maschi che accedono a Medicina, diminuito drasticamente tra il 1999 e il 2002, dal 2003 sta raggiungendo quello delle donne: più che di scomparsa si può parlare quindi di oscuramento. Scompare sicuramente l'attrattiva di questa professione rispetto ad altre carriere. In particolare, gli anni 1999-2003 della scelta in caduta libera sono quelli in cui la scelta maschile si rivolge all'informatica (*dot-com boom effect*), destinata però a rientrare altrettanto rapidamente. In uno studio quantitativo (2) i giovani intervistati appaiono meno motivati rispetto alla professione medica per il *training too long*, e il *reward too distant*.

La specializzazione

Preferenze e scelte: la teoria di Petrides e Mac Manus

La scelta della carriera può essere pensata come un processo mediante il quale l'individuo colloca se stesso all'interno di una mappa multidimensionale di scelte professionali, nella quale le dimensioni rappresentano le varie caratteristiche. Un importante modello (3) ipotizza che le decisioni vengano prese dai singoli individui attraverso un processo in due tappe, che possono tra loro risultare embricate e ripetersi più volte: il processo di *circumscription*, in cui l'individuo identifica le proprie preferenze o le proprie avversioni nei confronti di campi specifici, basandosi sui propri interessi, valutazioni ed abilità; il processo di *compromise*, che si realizza tra le varie opzioni alla luce di considerazioni di ordine pratico.

Figura 2 - Intake to UK medical schools by gender, 1960-2007



Source: NHS WRT, UGC returns and UCAS acceptances (2006* and 2007*).

I Conferenza Nazionale Donne Anaa Assomed

La figura 3 individua quattro quadranti che possono essere utilizzati per classificare le specializzazioni mediche: a sinistra si collocano le specializzazioni con un carico di lavoro programmabile o prevedibile (es. medicina interna o di famiglia, patologia medica), a loro volte distinte dall'alto in basso in base al differente orientamento sociale oppure tecnologico-pratico. Sulla destra della mappa invece si collocano le specializzazioni che prevedono un carico di lavoro meno pianificabile, a loro volta separate dall'alto in basso in base alle caratteristiche sociali piuttosto che pratiche delle stesse: infatti nel quadrante in basso a destra si trovano le specialità d'urgenza con la loro tensione alla tecnologizzazione e l'imprevedibilità del carico di lavoro. In generale le specializzazioni, sia quelle preferite che quelle poi intraprese dalle donne, si collocano nei quadranti di sinistra della mappa a due dimensioni, cioè nell'ambito delle specialità con un carico di lavoro programmabile, ed in particolare nel quadrante in alto a sinistra, quello ad orientamento altamente sociale. Al contrario gli uomini si trovano relativamente raggruppati in basso a destra della mappa a due dimensioni, tra le specialità chirurgiche e mediche per acuti.

La scelta dell'accademia

In uno studio condotto su donne che avevano scelto la carriera accademica (4), la maggior parte delle docenti (62.3%) ha indicato l'insegnamento come l'aspetto in cui

erano maggiormente interessate, il 28.3% l'attività clinica, il 7,5% la ricerca, e solo una donna ha indicato l'amministrazione. Tematiche correlate alla scelta della carriera accademica: 1) Fit; 2) aspetti dell'ambiente sanitario accademico; 3) l'influenza delle persone nelle loro vite; 4) la vicinanza alla medicina accademica; 5) l'interesse nell'esercitare la medicina clinica.

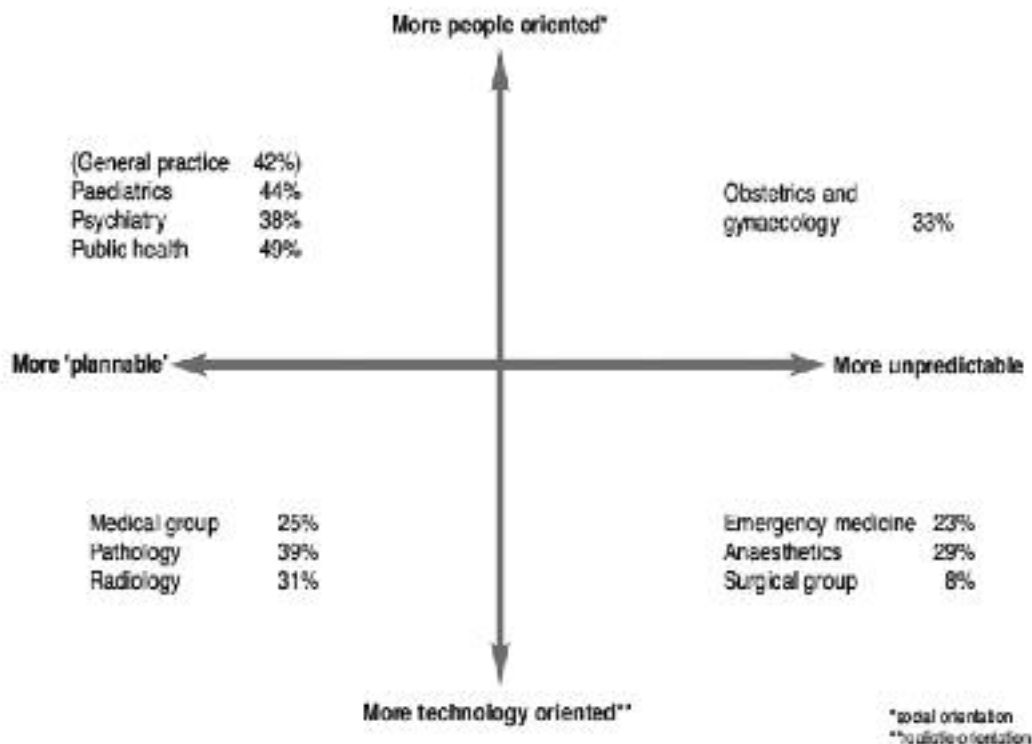
Il concetto di "fit": FIT è la congruenza fra la vita e la carriera ("I always had a vision of being in a medical school...where I could do research and teach and do other things"). Dietro il concetto di FIT sono stati identificati alcuni sottotemi come:

- prestigio (accademia come luogo di ricerca),
- personalità (la lente con cui si guarda la congruenza con l'ambiente),
- interesse (maggior opzione per la pratica),
- il salario (mediamente più basso, per le donne sempre un non problema).

Tempi

I tempi della formazione, del lavoro, della carriera, possono essere congruenti, e come, con i molteplici aspetti delle vite delle donne, non ultimo quello riproduttivo? La European Working Time Directive (EWTD) è stata la misura che ha avuto più impatto sul lavoro dei medici, in particolare gli specializzandi. In quest'ottica le ore di lavoro permesse ai medici sono ridotte a un massimo di 48 per settimana, reperibilità comprese, dall'agosto 2009. Per quanto riguarda

Figura 3 - Specialty characteristics: % female consultants (and GPs), NHS England, 2007



Source: NHS Information Centre. Figure adapted with permission from Petrides and McManus 2004.

“gli orari impossibili” e la copertura delle emergenze, si stanno introducendo nuove articolazioni, che vanno verso un aumento del lavoro in turni e la copertura interspecialità piuttosto che le reperibilità. Questa direttiva ha favorito l'aumento di lavoro senza reperibilità e la carriera dei medici non specialisti, come pure talune organizzazioni del lavoro che prevedono nuovi ruoli per gli infermieri. Gli sviluppi di politiche generali legali e sociali applicate in generale alla forza lavoro in UK, come il diritto al congedo obbligatorio per maternità, alla richiesta di part-time per alcuni lavoratori, e misure di protezione e sicurezza in sanità, stanno generando cambiamenti nei patterns lavorativi: modificazioni esterne che renderanno l'esperienza dei prossimi medici molto diversa da quella dei loro predecessori. Provvedimenti del tipo: l'incremento della day surgery, il trasferimento di alcune attività dagli ospedali generalisti a centri specialistici di terzo livello; gli sforzi per estendere l'accesso ai servizi routinari fuori dagli orari convenzionali e per migliorare le cure primarie nelle aree deprivate; e la proposta di costituire “policlinici” (centri territoriali di diagnostica e trattamento specialistico) hanno tutti effetti sulla divisione del lavoro e sulle modalità di lavoro all'interno della medicina e sul complesso della forza lavoro assistenziale. Nuovi contratti e *job plans* per gli specialisti hanno reso più espliciti alcuni aspetti della organizzazione del lavoro, per esempio specificando le ore di lavoro e la distribuzione del lavoro tra differenti attività. Tra le giovani generazioni di neomedici saranno in molti a non sperimentare i lunghi giorni e le frequenti chiamate notturne che rappresentavano la routine dei loro predecessori (anche se al momento non si può dire che appartengano definitivamente al passato). Questi cambiamenti sono ampiamente indipendenti dall'incremento delle donne medico, ma interagiranno con quell'incremento in vari modi. E' perciò importante che le proposte per ridisegnare il servizio tengano conto del cambiamento della composizione di genere sulla forza lavoro (senza perdere di vista il principale obiettivo di assicurare il miglior servizio al paziente).

I tempi delle donne: le donne medico rimandano i progetti di gravidanza durante la specializzazione molto più che gli uomini (5). La maggioranza della differenza di genere (67%) è dovuta alla percezione della minaccia di carriera per le specializzande. Il timing della carriera viene prima di quello biologico della gravidanza. Pur essendo a conoscenza del declino della fertilità con l'età, sembrano sottostimare il loro rischio di subfertilità (“*It won't happen to me*”).

Prospettive

Quali prospettive si delineano in un sistema sanitario sempre più caratterizzato dalla presenza femminile? Saranno giocoforza le preferenze e la personalità delle donne medico ad adattarsi alle esigenze del sistema sanitario così come è stato organizzato finora, o di esso dovranno esserne ridisegnate le modalità e l'organizzazione, come già in parte

sta avvenendo, verso un modello sempre meno orientato alla centralità dell'ospedale, con i suoi ritmi e turnazioni? Pur volendo ottimizzare l'impatto dell'aumentato accesso delle donne in Medicina, è altamente probabile che le donne diventino la maggioranza della forza lavoro nel NHS in questo decennio, e lo saranno a lungo. Cambieranno i patterns lavorativi in relazione all'aumentato numero di donne. Una interessante ricerca retrospettiva sulla carriera e sulla specializzazione, condotta attraverso un questionario postale, alle coorti di medici nei due sessi del NHS laureati fra il 1977 e il 1993 per una valutazione comparativa (6) dimostra che il fattore decisivo nel fare carriera è il rapporto di lavoro: full time vs part time. Nella scelta della specializzazione sembra essere decisivo l'assunto che in alcune di queste sia più facile lavorare per le donne (e per alcuni maschi part time). Le criticità con cui le donne dovranno fare i conti sono: l'essere svantaggiate sia direttamente che indirettamente nella carriera accademica, e il pericolo di segregazione orizzontale e verticale di genere. Difatti le donne spesso passano più tempo con i pazienti, mentre i maschi guardano a ciò che è più vantaggioso per la loro carriera, come il lavoro in laboratorio, o progetti di ricerca, o scrivere. Eppure con le donne la leadership negli ospedali potrebbe cambiare: da uno stile di “*comando e controllo attraverso il management degli altri*” ad una “*leadership interattiva*” con le donne ai vertici.

Capacità di leadership e avanzamento di carriera

Una delle maggiori preoccupazioni derivanti dall'aumento delle donne in medicina sarebbe la riduzione di potenziali leaders per la loro ritrosia a raggiungere posti apicali (7). Non si verifica il naturale ricambio a causa di: politiche istituzionali obsolete, politiche familiari carenti, scarsità di donne mentori al vertice e di modelli di riferimento, sproporzionato peso di responsabilità familiari sulle donne. Di queste, le poche che arrivano a ricoprire ruoli di leadership sono più vulnerabili e meno sostenute, in caso di insuccesso, rispetto agli uomini: questo fa perdere talenti femminili e impedisce di ottenere una massa critica necessaria per il ricambio. A fronte di tutto ciò, inoltre, conosciamo poco riguardo all'influenza del genere nell'apprendimento-insegnamento, che caratterizza non poco il genere nell'essere - e nel fare - il medico. A partire da qui dovremmo immaginare il futuro lavorativo che aspetta le nuove generazioni di donne (e di uomini) in un sistema di cure organizzato ancora in gran parte su modelli bellici (il reparto, la divisione, il turno di guardia) e che oggi sta tremando, non solo perchè minato alle fondamenta dalla finitezza delle risorse, ma anche perchè potrebbe essere sconvolto dalla massiccia incursione di curanti di genere femminile. Le donne, a loro volta, hanno il dovere di ritessere non solo le vite private, ma anche quelle professionali in base ad altri canoni. Non si tratta solo di “conciliare” tempi di lavoro e famiglia, di acconciare cioè, per quanto è possibile, la forza lavoro e tutto il resto all'esistente, o, al massimo, “addomesticarlo” un po'. Si tratta, in un'ottica di più ampio

respiro, di ripensare l'organizzazione del lavoro, non solo il numero di medici disponibili, i loro orari, le modalità di lavoro, il timore che non sia garantita la copertura dei turni ospedalieri o degli ambulatori dei MMG, le loro scelte professionali (per il timore che alcuni ambiti rimangano sguarniti), ecc., ma anche l'organizzazione aziendale, che ha portato con sé, invece di snellire, la rigidità del sistema piramidale, gli apparati di controllo, ed ha accentuato il modello (aziendale, appunto) delle riunioni, delle ritualità, dei ruoli, delle formalità, della scala gerarchica: il modello in cui viene chiesto di stare lì il più a lungo possibile.

Libertà

“Non sono i desideri delle donne che non sono adeguati al mercato del lavoro. E' il lavoro così com'è organizzato che è lontano dalla vita di tutti, donne e uomini.”

(IMMAGINA CHE IL LAVORO, SOTTOSOPRA, ottobre 2009)

Questi gli ostacoli oggettivi, lamentati dappertutto, e per i quali si cercano soluzioni invocando “pari opportunità”. In un momento storico in cui le conquiste sociali e la posizione delle donne sembrano essere ai livelli più alti rispetto solo al secolo scorso, crediamo che sia venuto il momento di fare qualche riflessione sugli effetti, anzitutto sulle donne stesse, di questa loro recente affermazione nei ruoli più cruciali del mondo delle cure. In attesa del contributo di donne mentori ai vertici, e di modelli, di cui si lamenta la scarsità, l'attuale e più appropriato pensiero di riferimento ci porta verso la letteratura e il pensiero femminista del Novecento. Christa Wolf, scrittrice originaria di quella DDR in cui l'emancipazione era stata la cifra dell'impianto social politico, sottolinea (8) il limite del processo emancipatorio in quella *sollecitazione a farsi avanti, a entrare in una condizione per tanti aspetti desiderabile, ma senza la possibilità di portarvi l'integrità della propria più elementare esperienza, quella associata al corpo e alla sessualità*. Il pensiero femminista in Italia, già trenta anni fa, quando nasceva appena la generazione Y di medici, metteva in discussione il concetto di parità a favore di quello di differenza, e rivendicava la disparità, invece, come elemento di libertà, con l'obiettivo di articolare le emozioni per arrivare all'agio (9) *“Articolare le emozioni fa parte del percorso per arrivare all'agio, alla fine dell'ansia. L'agio, infatti, è la terza cosa tra una selvaggia voglia di vincere e la sottomissione, tra le fantasie di onnipotenza e il fallimento”*.

Stanche di parità

Abbiamo visto come, nel rincorrere una improbabile parità, le donne abbiano temporaneamente perso di vista le contraddizioni e il malessere che derivava dal lavorare in un contesto maschile, con un pensiero ed un linguaggio estranei. Ed appare oramai insostenibile l'idea che le donne medico si

accingano a diventare la maggior parte della forza lavoro in sanità senza fare i conti con questa sorta di travestimento, senza viceversa utilizzare la ricchezza della loro specificità, senza fermarsi a riflettere sulla *“indicibile fortuna di nascere donna”*, per dirla con la filosofa Luisa Muraro (10). Le nuove professioniste della salute hanno oggi il dovere di guardare al futuro. Conviene coniugare, per le donne, che sono e saranno la maggioranza, la consapevolezza non più scotomizzabile della diversità di genere, con esistenze e carriere più coerenti, ed in un certo senso più autentiche.

Siamo donne, non è da tutti.

È la prima volta che, nell'ambito di una organizzazione sindacale medica viene compreso il valore aggiunto della differenza (anche se spinto dall'urgenza dei numeri) e considerato pertanto prezioso il pensiero femminile. Il futuro della Medicina in molti paesi occidentali dipende in gran parte dal lavoro delle donne, e dalla loro capacità di intrecciarlo *con agio* con relazioni, affetti, libertà.

Bibliografia

1. (Women and Medicine: The Future, 2009, Royal College of Physicians) A report prepared on behalf of the Royal College of Physicians Mary Ann Elston, Emeritus Reader in Medical Sociology, Department of Health & Social Care, Royal Holloway, University of London
2. Greenhalgh T, Seyan K, Boynton P (2004) 'Not a university type': focus group study of social class, ethnic and sex differences in school pupils' perceptions about medical schools. *BMJ* 328:1541-7.
3. Petrides K, McManus I (2004) Mapping medical careers: questionnaire assessment of career preferences in medical school applicants and final-year students. *BMC Medical Education* 4(1):18.
4. "Why, how, and when, do women physician choose a career in academic medicine?" (Borges, Nicole, PhD, Navarro, Anita M. MD; Grover, MELIA c. MD, Women physicians: Choosing a career in Academic Medicine, *Academic Medicine*, January 2012, vol. 87-Issue 1 - pp 105-104 doi:10.1097/AC.0b013e31823ab4a8)
5. Do Women residents delay childbearing due to perceived career threats? (*Academic medicine*, Vol 85, No.4 /April 2010)
6. Kathryn S. Taylor, research officer, Trevor Lambert, statistician, Michael Goldacre, professor of public health, Career progression and destination, comparing men and women, in the NHS: postal questionnaire surveys., *BMJ* 2009, 338b 1735)
7. The leadership continuum: A framework for Organisational and Individual Assessment Relative to the advancement of Women physicians and scientists, Page S. Morahan, Ph D., Sally E. Rosen, MD, M.F.S., 2 Rosalyn C. Richman, M.A., and Katharine Gleason, MPH I, *JOURNAL OF WOMEN HEALTH*, Volume 20, Number 3, 2011; Mentoring Women in Academic Surgery: Overcoming Institutional Barriers to Success, Eddie L. Hoover, MD, *Journal of the National Medical Association*, Vol. 98, NO 9, September, 2006
8. Christa Wolf, *Mutazione*, in *Fulmine a ciel sereno*, La tartaruga ed. Milano, 1981
9. Più donne che uomini, *SOTTOSOPRA*, gennaio 1983
10. Luisa Muraro, *Non è da tutti. L'indicibile fortuna di nascere donna*, ed Carocci, Milano, 2011

La conciliazione tempi di vita - tempi di lavoro: il quadro giuridico

Carla Spinelli, Docente di Diritto del lavoro e delle relazioni sindacali nelle PP.AA.
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Il tema della conciliazione vita-lavoro è indagato principalmente dalla letteratura organizzativa, nell'ottica di un nuovo approccio nelle politiche di gestione delle risorse umane, che tenga conto dei mutamenti sociali e demografici, che hanno interessato tanto i modelli familiari quanto il mercato del lavoro. Ci si intende riferire non solo al progressivo aumento della presenza femminile nel mercato del lavoro o al fenomeno crescente delle famiglie mono-parentali, ma anche all'allungamento delle aspettative di vita, che hanno ampliato le esigenze di cura familiare, ormai rivolte non solo nei confronti dei figli ma anche dei genitori anziani.

