

TRIMESTRALE DELLA  
FEDERAZIONE NAZIONALE  
ORDINI MEDICI CHIRURGHI  
E ODONTOIATRI  
WWW.FNOMCEO.IT

La Professione - i Quaderni NUMERO 2 / 2008



la **Professione**  
i Quaderni  
medicina  
scienza  
etica e società

2 | 2008

- Medicina e sanità  
dedicate al femminile  
Atti del Convegno Fnomceo  
Caserta, 28 settembre 2007
- Medicina e sanità a confronto  
con la multiculturalità  
Atti del Convegno Fnomceo  
Padova, 23-24 novembre 2007

MEDICINA E SANITÀ DECLINATE AL FEMMINILE  
MEDICINA E SANITÀ A CONFRONTO CON LA MULTICULTURALITÀ

<b>Medicina e sanità declinate al femminile</b> Caserta, 28 settembre 2007 .....	5
<b>Saluti introduttivi</b> .....	6
di Amedeo Bianco, telegramma di Giorgio Napolitano, Gaetano Pascarella, Ornella Capelli, Nicodemo Petheruti, Alessandro De Francisci, Franco Rossi, Giovanni Leonardi	
<b>Gli ospiti del Convegno</b> .....	12
Interventi di Jane Dace, Pia Elda Locatelli, Maurizio Benato, Anna Rita Frullini, Giuseppe Scalerà, Antonella Arras, Geo Agostini, Giovanni Righetti, Niccolò D'Autiia, Vincenzo Liguori, Costantino Santacroce, Salvatore Rampulla, Carla Zamboni	
<b>Seduta pomeridiana: tavola rotonda</b> .....	58
Carmen Lasorella, Renata Canini, Maria Pia Landini, Paola Muti, Lorella Mellillo, Alessandro Giordano	
<b>Idee, progetti a confronto: interventi preordinati di iniziative da parte degli Ordini Provinciali e delle Organizzazioni Sindacali</b> .....	71
Adriano Ramello, Rosanna Franchi, Giorgio Cavallero, Francesca Cataldi, Carmela Savastano, Rita Nonnis, Bartolomeo Griffa, Gabriella Tanturi, Guido Marini, Carla Benedetti, Mirrella Trizzo, Rosalba Ristagno, Maria Canevani, Anna Patrizia Ucci, Francesca Fiorillo, Antonio Pantì, Antonella Agnello, Roberta Chersevani, Franco Mascia	
<b>Documento conclusivo</b> .....	105
<b>Appendice</b>	
<b>I numeri della medicina al femminile</b> .....	107

**la Professione**

Trimestrale  
della Federazione Nazionale  
Ordini Medici Chirurghi  
e Odontoiatri

Anno X • Numero 2 - 2008

**Presidente**  
Amedeo Bianco

**Direttore responsabile**  
Eva Antonotti

**Comitato editoriale**  
Castro Nume (coordinatore)  
Bruno Di Lasdo  
(vicecoordinatore)  
Enrico Bartolini  
Rodolfo Berro  
Luigi Conte  
Ezio Cotrozzi

**Hanno  
collaborato**  
Lucia Conti  
Ester Maregò  
Stefano Simoni

**Editore**  
Fronceco  
Piazza Cola di Rienzo 80/A,  
00192 Roma


**Redazione**  
Via Vittore Carpaccio, 18  
00147 Roma  
Tel. 06.6465031  
Fax 06.64650328

**Fotolito e stampa**  
Officine Grafiche Calderini,  
Bologna

Abbonamento Postale - DL  
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.  
46) art. 1, comma 2, DCB - 80 -  
Registrazione al Tribunale di Roma n.  
464/99 del 19/10/1999  
Tiratura 567.000 copie  
Chiuso in tipografia  
nel marzo 2008

Le variazioni di indirizzo vanno  
comunicate per posta alla sede della  
Fronceco:  
Fronceco  
Centro elaborazione dati  
Piazza Cola di Rienzo 80/A,  
00192 Roma

L'editore è a disposizione di tutti gli  
eventuali proprietari dei diritti sulle  
immagini riprodotte, nel caso non si  
fosse riusciti a reperirli per chiedere  
debita autorizzazione.  
Tantifa Associazioni Senza Fini di Lucro:  
Poste Italiane S.p.a. - Spedizionate in



Health Communication art  
Edizioni e servizi di Informato zeniterno

## **Telegramma di Giorgio Napolitano**

Presidente della Repubblica

“Esprimo vivo apprezzamento alla Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per l'organizzazione del Convegno dedicato al tema ‘Medicina e sanità declinate al femminile’. Dai vostri lavori potranno emergere interessanti spunti e suggerimenti sulle vie più efficaci per sviluppare ed ampliare la presenza femminile, fonte di preziosa sensibilità e risorse nel mondo dalla sanità. Il capo dello Stato, consapevole del valore scientifico e sociale dell'evento, rivolge ai promotori e agli illustri relatori un cordiale augurio per il proficuo svolgimento dei lavori”.

## **Gaetano Pascarella**

Sottosegretario alla Pubblica Istruzione

Si sente spesso parlare di stagnazione, immobilismo o declino della nostra società sotto l'aspetto sia economico, sia democratico, intendendo per democrazia l'allargamento delle opportunità. Lo strumento per sconfiiggere l'immobilismo, arrestare il declino e rilanciare il paese credo possa essere la spinta che viene dalla rivoluzione di genere, che in Italia si è concretizzata negli anni '60 e '70 e che deve proseguire nel prossimo futuro. La scuola italiana è in grande difficoltà. Nella sanità vi sono certamente difficoltà analoghe, ma ritengo che siano più piccole, perché con straordinarie battaglie abbiamo permesso alla nostra sanità pubblica di poter avere un ruolo significativo nel mondo. Nella sanità i risultati positivi si possono misurare anche nel breve periodo, mentre nella scuola e nella ricerca si possono misurare soltanto con grandi capacità di programmazione nel medio e nel lungo periodo. In questo senso l'incontro di oggi è, per il paese, un'occasione per ripartire da quel mondo che si è affermato nelle professioni, senza distinzione di genere, e per fare in modo che i diritti dei cittadini, soprattutto di quelli in difficoltà, possano trovare soddisfazione.

## **Amedeo Bianco**

Presidente Fnomceo

Abbiamo pianificato questo appuntamento da mesi, convinti che sia di interesse fondamentale per il futuro delle nostre professioni e della nostra sanità. Il dibattito non inizia in questo momento, perché ci sono già stati convegni interregionali, quello di Torino, e altri convegni in diversi Ordini. Oggi, però, affrontiamo l'argomento a livello nazionale, cercando quella corretta valutazione dei fenomeni e delle proposte che ci guiderà nei prossimi mesi e nei prossimi anni. Lo scopo non è soltanto quello di analizzare le caratteristiche del fenomeno – i numeri, le posizioni rivestite e le specialità in cui le donne figurano in maniera più consistente –, ma anche quello di trovare una strada che favorisca il pieno dispiegarsi delle potenzialità di questo fenomeno. Tutto quello che è barriera, ostacolo, discriminazione implicita ed esplicita, oltre che essere un'ingiustizia di genere, danneggia il futuro di un patrimonio sociale che è fatto di conoscenze e competenze, ma soprattutto della capacità con cui le professioni sanno dialogare e innovarsi.

## **Ornella Capelli**

Presidente Aidm

Oggi la medicina ha assunto un'accezione un po' più ampia, quella di prendersi cura, il termine inglese to care. Alla capacità di farsi carico delle situazioni più delicate e vulnerabili penso che le donne, per un'atavica predisposizione, siano particolarmente votate, perché lo facciamo da sempre nella famiglia e nella società. Credo che proprio in questo risieda il forte interesse del mondo femminile verso questa professione.

Serve il riconoscimento del nostro ruolo, che ancora oggi incontra delle resistenze. E il riconoscimento deve trovare nella società anche un sistema e un'organizzazione che ci permetta veramente di esplicitare il nostro ruolo, che non è solo quello di professionisti, ma anche di madri. Ciò di cui abbiamo bisogno è da un lato avere le soddisfazioni che meritiamo, ma dall'altro che la società si organizzi e metta a disposizione una rete di servizi, che il mondo del lavoro dia la possibilità alle donne di esercitare la professione in piena consapevolezza e responsabilità. Da questo non potrà che trarre giovamento tutta la società, perché abbiamo tanto da dare quanto i nostri colleghi uomini.

## **Nicodemo Petteruti**

Sindaco di Caserta

Sono lieto che Caserta possa ospitare un Convegno di questo prestigio, che sicuramente va al di là dei confini dell'attività di un ordine professionale, perché spazia in un'area sociologica che coinvolge la funzione dell'Italia nell'Europa e le condizioni di lavoro dell'intero parterre maschile e femminile in cui, come si sa, persistono condizioni di opportunità non pari tra i due sessi.

Si prospetta un'inversione di tendenza nel mondo medico-sanitario e nei prossimi anni potrebbe verificarsi una prevalenza numerica delle donne. Mi auguro che si arrivi a un equilibrio, e che non si determini il fenomeno inverso, per cui in futuro ci troveremo a parlare della questione maschile come oggi avviene per quella femminile.

È vero che le posizioni apicali sono occupate quasi esclusivamente da figure maschili. Sappiamo che le donne sanno fare tutti i mestieri non meno bene degli uomini, quindi sono la strutturazione della società e il dipanarsi della vicenda politica che hanno portato allo stato di cose di cui oggi sentiamo necessità di una riforma profonda. Finalmente anche il mondo della politica, dopo aver declamato, comincia ad accorgersi concretamente dell'esigenza di riportare equilibrio in questo tema. Lo fa in un momento quasi privato, nel senso che interessa un'area politica, ma è un fatto che la vicenda della nascita del Partito Democratico ha posto fortemente la questione, addirittura a partire dalla composizione delle liste. Ne è nato qualche problema e, tuttavia, è un modo di introdurre nel mondo politico un sistema, un orientamento che dovrebbe dare, da qui a qualche anno, un contributo concreto in materia.

Tornando al mondo della sanità, credo che il crescere del tasso di presenza femminile possa introdurre un miglioramento concreto, se porta nella professione la funzione della maternità, trasformando il rapporto medico-paziente. In ogni caso, occorre una riflessione attenta su questi fenomeni, perché non si vada poi al di là di quello che è giusto si raggiunga. Ci sono paesi in crescita vertiginosa, la Cina per esempio, perché parte da condizioni arretrate. Facciamo in modo che non sia questa la causa dell'ascesa femminile, ma che sia veramente l'avvento di una pari opportunità sostanziale, che ponga maschi e femmine di fronte ai problemi del lavoro in una condizione paritaria. Per questo occorre una politica globale. La trasformazione alla quale sicuramente questo convegno darà un contributo concreto, ma comunque di settore, deve uscire dai confini professionali e proiettarsi nel mondo dell'intera società, senza perdere le connotazioni peculiari di uomini e donne.

## **Alessandro De Franciscis**

Presidente della Provincia di Caserta

Nel nostro territorio l'Ordine ha mostrato, devo dire con una qualche intrigante diversità da quello che invece succede nei centri e nelle province più affollate, di essere veramente un

punto di riferimento per tutta la professione. Incontri, convegni, corsi di aggiornamento, temi anche di punta, sono sempre stati ospitati e tuttora elaborati nella sede dell'Ordine. La provincia di Caserta è un territorio per molti aspetti difficile, ma ci sono colleghe e colleghi appassionati della nostra professione e pronti a dare il loro sostegno a un tema importante come quello che oggi affronteremo.

### **Franco Rossi**

Rettore della Seconda Università di Napoli

Fra i nostri studenti la maggioranza sono donne. Da docente e guardando all'Osservatorio della presidenza della Facoltà di Medicina, posso dire che le donne sono più brave, anche per un fatto di maggiore maturità nel momento in cui a diciotto anni si iscrivono. Coordinino da anni un dottorato di ricerca e anche in questo campo le donne sono più portate. Eppure a raggiungere le posizioni più importanti sono quasi sempre gli uomini.

Dobbiamo dare la possibilità alle donne di esprimersi come possono fare gli uomini. Allo stesso tempo, però, dobbiamo creare le condizioni sociali per permettere alle donne di svolgere il loro ruolo nella famiglia. Da questo convegno sono convinto che possano scaturire idee e suggerimenti per migliorare i nostri ambienti di lavoro.

### **Giovanni Leonardi**

Direttore Ministero della Salute

La funzione del Ministero della Salute non è quella di dare indicazioni, ma quella di raccogliere le indicazioni che vengono dalla società e da convegni come questo, per capire qual è la strada da intraprendere insieme.

Questo convegno va un po' oltre il discorso della professione medica, dando un'indicazione su quello che deve essere il futuro della donna nella società. Se è vero che questa professione diventa sempre più femminile, credo che le donne abbiano in genere una marcia in più. Sono più serie nella preparazione,

hanno un approccio diverso e questo emerge dalla selezione che il numero chiuso impone. Le difficoltà però ci sono, esiste una selezione negativa che impedisce alla donna di arrivare a certi livelli.

Il convegno di oggi può aiutarci a capire quale deve essere il ruolo della donna e quale quello dell'uomo nella società del futuro. Se crediamo che la famiglia e la crescita dei figli siano un valore, allora dobbiamo porci il problema di come cambiare culturalmente, perché in fondo gli strumenti esistono già e anche l'uomo potrebbe scegliere di stare a casa, ma la mentalità e la cultura attuali rendono questa possibilità poco accettata e quindi poco sfruttata.

# La femminilizzazione della medicina: quale cambiamento?

Jane Dacre

Dean of Education, University College of London

**U**na mia collega, la professoressa Black, è stata intervistata da un giornale del Regno Unito e ha dichiarato che attualmente abbiamo un problema: ci sono troppe donne nel campo della medicina, cosa che sta spingendo gli uomini ad allontanarsi da questo settore. Questa storia è stata fraintesa e ha sollevato molto clamore, come è accaduto in Italia per un fatto simile, iniziato nello stesso modo. Da allora, la nostra Università di Medicina sta lavorando duramente per cercare di scoprire le problematiche connesse alla presenza delle donne in questo campo e per raccogliere dei dati che possano guidare i cambiamenti delle politiche necessari per migliorare le cose.

Nel Regno Unito le donne rappresentano una quota molto significativa della forza lavoro nel campo della medicina. Più della metà dei laureati sono donne – oggi la percentuale ha raggiunto il 60% – ma in alcune specializzazioni si trovano invece meno donne di quante si potrebbe immaginare. Per esempio nel campo della chirurgia le donne sono poche, inoltre sono poche anche le donne medico che occupano posizioni ele-

vate, considerati i numeri di donne laureate in medicina. In alcuni settori di specializzazione si trovano più donne, per esempio nel campo delle cure palliative e della ginecologia, mentre molte donne chiedono di lavorare part-time.

Stamattina ho sentito spesso parlare di difficoltà, ma io preferisco parlare di sfide, perché le sfide sono ostacoli che dobbiamo risolvere e superare. Le donne sono figure leader nel settore della medicina; la medicina è una professione che si fonda sull'assistenza e l'empatia sono caratteristiche innate tipiche del genere femminile. Nel Royal College of Physicians di Londra, abbiamo creato un gruppo di lavoro finalizzato a prevenire l'erosione dei valori professionali. Abbiamo sviluppato un opuscolo che evidenzia come i medici si impegnino a garantire integrità, compassione, altruismo, miglioramento costante, eccellenza e lavoro di gruppo, tutte caratteristiche molto naturali per una donna.

In tempi passati, nel Regno Unito la maggior parte delle forme di assistenza sanitaria iniziavano nelle case ed erano considerate un compito femminile. L'assistenza ai malati è diventata appannaggio degli uomini quando è diventata una vera e propria professione. Gli uomini si sono assicurati un'ampia quota di potere e poi hanno iniziato a decidere chi poteva entrare nel loro ristretto circolo. Secondo un'immagine vecchia e stereotipata, le donne erano considerate deboli e isteriche, incapaci di sostenere attività intellettuali o di impegnarsi a fondo nel lungo termine.

L'assistenza sanitaria richiede un contatto diretto con il corpo e le sostanze che produce; in passato questo veniva considerato un lavoro sporco ed era associato alla figura femminile. Anche gli strumenti e le tecniche di un buon medico erano declinate al femminile. La conversazione, ad esempio, era una parte importante del lavoro di un medico ed è tradizionalmente associata alla donna, che ama parlare molto. Nel XVII secolo il medico era definito come "una voce dolce, modi gentili e l'inclinazione a mentire ai suoi pazienti, se necessario". Quel medico non spargeva sangue, non usava strumenti e si affidava al tempo e alla natura per le sue cure, in contrasto con la figura del chirurgo che è poi nata nel Regno Unito.

Il primo medico donna nel Regno Unito è nato nel 1840, si chiama Sophia Jex-Blake ed era una donna molto forte. Voleva diventare medico ma l'Università di Londra si rifiutò di ammetterla perché era una donna. Così si recò in Scozia, dove fu accettata come matricola. In seguito tornò a Londra e aprì una scuola di medicina per donne, la Royal Free, che oggi fa parte del University College dove io lavoro. Nel 1925 alle donne è stato permesso di diventare *fellows*, laureati con contratto di ricerca. Oggi le donne *fellows* sono numerose, anche se in inglese *fellows* vuol dire "brav'uomo".

Questa storia è alle nostre spalle e in medicina le donne stanno avendo il sopravvento. Nel 1968 era stato fissato un tetto del 20% al numero delle donne che potevano seguire gli studi di medicina. Nel 1991 la situazione è cambiata e le norme hanno previsto un'equa ripartizione del numero dei laureati tra i due sessi. Da quel momento in poi è iniziata la fase delle pari opportunità. Nel 2003 la quota delle donne laureate in medicina ha raggiunto il 51% e questo ha sollevato molte preoccupazioni sulla possibilità che troppe donne avessero accesso alla professione medica, ma di fatto quest'anno le donne sono ancora al 61%. Nelle università che concentrano l'attenzione sulla formazione dei medici generici, il numero delle donne iscritte risulta maggiore, mentre in quelle che privilegiano gli aspetti scientifici il numero delle iscritte è leggermente inferiore, ma la percentuale più bassa è comunque del 50%. Il problema è con la figura maschile, che sta sparendo. Nel 2003 c'erano 4.700 studentesse contro 2.900 studenti. Forse l'aumento della proporzione delle donne sta spaventando gli uomini? In alternativa, possiamo pensare che gli uomini vogliano accedere più velocemente all'acquisto di un'auto sportiva, e così scelgono di lavorare nel settore bancario.

Le donne ottengono risultati migliori nelle scuole di medicina e anche negli esami successivi alla laurea. L'eccellenza coinvolge le donne europee, mentre le asiatiche riescono meno bene in relazione agli aspetti comunicativi della medicina, e a causa delle differenze culturali che caratterizzano il loro rapporto con i nostri pazienti. Tuttavia, le donne sono poco rappresentate nel settore della ricerca clinica, nei ruoli accademici a tem-

po pieno e nella direzione dei dipartimenti.

Spesso le donne vogliono lavorare con contratti part-time ed è molto difficile organizzare turni di lavoro part-time nel campo dell'assistenza sanitaria. Non è un contesto nel quale questo obiettivo possa essere raggiunto con facilità, non abbiamo ancora trovato le soluzioni organizzative adatte. Il 30% dei medici consulenti del servizio sanitario nazionale lavora in regime di part-time; nella comunità dei medici generici, la percentuale sale a 48. Questo crea difficoltà sia per gli uomini che per l'organizzazione del servizio. Abbiamo creato un sistema per la formazione flessibile che consente alle donne laureate in medicina di lavorare part-time per ottenere l'accredito. Il risultato è che anche gli uomini hanno deciso che vogliono lavorare in modo più flessibile. Le donne in prevalenza dedicano quel tempo alla cura dei loro figli, gli uomini, forse, al golf. Nel settore della chirurgia toracica, ad esempio, esiste personale in fase di formazione "flessibile" e la maggior parte di questi medici vorrebbe poter lavorare in modo flessibile anche nel futuro. Quindi quando le donne seguono la formazione in regime di part-time, poi desiderano lavorare nel medesimo regime e di fatto anche un gran numero di coloro che lavorano a tempo pieno vorrebbe passare al part-time, ma non ne ha avuto la possibilità.

