

di Vania Cirese

Avvocato, Foro di Roma

Oppressa dal clima reazionario che si respirava in epoca vittoriana Elizabeth Garrett, figlia di un gestore del banco di pegni, si era innamorata dell'idea di intraprendere la professione medica dopo aver incontrato Elizabeth Blackwell, la prima donna medico statunitense, ma dovette affrontare la forte opposizione dei suoi genitori. Dopo aver tentato invano (la sua domanda veniva cestinata perché era donna) di iscriversi alle più importanti Medical Schools della sua epoca, la Garrett fu costretta come ripiego ad arruolarsi come infermiera al Middlesex Hospital, dove cercò di seguire tutte le possibili lezioni di medicina, quando i colleghi uomini glielo permettevano, il che succedeva di rado. Nel 1865 si presentò come privatista all'esame della Society of Apothecaries e riuscì a superarlo. La notizia suscitò un tale vespaio di polemiche che da allora l'accesso alla professione fu ufficialmente vietato alle donne. Il primo atto da medico di Elizabeth Garrett fu l'apertura di un ambulatorio per donne, ma per vedere riconosciuto il suo diritto all'iscrizione al British Medical Register dovette trasferirsi a Parigi (dove circolavano idee più progressiste) per iscriversi all'Ordine. Di ritorno a Londra, fondò a sue spese il New Hospital for Women, con staff interamente femminile. L'impatto della struttura sull'immaginario collettivo e il suo successo furono talmente forti e profondi da cambiare per sempre la storia della Medicina. Volutamente mi è parso opportuno riportare questo fondamentale episodio della storia delle donne nella professione medica perché esemplificativo della difficoltà dell'universo femminile a coniugarsi ed inserirsi in un mondo, quello medico, per molti versi recalcitrante ad aprirsi completamente "all'altra metà".

Una professione declinata al femminile, ma...

Le donne medico sono brillanti e veloci negli studi, stanno superando per numero i colleghi maschi e risultano sempre più presenti negli organici aziendali. Eppure ancora poche raggiungono ruoli di prestigio. Compaiono sempre più frequentemente statistiche che evidenziano come "nei prossimi anni la professione medica sarà declinata al femminile e l'intera organizzazione del lavoro andrà rivista". Già oggi le donne sono la maggioranza (60%) tra gli iscritti a Medicina e Chirurgia, concludono gli studi brillantemente (punteggio

medio 107/110) e rapidamente (26,5 anni l'età media della laurea) e nella fascia d'età 25-40 anni hanno superato i colleghi nell'iscrizione agli albi. Ciononostante il cosiddetto "soffitto di cristallo" continua a schiacciare e ancora oggi le donne medico sono costrette a orientarsi verso le specialità che permettono di conciliare vita lavorativa e famiglia. Rinunciano spesso alla chirurgia generale e optano per la medicina generale, la pediatria e l'odontoiatria. Forte anche la presenza femminile in branche come la neuropsichiatria infantile, l'allergologia, la ginecologia e l'ostetricia. Va notato però che il 44% delle dottoresse "under 35" non sono sposate, così come non lo sono il 17% delle donne medico tra i 36 e i 50 anni, mentre gli uomini non sposati nella stessa fascia d'età sono pochissimi; quanto poi a quelle coniugate e con un figlio, risultano il 73,6% contro il 90,5% dei colleghi maschi, e la percentuale scende vertiginosamente al 45% per le donne con due figli, contro il 73,6% degli uomini.

Alla fine del settembre del 1865 Elizabeth Garrett diventò la prima donna medico in Gran Bretagna. Una data storica, il coronamento di un sogno, ma anche un'impresa titanica. La festa dell'8 marzo serve anche a questo: ricordare una donna brillante che ha saputo raggiungere, con sacrificio e coraggio, un grande traguardo, contribuendo a cambiare la storia della medicina. Senza dimenticare però che il cammino verso la parità è tuttora in salita, anche nella professione medica

Anche l'occupazione di ruoli di vertice è condizionato: tra i dipendenti del Ssn si registra infatti solo l'11,3% di figure apicali donna.