Per ricostruire il quadro giuridico di riferimento nel nostro ordinamento non si può prescindere dal richiamo alla normativa costituzionale e, in particolare, all'art. 37, che sancisce al contempo la parità di diritti e retributiva sul lavoro tra uomini e donne e il principio della tutela del ruolo familiare.

L'art. 37 Cost. recita infatti: *«La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione».*

A conferma dell'attualità della nostra Carta costituzionale basti pensare che, in questa previsione normativa, sono già presenti i due nuclei fondamentali della disciplina del lavoro delle donne: quello tradizionale della tutela differenziata e quello della tutela paritaria, l'una che presidia la salvaguardia dei valori della persona e della famiglia e l'altra che ha il suo presupposto nell'art. 3 della Costituzione e, quindi, nell'affermazione del principio di eguaglianza formale e sostanziale.

La prima legislazione attuativa dei principi costituzionali si è indirizzata prioritariamente sul versante della tutela della maternità, mentre solo a partire dalla fine degli anni '70 ha ricevuto maggiore impulso la tutela paritaria, per effetto del necessario adeguamento alla disciplina comunitaria, avvenuto in particolare con la legge n. 903/1977, i cui contenuti sono stati trasposti nel Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, il Dlgs. n. 198/2006.

L'approccio normativo ai temi del lavoro ha puntato a lungo sull'elaborazione e lo sviluppo della tutela antidiscriminatoria, nella consapevolezza che i soli interventi a tutela della maternità rischiavano di produrre un effetto negativo sul piano occupazionale, agendo quale disincentivo all'assunzione di personale di genere femminile.

Dobbiamo attendere la fine degli anni '80, però, perché la conciliazione, intesa quale insieme delle politiche idonee a contemperare le esigenze di vita e di lavoro e, quindi, a fornire effettivo supporto alle politiche di pari opportunità, inizi ad occupare la scena del dibattito giuridico e dottrinale in ambito comunitario.

Si consideri a tal proposito la **Carta comunitaria dei diritti sociali dei lavoratori del 1989**, al cui punto 16 è sancita l'opportunità di «sviluppare misure che consentano agli uomini e alle donne di conciliare meglio i loro obblighi professionali e familiari».

La terminologia usata nella Carta, come negli altri atti collaterali elaborati dalla Commissione, segna il cambiamento radicale nel modo di trattare il tema delle responsabilità familiari in ambito comunitario: oltre a combattere le discriminazioni, si percepisce come occorra ridurre gli ostacoli all'integrazione delle donne nel mercato del lavoro, attraverso politiche conciliative indirizzate sia alle donne che agli uomini.

L'accesso degli uomini alla conciliazione è dettato anche da un radicale cambiamento nei valori e nell'importanza che si attribuisce al lavoro e da un maggiore coinvolgimento degli stessi nelle responsabilità familiari, con la conseguenza che oggi il work-life balance costituisce un'esigenza che investe tutte le categorie di lavoratori indipendentemente dal genere, dall'età o dalla posizione lavorativa.

L'Unione europea ha incluso nella propria agenda politica le tematiche connesse alle pari opportunità e alla conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare sin dal marzo 1992, con la **Raccomandazione 92/241/CE**, che invitava gli Stati membri ad adottare e incoraggiare progressivamente iniziative volte a consentire alle donne e agli uomini di conciliare le loro responsabilità professionali con quelle familiari ed educative derivanti dalla custodia dei figli. Così il Consiglio introduceva, infatti, un nuovo concetto, partendo dalla considerazione che la conciliazione non è un tema che riguarda esclusivamente le donne, ma tutti i lavoratori, indipendentemente dal genere.

È la **direttiva sui congedi parentali, la n. 34 del 1996** (poi abrogata e sostituita dalla direttiva n. 2010/18/UE, dell'8 marzo 2010, che ha dato attuazione all'accordo quadro in materia di congedo parentale (riveduto), sottoscritto il 18 giugno 2009 da BusinessEurope, Ueapme, Ceep e Ces) a costituire il punto più alto dell'intervento comunitario in materia di conciliazione.

Nel nostro ordinamento si è data attuazione a questa direttiva con la legge n. 53/2000, i cui contenuti sono poi rifluiti nel

T.U. in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, il **Dlgs. n. 151/2001**.

Il fulcro di questo sistema sono i **congedi e permessi**, che consentono di assentarsi giustificatamente dal lavoro, con diritto alla conservazione del posto, senza cioè esporsi al rischio del licenziamento (art. 54). Quest'ultimo, ove disposto dal datore di lavoro in ragione della fruizione del congedo o del permesso, assume valenza discriminatoria e comporta la reintegrazione nel posto di lavoro, anche oggi dopo la riforma dell'art. 18 introdotta dalla legge n. 92/2012 di riforma del mercato del lavoro.

Uno dei principali limiti di questo sistema di regolamentazione della conciliazione vita-lavoro è costituito dal trattamento economico correlato alla fruizione dei periodi di assenza, che risulta significativamente ridotto quando non è proprio del tutto assente, costituendo così un disincentivo alla relativa fruizione.

Più approfonditamente, va in primo luogo rilevato che la tutela del lavoro e della maternità è estesa ai padri lavoratori e trova applicazione anche nei casi di adozione e di affido.

A proposito del congedo di paternità, la normativa prevede che il padre lavoratore subordinato possa astenersi dal lavoro dopo la nascita del figlio «in caso di morte o di grave infermità della madre ovvero di abbandono, nonché in caso di affidamento esclusivo del bambino al padre» (art. 28, d.lgs n. 151/2001). Al verificarsi di tali ipotesi, quindi, il diritto al congedo viene riconosciuto al padre in sostituzione di quello che sarebbe stato altrimenti attribuito alla madre. Da ultimo è intervenuta al riguardo la riforma Fornero che, in via sperimentale, per il periodo 2013-15, ha previsto il *congedo di paternità obbligatorio*, ovvero che il padre lavoratore debba astenersi dal lavoro per un giorno dopo la nascita del bambino e possa farlo per altri due nel periodo di astensione obbligatoria della madre, previo accordo con lei ed in alternativa, con retribuzione al 100%. Si tratta di una previsione di chiaro valore simbolico, intesa a promuovere un mutamento culturale nell'approccio ai temi della conciliazione, nella consapevolezza che non bastano delle buone regole, ma occorre che queste siano effettivamente applicate.

Vi è, poi, l'istituto dei congedi parentali, che spettano a ciascun genitore, nei primi otto anni di vita di ogni figlio, per un totale di dieci mesi. Nel caso in cui il minore sia portatore di handicap grave, la legge prevede un'estensione temporale di questi congedi (art. 33, c. 1, Dlgs. n. 151/2001).

I congedi possono essere fruiti dai genitori sia separatamente che contemporaneamente, per un periodo non superiore a sei mesi ciascuno. Il limite complessivo, tuttavia, si eleva a undici mesi se il padre si avvale di questo diritto di astensione dal lavoro per un periodo di almeno tre mesi. Con questa previsione il legislatore ha inteso evidentemente incoraggiare l'utilizzo del congedo da parte dei padri lavoratori.

Tali politiche di incoraggiamento, d'altra parte, come si è anticipato, trovano un ostacolo nella previsione di una

indennità ridotta per il congedo, pari al 30% della retribuzione, se fruito entro il terzo anno di vita del bambino e per un periodo massimo di sei mesi; se utilizzato, invece, dal terzo anno di vita e fino all'ottavo, nessuna indennità è dovuta, a meno che il reddito individuale del genitore non resti al di sotto di una soglia limite (art. 34, Dlgs. n. 151/2001). Sia alla madre che al padre sono riconosciuti anche il diritto ai riposi giornalieri durante il primo anno di vita del bambino e le assenze per malattia del bambino, per la durata della stessa fino ai tre anni di età del figlio e per cinque giorni all'anno dai tre agli otto anni del bambino (art. 47, Dlgs. n. 151/2001). Un'altra tipologia di congedi, che possono essere goduti anche in modo frazionato, per un periodo massimo di due anni nell'arco della vita lavorativa, sono legati all'esigenza di assistere familiari – individuati in senso ampio – colpiti da gravi patologie. Non è prevista alcuna retribuzione, né il computo del relativo periodo nell'anzianità di servizio del lavoratore (art. 4, L. 53/2000).

Dalla normativa esaminata appare chiaro che, in linea di principio, la conciliazione dei tempi vita-lavoro deve riguardare tutti i lavoratori indistintamente, nel rispetto dei principi di parità e di responsabilità condivisa dei carichi familiari. È altrettanto oggettivamente vero, però, che la cura dei figli e della famiglia nel nostro Paese grava ancora in maniera prevalente sulle donne, con la conseguenza che sono loro le principali fruitrici di tutti gli strumenti tipizzati per la gestione dei carichi familiari, quali appunto quelli finalizzati ad ottimizzare la conciliazione vita-lavoro.

Né d'altra parte, un reale impatto innovativo pare derivare dalla previsione del già citato accordo quadro in materia di congedo parentale (riveduto) del 18 giugno 2009, attuato con la dir. n. 2010/18/UE, alla cui stregua «al fine di promuovere una migliore conciliazione, gli Stati membri e/o le parti sociali prendono le misure necessarie per garantire ai lavoratori che tornano dal congedo parentale la possibilità di richiedere modifiche dell'orario lavorativo e/o dell'organizzazione della vita professionale per un periodo determinato. I datori di lavoro *prendono in considerazione tali richieste e vi rispondono alla luce delle proprie esigenze e di quelle dei lavoratori*» (par. 1 della Clausola n. 6, relativa alla *Ripresa dell'attività professionale*).

Si tratta di una formula molto più blanda e, quindi, meno pregnante di quella utilizzata dal Parlamento europeo nel 2008, nel formulare la propria proposta di modifica della vigente direttiva comunitaria sull'orario di lavoro (la n. 88/2003). La proposta, che non è mai stata approvata per l'insanabile contrasto che si registrò tra Parlamento e Consiglio, prevedeva – sotto questo profilo – che ai datori di lavoro fosse imposto di informare «con congruo anticipo» i lavoratori di «ogni modifica del ritmo di lavoro» e che ai lavoratori fosse garantito «il diritto di chiedere modifiche del loro orario e del loro ritmo di lavoro», fissando l'obbligo, per i datori, «di considerare tali richieste equamente, tenuto conto delle esigenze di flessibilità di datori di lavoro e lavoratori».

Inoltre, profilo questo particolarmente importante, la proposta prevedeva che al datore fosse imposto uno stringente obbligo di motivazione, poiché egli avrebbe potuto respingere una simile richiesta «soltanto se gli inconvenienti organizzativi» fossero stati «sproporzionatamente maggiori del beneficio per il lavoratore».

Nonostante questa proposta sia rimasta lettera morta, essa dimostra certamente come un ulteriore, ma estremamente rilevante ambito di intervento sia quello dei tempi di lavoro. In particolare, un'altra tipologia di strumenti che possono essere utilmente impiegati per finalità di conciliazione delle esigenze di cura con quelle della vita lavorativa, anche se non assolvono esclusivamente a tale funzione, sono gli istituti che consentono la **flessibilità degli orari di lavoro nell'interesse del lavoratore**.

Rilevante in tal senso è innanzitutto il ricorso al *part-time*, purché possa trattarsi di una scelta reversibile, altrimenti la conseguente riduzione del trattamento economico correlato rimane un grave fattore deterrente. Non va dimenticato, peraltro, che dopo le modifiche introdotte dalla L. n. 133/2008, anche nel settore pubblico la trasformazione del rapporto di lavoro in *part-time* è subordinato alla valutazione della sua compatibilità con le esigenze dell'organizzazione da parte del datore di lavoro (art. L, c. 58, l. n. 662/1996).

Vi sono poi altri possibili strumenti di flessibilizzazione dell'orario di lavoro che si prestano a favorire la conciliazione con la vita familiare, quali ad esempio il *flexi-time*, gli orari a isole e la banca delle ore, il telelavoro.

Per *flexi-time* si intende un sistema d'orario che permette al lavoratore di variare l'orario di entrata e/o di uscita dai luoghi di lavoro, solitamente nell'ambito di una fascia prestabilita, assicurando però un regime di compresenza, svolgendo cioè un numero standard di ore in un periodo dato. Si tratta, peraltro, di un sistema che rischia di avere un rilevante impatto sull'organizzazione del lavoro e, pertanto, sottoutilizzato in talune amministrazioni pubbliche; a seconda dei modelli utilizzati, esso può anche rispondere ad esigenze di contenimento del lavoro straordinario (nei casi in cui ne possa derivare l'allungamento degli orari in alcune giornate e la riduzione in altre, in modo da rispettare l'orario d'obbligo contrattuale come media).

Il modello dei cd. *orari a isole* implica un sistema di autogestione collettiva dei turni di lavoro: i dipendenti, che fanno parte di piccole unità organizzative chiamate isole, definiscono in maniera autonoma, concordandolo tra loro a seconda dei rispettivi impegni, la distribuzione del proprio orario settimanale, nel rispetto del carico di lavoro programmato dall'impresa. Questo sistema, utilizzato soprattutto nella grande distribuzione, è piuttosto complesso, ma offre notevoli potenzialità, in quanto finisce spesso per rispondere anche alle esigenze organizzative, garantendo maggiore efficienza e una riduzione delle assenze per necessità familiari.

La *banca delle ore* si configura come un conto individuale di

ciascun lavoratore, nel quale confluiscono le ore delle prestazioni di lavoro straordinario, che possono essere fruite, a richiesta del lavoratore e in alternativa alla retribuzione, come permessi compensativi per scopi formativi o in relazione a necessità personali e familiari. I modelli rinvenibili nella contrattazione sono molto diversificati; nel settore pubblico, almeno nei Ccnl, mancano previsioni – come quelle presenti in alcuni contratti del settore privato – che consentono alle imprese di utilizzare parte delle ore accantonate per riduzioni collettive di orario in concomitanza con cali della domanda dei servizi erogati o dei beni prodotti o della naturale stagionalità della domanda stessa.

Una ulteriore forma di conciliazione tra vita familiare e lavoro può essere costituita, infine, dal *telelavoro*, quella formula organizzativa flessibile di svolgimento dell'attività lavorativa, che rende possibile l'adempimento delle prestazioni al di fuori degli uffici grazie all'ausilio delle tecnologie informatiche. La sua applicazione nel settore pubblico è stata disciplinata dal Dpr n. 70/99 e dall'Accordo quadro 23 marzo 2000, nonché dai contratti collettivi di comparto. Il concreto utilizzo dello strumento, peraltro, è spesso limitato dalle modifiche tecnologiche e organizzative che si rendono necessarie e meglio si concilia, in ogni caso, con servizi di *back office*. Una previsione assai importante della **legge n. 53/2000** è quella contenuta nel suo **art. 9**, a norma del quale le aziende private, ma anche, per quanto d'interesse in questa sede, le Asl, le Aziende ospedaliere e quelle ospedaliere universitarie possono ottenere finanziamenti pubblici, ove attuino accordi contrattuali, che prevedano le seguenti tipologie di azione positiva:

- a) progetti articolati per consentire alle lavoratrici e ai lavoratori di usufruire di particolari forme di flessibilità degli orari e dell'organizzazione del lavoro, quali *part-time* reversibile, telelavoro e lavoro a domicilio, banca delle ore, orario flessibile in entrata o in uscita, sui turni e su sedi diverse, orario concentrato, con specifico interesse per i progetti che prevedano di applicare, in aggiunta alle misure di flessibilità, sistemi innovativi per la valutazione della prestazione e dei risultati;
- b) programmi ed azioni volti a favorire il reinserimento delle lavoratrici e dei lavoratori dopo un periodo di congedo parentale o per motivi comunque legati ad esigenze di conciliazione;
- c) progetti che, anche attraverso l'attivazione di reti tra enti territoriali, aziende e parti sociali, promuovano interventi e servizi innovativi in risposta alle esigenze di conciliazione dei lavoratori.

Nel settore pubblico non mancano alcune interessanti esperienze di contrattazione integrativa che hanno attuato progetti di conciliazione attraverso il ricorso agli strumenti normativi indicati, ad esempio nel comparto Regioni ed autonomie locali e presso l'Inail.

Oggi, tuttavia, potrebbe rivelarsi forse più fruttuoso percorrere una strada diversa, specie se si tiene conto del cospicuo

ridimensionamento dello spazio negoziale attuato con la riforma Brunetta del 2009, tanto più significativo in sede decentrata. Questo percorso alternativo è rappresentato dal **Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (Cug)**. Si tratta di un organismo a composizione paritetica, destinato a sostituire i comitati per le pari opportunità e per la prevenzione del mobbing, di cui ha ereditato le competenze, ma che si presenta come un soggetto nuovo, con compiti di proposta, consultivi e di verifica in materia di organizzazione del lavoro, al fine di contribuire «all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico» (art. 57, Dlgs. n. 165/2001). Per le pubbliche amministrazioni, ad avviso di chi scrive, la costituzione del Cug può rappresentare una risorsa importante, in quanto può diventare la sede privilegiata da investire nella costruzione di soluzioni di conciliazione da adattare agli specifici contesti lavorativi (cfr. anche la Direttiva del Dipartimento di Funzione Pubblica 4 marzo 2011). Non può tacersi, però, la naturale resistenza delle organizzazioni di lavoro – delle imprese private come delle pubbliche amministrazioni – a subire adattamenti che non siano nell'interesse dell'organizzazione stessa, ma rispondano ad istanze estrinseche ad essa, quale può essere appunto la necessità di riequilibrare i carichi di genere, che non viene adeguatamente contrastata dalle istanze rivendicative dei diretti interessati. Ed invero, benché taluni strumenti, specie in materia di organizzazione dei tempi (come sopra accennato), possano al contempo rispondere anche a convenienze datoriali, le esigenze di conciliazione entrano troppo spesso in conflitto con le rigidità dell'organizzazione; d'altra parte, queste ultime – vere o presunte che siano – sono tendenzialmente assunte come un elemento dato e per lo più immutabile dalle stesse lavoratrici, tant'è che la domanda di supporto che le donne avanzano si rivolge soprattutto all'esterno dei luoghi di lavoro, indirizzandosi in particolare verso la rete familiare, i servizi sociali, ecc. Pertanto, la gestione di tale resistenza finisce per essere affidata alla

“responsabilità sociale” della parte datoriale e, dunque, rimane confinata nella sfera etica piuttosto che in quella giuridica.

Una riflessione ampiamente condivisa sul tema in esame, infatti, è che la conciliazione non sia una questione risolvibile soltanto attraverso interventi normativi, ma abbia bisogno di una sperimentazione continua, attraverso studi e monitoraggi, nonché dell'adozione di tutta una serie di azioni positive e *best practices*, che siano fatte proprie dalle aziende pubbliche e private, dalle parti sociali e dagli operatori del mercato del lavoro.

Se infatti l'equa distribuzione dei carichi familiari è l'approdo di un percorso culturale che attiene alla definizione dei modelli sociali di riferimento per le relazioni tra partners, altrettanto difficili da scardinare sono i limiti culturali propri delle organizzazioni di lavoro; valga per tutti quello per cui l'allontanamento dall'operatività in alcune fasi della vita si traduce in un ostacolo alla crescita professionale.