Dobbiamo fare uno sforzo per trattenere in attività le competenze e l'impegno professionale di donne altamente preparate, per non perdere queste risorse a causa delle carenze in termini di pari opportunità o delle scarse opportunità nel campo dei lavori part-time. Quindi abbiamo bisogno di espandere i contratti part-time e la formazione part-time, il *mentoring* e le opportunità formative per le donne. Anche le condizioni di lavoro devono migliorare; sono necessarie strutture per ospitare i bambini e bisogna garantire i diritti pensionistici a coloro che hanno lavorato con contratti part-time.

Dobbiamo impegnarci nel settore accademico per ampliare la presenza femminile. Nelle università di medicina del Regno Unito, le donne rappresentano l'11% dei professori. Sono state condotte molte ricerche per stabilire se la causa di questa disparità risieda in un qualche pregiudizio. In realtà, le donne ai

vertici non hanno la sensazione di aver incontrato pregiudizi, e sono le donne in posizioni meno elevate che sentono di non aver ottenuto ciò che desideravano. Il numero delle donne si riduce risalendo i gradini della carriera, mentre il numero degli uomini aumenta in modo significativo. Le donne, quindi, non sostengono le loro carriere fino in fondo. In parte questo accade perché il cambiamento di genere è relativamente recente e le donne che hanno figli e vogliono diventare professori non hanno ancora raggiunto l'età giusta.

Abbiamo svolto alcune ricerche per stabilire cosa si pensa del ruolo delle donne nel campo della medicina. Riporto due commenti. Il primo è di un medico consulente maschio, che ha detto "Per essere sinceri, se si vuole avere una famiglia, è impossibile scegliere la neurochirurgia". Il secondo è di una studentessa: "Io resto sempre sorpresa quando vedo un professore con nome di donna; mi dispiace, ma è un fatto molto insolito". Posso portarvi un altro esempio: i Presidi delle facoltà dell'Università di Stellenbosch, nel Sudafrica, sono venuti a visitare i Presidi delle facoltà della UCL Medical School di Londra e il loro regalo, uguale per tutti, era una cravatta.

Nel Regno Unito sono stati condotti molti studi su questo argomento. A seguito della pubblicazione di tutti i dati raccolti, il Chief Medical Officer di Inghilterra, che rappresenta il vertice della professione medica nel paese, ha inserito nel suo rapporto annuale il problema della presenza femminile nella forza lavoro di medicina, facendo una raccomandazione orientata a modificare la situazione attuale. Al momento la porta è aperta per un cambiamento delle politiche, ma è difficile stabilirne le modalità esatte. Stiamo organizzando una serie di seminari con politici, giornalisti ed esperti del settore per illustrare loro i nostri problemi; stiamo discutendo con il governo nell'ambito di commissioni speciali per la modifica delle politiche governative e con i presidi delle facoltà delle università di medicina per garantire che siano consapevoli di queste problematiche, così potranno fare in modo di creare condizioni di pari opportunità nelle rispettive università. Questo processo è già stato avviato negli Stati Uniti dieci anni fa ed è deludente notare come i cambiamenti ottenuti a tutt'oggi siano pochi, ci

sono ancora pochissime donne medico che occupano posizioni di leadership.

Anche in Inghilterra non ci sono dati che evidenzino un'inversione di tendenza e le donne sono ancora sottorappresentate nelle posizioni di vertice. Dobbiamo far affermare l'idea che una *leadership* caratterizzata da forte attenzione, empatia e spirito di collaborazione, tutte caratteristiche tipicamente femminili, sia un fatto positivo per la medicina. Ciò avverrà soltanto se il numero delle donne in questo campo aumenterà significativamente. Per incoraggiare le donne abbiamo una struttura, un gruppo composto da 30 donne che hanno raggiunto punti avanzati della loro carriera. I membri del gruppo, che i nostri colleghi uomini chiamano "la casa delle streghe", si incontrano a cena ogni sei mesi per condividere le proprie esperienze e per darsi sostegno reciproco. Si discute della gestione simultanea degli impegni di lavoro e della cura dei figli, ma anche delle modalità per esercitare influenze sul governo e far comprendere le nostre esigenze ai parlamentari.

E' necessario un grande cambiamento, e per riuscire a realizzarlo dovremo lavorare sulle competenze delle donne in termini di leadership. In questo convegno vedo un gran numero di donne presenti e spero che vorranno raccogliere questa sfida.



# L'uguaglianza di genere: le direttive comunitarie

Pia Elda Locatelli

Eurodeputata, membro della commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere

**Q**uesto è un anno speciale per l'Europa e per chi crede nell'Europa: è il 50° anniversario della firma dei Trattati di Roma ed è l'Anno Europeo delle Pari Opportunità. Oggi vorrei raccontarvi la storia di questi cinquant'anni di direttive europee con riferimento agli uomini e alle donne, perché i Trattati di Roma segnarono l'inizio non soltanto del mercato comune, ma anche di una politica sociale europea. L'uguaglianza tra uomini e donne e il rispetto della dignità sono concetti centrali del modello europeo, che combina la democrazia e i sistemi di protezione sociale, altamente sviluppati rispetto alla media nel mondo, con il libero mercato.

Parlando di uguaglianza tra uomini e donne, parliamo sì di un sistema politico democratico, ma anche di un corretto funzionamento del mercato. Non casualmente, proprio nel momento della partenza, c'è stato un articolo del primo Trattato di Roma che introduceva il concetto di parità di retribuzione tra uomini e donne. Non lo faceva in nome della parità, ma per evitare le distorsioni della concorrenza. In seguito, per fortuna, la situazione si è evoluta, e nel Trattato della CEE abbiamo diver-

si articoli che parlano di uguaglianza, sempre in riferimento al tema del lavoro, perché per i primissimi anni l'Europa si è occupata sostanzialmente di questo. Tra questi c'è però anche l'art. 13, che consente di combattere la discriminazione basata su sesso, orientamento sessuale, religione, razza, età e disabilità in tutte le politiche comunitarie, anche al di fuori dell'ambito dell'occupazione.

Attualmente abbiamo tredici più due direttive comunitarie che si riferiscono nel loro complesso ai temi dell'uguaglianza tra uomini e donne. Direttive che sono state fatte negli ultimi trent'anni e che riguardano l'occupazione, la sicurezza sociale, i diritti di chi esercita un'attività professionale e ha figli, il diritto all'accesso dei beni e servizi. In questo sviluppo ci sono state quattro fasi. La prima è quella degli anni '70. In una riunione del Consiglio, che segnò un momento importante della legislazione e della giurisprudenza europea, gli Stati membri chiesero di attribuire all'integrazione sociale la stessa importanza attribuita al progresso economico. Questo si è tradotto in un programma di azioni sociali che prefigurò le prime due direttive – una del '75 e una del '76 – riguardanti la parità di trattamento nell'accesso al lavoro, la programmazione professionale e la promozione delle condizioni di lavoro.

La seconda fase legislativa si riferisce di più ai regimi legali di sicurezza sociale. In due direttive si affermava che i datori di lavoro non devono discriminare tra uomini e donne all'atto dell'assunzione. Attraverso queste direttive, c'è stato un tentativo di coordinamento per fare in modo di andare tutti nella stessa direzione. Questo è stato fatto soprattutto, per quanto riguarda gli uomini e le donne, con due piani di azione, che funzionano perché danno l'impulso alle legislazioni nazionali.

La terza fase legislativa è quella degli anni '90 e si riferisce in particolare a legislazioni, direttive, raccomandazioni che riguardano i diritti di chi esercita un'attività professionale e ha figli. Arrivarono la legge sul congedo di maternità retribuito almeno per quattordici settimane e la direttiva sul congedo parentale.

Nella quarta fase, infine, abbiamo ammodernato tutte le diret-

tive a partire dal '75, consolidandole in un'unica direttiva in modo da avere un quadro più chiaro. È stato un lavoro molto serio ed impegnativo, ma alla fine siamo arrivati a questa direttiva consolidata.

Le direttive hanno un impatto sulla nostra legislazione; la legislazione nazionale – quella italiana, ma anche quella degli altri ventisei paesi – è influenzata per l'80% dalla legislazione europea. L'Europa è stata la prima ad avviare concretamente le politiche femminili, passando da una sorta di leggi di protezione alle donne a leggi di promozione delle donne, con le pari opportunità. Adesso è passata alla politica del *main streaming*, inserendo le politiche che riguardano gli uomini e le donne in tutte le politiche. A questo in Italia non si è ancora arrivati, perché le politiche delle pari opportunità continuano a rimanere parallele a tutte le altre politiche, come se fossero una cosa separata.

Andando ad analizzare l'influenza dell'Europa, possiamo fare un parallelo tra le direttive del '75 e del '76 e la legge italiana 903 del '77, che è uno dei pilastri per la realizzazione della parità di trattamento tra uomini e donne nel mondo del lavoro. I piani di promozione delle pari opportunità, iniziati nel 1982, sono stati recepiti in Italia nell'83 con la costruzione del comitato per le pari opportunità presso il Ministero del Lavoro, e nell'84 con la Commissione per le pari opportunità presso la Presidenza del Consiglio. Il concetto del *main streaming*, elaborato in Europa nel '94 e adottato da Pechino nel '95, ha portato nel '96 alla nascita della Direttiva Prodi-Finocchiaro. Anche il lavoro europeo sui congedi parentali ha dato l'input per la legge 53 del 2000. In sintesi, l'Europa dà l'impulso e poi l'Italia, così come altri paesi, realizza.

In questi anni le politiche attive di Pari Opportunità sono diventate più complesse e sofisticate. Negli ultimi tre anni abbiamo approvato nuovi programmi d'intervento contro la discriminazione e la violenza sessuale domestica; lavoriamo a misure che rompano quel soffitto di cristallo fatto di tradizioni e luoghi comuni che impediscono alle donne di essere leader, perché la leadership femminile è più condivisa e meno paternalistica, quindi viene meno riconosciuta all'esterno.

Voglio sottolineare che le pari opportunità vanno di pari passo con lo sviluppo; ci sono moltissimi rapporti delle Nazioni Unite che mettono in risalto questo andamento parallelo. Una delle principali ragioni del mancato sviluppo dei paesi arabi, che pure hanno petrolio e materie prime, è proprio lo spreco di risorse femminili. Questo riguarda anche l'Italia. Ad esempio, noi manchiamo del 10% del nostro PIL, perché abbiamo un tasso di attività femminile basso e un tasso di attività per chi ha più di 55 anni bassissimo.

La Strategia di Lisbona è sintetizzabile con il proposito di fare dell'Europa l'economia e la società basata sulla conoscenza più competitiva e dinamica del mondo, tenendo presente la coesione sociale e la compatibilità ambientale. Tra i vari indici per arrivare a questo obiettivo, che dovrebbe essere raggiunto entro il 2010, ci sono il tasso di occupazione medio al 70% e il tasso di occupazione femminile al 60%. Nel 2003 il Consiglio Europeo ha però scoperto che l'occupazione femminile non stava crescendo. I governi di alcuni stati, infatti, stavano portando avanti le politiche d'incremento del tasso di occupazione senza pensare alle donne, perché quella era una politica separata. Invece bisogna intrecciare le politiche economiche e le politiche sociali, fare il cosiddetto *main streaming*. Da allora ogni anno la commissione presenta un rapporto che mette in evidenza le differenze tra tasso di occupazione maschile e femminile, presenza maschile e femminile nei parlamenti, donne manager e uomini manager e così via. Da rapporto del 2007 si vede l'immobilismo del gap dello stipendio, da anni fermo al 15%, mentre gli altri gap tra uomini e donne tendono lentamente a ridursi. Soprattutto, però, il rapporto lancia tre allarmi: l'invecchiamento della popolazione e la diminuzione della natalità; la conciliazione tra vita professionale e vita familiare, compresi la promozione di modalità di lavoro flessibili, lo sviluppo di servizi di custodia e di cura, la revisione di strumenti quali il congedo di maternità o il congedo parentale; lo squilibrio persistente tra uomini e donne nei posti dirigenziali, sia politici che economici.

I consigli d'amministrazione delle cinquanta società europee quotate contano una donna ogni dieci uomini. Nei parlamen-

ti nazionali la presenza media delle donne è del 24%, nel parlamento europeo siamo al 33%, ma in Italia le donne sono il 13% al Senato e il 17% alla Camera. Ci sono delle singole realtà in cui le donne vanno avanti, ma sono mosche bianche, invece noi dobbiamo far diventare un fatto normale avere un leader donna, in modo che non risulti strana la candidatura di Hillary Clinton a Presidente degli Stati Uniti. Nei 192 paesi membri delle Nazioni Unite, in questo momento tra presidenti e capi di stato le donne sono otto. Questo è uno spreco di risorse. In Italia sono soprattutto le donne che si laureano più rapidamente con voti brillanti, ma l'investimento che il paese fa su di loro poi viene buttato via, perché le donne restano ai livelli bassi.

Esistono tre tipi di segregazione: quella verticale, che ostacola l'accesso alle posizioni di vertice; quella orizzontale, che vede le donne in certi settori e non in certi altri; e la segregazione territoriale, per cui l'occupazione femminile è al 56% nel nord Italia e al 31% nel Mezzogiorno. La media italiana ora è al 46%. Negli anni Sessanta era al 28%, mentre in Norvegia era al 26, ma nel 2000 le lavoratrici italiane erano il 42% e quelle norvegesi il 73%. Nel nostro paese il livello di occupazione maschile è nella media, quindi c'è bisogno di incrementare le ore di lavoro delle donne. Sappiamo che il 18% lascia o perde il lavoro dopo la nascita di un figlio; di queste il 12% abbandona perché non ci sono le condizioni per conciliare lavoro e famiglia, mentre il 6% è licenziato.

Guardando a un altro dato, in Italia per le famiglie spendiamo l'1,1% del Pil, in Francia il 2,8 e in Danimarca il 3,8%. In Italia vanno agli asili nido pubblici il 9% dei bambini fino a tre anni, in Francia il 34% e in Danimarca il 48%. L'Italia è uno strano paese, perché difende la famiglia a parole ma quando fa le politiche vere se ne dimentica. Investe pochissimo negli asili nido, taglia gli insegnanti di sostegno e nessuno reagisce.

Altra anomalia dell'Italia è il basso tasso di investimento nella ricerca. Investire nella ricerca porta a una crescita, lo testimoniano i paesi del Nord Europa, che investono in ricerca e crescono molto, investono negli asili nido e hanno tante donne lavoratrici, che a loro volta fanno aumentare il Pil. Basta

guardare al nord Italia, dove il tasso di occupazione femminile e quello di natalità sono più alti che al sud, smentendo il luogo comune secondo cui le donne non fanno figli perché lavorano.

La soluzione, allora, è nell'intreccio delle politiche economiche e sociali, e non nella distinzione tra politiche e politiche di pari opportunità. L'Italia, insieme alla Grecia e al Portogallo, è molto indietro. Se vuole recuperare, deve imparare a portare avanti politiche complessive rivolte agli uomini e alle donne.

# I numeri e le proiezioni della popolazione medica in Italia

Maurizio Benato

Vicepresidente Fiomccai

**S**ianno qui per riflettere su una nuova realtà, su una nuova identità professionale che vede la prevalenza di genere femminile. Non uso il termine "sesso", che ha solamente una valenza biologica, ma "genere", in riferimento a una costruzione sociale, come un insieme di diritti e di doveri collettivamente condivisi. Questo convegno nasce per raccogliere l'opportunità della prevalenza femminile sul piano clinico e tecnologico, ma soprattutto sul piano organizzativo, per dare le giuste risposte a questo fenomeno. Si tratta di un fenomeno che ha radicalmente modificato gli equilibri del mondo medico, ma a cui non fa seguito un potere decisionale, in termini di partecipazione agli organi di direzione. In altre parole, le donne non sono ancora soggetti politici e sociali riconosciuti e non guidano le scelte della sanità, che rimane prettamente in mano maschile insieme alla visione progettuale, sindacale, contrattuale, sanitaria e organizzativa. Tutte le norme e le leggi sanciscono senza ombra di dubbio che la parità è un fatto acquisito. I processi culturali, però, non si fanno né per legge, né per circolari. Da qui l'importanza del convegno di oggi, volto

a trovare tutti gli strumenti per sviluppare quella potenzialità che le donne hanno nell'ambito del servizio sanitario.

La situazione italiana vede 357 mila medici iscritti agli albi su una popolazione di 59 milioni di residenti. Siamo il paese con la maggiore incidenza medico /abitante, anche se 30-40 mila iscritti hanno un'età superiore ai 65-70 anni, per cui oggettivamente non svolgono la professione. Le donne iscritte agli albi sono 124 mila, ovvero il 35%. Di queste, oltre 58 mila (il 47%) hanno acquisito una specializzazione. Tra le specializzazioni, la più gettonata è pediatria con 8.519 donne, seguita da ginecologia e ostetricia (4.500). Agli ultimi posti troviamo chirurgia generale e oncologia, con mille specialiste ciascuna. Nelle altre professioni sanitarie, le farmaciste sono il 64%, le veterinarie il 35% e le infermiere il 78%.

Analizzando le classi di età, osserviamo che tra i 65 e i 69 anni le donne rappresentano il 12,8%, ma scendendo si ha un incremento progressivo in percentuale delle donne medico, che dai 30 ai 34 anni rappresentano il 59,6% e dai 25 ai 29 addirittura il 63,4%. Questo è un trend costante, non presente nell'albo degli odontoiatri.

Guardando agli altri paesi, in Francia le donne iscritte agli Albi sono il 28%, in Romania il 67% e in Portogallo intorno al 50%. Tra i laureati in medicina e chirurgia, nel 1997 le donne costituiscono il 54% e nel 2003 il 60%. Attualmente, nelle università italiane, gli iscritti totali al corso di laurea in medicina e chirurgia sono 28 mila, di cui il 61% donne. Tra gli iscritti al corso di laurea in odontoiatria, invece, le donne rappresentano solo il 37%. Le facoltà a preminenza femminile sono Modena e Reggio Emilia con il 66% di donne, Siena e Udine con il 65%; quelle a preminenza maschile sono Milano Bicocca con il 72% di maschi, Catanzaro con il 58%, Messina con il 55%. Dal 1997 al 2005 le specialiste costituiscono il 52%, dato che sale al 57% se consideriamo solo il 2005.

Passando alla fase lavorativa, il personale dipendente del Servizio Sanitario nel 2005 annoverava circa 105 mila addetti, di cui il 32% donne. La regione con la più alta presenza femminile è la Sardegna, quella con la presenza femminile più scarsa è la Campania. I dirigenti medici donna con incarico di struttura

ra complessa sono il 10%; quelli di struttura semplice il 29%; quelli con altri incarichi professionali, ma a rapporto esclusivo, costituiscono il 36%; e i dirigenti medici donna con altri incarichi professionali, rapporto non esclusivo, il 14%. Sembra quindi che la pari opportunità sia stata raggiunta.

Parlando di donne ai vertici delle aziende ospedaliere, il Piemonte è la regione più virtuosa, con 8 direttori sanitari. Non esistono direttori sanitari donna in Puglia, Basilicata, Sardegna, Friuli Venezia Giulia, Liguria.