Ogni giorno dedicandosi al dovere senza strepito e con grande spirito di sacrificio, le donne medico, affrontano la vita professionale in modo straordinario perché acrobaticamente riescono a conciliarla con la vita privata.

La normativa italiana, arretrata e discriminatoria

Questa realtà è ignorata quasi interamente dalla legge italiana e dall'organizzazione aziendale.

Anche nei paesi tecnologicamente più avanzati, a dispetto della modernità, la legge tradizionale può giocare un ruolo fortemente repressivo nei confronti della donna mantenendola in uno stato di inferiorità, come nel caso dell'Italia poiché la legge sanitaria "in rosa" è chiara espressione di una colpevole posizione discriminatoria. Ricordiamo che davanti alla fragilità del mondo femminile, gli stessi padri costituenti sentirono la necessità di formalizzare la tutela della donna lavoratrice esplicitando all'art. 37 che "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 sua adeguata protezione", ciò per assicurare la salvaguardia dei valori primari sociali a livello costituzionale quali la libertà (art. 2); l'eguaglianza (art. 3); il diritto al lavoro (art. 4); la famiglia (artt. 29 e 30); la tutela del lavoro (art. 35).

Oggi appare di tutta evidenza la necessità di una moderna disciplina per tutelare i diritti fondamentali secondo le preziose li-



La femminilizzazione della medicina tra realtà e prospettive

Donne medico

I tempi di vita e i tempi di lavoro

Sono circa il 60% degli iscritti a Medicina e Chirurgia, concludono gli studi brillantemente (punteggio medio 107/110) e rapidamente (26,5 anni l'età media della laurea) e nella fascia d'età 25-40 anni hanno superato i colleghi nell'iscrizione agli albi. Ciononostante, il cosiddetto "soffitto di cristallo" continua a schiacciarle. Ancora oggi le donne medico sono costrette a orientarsi verso le specialità che permettono di conciliare vita lavorativa e famigliare

nee guida dell'Ue, ricordando che la libera circolazione delle persone è una delle libertà fondamentali garantite dal diritto comunitario (art. 39 Trattato CE). Inoltre la direttiva 2005/36 CE sancisce il riconoscimento delle qualifiche professionali in previsione dello stabilimento in un altro Stato membro. La libera circolazione degli studenti e dei lavoratori contribuisce a garantire che il personale sanitario possa recarsi dove vi è bisogno; la sua unica preoccupazione deve essere quella di tutelare il bene-vita e non di dovere superare frontiere geografiche. Le disposizioni comunitarie adottano il termine "personale" senza distinzione tra i sessi poiché la parità tra uomo e donna costituisce un diritto fondamentale, un valore comune all'Unione europea ed una condizione necessaria per il conseguimento degli obiettivi europei di crescita, occupazione e coesione sociale. La normativa italiana riflessa nella vita pratica della donna medico segna, al contrario, la linea della discriminazione, impedendo al sesso femminile di poter liberamente, e nel rispetto della dignità professionale, esercitare la vocazione medica ovunque il paziente necessiti di cure.

Una politica di respiro europeo

Occorre abbattere le barriere giuridiche con politiche lungimiranti e di concerto con le autorità dell'Ue e gli altri Stati membri, sostenendo programmi e incentivi per il personale femminile e favorendone mobilità e flessibilità nel lavoro.

È proprio in questi termini che oggi si pone in Italia il problema della positizzazione e della relativizzazione dei diritti o, se si vuole, quello del rapporto costitutivo tra quei diritti ed il loro riflesso nell'attuale legislazione sanitaria in rosa.

L'obiettivo della parità tra donne e uomini prevede una serie di azioni in materia di (Reg. n. 1922/2006):

1. pari indipendenza economica;
2. normativa per migliorare la conciliazione tra vita professionale, famiglia e vita privata;
3. gestione della mobilità del personale sanitario all'interno dell'Ue.