Senza il maturare di tutti questi mutamenti culturali, il quadro giuridico descritto rischia di rivelarsi uno strumento debole, insufficiente a realizzare gli obiettivi perseguiti, benché formalmente idoneo al riguardo.

Riferimenti bibliografici essenziali

- Bavaro V., Carabelli U., Sforza G., Voza R. 2009 (a cura di), Tempo comune. Conciliazione di vita e lavoro e armonizzazione dei tempi delle città, Franco Angeli, Milano.
- Ballestrero M.V., De Simone G. 2009 (a cura di), Persone, lavori, famiglie. Identità e ruoli di fronte alla crisi economica, Giappichelli, Torino.
- Calafà L. 2007 (a cura di), Paternità e lavoro, Il Mulino, Bologna.
- Magnani M. 2012, La famiglia nel diritto del lavoro, WP CSDLE “Massimo D'Antona”.IT n. 146/2012, in www.csdle.lex.unict.it/.
- Santucci R., Natullo G., Esposito V., Saracini P. 2009 (a cura di), Diversità culturali e di genere nel lavoro tra tutele e valorizzazioni, F. Angeli, Milano.
- Veneziani B., Bavaro V. 2009 (a cura di), Le dimensioni giuridiche dei tempi del lavoro, Cacucci, Bari.

Le dinamiche sociali alla base della femminilizzazione della professione medica

Giovanna Vicarelli, Professore ordinario di Sociologia economica - Università Politecnica delle Marche

1. Premessa

A partire dagli anni Settanta del Novecento, il processo di femminilizzazione della medicina ha conosciuto, in larga parte dell'Europa occidentale, un sostanziale incremento (Malatesta 1996; 2006; Vicarelli 2007; 2008; 2010). Secondo i dati OECD 2011, in Finlandia si registra la più alta percentuale di donne medico in attività poiché superiore, nel 2009, al 50% degli addetti. In Danimarca, Svezia, Gran Bretagna, Germania, Francia, Paesi Bassi, Portogallo e Spagna tale percentuale si attesta su una soglia molto avanzata poiché oscilla tra il 40 e il 50% del totale. In Italia, in Grecia e in Finlandia si registra una incidenza superiore al 30% quindi ancora lontana da una eguale presenza di genere nella medicina. Tuttavia, sia in Italia che in molti altri paesi europei il tasso di crescita degli ultimi anni è elevato (tab.1) il che lascia supporre un ulteriore e rapido avanzamento delle donne nel mondo medico.

Tabella I - Percentuale di medici donna (anni 1999 e 2009)

Paese	Donne (% totale medici)		
	1999	2009	Δ
Finlandia	49,0	56,5	7,5
Portogallo	44,2	49,5	5,3
Spagna	34,9	47,1	12,2
Austria	36,1	43,8	7,7
Danimarca	35,6	43,3	7,7
Svezia	39,1	43,1	4
Regno Unito	34,8	43,0	8,2
Paesi Bassi	34,2	42,8	8,6
Germania	35,5	41,4	5,9
Francia	36,0	40,3	4,3
Grecia	33,5	38,4	4,9
Canada	30,7	38,1	7,4
Irlanda	35,7	37,9	2,2
Italia	29,6	36,7	7,1
Australia	28,7	34,1	5,4
Stati Uniti	24,2	31,3	7,1
Giappone	13,9	18,0	4,1

Fonte: Oecd Health Data, 2011

L'interesse che tale processo trasformativo ha suscitato in numerosi ambiti disciplinari ha fatto emergere una molteplicità di ipotesi interpretative che possono essere racchiuse in due grandi approcci. Il primo è volto a sottolineare la similarità dei percorsi che si sono realizzati e quindi la tendenziale convergenza dei paesi europei nella femminilizzazione della professione medica. Il secondo è teso ad evidenziare le peculiarità nazionali e quindi i processi, in certa misura, unici sperimentati da ciascun paese, secondo una visione che enfatizza più le differenze che le similarità. A

questi due approcci fanno da riferimento non solo tecniche differenti di comparazione (più o meno raffinate ed attente), ma soprattutto orientamenti teorici sulle forme dello sviluppo che sostengono l'inevitabile, o al contrario l'impossibile convergenza, di differenti configurazioni politiche, istituzionali e socio-economiche. Senza entrare nel merito di tali diversità metodologiche ed epistemologiche, nelle pagine seguenti si proveranno a sintetizzare i risultati raggiunti dai due diversi approcci in tema di femminilizzazione della professione medica.

2. Professionalismo medico e femminilizzazione: due processi a confronto

A parere di Maria Malatesta (2007) il tempo del genere e il tempo delle professioni non hanno seguito in Europa il tempo della politica e dell'economia. Ciò significa che vanno riconosciute secondo l'autrice tre fasi di sviluppo "Nella prima fase, lo Stato e i corpi professionali si allearono per garantire l'esclusione totale delle donne. La seconda, che va dalla fine degli anni Sessanta dell'Ottocento al 1918, fu contrassegnata da una esclusione parziale: gli Stati si distaccarono dai corpi professionali e favorirono, generalmente col sostegno delle università, l'ingresso delle donne nell'istruzione superiore, mentre permanevano molti blocchi all'ingresso nelle professioni. Nella terza fase, iniziata alla fine della seconda guerra mondiale, l'integrazione scolastica fu seguita da quella nel mondo professionale".

Una simile periodizzazione va confrontata con le fasi che vengono generalmente indicate per individuare le forme e i modi della crescita professionale nell'età contemporanea. La nascita delle professioni moderne viene generalmente collocata nel corso del secondo Ottocento con l'avvento in Europa di nuovi Stati nazionali, di processi di marcata industrializzazione ed urbanizzazione, di inedite conoscenze tecnico-scientifiche, nonché con il delinearsi delle prime politiche di welfare. Questo primo periodo tende a concludersi nei primi due decenni del Novecento con l'acquisizione di larga parte degli istituti normativi ed economici che contraddistinguono il professionalismo: il monopolio sul mercato del lavoro, gli Ordini o i collegi professionali, la formazione universitaria. A ciò farebbe seguito un secondo periodo, che dagli anni '20 giunge fin verso la metà degli anni '70 del Novecento, periodo in cui le professioni conoscerebbero la loro "età d'oro" in termini soprattutto di prestigio e massima autonomia verso lo Stato e i propri clienti. A partire dagli anni Settanta, proprio l'autonomia professionale, nonché il loro potere economico, tenderebbero a diminuire a seguito dell'affermarsi di un

doppio sistema di controllo derivante, da un lato, dalle nuove forme di managerialismo adottate dalle burocrazie pubbliche, dall'altro, dalle nuove forme di consumerismo espresse dai clienti. Nel primo caso, si tratterebbe di una ricerca di limitazione e controllo delle libertà professionali a nome di una garanzia dei risultati economici ed operativi che gli Stati intendono perseguire in un'epoca di risorse pubbliche scarse e di crescente complessità sociale. Dall'altro, sono le aumentate domande di empowerment dei clienti a voler limitare la piena e totale dominanza professionale. Da qui l'idea di una fase di declino o meglio di un forte riadattamento a contesti istituzionali e sociali più articolati in cui le tre logiche del lavoro (la logica del mercato, della burocrazia e del professionalismo) tenderebbero ad amalgamarsi e contaminarsi assai più che in passato¹.

Adottando, dunque, una simile prospettiva di analisi, si è affermato che nella prima fase di nascita e consolidamento professionale le donne vengono escluse dalla quasi totalità delle attività qualificate. Per esse si aprono solo pochi spiragli in cui si inseriscono giovani "eccezionali" che tentano di prendere (spesso non riuscendoci) la strada difficilissima di un lavoro tutto modellato al maschile. Le pioniere delle professioni assumono, di conseguenza, caratteri simbolici e diventano esempio di "donne nuove" cui compete il compito di indicare alle altre "strade inedite", seppur "praticabili" nella loro "asperità".

Nella fase espansiva che copre cinquant'anni circa del Novecento (dal 1925 al 1975), le donne entrano in numero maggiore nei campi professionali, seppure con forti distinzioni settoriali (orizzontali e verticali) e soprattutto senza alcuna linearità temporale. Si tratta di donne che hanno realizzato alcuni mutamenti nei modelli di vita femminile così come indicato dalle pioniere e che possono, per questo, essere considerate innovatrici. Ciò significa che sono andate al di là delle semplici avanguardie e che costituiscono le punte (più o meno estese) di un esercito che si trova alle spalle e che deve ancora mostrarsi.

Nella fase recessiva o trasformativa delle professioni (dal 1975 ad oggi), l'espansione femminile appare evidente anche se non conduce ancora all'acquisizione di posizioni di potere nelle accademie, negli Ordini o nelle associazioni di categoria. Tuttavia, le giovani donne che entrano nei campi professionali si differenziano dalle precedenti poiché non sembrano caricare la loro presenza di valenze emancipazioniste né tanto meno libertarie, quanto piuttosto di modifica strisciante dei contesti strutturali e culturali in cui si trovano ad agire. Queste donne rappresentano le truppe di ordinanza che si

avvantaggiano del fatto che il muro è stato abbattuto e che vi era stato aperto, negli anni precedenti, un ampio varco. Stante, dunque, una simile scansione dei due processi, ci si è interrogati sul fatto che vi sia in essi una qualche corrispondenza, cioè se si possano rintracciare modalità di chiusura ed apertura alle donne corrispondenti a fasi di maggiore o minore forza professionale. Come dire che se in una fase di risorse scarse e di ricerca di potere professionale le donne vengono viste come potenziali concorrenti e fonte di dequalificazione del settore, in una fase espansiva ad esse si possono concedere spazi occupazionali delimitati; in una fase di recessione, infine, possono essere lasciate alle donne ampie aree di lavoro, soprattutto se meno remunerate e di scarso prestigio.

Questa lettura, di carattere macro-strutturale, può condurre anche a individuare nella crescente presenza femminile un fattore di devalorizzazione delle professioni², come sostenuto anche da Bourdieu³. Simile correlazione, tuttavia, sembra troppo semplice ed imperfetta per essere accettata, così che molti autori hanno puntato l'attenzione sull'azione trasformatrice dello stato, del mercato e della clientela piuttosto che sulla sola femminilizzazione per leggere i processi di crisi della professione medica⁴. Questa sarebbe, di conseguenza, uno tra i molti fattori di una trasformazione multipla del professionalismo dovuta ai nuovi sviluppi tecnologici, alla complessificazione delle attività qualificate, ai cambiamenti demografici, alla desacralizzazione dei saperi tradizionali, alla trasformazione delle competenze lavorative ecc.

Più in generale, porre una connessione lineare semplice tra i due processi significa ricercare una spiegazione che prescinde da ogni contestualizzazione storica e dall'analisi di quei meccanismi che, volta a volta, hanno negato o permesso l'inserimento lavorativo delle donne. È a questa dimensione di analisi, dunque, che sembra più utile rivolgersi.

3. Le differenze nei percorsi nazionali

Se si prova a considerare in termini comparativi i diversi percorsi professionali nei maggiori paesi europei, si possono avanzare alcune riflessioni sui fattori strutturali e di policies che sembrano essere stati influenti sulla femminilizzazione della medicina.

In primo luogo, ciò che cambia nei vari contesti nazionali è la data di apertura dei corsi universitari alle donne che non sempre coincide con l'iscrizione alla Facoltà di medicina della prima donna in assoluto o della prima donna residente in quello specifico paese. Ciò significa che talvolta le pioniere

1 Vedi Freidson 2002 a e b e Touisjn 1979.

2 Già nel 1968 la Sullerot avanzava tale tesi (Sullerot 1968), ripresa all'inizio degli anni Novanta dalle sociologhe americane Barbara Reskin e Patricia Roos (Reskin, Roos, 1990). Altri, come ad esempio Collins (Collins 1995) hanno al contrario sottolineato la rivalorizzazione professionale a causa della femminilizzazione del settore come nel caso della farmacia nel Quebec.

3 Bourdieu 1979.

4 Lapeyre 2003, 2004; Le Feuvre, Lapeyre, Cacouault, Picot, 2003; Brante, 1990, 1999, 2002; Cacouault et Bitaud, 2001.

Donne in medicina: una nuova sfida per la sanità del futuro

ottengono permessi speciali per potersi iscrivere alle Facoltà mediche (è il caso della Brès in Francia e della Heikel in Finlandia), oppure sono giovani che avendo ottenuto il diploma di scuola superiore nel proprio paese di origine possono esibirlo in uno Stato diverso con la possibilità di laurearsi ancor prima delle giovani residenti (è il caso della inglese Garrett in Francia, ma anche in Italia della Paper iscrittasi inizialmente a Zurigo e quindi a Pisa, oppure della Kuliscioff che si iscrive a Napoli provenendo dall'Università di Berna). La disponibilità, inoltre, di percorsi educativi separati sposta per uomini e donne nel tempo l'immissione delle giovani nelle Facoltà mediche tradizionali, come avviene in Gran Bretagna in cui occorrerà aspettare gli anni Venti del Novecento prima che i Royal Colleges accettino le studentesse di medicina. Ciò non toglie che il Regno Unito abbia una delle prime laureate in assoluto in Europa (la Garrett nel 1870) e scuole di medicina per le donne già nella seconda metà dell'Ottocento.

Questa varietà di situazioni rende difficile una semplice datazione dell'avvio dell'istruzione universitaria per le donne medico, con la possibilità di trovare moltissime inesattezze e soprattutto rivendicazioni non corrette su quale giovane possa fregiarsi, nei vari paesi, di essere stata la prima dottoressa in assoluto. Ciò rende ugualmente difficile l'individuazione dei fattori politici, culturali o sociali che possono aver influito sulla inclusione femminile nell'area medica. Si può ricordare, infatti, che in tutti i paesi scandinavi, in Gran Bretagna e in Germania le donne hanno ottenuto il diritto di voto entro i primi due decenni del Novecento, quasi a voler individuare una possibile diretta connessione con il precoce inserimento femminile nelle Facoltà di medicina. Tuttavia, l'Italia che concede il voto alle donne solo nel 1946 è uno dei primi paesi europei ad avere una laureata in medicina, a dimostrazione di come sia impossibile trovare semplici indicatori di analisi. D'altro canto, l'iscrizione alle Facoltà mediche avviene inizialmente per concessione dall'alto o attraverso strumenti giuridici "leggeri" (decreti, regolamenti ecc.) che necessitano di ulteriori revisioni o consolidamenti e che non di rado vengono trascurati o modificati, così che la loro emanazione non è indicativa del vero avvio del processo. Dunque, l'isomorfismo dei paesi europei che in un arco di tempo assai breve (dal 1870 al 1890) aprono le porte delle scuole medie superiori e delle Facoltà di medicina anche alle giovani ragazze, sembrerebbe il risultato di situazioni nazionali molto diverse seppure convergenti.

In secondo luogo, occorre tenere distinto il processo di scolarizzazione da quello di professionalizzazione. Il conseguimento della laurea in medicina non apre immediatamente le porte alla professione sanitaria, sia per vincoli giuridici (come in Francia), sia per vincoli sociali e culturali (come in Italia, ma anche in Svezia). Di conseguenza, molte sono le pioniere che tendono a non praticare la medicina, a farlo in settori marginali (dell'associazionismo privato o del volontariato) o in servizi che esse stesse creano per poter

espletare le proprie funzioni e competenze (ad esempio gli ambulatori privati per le donne povere a Milano o a Parigi). La non corrispondenza tra la laurea e l'attività clinica non riguarda, però, solo l'esordio della professionalizzazione femminile, ma si propone in altre fasi storiche come, ad esempio, negli anni Venti e Trenta del Novecento quando, ancor prima di limitare l'accesso delle giovani alle università, si mettono blocchi al lavoro femminile in molti paesi dell'Europa continentale e meridionale. Più di recente, la situazione tedesca (ma anche inglese) dimostra quanto le condizioni strutturali e normative per entrare nel lavoro professionale si riflettano sulla percentuale di donne laureate che risultano non attive in campo professionale. Ciò significa che occorre guardare ad una molteplicità di fattori istituzionali e socio-culturali per comprendere il percorso effettivo che dalla laurea porta alla professione medica nelle diverse fasi della storia europea e nei diversi contesti territoriali.

In questa ottica vanno fatte distinzioni anche rispetto alle scelte femminili di specializzazione professionale, facendo attenzione a non ritenere che vi sia stata una immediata omologazione delle dottoresse sulla cura delle malattie delle donne e dei bambini. La scelta di occuparsi di queste aree sanitarie quando non risponde ad un preciso volere normativo o culturale (come nel caso della Gran Bretagna) è il risultato di barriere istituzionali o sociali che impediscono alle laureate in medicina di esercitare negli ambiti professionali dominanti. È interessante notare che mentre nella pediatria, nella medicina igienica e preventiva, nonché in alcune attività circoscritte (ad esempio anestesia), le donne hanno una eguale prevalenza in ogni paese considerato, non si può affermare che esista un eguale posizionamento nei riguardi della ostetricia-ginecologia che solo in alcune zone territoriali appare un'area di dominio femminile. In molti paesi, tra cui l'Italia, la femminilizzazione della ginecologia è un dato molto recente. Giocano in tal caso fattori che meritano un adeguato approfondimento, ma che sembrano da imputare, da un lato, al ruolo che si attribuisce in ogni paese alle ostetriche, dall'altro alla dimensione non fisiologica del parto che appare, in quanto chirurgica e interventista, più maschile che femminile. Forse non è da escludere neppure un nesso con le politiche pro-natalistiche e con il controllo che ogni Stato nazionale attribuisce alla medicina, preferendo che il suo espletamento avvenga da parte degli uomini, piuttosto che delle donne medico.

Più in generale, per comprendere i percorsi di lavoro femminili occorre guardare alla strutturazione nei diversi paesi europei dell'attività medica sia riguardo alla medicina di base, sia alla medicina specialistica ed ospedaliera. Laddove, ad esempio, la medicina generale e la medicina territoriale sono governate direttamente dai sistemi sanitari pubblici, come nel caso dei paesi scandinavi, la possibilità di inserimento lavorativo delle donne è alta. Qui il lavoro a contatto con le famiglie può divenire poco qualificante, con orari limitati e bassi redditi. I servizi territoriali risultano di competenza femminile anche in

quei contesti nazionali, come la Francia e l'Italia degli anni Sessanta e Settanta, dove essi sono gestiti direttamente dai Comuni o dagli enti territoriali, così che l'attività professionale al loro interno ha i caratteri di lavoro pubblico e dipendente. Quando, invece, la medicina di famiglia ha una dimensione libero-professionale e quindi si presenta come una occupazione remunerativa, ma molto impegnativa sul piano dell'orario di lavoro, essa diventa un'area quasi esclusivamente maschile (si guardi alla Francia, alla Germania o all'Italia in epoca mutualistica). Non a caso, appena la medicina di base trova forme di gestione più garantite sul piano dei tempi e dei modi di lavoro (di nuovo è il caso attuale della Francia o dell'Italia dopo il 1978) più probabile e crescente diventa la presenza femminile.