Nella politica professionale, le donne rappresentano il 54% nell'ordine di Sassari, il 46% a Ravenna e il 44% a Nuoro, per arrivare a Cuneo, con il 17% di colleghe. Esiste un'unica presidente di ordine, a Gorizia; ci sono poi 5 vicepresidentesse, 13 segretarie, 11 tesoriere, 145 consigliere e 108 revisori di conti. Va un po' meglio per l'albo degli odontoiatri, dove annoveriamo tre presidentesse di commissione e 39 consigliere.

La presenza ai vertici nell'ambito della facoltà di medicina e chirurgia, infine, vede 8,3% di donne nella fascia dei professori ordinari, mentre a odontoiatria le professoresse ordinarie sono il 9%.

In conclusione, i dati invitano a riflettere su una rinnovata identità professionale, che deve adeguarsi agli indirizzi della sanità, alla nuova cultura di servizio richiesta dal SSN. Di sicuro emerge un bisogno di nuovi contenuti formativi e di un governo clinico nella sua accezione più ampia, cioè di un orientamento rivolto verso l'utenza. Spero che questo cambiamento non sia solo una rivincita femminile, basata unicamente su una redistribuzione di poteri tra generi. Mi auguro che questa rivincita sia segno di una mutazione culturale profonda, in grado di prevenire il ripetersi di tanti errori che abbiamo commesso in sanità.

## La valorizzazione delle differenze

Anna Rita Fiumini

Consigliere dell'Ordine di Pescara

**P**erché parlare di leadership a medici? Per ritrovare un ruolo di guida e di opinion leader per ogni medico... Perché parlare di leadership al femminile?

Per riflettere su come sia possibile trasformare, per le donne medico, difficoltà e ostacoli in risorse, ma anche per riscoprire quelle qualità archetipicamente femminili che possano essere usate, da tutti...

In una medicina, ricca di saperi e tecniche, capace di sperimentare anche la robotizzazione, dobbiamo mettere in campo quelle competenze, che vengono chiamate soft o trasversali, come la capacità di relazionarsi con gli altri, in un lavoro di squadra efficace, per meglio accogliere le richieste che ci vengono fatte e un nuovo concetto di leadership.

Mi aspetto che questo incontro sia solo un inizio, dove saranno poche le cose che potranno essere dette, tante quelle non dette. Mi piacerebbe che questi temi, (presentati qui, quasi come un percorso di postulati, svolti di solito in corsi di formazione, dove con tempi maggiori, e un mettersi in gioco individuale, vi è uno spazio per partecipare e argomentare) superassero il breve

momento di una relazione in un convegno.

Gli input sui quali ci muoveremo si riferiscono a una visione culturale ormai condivisa, verso la quale si potrà provare simpatia.

Ma se vogliamo incidere sui comportamenti organizzativi, dovremo trovare buone prassi che, concretamente, favoriscano politiche di uguaglianza, e azione positive là dove sono necessarie.

Non possiamo limitarci a riconoscere che nella medicina vi è stata una femminilizzazione, dobbiamo promuovere una situazione di agio lavorativo per donne e uomini.

**La caduta della medicina:  
praticata prima da figli di dei, sacerdoti, filosofi...  
poi da donne...**

La caduta della medicina è dovuta alla presenza delle donne? Quanto il declino della considerazione della professione medica è dovuto alla presenza delle donne?

Già ai tempi di Ippocrate ci raccontano di donne che si occupavano di medicina, ma per praticarla le donne si travestivano da uomini. Una di loro, Agnodice – 300 a.C. – quando fu scoperta ad Atene non fu cacciata ma, a causa sua, si modificò il regolamento, in modo che le donne, che lo volevano, potessero frequentare e praticare.

Le donne hanno dimostrato curiosità e determinazione anche quando, all'epoca di Epicuro, potevano frequentare le scuole di filosofia solo insieme agli schiavi.

La presenza delle donne nella medicina, con alterne vicende, è riscontrabile in tempi lontani: a volte esercitando forme di discontinuità, rispetto all'ufficialità della professione e appor-tando lievito benefico, spesso misconosciuto.

Ci sono dei paralleli fra la nascita del sistema politico e l'inserimento delle donne in medicina.

Il sistema politico è nato senza le donne perché queste non erano, a quel tempo, elettrici. I partiti hanno inventato la politica, con funzioni e ruoli solo per gli uomini.

Il suffragio, concesso anche alle donne, è un meccanismo solo aggiuntivo, senza che strutture, forme e ruoli dei partiti siano stati modificati.

Lo stesso discorso vale per le professioni, la medicina in particolare.

Nel mondo della sanità, quando sono arrivate le donne, non sono cambiate le regole e ci si poteva inserire solo omologandosi.

Le donne sono entrate nella medicina a fatica un po' alla volta, la Montessori si è laureata nel 1896, negli anni '20 le donne erano solo 210.

Ma negli ultimi anni la presenza femminile in medicina ha avuto notevoli incrementi.

Nel '90 le colleghe iscritte erano 60.500 pari al 25% dei sanitari, nel '96 erano 88.500 pari al 27%, al maggio 2002 erano 112.723 e rappresentano il 32% dei medici in attività. Oggi sono 131.052 e rappresentano il 34,50.

La progressiva femminilizzazione del mondo della sanità è un processo in atto, che non necessariamente e non automaticamente, è e sarà favorevole alle donne.

Si riconoscono competenze femminili ma, nel quotidiano, non si valorizzano soggetti femminili. C'è un collo di bottiglia che impedisce la progressione di carriera. Fra i motivi i vincoli derivati dalle responsabilità familiari, l'impossibilità di armonizzare tempi di vita e tempi professionali.

In politica recentemente un partito si è dato regole nuove per rappresentare pienamente un mondo fatto da uomini e da donne. Per permettere una rappresentativa presenza dei due sessi, in organismi come gli ordini, occorre darsi strumenti innovativi.

L'Associazione nazionale Magistrati sta sperimentando regole che garantiscano la presenza equilibrata dei due sessi, negli organismi direttivi.

Esemplificativo per noi è il numero degli Ordini con una donna come presidente: oggi abbiamo una sola presidente donna e 102 uomini. Nel precedente mandato vi erano due presidenti donna e nel precedente ancora tre. Si perde il poco che si è guadagnato.

Ma le presidenti di ordini spesso lo sono per un solo mandato, perché in posizione di visibilità le donne sono transitorie, fuori da cordate e reti di sostenitori.

Se non c'è accumulo di esperienze e di contatti, si resta in posizione marginale.

E se guardiamo alla presenza quantitativa troviamo in Italia solo cinque ordini virtuosi, che hanno nel proprio consiglio una rappresentanza al femminile rispettosa della percentuale delle iscritte.

Fra questi Ordini quello di Pescara, il cui presidente Lanciotti da anni ascolta le nostre richieste e sperimenta buone forme di collaborazione.

*Il potere è omofilo, promuove e copia quelli uguali a se stessi. Un conto è fare qualcosa contro le donne, un conto è fare qualcosa per le donne. Come mai donne senza figli non fanno carriera?*

*Maria Cristina Bombelli*

Non c'è una spinta a fare qualcosa per le donne, da parte degli uomini che detengono il potere. Se i carichi familiari sono un ostacolo per la progressione apicale, occorre però anche riflettere sul perché molte donne medico che non hanno figli e molte donne senza famiglia non fanno comunque carriera.

Ada Innecco, con la sua ricerca condotta tra gli Iscritti all'Ordine Provinciale di Venezia, e pubblicata nel 2003 (Ada Innecco, Nicoletta Lo Monaco, La qualità di vita del medico. Indagine tra gli iscritti all'Ordine di Venezia, Fondazione Pfizer) ci dice che la donna medico dopo un lungo corso di studi, molte volte, rinvia la procreazione sine die, per meglio cogliere le opportunità del lavoro, poiché la maternità è considerata come un ostacolo all'esercizio della professione.

La ricerca evidenzia che il 40% delle donne medico non ha figli a fronte del 20% dei maschi e che il 20% è single rispetto al 9% dei colleghi.

Sembra quindi che il lavoro sia ostacolo alla maternità e che le mancate maternità non favoriscono una progressione di carriera, perché, almeno in una provincia del nord, non vi sono

avanzamenti neanche per le donne senza carichi familiari.

Ma è vero che le donne vogliono emergere e progredire nella carriera? Proprio tutte?

Emerge, da più parti, il sospetto che, oltre le difficoltà obiettive, ci siano difficoltà intrinseche a frenare le donne, che la competizione per ottenere il successo abbia alti costi emozionali, che non sempre si è disposti a sostenere.

*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?*

Le donne particolarmente sensibili ad un impegno etico e di responsabilità sociale; possono non essere disposte a sacrificare, per il successo sul lavoro, la famiglia o il tempo per sé.

Possono non aspirare a posizioni di vertice in nome di relazioni più gratificanti o più pressanti come quelle familiari e affettive, o possono essere discontinue nella partecipazione proprio per i carichi della vita.

Dobbiamo lasciare a tutti la possibilità di scegliere come spendere la propria vita, e lasciare a quelle donne che decidono di emergere nel lavoro la possibilità di farlo senza il peso d'eccessive rinunce, sforzi e compromessi.

Parallela all'omologazione delle donne a modelli pre-esistenti c'è un'altra omologazione vissuta da tutti i medici: quella verso la tecnica e la comunicazione di massa.

*Omologazione delle donne medico a regole pre-esistenti. Omologazione di uomini e donne alla tecnica e alla comunicazione di massa*

L'ultimo mezzo secolo rappresenta l'età della scienza, della tecnica e della comunicazione.

I media costruiscono realtà e consenso, e modificano il nostro modo di pensare, trasformandolo da analitico e sequenziale in olistico e globale.

Le informazioni, sovrabbondanti che ci circondano, possono

essere sì superficiali ma sono comunque elementi di conoscenza, che interagiscono con il nostro comunicare.

La comunicazione mediatica rende i medici, nel quotidiano, meno credibili

Se la comunicazione dà potere alla scienza, una nostra comunicazione efficace, può dare potere e ruolo alla professione, può costruire strategie e motivazioni con le persone con le quali lavoriamo.

Senza riconoscimento pubblico e cioè linguistico non vi sarebbe scienza;  
senza comunicazione sulla scienza, non vi sarebbe nessuna potenza della scienza.

Emanuele Severino

I vari autori, le cui frasi vi propongo, sono solo alcuni dei tanti possibili.

Testimoniano che questi temi hanno una storia, a volte sono un omaggio, a volte un gesto d'affetto.

Attingo a piene mani da uomini e donne perché il sapere non ha sesso.

E c'è un sapere diffuso delle donne che, se riconosciuto e sentito, può dare sostegno e forza, perché nel nostro cammino non siamo sole e non partiamo da zero.

Il luogo in cui ci troviamo mi fa dedicare qualche parola ad una donna vissuta a Caserta, non presente fra le donne del passato citate abitualmente, come Maria Gaetana Agnesi, insigne matematica di Milano.

Mi riferisco a Maria Carolina d' Austria, o meglio Maria Carolina d'Asburgo-Lorena.

Negli appartamenti palatini privati della reggia di Caserta si può vedere una biblioteca di sei stanze, ricca di 12.000 volumi. Appartengono a Maria Carolina, arrivata a Napoli nel 1768, sedicenne, per sposare Ferdinando IV, di un anno maggiore di lei, diventato re a solo otto anni, poiché il di lui padre Carlo di Borbone aveva ereditato, dal fratello morto senza eredi, il re-

gno di Spagna. Orgogliosa per l'appartenenza alla sua famiglia di origine, volitiva ed impetuosa, convinta di essere nata per governare, convinse Ferdinando a dimanderle completamente il governo dello Stato, trasferendolo dall'orbita spagnola a quella austriaca.

Sulla sua volontà d'essere attiva e presente, nel governo dello stato, vi sono luci e ombre.

Certo condizionò, con i suoi interessi culturali, le scelte artistiche e politiche del mondo napoletano trasformandolo in un centro brillante e cosmopolita.

Contribuì in maniera determinante alla creazione dello statuto di San Leucio, emanato da Ferdinando IV di Borbone. Secondo alcuni fu proprio lei a scrivere il Codice Leuciano che fu edito dalla Stamperia Reale del Regno di Napoli, nel 1789 in 150 esemplari. Il testo, interpreta e rende concreti gli ideali di uguaglianza sociale ed economica, e pone grande attenzione al ruolo della donna. San Leucio, chiamata anche Ferdinando-poli o Carolinopoli, era una collina destinata, con il suo paese omonimo, alla lavorazione della seta.

Là, donne e uomini vissero da uguali, con pari compensi. Alle donne erano riconosciuti gli stessi diritti degli uomini, aveva-no la possibilità di studiare, di scegliere il compagno e poteva-no educare i propri figli.

Potevano ereditare e avevano il diritto alla proprietà. Tutto questo durò solo una decina d'anni.

Quando scoppiò la Rivoluzione Francese, gli storici raccontano che Maria Carolina disse: "Credo che abbiano ragione". Ma le sue idee illuministiche crollarono con la decapitazione della sorella, Maria Antonietta, ultima regina di Francia. Allora divenne vendicativa e spietata nei confronti dei giacobini napoletani e fu costretta a fuggire con la sua corte a Palermo per l'occupazione francese nel 1806. Morì a Vienna nel 1814 senza essere più tornata a Caserta.

Tornando al nostro essere uomini e donne nella sanità, vediamo come i cambiamenti esterni producano variazioni del nostro sentire.

Quando non si riesce a fare secondo le incontenibili attese altrui, a partire dalle quali spesso ci si misura, si fatica a declina-



re i propri obiettivi e la propria identità fra contesi e cornici. La responsabilità stessa si muove fra ciò che è permesso e ciò che è possibile, rimbalsando fra responsabilità individuale, capacità d'iniziativa, autonomia nell'azione, senza darsi il tempo dello spazio e dell'ascolto che permettono la conoscenza di sé, senza la quale non è possibile incontrare l'altro.

Emerge, un disagio, nel mutamento nelle attese sociali, non come perdita della gioia di vivere, ma come patologia dell'azione. Si sperimenta un fallimento nella capacità di spingere a tutto gas il possibile fino al limite dell'impossibile.

Umberto Galimberti

Qualcuno dice non ci sono differenze fra uomini e donne. Per favore usciamo dalle secche della neutralità e lavoriamo perché le differenze diventino realmente un arricchimento.

Al di là della potente retorica dell'uguaglianza, per cui "tutte le persone nascono uguali", sappiamo che le persone non sono per nulla identiche, anzi vige un'assoluta diversità umana, per la quale noi siamo "diversamente differenti".

Interrogarsi sull'uguaglianza significa dunque innanzitutto interrogarsi su quali siano gli aspetti della vita umana che debbono essere resi eguali.

Per poter parlare di eguaglianza occorre preventivamente porsi il duplice quesito: "perché eguaglianza?" e "eguaglianza di che cosa?" (Amartha Sen).

E a fronte di quali sono le differenze fra le persone, quali le differenze fra uomini e donne?

Le differenze fra donne e uomini sono tante e possono essere considerate da vari punti di vista.

differenze	archetipi junghiani
uomo donna	diversity management
	dicotomie ragione emozione

Gli archetipi maschile/femminile, come un patrimonio genetico simbolico, costituiscono uno schema, con elementi che non

ci pervengono né dall'esperienza né dalla cultura, ma indicano idee innate e predeterminate. Possono cioè essere usati in qualsiasi contesto culturale, basandosi su valori universali, applicati a sé stesso e alla propria vita. Ritroviamo figure archetipiche nei miti, nelle favole, nei sogni e formano, tutti insieme, la memoria dell'umanità mostrando, nelle diverse culture, differenze nette fra il maschile e il femminile.

Jung chiamò gli archetipi "inconscio collettivo" per distinguerlo da quello "individuale". La conoscenza simbolica di questo sistema fornisce una chiave per comprendere meglio sé stessi e i rapporti che si stabiliscono con gli altri, permette a tutti la libertà di assumere su di sé diversi ruoli, vivendo, con agio, contraddizioni e interazioni.

Le donne potranno

... cercare dentro di sé la bambina fiduciosa che sa  
meravigliarsi  
la donna adulta che sceglie e  
la donna saggia che è consapevole della dimensione sacra della vita normale.

Jean Bolen

Agli inizi degli anni Novanta, negli Stati Uniti, sperimentarono come valorizzare le diversità culturali, perché, in termini di potenziale umano, un luogo "multiculturale" possiede molta più ricchezza di un gruppo "monoculturale".

La valorizzazione delle differenze diventa quindi un obiettivo e ci s'interroga su come realizzare concretamente, in un ambiente di lavoro e organizzativo, strategie che tengano conto di altre culture e vadano oltre la cultura dominante. Nasce così il Diversity management che indica la capacità di integrare le diversità, accogliendo il peculiare contributo che ciascuno/a potrà portare.

Si passa dunque dalla cultura della pari opportunità ad un concetto più ampio di cultura delle differenze, su cui costruire una gestione delle risorse umane, attenta alle esigenze delle persone ed in grado di valorizzare il contributo di ciascuno.

In quest'ottica si sviluppano politiche *family friendly*, politiche

di welfare lavorativo e aziendale, che puntino sul *work-life-balance* e producano miglioramenti nello stato di benessere dei dipendenti.

Tale benessere può essere misurato per l'azienda in termini di aumento della produttività, riduzione dell'assenteismo e turnover dello staff, un calo della litigiosità e dei costi di assicurazione...

Le iniziative sulla conciliazione di sistema rappresentano un investimento dai risultati misurabili: le aziende hanno capito quanto sia fondamentale aiutare i dipendenti a conciliare vita lavorativa e vita professionale.

L'attuazione di pratiche per la conciliazione o meglio l'armonizzazione lavoro e tempi di vita, erode le barriere culturali e aumenta la consapevolezza che la condivisione serva alla società.

Infine, parlare delle differenze uomo donna significa parlare della storia delle emozioni, riflettere su come tenere insieme ragioni e passioni, ragione e emozioni, imparare come muoversi fra ragione sentimento perché i sentimenti non impiccano, anzi coadiuvano la razionalità.

In passato, i filosofi – Platone Cartesio e Kant – hanno separato le emozioni dalla razionalità e in tutta la cultura occidentale si è creduto che le capacità intellettuali fossero del tutto indipendenti dalle emozioni. Questa dimensione di contrapposizione ha dimenticato che polarità alternative impediscono sempre di conseguire la totalità.

Le posizioni estreme non conducono all'annullamento del contrasto, bensì ad un suo inasprimento  
**Eradito**

Per le donne muoversi fra queste dicotomie è particolarmente gravoso. Occorre, trovando una chiave di lettura diversa, scoprire il valore della molteplicità, del poter essere e vivere senza sensi di colpa o desideri di perfezione, perché ogni binomio può essere vissuto come una scelta lacerante ma anche come un confine che unisce.

Pensate a dentro e fuori, a presenza e assenza....

presenza-assenza  
presenza-compresenza  
intuizione-deduzione  
semplicità-complessità  
singolarità-pluralità  
staticità-movimento  
accogliere-respingere  
continuo-discontinuo  
percorso-obiettivo  
dettagli-infinito  
simbolico-reale  
introverso-estroverso  
sensualità-sessualità  
luce-ombra

Vale la pena di imparare a convivere con le proprie contraddizioni, senza cadere nella trappola del dover scegliere, una volta per tutte, ma consentendoci di decidere, secondo le circostanze, volta per volta.

Le emozioni giocano un ruolo nel processo decisionale e portano alla creazione di circostanze vantaggiose per l'organismo che le esibisce.