È dunque necessaria una svolta culturale e organizzativa con una revisione degli schemi di lavoro. Quali sono allora le nuove prospettive per le dottoresse? L'aumento di numero delle donne nelle fasce di età più basse (30-35 anni), e soprattutto all'Università, porterà certamente nel tempo a una crescita delle donne anche a livello apicale; di sicuro una maggiore rappresentatività femminile nei posti decisionali catalizzerà una maggior

presenza in tutti i vertici. Nello svolgimento dei concorsi non bisogna perdere di vista la meritocrazia, a prescindere dal genere; è importante che aumentino figure di spicco, che possano avere una funzione di stimolo verso le colleghe più giovani. È indispensabile inoltre una maggior informazione agli studenti degli ultimi anni degli studi universitari. Presi dallo studio di materie scientifiche difficili e impegnative, siamo tutti poco informati sui problemi di genere, sulle presenze delle donne, sull'evoluzione della carriera, sui problemi di previdenza, assicurativi, pensionistici. La situazione non è diversa a livello europeo: sebbene le donne rappresentino la maggioranza degli studenti e dei laureati, il loro tasso occupazionale è nettamente inferiore rispetto agli uomini; le donne poi continuano a guadagnare in media il 15% in meno degli uomini per ogni ora lavorativa.

Donne medico. Senza rinunciare alla famiglia

Va chiarito che se da un lato non si può condividere un trattamento automaticamente premiativo del ruolo donna-mamma-medico, dall'altro canto non si può consentire disincentivi per quella parte del mondo femminile desideroso di essere portatore di garanzia del bene-salute e del bene-vita nel pieno rispetto della dignità professionale.

Bisognerebbe facilitare il percorso delle donne medico che non rinunciano a famiglia e figli. Per questo sono necessarie sostituzioni immediate delle professioniste che si assentano per gravidanza; flessibilità di orari per quelle che hanno figli da accudire, asili nido, congedi parentali per i padri. L'annuncio di gravidanza non deve essere un dramma per il reparto ma un momento di solidarietà. Lo stesso vale naturalmente per le donne medico libere-professioniste o integrate nella medicina generale. Peraltro in merito all'assistenza sanitaria, vale la pena evidenziare che si tratta di uno dei settori più significativi dell'economia dell'Ue, verso cui l'orientamento comunitario prevede una politica garantista. Il settore vuole e deve avere attenzione in ogni sua manifestazione "patologica", tra cui, quella della rappresentanza femminile. Non a caso in molti ordinamenti sono

stati elaborati codici di condotta sulla base di principi etici per ridurre il rischio di assunzioni non meritocratiche nel sistema sanitario. Sia la Norvegia che i Paesi Bassi hanno elaborato strategie della forza lavoro che prevedono politiche di assunzione sulla base di principi etici, con particolare riguardo alla professione medica femminile. A livello comunitario, nel 2008 il comitato per il dialogo sociale europeo nel settore ospedaliero ha adottato un "Codice di condotta dell'assunzione trasfrontaliera" sulla base di principi etici. L'impegno in questa direzione deve riguardare ancora di più le donne medico che non devono assuefarsi ai disvalori sociali troppo spesso presenti nel mondo maschile, ma tenere alta la soglia di difesa di diritti e valori specie quelli riconducibili a livello costituzionale e condivisi dalla comunità.

Occupazione: le prospettive nel prossimo decennio

Quali saranno nei prossimi anni gli ambiti della medicina e della chirurgia in cui le donne troveranno maggiori opportunità occupazionali e di carriera? Attualmente sembra esserci una minor confidenza con le specialità che trattano acuti, con quelle branche che utilizzano alte tecnologie e con le chirurgie in genere. Non dobbiamo dimenticare che la femminilizzazione della medicina si accompagnerà a una riduzione numerica dei medici in generale, in quanto molti raggiungeranno l'età pensionabile nei prossimi dieci anni e diverrà

- creare una piattaforma a livello Ue per lo scambio di esperienze tra quadri.
- Alla parità tra uomo e donna è dedicato un ampio corpus legislativo europeo riguardanti:
 - l'accesso occupazionale
 - la parità retributiva
 - la protezione della maternità
 - il congedo parentale
 - l'onere della prova nei casi di discriminazione.