Un'analisi parallela può essere fatta rispetto alla medicina ospedaliera e al ruolo che essa occupa nella stratificazione dei redditi e del potere in un sistema di welfare. Se il mondo ospedaliero risulta molto legittimato sul piano scientifico-professionale, di difficile accesso e con una gestione del tempo di lavoro molto complessa (si guardi alla Gran Bretagna, ma anche alla Francia), poche saranno le donne in grado di aspirarvi e di accedervi. Se, viceversa, il settore ospedaliero si presenta come un'area di lavoro dipendente, con garanzie di reddito e di orario di lavoro, la possibilità di inclusione femminile diventa ben più elevata (è il caso dei paesi scandinavi e dell'Italia dal 1968 ad oggi).

Né va dimenticato il problema della limitazione del numero dei medici (Brearley 1991), sia in entrata (accesso all'università) sia in uscita (accesso al mondo professionale). Una limitazione che spesso ha contribuito ad elevare il prestigio professionale della medicina, ma che in alcuni contesti sta creando serie difficoltà in termini di reclutamento dei giovani e di disponibilità di professionisti rispetto alle esigenze del paese (Gran Bretagna e Germania). Laddove, ad esempio, il numero resta limitato o addirittura carente, il tema della crescente femminilizzazione assume un carattere del tutto specifico, divenendo fonte di preoccupazione ulteriore in una prospettiva di declassamento del ruolo occupazionale. Trattandosi, inoltre, di lavoro femminile non si può prescindere dalle modalità che assumono nei diversi contesti nazionali le attività connesse alla cura e allo sviluppo dei bambini, che appaiono ben diverse in termini sia di servizi pubblici per l'infanzia sia di tutele per la maternità e la paternità.

4. Considerazioni conclusive

Sommando tutti i fattori che abbiamo fin qui elencato, appare evidente come l'analisi richieda un livello di complessità molto elevato. Ammesso, infatti, come ritiene Freidson, che il professionalismo (Freidson 2002b) delinea una divisione del lavoro a sé stante e ammesso che esso si affianchi alle altre due forme classiche della divisione del lavoro, vincolate l'una dalle scelte dei destinatari delle prestazioni di lavoro (mercato) e l'altra dal controllo monocratico e centralizzato effettuato da un'autorità legale-razionale (Stato), ci si dovrebbe interrogare

sul rapporto che in ogni contesto nazionale si crea entro queste forme di regolazione e la femminilizzazione medica. Né va dimenticata una quarta modalità di regolazione, quella comunitaria, che non di meno incide sulla configurazione del lavoro formale e informale, maschile e femminile, in ogni momento storico e area territoriale.

Bibliografia

- Bourdieu, P. (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris: Editions de Minuit.
- Boutillier et Lestrade (coord.) (2004), *Le travail des femmes. Axes d'emancipation*, Paris: L'Harmattan.
- Brante, T. (1990), Professional types as a strategy of analysis, in Burrage M., Torstendahl R. (eds), pp.75-93.
- Brante, T. (1999), Professional waves and state objectives. A macro-sociological model of the origin and development of continental professions, illustrated by the case of Sweden, in Hellberg, I., Saks, M. and Benoit, C. (eds), pp. 61-81.
- Brante, T. (2002), «Theorizing the Professions. An outline to explanatory models», *Communication présentée au deuxième Interim Workshop of the ESA network, Sociology of Professions*, Paris: Centre Culturel Suédois, 2-4 mai.
- Brearley, S. (1991), «Medical manpower», *British Medical Journal*, n. 303, pp. 1534-6.
- Burrage, M., Torstendahl, R. (1990), *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*, London: Sage.
- Cacouault-Bitaud, M. (2001), «La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige?», *Travail, genre et société*, n. 5, pp. 93-115.
- Collins, J. (1995), *Changement d'ordonnance. Mutations professionnelles, identité sociale et féminisation de la profession pharmaceutique au Québec, 1940-1980*, Montréal: Boréal.
- Freidson, E. (2002a), *La dominanza medica*, Milano: Angeli.
- Freidson, E. (2002b), *Professionalismo: la terza logica*, Bari: Dedalo.
- Hellberg, I., Saks, M. and Benoit, C. (eds) (1999), *Professional Identities in Transition*, Almqvist and Wiksell: University of Goteborg.
- Lapeyre, N. 2003, *La féminisation des professions libérales: analyse sociologique d'un processus. Le cas des femmes médecins, avocats et architectes*, Toulouse: Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Toulouse-Le Mirail.
- Lapeyre, N. 2004, *Les femmes dans les professions libérales: modes d'engagement au travail et stratégies de gestion des temporalités sociales. Une analyse en termes de 'configurations de genre'*, in Boutillier et Lestrade (coord.), pp. 203-217.
- Le Feuvre, N., Lapeyre, N., Cacouault, M., Picot G. (2003), *La féminisation des professions libérales: L'exemple des professions médicales et juridiques*, Rapport final, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Service des droits des femmes et de l'égalité, Etude n. 75, Programme d'études 2001.
- Malatesta, M. (a cura di) (1996), *I professionisti*, Storia D'Italia. Annali n.10, Torino: Einaudi.
- Malatesta, M. (2006), *Professionisti e gentiluomini*, Torino: Einaudi.
- Malatesta, M. (2007), *Donne e professioni in Europa: le origini*, in Vicarelli G. (a cura di), *Donne e professioni nell'Italia del Novecento*, Bologna: Il Mulino.
- OECD (2011). *Health at a glance*, Paris: OECD.
- Reskin, B.F. and Roos, P.A. (1990), *Job Queues, Gender Queues: Explaining Women's Inroads into Male Occupations*, Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Reskin, B.F., Ross, P.A. (1990), *Job Queues, Gender Queues. Explaining Women's Inroads Into Male Occupations*, Philadelphia: Temple University Press.
- Sullerot, E. (1968), *Histoire et sociologie du travail féminin*, Paris: Gonthier.
- Tousijn, W. (a cura di) (1979), *Sociologia delle professioni*, Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli, G. (2007), *Donne e professioni nell'Italia del Novecento*, Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli, G. (2008), *Donne di medicina*, Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli, G. (2010), *Gli eredi di Esculapio*, Roma: Carocci.

Opportunità e vincoli per l'organizzazione del lavoro

Isabella Mastrobuono, Direttore Sanitario Policlinico Tor Vergata di Roma

Dagli occhi delle donne deriva la mia dottrina: essi brillano ancora del vero fuoco di prometeo, sono i libri, le arti, le accademie, che mostrano, contengono e nutrono il mondo.

W. Shakespeare

Il personale che opera nel mondo della sanità comprende diverse figure sanitarie e non sanitarie che lavorano in strutture pubbliche e private, accreditate o non accreditate: di questo complesso mondo di risorse umane preziose conosciamo molto poco e le stime sul numero e ruolo delle donne sono limitate al settore pubblico, spesso solo ospedaliero. Nulla è dato sapere sul clima lavorativo, sul grado di soddisfazione del personale, sul delicato equilibrio tra la vita familiare e quella lavorativa, se non attraverso poche pregevoli ricerche condotte all'interno di alcune istituzioni.

Secondo i dati Ceis pubblicati su Meridiano sanità 2011, il personale impegnato nel mondo della sanità pubblica e privata, compresa quella non accreditata e il mondo delle cooperative sociali, ammonterebbe a 1.576.469 unità, pari al 6,7% dei 23 milioni di lavoratori italiani. Si tratta di una componente importante della forza lavoro del Paese che opera però secondo "compartimenti stagni" regolati da modalità di remunerazione, avanzamenti di carriera profondamente diversificati, sui quali si stanno abbattendo i provvedimenti delle recenti leggi, dalla cosiddetta "spending review" (Legge 135 del 7 agosto 2012) alla finanziaria per il 2013.

Secondo i dati Ced-Fnomceo 2011, sul totale dei 376.265 medici iscritti negli ultimi sei anni agli albi provinciali, il 36%, e cioè 138.430, sono donne: in realtà la presenza femminile è più massiccia in sanità perché oltre il 73% del personale infermieristico è donna. Nel mondo della dirigenza però solo il 12% dei direttori di struttura complessa è donna (1.184 su 9.638 direttori secondo i dati dell'Ufficio di statistica del Ministero del Lavoro, salute e politiche sociali del 2007), con una prevalenza nelle discipline mediche mentre in quelle chirurgiche sono più rappresentati gli uomini. I direttori generali di azienda poi sono pochissime, appena il 14%, così come poche sono le donne direttore sanitario aziendale e amministrativo.

L'età del personale del SSN sta aumentando e secondo il Conto annuale della ragioneria generale dello Stato, nel 2010, il 75% dei primari è over 55 e di questi il 66,7% donna. Grave, poi, appare la situazione dei precari medici e non medici (molti sono donne) a vario titolo impiegati nella sanità pubblica, soprattutto nelle regioni in Piano di rientro dove vige il blocco del turn over, mentre anche nelle regioni non in piano di rientro vige l'obbligo di

rispettare i parametri del costo del personale del 2004. La recente finanziaria per il 2013 ha prorogato fino al 31 luglio 2013 i contratti di lavoro subordinato a tempo determinato in essere nella pubblica amministrazione, e quindi anche nella sanità (oltre 112.000 lavoratori), con una riserva di posti del 40% nei concorsi che saranno banditi per coloro che hanno svolto tre anni di servizio presso l'amministrazione che emana il bando, ma nulla è dato conoscere sul destino dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa e quali provvedimenti intenderanno assumere le Regioni.

Il futuro delle donne in sanità è legato oggi e nei prossimi anni a quello più generale del nostro Sistema sanitario, sia che sia finanziato attraverso la fiscalità generale che attraverso la spesa privata dei cittadini: non è più possibile ragionare, infatti, senza affrontare il tema delicato della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale di fronte alle sfide di un debito pubblico che non accenna a diminuire, mentre la crescita del Paese appare rallentata, addirittura in recessione.

Il finanziamento del servizio sanitario nazionale è oggi pari al 7,1% del Pil, in diminuzione rispetto agli anni precedenti ad opera soprattutto del rigore dei Piani di rientro, e ammonta a poco più di 108 miliardi di euro, mentre la spesa privata è in costante aumento, soprattutto quella out of pocket e cioè pagata di tasca propria dai cittadini (valore che ha superato i 30 miliardi di euro su base annua).

Il confronto con i Paesi europei è drammatico: la Germania, ad esempio, presenta una spesa sanitaria di circa 298 miliardi di euro ai quali si aggiungono i 19 miliardi del fondo obbligatorio per la non autosufficienza istituito nel 1995, con una spesa procapite sanitaria in PPD di 4.338 euro, contro una spesa procapite in Italia di appena 2.964 PPD. Se il Pil dell'Italia non dovesse riprendere a crescere, a differenza di quello della Germania, della Francia e del Regno Unito previsti in aumento al 2017 di oltre 10-15 punti percentuali (dati FMI), il divario tra il nostro Paese e gli altri tenderà ad aumentare, con gravi ripercussioni sulla erogazione dei servizi. Il finanziamento pubblico per la sanità del nostro Paese è tra i più bassi d'Europa in rapporto alla popolazione anziana ed al Pil (9,5% contro l'11,6 della Francia e della Germania) (tabella 1 da Meridiano sanità 2012).

Non è questione di secondaria importanza quella del finanziamento della sanità poiché è ampiamente dimostrato che il benessere dei lavoratori incide sulla competitività di un Paese in tutti i settori della produzione.

Le manovre finanziarie di questi ultimi anni ed i provvedimenti legislativi di urgenza determineranno nel nostro Paese in sanità tagli per oltre 32 miliardi di euro fino al

I Conferenza Nazionale Donne Anaa Assomed

2015 attraverso la riduzione del numero dei posti letto (3,7 per mille di cui lo 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza postacuzie), il contenimento della spesa per beni e servizi e dispositivi medici e la riduzione della farmaceutica territoriale, per citare i più significativi.

La riduzione dei posti letto prevede la "soppressione" di 7.398 posti letto su un totale di 231.707 posti letto, da ottenersi attraverso la "cancellazione" di unità operative complesse, con particolare riferimento a quelle chirurgiche, previste in diminuzione del 25% nelle regioni in Piano di rientro e del 10% in quelle non in piano di rientro.

Su un totale di 19.305 unità operative complesse, di cui 12.567 ospedaliere e 5.738 non ospedaliere, ben 2.923 dovranno essere soppresse, mentre delle 35.075 semplici, di cui 19.942 ospedaliere e 15.793 non ospedaliere, la riduzione sarà di 14.230 strutture (proprio quando arrivano le donne!).

Una ristrutturazione di così ampia portata non potrà non avere ripercussioni sul mondo del lavoro, non solo femminile. Non si comprendono appieno i criteri attraverso i quali la riduzione avverrà, come risulta dal documento del Comitato Lea del Ministero della salute che fissa a 17,5 i posti letto medi per singola struttura complessa, soprattutto per l'area chirurgica che, secondo dati internazionali, è prevista in aumento sia in termini di interventi chirurgici che di personale necessario per assistere un maggior numero di pazienti. Un articolo pubblicato nel 2003 su "Annals of surgery" dal titolo "The aging population and its impact on the surgery workforce" ha evidenziato come, negli Usa, nel 2020 le discipline di cardiocirurgia, ortopedia, chirurgia generale, oftalmologia, urologia e otorinolaringoiatria aumenteranno le loro attività in percentuali comprese tra il 14 ed il 47% con un corrispondente aumento della forza lavoro necessaria tra il 14 ed il 44%. È difficile comprendere come si riuscirà a collegare le scelte che si intendono adottare in chirurgia nel nostro Paese con la lenta ma costante diminuzione degli iscritti alle scuole di specializzazione nel 2012 proprio in queste discipline chirurgiche, a meno di non immaginare una

migrazione di personale straniero proveniente da Paesi che invece in questi campi stanno investendo (Cina e India ad esempio) o, al contrario, stimolando proprio le donne ad intraprendere questo percorso che sino ad oggi non le vede in prima linea.

Ma se da un lato diminuiscono i posti letto e le relative strutture complesse e semplici, dall'altro non abbiamo ancora nel nostro Paese una rete di servizi territoriali neppure paragonabile a quella che da anni funziona in altre realtà europee e non.

Il tema è di strategica importanza in Italia dove, nel 2011, la popolazione di soggetti di età eguale o superiore a 65 anni è di 12.301.537 persone, pari al 20,3% del totale della popolazione di 61.016.804 abitanti ed i trend demografici evidenziano per il prossimo futuro un aumento della popolazione anziana fino ad oltre il 30% della popolazione totale con un incremento di quella ultrasettantacinquenne (+25%, pari a più di 1.400.000 persone soprattutto donne nei prossimi 10 anni). In Europa ci precede solo la Germania. Tra questi anziani si stimano oltre 1.700.000 disabili non autosufficienti (maggiormente a carico delle famiglie e soprattutto delle donne lavoratrici o casalinghe) cui sono destinati pochi servizi di assistenza domiciliare e residenzialità. La situazione è drammatica nel nostro Paese. Allo stato attuale sono presenti 242.028 posti letto residenziali e semiresidenziali (Anaste 2011) a fronte di un fabbisogno (su valori internazionali) di 496.198 (dati Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA- 2007), e l'assistenza domiciliare integrata - ADI viene erogata a 526.568 anziani (22 ore di assistenza su base annua, dati Ministero della salute 2009) a fronte di un fabbisogno almeno pari al 6%, e cioè 870.000 assistiti (per almeno 8 ore a settimana, come da valori internazionali) con la necessità di circa 400.000 nuovi posti di lavoro¹.

La domiciliarità e la residenzialità fanno parte delle prestazioni socio-sanitarie in quanto erogate con la partecipazione di finanziamenti sociali, ma a tale proposito bisogna ribadire che

Tabella I - Spesa sanitaria - Benchmark

Indicatori*	Germania	Francia	Italia	Spagna	Regno Unito
Popolazione	81.751.602	65.048.412	60.626.442	46.152.926	62.498.612
PIL	2.570.800	1.996.583	1.580.220	1.073.383	1.746.962
PIL pro-capite	31.446	30.694	26.065	23.257	27.952
Anziani over 65 anni (% della popolazione)	20,6%	16,7%	20,3%	17,1%	16,7%
Spesa sanitaria totale (milioni euro)	298.213	231.604	140.060	103.045	171.202
Spesa sanitaria pro-capite (dollari PPP)	4.338	3.974	2.964	3.076	3.379
Spesa sanitaria pubblica pro-capite (dollari PPP)	3.332	3.060	2.342	2.264	2.811
Spesa sanitaria totale (% PIL)	11,6%	11,6%	8,9%	9,6%	9,8%
Spesa sanitaria privata (% PIL)	2,7%	2,7%	1,8%	2,5%	1,6%

*Dati riferiti al 2011 o all'ultimo anno disponibile

1 L'elaborazione a cura della Scrivente è stata ottenuta su dati e valori di riferimento internazionali (UK e USA). Preme in questa sede sottolineare l'urgenza di dare effettivamente seguito a quanto previsto nella legge 328 del 2000 sulle professioni sociali (assistente sociale, psicologo, educatore e operatore socio-sanitario, mediatore, pedagogista, assistente familiare), di fondamentale importanza per le attività da sviluppare nel futuro e per offrire qualificati riconoscimenti ai giovani che si vorranno cimentare nel settore.

la situazione nel settore è gravissima in quanto il *Fondo nazionale per le politiche sociali* della legge 328 del 2000 (**Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**) vale appena 343 milioni di euro (è stato recentemente aumentato di 300 milioni con la finanziaria per il 2013 dopo che era sceso a poco più di 40 milioni di euro), mentre il fondo per la non autosufficienza, precedentemente azzerato, è stato portato a 275 milioni (anche per i pazienti affetti da Sla che avevano richiesto oltre 400 milioni).

Quanto sopra per sottolineare che la spesa sanitaria e sociale non possono essere più tenute distinte ma devono marciare insieme poiché la riduzione di quella sociale rischia di ripercuotersi su quella sanitaria compromettendo l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie, quelle di cui maggiormente hanno bisogno i soggetti più fragili.

In Italia, ogni persona occupata finanzia oggi la spesa pubblica per pensioni e sanità dedicata ai 65+ con risorse equivalenti ad oltre il **52,6%** del Pil pro-capite, valore destinato a salire nel 2050 al **62,3%** (Salerno, 2010). Garantire la solidarietà intergenerazionale in queste condizioni appare difficile se non impossibile, soprattutto in un periodo di crisi finanziaria globale, per la quale si adottano provvedimenti di riduzione della spesa pubblica, si avviano con fatica processi di liberalizzazione per promuovere la "crescita", che si dovrebbe tradurre in maggiori posti di lavoro (con particolare riferimento alle donne) ed in una auspicata riduzione della pressione fiscale.

L'occupazione nei settori della sanità e del sociale (**i servizi alla persona**) è in crescita in Europa a causa dell'invecchiamento della popolazione e della maggiore domanda di servizi, occupazione che si confronta con l'invecchiamento del personale, un numero insufficiente di nuovi assunti per sostituire quelli che vanno in pensione, la comparsa di nuovi modelli organizzativi per affrontare le sfide della non autosufficienza, il crescente impiego di tecnologie che necessitano di mix di competenze e i nuovi ritmi di lavoro. La diffusione della domiciliarità fa emergere nuovi servizi per un'ampia gamma di attività, fonte di nuovi posti di lavoro a patto che siano formate figure professionali nuove e giovani per meglio anticipare il fabbisogno di competenze necessarie.