**Antonio Damasco**

Le emozioni "sono" pensiero, una forma di intelligenza e di discernimento, al centro della vita individuale ma anche di quella sociale, come motore delle relazioni interpersonali.

**Martha Nussbaum**

Oggi medici esperti di neuroscienze, come Antonio Damasio e Giacomo Rizzolatti, hanno evidenziato un ruolo per l'empatia, formulando risposte capaci di integrare corpo e mente.

Si riscopre che le emozioni sono forme di valutazione interpretativa intelligenti, valide quanto le altre forme di ragionamento. Le emozioni hanno in sé valore come elementi costitutivi di una buona vita, dice Damasio, lo studioso portoghese noto per

L'errore di Cartesio, che mostra come la soluzione dei problemi in cui s'imbattono gli umani, è sempre collocata nel quadro più ampio della presa di decisioni, che non vengono prese con il solo ragionamento. Damasio compie il tentativo di unificare mente, cervello e corpo. Partendo da alcuni casi clinici, egli dimostra come l'idea dell'esistenza di un pensiero puro, di una razionalità non influenzata da emozioni e sentimenti, non abbia riscontro nella realtà.

La mente umana prende in considerazione il peso emotivo che deriva dalle nostre precedenti esperienze, fornendoci una risposta sotto forma di sensazione viscerale e non effettua un'analisi razionale dei pro e dei contro di ciascuna scelta. Le nostre esperienze lasciano tracce, che richiama in noi emozioni e sentimenti, che sono in grado di condizionare fortemente, e a nostra insaputa, le nostre convinzioni e le nostre scelte. Le emozioni diventano quindi risposte regolatorie e adattative e sono responsabili dei cambiamenti dello schema corporeo nello schema cerebrale.

Il neurone specchio è un neurone motorio che si attiva, sia quando osserviamo un'azione compiuta da altri, sia quando la compiamo noi stessi. Con le teorie dei "neuroni specchio" possiamo spiegarci la ragione di molti dei nostri comportamenti, individuali e sociali, e del nostro comprendere le azioni degli altri. Le stesse aree del cervello deputate all'agire consentono anche di percepire e di conoscere.

Si ha capacità di empatia quando ci s'immedesima nelle emozioni altrui, comprendendone gli stati mentali. Empatia è un termine coniato all'inizio del Novecento, nella psicologia dell'esperienza estetica, per indicare la relazione fra l'artista e il fruitore che proietta se stesso nell'opera. Ora con Rizzolatti si è scoperto che si può empatizzare con gli altri imitando le azioni. Osservare un'azione altrui, induce l'attivazione di un sistema di aree cerebrali, largamente sovrapposto a quello attivato quando si esegue personalmente quell'azione, ma attenzione... l'attività di questo sistema specchio sembra essere porzionale alla familiarità che si ha con l'azione osservata.

Se non abbiamo mai preso una racchetta da tennis in mano, non sapremo empatizzare, con le azioni di Federer e Nadal,

ora fra i migliori tennisti del mondo. C'è incapacità di riconoscere un'emozione negli altri se non si è stati capaci di provare quell'emozione in prima persona. Se non abbiamo mai provato dolore non potremo provare empatia con quelli che provano dolore. Spesso mettiamo in atto meccanismi di difesa per non riconoscere e non lasciar entrare nella nostra vita il dolore e emozioni. Inoltri studi preliminari ci consentano di ipotizzare come il cervello maschile mostri una capacità empatica minore di quello femminile.

Le diverse attitudini empatiche potrebbero essere alla base della maggiore capacità di relazione interpersonale di tipo collaborativo delle donne.

Negli uomini sembra che la capacità relazionale sia prevalentemente di tipo competitivo. Con questa chiave di lettura possiamo dire che l'esperienza oggi condivisa, il nostro alzarci tutti in piedi, con sul petto un fiocco colorato, con un pensiero rivolto ai fatti accaduti in questi giorni in Birmania, ci segna anche nel vissuto corporeo. Il vissuto corporeo consente un apprendimento più veloce di quello che si ha con la sola elaborazione mentale.

Affianco alla scoperta delle neuroscienze anche Martha Nussbaum, filosofa ed etica, sostiene che le emozioni "sono" pensiero, forma d'intelligenza e di discernimento, al centro della vita individuale e sociale, motore delle relazioni interpersonali. Torniamo alla massiccia presenza delle donne in medicina e chiediamoci: ora che noi donne ci siamo, in che modo vogliamo esserci?

Come possiamo manifestare il nostro essere, le consapevolezze, le motivazioni e gli obiettivi, le energie e le esperienze? Chiediamoci cosa possiamo dire di noi e come ci vedono gli altri.

Quando si parla di leadership al femminile cosa si intende? Parliamo della leadership esercitata dalle donne o di certe caratteristiche specificamente femminili?

Da più parti si pensa che caratteristiche femminili, di leadership, possano aiutare a comprendere le differenze culturali dei

popoli e a valorizzarle.  
Nell'evidenziare le differenze cerchiamo una possibilità per integrare le nostre caratteristiche, per andare avanti insieme. Lo facciamo con le parole di un politico.

Un vero leader dovrebbe essere un mix fra Alessandro Magno e Penelope, cioè dovrebbe possedere una doppia attitudine: la capacità di guardare e di spingere avanti e quella di cucire di mettere i pezzi insieme. Con lo spirito di conquistista di Alessandro Magno, senza la capacità di tessere relazioni e rapporti necessari a sostenere l'azione, si rischia di arrivare da soli. D'altra parte chi sa essere soltanto Penelope, tessendo contatti e mantenendo un consenso che diventa fine a se stesso, si perde nella paralisi.

Serve saper leggere e interpretare le incognite che abbiamo davanti, prefigurare soluzioni e visioni.

Giuliano Amato

Un altro mondo è possibile

Riflettere su come sia possibile, per le donne medico, trasformare difficoltà e ostacoli in risorse.

Riscoprire quelle qualità archetipicamente femminili che possano essere usate da tutti, per uscire dalle difficoltà della categoria di questo periodo.

Se digitiamo la parola leadership su Google troviamo infinite definizioni. Ve ne propongo una ricordando che, in ogni caso, si parte con il guidare se stessi (come guidare gli altri se non siamo capaci di guidare noi stessi!), con l'aprire strade nuove, con lo spendere energie per contagiare altre persone e per motivare. Teniamo conto anche dei vari contesti in cui ci muoviamo, quello relazionale e quello organizzativo.

La leadership è l'arte di guidare verso il raggiungimento di risultati eccellenti ma è anche la capacità di far crescere individui e gruppi in modo da

consentire a ciascuno di esprimere al meglio le proprie potenzialità.

La leadership appartiene a chi non ha paura degli ideali, ha capacità di saper anticipare quello che c'è nell'aria. La si apprende più facilmente "su un campo di pallacanestro o pescando con la lenza, che in una scuola" (James Hillman, *Forme del potere*).

Nella vera leadership, l'azione non è disgiunta dal pensiero. Ecco perché tutte le arti dello zen (tiro con l'arco, calligrafia, arti marziali) sono le scuole più raffinate per impararla: allenano ad un'azione talmente concentrata da contenere in sé tutto il pensiero necessario.

Le azioni di una leadership efficace sono relative al cambiamento e per farlo guidano, aiutano, favoriscono nuovi apprendimenti, praticano una cura come slancio creativo

La cura è forse la strada che la leadership in medicina dovrebbe percorrere, per ri-direzionare energie emozionali, "attuare le condizioni per il benessere", nell'"aprire agli altri la possibilità di trovare se stessi offrendo le condizioni per potersi prendere cura di sé".

Le donne possono rielaborare il concetto di cura, in medicina, passando da una cura non riconosciuta socialmente, invisibile, tipicamente femminile a una cura come slancio creativo. Vorrei ricordare che, nella tradizione, il lavoro di cura delle donne è tanto più efficace quanto meno visibile: diventa visibile solo quando non è fatto o quando viene riconosciuto dall'altro. Un esempio per tutti: la sottile arte del rammenando, quello che viene fatto bene se non si vede, è tanto più perfetto quanto più è invisibile.

Quando le donne entrarono nella professione medica erano portatrici del lavoro di cura come attenzione, ma dopo anni vogliono partecipare al lavoro organizzativo e gestionale perché sanno di saper fare anche rammenti evidenti come opere creative.

Il concetto di leadership si incastra in profondità con la relazione.

La comunicazione non è un optional in medicina, ma uno strumento di cura.

Ciò che va acquisito, di pari passo con la ricerca scientifica, è la capacità di comunicare con i pazienti. La comunicazione medico-paziente è il più potente mezzo attraverso il quale è possibile curare. Il dialogo non rappresenta solo l'introduzione alla cura e alla diagnosi, ma è addirittura una prima forma di assistenza, destinata a trasformarsi in un trattamento parallelo a quello di intervento clinico sulla patologia.

Umberto Veronesi

Ma attenzione al nostro linguaggio, al nostro modo di dire le cose... il parlare è specchio di quello che pensiamo.

Il linguaggio non è solo ciò che diciamo ma ancor prima ciò che pensiamo. Ascoltate il linguaggio dell'altro perché il modo di parlare riflette il modo di pensare. Le donne quando si sentono giudicate tengono sotto controllo le emozioni, e il loro linguaggio è spesso asettico, curato, senza sbavature. Gli uomini, al contrario, si permettono uno stile più sciolto.

Patrizia Rovati

Con quali strumenti essere guida in medicina? Leggete le frasi che seguono, fate vostre quelle con le quali avete maggiore affinità e gettate le altre. Io suggerisco un tema di riflessione: la necessità di riformulare perché l'altro capisca, quando troppo spesso usiamo un linguaggio non comprensibile fra noi e noi.

Quali strategie per la leadership

- Consapevolezza di sé e del proprio contesto

- Comunicazione efficace
  - Promuovere il cambiamento, verso obiettivi alti, ma condizi-  
visibili e raggiungibili
  - Capacità di organizzare il proprio gruppo di lavoro, moti-  
vando e valorizzando le persone
  - Conseguire i risultati
  - Diffondere e testimoniare valori ed etica e deontologia
  - Capacità di riformulare i messaggi difficili
  - Ancorare il nuovo alla cultura presente
  - Partire dalle risorse presenti per sviluppare le mancati
  - Imparare dagli errori e dai successi
  - Attrarre le persone verso scopi comuni
- Abbiamo parlato più volte di obiettivo e ora riflettiamo su questo termine. La nostra cultura ha concetto del fine, del telos, tende a obiettivi pre-costituiti.

L'arte della guerra (Sun Tzu) è un libro trasmesso oralmente per almeno due secoli, prima di essere scritto in Cina intorno al V secolo prima di Cristo. È un testo importante anche in Occidente per tutti quelli che si occupano di organizzazioni. Il pensiero cinese privilegia il consecutivo, "ne deriva che...". Si parte dalla situazione piuttosto che da un proprio obiettivo stabilito e si procede sfruttando il potenziale di situazione individuato, i fattori favorevoli fino a farli crescere, coinvolgendo l'altro in un processo di de-strutturazione e di cambiamento. Si coglie ciò che sta attorno, e si cerca la via per la quale qualcosa passa. In questa logica possiamo riconoscere anche la flessibilità tipicamente femminile, da sempre povera di potere e di visibilità, che riesce a ipotizzare in una società patriarcale strategie di sopravvivenza, per sé e per i suoi figli.

Se si sanno riconoscere gli altri così come se stessi, imperfetti e vulnerabili, ma anche portatori di potenzialità inespresse, si sviluppa l'immaginazione intesa come "lateralità"; non si fissa un obiettivo centrale, che potrebbe frustrare le aspettative, ma piuttosto si colgono le possibilità che si creano via via.

Claudia Piccardo

Da una ricerca del Censis emerge che le donne hanno doti nella trasparenza, nell'ascolto, nel saper mediare tra le diversità, nell'aver cura delle relazioni e nell'aver attenzione alle conseguenze pratiche delle proprie azioni. Hanno anche un senso particolare dell'agire collettivo e della capacità di rappresentanza.

La capacità di "ambientazione" significa capacità di ascolto, compassione, immaginazione, saper stare nella relazione – esserci – in modo autentico e creativo, con continuità e naturalità. Significa farsi carico dell'altro in modo complessivo, delle sue esigenze e dei suoi desideri, dei suoi limiti ma anche delle sue risorse.

Marina Piazza

Le donne, forse troppo soggettive, hanno la capacità di fermarsi per accettare il limite e il dolore e riflettere su se stesse, sulla propria interiorità. Non usano logiche sottrattive.

Voi sapete la differenza fra i giochi a somma zero (c'è chi vince e c'è chi perde, ma la somma è sempre zero) e a somma diversa da zero, dove si vince insieme, perché s'individuano soluzioni valide purché vantaggiose per tutti.

Quali sono per contro le caratteristiche maschili?

- competizione e tensione alla vittoria
- ogni energia orientata al risultato
- pensano in modo lineare
- decisioni centralizzate
- accumulo di informazioni
- autorità e regole

Per anni si è opposta logica di contenuto – femminile – a quella di prodotto – maschile.

La logica di prodotto produce un risultato visibile, vi è un impegno sul compito più che sulla relazione. La logica di contenuto privilegia la relazione con i collaboratori e il risultato non è un prodotto visibile, ma "contenuto" nell'azione stessa.

Ora si pensa che il prodotto non possa mai prescindere dal contenuto nella relazione. L'esercizio della leadership si va assi-

milando, in molte organizzazioni, a manifestazione di attenzione e cura, dove si tiene insieme piuttosto che mettere in alternativa, dove si rinnova un equilibrio fra sentimento e passione. Tutto facile? Certamente, no...

Impariamo a lavorare con l'ombra, con la difficoltà di ciascuno, e anche con la tossicità dell'intera organizzazione

Gian Piero Quaglino

Quali proposte concrete? Questo per noi è un punto di ripartenza, un dare visibilità ad un'aggregazione per esprimere la propria forza, per la creazione di un nuovo potere.

Vorrei che pensassimo al potere come nuovo paradigma. Non solo sostantivo e verbo, ma potere inteso come capacità di integrarsi senza omologarsi, con una struttura ideale non gerarchica ma di rete, un luogo di costruzioni di proposte, d'aggregazione di idee e consenso, di condivisione della conoscenza e dell'esperienza. Vi propongo una rete di mentoring, dove donne esperte e meno esperte mettano insieme i propri saperi, per non perdere quello che abbiamo creato. Nella nostra rete, con persone uniche, assonanti e dissonanti, con storie reali e metaforiche, ognuna diventerà mentore e forza per l'altra. Il mettersi in rete significa anche fare un po' d'ordine dentro di sé, capire il presente, ritrovare emozioni e motivazioni perdute, sapere quello che si è diventati e cosa si può diventare, scrivere dei propri agi e delle proprie estraneità, della voglia di fermarsi e di non competere. Una donna importante ha detto: "Il potere non mi è indispensabile. Se mi viene dato lo esercito volentieri; ma se devo alzare il telefono per averlo, la mano mi rimane in tasca".

Invece di cercare di azzerare i limiti e le difficoltà vedremo come sia possibile trasformarli in risorsa. Dalla rete di *mentoring* potremo costruire una piattaforma di buone qualità o buone capacità, qualità che possano essere integrate da altre donne nel loro percorso, e che siano la base per nuovi modelli di leadership al femminile, creati a partire da donne reali, ben collocate nel mondo lavorativo.

## RETE DI MENTORING

*Luogo di costruzioni di proposte, di aggregazione di idee e consenso, di condivisione, di conoscenza ed esperienza, costruire da storie con la propria unicità, con assonanze e diversità, una piattaforma di qualità, capacità e pratiche per nuovi modelli di leadership al femminile.*

Una rete fatta da tante tessere di mosaico, dove si instaura circolarità di relazione, che non annulla le individualità ma trae forza, non dalla somma delle persone, ma dall'insieme dei rapporti che legano.

La realtà è una rete di relazioni ed ogni sua parte non può essere compresa che in rapporto al resto.

Fritjof Capra

Una rete per raccontare di sé e trasformare il mondo.

Dire il senso delle proprie relazioni con il mondo trasforma il mondo, trasformando il nostro rapporto con esso.

Hannah Arendt,

Se dovessimo scrivere una ricetta alla fine del nostro percorso potremmo tracciare con una grafia chiara tre parole: umiltà, umanità, umorismo. Fermiamoci sull'ultima parola. Umorismo, autocritica e ironia possono diventare continua scoperta di senso, nelle pieghe della quotidianità. Per le donne, una modalità fondamentale per guardare il mondo, per evitare il pericolo di farsi attrarre dal prestigio e dagli onori. Se qualcosa ci turba fermiamoci e osiamo una risata irriverente davanti ad ogni convenzione. È un modo di staccarsi da noi stesse e dagli altri.

Ma non appena vi sentite attirare nel vortice del girotondo del potere, smettetelo subito. Spezzate il cerchio con una risata.

Virginia Woolf, *Le tre ghinee*



Le slide presentate per la relazione Leadership al femminile avevano questo sfondo di figure femminili.

L'immagine, ripresa da un affresco di autore ignoto datato 1712, si trova all'interno del chiostro del Convento dei Minori Osservanti, che oggi ospita il Museo della ceramica di Castelli.

Castelli, nel cuore delle montagne abruzzesi, ai piedi del Monte Camicia, nel Parco del Gran Sasso è un borgo circondato da calanchi argillosi. È proprio la presenza dell'argilla, insieme a quella dell'acqua (per l'impasto) e della legna (per i forni), che portarono una comunità di monaci benedettini, nove o dieci secoli fa, ad iniziare la produzione della ceramica.

Questi monaci successivamente insegnarono agli abitanti del paese ad utilizzare le risorse di questa terra, per realizzare oggetti di ceramica.

La produzione di maioliche, attiva fin dal 1400 raggiunse l'apice della gloria nei secoli successivi.

Maioliche castellane si trovano nei più importanti musei del mondo.

# “C'è ancora bisogno di pari opportunità nella medicina italiana?”

Giuseppe Scatera

Spittatore, Presidente dell'Ordine di Napoli

**I** dati in nostro possesso sembrano confermare che progressivamente il concetto e il bisogno di pari opportunità, all'interno di una realtà nazionale come la nostra, sono sempre più sbiaditi e limitati. La fredda aritmetica dei numeri non testimonia in termini reali l'integrazione delle donne all'interno del mondo medico. Ecco perché credo che ci sia ancora bisogno di pari opportunità nella medicina italiana; è importante discuterne, valutarne insieme gli effetti. Non è un caso che questo convegno avvenga a Caserta, in una realtà come quella del Mezzogiorno, dove probabilmente il concetto di pari opportunità nella medicina finisce per essere un dato ulteriormente importante, rilevante, per certi versi anche inquietante. Nella fiction su San Giuseppe Moscati, abbiamo visto che le realtà ospedaliere di allora possono essere ritrovate ancora oggi, in alcuni ospedali del sud: troppi camici bianchi maschili, pochissime presenze femminili, legate soprattutto all'assistenza. Troppi medici uomini rappresentano probabilmente un limite oggettivo anche all'approccio con l'utenza. In generale, oltre alla scarsa presenza femminile, nei nostri ospedali si riscontra

un'età media elevata, intorno ai 53 anni. Entrambi i fenomeni sono in parte riconducibili al mancato turnover, cioè alla impossibilità per anni di assumere, le cui conseguenze sono sotto gli occhi di tutti.