Quando tuttavia si constatano ancora atteggiamenti prevenuti e ostativi che allarmano sul fatto che "tra i dottori nel 2017 i maschi sono solo 2 su 10. Sempre meno chirurghi e urologi" ci si



Elizabeth Garrett
la prima donna medico in Gran Bretagna

Rinunciano spesso alla chirurgia generale e optano per la medicina generale, la pediatria e l'odontoiatria, la neuropsichiatria infantile, l'allergologia, la ginecologia e l'ostetricia. Tra i dipendenti del Ssn solo l'11,3% di figure apicali è donna

per tanto necessario che tutte le branche della medicina possano essere coperte, indipendentemente dal genere dei nuovi medici.

Occorre quindi:

- investire nella formazione e nell'assunzione di personale femminile per raggiungere l'autosufficienza al livello nazionale e comunitario, contrastando l'emigrazione sanitaria;
- incoraggiare accordi trasfrontalieri sulla formazione e scambi di personale femminile, agevolando e prevedendo possibili emorragie di personale sanitario;
- promuovere il movimento "circolare" del personale

rende conto che le fobie e i timori albergano anche all'interno degli enti rappresentativi come gli Ordini dei medici. Sicuramente è più semplice ragionare in termini di flessibilità per alcune specialità e meno per altre. Ma per nessuna disciplina ciò è impossibile, comprese le discipline chirurgiche, se si condiziona il principio che l'organizzazione del lavoro è lo strumento attraverso cui è possibile conciliare le diverse esigenze dei componenti di tutta l'equipe.

Flessibilità e tempo parziale

Non v'è dubbio che per i medici del territorio vi siano maggiori opportunità di concordare

l'orario di lavoro e ciò sia invece più problematico in ospedale, dove vige un'organizzazione più rigida che riguarda il lavoro medico e quello delle altre figure professionali, non più "ausiliarie", che ruotano attorno al paziente e che necessariamente si devono integrare col lavoro medico.

I contratti integrativi aziendali definiscono le priorità di godimento, le procedure, i criteri ecc. Per il personale dirigente l'Aran chiarisce alcune regole di base sui rapporti di lavoro con un impegno ridotto, indicando la percentuale di orario di lavoro concessa, con la precisazione che questa possibilità non è riconosciuta ai direttori di strutture complesse. Questa limitazione indubbiamente causa ancora un ostacolo alla progressione di carriera. Inoltre il dirigente non può rientrare a tempo pieno prima di un anno.

Del resto il part-time non è concesso automaticamente e resta fermo il tetto del numero di concessioni usufruibili, può essere concesso dall'amministrazione anche per periodi limitati e fino al cessare del bisogno che ha indotto la richiesta.

Alcune dirigenti donna tuttavia non possono comunque fare a meno in alcuni periodi della vita professionale di ricorrere al tempo di lavoro parziale per far fronte alle responsabilità familiari. In questo caso le famiglie monoreddito accusano anche difficoltà di gestione economica, perché meno orario comporta minor salario. Quindi chi non può fare a meno di uno stipendio non può chiedere un orario di lavoro ridotto senza mettere in difficoltà la propria famiglia. Chi non può fare a meno del part-time necessariamente rinuncia a una parte di stipendio e alla carriera. Occorre uscire da questo circolo vizioso, con strumenti normativi adeguati.

Quel tetto di cristallo...

Questi problemi non riguardano, purtroppo, soltanto le donne medico: sono problemi "trasversali" al mondo del lavoro femminile. Negli ultimi mesi ci ha superato anche la Grecia e dopo di noi resta solo Malta. In Italia riesce a lavorare solo il 46,3 per cento delle donne; sette milioni in età lavorativa sono fuori dal mercato del lavoro; al Sud il tasso di occupazione crolla al 34,7 per cento.

Continua ad opprimere "il tetto di cristallo", quella sottile, trasparente ma robustissima pellicola che divide le donne dai posti che contano, facendoli sfiorare ma mai afferrare: lo chiamavano così dieci, quindici, vent'anni fa; è sempre lì, cristallo puro, infrangibile, beffardo.

L'uguaglianza tra uomini e donne costituisce un diritto fondamentale previsto dal trattato Ue ed è una delle politiche prioritarie dell'Unione. Malgrado i progressi compiuti, si può e si deve fare ancora molto sia dal punto di vista della vita professionale che della vita privata. **Y**