E si sviluppa la sanità integrativa sotto forma di fondi integrativi e di mutue di soccorso, che nulla hanno a che vedere con le "mutue" precedenti l'istituzione del servizio sanitario nazionale in Italia in quanto basate su adesioni obbligatorie, ma che in Europa stanno affiancando i rispettivi sistemi sanitari per integrare quanto è erogato con sempre maggiore difficoltà dal settore pubblico.

I fondi sanitari e sociosanitari integrativi sono cresciuti nel

tempo in Italia, dai 650.000 iscritti del 1998 (indagine Mastrobuono²) ai 6.396.770 del 2008 (indagine Labate), con un portafoglio stimato intorno ai 4,5 miliardi di euro. In tutti i contratti di lavoro, dai trasporti al bancario, dal commercio al turismo, dall'edilizia alle grandi catene alberghiere, sino al mondo delle professioni (avvocati, medici, commercialisti, etc.) sono previste forme integrative di assistenza per gli iscritti ed eventualmente i loro familiari, in alcuni casi anche per i lavoratori pensionati con contributi ad esclusivo loro carico. È cresciuta anche la mutualità volontaria con centinaia di società di mutuo soccorso ormai orientate alla sanità ed al sociale: recentemente il Presidente della lega Coop dell'Emilia Romagna ha annunciato la creazione di una grande mutua di cittadini capace di offrire prodotti a prezzi calmierati, che dovrebbe essere rivolta inizialmente a 2,5 milioni di emiliano-romagnoli per poi estendersi a circa 7 milioni di aventi diritto sul territorio nazionale. E cresce anche il mondo del privato non accreditato sotto forma di strutture spesso autorizzate, snelle, di tipo diurno in grado di rispondere rapidamente ai bisogni della popolazione in termini anche di tempi di erogazione. Quante donne sono occupate in questo settore? Il rapporto del 2009 "*Financing health care in the European Union, challenges and policy responses*" dell'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sociosanitarie, ha messo in evidenza che l'invecchiamento della popolazione chiama in causa un problema di sostenibilità e pertanto occorre verificare i sistemi riformati negli ultimi 10 anni nei vari Paesi, tenendo conto che la copertura socio-sanitaria della popolazione è quasi totale (96-98%), anche se in molte realtà c'è un certo divario tra ciò che è ufficialmente sotto copertura e ciò che lo è realmente. Il rapporto suggerisce alcune raccomandazioni:

- **effettuare** una accurata analisi degli attuali sistemi sanitari per eliminare inefficienze, sprechi; **dirigersi** sempre più verso best practices ed indicatori di qualità del sistema;
- **ridurre** la sovrapposizione di obiettivi e di incarichi;
- **incoraggiare** l'allocazione strategica delle risorse per garantire una corrispondenza tra bisogni e risorse;
- **intensificare** il dialogo tra policy maker e cittadini;
- **trovare un mix di modalità** efficaci per affrontare il tema dell'invecchiamento della popolazione, che metta insieme pubblico, privato e privato sociale per facilitare una gestione strategica dei problemi e più efficaci risposte.

In questa direzione si deve muovere anche il servizio sanitario del nostro Paese, dove appare fondamentale affrontare senza ideologie il tema della sostenibilità e dell'individuazione di priorità alle quali assegnare risorse certe (non autosufficienza, cronicità, gravi patologie, emergenza-urgenza) indirizzando verso le forme integrative di assistenza e la mutualità le attività, le prestazioni ed alcuni servizi soprattutto in regime ambulatoriale.

2 Mastrobuono I., Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C. Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1999.

Le proposte

Le donne arrivano in sanità in numero consistente in un momento difficile per il Paese: la scarsità di risorse richiederà un profondo ripensamento del modo di lavorare con l'affermarsi di quello di gruppo. Il futuro è nei dipartimenti all'interno degli ospedali, ad esempio, dove il coordinamento delle attività e la programmazione delle stesse potrebbe consentire una migliore articolazione dell'orario femminile. Spesso i dipartimenti ospedalieri, ma anche territoriali, sono costituiti "sulla carta", fatte le giuste eccezioni di eccellenza in alcune realtà del Paese, ma è in essi che si sviluppa il governo clinico inteso come l'assunzione di responsabilità al fine di garantire il continuo miglioramento delle attività clinico-assistenziali, organizzative e gestionali. Nei dipartimenti sono garantiti l'audit clinico, periodico e formalizzato, l'individuazione delle possibili cause dei rischi clinici e di eventi avversi, la formazione continua e l'adozione di modelli organizzativi alternativi al ricovero ordinario (day surgery, day hospital, chirurgia ambulatoriale³). Quest'ultimo aspetto è di importanza strategica soprattutto per il mondo del lavoro al femminile in quanto consente, attraverso la diversificazione del flusso dei pazienti, di intervenire nei pazienti meno gravi (statisticamente più numerosi) attraverso modelli organizzativi che si articolano nell'arco della giornata e consentono la sospensione delle attività nella notte e durante i giorni festivi.

Il lavoro di gruppo dovrà essere il fulcro anche della promozione dell'assistenza primaria, non più espressione del lavoro del singolo ma di un gruppo di medici e di altre figure professionali mediche e non mediche che nell'arco della giornata sono in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini, in particolare di quelli affetti da patologie croniche e degenerative, evitando le ospedalizzazioni inappropriate. Il ruolo dei medici di medicina generale (e molte sono donne) e delle figure professionali mediche (per oltre il 70% donne) diviene dunque centrale nella riorganizzazione del servizio sanitario nazionale.

In conclusione, l'investimento femminile in formazione è cresciuto negli anni più di quello maschile e le donne riescono negli studi più degli uomini in tutti i tipi di scuola, le ragazze investono di più in cultura ma troppo spesso i brillanti successi nella formazione non sono adeguatamente ricompensati e ancora è bassa la presenza femminile nei luoghi decisionali economici e politici e nei ruoli dirigenziali. Eppure le donne sono soddisfatte del loro lavoro, credono nelle loro capacità, spesso invecchiano sole nelle famiglie che cambiano, ed amano la famiglia che rimane al centro dei loro affetti. Conciliare affetti e lavoro è complesso e per questo è necessario un cambiamento culturale di spessore al quale non può non contribuire la politica, nella sua più nobile accezione.

³ I. Mastrobuono, M. Antonelli: la chirurgia ambulatoriale in Italia; definizione e modelli organizzativi. Organizzazione sanitaria, 2-3 2011 Edizioni Secup, Roma

Donne in medicina, una nuova sfida per la sanità del futuro. Gli aspetti contrattuali

Elvira Gentile, Direttore Generale Aran

Una delle caratteristiche più rilevanti della società moderna è costituita dal profondo cambiamento che si è verificato nel ruolo della donna nel mondo del lavoro, sia sotto il profilo numerico, per la forte crescita dell'occupazione femminile, sia sotto l'aspetto qualitativo, per una maggiore presenza della donna negli incarichi di vertice e, in genere, nelle attività di maggiore complessità e responsabilità. Questo fenomeno ha investito anche il settore pubblico dove, dagli anni '80 in poi, si è andato sviluppando un vero e proprio processo di "femminilizzazione" delle pubbliche amministrazioni, anche grazie ad una normativa del tutto paritaria tra uomini e donne, come sarà meglio precisato in seguito. Pertanto, la situazione odierna è il frutto di un lungo percorso, che ha interessato gli aspetti sociali, culturali, politici del nostro Paese e che ha consentito alle donne di acquisire, nel tempo, quelle posizioni e quei riconoscimenti che oggi sembrano scontati. Nonostante il trend positivo registrato negli ultimi anni, non mancano ancora disuguaglianze e ostacoli che impediscono la piena affermazione della figura femminile nel lavoro e per questo motivo è necessario che vengano messe in campo ulteriori iniziative per attuare politiche di pari opportunità più moderne ed efficaci.

Il ruolo del confronto sindacale carriera

Non c'è dubbio che il ruolo del confronto sindacale e della contrattazione collettiva in generale è stato fondamentale sul piano dell'emancipazione femminile nel mondo del lavoro. Facendo un passo indietro negli anni, va segnalato che, anche nel settore pubblico, si è manifestata, sin dalle prime forme di negoziazione, una grande attenzione per le tematiche della parità di trattamento tra uomini e donne.

Sotto tale profilo, infatti, hanno svolto un ruolo molto importante gli Accordi sindacali della legge n. 93 del 1983 che, sin dall'origine, sono stati in grado di intercettare e portare all'interno delle pubbliche amministrazioni i principi di tutela e uguaglianza della condizione della donna lavoratrice, affermatasi nel corso degli anni '70, mediante una serie di leggi intervenute in modo incisivo sulle dinamiche connesse all'occupazione femminile (tra le più importanti la legge n. 1204 del 1971 e la legge n. 903 del 1977).

In particolare quest'ultima ha rappresentato una svolta storica per la parità di trattamento nel mondo del lavoro, in quanto, ribadendo la piena dignità di tutti i lavoratori e vietando ogni ingiustificata ed arbitraria discriminazione sulla base del sesso, ha creato i presupposti per il riconoscimento di una maggiore autonomia della donna sul piano professionale, personale ed economico.

I primi Comitati paritetici

Il suddetto orientamento legislativo ha portato alla creazione di quei meccanismi, tra cui l'istituzione del primo Comitato Paritetico per le pari opportunità presso il Ministero del lavoro, che hanno consentito di avviare un processo di sensibilizzazione sulle problematiche relative all'uniformità di trattamento. Anche per il settore pubblico, già nella prima tornata degli Accordi sindacali è stata prevista, in tutti i comparti, l'istituzione dei Comitati pari opportunità (per il settore della Sanità, il riferimento è all'art. 40 del Dpr 270 del 1987). I Comitati sono stati, da sempre, caratterizzati da un ruolo propositivo e consultivo, che si è rivelato utilissimo nell'ottica di favorire l'emergere delle problematiche e di svolgere un'azione di prevenzione delle situazioni di discriminazione. Negli anni seguenti, l'interesse per le problematiche legate alla parità di trattamento si è andato, poi, rafforzando ed ha portato a dare maggiore spazio a tale tematica nell'Accordo sindacale successivo, recepito con il Dpr. 384 del 1990. In quest'ultimo Dpr, la disciplina dei Comitati Paritetici è più ampia e assume una connotazione maggiormente operativa, con l'indicazione dettagliata dei compiti e delle attività degli stessi, nonché della composizione e dei termini temporali per la loro costituzione. Sono anche previsti raccordi con la contrattazione decentrata alla quale viene attribuito il compito di definire le misure finalizzate a favorire l'effettiva parità nelle condizioni di lavoro e di sviluppo professionale, sulla base delle proposte dei Comitati. L'attività di tali organismi trova anche un importante supporto nella legge n. 125 del 1991, che rappresenta un'altra tappa fondamentale nel processo evolutivo dell'occupazione femminile. La legge introduce il concetto di "azioni positive", cioè programmi ed iniziative dirette a realizzare l'uguaglianza tra uomini e donne, nonché a favorire, mediante una diversa organizzazione del lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali. Con tale legge vengono istituiti importanti strumenti di promozione e controllo dei principi in parola: il "Comitato nazionale" per l'attuazione dei principi di uniformità di trattamento e di parità di opportunità tra lavoratori e lavoratrici" e la figura del "Consigliere di Parità" presente non solo a livello nazionale, ma anche regionale e provinciale.

Il processo di privatizzazione del rapporto di lavoro

Successivamente, con l'avvio del processo di privatizzazione del pubblico impiego e con l'introduzione del sistema di contrattazione collettiva, si è accentuata ancora di più l'attenzione per gli istituti connessi alla "non discriminazione", cui si sono affiancate anche le tematiche della salute e della

sicurezza nei luoghi di lavoro. L'obiettivo era quello di dare piena attuazione ai principi di tutela e di parità negli ambienti lavorativi, nel convincimento che ciò avrebbe rappresentato il presupposto fondamentale per garantire il migliore apporto in termini di produttività, motivazione e affezione al lavoro.

In tale ottica, con i primi Ccnl, si è ritenuto di dover rafforzare gli strumenti già preordinati alla realizzazione di tali finalità. Il primo passo è stato quello di continuare la tradizione degli organismi paritetici (Comitato Pari opportunità), la cui disciplina viene sostanzialmente confermata e, contestualmente, sulla scia di quanto previsto dalla citata legge 125 del 1991, viene dato maggiore risalto a tale tematica nell'ambito del sistema di relazioni sindacali, con l'inserimento esplicito delle pari opportunità tra le materie di contrattazione integrativa e con la possibilità di individuare azioni positive per prevenire eventuali situazioni di disparità.

Ma è con la tornata 1998-2001 che i Comitati acquisiscono il ruolo di vero e proprio strumento di garanzia contro qualsiasi discriminazione di genere. La disciplina contrattuale di tali organismi diventa maggiormente organica e completa, con l'ampliamento ed una maggiore specificazione dei compiti, della composizione, della durata ecc. Sul piano delle competenze, infatti, agli stessi viene affidata l'analisi delle eventuali criticità e la formulazione di proposte sulle misure di prevenzione e di contrasto contro le disparità di trattamento. Inoltre, al fine di incrementare la consapevolezza e la responsabilizzazione dei dipendenti, il Comitato è tenuto a curare la diffusione di conoscenze ed esperienze, nonché di altri elementi informativi, documentali, tecnici e statistici sui problemi delle pari opportunità e sulle possibili soluzioni adottate da altre Amministrazioni o enti. Annualmente deve predisporre una relazione sulle condizioni delle donne nell'ambito lavorativo e sulle iniziative assunte al riguardo. Per quanto riguarda i rapporti con le Aziende/Amministrazioni, queste ultime sono tenute a favorire l'operatività dei Comitati e a garantire tutti gli strumenti idonei al loro funzionamento, valorizzando con ogni mezzo i risultati dell'attività svolta dagli stessi. Con il successivo Ccnl della tornata 2002-2005, la regolamentazione contrattuale ha un'ulteriore evoluzione anche in relazione al nuovo d.lgs. dell'11 aprile 2006, n. 198 (codice delle pari opportunità tra uomo e donna), che ha sostanzialmente abrogato la legge 125 del 1991. Tale decreto ha l'obiettivo di prevedere misure volte ad eliminare ogni distinzione, esclusione o limitazione basata sul sesso, che abbia come conseguenza di compromettere o di impedire l'esercizio dei diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale e civile. Contestualmente, viene emanata anche la "Direttiva sulle misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle Amministrazioni pubbliche". La Direttiva è attuata dal Ministro per le riforme e le innovazioni nella Pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro per i diritti e le pari opportunità in data 24 maggio 2007. Tutto ciò ha comportato una revisione della disciplina precedente, cui sono state apportate numerose modifiche ed integrazioni. Un

elemento fortemente innovativo introdotto in tale Ccnl è rappresentato dalla previsione del bilancio di genere, cioè un bilancio che metta in evidenza le voci finalizzate alle esigenze delle donne e a quelle degli uomini.

I Comitati Unici di Garanzia

Nonostante il ruolo particolarmente significativo svolto dai Comitati nelle pubbliche amministrazioni, con la recente legge 183 del 2010, gli stessi (sia quelli delle pari opportunità che quelli del mobbing) vengono aboliti e vengono costituiti i Comitati unici di garanzia per tutto il personale non dirigente e dirigente. Tali organismi, che accorpano anche le funzioni dei Comitati per il mobbing, anch'essi soppressi, operano in una linea di continuità con quelli preesistenti, di cui sono state unificate le competenze per razionalizzare e semplificare l'attività di partecipazione sindacale.

Come i precedenti, durano in carica 4 anni e possono essere rieletti una sola volta.

Hanno compiti consultivi, propositivi e di verifica, che vengono esercitati in relazione ai progetti di riorganizzazione; alla formazione del personale; all'orario di lavoro, alle forme di flessibilità lavorativa; ai criteri di valutazione. Essi operano in stretto raccordo con i vertici dell'ente e verificano i risultati delle azioni positive. C'è inoltre l'obbligo da parte delle amministrazioni di consultare tali Comitati nei casi correlati alle tematiche in esame.

Il bilanciamento tra vita lavorativa ed esigenze personali e familiari

Accanto a tali strumenti messi in campo per diffondere la cultura della parità di trattamento e per favorire la lotta contro le discriminazioni di genere, l'incremento dell'occupazione femminile è stato anche possibile grazie alla presenza di una regolamentazione legislativa e contrattuale molto favorevole, che non ha solo previsto strumenti di tutela specifici per la donna e la famiglia, ma ha anche riconosciuto per tutti i lavoratori una vasta gamma di opportunità per bilanciare al meglio la vita lavorativa con le esigenze familiari e personali. Sotto tale profilo, infatti, non si può non sottolineare che il nostro Paese si pone in una posizione sicuramente molto avanzata per quanto attiene alla regolamentazione delle condizioni di lavoro che, in alcuni casi, sono molto più favorevoli rispetto a quelle esistenti in altri Paesi europei. Ciò aiuta in parte a sopperire alle carenze riguardanti le infrastrutture sociali assistenziali, educative, dove l'intervento pubblico è del tutto insufficiente. Passando, pertanto, all'analisi delle suddette condizioni di lavoro, occorre precisare che tutti gli istituti del rapporto di lavoro sono ispirati al rispetto per la dignità della persona e per l'uniformità di trattamento, senza alcuna ricaduta sul piano delle discriminazioni di genere. Alcuni meccanismi paritari risalgono o trovano il loro fondamento nei principi della nostra Costituzione, dimostrando che, per tanto tempo, i vincoli al lavoro femminile non sono stati tanto di tipo legale, quanto legati a fattori culturali e sociali. Ciò è indubitabile, per esempio, per l'accesso ai pubblici uffici che

storicamente avviene, sulla base dell'art. 97 della Costituzione, tramite pubblico concorso e che è attuato secondo criteri di assoluta obiettività ed imparzialità, anche sotto il profilo delle pari opportunità. Le medesime considerazioni possono essere espresse anche per quanto riguarda la carriera, che risulta possibile solo sulla base di procedure concorsuali e principi selettivi. Oggi la situazione si è profondamente evoluta e i criteri ispiratori sono maggiormente legati al merito e alla professionalità, ma sicuramente non vi sono elementi di disparità di genere.