L'urologia è un territorio quasi inaccessibile per le donne, così come ostetricia è una delle realtà più difficili e complesse per gli uomini. Nonostante la modernità con la quale affrontiamo questi temi, l'approccio nuovo, il senso di partecipazione e d'integrazione, corriamo oggettivamente il rischio di vivere, in prospettiva, una sanità a comparti, nella quale le donne curano le donne e gli uomini curano gli uomini. Questo è un dato pre-occupante, soprattutto in una traiettoria futura, perché magari porterà, per esempio, ad approcci terapeutici diversi, farmaci diversi, forse patologie diverse. Una simile divisione è un retaggio che risale ai primordi della medicina, ma nella nostra società, aperta al dibattito e intenzionata a raggiungere un'integrazione nel circuito medico-sanitario, finisce per rappresentare un argine, un limite oggettivo rispetto al ruolo e alla funzione della classe medica.

Su questo piano le istituzioni hanno un ruolo importante. Si parla spesso degli interventi a favore dell'imprenditoria femminile, così come degli asili nido, ma sostanzialmente in questo paese manca una visione unitaria rispetto al tema della donna. Gli interventi sono spesso episodici e provvisori, e la visione organica, rispetto alla quale si possono prefigurare soluzioni per il mondo femminile, mi sembra oggettivamente ancora lontana.

La strada da fare è ancora tanta. Qualcuno fissa nel 2028 il tempo della parità, il momento in cui le due sponde si toccheranno e ci sarà la possibilità concreta avere una riflessione univoca, legata ad una pari opportunità piena. Credo che gli ordini dovrebbero fare uno sforzo anche per costruire una classe dirigente al femminile, per dare alla donna medico la possibilità di essere punto di riferimento decisionale, recuperando un gap oggettivo.

Concludo ricordando che la parola leadership è femminile, non certo maschile. Dobbiamo cercare di declinarla, con maggiore forza, acutezza e incisività.



## Donne medico: serve una maggiore consapevolezza del proprio ruolo

**Antonella Artas**

*Dirigente Medico Assistenza Sanitaria Territoriale, Torino*

**A**bbiamo ancora un anno davanti per fare le nostre riflessioni, per cui invito le colleghe a tenere conto del fatto che comunque, oltre a discutere tra di noi, è importante essere ben presenti negli organismi che ci rappresentano e per i quali effettivamente noi ci sentiamo poco rappresentate come donne. Noi siamo sempre un po' determinate a rimanere in secondo piano, un passo indietro rispetto a determinati colleghi, in alcune circostanze in particolare. In questo dobbiamo fare un piccolo sforzo. Vorrei invitare tutte a essere il più possibile presenti, consapevoli del proprio ruolo e del proprio valore che è sicuramente paritario – e in alcuni casi probabilmente non solo – rispetto ai nostri colleghi uomini.

## Maggiore attenzione al problema del precariato

**Geo Agostini**

*Presidente dell'Ordine di Rimini*

**T**ra gli interventi di oggi, ciò che mi ha più colpito è il concetto che miglioramento delle condizioni economiche di una nazione va di pari passo con l'aumento dell'occupazione femminile: quanto più questa sale, tanto più migliora il livello sociale ed economico della società. A Rimini ci stiamo interessando del problema del precariato nella sanità, che a livello nazionale assume una grandezza del 12-13% e investe maggiormente le donne in medicina. Quando le questioni vengono affrontate a livello legislativo assumono una grande importanza. Ecco perché chiedo al senatore Scalera e ai suoi colleghi un impegno forte, affinché il problema del precariato in medicina possa essere affrontato in tempi rapidi e in termini efficaci.

## Nessuna barriera all'ingresso delle donne nell'Ordine

**Giovanni Righetti**

Presidente dell'Ordine di Latina

Ogni tre anni apriamo le liste alle associazioni (non quelle sindacali) e abbiamo un numero abbastanza alto di donne. Nel precedente biennio erano sette, adesso sono cinque. Questa è una testimonianza positiva. Noi siamo aperti, non abbiamo problemi di scelta tra i due sessi. L'unico ostacolo è la frequenza, perché molte donne hanno difficoltà a partecipare alla seduta. I problemi, dunque, sono a monte, e non a valle degli ordini, poiché l'ordine non pone barriere all'ingresso delle donne.

## Donne medico tra obiettivi conquistati e difficoltà

**Nicolino D'Autilla**

Presidente dell'Ordine di Modena

Nella mia realtà ci sono molte colleghe che partecipano anche se, di fatto, la maggior parte di esse è impegnata nel campo della formazione. La rappresentante della maggiore società professionale di medicina generale gestisce questa associazione con il pugno di ferro, raccoglie intorno a sé consensi, lavora in maniera molto fattiva con l'università ed è punto di riferimento a livello nazionale per la formazione in medicina generale. Per altre colleghe esiste il problema della difficoltà di frequenza.

## Le soluzioni per favorire la rappresentatività ordinistica e l'avanzamento di carriera

Vincenzo Liguori  
Consigliere dell'Ordine di Caserta

**M**i pare siano emerse due problematiche per le donne: la rappresentatività all'interno degli ordini e l'avanzamento di carriera. Per quanto riguarda la prima questione, si potrebbe scegliere di depositare le liste come si fa negli altri ordini professionali, e cioè stabilendo che almeno il 40% debba essere di un sesso. Entrare nel Consiglio dell'Ordine è molto complesso anche per i giovani. Sono vicepresidente del gruppo regionale dei radiologi campani e il nostro regolamento stabilisce che nel consiglio debba entrare un giovane radiologo under 35. Così dovrebbe essere fatto anche per gli ordini dei medici.

In merito alla carriera, se con le finanziarie si bloccano da quindici anni le assunzioni, è chiaro che i giovani e le donne – che in percentuale sono aumentate negli ultimi anni – hanno difficoltà ad entrare. Se non c'è turnover non ci sarà mai un inserimento delle giovani donne e, di conseguenza, dopo dieci anni, delle donne dirigenti di secondo livello o direttrici di dipartimento.

## Rimpossessarsi della gestione della medicina

Costantino Santacroce  
Presidente CAO di Rieti

**P**enso che non esistano una medicina al femminile e una medicina al maschile: la medicina è medicina, si esercita con delle regole e non c'è nessun ostacolo alla candidatura delle donne. E' indubbio che devono mutare certe regole per far sì che la rappresentanza femminile sia maggiormente presente, ma il problema vero è la gestione della medicina, di cui noi medici, sia maschi che femmine, dobbiamo rimpossessarci. Se evitassimo di demandare ai politici, potremmo conseguire quei risultati che oggi non otteniamo, né in termini di carriera, né in termini di disponibilità delle risorse. Ci manca è il controllo delle risorse, perché solo il 20% delle risorse destinate alla medicina vanno a beneficio del paziente con l'operato del medico, mentre l'80% è una gestione che con la medicina non ha nulla a che fare.

## Creare agevolazioni fiscali per tutte le libere professioniste

Salvatore Rampulla

Segretario Nazionale AIO

**H**o la sensazione che si stia parlando delle pari opportunità in riferimento a una donna medico od odontoiatra che lavora presso la pubblica sanità. E' sicuramente una cosa molto importante, ma vorrei ricordare che abbiamo migliaia di donne in Italia che sono libere professioniste, prevalentemente in campo odontoiatrico, ma anche medici di famiglia, ad esempio. Queste libere professioniste hanno sicuramente degli svantaggi, perché non possono chiedere il part-time a nessuno. Se una donna odontoiatra non può lavorare per una maternità o per allattamento, deve pagarsi un sostituto e non è rimborsata. Queste donne hanno un doppio peso sulle spalle: la gestione della famiglia e il mancato guadagno per una giusta aspettativa di maternità. Si dovrebbe prendere in considerazione l'eventualità di creare agevolazioni fiscali per tutte le libere professioniste, per esempio sulla defiscalizzazione di ciò che viene pagato per il sostituto, se si può compensare con gli studi di settore, il mancato lavoro.

## Cambiare l'organizzazione del lavoro per favorire le donne

Carla Zamboni

Consigliera dell'Ordine di Firenze

**A**desso, forse, ci preme di più vedere come può cambiare concretamente il modo di lavorare nella Pubblica Amministrazione, ma il discorso potrebbe essere interessante anche in riferimento all'attività libero professionale. Si può lavorare in modo diverso rispetto a quello che era un tempo il modello patriarcale. Adesso la medicina è diversa, non soltanto perché ci sono le donne, ma perché è cambiato il modello organizzativo, che si avvale di reti e di meccanismi differenti. All'interno di diversi modelli organizzativi è probabile che le donne possano trovare un modello che sia, da un lato, funzionale per la medicina, dall'altro, che permetta alle donne effettivamente di lavorare bene e anche di progredire nella carriera.

## La mutazione di genere nella sanità: quali scenari, quali azioni e quali strumenti propongono le donne

## La discriminazione di genere è ancora la regola

Carmen Lasorella

Giornalista

**A** questo tavolo sono sedute delle professioniste che in qualche modo ce l'hanno fatta, o che comunque si stanno impegnando per esercitare delle funzioni, ma presentano soltanto una minima parte della realtà. Mi sembra che la realtà sia invece fatta di donne che la rappresentatività non la esprimono, non ci sono, per disinteresse o perché in qualche misura non glielo lasciano fare. Che ci sia questa presenza, quindi, è soltanto la spuma rispetto ad una realtà sottostante, non qualifica il fenomeno, non fa la differenza. La discriminazione di genere è ancora la regola, non l'eccezione alla regola. Nel nostro paese c'è una situazione sostanzialmente bloccata su questo problema di fondo che non riguarda soltanto i medici, ma è un problema culturale, di differenze profonde tra Nord e Sud e di mancanza di strumenti, che impediscono di arrivare al cambiamento.

Non so se sia vera la vecchia storia che un posto occupato dalle donne viene percepito come un posto tolto agli uomini, ma forse è vero che problemi si pongono soltanto quando si comincia a scalare, nel senso che finché si rimane a un certo livello le

donne sono brave, accettate, apprezzate, ma quando diventano dei concorrenti si creano i problemi.

Il tetto di cristallo, o come dicono gli inglesi il *glass ceiling*, è una barriera che apparentemente non c'è e che ti prende in contropiede, perché ti consente di vedere dall'altra parte ma non di arrivarci. E' un dato trasversale, non riguarda soltanto i medici, ma tutte le categorie. Il problema comune è che le regole e i ruoli non sono delle donne; la presenza e la crescita in termini numerici e anche di permeazione del tessuto è prettamente femminile, ma la sostanza è un gap, è il soffitto di vetro.

Da questa base bisogna, oggi, provare a pensare positivo, quindi al di là del *cahier des doléances*, al di là delle recriminazioni. Serve un approccio positivo, con azioni che partano dalla necessità di valutare la naturalezza del cambiamento, senza minacce.

## Il grande ruolo della solidarietà femminile

Renata Canini

Direttore Generale della ASL di Imperia

**A**ppartengo alla generazione del '68. Appena ho iniziato a lavorare ho fatto per sei anni il dirigente sindacale, tra lasciando gli studi; poi ho avuto un bambino. Nel sindacato, come in molte altre organizzazioni, non si può fare il dirigente fino alle cinque del pomeriggio, quando chiude l'asilo nido. Così ho ripreso in mano i libri, mi sono laureata in giurisprudenza e ho fatto un corso di management in sanità alla Bocconi, avendo nel frattempo un altro bambino. Con una serie di concorsi sono diventata dirigente, quindi ho frequentato i corsi per direttori generali e nel luglio 2005 sono stata nominata, in Liguria, insieme ad altri sette direttori uomini. Oltre a essere l'unica donna, sono stata l'unica a doversi spostare a 140 chilometri da casa, ad Imperia, l'unica provincia di centrodestra in una regione amministrata dal centrosinistra. Ho capito che forse avrei avuto qualche difficoltà in più degli altri, perché, anche se il nostro è un ruolo tecnico, quando poi si devono far passare dei programmi in Conferenza dei sindaci la battaglia non è facile.

Adesso devo dire che sono molto contenta di esserci andata: il

lavoro mi piace, mi entusiasma. Credo che si possa fare bene il Direttore Generale come si fa bene il medico: non dipende dall'essere uomo o donna, ma da come si approccia il lavoro. Ritengo però che, in generale, le donne abbiano più grinta, nel senso che faticano molto per arrivare a ottenere un ruolo e alla fine devono svolgerlo benissimo, anche perché sono le donne per prime a non essere mai contente di loro stesse.

Dobbiamo iniziare ad aiutarci anche tra donne, perché per anni – almeno questa è la mia esperienza – se c'è stato da scegliere tra due persone con pari capacità, si sceglieva un uomo, che dava meno problemi di assenza e di gestione. Adesso le donne devono scegliere altre donne. E' quello che io sto cercando di fare e finora l'ho trovato facile, perché nella mia azienda c'è ampia disponibilità di risorse femminili, tutte molto determinate, tutte con una passione e una voglia di spendersi in termini di energie e di risorse che spesso supera quella dei colleghi.

## Università, trend in crescita delle presenze femminili

**Maria Pia Landini**

Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia all'Università di Bologna

**S**ono stata eletta nella primavera del 2001. Il motivo per cui mi sono candidata è perché la facoltà di Medicina di Bologna, tra esposti e denunce, era in una situazione di drammatico conflitto con il Servizio Sanitario Nazionale. Il mio pensiero è che il futuro non sia un'università chiusa in una cittadella, ma aperta e, nel caso di Medicina, che collabori strettamente con il Servizio Sanitario per la formazione di tutti, dagli studenti, agli specializzandi e alla formazione continua. Per la sopravvivenza di questa idea ho provato e vi assicuro che sono stati due mesi di campagna elettorale durissima. Venivo chiamata "quella con la sottana" e quando portavo il programma in giro nei dipartimenti trovavo un notevole scetticismo. Alle elezioni, però, ho raccolto quasi il 70% dei voti. Nel primo anno sono stata messa alla prova, giorno dopo giorno, ma alla fine, da "quella con la sottana", sono passata a essere "quella con le palle".

La mia attività si è concretizzata a favore delle donne affrontando lo sveccchiamento della facoltà. Man mano che sono andati in pensione gli anziani – tutti uomini naturalmente – il budget

è stato utilizzato per arruolare nuovi ricercatori, quasi tutti donne. Nel giro di cinque o sei anni è quindi aumentato il numero delle giovani ricercatrici ed è anche aumentato il livello della ricerca che viene svolta in facoltà.

Attualmente, i dati riferiti alla nostra facoltà vedono una crescita forte delle presenze femminili. Dei 300 ammessi, 121 sono maschi e 179 femmine. Quindi il 60% degli immatricolati di quest'anno, come è avvenuto l'anno scorso, sono ragazze, mentre in Odontoiatria siamo vicini al 50%. Anche nei i corsi di laurea delle professioni sanitarie le ragazze sono in numero maggiore rispetto ai ragazzi. Quest'anno abbiamo ammesso 866 studenti, di cui 573 sono donne, che rappresentano il 75% del totale.

Passando ad analizzare i docenti e i ricercatori nei vari settori della facoltà di Medicina, vediamo che la maggior parte dei docenti donna sono nelle discipline di base (50%), essenzialmente nei laboratori, seguite dal comparto materno infantile (40%). Nelle chirurgie c'è poca rappresentanza: chirurgia generale 5%, chirurgia specialistica addirittura niente. Se osserviamo prima fascia, seconda fascia e ricercatore, troviamo che la maggior parte delle donne si collocano tra i ricercatori. Il 25% del personale della facoltà di Medicina è donna. La percentuale più alta è quindi ricercatrice e nelle discipline di base, mentre la percentuale più bassa è docente di prima fascia e nelle chirurgie.

Tra gli specializzandi nella scuola di chirurgia generale, 16 su 47 sono donne. Simili risultati valgono anche per le scuole chirurgiche specialistiche, e dunque anche nelle specializzazioni chirurgiche le donne stanno aumentando. Nei corsi di laurea specialistici, il 27% di docenza è tenuta dalle donne, il 20% in odontoiatria e il 22% in biotecnologie mediche. Nessuna donna ha la presidenza di un corso di laurea specialistico. Nei corsi di laurea delle professioni sanitarie, infine, il 61% della docenza è femminile in logopedia, il 59% in fisioterapia. Il totale è il 41%, e solo tre corsi su diciannove hanno come presidente una donna.

Quando partecipo alle giornate dell'orientamento per i ragazzi degli ultimi anni delle scuole superiori, cerco di spiegare che

la scelta di fare il medico è una scelta di vita, oltre che di professione. E' quindi necessario che sia compiuta da persone molto motivate, che vogliono mettere in gioco non solo la propria testa ma anche il proprio cuore. Di solito inizio chiedendo ai ragazzi chi di loro voglia scegliere medicina. Metto poi in evidenza una serie di difficoltà oggettive, di lavoro, di sistemazione, di specialità, di lunghezza degli studi. Alla fine chiedo chi sia ancora convinto di fare Medicina, e rispondono tutti i ragazzi che avevano alzato la mano all'inizio. Dunque o il mio potere di persuasione non è stato sufficiente, o tutti sono veramente molto motivati a fare quel tipo di scelta di vita.

Nel momento in cui mi trovo a leggere il questionario preparato dal ministero, inizio però a dubitare di tutto quello che ho detto ai ragazzi. I test d'ammissione selezionano persone scaltrite, che magari hanno una certa facilità nel risolvere quiz da settimanale enigmistica, o che hanno passato due mesi a studiare i volumi della UTET. I quiz non sono certamente in grado di selezionare quelli più dotati anche alla meditazione, quelli che vogliono mettersi in gioco personalmente, quelli che hanno la passione verso la professione. Sono convinta che in generale siano una tipologia d'esame discutibile, sicuramente da rivedere.



# Abbatte le barriere organizzative e culturali per superare le discriminazioni di genere

Paola Muti

Direttore Scientifico IFO, Istituto Regina Elena di Roma

**C**redo nella capacità delle donne di essere estremamente produttive e di fare tante cose allo stesso tempo. L'idea di avere una famiglia e di svolgere una professione come la nostra è una grande sfida nella vita. Forse tutte le colleghe che hanno una famiglia si sono chieste, a un certo punto della loro carriera, chi glielo facesse fare. Io l'ho pensato tante volte, e ho scoperto che questo sentimento accomuna le donne italiane e americane.

Negli Stati Uniti i diritti delle donne sono più acquisiti. Sono stata presidente della commissione dell'NIH, ente finanziatore dei progetti di ricerca americani; lì abbiamo deciso di organizzare il nostro lavoro nei periodi in cui la famiglia avrebbe sofferto meno della nostra assenza, insistendo per fare in modo di essere sempre presenti durante i weekend. In Italia è un pochino più difficile. Mi sono trovata a svolgere questo lavoro nel nostro paese, e mi sono resa conto che abbiamo bisogno di tanto network cui affidare un compito di tipo manageriale. Quello che esprimiamo noi come manager ha dei contenuti diversi rispetto al manager uomo, perché noi non siamo perso-

ne di potere e abbiamo un atteggiamento più consultivo e di servizio. Io sono un facilitatore della ricerca e non uso la mia posizione per esercitare alcun potere. E' per questo che dico: esserci per avere il diritto di esserci, perché dopo tanta fatica ce lo meritiamo, ma anche perché possiamo esprimere modi diversi di interpretare il nostro lavoro rispetto al sesso maschile. Spesso capita che gli uomini, in quanto tali, vengano preferiti a noi. Altre volte, però, siamo noi stesse che ci autoescludiamo perché abbiamo l'impegno di una famiglia da gestire. Sono, questi, due aspetti sui quali dovremo lavorare duro se vogliamo raggiungere gli stessi diritti. Ad esempio, dovremo fare in modo di poter affidare parte della responsabilità della famiglia e dei bambini a strutture che facciano parte dei nostri istituti. Aprire un piccolo asilo nido per le dipendenti, medici e non medici, fa sì che le donne lavorino più serenamente. E' una piccola cosa, ma semplifica la vita nel momento in cui ti chiedono: vuoi andare avanti con la tua carriera? Oltre a superare la discriminazione, dovremmo essere aiutata a esprimere al meglio la nostra professionalità.