Passando ora alle tutele in materia di condizioni di lavoro, occorre richiamare *in primis* la normativa della maternità e paternità (congedi dei genitori), la cui disciplina legislativa costituita dal Dlgs n. 151 del 2001 è stata ulteriormente integrata, per il pubblico impiego, da quella contrattuale. Il contesto italiano è particolarmente favorevole rispetto ad altri Paesi, nonostante la comune derivazione da una Direttiva europea, che però, nella fase di recepimento, ha avuto modalità applicative differenti, nell'ottica di mantenere la coerenza con la regolamentazione preesistente. In particolare, il nostro Paese è stato uno dei primi ad adottare, con la citata legge 1204 del 1971, una legislazione diretta a tutelare tutte le varie fasi della maternità. Attualmente la fonte legale prevede un'articolata serie di misure di sostegno sia per la madre che per il padre: il congedo obbligatorio per maternità e paternità (due mesi prima del parto e tre mesi dopo), i congedi parentali (sei/ sette mesi fino ad otto anni di vita del bambino), permessi per allattamento, congedi per malattia figlio (30 gg. l'anno fino al terzo anno di vita del bambino). A ciò si aggiungono altre flessibilità e tutele, tra cui si citano a titolo esemplificativo la flessibilità del congedo obbligatorio e il divieto di essere adibite a lavori pesanti o disagiati. Passando all'analisi delle ulteriori prerogative, occorre citare i permessi e le aspettative. Per quanto riguarda i primi, il nostro sistema contrattuale e legislativo ne prevede una vasta gamma, che può essere fruita a vario titolo. Ci sono quelli per motivi personali e familiari, ci sono i permessi a recupero, i permessi per matrimonio (non particolarmente diffusi nel contesto europeo), quelli previsti dalla legge 104 del 1992, quelli per motivi di studio, ecc. Tale sistema rappresenta una realtà tipicamente italiana, che non ha una situazione analoga in altri Paesi europei. Anche l'aspettativa costituisce un'ulteriore opportunità per i dipendenti. Tale istituto assume molteplici tipologie, anche di diversa durata: di un anno per motivi personali e familiari e di due anni (una tantum per motivi gravi o nei casi di disabilità personale o familiare), che possono essere utilizzate nei casi di particolare difficoltà familiari e personali. Oltre a ciò ci sono quelle previste da disposizioni legislative, che riguardano fattispecie diverse. In tale contesto non possono non essere menzionate le ferie. Esse sono definite quale diritto irrinunciabile finalizzato al recupero delle energie psicofisiche, ma consente anche di disporre di maggiore tempo libero da dedicare alle esigenze personali e familiari. Nel pubblico impiego sono previsti 26 o

28 giorni lavorativi di ferie, che rappresentano, in molti casi, un numero maggiore rispetto a quello stabilito in altri Paesi europei. Sempre in tema di flessibilità e tutele, occorre richiamare l'istituto dell'orario di lavoro, per il quale anche il Dlgs n. 66 del 2003 prevede misure minime di protezione per quanto riguarda l'orario settimanale di lavoro, il lavoro notturno, il riposo giornaliero, ecc.

Da ultimo va segnalata anche la disciplina dell'impegno ridotto e del "part-time", che spesso vengono utilizzati come strumento di conciliazione fra vita professionale e vita familiare. Il primo è un istituto tipico della dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale, che non ha equivalenti nelle altre aree dirigenziali. Il secondo è uno strumento presente in tutto il mondo del lavoro e, nel pubblico impiego può essere utilizzato da un numero di dipendenti pari al 25% della dotazione organica complessiva. Tale numero può essere elevato solo in caso di situazioni particolarmente svantaggiate.

Conclusioni

Per concludere la disamina degli aspetti contrattuali in tema di parità di trattamento nel lavoro pubblico, occorre fare due ulteriori considerazioni. La prima si ricollega a quanto fin qui esposto circa l'esistenza di molteplici istituti a sostegno della vita privata e delle esigenze familiari. Nonostante tali istituti abbiano sicuramente contribuito ad incrementare il numero delle donne nelle pubbliche amministrazioni e a favorire una loro più diffusa rappresentanza in posizioni di rilievo, non si può affermare che non vi siano ancora difficoltà o che siano state superate tutte le resistenze, soprattutto sotto il profilo sociale e culturale. In particolare, nel nostro Paese si dovrebbe tendere ad un maggiore equilibrio nella ripartizione delle responsabilità private e familiari tra uomini e donne, responsabilità che ancora ricadono essenzialmente su queste ultime, con forti penalizzazioni per le stesse sotto il profilo della carriera e della perdita di competenze. Sotto tale aspetto il legislatore sta tentando di attivare dinamiche diverse da quelle tradizionali e, a riprova di ciò, occorre menzionare l'obbligo di almeno 1 giorno di congedo per i padri lavoratori. Tale recentissima previsione legislativa costituisce un segnale importante della reale situazione esistente nel nostro Paese, ove la madre risulta essere sempre maggiormente coinvolta negli impegni familiari rispetto al padre, sebbene la normativa attribuisca ai genitori diritti e prerogative per l'assistenza e cura per i figli sostanzialmente identici. La seconda riflessione riguarda le potenzialità della presenza femminile nel mondo del lavoro, che potrà costituire, sempre più, un importante fattore di innovazione e di sviluppo dei processi di modernizzazione delle strutture e dei servizi in tutti i settori, tra cui quello particolarmente delicato della Sanità. Il rinnovamento della classe dirigente, qualora accompagnata da una consapevole e matura assunzione di potere e di responsabilità, potrebbe avere l'effetto di promuovere migliori e più efficaci modalità di gestione e di erogazione dei servizi nell'ottica di dare risposte qualitativamente più elevate ai bisogni dell'utenza.

Differenze generazionali nel futuro della professione medica

Caterina Ermio, Presidente Associazione Italiana Donne Medico

In Italia, come nel resto d'Europa, dal 1970 si è verificato un considerevole spostamento demografico in medicina: quando i medici più anziani vanno in pensione, una percentuale maggiore di donne accede alla professione. Più della metà di tutti i nuovi studenti in medicina sono donne. Le donne rappresentano il 33% di tutti i medici: solo il 15% ha più di 60 anni mentre il 66% ha meno di 35 anni.

La crescente quota di donne nella professione medica determina importanti conseguenze organizzative ed economiche della professione. I cambiamenti nella professione medica sono legati non solo all'aumento del numero delle donne medico, ma anche ai cambiamenti generazionali del modo di intendere la professione. Tutte le generazioni portano i loro tratti generazionali alla professione medica. I baby boomers sono tradizionalmente più orientati a lavorare più ore e guardano alla medicina come una vocazione instancabile. Questo li ha resi i cavalli da tiro della professione. Quando confrontati con i boomers, i medici della

generazione X sono più abili con la tecnologia, più indipendenti, meno fedeli alle istituzioni, e cercano l'equilibrio tra lavoro e stile di vita.

La pratica medica sta cambiando per tutti i medici: conciliazione tra lavoro e famiglia, condivisione della responsabilità sul paziente, equilibrare vita personale e professionale sono i nuovi obiettivi della pratica medica sia per gli uomini che per le donne.

Le implicazioni organizzative del cambiamento dei modelli di lavoro e le preferenze per quanto riguarda l'orario di lavoro e le scelte di specialità devono essere esaminati ed il loro effetto economico valutato. Inoltre, le regole di mercato del lavoro per il medico sembrano destinate a diventare più severe, e le peggiori finanze del settore pubblico sembrano ridurre le opportunità di occupazione.

Il successo dipenderà dal riconoscimento delle legittime esigenze della forza lavoro medica sia collettivamente che individualmente con una visione realistica della possibilità di carriera.

L'attenzione della Fnomceo alla medicina declinata al femminile

Annarita Frullini, Coordinatrice Osservatorio Professione medica e odontoiatrica al femminile FNOMCeO

Ringrazio per quest'incontro che ci consente di conoscere il lavoro parallelo, svolto in questi anni, sul senso della crescente presenza femminile e sulle necessità, in ambito contrattuale e legislativo, di prevedere soluzioni per la reale applicazione di leggi esistenti.

Piena concordanza sulle criticità evidenziate, ma anche assonanza su parole – consapevolezza, agio, talenti – che svelano un comune retroterra culturale.

Mi presento con delle righe scritte per Media-Medici in azione della Federazione.

“Una laurea e una specializzazione in ginecologia in Cattolica – quando poche erano le ginecologhe – idoneità primariale a 34 anni, poi sessuologa e psicoterapeuta, per attivare risorse e far scoprire la migliore percezione di sé. Lavoro come formatrice per il benessere delle persone e delle organizzazioni. Esperta di pari opportunità e cultura di genere. Ho imparato ad ascoltare le ragioni degli altri e cercare soluzioni possibili.

Riesco a guardare lontano, con entusiasmo, tenacia e flessibilità. Cerco il senso delle cose. Amo condividere e non smettere di sognare.

Dopo la manifestazione del 27 ottobre – dove la Fnomceo ha partecipato con le parole Indipendenza, Autonomia, Responsabilità – abbiamo tutti potuto leggere il rapporto Censis 2012: *nonostante il predominare di una rabbia vi è un 20% che ha voglia di reagire, un 10 per cento ha fiducia nelle possibilità di farcela*. Con quelle persone, per quelle persone credo sia imperativo, in questo confuso momento storico, esserci con tutte le nostre energie.

L'attenzione della Federazione verso la presenza femminile è presente da molti anni.

1995 Danilo Poggiolini

Commissione per lo Studio dei Problemi delle donne iscritte all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri

1997 Aldo Pagni

Commissione nazionale Fnomceo per le pari opportunità

2000 Aldo Pagni

Commissione nazionale Fnomceo per le pari opportunità

2001 Giuseppe Del Barone

Commissione nazionale Fnomceo per le pari opportunità

2006 Amedeo Bianco

Gruppo di Lavoro “La professione medica e odontoiatrica al femminile”

• Caserta 2007 gruppo medicina al femminile “Medicina e sanità declinate al femminile”

• Fiuggi 2008 “Professione medica al femminile: oltre le pari per le nuove opportunità”

2009 Amedeo Bianco

Osservatorio sulla femminilizzazione della professione

2011 Amedeo Bianco

Osservatorio Fnomceo della Professione Medica-Odontoiatrica Femminile

È con la presidenza di Amedeo Bianco che il nostro lavoro ha assunto particolare rilievo.

Nel 2007 «Anno europeo delle pari opportunità per tutti», vi è stato il primo convegno nazionale: *Medicina e sanità declinate al femminile*.

A Caserta oltre l'analisi dei dati/criticità, il tema portante era stato sulla Leadership al femminile ponendoci domande ancora valide. *Quando si parla di leadership al femminile cosa si intende? Parliamo della leadership esercitata dalle donne, o di certe caratteristiche, specificatamente femminili? Cosa sono le donne disposte a sacrificare per il successo sul lavoro? Vi possono essere freni interiori, legati alla fatica del potere e a giochi di competizione?*

Gli atti di quel convegno sono pubblicati in *la Professione Fnomceo 2/2008*.

Da subito abbiamo cercato motivazioni che ci consentissero di non associare il declino della considerazione della professione medica alla presenza delle donne.

Certamente risposte ci possono venire dalla profonda trasformazione delle caratteristiche di tutte le professioni intellettuali – categorizzate da Max Weber in autonomia, indipendenza intellettuale, deontologia – e dalle cambiate modalità del lavoro medico nel corso degli anni.

Forte è stato da sempre il nostro lavorare per una maggiore visibilità.

Il 21 febbraio 2008 avevamo diffuso con un comunicato stampa una richiesta a tutti i candidati premier della tornata elettorale allora in corso.

“Siamo tante, impegnate e vogliamo contare di più”

Il gruppo di lavoro Medicina declinata al femminile – coordinato del Presidente Omceo di Gorizia Roberta Chersevani – scrive “Chiediamo a voi tutti la massima attenzione nel considerarci parte attiva nei vostri programmi politici” con la consapevolezza di essere una presenza attiva nel paese, con competenze e conoscenze nel mondo della

salute, con l'abitudine a lavorare in rete nel territorio e con la capacità di mediare problemi, per trovare soluzioni e sintesi. Lo chiediamo in linea con la raccomandazione del Consiglio dei Ministri d'Europa che, tra l'altro, recita: "Gli effetti delle differenze di genere e le loro conseguenze devono essere prese in considerazione nelle politiche e nelle prestazioni sanitarie".

Grazie al lavoro svolto, dal 2007 ad oggi, abbiamo una sufficiente visione d'insieme riportata nel documento

Proposte per una riorganizzazione del lavoro in sanità, che è a disposizione di quanti lo richiedano.

Spazio è stato dato anche alla dimensione culturale riflettendo sull'uguaglianza a partire dalla differenza o nonostante la differenza e sui "diritti uguali" o "diritti delle donne".

Come tutti riteniamo che la capacità generativa, la maternità e la conciliazione non siano questioni femminili ma priorità del paese da considerare per garantirci un futuro.

Vogliamo che non si pensasse alle donne come a un soggetto unico omogeneo e che la nostra esistenza non sia riconducibile alla sola maternità, perché il tempo delle single ha lo stesso valore del tempo delle madri e il tempo delle donne ha lo stesso valore di quello degli uomini...anche se siamo ancora lontani dall'applicazione di questo assunto.

Abbiamo anche rielaborato il concetto di cura che relegava le donne medico all'estensione di consolidate pratiche di cura del genere femminile, non riconosciuta socialmente e invisibile, a una cura medica, organizzativa e gestionale, capace di prestare attenzione alla relazione.

Rifletteremo ancora in questo triennio sul concetto del curare e del prendersi cura come atto medico.

In linea con i dati nazionali, anche in Federazione c'è un'evidente discrepanza tra le poche donne elette negli Ordini e le iscritte sempre più numerose. Dal 2009 le presi-denti sono rimaste due, un raddoppio rispetto all'unica presidente del 2006! Le vicepresidenti – 5 nel 2006 – sono passate a 7 nel 2009, a 13 nel 2012. In percentuale dal 6,6 al 12,2. L'unico avanzamento perché nell'esecutivo degli Ordini, per le donne, i posti in segreteria e come tesoriere sono diminuiti dal 2009 al 2012. Solo 36 Ordini hanno una presenza femminile nell'esecutivo (42 nel 2009) e 70 Ordini hanno solo uomini nell'esecutivo.

Il Comitato Centrale ha, dal 2011, ritenuto necessario cominciare a colmare l'oggettivo gap, creato storicamente fra composizione e rappresentanza, immettendo presenze femminili nei gruppi di lavoro della Federazione. Ha detto Amedeo Bianco in un'intervista pubblicata sul portale Fnomceo "Abbiamo voluto potenziare i gruppi della Federazione che in questo momento sono il cuore battente, i terreni più attivi e fertili. Questo apporto di genere nelle attività centrali è una valorizzazione esplicita delle donne, un allargare la partecipazione nella vita della nostra istituzione. Ovviamente, per uomini e donne, il criterio di scelta è sempre quello della competenza e delle capacità dimostrate considerando anche l'equilibrio territoriale. Ho avuto modo di sperimentare che le donne, forse perché nuove a queste esperienze, con la loro

presenza apportano entusiasmo e contributi concreti".

In questo triennio come Osservatorio avremo particolare attenzione anche verso l'individuazione di modelli di coinvolgimento, oltre la rappresentanza.

Sempre sul nostro portale nelle interviste Fnomceo di fine anno vi è un approfondimento sulle tante iniziative in corso e sugli obiettivi dell'Osservatorio.

Il tessere reti sarà per noi metodologia di lavoro

Siamo convinte che il cambiamento nasca dalla capacità di mettere in rete il talento delle persone e che di questi tempi necessitiamo di cambiamenti strutturali.

Con una referente per ordine, attivando e collegando molte realtà locali, potremo lavorare in maniera continuativa e non episodica su tematiche trasversali della professione.

Potremo farlo solo se gli Ordini destineranno nel bilancio 2013 risorse per accrescere la partecipazione attiva delle donne alla vita degli Ordini. Molti Ordini già da tempo dedicano energie e risorse per iniziative al femminile e vi è anche un precedente legislativo (Legge 3 giugno 1999, n. 157 art 3) inteso come azione positiva verso il sesso sottorappresentato.

Essenziali sono poi lo sviluppo di competenze trasversali e l'integrazione di saperi.

Per evidenziare nel percorso del medico, l'importanza di questa formazione, proporremo l'attivazione di una banca dati che attraverso adesioni spontanee possa darci contezza (comunicative, gestionali, organizzative, socio-economiche) delle capacità e delle disponibilità.

Nel bilancio di competenze sarà possibile valorizzare esperienze personali e professionali, e meglio comprendere come utilizzare competenze e abilità.

Queste iniziative, sperimentate in Italia già dal 1999 in ambiti legislativi economici, sono rimaste fuori dal mondo della sanità.

Come Osservatorio vogliamo attivarci anche per creare possibili utilizzi dei saperi delle colleghe che, spinte da modifiche legislative pensionistiche, hanno lasciato in massa il lavoro. In genere le donne che escono dal sistema sanitario non si ricollocano nel privato. La sfida è quella di inventare per loro, per i prossimi anni, nuove porzioni di vita e nuovi ruoli, perché rappresentano una risorsa sociale e un patrimonio di competenze che, senza entrare in competizione con le giovani generazioni, non dovrà essere sprecato.

La Federazione ha mostrato di avere la forza di una visione globale e progettuale e ha contribuito alla creazione di nuove culture, anche con un'attenzione verso la presenza femminile. Come donne, in relazione ad altre e altri, vogliamo esprimerci per mantenere viva questa visione.

Mi concedo il piacere di concludere con una frase, forse inutile, forse capace di darci spunti di riflessione, certamente un augurio

"La vostra visione apparirà più chiara soltanto quando guarderete nel vostro cuore.

Chi guarda l'esterno, sogna. Chi guarda all'interno si sveglia"
Karl Gustav Jung

Formazione e organizzazione del lavoro sanitario

Enrico Reginato, Presidente FEMS (Federazione europea dei medici salariati)

La Commissione Europea, nel 2008, ha diffuso un documento, la Carta Verde della forza lavoro sanitaria, in cui si pone il problema dell'assistenza sanitaria nel prossimo futuro.

La UE sostiene che i sistemi sanitari europei si trovano ad affrontare una serie di sfide:

1. I responsabili politici e le autorità sanitarie devono adeguare i nostri sistemi sanitari a una popolazione invecchiata. Infatti, secondo le previsioni, tra il 2008 e il 2060 nell'UE-27 la popolazione di ultra sessantacinquenni crescerà di 66,9 milioni di unità, mentre il gruppo dei "molto anziani" (ultraottuagenari) rappresenterà il segmento della popolazione in più rapida crescita.
2. Le nuove tecnologie consentono di aumentare la portata e la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di diagnosi, prevenzione e cure – ma tutto questo costa e necessita di personale espressamente addestrato.
3. Dobbiamo fronteggiare le nuove minacce per la salute e le minacce di ritorno, come ad esempio le malattie trasmissibili.
4. Tutti questi fattori conducono a un continuo incremento delle spese sanitarie, e a lungo termine questo rappresenta un grave problema per la sostenibilità dei sistemi sanitari di alcuni paesi.

Nel 2012 un altro documento della Commissione Europea – "an Action Plan for the EU Health Workforce" – ha preso in considerazione gli aspetti della demografia del personale sanitario.

Si segnala che tutti i Paesi europei si trovano di fronte alla sfida di una crescente riduzione della forza lavoro sanitaria dovuta all'invecchiamento del personale:

- nel 2009, circa il 30% dei medici aveva un'età superiore a 55 anni;
- nel 2020 si prevede che più di 60000 medici europei, pari al 3,2%, andrà in pensione ogni anno.