Altra differenza con gli Stati Uniti è la comunicazione, in primo luogo perché il linguaggio è più diretto e ci si da sempre del tu. Questo aspetto rende il rapporto più colloquiale e immediato. In Usa un infermiere può parlare con il medico di una decisione, può suggerire pratiche alternative. Questo accade perché si guarda alla produttività: l'obiettivo è che l'ospedale funzioni bene, per cui se hai delle persone che ti informano, anche di livelli strutturali o gerarchici diversi, ci si confronta in maniera diretta. In Italia, al contrario, esistono fortissime gerarchie sia formali che di contenuto, e spesso questo fatto blocca notevolmente i rapporti all'interno delle istituzioni. Io credo che l'immediatezza del linguaggio e la comunicazione con tutti siano una chiave di volta per migliorare. Quando i ruoli saranno più definiti, al di là delle differenze di genere, sicuramente anche nel nostro paese si parlerà meglio.

# Creare le condizioni per incentivare le donne alla partecipazione sociale

**Lorella Meilillo**

Consigliere dell'Ordine di Foggia

**S**appiamo che la percentuale di laureati al Sud è senz'altro maggiore di quella del Nord, ma c'è una migrazione intellettuale massiccia. Accanto a questo, rimane il problema della presenza giovanile a livello lavorativo, dovuto al blocco delle assunzioni, che ha portato a un ritardo nel ricambio sia generazionale, sia di genere. Questo fenomeno ha implicazioni sociali, perché se si è precari non si può accedere a un mutuo, non si possono fare progetti per l'avvenire. Inoltre si ripercuote sulla carriera, perché dopo che si è precari per tanti anni, è chiaro che non si potrà aspirare a delle cariche di tipo apicale.

Premesso che l'integrazione delle donne è già difficile a livello della medesima professione, servirebbe anche una sinergia a livello globale. In questo senso l'Associazione Italiana Donne Medico ha organizzato numerosi eventi in collaborazione con ostetriche, fisioterapiste, proprio per cercare di ricomporre l'unità della sanità italiana. A livello di associazione e di Ordine, ho però riscontrato una naturale riluttanza della donna alla partecipazione sociale, nel senso che sono veramente po-

che le donne che intendono candidarsi e poi, una volta candidate, partecipare. Questo perché ci sono delle difficoltà oggettive che fanno vedere questa scelta come qualcosa di faticoso, implicante rinunce ad altri livelli. Sono convinta che, quando le donne vedranno dei progetti concreti, saranno più portate a partecipare.

## Criticità di genere: sensibilizzare le forze politiche

**Alessandro Giordano**

Capo della Segreteria del Sottosegretario Daniela Melchiorre

**A**nche il Ministero della Giustizia, unitamente al Consiglio Nazionale Forense e al Consiglio Nazionale del Notariato, sta organizzando un convegno sulle donne nell'attività professionale, in riferimento alle giuriste che possono confrontarsi e scambiarsi le esperienze. Finora ho sentito enucleare molti problemi, tra cui i ruoli apicali, una maggiore organizzazione del lavoro, un'assistenza sociale che permetta alle donne di raggiungere determinati obiettivi, e mi sembrano tematiche comuni anche a tutte le donne giuriste. Per questo motivo il convegno organizzato dal sottosegretario Melchiorre punta a raggiungere una soluzione, nell'auspicio di sensibilizzare le forze politiche. L'esito del convegno sarà un documento finale diretto a risolvere i problemi di parità di genere per tutte le professioniste, non soltanto le giuriste.

**Idee, progetti a confronto:  
interventi preordinati  
di iniziative da parte  
degli Ordini Provinciali  
e delle Organizzazioni  
Sindacali**

# Primari, solo il 10% sono donne

**Adriano Rannello**  
Vicepresidente ANPO

Come ANPO abbiamo accolto con molta attenzione il desiderio delle donne di raggiungere i posti primari. La spinta deve venire dai nostri colleghi che ancora primari non sono, ma noi vogliamo effettivamente riuscire ad avere più donne nel nostro ambito. In Italia le donne primario sono il 10%. Le abbiamo sollecitate ad entrare nel direttivo, ma non sempre vediamo una partecipazione. Per quest'anno abbiamo l'ipotesi di realizzare una sezione femminile, finalizzata proprio a cercare di far sì che si mettano più in evidenza queste posizioni nelle quali sembra – forse in effetti è la realtà – più difficile per le donne entrare.

# Maggiore tutela per le donne libero professioniste

**Rosanna Franchi**  
Commissione Ordinalistica Forense, Ordine di Roma

Volevo focalizzare l'attenzione su due punti: la libera professione e la carriera. Oggi si è parlato in particolar modo della donna nella struttura ospedaliera, ma poco si è detto di quello che la donna fa come libero professionista. La donna ha dei problemi in quanto tale, per la maternità e l'allattamento, e come libera professionista non è tutelata, non c'è un'assicurazione, non ha stipendio. Credo che sarebbe opportuno creare una rete di solidarietà fra donne odontoiatre; così come creare degli asili nido per poter permettere di lavorare in serenità. Nella carriera sappiamo che la donna viene penalizzata. Mi auguro di cuore che possa esserci meritocrazia, che la donna possa andare avanti per meriti, in un ambito non più così maschilista. Spero infine che chi oggi è al potere – abbiamo due ministri donne – possa essere sensibilizzato a questo problema.

## Rimuovere gli ostacoli al lavoro femminile in sede contrattuale

Giorgio Cavallero

Segretario regionale Anmko, Piemonte

**I**l problema esiste ed è più acuto in questo paese rispetto ad altri paesi europei; è un problema che investe appieno la dirigenza medica più ancora che altre professioni. Questo perché il numero di donne medico, che oggi è altamente significativo, è andato crescendo nel tempo, nel senso che tra i neolaureati la maggioranza è già di donne. Il problema, cioè, è anche generazionale, perché è più rilevante nelle classi più giovani. Anche gli studi che la nostra sezione del Piemonte ha fatto sulla consistenza numerica, sia dei ruoli apicali che della rappresentanza negli ordini, riflettono una categoria che solo in questi ultimi anni ha raggiunto consistenza numerica. Il problema va affrontato in maniera chiara, senza nascondersi che esiste tuttora un modello di organizzazione del lavoro tipicamente maschile. Su questo dobbiamo prendere l'impegno, nei rinnovi dei contratti di lavoro, di rimuovere tutta una serie di ostacoli che sono tali specialmente per le donne. Una rappresentanza più adeguata credo sia un impegno di tutti, perché in una democrazia non è possibile non considerare ampiamente quelle che sono ormai delle istanze largamente maggioritarie e con-

## Focalizzare l'attenzione sulle criticità nel mondo femminile

Francesca Cataldi

Coordinatrice della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine di Bologna

**L**a Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici di Bologna ha cominciato i propri lavori circa un anno e mezzo fa. Come da mandato del Consiglio Direttivo, abbiamo acquisito i dati e le informazioni relative alla costituzione della Commissione Pari Opportunità presso le aziende sanitarie, le case di cura, università, altri ordini professionali, enti istituzionali, Comune, Regione e Provincia. Alle strutture sanitarie provinciali è stata richiesta inoltre la distribuzione per sesso degli incarichi apicali, cioè capi dipartimento, direttori di unità operative e dirigenziali, moduli dipartimentali e moduli organizzativi. Dai dati acquisiti si è visto che in due grosse aziende della provincia di Bologna la Commissione non è stata neanche istituita, mentre nella distribuzione degli incarichi dirigenziali apicali la percentuale è pari all'80% per gli uomini.

Il primo dicembre scorso, sempre presso la sede dell'Ordine, abbiamo organizzato un evento ECM su: genere del paziente e la pratica del medico di base. L'incontro verteva sulla differenza di approccio e di trattamento, in base al sesso sia del medico che del paziente. Attualmente abbiamo allo studio un paio di ini-

ziative. La prima è quella di sollecitare il Consiglio Direttivo a richiedere ai Direttori Generali delle aziende la possibilità di utilizzare la legge 125 del 1991 per proporre azioni positive quali la progettazione ed eventuale realizzazione di asili nido e/o scuole materne all'interno delle strutture sanitarie, e la presenza all'interno delle strutture di palestre o piscine per i dipendenti, tenendo conto che l'allungamento dell'età lavorativa, porta a un aumento delle patologie cardiovascolari, del rischio e così via.

Un'altra nostra idea è sensibilizzare enti, istituzioni, organizzazioni politiche e sindacali sulle tematiche di cui stiamo parlando. Il problema è trasversale, riguarda le donne in tutte le professioni, non solamente in medicina. Nel 2008 ci piacerebbe tenere a Bologna un convegno nazionale – in accordo con la Commissione Pari Opportunità nazionale, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e il nostro Consiglio direttivo – che coinvolga l'ordine degli architetti, ingegneri, avvocati, l'Associazione Nazionale Magistrati, Assindustria, i commercianti, l'Associazione Bancari. Questo per avere delle esperienze concrete nel tentativo di risolvere i nostri problemi, vedendoli, appunto, in maniera trasversale.

## Le vie della solidarietà per le donne che lavorano

Carmela Savastano

Vicepresidente Sidò

**L**a Società Italiana di Ortodonzia, con i suoi 3.500 soci, è la più grande d'Europa. Ormai è costituita quasi al 50% da donne, ma in quaranta anni non ha mai avuto una presidente donna e io stessa sono la prima vicepresidente nella storia della SIDO. Abbiamo organizzato uno spazio chiamato SIDONNE in cui è previsto un SIDOMAT, che è lo scambio di ore di lavoro. Abbiamo raccolto un elenco di soci che sono disposti a scambiarsi ore di lavoro in caso di necessità, non soltanto per le donne, ma anche in caso di giovani padri divorziati o altre necessità di vita. Poi abbiamo il SIDO Mentore, un elenco di persone che sono disponibili ad aiutare a discutere casi. Perché una società scientifica ha pensato di fare tutto questo? Perché solo dandosi una concreta possibilità di spazio la donna può migliorare il suo aggiornamento, la sua conoscenza scientifica, la sua partecipazione ai congressi, ad esempio esigendo il baby-parking ai congressi. Solo attraverso le piccole cose si può arrivare alle grandi cose. L'importante è fare, una piccola cosa sopra l'altra, e piano piano le donne avranno degli spazi concreti che potranno usare per dedicarsi allo studio, all'approfondimento, all'aggiornamento e anche a una professione vissuta in maniera meno colpevolizzata rispetto alla famiglia e ai figli.

# Ripensare l'organizzazione del lavoro

Rita Nonnis

Consigliere dell'Ordine di Sassari

**B**revemente cercherò di parlare della situazione e le prospettive in Sardegna, in considerazione del fatto che la Sardegna ha una forte prevalenza di donne nel mondo della sanità. Intorno agli anni '90 il rapporto uomini-donne si è ribaltato. Sono già più di dieci anni che il numero degli iscritti si è modificato, e le donne attualmente sono il 63,87%. La media italiana della presenza femminile nella professione medica è del 34,50%, mentre in Sardegna siamo al 45,33%, con il picco di Nuoro dove il 50% dei medici che lavorano sono donne. Se poi analizziamo per fasce di età, sotto i cinquant'anni si supera il 50% e sotto i trenta si arriva quasi il 70%. In odontoiatria la situazione complessiva è rimasta stabile nel tempo. C'è una prevalenza maschile e le donne sono intorno al 35%, ma se valutiamo la fascia di età al di sotto dei trent'anni la presenza delle donne va ben oltre il 50%.

Tra il 2001 e il 2007, il numero di matricole nelle università di Cagliari e di Sassari, vede una forte prevalenza femminile. Nei prossimi dieci-dodici anni questi dati verranno confermati e anzi, probabilmente tenderanno ad aumentare, anche perché

il numero di laureate donne nel tempo è maggiore dei maschi. Dal punto di vista occupazionale, in Italia la media delle donne è il 31,3%, mentre in Sardegna l'occupazionalità femminile nel 2004 era al 44,6%. In medicina generale la situazione è a favore degli uomini, in altre situazioni è paritetica, come quella dei medici dipendenti. Nella continuità assistenziale e nell'emergenza territoriale, invece, c'è una forte prevalenza femminile.

Stante la situazione, quale sarà l'impatto sociale, economico e organizzativo di questo mondo che verrà retto dalle donne? Sicuramente c'è bisogno di una sanità che cambi e in questo senso la presenza delle donne è importante. Il part-time e il congedo parentale, pensati per le donne, vengono utilizzati anche dagli uomini. Questo fa pensare che forse anche i tempi, gli orari di lavoro e le organizzazioni vadano ripensati per tutti, non solo per le donne.

Dobbiamo conoscere le nostre criticità e quelli che possono essere gli impedimenti per una piena realizzazione delle donne in sanità. Un gran numero di specializzandi è donna, ma poi che cosa succede? Si focalizza la formazione sul maschio; la donna in chirurgia, che è un'altra cosa dal chirurgo, va bene per il pre-operatorio e il post-operatorio, ma nella tecnica chirurgica non si investe. E' un problema culturale, un problema di formazione che l'università deve considerare. Noi proponiamo la Sardegna come un laboratorio di valutazione e di analisi di modelli organizzativi per il prossimo futuro. Stiamo già affrontando molti problemi e pensiamo che in questo senso la nostra regione possa dare molto.

# Portare le donne medico ai ruoli apicali

**Bartolomeo Grifa**

Vicepresidente vicario dell'Andi

**L'**Andi è la più grande associazione odontoiatrica in Italia, conta 21.500 iscritti e buona parte dei nostri associati è donna. Le donne stanno aumentando nella nostra associazione però non rivestono, come in tantissime altre associazioni, ruoli di tipo dirigenziale. Questo perché, fino a qualche tempo fa, l'associazione stessa non ha favorito questo sviluppo. Negli ultimi anni, invece, stiamo cercando di coinvolgere sempre di più le colleghe ad entrare a far parte dell'associazione e a fare azione sindacale. L'esempio viene dall'Associazione provinciale di Torino, che in pochi anni è passata da nessuna rappresentante femminile a sei, su quindici consiglieri, all'interno del Consiglio di Presidenza.

Purtroppo l'impegno richiesto può essere tale da scoraggiare le colleghe, per l'impossibilità di impegnarsi magari fino a tarda sera, perché sono madri di famiglia. Stanno comunque cercando di coprire le colleghe e all'interno dell'Andi verrà strutturata una parte dedicata alla figura femminile, in modo che ci sia veramente una scuola dirigenziale per poter portare le colleghe ai ruoli apicali.

# Le donne medico sono un valore aggiunto

**Gabriella Tanturri**

Membro della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine di Torino

**P**robabilmente saranno in prevalenza le donne a dover garantire nel tempo il mantenimento e lo sviluppo di quel prezioso patrimonio tecnico, professionale, etico e civile che caratterizza le nostre professioni, dato che presumibilmente le donne saranno, da qui a qualche anno, la maggioranza della popolazione medica attiva.

I temi sviluppati al convegno di Torino hanno sottolineato come essere donna medico presenti a volte un valore aggiunto, ma più spesso, purtroppo, è un valore negato, a causa delle maggiori difficoltà che incontriamo nella professione.

Il valore aggiunto è stato sottolineato dalla testimonianza di una donna che aveva subito uno stupro all'età di sedici anni ed è riuscita a parlarne solo venti anni dopo. La legge che trasforma lo stupro da reato contro la morale a reato contro la persona è del 1996. Quando ha sporto denuncia il poliziotto le ha chiesto se si drogava; è stata poi inviata in ospedale, dove un ginecologo, uomo, alla presenza di specializzandi, le ha inserito lo speculo, provocandole altro dolore. Di fronte al suo pianto le ha detto: che cosa c'è da piangere? Per lei lo stupro era stato il primo rap-



porto sessuale, il ginecologo non ha pensato di chiederglielo. Le è stato poi ordinato di urinare dentro un contenitore per il test di gravidanza, e si è resa conto di colpo anche di quel risvolto della violenza. E' stata infine dimessa senza indicazioni ulteriori. Venti anni dopo dirà: avrei voluto essere accolta da una donna che mi chiedesse se avevo male, se mi sentivo di parlare; avrei voluto che il commissario e il ginecologo pensassero: se fosse mia figlia?

Le testimonianze delle donne che hanno subito violenza ci fanno capire l'importanza che ha il trovare in quei momenti delle soccorritrici donne; chi ha subito violenza deve trovare riconoscimento dell'ingiustizia che ha subito, deve potersi abbandonare in mani che la proteggano. Le donne, per tradizione e cultura, accolgono e curano. L'empatia con la vittima che una donna riesce ad avere ci rende più adeguate nel soccorso alla violenza sessuale e alla violenza in generale. Vi ricordo che la violenza è in aumento reale contro le fasce deboli, le donne ma anche gli anziani e i bambini. Perfino quando la vittima di abuso è un maschio, chiede di essere visitato da una dottoressa. Non è affatto scontato che medici e operatori sanitari riconoscano la violenza e abbiano la possibilità di attivare canali di soccorso e di presa in carico. Ci dicono le statistiche che l'80% dei medici di famiglia non ha mai sospettato, durante la carriera lavorativa, una violenza. Questo perché la formazione dei medici, degli studenti è molto carente in questo ambito. L'Ordine potrebbe avere un ruolo positivo veramente enorme nella formazione universitaria, ma ancora di più nella formazione continua, soprattutto per i medici di medicina generale e per i liberi professionisti.

Nel contesto dei valori negati, si è affrontata anche la problematica legata alle donne che lavorano in specialità chirurgiche. L'aumento di presenza femminile tra i medici ospedalieri è un trend in costante crescita, ma nelle chirurgie le donne sono ancora in netta minoranza, anche se tra gli specialisti è decisamente aumentata la presenza femminile. Sono stati presi in considerazione due aspetti; la possibilità di una minore competenza chirurgica da parte delle donne, di un approccio meno demolitivo alle patologie soprattutto oncologiche, ma an-

che meno radicali; e la possibilità che le difficoltà incontrate dalle donne all'interno delle specialità chirurgiche siano legate a un loro minore impegno lavorativo, dovuto anche alla loro funzione riproduttiva.

Per il primo punto è stata valutata la radicalità degli interventi nel trattamento chirurgico della patologia maligna mammaria e si è visto che le chirurgie sono più conservative, tendono ad aiutare la donna, a salvaguardare l'identità fisico-psicologica. Questo le porta effettivamente ad avere una percentuale lievemente maggiore di infiltrazione dei margini, con successiva necessità di radicalizzare l'intervento. Non ci sono però differenze significative di sopravvivenza tra i due gruppi di pazienti e neanche di numero di linfonodi asportati, nonostante le chirurgie eseguano un numero di interventi minore rispetto ai colleghi. In conclusione, sembra che la differenza di genere tra gli operatori medici si rifletta anche in un diverso approccio alle patologie. Queste differenze possono essere valorizzate, potenziando per esempio le collaborazioni professionali. Ciò può contribuire al miglioramento dei trattamenti e della salute in una comprensione più ampia di quello che è la medicina a misura di donna.

Per il secondo punto invece, si sono analizzate le dinamiche, la composizione per genere, l'attività di una equipe chirurgica specialistica nell'arco di nove anni. Il personale medico femminile è aumentato fino a raggiungere il 30% dell'equipe, però proporzionalmente si è ridotta, in un rapporto inversamente proporzionale, la sua attività chirurgica con l'accentuarsi di una gestione non paritaria dei flussi di lavoro. Dato che le chirurgie erano tutte madri di figli minorenni, si è analizzato il peso che il loro essere madri e mogli – uno stereotipo spesso invocato per giustificare la mancata progressione di carriera delle donne – poteva avere sul coinvolgimento lavorativo. Sono stati utilizzati due parametri, i turni di guardia di reperibilità svolti e le ore di lavoro straordinario effettuate. Si è visto come non ci fossero differenze di genere per guardie e reperibilità, invece gli straordinari erano distribuiti in modo asimmetrico. La media era più alta per il genere maschile, ma mentre le donne erano tutte in surplus orario, cioè tutte avevano

delle ore straordinarie a proprio vantaggio, tra i chirurghi c'era-  
no picchi positivi e negativi, alcuni avevano una percentuale  
altissima di ore straordinarie e altri non coprivano il debito ora-  
rio mensile. Il numero e la qualità degli interventi chirurgici  
svolti dai colleghi in debito orario, però, non era influenzato  
dalla loro minore presenza nell'ambiente lavorativo. Questo  
sembrerebbe sfatare lo stereotipo del minore impegno lavora-  
tivo delle donne chirurgo, che spesso devono fare equilibrismi  
per coniugare famiglia e lavoro. In conclusione, l'unica varia-  
bile che condiziona l'attività chirurgica pare essere il genere. In  
questa situazione lavorativa l'aumento dell'organico medico  
femminile non ha comportato automaticamente una migliore  
qualità di lavoro. Al contrario, si può assistere al miglioramen-  
to della qualità del lavoro per i colleghi maschi, che delegano  
le mansioni meno qualificanti, più ripetitive, e possono in que-  
sto modo dedicare più tempo alla chirurgia e alla formazione.  
La formazione è un punto cruciale e le donne spesso sono pe-  
nalizzate non nella formazione universitaria, ma in quella post-  
laurea o in quella continua. La chirurgia coniuga un alto livel-  
lo teorico e una formazione pratica approfondita che oggi vie-  
ne acquisita attraverso due meccanismi. Direttamente sul pa-  
ziente, sotto la responsabilità dell'apicale o di un tutor. Gli api-  
cali sono al 99% di sesso maschile, quindi sono più disponibili  
li ad insegnare e a correre rischi per colleghi maschi. Oppure,  
tramite costosi corsi di dissezione su cadavere svolti all'este-  
ro. Questo perché l'attuale legislazione italiana non permette  
la dissezione, che sarebbe lo strumento principale per garanti-  
re l'acquisizione e la padronanza delle tecniche chirurgiche.  
Sarebbe veramente di enorme importanza la messa a punto di  
proposte legislative che, modificando questa situazione, da cui  
tante nazioni non sono gravate, garantissero alla popolazione ita-  
liana una generazione futura di chirurghi e chirurghi più pre-  
parata.

## La femminilizzazione delle medicina di famiglia

Guido Marinoni

Medegghelano (regionalista famiglia) Corridonia

**I**o lavoro in medicina di gruppo da quindici anni con due col-  
leghe e devo dire che, dal punto di vista del rapporto empa-  
tico con i pazienti, di come sanno entrare in sintonia, sono  
più brave. Credo che tutto sommato ci siano professionisti, uo-  
mini e donne, più bravi e meno bravi, ma la mia esperienza per-  
sonale mi porta a sostenere che la medicina di famiglia è un set-  
tore in cui le donne sanno lavorare assolutamente molto bene.  
Nei prossimi dieci anni la medicina di famiglia diventerà anco-  
ra più femminile, perché, rispetto ad altri settori, è più pros-  
sima al piccolo dei pensionamenti, e quindi al ricambio. La medi-  
cina di famiglia, regolata da uno dei contratti di lavoro della no-  
stra convenzione, è però, forse, il settore più maschilista in as-  
soluto. Esiste un rapporto strano, di parasubordinazione, che  
stabilisce condizioni da libero professionista per la fornitura dei  
mezzi di produzione per l'organizzazione del lavoro, ma quasi  
di dipendenza rispetto agli obblighi e agli orari. Con la nuova  
convenzione è stata introdotta la possibilità del part-time, da or-  
ganizzare con sostituti, ma è difficilmente gestibile e la retribu-  
zione non ha le necessarie flessibilità. C'è tutto il settore dei me-

dici di continuità assistenziale, fatto in gran parte da donne, che ha un lavoro quasi esclusivamente notturno, e questa condizione per le donne è ancora più problematica. Reali elementi di tutela, quindi, non sono stati introdotti.

Nella medicina di famiglia il part-time credo potrebbe essere facilmente applicato, organizzando in modo diverso il lavoro. Certo, se il medico lavora da solo, in un rapporto rigido ed esclusivo con il paziente vincolato, sì, dalla fiducia, fuori da ogni modello organizzativo, allora introdurre il part-time o la flessibilità diventa impossibile. Ma se noi pensiamo – e dobbiamo pensarlo non per domani, ma per i prossimi dieci-quindecimanni, quando cambierà tutta la demografia della professione – a un nuovo modello di organizzazione delle cure primarie che tuteli il rapporto di fiducia, quel rapporto empatico in cui le colleghe sono bravissime, ma che preveda la possibilità di inserire i medici di continuità assistenziale in un'attività anche diurna per coordinare il lavoro dei vari colleghi, che contempili un associazionismo medico strutturato e organizzato, allora forse si potrà trovare una parziale soluzione al problema che stiamo denunciando.

In conclusione, penso che da parte della medicina di famiglia, forse più che per altri settori professionali, sarà indispensabile rivedere nei prossimi anni in modo dinamico le condizioni, i rapporti contrattuali, proprio in vista di una femminilizzazione della professione che deve essere un valore aggiunto e non deve scontrarsi con difficoltà di tipo organizzativo.

## Il lavoro delle donne fattore di crescita e progresso scientifico

Carla Benedetti

Vicepresidente dell'Ordine de L'Aquila

**R**iporto una valutazione statistica della questione femminile e la professione medica svolta dal mio Ordine in collaborazione con l'Istituto di Statistica dell'Università de L'Aquila. I dati riferiti al 20 settembre 2007, vedono 2995 medici iscritti all'ordine della nostra provincia, di cui 1.415 uomini e 880 donne. Nel 1980 gli iscritti erano 934, di cui 770 uomini e soltanto 164 donne. Se è vero che le donne costituiscono sempre una minoranza, è anche vero che la professione medica, negli ultimi venti anni, ha subito una notevole femminilizzazione, passando dal 21% al 62% del totale. Sono soprattutto le classi di età più giovani le più femminilizzate, infatti per i medici con meno di quarant'anni il rapporto di femminilità supera il valore di 100, e il fenomeno si verifica anche a livello nazionale.

Per quanto riguarda l'albo degli odontoiatri della provincia de L'Aquila, si registra un aumento, nel tempo, del numero delle professioniste donne iscritte, ma il rapporto di femminilità rimane molto lontano da 100. Nelle neoiscrizioni all'albo degli

odontoiatri non si è mai verificato che il numero delle donne superasse il numero degli uomini.

I dati statistici dovrebbero prestarsi a conclusioni, ma la storia delle donne, come la storia dell'emancipazione umana, è una pagina aperta e non si presta a conclusioni, bensì a speranze. Sono passati trent'anni dalla famosa questione femminile e le donne, protagoniste di quel vivace e costruttivo periodo storico, ora sono più sole e minacciate nelle loro conquiste. Oggi la grande questione nel nostro paese è culturale. In generale, bisogna ricostruire un'etica pubblica condivisa, che riporti al centro dell'attenzione la persona in quanto tale, al di là di appartenenze a sesso, censo e provenienze, e che sia strettamente collegata alla capacità e al merito. Bisogna far aumentare la consapevolezza che il lavoro delle donne è un fattore di crescita e di progresso scientifico, tecnologico ed economico. Conseguentemente bisogna favorire un'organizzazione sociale più attenta alle politiche del family friendly, una realtà in tutto il nord Europa, ma ancora semiconosciute in Italia, dove il tasso di occupazione femminile è tra i più bassi dell'UE.

Le aziende sanitarie più avanzate hanno capito quanto sia fondamentale, proprio in termini di redditività, aiutare i dipendenti a conciliare la vita lavorativa e la vita professionale. Bisogna incentivare i modelli di audit, famiglia, lavoro. Io credo che al momento attuale il vero punto di partenza delle nostre speranze, del nostro futuro, sia proprio questo: una maggiore attenzione alle politiche familiari in generale. La strada è difficile, ma è sicuramente percorribile.

## Introdurre la politica di genere nella contrattazione sindacale

**Mirella Triorzi**

Segretaria Nazionale del Sindacato Medici Italiani

**O**ggi abbiamo parlato del mondo femminile all'interno di un'organizzazione con delle difficoltà manifeste ad avere le stesse opportunità tra pari per un percorso di carriera, per un percorso di espressione, per la possibilità di porre progettualità ed essere recepite per quelle che sono, fuori da lobbies e sistemi molto noti e purtroppo penalizzanti per chi, come l'universo femminile, è poco prono a questi sistemi. Ma c'è un mondo che emerge parallelamente a quello del mondo strutturato: il precariato. Secondo i dati del recente Rapporto del Ministero dell'Economia, in Italia ci sono all'incirca 17.000 lavoratori precari medici. La precarietà è una parola che nel nostro vocabolario attiene al transitorio, al breve, ma nel mio ospedale, ad esempio, lavora una collega che è precaria da dodici anni. C'è precarietà e precarietà: c'è la precarietà del lavoro a tempo determinato con un contratto della dirigenza medica o con una convenzione di medicina generale; e c'è la precarietà del lavoro flessibile che, prima ancora di negare le pari opportunità per le donne, nega i diritti al congedo parentale, il diritto alla maternità, ed è l'unico ambito di lavoro precario in cui gli uo-

mini sono più delle donne.

Conosciamo tutti il problema della discrezionalità nella scelta, ma le politiche di genere, in un contesto destrutturato come il lavoro flessibile, presuppongono altre riflessioni, altri ragionamenti. Ho letto un articolo sul Gaslini di Genova in cui si diceva: vi raccoglierà l'anamnesi un medico precario, vi visiterà in reparto un medico precario, vi porterà in sala operatoria e vi anestetizzerà un medico precario, probabilmente vi opererà un medico precario, la vostra scheda di dimissioni sarà fatta da un'impiegata precaria. Era una esagerazione, ma posso garantire che, nel piccolo ospedale dove lavoro, su tre reparti questo è vero.

Oltre che contrattuale, il problema è ovviamente politico. La Finanziaria ha autorizzato le Regioni a trovare soluzioni per stabilizzare il precariato, ma non è stata una manovra sufficiente, perché se le Regioni non hanno risorse o volontà, non se ne fa nulla. Non possiamo aspettare dieci o quindici anni, dobbiamo intervenire subito con cambiamenti sociali, culturali, di comportamenti sindacali e anche ordinistici.

Mai la politica di genere è entrata in una contrattazione sindacale; mai nell'organizzazione dell'azienda si pensa ai colleghi della guardia medica, a garantire a una donna la sicurezza sul posto di lavoro. La donna è più soggetta a stupro, il più delle volte si fa accompagnare perché comincia ad avere paura.

Non si tiene conto della biologia della donna. Ricordo ancora le battaglie che abbiamo fatto perché una donna in gravidanza non fosse costretta, nell'emergenza sanitaria, a salire in ambulanza. E' stata una guerra, mi sembrava una cosa elementare. E' stata una negazione del diritto, prima che dell'opportunità.

Nei contratti il sindacato deve pensare a questo. Nel mondo del lavoro flessibile, però, non c'è nessuna possibilità di intervento contrattuale, perché il rapporto è individuale. Allora l'Ordine deve ricordarsi che chi ha un lavoro flessibile ha negati, oltre al valore economico della prestazione che è un terzo rispetto a quello riconosciuto al dipendente, anche i diritti alla formazione, i diritti elementari di tutela sociale e contro il licenziamento.

## Le pari opportunità sono una questione di cultura

Rosalba Ristagno

Consigliere e coordinatrice della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine di Messina

**I**nizio sottolineando la presenza di un collega uomo nella nostra Commissione, proprio per rafforzare il concetto di pari opportunità. A Messina l'attività del Comitato Pari Opportunità è iniziata sostanzialmente nel 2002, anche se è stato costituito intorno al 1994. Ci siamo dati delle regole, abbiamo stabilito quali sono i compiti; ci sono cinque punti delle attività del Comitato, dove al punto 4 si legge: promuovere, in caso di discriminazione o comportamenti lesivi della dignità della persona, gli opportuni provvedimenti volti alla loro rimozione e anche un'assistenza di tipo legale in caso di azione in giudizio. Nel 2003, prendendo spunto dall'associazione politica ARENT, abbiamo promosso un'indagine conoscitiva che portasse a conoscenza le azioni positive svolte da donne o associazioni di donne nella città. Purtroppo la scheda che abbiamo pubblicato non ha avuto nessun seguito. Dico questo per sottolineare che le pari opportunità sono veramente una questione di cultura; non è vero che non ci sono azioni positive, però nessuno ha pensato a segnalarle. Abbiamo organizzato due convegni, sulle pari opportunità e la salute delle donne. In linea con gli orienta-

menti europei, a Messina nel 2005 è nato l'Osservatorio cittadino sulla salute delle donne.

Sulle presenze, i dati rispecchiano abbastanza quelli nazionali. Dal 1990 a oggi l'iscrizione delle donne all'Albo è aumentata fino al 50%, mentre in odontoiatria le donne sono in numero inferiore. Le specializzazioni più scelte dalle donne è pediatria, seguita da igiene, anestesia e ginecologia.

Concludo dicendo che questo convegno è per le donne il momento di ingresso nella corrente principale in ambito lavorativo. Il concetto di *main streaming* si esprime anche in questa maniera: entrare, appunto, nella corrente principale.

## Le criticità della maternità

**Maria Canevari**

Membero del Consiglio Nazionale dell'Sindacato Nazionale Radiologi

**L**a dottoressa Stefania Montemezzi, che fa parte del Comitato Pari Opportunità della SIRM, ha elaborato una statistica sulla percentuale di donne iscritte alla SIRM, percentuale che nel corso degli anni sta aumentando in modo esponenziale. Sia come società scientifica, sia come sindacato, ci siamo chiesti come affrontare questa situazione e, soprattutto, il problema legato peculiarmente alla donna: la maternità. Sappiamo che le tecniche di *imaging*, la radiologia tradizionale, la TAC, l'angiografia, la Medicina Nucleare e in parte anche la Risonanza Magnetica espongono a radiazioni ionizzanti, che hanno ripercussioni sulla gravidanza e sull'allattamento. Per questo c'è un decreto legislativo che tutela le donne che lavorano negli ambiti radiologici. Ovviamente le tecniche di *imaging* sono molto impiegate nella medicina moderna, e il fatto che il numero di donne specialiste in radiologia aumenti pone la problematica di come poter utilizzare la donna anche durante il periodo della gravidanza nelle diagnostiche per immagini.

Durante il periodo di maggiore fertilità, la donna deve affrontare la scuola di specialità. La scuola di specialità è un proble-

ma in parte risolto, perché mentre prima era in vigore una legge che in caso di maternità sospendeva sia l'attività che la borsa di studio assegnata agli specializzandi, adesso, in seguito a una direttiva europea, la situazione è cambiata. Nel settembre di quest'anno gli specializzandi hanno firmato un contratto di lavoro a tutti gli effetti e in caso di maternità vengono sospesi dalle diagnostiche che utilizzano radiazioni ionizzanti, ma non viene sospeso lo stipendio.

Superato il problema della sospensione della scuola di specialità, c'è da dire che la donna, durante il periodo della gravidanza, può essere impiegata in tutte le diagnostiche utilizzando la metodica della teleradiologia. La teleradiologia non è intesa come metodo speculativo, come l'utilizzo di personale a distanza per poter fare refertazioni perdendo l'atto medico che caratterizza l'attività radiologica, ma è intesa secondo le regole date dalle società scientifiche come la SIRM e la SNR, che stabiliscono la metodica in cui devono essere trasmesse le immagini, come devono essere acquisite, il personale che deve essere presente al momento dell'acquisizione, quindi una teleradiologia sicura e intelligente.

Altro problema, che accomuna tutte, è il supporto della maternità. La soluzione è costruire asili nido aziendali. La Finanziaria del 2003 aveva già previsto dei finanziamenti in tal senso, ma sono scarsamente applicati. Nell'ospedale in cui lavoro, ad esempio, solo da un anno esiste una nursery per i bambini dai tre mesi ai tre anni che costa 450 euro al mese, troppi per gli specializzandi.

Infine, c'è il problema della precarietà, che deve essere eliminata perché in caso di gravidanza può portare al licenziamento. Esiste, in conclusione, una problematica di tipo normativo, della quale si devono occupare gli organi competenti e ovviamente anche il sindacato deve dare il suo contributo.

## Maternità, un valore sociale da difendere

Anna Patrizia Ucci

Vicepresidente dell'Ordine di Bergamo

**L'**odontoiatria è una branca squisitamente libero professionale, di chirurgia ambulatoriale, in cui, anche nelle espressioni più piccole dello studio squisitamente monoprofessionale, ha un'organizzazione complessa che per alcuni aspetti amministrativi è paragonabile a una piccola attività imprenditoriale. Questo aspetto, che non è previsto per altre specialità mediche, ha dei risvolti particolarmente impegnativi e penalizzanti quando si va a parlare di deduzione del reddito o definizione e presunzione del reddito.

Attualmente il governo sta portando avanti una battaglia etica e morale contro l'evasione. Nel nostro ambito il controllo viene fatto soprattutto attraverso gli studi di settore. Per molti anni le varie associazioni sindacali e il SOSE hanno definito alcuni criteri, però gli studi di settore forse non sono che uno dei vari aspetti dove l'esercizio professionale viene visto con tempi e metri molto maschili. All'interno di questi studi di settore esistono tanti codici che definiscono le attività e le variabili per presumere un reddito, ma non viene contemplata la possibilità che una donna diventi mamma o che abbia dei figli. Mi è sembrata una

ingiustizia profonda; ho coinvolto la mia struttura sindacale e da lì è venuta fuori una lettera denuncia al governo, dove è stato presentato questo aspetto che secondo me porta molte donne a percepire questo tipo di attività libero professionale come poco conciliabile con i ritmi della famiglia. Su 21.000 esercenti l'odontoiatria che noi rappresentiamo, meno di un quarto sono donne. Questo vuol dire che le donne considerano l'essere titolare di uno studio professionale una professione poco facile. Le risposte che attraverso la mia denuncia il sindacato ha avuto sono state corrette e conciliative, ma anche queste espressive di una mentalità molto maschile: gentile contribuyente, lei non deve preoccuparsi, perché se ha fatto tutto in regola lo potrà tranquillamente dimostrare con i dati che ha raccolto. Nella nostra categoria gli studi di settore sono legge e scegliere di non essere congrui significa doverlo dimostrare in sede di verifica davanti a una commissione. Questa lettera è stata indirizzata a otto componenti del governo di cui quattro erano donne; mi hanno risposto tre uomini e il ministero delle Finanze. La lotta all'evasione è giustissima; le nostre associazioni sindacali e gli Ordini si stanno muovendo in sintonia rispetto a questo, ma credo anche che gli strumenti utilizzati debbano essere sentiti come efficaci e giusti. Probabilmente uno strumento che considera come evento eccezionale quello che invece è la fisiologia della vita di un cittadino contribuente donna, cioè fare un figlio, credo che forse non sia efficace, perché determina inevitabilmente un contenzioso assolutamente inutile. Le commissioni di verifica forse potrebbero essere utilizzate per valutare qualcos'altro che non quanto tempo ho allattato mio figlio, se è stato male e come si è ammalato. Credo sia un'esperienza di tutte le donne che lavorano, sia dipendenti che libere professioniste, vivere la frustrazione di dover scegliere tra la propria professione e le richieste che si leggono negli occhi dei propri figli. Eppure esistono delle leggi molto belle e valide sulla tutela della maternità, perché è un valore della nostra società che va difeso.