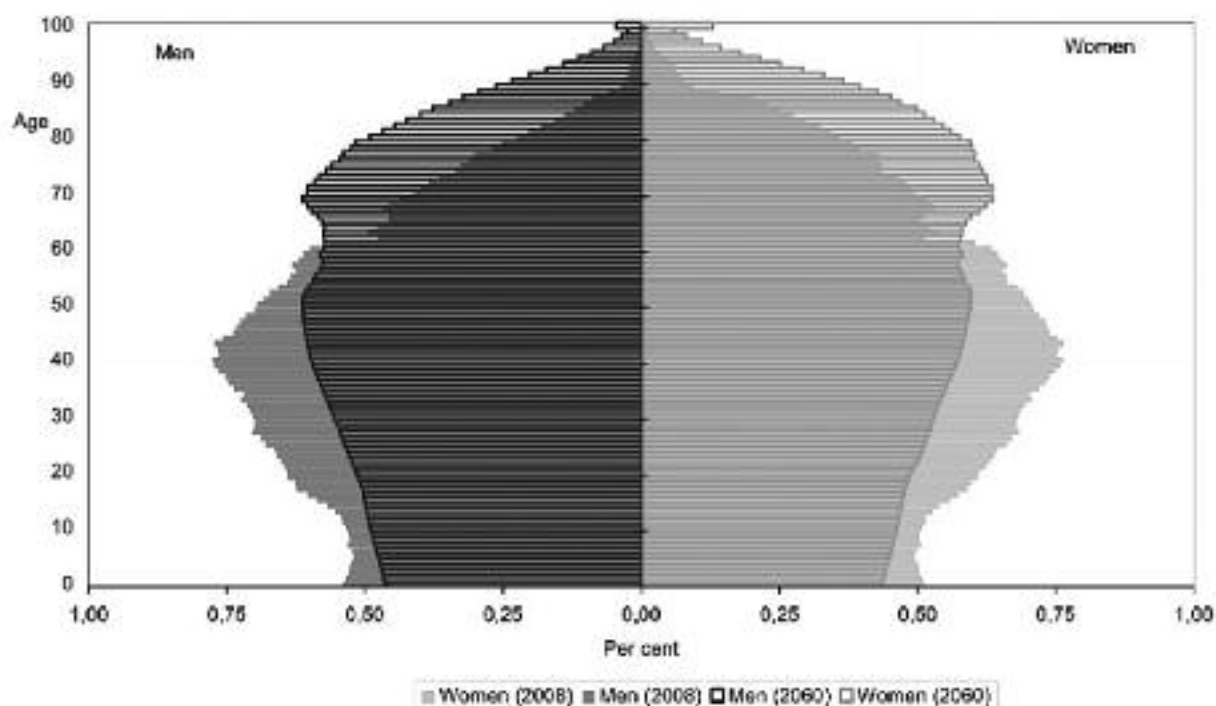
L'età media degli infermieri attualmente in servizio è compresa fra 41 e 45 anni (dati di 5 Paesi).

Le modifiche nel mondo del lavoro europeo vedono, fra il 2008 e il 2010, un incremento del personale impiegato nelle fasce di età fra 50 e 64, soprattutto fra il personale sanitario. È un dato che coincide con gli studi fatti da noi e pubblicati sulla stampa, non solo dell'Anaa Assomed, relativi alla demografia dei medici ospedalieri italiani.

Nelle previsioni della Commissione Europea, nel 2020 mancheranno il 13,5% dei medici necessari, dati che derivano dalla constatazione che sempre meno giovani europei scelgono di dedicarsi alle professioni sanitarie, a quella di medico in particolare.

Secondo "The EU research project on Health Professional Mobility and Health Systems" in 17 Paesi europei c'è carenza di professionisti sanitari in aree rurali e poco popolate, ad esempio in Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Romania, ed eccesso di medici nelle aree urbane, come in Germania.

Figura I -



I Conferenza Nazionale Donne Anaa Assomed

Il numero degli specialisti aumenta più del numero di medici generici. Ciò crea preoccupazione per l'accesso alle cure per certi gruppi di popolazione.

Molti Paesi, quindi, stanno cercando di rendere più attraente la pratica del medico generico e lo sviluppo di altre figure professionali. In questo contesto, la quota femminile nel personale sanitario, che è sempre stata elevata, sta ulteriormente aumentando. In termini generali, tre quarti del personale sanitario nell'UE sono donne, e in alcuni Stati membri la quota di donne che si iscrive alle facoltà o alle scuole di medicina supera ormai il 50%.

Esiste, per l'Europa, la necessità di anticipare le necessità di competenza nelle professioni sanitarie.

Le tendenze comuni nella UE stanno cambiando il modo di lavorare dei professionisti della sanità:

1. lo sviluppo di nuovi modelli integrati di cura, con passaggio dalle cure ospedaliere alle cure primarie più vicine a casa;
2. la crescita di nuove tecnologie, nuove cure e tecniche diagnostiche;
3. l'espansione della e-health, che rende possibili i servizi diagnostici a distanza;
4. l'espansione della telemedicina richiedono conoscenze tecniche in aggiunta alle conoscenze cliniche.

Gli Stati membri hanno, allora, la necessità di adattare la formazione e l'insegnamento ai rapidi cambiamenti delle cure sanitarie, equipaggiare le persone con le capacità giuste per il mercato del lavoro e migliorare il loro impiego lavorativo.

Per i suesposti motivi di carattere demografico e numerico, le donne medico saranno più coinvolte dei loro colleghi maschi.

Di conseguenza sono indispensabili una formazione ed uno sviluppo professionale continuo di adeguate caratteristiche di qualità.

Purtroppo in Italia, unico Paese della UE, per poter entrare a lavorare in un ospedale è indispensabile essere forniti di titolo

di specializzazione. Ed ancora unici nella UE, il titolo di Specializzazione si prende solo frequentando le Scuole Universitarie, e le Facoltà di Medicina e Chirurgia sono collocate nelle principali città della Regione.

Non è questo il contesto per entrare più a fondo della modesta qualità di tale formazione specialistica, tuttavia è importante considerare che, a fronte di circa 900 ospedali pubblici italiani, pochissimi dei quali coinvolti nella funzione di integrare le scuole universitarie di specializzazione, vi sono circa 5000 specializzandi in ogni anno di specializzazione, pari a 25.000 giovani medici, che sono contemporaneamente presenti nelle suddette Facoltà di Medicina e Chirurgia e nei Policlinici universitari.

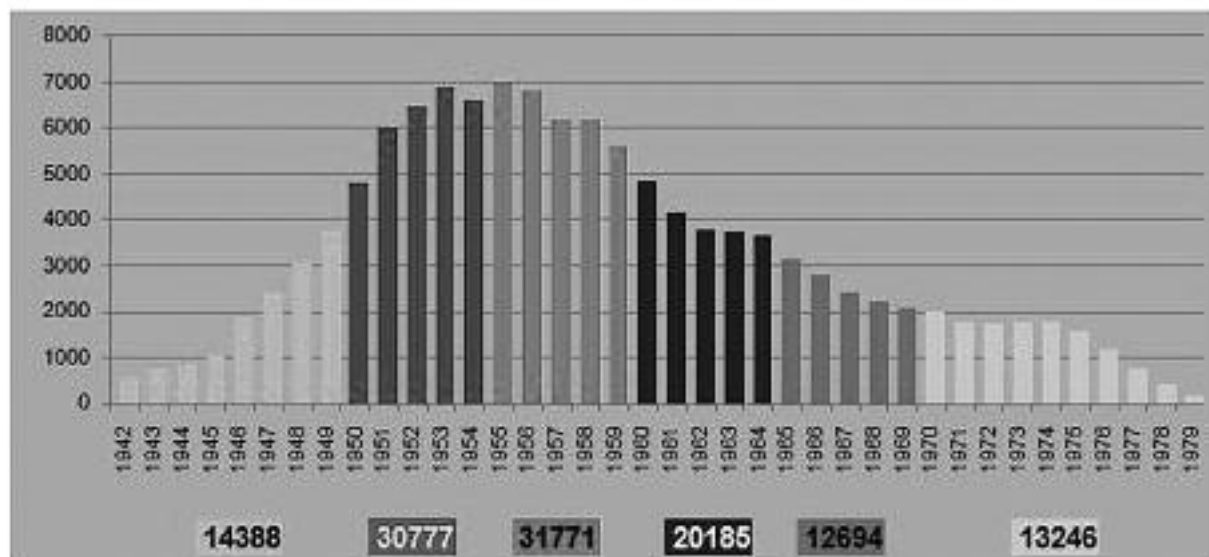
Ciò comporta, per i medici in formazione specialistica, un prosieguo della vita da studente, distanti da casa (eccezion fatta per chi abita già nelle città sede della Scuola cui sono stati ammessi), costretti ad una vita precaria in una grande città, con i problemi logistici che comporta, in attesa di essere poi immessi nell'ampio contenitore del precariato medico specialistico, piaga comune a tutto il territorio nazionale.

È vero che questo tipo di esistenza accomuna medici uomini e donne, ma è necessario considerare che le donne hanno un diverso orologio biologico.

Se una giovane laureata in medicina, a 25-26 anni entra in una scuola di Specializzazione, per uscirne a 31-32 anni, (a quell'età una donna gravida è già considerata primipara attempata) e con la prospettiva di un altro periodo incerto di precariato, senza certezze né di luogo né di stabilità di lavoro, è evidente che l'attuale sistema è per la donna ancor più penalizzante. Una donna medico specialista, ma precaria, rischia il licenziamento se resta incinta. Ne abbiamo avuto una ulteriore conferma dalla recente stampa nazionale (vedi articolo figura 3 pagina a fianco).

Per la UE la promozione di misure in favore della parità tra uomini e donne nelle politiche relative alle risorse umane è

Figura 2 -



particolarmente importante e la tabella di marcia per la parità tra donne e uomini per il periodo 2006-2010 prevedeva una serie di azioni miranti alla parità tra uomini e donne in materia di indipendenza economica e di partecipazione al processo decisionale, e propone alcune misure volte a migliorare la conciliazione tra vita professionale famiglia e vita privata. Di questa tabella di marcia, nel nostro Paese, non abbiamo visto particolari tracce, ma è nostra opinione che una modifica del sistema formativo italiano, che fosse in armonia con quanto avviene in tutti gli altri Paesi della UE, e che

consentisse la formazione specialistica anche negli ospedali pubblici, anche periferici, pur con una organizzazione didattica dinamica, consentirebbe a tutti i giovani medici, ed in particolare alle donne medico, non solo di ricevere una formazione migliore rispetto a quella che attualmente ricevono nell'enorme area di parcheggio rappresentata dalle Scuole di Specializzazione universitarie, ma anche di poter pianificare la loro esistenza extra lavorativa in tempi più brevi e più certi, senza particolari problemi logistici ed economici.

Figura 3 -

Bari, siete incinte? Niente rinnovo. A casa tre anestesiste: "Nessuna discriminazione"

Incarico rinnovato a tutti gli altri dipendenti precari, tranne che a loro. Il motivo è, per ammissione dell'azienda stessa, la gravidanza che non permetterebbe "la piena e immediata disponibilità delle dipendenti". Sindacati e ordine dei medici sul piede di guerra

di Lorenzo Vendemiale | 12 novembre 2012

Commenti (3)



Femminilizzazione delle specializzazioni chirurgiche: la ginecologia è in controtendenza

Carlo Sbiroli, Primario emerito Istituto Nazionale dei Tumori "Regina Elena", Roma

Vice presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi - Past President Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

A differenza delle specializzazioni internistiche, quelle chirurgiche mostrano solo ora, con un certo ritardo, il fenomeno della femminilizzazione. Si tratta di un incremento che si mantiene comunque a livelli bassi, se si escludono specializzazioni come la chirurgia plastica e la ginecologia, che fanno registrare un maggior interesse da parte delle donne. Pochissime le specializzate in ortopedia: solo il 5% del totale. Percentuali bassissime anche nella cardiocirurgia (4,5%), nella neurochirurgia (7,4%) e nella chirurgia generale (9,4%). Le percentuali al femminile restano basse anche nelle posizioni di vertice della Società Scientifiche: nessuna delle sessanta poltrone di presidenza delle società scientifiche, che fanno parte del Collegio Italiano dei Chirurghi, è occupata da una donna. Le Società Scientifiche di Chirurgia fanno fatica a immaginare un futuro in rosa. Da una parte vi sono Società che da tempo si pongono il problema della femminilizzazione. Hanno voglia di cambiare ma incontrano diverse difficoltà, principalmente di ordine organizzativo. Dall'altra, vi sono altre Società (la maggioranza) che hanno difficoltà a confrontarsi con tutto questo. Perché stanno saltando i ponti con il passato. E si chiedono: se la chirurgia sarà al femminile, cambierà l'assistenza e l'approccio terapeutico? Si modificherà il rapporto medico-paziente? Soprattutto, *chi* guiderà questo cambiamento? E in fine, la politica avrà un qualche ruolo in questo processo? Sono problemi di grande interesse che si registrano anche in altre professioni. Le donne aumentano un po' ovunque, in tutte le occupazioni. Per gli avvocati il 2013 potrebbe essere l'anno del sorpasso. In particolare tra gli esperti in scienze giuridiche, notai e consulenti legali, negli ultimi anni la presenza delle donne è cresciuta del 44 per cento, più 344 mila unità. Fra i tecnici delle scienze, come biologi, chimici e ingegneri, si rileva un incremento di oltre il 16 per cento. Mentre in queste professioni il cambiamento sta avvenendo con gradualità e senza grandi squilibri, nel mondo della sanità invece si ha l'impressione che regni una grande incertezza. Le Società Scientifiche internistiche si dividono fra chi pensa che la Sanità Italiana (per quanto riguarda i medici) tra 5-10 anni sarà cambiata profondamente e chi, invece, ritiene che non ci saranno mutamenti di rilievo con l'invasione della "quota rosa". Quello che impressiona è che in alcune specializzazioni internistiche il femminile è già una realtà. Il bilanciamento tra i generi (fuori gli uomini, dentro le donne) è avvenuto oltre un decennio fa. In specializzazioni come pediatria, medicina di base e neuropsichiatria l'avanzata è iniziata addirittura tra fine degli anni Settanta e i primi anni Ottanta. Il sorpasso si è avuto alla fine del secolo scorso.

Per la specialistica chirurgica le cose sono diverse. Si è già detto che specializzazioni come, urologia, ortopedia, chirurgia generale sono poco attraenti per il mondo femminile. Sono specializzazioni in cui il contenzioso medico-legale raggiunge spesso livelli insopportabili. Dove il lavoro clinico non è programmabile. Dove la dimensione sociale del "prendersi cura" (oltre che curare) del paziente è poco realizzabile. Basta scorrere i dati (non definitivi) forniti dalla Fnomceo per rendersi conto che tutto questo è sicuramente penalizzante per il mondo femminile, sia da un punto di vista professionale sia familiare: esercitare la professione di chirurgo (qualsiasi specialistica) richiede infatti una maggiore utilizzazione del part-time.

Il borsino delle specializzazioni chirurgiche indica che la ginecologia con il suo 43 per cento circa è tra le più gettonate dalle donne. In linea con quanto accade in altri Paesi europei. L'incremento si è avuto soprattutto negli anni a cavallo tra la fine del secolo scorso e gli inizi del Duemila. Probabilmente entro il 2020 si verificherà il sorpasso.

Le società scientifiche di ginecologia cominciano a chiedersi se il processo di femminilizzazione determinerà sostanziali cambiamenti nelle cure ostetriche e ginecologiche. In particolare, se l'attività di Sala Parto sia un lavoro che ben si attaglia alle donne, visto che alcuni dati, comparsi in letteratura, attribuiscono alle colleghe, maggiore capacità di gestire gli imprevisti e maggiore resistenza psicologica rispetto ai maschi (Elston M.A., 2009). Inoltre negli ultimi anni si è verificata una progressiva "occupazione" da parte delle donne delle sub-specializzazioni di tipo medico-diagnostico, come le indagini ecografiche sia ostetriche che ginecologiche, la medicina prenatale e neonatale, l'infertilità e la prevenzione oncologica. In sala operatoria la leadership al femminile si è rafforzata particolarmente per quanto riguarda le prestazioni chirurgiche per patologia benigna, sia tradizionale che endoscopica. Mentre gli interventi chirurgici "più impegnativi" (chirurgia oncologica e uroginecologia) rimangono prevalentemente appannaggio dei maschi.

Anche in ginecologia, come in tutte le altre branche chirurgiche, si riscontra un maggior ricorso al part-time ed una più bassa apicalità tra le donne rispetto agli uomini. Le Società Scientifiche temono che la femminilizzazione della ginecologia vada di pari passo con una diminuzione del prestigio socio-economico della specializzazione. Le cause principali vengono ricercate nella minor redditività della professione, nelle sempre più frequenti denunce per malpratica, nel lavoro "usurante" delle sala parto. Tutti motivi che spingono a una fuga dagli ospedali.

Tutela della maternità e paternità del dirigente medico

Avv. Vincenzo Bottino, Consulente legale ANAAO-ASSOMED

Al dirigente medico, come a qualsiasi lavoratore dipendente pubblico e privato, si applicano le vigenti disposizioni di legge in materia di tutela della maternità e della paternità contenute nel Dlgs 26 marzo 2001, n.151 (c.d. Testo Unico di tutela e sostegno della maternità e della paternità), così come integrate, in senso migliorativo, dal Ccnl del 10 febbraio 2004 – area dirigenza medica e veterinaria.

La normativa di cui al Testo Unico, di recente, è stata oggetto di alcune importanti modifiche – ad opera della c.d. “Legge Fornero” (L. n. 92/2012) e della “Legge di stabilità 2013” (L. n. 228/2012) – riguardanti, in particolare, il congedo di paternità e il congedo parentale.

Di seguito saranno esaminati i principali diritti previsti dalla disciplina legale e contrattuale a sostegno della maternità e della paternità del dirigente medico.

Congedo di maternità (art. 16 T.U.)

Per “congedo di maternità” si intende l’astensione obbligatoria dal lavoro della lavoratrice nel periodo che va dai due mesi precedenti la data presunta del parto, fino a tre mesi successivi la data effettiva del parto. I giorni di astensione obbligatoria non goduti per l’eventuale anticipazione del parto rispetto alla data prevista, vengono aggiunti al periodo di astensione *post-partum*, ferma restando la durata complessiva pari a cinque mesi (art. 16, comma 1, Dlgs 151/01).

La disciplina collettiva della dirigenza medica, inoltre, stabilisce che qualora il figlio nato prematuro abbia necessità di un periodo di degenza presso una struttura ospedaliera pubblica o privata, la madre ha facoltà di rientrare in servizio richiedendo, previa presentazione di un certificato medico attestante la sua idoneità al servizio, la fruizione del restante periodo di congedo obbligatorio post-parto ed il periodo ante-parto, qualora non fruito, a decorrere dalla data di effettivo rientro a casa del bambino (art. 15, co. 2, lett. b) Ccnl 10.2.2004)¹.

Congedo flessibile

In assenza di controindicazioni mediche, la lavoratrice può scegliere di posticipare l’inizio del congedo di maternità astenendosi dal lavoro 1 mese prima della data presunta del parto e quattro mesi dopo la data effettiva del parto (*congedo flessibile*). Per esercitare tale facoltà è necessario presentare idonea certificazione medica attestante l’assenza di rischi per la salute della lavoratrice e del nascituro (art. 20, Dlgs 151/01).

Adozione o affidamento

Il congedo di maternità spetta per un periodo di cinque mesi anche alle lavoratrici che abbiano adottato un minore, a prescindere dall’età del bambino (*congedo per adozione o affidamento di minore*). In caso di adozione nazionale, il congedo va usufruito entro i cinque mesi successivi all’effettivo ingresso in famiglia del bambino; mentre nell’ipotesi di adozione internazionale, può essere fruito entro i cinque mesi successivi all’ingresso del minore in Italia e, fermo restando la durata massima del congedo, questo può essere utilizzato, anche solo in parte, prima dell’ingresso del minore nel nostro Paese, durante il periodo di permanenza all’estero richiesto per permettere l’incontro con il minore e per gli adempimenti relativi alla procedura di adozione.

Trattamento economico e normativo

Per tutta la durata del congedo di maternità, al dirigente medico spetta l’intero trattamento retributivo al 100% (ciò è stabilito non dalla legge, la quale prevede un’indennità all’80%, ma dalla contrattazione collettiva della dirigenza medica – v. art. 15, co. 2, lett. a) Ccnl integrativo 10.2.2004). Inoltre, la legge stabilisce che i periodi di astensione obbligatoria vanno computati nell’anzianità di servizio a tutti gli effetti, compresi quelli relativi alla tredicesima mensilità ed alle ferie (art. 22, co. 3, Dlgs n. 151/01).

Congedo di paternità (art. 28, T.U.)

Per congedo di paternità (art. 28, Dlgs n. 151/2001) si intende l’astensione dal lavoro del padre lavoratore, fruibile in alternativa al congedo di maternità.

Nello specifico, il padre lavoratore ha diritto di astenersi dal lavoro per tutta la durata del congedo di maternità (*post-partum*) o per la parte residua che sarebbe spettata alla lavoratrice, nei seguenti casi di:

1. morte della madre (documentabile mediante certificato di morte o autocertificazione sostitutiva);
 2. grave infermità della madre (attestata con certificazione medica del Ssn);
 3. abbandono del minore da parte della madre (autocertificazione sostitutiva);
 4. affidamento esclusivo del bambino al padre (comprovato dal provvedimento giudiziale di affidamento esclusivo al padre)².
- In caso di parto prematuro con conseguente ricovero del neonato

¹ Ciò è in linea con quanto stabilito da un’importante sentenza della Corte Costituzionale (sent. n. 116/2011), secondo cui il dies a quo da cui deve decorrere il congedo di maternità va correlato all’ingresso del neonato nella casa familiare, ossia al momento idoneo a stabilire la comunione di vita tra madre e figlio, impedita dall’immediato ricovero del neonato nella struttura ospedaliera al momento della nascita (differimento del congedo di maternità).

² Per i dettagli circa la documentazione da produrre al datore di lavoro per usufruire del congedo di paternità si veda il Messaggio INPS n. 8774 del 4 aprile 2007.

in struttura ospedaliera, cui faccia seguito la morte o lo stato di grave infermità della madre, o anche l'abbandono o l'affidamento esclusivo, il padre lavoratore potrà usufruire del congedo di paternità dalla data di ingresso del neonato nella casa familiare³. Durante l'intero periodo di congedo di paternità, anche al lavoratore dirigente medico spetta l'intera retribuzione così come previsto dall'art. 15, co. 2, lett. a) Ccnl integrativo 10.2.2004.

Le novità introdotte dalla riforma Fornero

Ferma restando la disciplina sopra descritta sul congedo di paternità, la Legge n. 92/2012 (c.d. riforma Fornero) ha introdotto, in via sperimentale per gli anni 2013-2015, l'obbligo per il padre lavoratore, anche adottivo o affidatario, di astenersi dal lavoro per un giorno entro cinque mesi dalla nascita del figlio.

Tale giorno di congedo obbligatorio, pienamente retribuito, sarà fruibile dal padre anche mentre la madre è in congedo di maternità, aggiungendosi a quest'ultimo, ed anche nel caso il cui il padre stia utilizzando, in alternativa alla madre, il congedo di paternità sopra descritto (ex art. 28 T.U.).

Oltre alla singola giornata di congedo obbligatorio, la legge Fornero (art. 4, comma 24, L. n. 92/2012) prevede per il padre lavoratore, sempre entro i cinque mesi dalla nascita del bambino, ulteriori due giorni di congedo, anch'essi pienamente retribuiti, da fruire questa volta facoltativamente, in modo frazionato o continuativo.

A differenza del giorno di congedo obbligatorio, questi ulteriori due giorni potranno essere goduti dal padre solo a condizione che la madre rinunci ad altrettanti giorni del proprio congedo di maternità *post-partum*.

In ogni caso, per fruire dei nuovi congedi introdotti dalla riforma, il lavoratore dovrà comunicare per iscritto alla propria azienda la data in cui intende esercitare il diritto, con un preavviso non inferiore a quindici giorni.

Congedo parentale (art. 32, T.U.)

Oltre ai descritti congedi di maternità e di paternità, la legge (art. 32, Dlgs n. 151/01) garantisce ad entrambi i genitori lavoratori, ulteriori periodi di congedo di carattere facoltativo (*congedi parentali*).

Nello specifico, per ogni figlio⁴, ciascun genitore ha diritto ad astenersi dal lavoro nei primi otto anni di vita del bambino per un periodo continuativo o frazionato che complessivamente per entrambi i genitori non può superare i dieci mesi.

Entro il suddetto limite, il congedo parentale spetta:

- alla madre lavoratrice, terminato il congedo di maternità, per un periodo non superiore a 6 mesi;
- al padre lavoratore, dalla nascita del figlio, per un periodo non superiore a 6 mesi, che sono elevabili a 7 nel caso in cui il padre decida di astenersi per un periodo continuativo non inferiore a 3 mesi (una sorta di bonus di continuità)⁵;
- dal genitore unico⁶ fino a dieci mesi.

È opportuno precisare che il congedo parentale è un diritto personale di ciascun genitore, quindi è usufruibile dal dirigente medico, anche se l'altro coniuge non ne ha diritto (perché, ad esempio, disoccupato/a o lavoratore/trice autonomo/a – art. 32, co. 4).

Inoltre, entrambi i genitori possono utilizzare il congedo anche contemporaneamente e il padre può fruirne anche durante il periodo di astensione obbligatoria *post partum* della madre e durante i periodi nei quali la stessa beneficia dei permessi giornalieri (Circ. Inps n. 109, del 6.06.2000).

Congedo parentale e grave handicap del figlio

Per i genitori di bambini portatori di handicap grave, l'art. 33 del Dlgs n. 151/01 riconosce la possibilità di prolungare il congedo parentale per un massimo di tre anni, comprensivi dei periodi di congedo parentale ordinario, da utilizzare entro il compimento dell'ottavo anno di vita del minore.

Tale prolungamento può essere fruito in maniera continuativa o frazionata, per ogni minore con handicap grave e purché il bambino non sia ricoverato a tempo pieno in istituti specializzati, salvo che, in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del genitore⁷.

Adozione o affidamento

In caso di adozione ed affidamento i genitori possono fruire del congedo parentale, indipendentemente dall'età del bambino e non oltre il compimento della maggiore età, ma entro i primi 8 anni dall'ingresso del minore nel nucleo familiare.

Le modalità di presentazione della domanda

Ai fini della fruizione, anche frazionata, dei periodi di congedo parentale il dirigente medico dovrà presentare la relativa domanda, con l'indicazione dell'inizio e della fine del periodo di congedo (è questa una novità introdotta dalla L. n. 228/2012), all'ufficio di appartenenza di norma, e salvo casi di oggettiva impossibilità⁸, almeno 15 giorni prima della data di decorrenza del periodo di astensione.

La domanda potrà essere inviata anche a mezzo di

8 In presenza di particolari e comprovate situazioni personali che rendano impossibile il rispetto dei 15 giorni di preavviso, la domanda può essere presentata entro le 48 ore precedenti l'inizio del periodo di astensione dal lavoro (v. art. 15, c. 2, lett. g, Ccnl 10.2.2004).

3 v. Corte Costituzionale 4 aprile 2011, n. 116 e Messaggio INPS n. 14448/2011.

4 In caso di parto gemellare o plurigemellare, ciascun genitore ha diritto a fruire, per ogni nato, del numero di mesi di congedo parentale previsti dalla legge (Circ. INPS n. 8/2003), con conseguente moltiplicazione del limite massimo di mesi fruibili per il numero dei gemelli nati.

5 Nel caso in cui il padre eserciti il diritto di astenersi dal lavoro per un periodo continuativo non inferiore a 3 mesi, il limite complessivo dei congedi parentali dei genitori è elevato a 11 mesi.

6 Per genitore unico, si fa riferimento alle medesime ipotesi previste per usufruire del congedo di paternità ex art. 28 D.Lgs. n. 151/2001.

7 Il congedo prolungato spetta al lavoratore anche qualora l'altro genitore non ne abbia diritto e decorre dal termine del periodo corrispondente alla durata massima del congedo parentale spettante al richiedente (cfr. art. 33, commi 3 e 4, D.Lgs. n. 151/01).

Donne in medicina: una nuova sfida per la sanità del futuro

raccomandata con avviso di ricevimento purché sia assicurato comunque il rispetto del termine minimo di 15 giorni (cfr. al riguardo art. 32, c. 3, T.U. e art. 15, c. 2, lett. f, Ccnl 10.2.2004). Nel caso in cui si utilizzi il congedo in modo frazionato, è necessario che tra una frazione e l'altra vi sia un'effettiva ripresa dell'attività lavorativa. Pertanto, come chiarito dalla circ. Inps n. 82/2001, gli eventuali giorni di ferie, festivi e di sabato (in caso di settimana corta) ricadenti durante l'intervallo tra la fine e l'inizio di un nuovo periodo di congedo parentale, senza che sia garantita l'effettiva ripresa dell'attività lavorativa, saranno conteggiati come giorni di congedo parentale.

Trattamento economico e normativo

Per quanto riguarda il trattamento economico dei periodi di congedo in questione, la legge prevede, fino al compimento dei 3 anni di vita del bambino, un'indennità pari al 30% della retribuzione (art. 34, Dlgs 151/01).

Sul punto, tuttavia, la contrattazione collettiva della dirigenza medica contiene una disposizione di miglior favore, garantendo per le lavoratrici madri o in alternativa per i lavoratori padri, per i primi trenta giorni di congedo parentale, computati complessivamente per entrambi i genitori e fruibili anche in modo frazionato, l'intero trattamento economico oltre alla valutazione ai fini dell'anzianità di servizio e della maturazione delle ferie (v. art. 15, co. 2, lett. c., Ccnl 10.2.2004).

Congedo parentale ad ore (art. 32, co. 1bis, T.U.)

Un'interessante novità, introdotta dalla Legge di stabilità 2013 (L. 24 dicembre 2012, n. 228), al fine di adeguare l'ordinamento interno alla normativa comunitaria di cui alla Direttiva 2010/18/Ue, è rappresentata dalla possibilità per la contrattazione collettiva di settore di stabilire modalità di fruizione del congedo parentale su base oraria, prevedendo i criteri di calcolo della base oraria e l'equiparazione di un determinato monte ore alla singola giornata lavorativa (art. 32, c. 1-bis, T.U.).

È bene sottolineare che il nuovo istituto del congedo parentale ad ore, introdotto per favorire una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, non sarà applicabile al rapporto del dirigente medico fino a quando non interverrà la contrattazione collettiva a disciplinare la materia.

Riposi giornalieri (artt. 39 e 40, T.U.)

La madre lavoratrice ha diritto, durante il primo anno di età del bambino, a due ore retribuite, anche cumulabili, di riposo giornaliero (se l'orario giornaliero è inferiore alle sei ore, si ha diritto ad una sola ora di riposo), che sono considerate lavorative sia ai fini contrattuali che retributivi e comportano il diritto del genitore di uscire dall'azienda (art. 39, Dlgs 151/01). Tali ore di riposo si intendono raddoppiate in caso di parto

plurimo (art. 41, Dlgs n. 151/01)⁹.

La legge riconosce anche al padre lavoratore la possibilità di godere dei suddetti riposi (art. 40, Dlgs n. 151/01), ma soltanto:

- in presenza delle condizioni stabilite per il diritto al congedo di paternità (decesso, grave infermità, abbandono della madre; affidamento esclusivo del padre);
- nei casi in cui la madre lavoratrice dipendente decida di non avvalersene;
- qualora la madre sia lavoratrice autonoma.

In aggiunta ai periodi di congedo parentale e ai riposi giornalieri garantiti dalla legge, al dirigente medico, in occasione della nascita del figlio, è altresì riconosciuto il diritto contrattuale a usufruire di diciotto ore di permessi retribuiti nell'arco dell'anno (v. art. 23, Ccnl 5 dicembre 1996, così come modificato dall'art. 27, comma 4, Ccnl 17 ottobre 2008).

Congedi per la malattia del figlio (art. 47, T.U.)

Entrambi i genitori, alternativamente, hanno diritto di assentarsi dal lavoro per i periodi corrispondenti alle malattie del figlio. Nello specifico, il diritto al congedo per malattia del figlio spetta senza limiti fino ai tre anni di età del bambino; mentre per un massimo di cinque giorni lavorativi all'anno, tra il 3° e l'8° anno di vita del figlio.

Il padre lavoratore può esercitare tale diritto anche se la madre non può fruirne, perché, ad esempio, lavoratrice autonoma o disoccupata.

Per godere dei congedi di malattia del figlio, è necessario presentare al datore di lavoro un certificato di malattia del bambino redatto da un medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato (art. 47, c. 3, Dlgs 151/01). Una volta che saranno pienamente attuate le novità introdotte dalla Legge n. 221/2012 (c.d. Legge Sviluppo), la certificazione di malattia sarà inviata in modalità telematica all'Inps direttamente dal medico curante, e dal predetto Istituto sarà inoltrata, con le stesse modalità, al datore di lavoro.

Le assenze in questione, sebbene utili ai fini dell'anzianità di servizio, non sono retribuite. Tuttavia, la contrattazione collettiva della dirigenza medica stabilisce che, sino al compimento del terzo anno di vita del bambino, qualora la malattia del figlio dia luogo a ricovero ospedaliero, sia il lavoratore padre che la lavoratrice madre hanno diritto a 30 giorni di assenza retribuiti per ogni anno di età del bambino, computati complessivamente per entrambi i genitori (art. 15, co. 2, lett. d. Ccnl 10.2.2004).

Altri diritti e tutele

Divieto di licenziamento (art. 54, T.U.)

Il nostro ordinamento vieta il licenziamento della lavoratrice dall'inizio della gravidanza e fino al compimento di un anno

9 In tal caso, le 2 ore aggiuntive possono essere utilizzate anche dal padre (v. art. 41, D.Lgs. n. 151/01 e art. 15, co. 2, lett. h), Ccnl 10.2.2004).

di età del bambino (art. 54, co. 1 Dlgs n 151/01).

Il suddetto divieto opera in connessione con lo stato oggettivo di gravidanza. Ciò significa che il licenziamento intimato in tale periodo è nullo anche se il datore di lavoro non era a conoscenza dello stato di gravidanza della dipendente.

A tal fine, la legge stabilisce che la lavoratrice licenziata nel periodo in cui opera il divieto è tenuta a presentare all'azienda un certificato da cui risulti che la gravidanza era già in atto al momento del licenziamento.

È bene precisare che il divieto in esame non trova applicazione nei casi di:

- a. licenziamento per giusta causa dovuti a colpa grave della lavoratrice;
- b. risoluzione del rapporto per scadenza del termine al contratto;
- c. mancato superamento del periodo di prova (salvo che non integri gli estremi di un atto discriminatorio).

La normativa, inoltre, al fine di tutelare anche la paternità, stabilisce che il divieto di licenziamento vale anche nei confronti del padre lavoratore che usufruisca del congedo di paternità (v. sopra), per tutta la durata del congedo stesso e fino al compimento di un anno di età del bambino¹⁰.

Rientro in servizio (art. 56,T.U.)

Al rientro dal congedo di maternità e di paternità, le lavoratrici e i lavoratori hanno diritto a conservare il posto di lavoro e, salvo espressa rinuncia, a rientrare nella stessa unità produttiva dove erano occupati in precedenza o in altra ubicata nel medesimo comune, e di permanervi fino al compimento di un anno di età del bambino.

Adibizione a mansioni diverse (art. 7,T.U.)

In generale, la legge fa divieto di adibire le donne in gravidanza al trasporto e sollevamento dei pesi, nonché ai lavori pericolosi, faticosi ed insalubri (art. 7, Dlgs n. 151/01).

Fermo restando il suddetto divieto, la disciplina contrattuale della dirigenza medica stabilisce che, qualora durante il periodo della gravidanza e per l'intera durata del periodo di allattamento si accerti che l'espletamento dell'attività lavorativa comporta una situazione di danno o di pericolo per la gestazione o la salute della lavoratrice madre, l'azienda provvede al temporaneo impiego della medesima e con il suo consenso in altre attività, nell'ambito di quelle disponibili, che comportino minor aggravio psicofisico (art. 15, co. 3, Ccnl 10.2.2004).

In questo caso, è ammesso dalla legge anche il demansionamento della lavoratrice in gravidanza (come, ad esempio, il caso del medico adibito a funzioni di carattere amministrativo), ma la stessa conserva la retribuzione e la qualifica di provenienza.

Esonero dal lavoro notturno (art. 53,T.U.)

Il Testo Unico vieta, dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino, di adibire le donne al lavoro notturno, ovvero dalle ore ventiquattro alle ore sei (art. 53, co. 1, Dlgs 151/01).

Oltre al suddetto divieto di natura assoluta, la legge stabilisce che, fino al compimento del terzo anno di età del figlio, non sono obbligati a prestare lavoro notturno:

- a) la lavoratrice madre di un figlio di età inferiore a tre anni o, in alternativa, il lavoratore padre convivente con la stessa;
- b) la lavoratrice o il lavoratore che sia l'unico genitore affidatario di un figlio convivente di età inferiore a dodici anni (art. 53, co. 2, Dlgs n. 151/01).

Nei casi sopra previsti la lavoratrice o il lavoratore sono titolari di un diritto soggettivo, liberamente esercitabile, che limita il potere del datore di lavoro (Trib. Milano 2 marzo 2001).

Pertanto, con riferimento alla dirigenza medica, ne consegue che è fatto divieto di adibire la lavoratrice alle guardie e alle reperibilità notturne, fino al primo anno di età del bambino, mentre successivamente e fino al terzo anno di vita del figlio, la lavoratrice, o in alternativa il padre lavoratore, saranno in ogni caso titolari di un diritto di astensione dalla prestazione notturna.

Part-time

La disciplina contrattuale in tema di part-time del dirigente medico – contenuta nell'Accordo del 20 febbraio 2001, che trova applicazione anche nei confronti dei medici assunti a tempo determinato con contratto non inferiore a tre anni – prevede che, nei casi in cui risulti comprovata una particolare esigenza familiare o sociale, il dirigente medico a rapporto esclusivo può chiedere l'accesso ad un regime di impegno orario ridotto (art. 2, Accordo 20.2.2001).

Alle suddette esigenze è riconducibile l'assistenza ai figli sino agli otto anni di età.

La riduzione dell'orario lavorativo può essere realizzata, fra l'altro, articolando la prestazione anche solo su alcuni giorni della settimana (c.d. tempo parziale verticale), oppure sull'intera settimana (c.d. part-time orizzontale, v. art. 3, co. 2). L'accesso al regime ad impegno ridotto, che non può essere in ogni caso inferiore al 50% del normale orario di lavoro, comporta l'impossibilità per il dirigente medico di svolgere servizio di pronta disponibilità e di esercitare la libera professione (art. 4, co. 12).

Le modalità di articolazione della prestazione lavorativa ridotta, devono essere necessariamente concordate tra medico e azienda sanitaria, al fine di contemperare le esigenze personali della lavoratrice con quelle organizzative della struttura di appartenenza. Il relativo accordo dovrà, in ogni caso, essere formalizzato per iscritto.

¹⁰Nell'ipotesi di adozione ed affidamento sussiste ugualmente il divieto di licenziamento in caso di fruizione del congedo di maternità e paternità, e si applica fino ad un anno dall'ingresso del minore nel nucleo familiare.