## Costituire una rete tra Comitati Pari Opportunità

Francesca Fiorillo

in rappresentanza dell'Ordine di Napoli

**U**n anno fa molte donne dell'Ordine hanno espresso un disagio per l'impossibilità di esprimere i loro bisogni e le loro necessità. Per questo motivo abbiamo chiesto uno spazio dove poterci incontrare, dove poter esprimere i nostri problemi, affrontarli e cercare di risolverli. Abbiamo fissato un incontro mensile, senza la necessità di rinviarci continuamente agli incontri successivi. È un forum libero, quindi abbiamo avuto varie frequentazioni e questo ha permesso di portare avanti discorsi non legati alle persone ma alle problematiche. Abbiamo affrontato i problemi delle pari opportunità realmente presenti nelle Direzioni Sanitarie, all'interno delle Aziende Ospedaliere; abbiamo mandato lettere ai Direttori Generali e ai sindacati affinché realmente istituissero i comitati pari opportunità nelle aziende. Il risultato, dopo un anno di lavoro, è la realizzazione di un Comitato Pari Opportunità, ma forse anche tanto altro. Siamo riusciti a costituire una commissione per la tutela dell'attività professionale, per il contrasto delle discriminazioni e delle molestie. Abbiamo anche organizzato un comitato per promuovere la medicina di genere, e la proposta che oggi lanciamo è quella di cercare di costituire una rete fra tutti i Comitati Pari Opportunità degli ordini, per portare avanti insieme obiettivi e proposte concrete comuni.



# La femminilizzazione della professione medica è un valore aggiunto

Antonio Panfi

Presidente dell'Ordine di Firenze

**G**li interventi di oggi mi hanno rafforzato un antico convincimento: la femminilizzazione della nostra professione è un valore aggiunto, perché probabilmente ci sentirà di recuperare quei valori deontologici di empatia, diionalità, di aiuto alla sofferenza che sono valori antichissimi, ma che probabilmente un eccesso di tecnicismo maschilista ci ha fatto dimenticare, o perlomeno li ha fatti passare in secondo piano. Nel nostro paese le donne hanno superato ogni discriminazione per quanto attiene all'accesso agli studi; adesso si possono laureare e, di fatto, si laureano in numero maggiore degli uomini. Le donne studiano bene come gli uomini, tanto è vero che nell'esame di ammissione alla formazione triennale in medicina generale di cui ho presieduto la commissione, su sessantotto ammessi le prime quindici sono state donne. Evidentemente c'è una propensione e una disposizione delle nostre colleghe per questi studi severi che riguardano la medicina.

Da questo punto di vista l'uguaglianza, quindi, è stata raggiunta. Ma allora perché, fra quindici anni, tra questi sessantotto ammessi, magari raggiungeranno una posizione apicale quindici uomini e solamente una o due donne? L'uguaglianza dei punti

di partenza qui si perde; quel concetto che nelle società liberal-democratiche è fondamentale, e cioè il rispetto dell'uguaglianza dei punti di partenza, e poi l'arrivo derivante dal merito, evidentemente a un certo punto si interrompe. Non serve pubblicare ulteriori studi su questo, perché è una realtà che conosciamo bene. Dobbiamo invece entrare nella fase delle proposte concrete. In effetti, se fossi una giovane donna, non sarei tanto preoccupata di diventare segretario della medicina generale nella mia zona, ma mi preoccuperei di eleggere un segretario generale che portasse avanti proposte concrete da inserire negli accordi che risolvessero i miei problemi.

Faccio un esempio pratico. Sono medico di famiglia e sono sempre stato un super massimalista. Quando sono andato in pensione, nel mio studio è subentrata una giovane collega, brava, stimata e conosciuta da tutto il quartiere, per la quale è stato facile arrivare rapidamente al massimale. Questa giovane collega ha fatto due figli in tre anni; quando passeggio nel quartiere, ogni tanto incontro qualche vecchio paziente che mi dice: questa non c'è mai! Nel gruppo che avevamo creato nell'ambulatorio, gli altri colleghi invece di dire: no, ti curo io caro paziente, ma aspetta perché la collega rientrerà, dicono: se il tuo medico non c'è, vieni e scegli me. Questo è un tipico esempio di come i meccanismi competitivi introdotti da accordi che non tengono conto di queste situazioni, tipiche della femminilità, a un certo punto sconfinano l'uguaglianza dei punti di partenza. La strada da seguire adesso, per le donne, è quella di fare proposte concrete che nascano dalla loro esperienza, perché nel contratto dei medici ospedalieri, di comparto, dei pediatri, dei medici di famiglia, degli ambulatoriali, che si stanno riaprendo in questi giorni, saranno perlomeno uomini quelli chiamati a contrattare le norme per il prossimo triennio o biennio. Allora bisogna rivolgersi al segretario e spiegare le proprie esigenze, perché è questo il tipo di lavoro che il segretario deve fare. L'importante è arrivare a norme concrete e specifiche. Anche da convegni come questo potranno nascere nel mondo medico soluzioni da verificare. Certo, per verificarle ci vuole il tempo, ma dovrebbero far sì che tra qualche anno, in relazione al merito, anche il numero dei successi professionali sia giustificato.

# Medicina "declinata" al femminile

**Antonella Agnello**

*Vicepresidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova*

**N**umerosi sono i cambiamenti che si sono verificati a partire dagli anni Settanta. Uno dei più profondi riguarda il progressivo superamento delle differenze di genere nella tutela sanitaria, cambiamento che ha modificato radicalmente gli equilibri del mondo medico.

Sono mutati contesi e fenomeni per cui si è annullata la distanza sociale tra uomini-medici (con alti livelli di prestigio e formazione universitaria) e donne-infermiere (con basso riconoscimento sociale e percorso formativo limitato).

Il rapporto medico-infermiere si realizza sempre più tra persone dello stesso genere e con la donna in un ruolo dominante. Crescono le donne-medico e gli uomini-infermiere, le categorie non mediche acquistano credenziali universitarie. Cambiano le regole del gioco, si modificano i numeri.

Ma il potere politico, la gestione della sanità e delle professioni rimangono ancora maschili. Si tratta di dimensioni nuove e ancora poco indagate, nel mondo sanitario, perché sembrano realizzarsi in modo non uniforme rispetto agli ambiti territoriali e rispetto ai diversi livelli assistenziali o aree specialisti-

che (con più forza ad esempio centro-nord e nella medicina di base).

Nulla, tuttavia, lascia supporre che questa tendenza non si accentui in futuro, anzi è probabile che la componente femminile diventi del tutto predominante nell'altra posizione lavorativa.

Quali implicazioni possa avere questo tipo di trasformazione è difficile da valutare.

Le donne delle due sfere assistenziali, in altri termini, non sono ancora soggetti politici e sociali riconosciuti e non guidano le scelte organizzative e gestionali del settore.

Qual è dunque oggi la fisionomia delle professioni di cura? Quali le relazioni interne ed esterne? Quali i rapporti di forza e di potere?

La risposta va cercata nel brulicare e aggravigiarsi di vicende spesso simili e sempre diverse, in cui si celebra la continuità e la mobilità del tutto.

Si fa più netta la ricerca di una rinnovata identità professionale di genere non solo sul piano clinico e tecnologico ma soprattutto sul piano organizzativo sanitario che deve adeguarsi agli indirizzi di specializzazione dominanti e alla nuova cultura di servizio richiesta che dovrebbe improntare la sanità pubblica. C'è un bisogno forte di nuovi contenuti formativi, di nuovi orientamenti di valore e di una nuova reinterpretazione al femminile del governo clinico nella sua accezione più vasta.

L'obiettivo da perseguire non è modificato e rimane lo scopo di una sempre maggiore attenzione verso l'utenza.

Noi donne medico siamo in prima persona investite di questo problema, dobbiamo impegnarci al fine di rivendicare una migliore qualità del servizio, intesa sia in termini di efficacia che di umanizzazione.

# Continuare il confronto per rafforzare il ruolo della donna medico

**Roberta Chersevani**

Presidente Ordine di Genova

**S**ono l'unico presidente donna degli Ordini provinciali e il mio coinvolgimento in questo avvenimento era scontato. Sono felice di aver contribuito a far sì che quella di oggi non fosse solo una giornata di donne medico che hanno qualcosa da dire e che vogliono capire che cosa sta succedendo, ma che fosse anche una giornata di donne che potessero portare esperienze diverse dalla nostra realtà. Ringrazio tutte le colleghe che hanno dato una risposta immediata partecipando.

Mi auguro che questa giornata sia un punto di partenza e che in futuro si possa continuare a discutere, perché il tema di cui parliamo è troppo importante per tenerlo da parte. Questa è una giornata che si chiude, ma che apre un'altra giornata, perché il gruppo di lavoro che si è costituito – può essere questo ma ovviamente può anche essere fatto da altri – debba continuare a stare insieme, a rappresentare, a essere un punto di riferimento, se è possibile a livello di Federazione. La parola osservatorio forse è stata adoperata troppo, ma la formula la possiamo trovare. A questo punto le idee sono chiare: le donne ci sono, sono brave, hanno gli stessi diritti e devono procreare,

perché la rinuncia alla maternità sarebbe penalizzante per noi come donne e penalizzerebbe demograficamente il paese. Oggi abbiamo creato un patrimonio di esperienze e di realtà, una rete molto bella perché c'erano i medici, c'erano le dottoresse, c'erano rappresentanti istituzionali di diverse estrazioni. Siamo in tanti, abbiamo le stesse idee, siamo una forza che può portare avanti le richieste di cambiamento d'organizzazione, di contratto, di legge.

# Creare dei modelli organizzativi consoni alla funzione delle donne

Franco Mascia

Presidente dell'Ordine di Caserta

**R**ingrazio le numerosissime delegate che hanno fatto viaggi molto lunghi per poter partecipare a questo convegno. Questi non sono viaggi che danno una risposta immediata. Il viaggio che si intraprende oggi, spero anche da parte della Federazione, è molto più lungo, e questo ne è solo il punto di partenza. Anche in altri aspetti della professione, sappiamo che conoscere il problema non equivale ad avere una risposta immediata. Questa è la realtà. Ma la determinazione e un lavoro continuo porteranno a creare dei modelli organizzativi consoni alla funzione delle donne, che non deve essere solo di grande professionista, ma anche di madre.

MEDICINA E SANITÀ  
DECLINATE AL FEMMINILE

## DOCUMENTO CONCLUSIVO

Caserta, 28 settembre 2007

**I**l Convegno Nazionale di Caserta, fortemente voluto dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, ha consentito di analizzare i numeri, le posizioni rivestite, le specialità nelle quali le donne figurano in maniera più consistente e le attività esercitate.

Il lavoro di ricerca, che ha permesso di approfondire la situazione attuale delle donne medico in Italia, deve continuare.

Questa importante e ricca giornata è il frutto del lavoro svolto dalle donne medico, negli ultimi quindici anni, in ambiti ordinistici, aziendali e sindacali, e rafforza la consapevolezza che non basta più parlare di pari opportunità, ma bisogna promuovere azioni concrete.

Ne deriva la proposta di un Osservatorio nazionale della Fnomceo, che possa monitorare e analizzare le criticità emergenti nella professione medica e odontoiatrica.

Il gruppo di lavoro, che ha portato alla realizzazione di questo Convegno, auspica la collaborazione di tutti gli Ordini della Federazione, del Consiglio nazionale e del Comitato Centrale, per raggiungere almeno i seguenti obiettivi:

- impegnarsi nelle opportune innovazioni da apportare nei servizi sanitari al fine di consentire il pieno sviluppo delle capacità e delle competenze delle donne medico;
- promuovere modifiche legislative e contrattuali che diano il supporto alle donne impegnate all'attività sia di madre che di medico, quali ad esempio rendere flessibili e coerenti le organizzazioni di lavoro strettamente connesse alla maternità (orari di lavoro, sostituzione garantita, part time, accesso periodico alle attività professionali, accesso alla formazione e aggiornamento);
- favorire un procedimento culturale all'interno del mondo medico femminile a "partecipare" e prevedere nel contempo un reale impegno dei Consigli provinciali dell'Ordine nel promuovere al loro interno una presenza femminile progressivamente crescente, fino ad ottenere un equilibrio di rappresentanza;
- garantire ai cittadini un sistema sanitario che non ostacoli l'inserimento delle donne a tutti i livelli dirigenziali e nei diversi ambiti specialistici, individuando in tal modo nella componente femminile un valore aggiunto, il tutto nel mantenimento della sicurezza e della qualità.

Dai dati che emergono è verosimile che l'incremento progressivo di donne nella professione medica possa nel tempo stabilizzarsi, portando ad un equilibrio sinergico di genere nella professione, nel rispetto dei meriti necessari per raggiungere posizioni di vertice.

## APPENDICE

# I numeri della medicina al femminile

TABELLA 1

Alcuni dati			
Residenti in Italia			
	maschi	femmine	totale
	28.718.441	30.412.846	59.131.287
	49%	51%	100%
Medici			
	maschi	femmine	totale
	233.205	124.205	357.410
	65%	35%	100%

## Denominazioni specializzazioni iscritti agli albi di sesso femminile

Pediatria	8.519
Ginecologia e ostetricia	4.479
Odontostomatologia	3.606
Igiene e medicina preventiva	3.047
Anestesia e rianimazione	2.747
Psichiatria	2.617
Cardiologia	2.257
Endocrinologia e malattie del ricambio	2.134
Neurologia	2.093
Medicina interna	1.975
Oftalmologia	1.626
Dermatologia e venerologia	1.576
Ematologia	1.405
Neuropsichiatria infantile	1.384
Medicina del lavoro	1.338
Medicina fisica e riabilitazione	1.279
Gastroenterologia	1.276
Radiodiagnostica	1.268
Geriatrics	1.257
Malattie dell'apparato respiratorio	1.241
Chirurgia generale	1.177
Oncologia	1.076
<b>Totale specializzati</b>	<b>58.230 su 124.205 - 46,8%</b>

Quote rosa tra i medici e gli odontoiatri in Italia  
Personale dipendente

Piemonte	8.565	36,4%
Valle d'Aosta	278	32,4%
Lombardia	13.017	35,9%
P.A. Bolzano	848	31,4%
P.A. Trento	880	30,8%
Veneto	7.650	29,6%
Friuli V.G.	2.244	36,6%
Liguria	3.358	34,7%
E. Romagna	7.938	37,5%
Toscana	7.417	35,1%
Umbria	1.841	32,6%
Marche	2.791	30,1%
Lazio	9.569	34,7%
Abruzzo	2.843	31,5%
Molise	694	30,1%
Campania	10.491	23,8%
Puglia	6.193	24,3%
Basilicata	1.102	27,6%
Calabria	4.309	27,4%
Sicilia	9.868	27,6%
Sardegna	3.756	45,0%
<b>Totale</b>	<b>105.652</b>	<b>32,2%</b>

Rapporto Ministero della Salute sul personale dipendente del Ssn - 2005

## La situazione per fasce d'età

	Medici Chirurghi		Odontoiatri	
	uomini	donne	uomini	donne
> 70 anni	23.882	2.620	1.162	51
= 70 anni	1.639	207	127	9
da 65 a 69	9.989	1.469	835	66
da 60 a 64	14.172	2.508	1.395	102
da 55 a 59	36.580	8.542	4.562	447
da 50 a 54	54.932	23.827	10.427	1.750
da 45 a 49	40.661	24.630	8.921	2.318
da 40 a 44	22.750	18.586	5.536	2.117
da 35 a 39	11.881	12.843	1.507	3.193
da 30 a 34	10.931	16.132	2.600	1.599
da 25 a 29	6.076	10.514	1.975	1.604
= 0 < di 24	21	25	55	54

TABELLA 5

## Uno sguardo alle altre professioni sanitarie

	maschi	femmine	totale
Farmacisti	25.747	46.188	71.935
	36%	64%	100%
Veterinari	16.668	9.139	25.807
	65%	35%	100%
Infermieri	71.460	250.9437	322.943
	22%	78%	100%

Totale professionisti sanitari 799.509

(medici chirurghi, odontoiatri, veterinari, farmacisti, infermieri professionali)

## Uno sguardo agli altri paesi

	maschi	femmine	totale
Iscritti agli albi			
in Italia	233.205	124.205	357.410
	65%	35%	100%
Iscritti agli albi			
in Francia	207.945	81.331	289.276
	72%	28%	100%
Iscritti agli albi			
in Romania (2004)	14.671	30.390	45.061
	33%	67%	100%
Iscritti agli albi			
in Portogallo (2005)	19.096	17.042	36.138
	53%	47%	100%

TABELLA 6

## Le nuove iscrizioni agli ordini

anno	maschi	femmine
2000	3.367	3.430 (50%)
2001	3.201	3.459 (52%)
2002	3.730	3.970 (52%)
2003	3.229	3.796 (54%)
2004	3.595	4.422 (55%)
2005	3.462	4.612 (57%)

TABELLA 7

## Personale dipendente del Servizio sanitario nazionale – anno 2005

<b>Medici e odontoiatri</b>	
Uomini	71.633 – 68%
Donne	34.019 – 32%

TABELLA 8

## Personale dipendente del SSN anno 2003

Regione	Medici Chirurghi e odontoiatri – totale	% femminile
Piemonte	8.168	35,2
Valle d'Aosta	258	27,9
Lombardia	13.841	34,9
Prov. Auton. Bolzano	828	30,6
Prov. Auton. Trento	810	29,8
Veneto	7.830	28,5
Friuli Venezia Giulia	2.111	21,5
Liguria	3.282	32,6
Emilia Romagna	7.891	35,9
Toscana	7.147	33,0
Umbria	1.854	30,5
Marche	2.782	28,1
Lazio	9.476	33,5
Abruzzo	2.814	30,5
Molise	700	28,1
Campania	9.773	22,4
Puglia	6.109	23,0
Basilicata	1.094	26,4
Calabria	4.346	26,5
Sicilia	9.812	26,5
Sardegna	3.788	44,0

TABELLA 9

## Personale femminile del Servizio sanitario nazionale 2002

<b>Medici</b>		
Dirigente medico con incarico di struttura complessa		31%
Dirigente medico di struttura semplice		10%
Dirigenti medici con altri incarichi professionale (rapporto esclusivo)		29%
Dirigenti medici con altri incarichi professionali (rapporto non esclusivo)		36%
Dirigenti medici a tempo determinato		14%
		39%

Fonte: conto annuale Ministero Economia - 2002

TABELLA 10

## Donne ai vertici delle aziende Ospedaliere e delle ASL

Regione	Azienda Ospedaliera	ASL
Toscana	1	4
Marche	1	2
Calabria	1	3
Piemonte	2	6
Lombardia	2	1
Veneto	1	3
Friuli Venezia Giulia	1	3
Liguria	1	1
Emilia Romagna	3	2
Umbria	1	2
Lazio	1	2
Campania	1	1
Puglia	1	1
Basilicata	1	1
Sicilia	3	1
Sardegna	1	1



## Immatricolati al primo anno (2006)

Ateneo	Iscritti 1° anno		%
	totale	donne	
Modena e Reggio Emilia	97	64	66
Sienna	148	96	65
Udine	80	52	65
Pisa	252	156	62
Torino	322	196	61
Trieste	67	40	60
Roma La Sapienza	689	414	60
Padova	254	148	58
Bari	255	149	58
Chieti e Pescara	162	94	58
L'Aquila	83	48	58
<b>Totale</b>	<b>2.409</b>	<b>1.457</b>	<b>60</b>

TABELLA 12

## La medicina generale e le donne

anno	Mmg	dipendenti
2000	11,6%	28%